

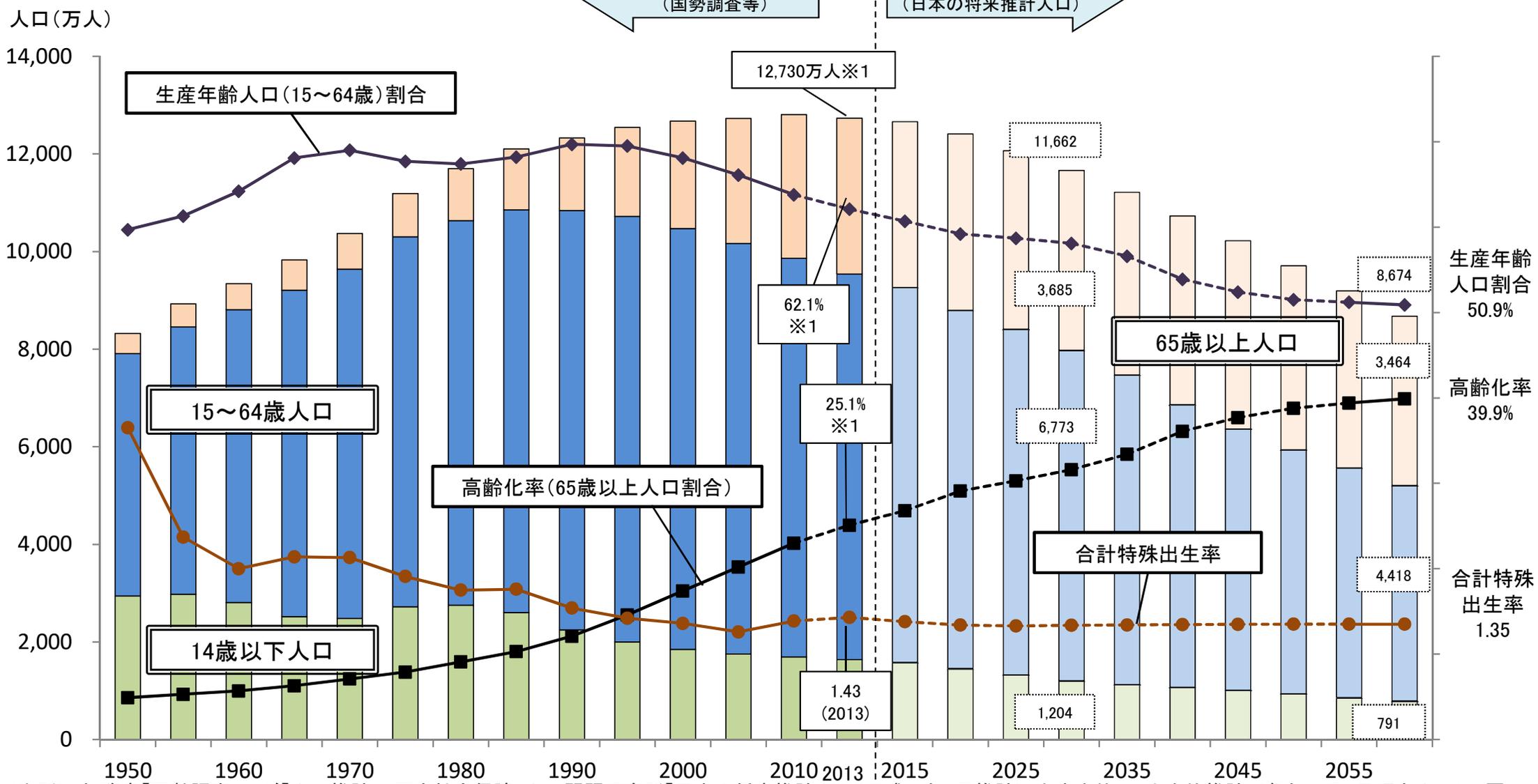
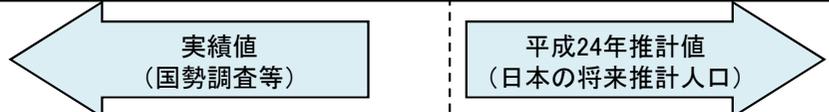
第 1 回 医 療 政 策 研 修 会 第 1 回 地 域 医 療 構 想 ア ド バ イ ザ ー 会 議	資 料 1
令 和 元 年 6 月 7 日	

地域医療構想について

厚生労働省 医政局
地域医療計画課

日本の人口の推移

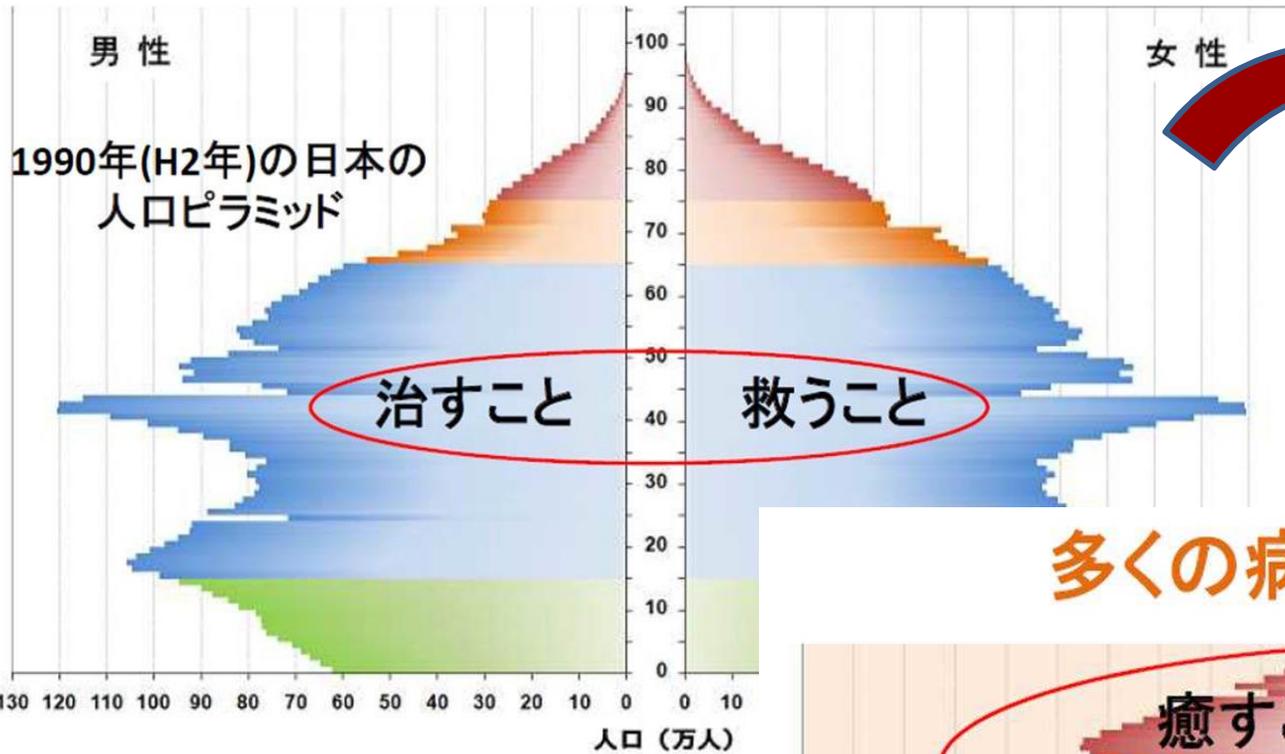
○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」

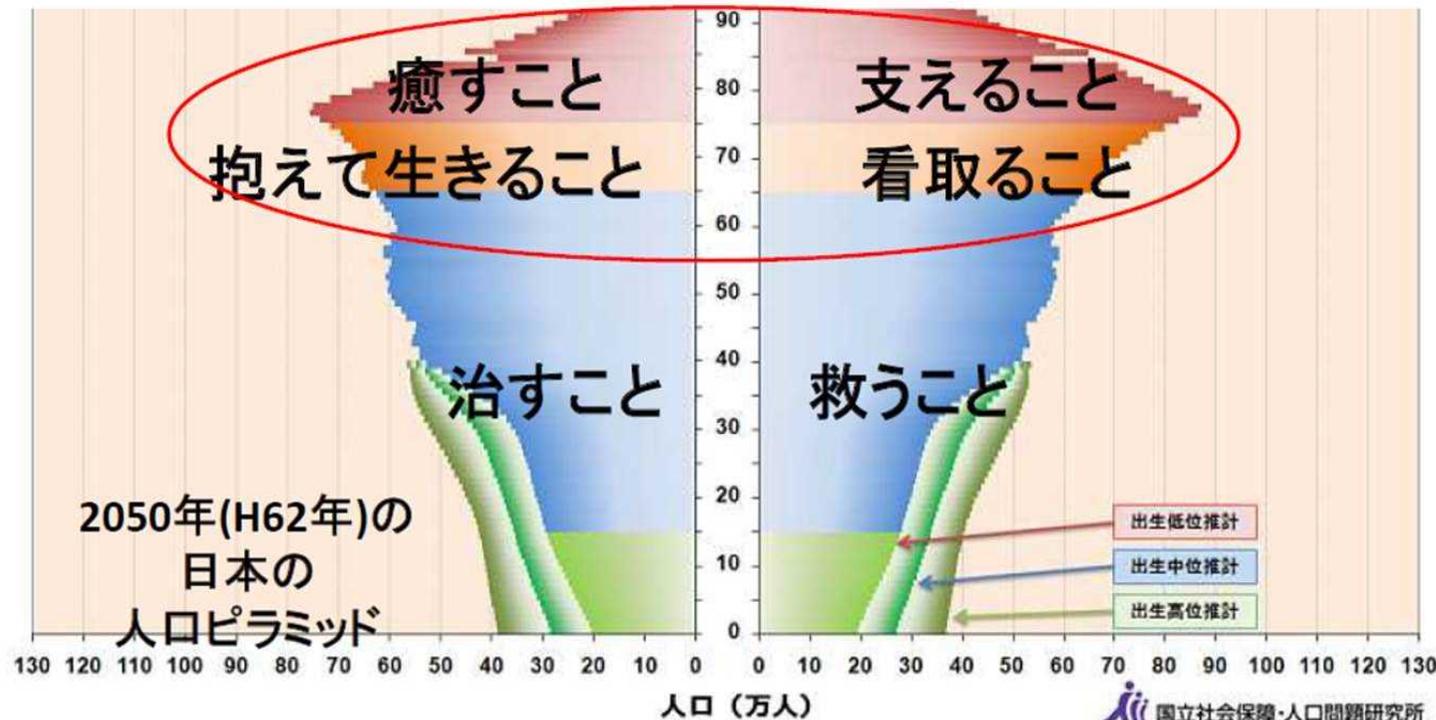
※1 出典:平成25年度 総務省「人口推計」(2010年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

多くの病気が治せた頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人

多くの病気を治せなくなる頃

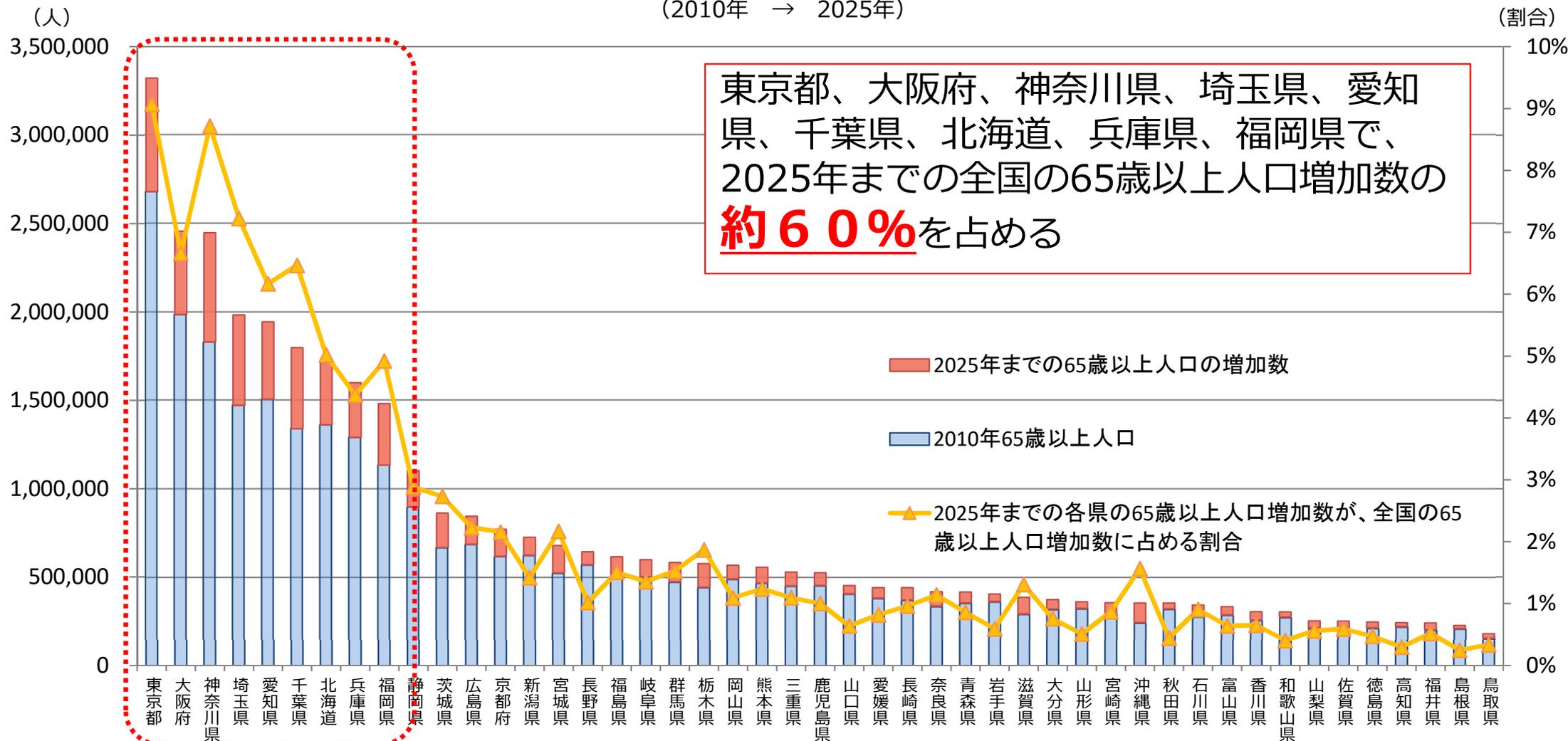


資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

高齢者数増加の地域差について

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

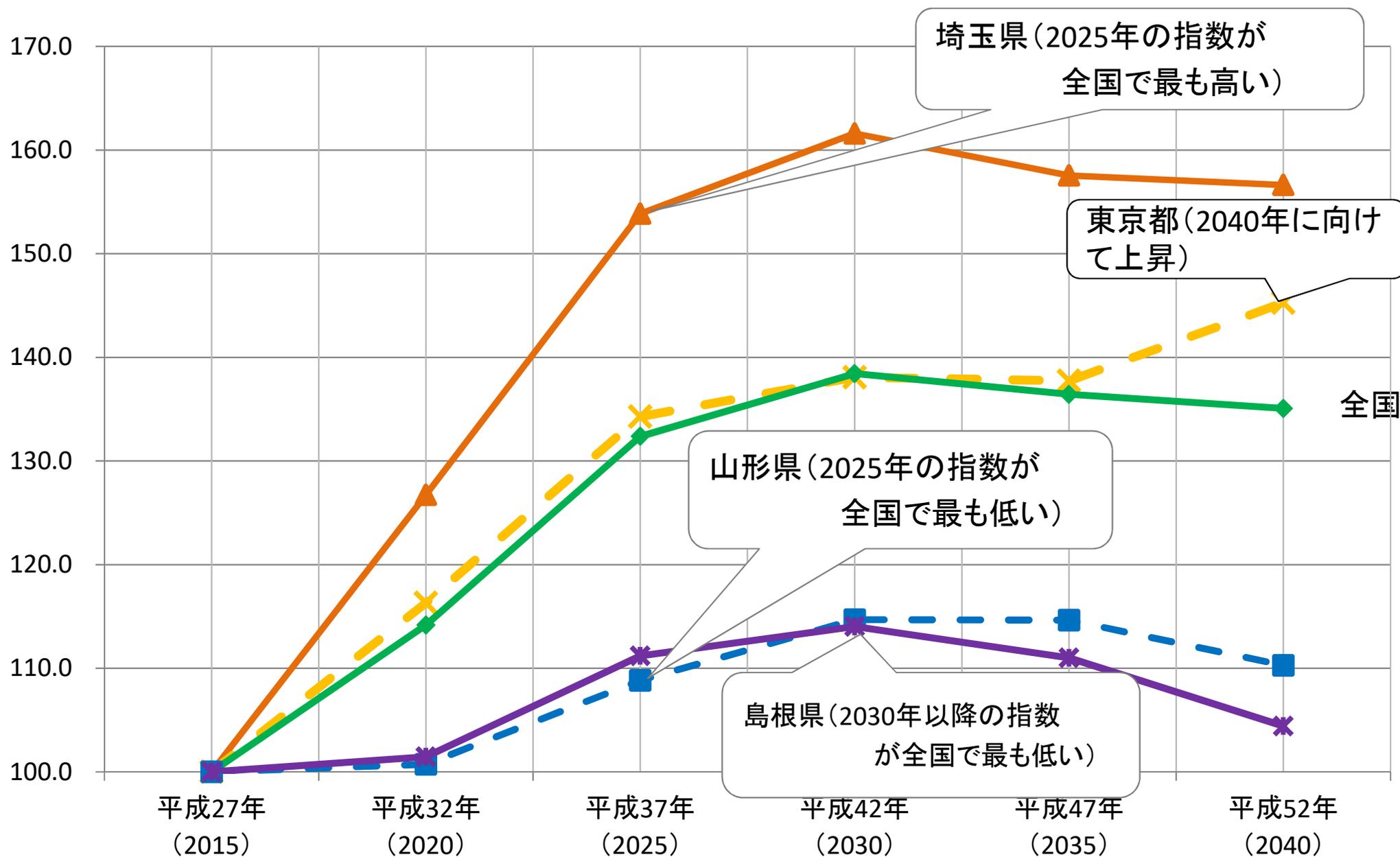
都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数
(2010年 → 2025年)



出典：国勢調査（平成22年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成24年1月）」

2015 — 2025 — 2040年の高齢化の状況

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



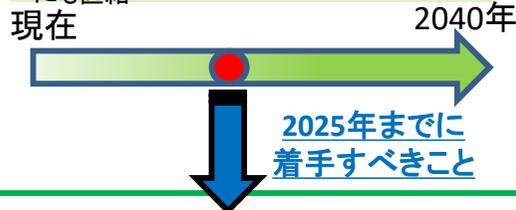
医療提供体制の改革について

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

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



- ◆医療資源の分散・偏在
 - ⇒都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に
 - ⇒医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担
- ◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結



どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・限られた医療資源の配置の最適化（医療従事者、病床、医療機器）
⇒医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- ・かかりつけ医が役割を發揮するための地域医療連携や適切なオンライン診療の実施

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

- ・人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- ・医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- ・業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）の浸透

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

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

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

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

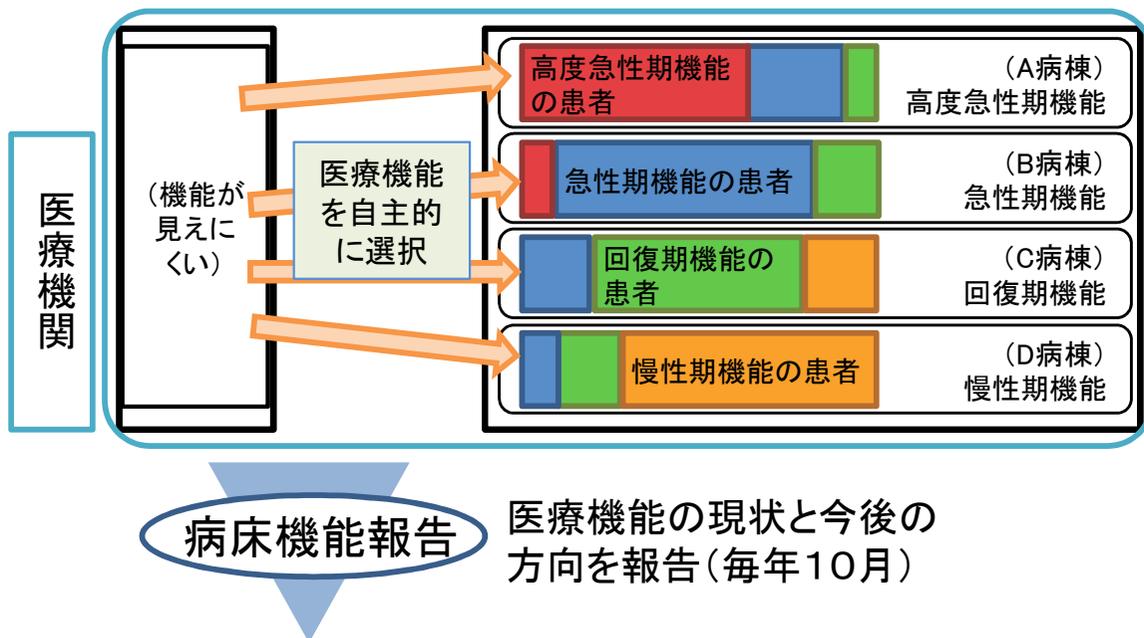
実効性のある医師偏在対策の着実な推進

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

地域医療構想の進め方について

地域医療構想について

- 「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。
- 「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」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

病床機能報告制度

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

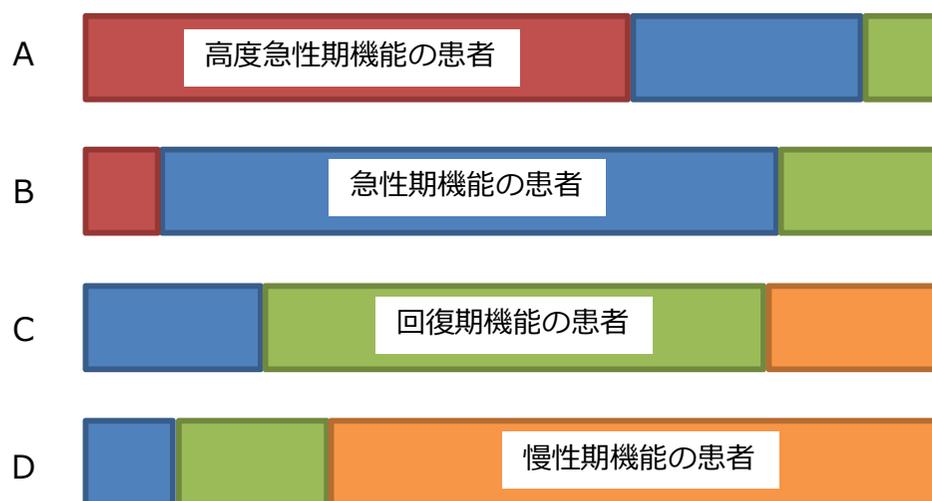
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨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

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「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ことに留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

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)



各々の病棟については、

「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

として報告することを基本とする。

病床機能報告における定量的な基準の導入について

- 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し、高度急性期・急性期に関連する項目の診療実績が全くない病棟は、「高度急性期」「急性期」機能を選択することができないこととする。（平成30年10月の病床機能報告より）

報告項目	4つの病床機能との関連性		
	高度急性期・急性期に関連	回復期に関連	慢性期に関連
・幅広い手術の実施状況	●		
・がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	●		
・重症患者への対応状況	●		
・救急医療の実施状況	●		
・急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況		●	
・全身管理の状況	●	●	●
・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		●	●
・長期療養患者の受入状況			●
・重度の障害児等の受入状況			●
・医科歯科の連携状況			

○平成29年の病床機能報告では、高度急性期・急性期機能を選択した64.7万床のうち、関連項目の診療実績が確認できない病棟は3.6万床分。（実績報告を行っていない病棟2.3万床分を含む）

○平成30年度以降、関連項目の診療実績がない病棟は、高度急性期・急性期の選択は原則不可。

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「地域医療構想調整会議」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。

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

【経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

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

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

「地域医療構想の進め方について」※のポイント

地域医療構想調整会議の協議事項

※平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

○ **都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。**

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ①2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ②2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

⇒平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。

○ **公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。**

⇒協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

○ **その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。**

○ **上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。**

【その他】

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

- ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
- ・新たな病床を整備する予定の医療機関
- ・開設者を変更する医療機関

地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

○ **都道府県は、個別の医療機関ごと（病棟ごと）に、以下の内容を提示すること。**

- ①医療機能や診療実績
- ②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
- ③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

地域医療構想調整会議の運営

○ **都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。**

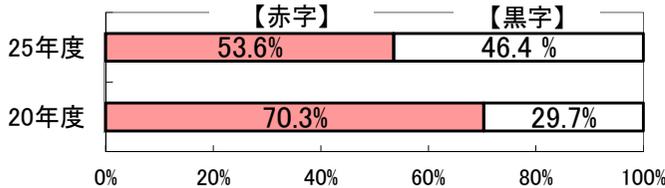
○ 医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

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30年11月末時点で全ての公立病院が新公立病院改革プランを策定済。
- 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

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

連携

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。

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830病院

(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より、各開設主体の長あてに依頼)

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」する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

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り、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。

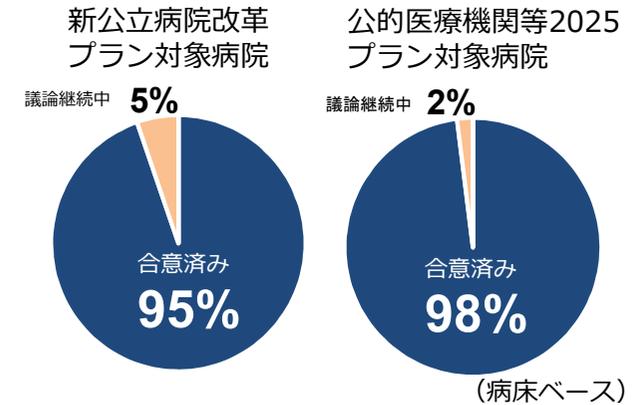
*9: 自治体の条例により減免を行っている場合がある。

地域医療構想の進捗等について

1. これまでの取り組み

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

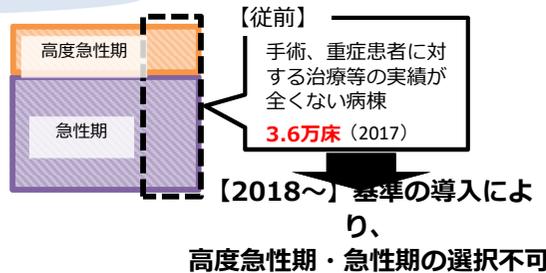
公立・公的医療機関等に関する議論の状況
2019年3月末



地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

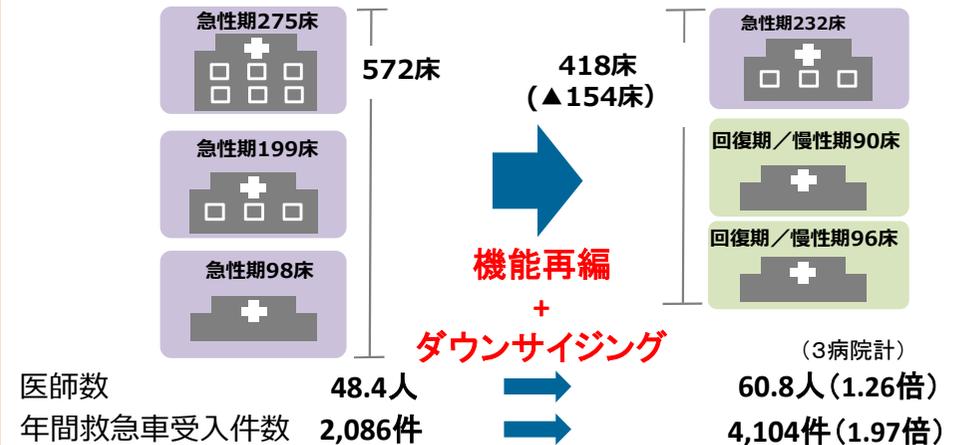
- ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

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



地域医療構想調整会議における議論の状況

第21回地域医療構想に関するWG
(令和元年5月16日) 資料3

■調整会議の開催状況

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

■病床機能報告の報告率

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

■非稼働病床の病床数

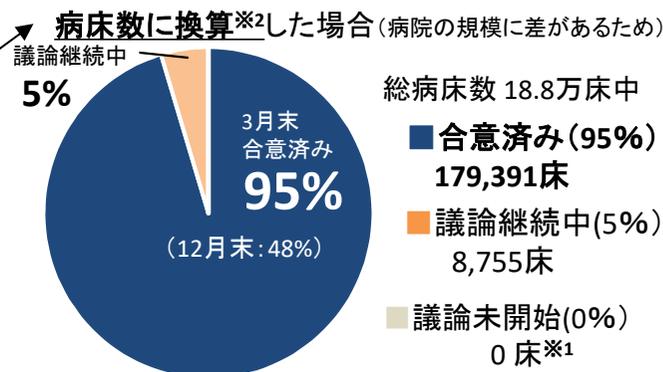
	総数	方針の議論実施 (議論中含む)
病院	16,753床	14,836床(89%)
有床診療所	9,109床	5,778床(63%)

■具体的な医療機関名を挙げた議論の状況 (2019年3月末時点)

新公立病院改革プラン対象病院

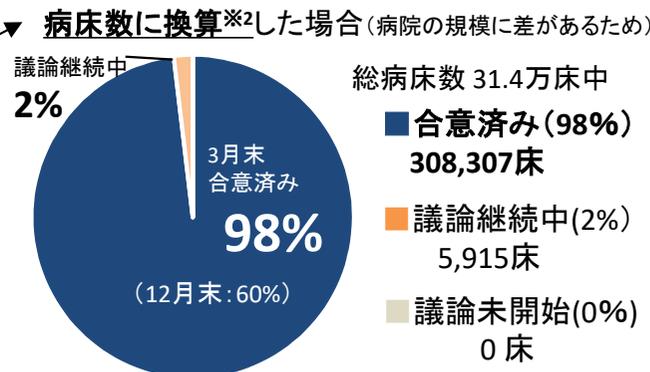
	12月末	3月末
対象病院数	823	823
うち合意済み	347	771
うち議論継続中	464	51
うち議論未開始	12	1※1

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



公的医療機関等2025プラン対象病院

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



その他の医療機関

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

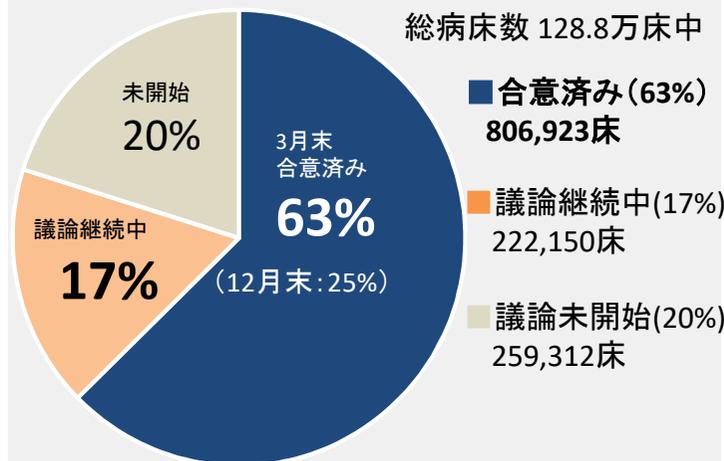
全ての医療機関計

合意済み(議論終了)施設数の推移(3ヶ月毎)



3月末時点における議論の状況

(病床数に換算した場合)

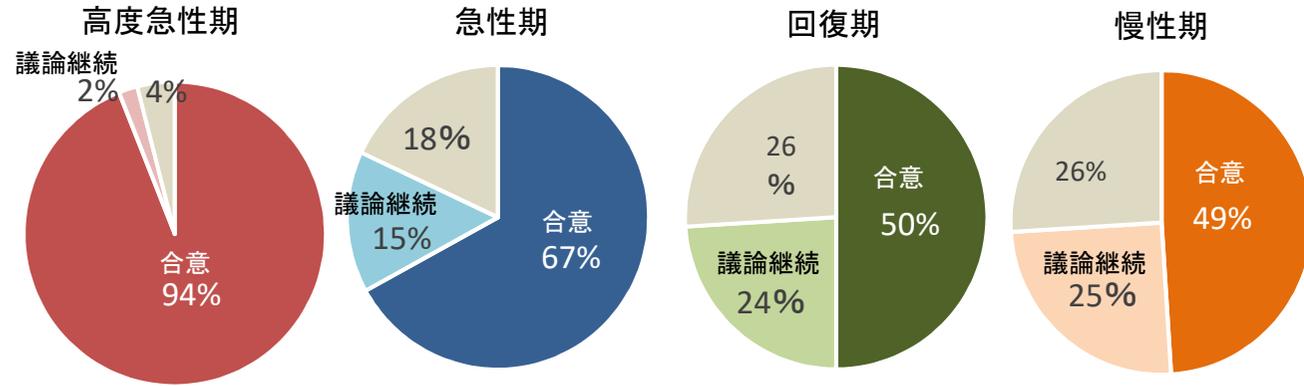


※2 病床数への換算には、2017年病床機能報告における2017年7月現在の病床数を用いた。
(未報告医療機関の病床数は含まれていない。)

機能別・開設主体別にみた議論の状況

■機能区分別にみた議論の状況 (2019年3月末)

	病床数		総計	
	合意	議論継続	合意	議論継続
総計	1,288,385	806,923	63%	222,150
高度急性期	163,521	153,392	94%	3,195
急性期	583,010	390,182	67%	89,617
回復期	152,264	76,246	50%	36,287
慢性期	349,745	170,956	49%	86,129
休棟	39,845	16,147	41%	6,922



■主な開設主体別にみた議論の状況 (2019年3月末)

(※)2017年度病床機能報告を用いて算出しており、未報告医療機関の病床数は含まれていない。

	病床数		総計 (※)		高度		急性		回復		慢性		休棟						
	合意	議論継続	合意	議論継続	合意	議論継続	合意	議論継続	合意	議論継続	合意	議論継続	合意	議論継続					
総計	1,288,385	806,923	63%	222,150	163,521	153,392	94%	583,010	390,182	67%	152,264	76,246	50%	349,745	170,956	49%	39,845	16,147	41%
公立・公的等	都道府県	41,133	38,634	94%	10,841	10,458	96%	24,348	23,022	95%	2,887	2,758	96%	2,122	1,556	73%	935	840	90%
	市町村	127,915	119,504	93%	16,589	16,387	99%	82,746	77,601	94%	12,984	11,797	91%	11,245	10,036	89%	4,351	3,683	85%
	地方独立行政法人	29,382	28,750	98%	11,297	11,294	100%	15,874	15,381	97%	1,075	1,058	98%	544	502	92%	592	515	87%
	国立病院機構	47,327	46,431	98%	7,928	7,928	100%	20,801	20,761	100%	2,764	2,704	98%	14,826	14,030	95%	1,008	1,008	100%
	労働者健康安全機構	12,521	12,322	98%	961	961	100%	10,098	9,998	99%	710	710	100%	188	188	100%	564	465	82%
	地域医療機能推進機構	15,574	15,041	97%	1,916	1,767	92%	11,114	10,804	97%	1,793	1,763	98%	196	196	100%	555	511	92%
	日赤	34,837	34,837	100%	13,294	13,294	100%	17,865	17,865	100%	1,433	1,433	100%	1,400	1,400	100%	845	845	100%
	済生会	22,231	20,594	93%	3,749	3,587	96%	14,337	13,304	93%	2,537	2,431	96%	1,131	908	80%	477	364	76%
	北海道社会事業協会	1,727	1,727	100%	8	8	100%	880	880	100%	308	308	100%	471	471	100%	60	60	100%
	厚生連	31,201	30,430	98%	4,547	4,405	97%	19,571	19,121	98%	3,690	3,590	97%	2,510	2,431	97%	883	883	100%
	健康保険組合等	1,916	1,736	91%	48	48	100%	1,664	1,512	91%	84	56	67%	120	120	100%	0	0	-
	共済組合等	13,529	13,130	97%	4,060	4,060	100%	8,219	7,933	97%	728	685	94%	321	321	100%	201	131	65%
	国民健康保険組合	320	320	100%	4	4	100%	316	316	100%	0	0	-	0	0	-	0	0	-
上記以外の特定機能病院	61,228	60,598	99%	52,247	51,986	100%	7,879	7,510	95%	86	86	100%	32	32	100%	984	984	100%	
上記以外の地域医療支援病院	61,386	58,830	96%	15,807	15,631	99%	39,322	37,545	95%	3,518	3,241	92%	1,894	1,710	90%	845	703	83%	
その他	786,158	324,039	41%	20,225	11,574	57%	307,976	126,629	41%	117,667	43,626	37%	312,745	137,055	44%	27,545	5,155	19%	

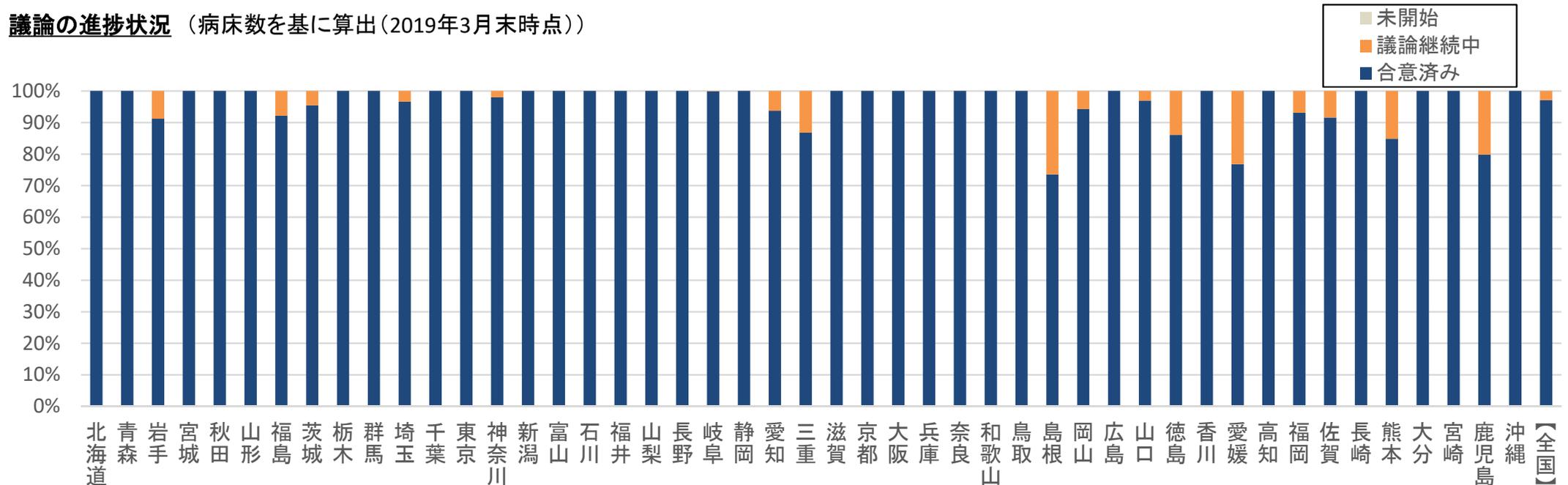
公立病院・公的病院に関する議論の状況

第21回地域医療構想に関するWG
(令和元年5月16日) 資料3

対象施設数 (2019年3月末時点)

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

議論の進捗状況 (病床数を基に算出(2019年3月末時点))



※ 病床数への換算には、2017年病床機能報告における2017年7月現在の病床数を用いた。

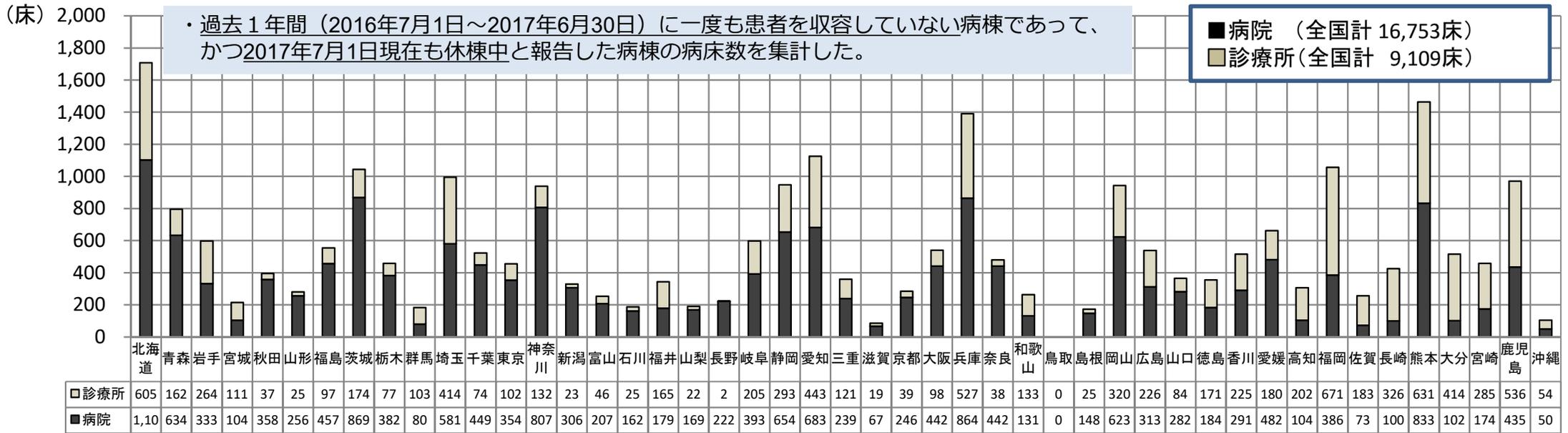
※ 福島県の議論未開始分(1公立病院)については、帰宅困難区域内に立地する公立病院で議論ができない状況。

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

非稼働病棟の議論の状況

■非稼働病棟の病床数

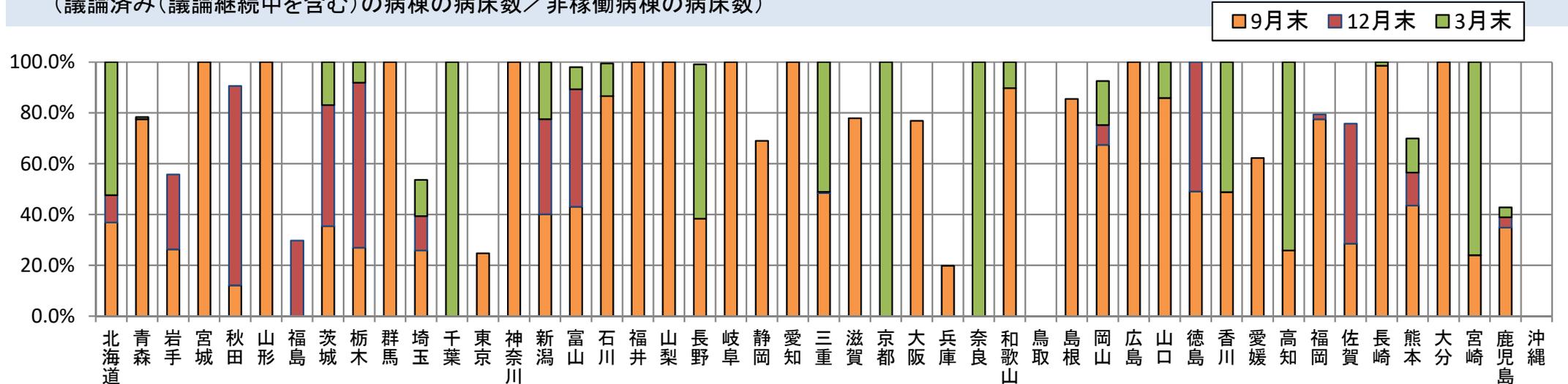
(注)2017年度(2017年10月実施)の病床機能報告を基にした集計である。



1103

■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 (2019年3月末時点)

(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)

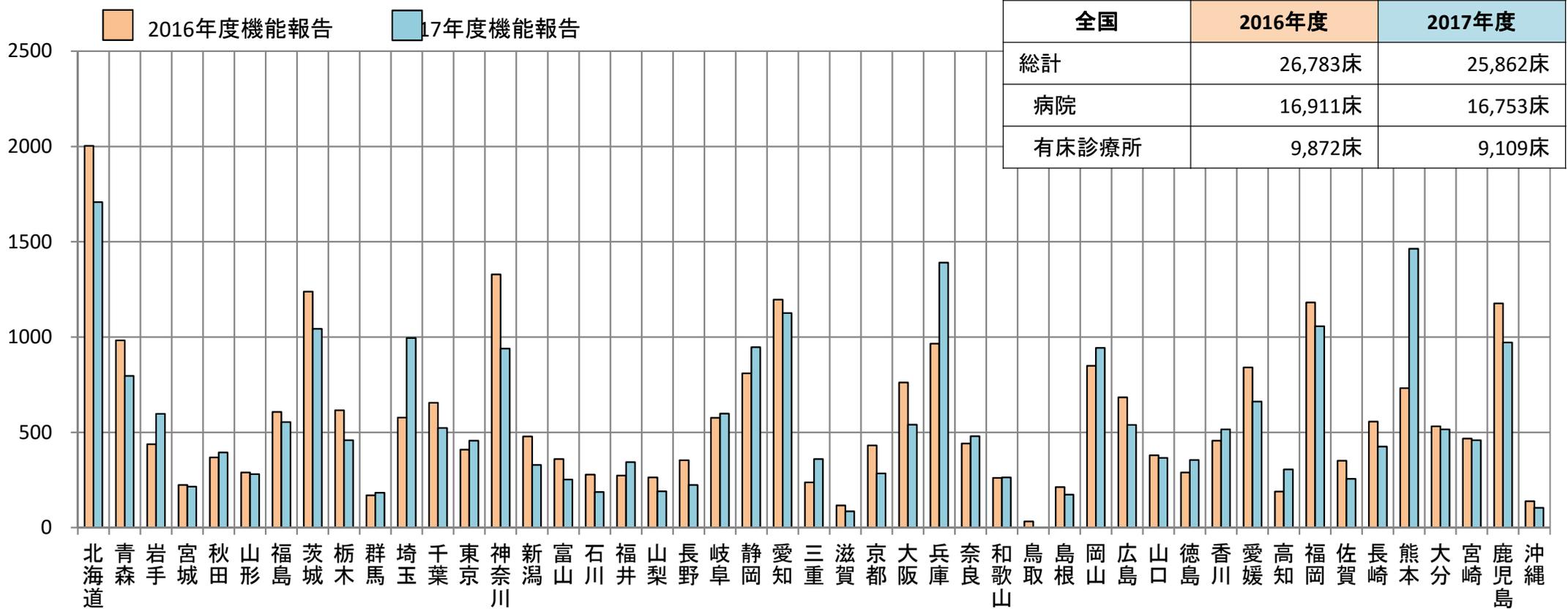


(参考) 非稼働病棟の病床数の経年比較

グラフは、2016年度と2017年度の病床機能報告における非稼働病棟の病床数を集計し、単純に比較したもの。

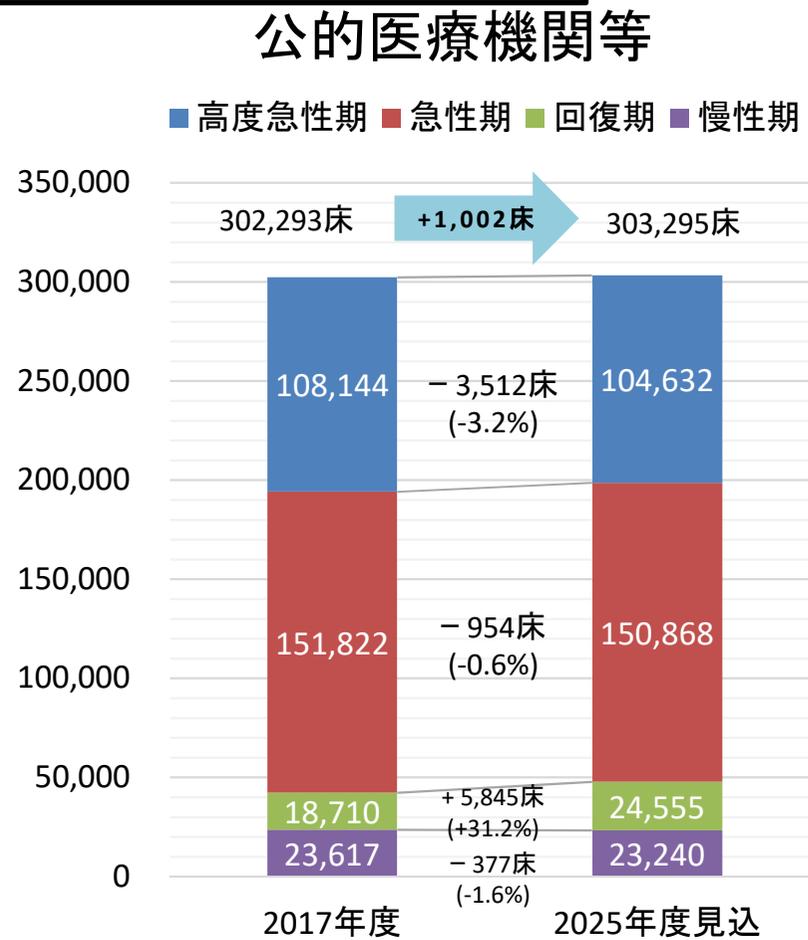
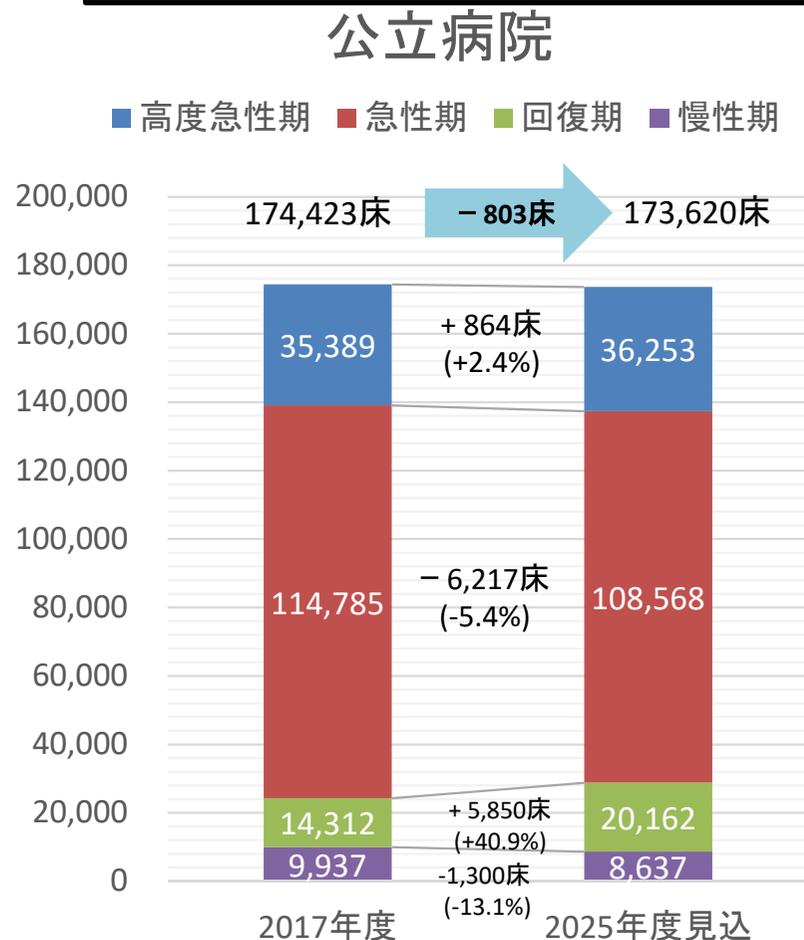
(留意点)

- ・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。
- ・両年度で報告率が異なる点に留意が必要。(2016年度報告率→病院:99.4% 有床診:94.6%、2017年度報告率→病院:96.8% 有床診:87.8%)



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

2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較



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

- 本集計は、2018年度病床機能報告対象となる医療機関13,859施設(病院7,278、診療所6,581)のうち、2019年2月15日までに報告があったものを対象に集計。
- 集計項目によって、未報告やエラーデータ等の影響で集計対象数に変動することに留意が必要。

医療機関別提出状況 (2019年2月15日時点)

	2018年度	(参考) 2017年度	(参考) 2016年度
報告対象医療機関数	13,859	14,060	14,254
うち、病院	7,278	7,319	7,339
うち、有床診療所	6,581	6,741	6,915

【病院、有床診療所】

	施設数	割合
報告様式1	有り	13,168 95.0%
	無し	691 5.0%

	施設数	割合
報告様式2	有り	12,699 91.6%
	無し	1,160 8.4%

【病院】

	施設数	割合
報告様式1	有り	7,143 98.1%
	無し	135 1.9%

	施設数	割合
報告様式2	有り	6,941 95.4%
	無し	337 4.6%

【有床診療所】

	施設数	割合
報告様式1	有り	6,025 91.6%
	無し	556 8.4%

	施設数	割合
報告様式2	有り	5,758 87.5%
	無し	823 12.5%

報告様式1: 病床機能、設備配置・人員配置等に関する項目
報告様式2: 具体的な医療の内容に関する項目

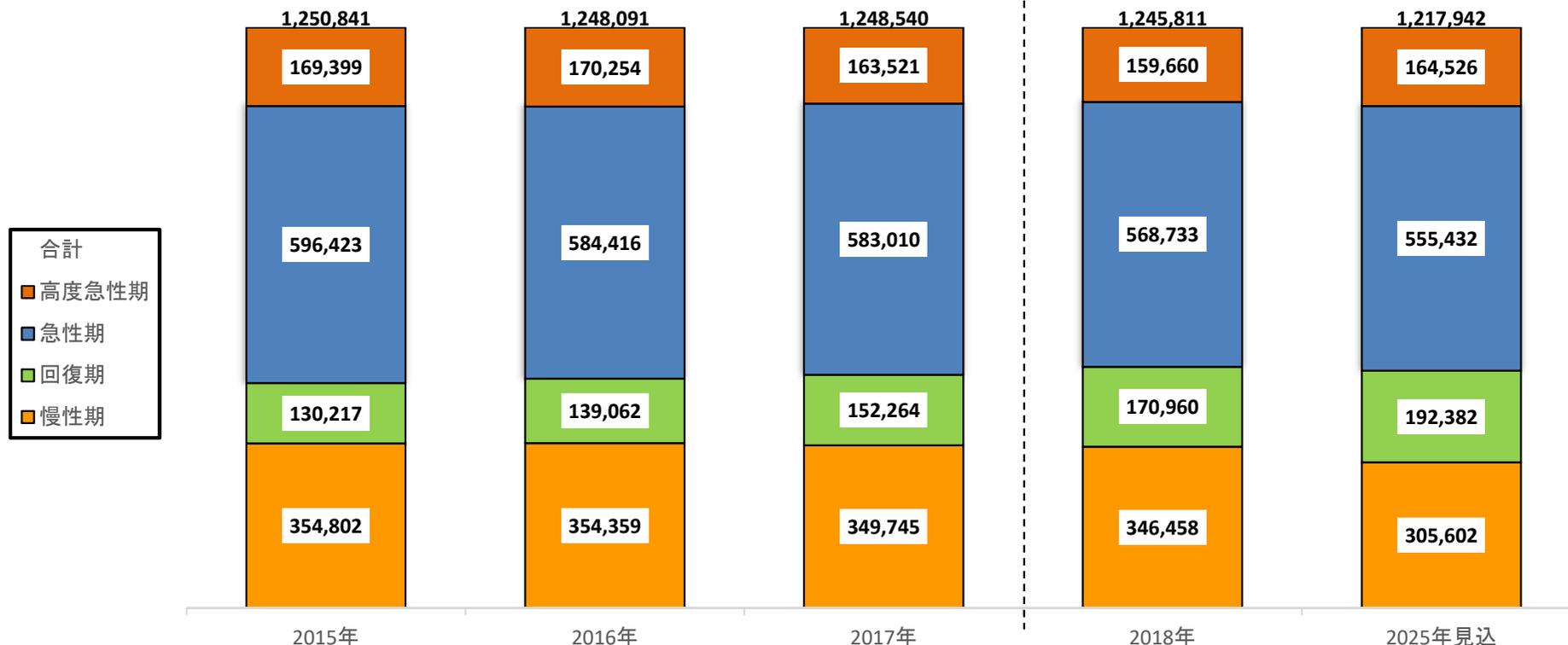
- 病床機能報告については、報告対象機関数及び回収率が年度により異なるため、医療機能ごとの病床数について年度間の単純比較はできない。

(病床機能報告の報告率)	2015年	2016年	2017年	2018年※
報告対象医療機関数	14,538	14,254	14,060	13,859
報告医療機関数	13,863	13,751	13,607	13,168
報告率	95.4%	96.5%	96.8%	95.0%

※ 2018年は2019年2月時点の暫定の報告率である。(2017年の2018年2月時点の暫定の報告率は94.2%)

- また、2018年度から定量基準を導入しているため高度急性期・急性期に関連する項目の診療実績が全くない病棟は、「高度急性期」「急性期」機能を選択することができないこととしている。
- 2018年時点及び2025年時点の医療機能及び病床数は、2019年2月14日までに報告された速報値であるため、今後、追加の報告やエラーデータの修正を行って確定値を報告する。
- 2025年時点の医療機能及び病床数の報告がない病棟に関しては、2018年度の医療機能及び病床数を2025年の見込値としている。

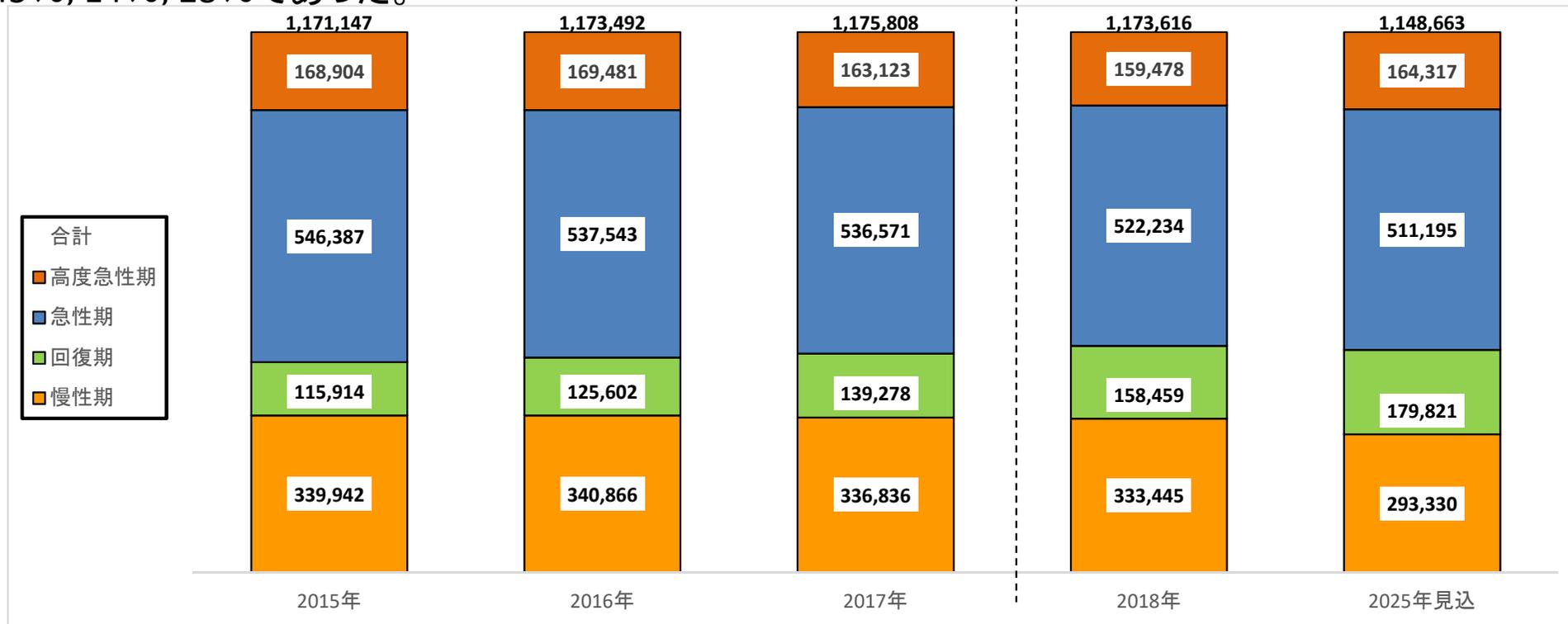
○ 2018年度の病床機能報告では、病床数ベースで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の割合は、13%、46%、14%、28%であった。



(病院、診療所)	(参考)2015年 (※確定値)		(参考)2016年 (※確定値)		(参考)2017年 (※確定値)		2018年 (※速報値)		2025年見込 (※2018年度報告速報値)	
高度急性期	169,399	13.5%	170,254	13.6%	163,521	13.1%	159,660	12.8%	164,526	13.5%
急性期	596,423	47.7%	584,416	46.8%	583,010	46.7%	568,733	45.7%	555,432	45.6%
回復期	130,217	10.4%	139,062	11.1%	152,264	12.2%	170,960	13.7%	192,382	15.8%
慢性期	354,802	28.4%	354,359	28.4%	349,745	28.0%	346,458	27.8%	305,602	25.1%
合計	1,250,841		1,248,091		1,248,540		1,245,811		1,217,942	

※2025年見込に関しては2018年データ。報告医療機関は毎年異なっており、2015年から2017年について単純に比較はできないため参考としている。

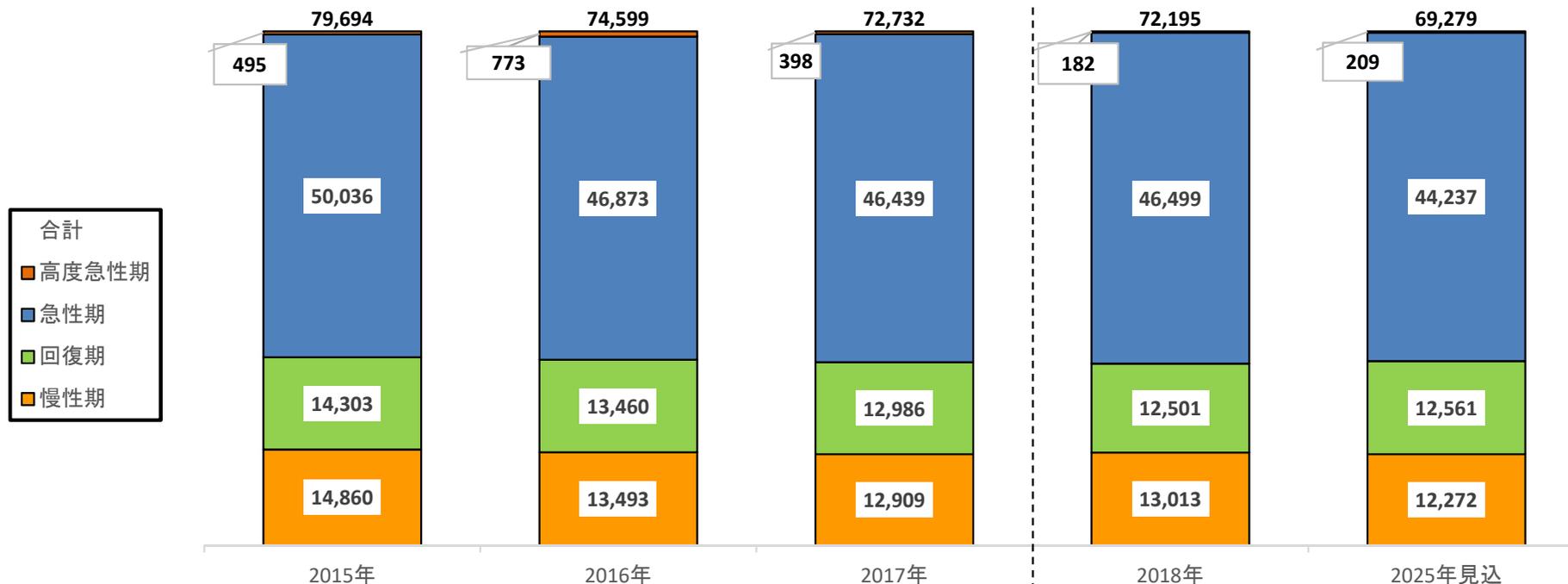
○ 2018年度の病床機能報告では、病院の病床数ベースで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の割合は、14%、45%、14%、28%であった。



(病院)	(参考)2015年 (※確定値)		(参考)2016年 (※確定値)		(参考)2017年 (※確定値)		2018年 (※速報値)		2025年見込 (※2018年度報告速報値)	
高度急性期	168,904	14.4%	169,481	14.4%	163,123	13.9%	159,478	13.6%	164,317	14.3%
急性期	546,387	46.7%	537,543	45.8%	536,571	45.6%	522,234	44.5%	511,195	44.5%
回復期	115,914	9.9%	125,602	10.7%	139,278	11.8%	158,459	13.5%	179,821	15.7%
慢性期	339,942	29.0%	340,866	29.0%	336,836	28.6%	333,445	28.4%	293,330	25.5%
合計	1,171,147		1,173,492		1,175,808		1,173,616		1,148,663	

※2025年見込に関しては2018年データ。報告医療機関は毎年異なっており、2015年から2017年について単純に比較はできないため参考としている。

- 2018年度の病床機能報告では、診療所の病床数ベースで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の割合は、0.3%、64%、17%、18%であった。



(診療所)	(参考)2015年 (※確定値)		(参考)2016年 (※確定値)		(参考)2017年 (※確定値)		2018年 (※速報値)		2025年見込 (※2018年度報告速報値)	
高度急性期	495	0.6%	773	1.0%	398	0.5%	182	0.3%	209	0.3%
急性期	50,036	62.8%	46,873	62.8%	46,439	63.8%	46,499	64.4%	44,237	63.9%
回復期	14,303	17.9%	13,460	18.0%	12,986	17.9%	12,501	17.3%	12,561	18.1%
慢性期	14,860	18.6%	13,493	18.1%	12,909	17.7%	13,013	18.0%	12,272	17.7%
合計	79,694		74,599		72,732		72,195		69,279	

※2025年見込に関しては2018年データ。報告医療機関は毎年異なっており、2015年から2017年について単純に比較はできないため参考としている。

○ 開設主体等によって、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の割合、病床稼働率は異なる。

開設主体等別医療機関	報告医療 機関数	2018年の病床機能ごと病床数										(総数)	病床 稼働率 ※3		
		高度 急性期		急性期		回復期		慢性期		休棟中等 ※1				非稼働 病棟 病床数 ※2	
公立病院(都道府県、市町村)	915	24,997	15%	102,175	62%	17,107	10%	12,999	8%	6,328	4%	3,307	163,606	71%	
2025プラン策定対象病院	国立病院機構 ※4	138	7,668	16%	20,218	43%	3,199	7%	15,073	32%	1,341	3%	626	47,499	79%
	労働者健康安全機構 ※4	33	1,451	12%	9,377	75%	862	7%	146	1%	629	5%	442	12,465	77%
	地域医療機能推進機構 ※4	56	1,882	12%	10,838	71%	1,897	12%	219	1%	522	3%	305	15,358	71%
	日赤	93	13,373	39%	17,253	50%	1,739	5%	1,408	4%	903	3%	595	34,676	79%
	済生会	82	3,824	17%	13,959	62%	3,008	13%	1,205	5%	390	2%	290	22,386	80%
	北海道社会事業協会	7	8	0%	833	49%	357	21%	423	25%	92	5%	0	1,713	73%
	厚生連	103	4,577	15%	19,269	62%	3,770	12%	2,386	8%	982	3%	522	30,984	79%
	健康保険組合及びその連合会	9	48	2%	1,630	84%	102	5%	150	8%	0	0%	0	1,930	81%
	共済組合及びその連合会	43	3,918	29%	8,146	60%	914	7%	213	2%	329	2%	244	13,520	77%
	国民健康保険組合	1	0	0%	275	86%	45	14%	0	0%	0	0%	0	320	84%
	地域医療支援病院(一部再掲)	628	80,549	31%	153,056	59%	10,671	4%	7,881	3%	5,145	2%	3,468	257,302	79%
特定機能病院(一部再掲)	85	54,397	80%	12,376	18%	186	0%	42	0%	1,034	2%	583	68,035	80%	
その他の医療機関	13,216	97,914	10%	364,760	39%	137,960	15%	312,236	33%	24,110	3%	13,721	936,980	76%	
病院	7,134	97,732	11%	318,261	37%	125,459	15%	299,223	35%	12,182	1%	7,837	852,857	80%	
有床診療所	6,082	182	0%	46,499	55%	12,501	15%	13,013	15%	11,928	14%	5,884	84,123	43%	
全医療機関	14,696	159,660	12%	568,733	44%	170,960	13%	346,458	27%	35,626	3%	20,052	1,281,437	76%	

※1: 休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定

※2: 7月1日時点で休棟している病棟を休棟中として報告している。過去1年間在棟患者がいなかった病棟を非稼働病棟として報告している。

※3: 許可病床の稼働率(1年間の在棟患者延べ数/許可病床数/365)

※4: 2025プラン策定対象病院のうち、国立病院機構、労働者健康安全機構、地域医療機能推進機構は厚生労働省所管の独立行政法人

- 開設主体等によって、2025年の病床機能ごとの病床数の増減割合は異なる。
- 多くの開設主体等では、2025年までに回復期を増床する意向が示されている。
- ※ 地域で過剰な病床機能に転換する場合は、地域医療構想調整会議での協議が必要。

開設主体等別医療機関	2025年の病床機能ごと病床数											
	高度急性期	2018年比	急性期	2018年比	回復期	2018年比	慢性期	2018年比	移行予定※1	合計	2018比	
公立病院(都道府県、市町村)	25,683	3%	98,855	-3%	20,058	17%	11,988	-8%	882	157,466	-4%	
2025プラン策定対象病院	国立病院機構 ※2	7,547	-2%	19,767	-2%	3,599	13%	15,091	0%	0	46,004	-3%
	労働者健康安全機構 ※2	1,471	1%	9,342	0%	914	6%	146	0%	0	11,873	-5%
	地域医療機能推進機構 ※2	1,900	1%	10,570	-2%	2,055	8%	196	-11%	0	14,721	-4%
	日赤	13,250	-1%	17,582	2%	1,946	12%	1,560	11%	46	34,384	-1%
	済生会	3,897	2%	13,719	-2%	3,135	4%	1,203	0%	0	21,954	-2%
	北海道社会事業協会	8	0%	833	0%	357	0%	455	8%	0	1,653	-4%
	厚生連	4,560	0%	18,961	-2%	4,127	9%	2,127	-11%	58	29,833	-4%
	健康保険組合及びその連合会	48	0%	1,520	-7%	212	108%	150	0%	0	1,930	0%
	共済組合及びその連合会	3,860	-1%	8,301	2%	922	1%	213	0%	0	13,296	-2%
	国民健康保険組合	0	0%	275	0%	45	0%	0	0%	0	320	0%
地域医療支援病院(一部再掲)	82,034	2%	151,352	-1%	11,749	10%	7,655	-3%	308	253,098	-2%	
特定機能病院(一部再掲)	54,501	0%	12,710	3%	234	26%	42	0%	0	67,487	-1%	
その他の医療機関	102,302	4%	355,707	-2%	155,012	12%	272,473	-13%	31,893	917,387	-2%	
病院	102,093	4%	311,470	-2%	142,451	14%	260,201	-13%	30,241	846,456	-1%	
有床診療所	209	15%	44,237	-5%	12,561	0%	12,272	-6%	1,652	70,931	-16%	
全医療機関	164,526	3%	555,432	-2%	192,382	13%	305,602	-12%	32,879	1,250,821	-2%	

※1: 介護保険施設等(介護医療院、介護老人保健施設、介護老人福祉施設等)への移行予定

※2: 2025プラン策定対象病院のうち、国立病院機構、労働者健康安全機構、地域医療機能推進機構は厚生労働省所管の独立行政法人

- 多くの開設主体等では、2025年までに非稼働病棟の一部を再稼働しようとする意向が示されている。
- ※ 非稼働病棟を再稼働しようとする場合は、地域医療構想調整会議での協議が必要。

開設主体別等医療機関	非稼働病棟 病床数	2025年の病床機能ごと病床数											
		高度 急性期		急性期		回復期		慢性期		移行予定 ※1		休棟等 ※2	
公立病院(都道府県、市町村)	3,307	122	4%	1280	39%	485	15%	174	5%	124	4%	1122	34%
2025プラン策定対象病院	国立病院機構 ※3	0	0%	54	9%	29	5%	147	23%	0	0%	396	63%
	労働者健康安全機構 ※3	65	15%	343	78%	0	0%	0	0%	0	0%	34	8%
	地域医療機能推進機構 ※3	0	0%	113	37%	121	40%	0	0%	0	0%	71	23%
	日赤	49	8%	316	53%	104	17%	50	8%	0	0%	76	13%
	済生会	0	0%	138	48%	23	8%	0	0%	0	0%	129	44%
	北海道社会事業協会	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	厚生連	0	0%	105	20%	30	6%	0	0%	0	0%	387	74%
	健康保険組合及びその連合会	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	共済組合及びその連合会	0	0%	76	31%	0	0%	0	0%	0	0%	168	69%
	国民健康保険組合	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	地域医療支援病院(一部再掲)	3,468	308	9%	1407	41%	501	14%	64	2%	0	0%	1188
特定機能病院(一部再掲)	583	273	47%	257	44%	48	8%	0	0%	0	0%	139	24%
その他の医療機関	13,721	397	3%	3,020	22%	1,578	12%	1,674	12%	724	5%	6,328	46%
病院	7,837	397	5%	2,336	30%	1,386	18%	1,118	14%	583	7%	2,017	26%
有床診療所	5,884	0	0%	684	12%	192	3%	556	9%	141	2%	4,311	73%
全医療機関	20,052	633	3%	5,445	27%	2,370	12%	2,045	10%	848	4%	8,711	43%

※1:介護保険施設等(介護医療院、介護老人保健施設、介護老人福祉施設等)への移行予定
 ※2:休棟後の再開の予定なし、廃止予定
 ※3:2025プラン策定対象病院のうち、国立病院機構、労働者健康安全機構、地域医療機能推進機構は厚生労働省所管の独立行政法人

医療機関施設名	高度急性期 (前年比)	急性期 (前年比)	回復期 (前年比)	慢性期 (前年比)
旭川医科大学病院	527	44	0	0
札幌医科大学附属病院	82	37	808	▲ 37
北海道大学病院	671	▲ 43	198	38
弘前大学医学部附属病院	472	▲ 125	125	125
岩手医科大学附属病院	975	5	113	▲ 5
東北大学病院	810	22	308	▲ 89
秋田大学医学部附属病院	490	▲ 1	87	1
国立大学法人山形大学医学部附属病院	515		86	
公立大学法人 福島県立医科大学附属病院	392	▲ 24	294	294
筑波大学附属病院	609	42	150	▲ 42
自治医科大学附属病院	974	38	101	▲ 1
獨協医科大学病院	919	32	208	▲ 56
防衛医科大学校病院	27	12	571	
埼玉医科大学病院	761	▲ 4	0	
千葉大学医学部附属病院	775	41	25	▲ 41
国立研究開発法人国立がん研究センター東病院	400		25	
独立行政法人国立がん研究センター中央病院	578		0	
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院	169	▲ 53	530	53
東京慈恵会医科大学附属病院	669	75	357	▲ 73
公益財団法人がん研究会 有明病院	10	▲ 676	676	676
東邦大学医療センター大森病院	630	▲ 12	270	
杏林大学医学部附属病院	679		366	
東京医科大学病院	690	▲ 298	298	298
東京医科歯科大学医学部附属病院	650	▲ 62	62	62
昭和大学病院	815		0	
東京大学医学部附属病院	731	▲ 32	423	324
帝京大学医学部附属病院	1,007	▲ 24	24	24
日本大学医学部附属板橋病院	75	▲ 8	895	▲ 4
順天堂大学医学部附属順天堂医院	1,005	▲ 1	0	
日本医科大学附属病院	850	61	0	
慶應義塾大学病院	770	49	184	▲ 5
北里大学病院	584	44	449	4
聖マリアンナ医科大学病院	1,156		0	
公立大学法人 横浜国立大学附属病院	612		0	20
東海大学医学部附属病院	804		0	
新潟大学医歯学総合病院	718	▲ 45	45	45
国立大学法人富山大学附属病院	517		52	
金沢医科大学病院	725	25	0	38
国立大学法人金沢大学附属病院	792		0	
福井大学医学部附属病院	369	▲ 92	190	92
山梨大学医学部附属病院	493	▲ 85	85	85
信州大学医学部附属病院	409	▲ 279	268	268
国立大学法人岐阜大学医学部附属病院	577		0	

医療機関施設名	高度急性期 (前年比)	急性期 (前年比)	回復期 (前年比)	慢性期 (前年比)
浜松医科大学医学部附属病院	576	0	0	0
静岡県立静岡がんセンター	565	50	0	0
名古屋市立大学病院	772	0	0	0
愛知医科大学病院	800	0	0	0
藤田保健衛生大学病院	1,149	▲ 76	80	60
名古屋大学医学部附属病院	927	46	103	▲ 1
国立大学法人三重大学医学部附属病院	534	124	121	▲ 124
滋賀医科大学医学部附属病院	569	0	0	0
京都府立医科大学附属病院	36	3	792	▲ 52
京都大学医学部附属病院	1,046	0	0	0
大阪大学医学部附属病院	1,034	1	0	0
大阪医科大学附属病院	767	0	55	0
国立研究開発法人国立循環器病研究センター	563	▲ 2	0	0
関西医科大学附属病院	751	0	0	0
地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター	500	0	0	0
大阪市立大学医学部附属病院	934	0	0	0
学校法人近畿大学近畿大学医学部附属病院	919	▲ 1	0	0
神戸大学医学部附属病院	888	0	0	0
兵庫医科大学病院	828	0	91	0
奈良県立医科大学附属病院	443	▲ 55	413	48
和歌山県立医科大学附属病院	635	0	125	0
鳥取大学医学部附属病院	649	▲ 8	0	0
島根大学医学部附属病院	201	8	369	6
岡山大学病院	819	0	0	0
川崎医科大学附属病院	930	44	48	48
広島大学病院	724	▲ 2	0	0
山口大学医学部附属病院	270	▲ 415	415	415
徳島大学病院	377	▲ 266	266	266
香川大学医学部附属病院	356	44	225	▲ 44
愛媛大学医学部附属病院	504	16	98	0
高知大学医学部附属病院	390	13	193	0
福岡大学病院	781	0	0	0
九州大学病院	1,182	0	0	0
産業医科大学病院	557	0	81	0
久留米大学病院	956	48	0	0
佐賀大学医学部附属病院	46	0	534	25
長崎大学病院	812	0	0	0
熊本大学医学部附属病院	798	0	0	0
大分大学医学部附属病院	588	0	0	0
宮崎大学医学部附属病院	596	0	0	0
鹿児島大学病院	592	▲ 71	0	20
琉球大学医学部附属病院	550	0	0	0

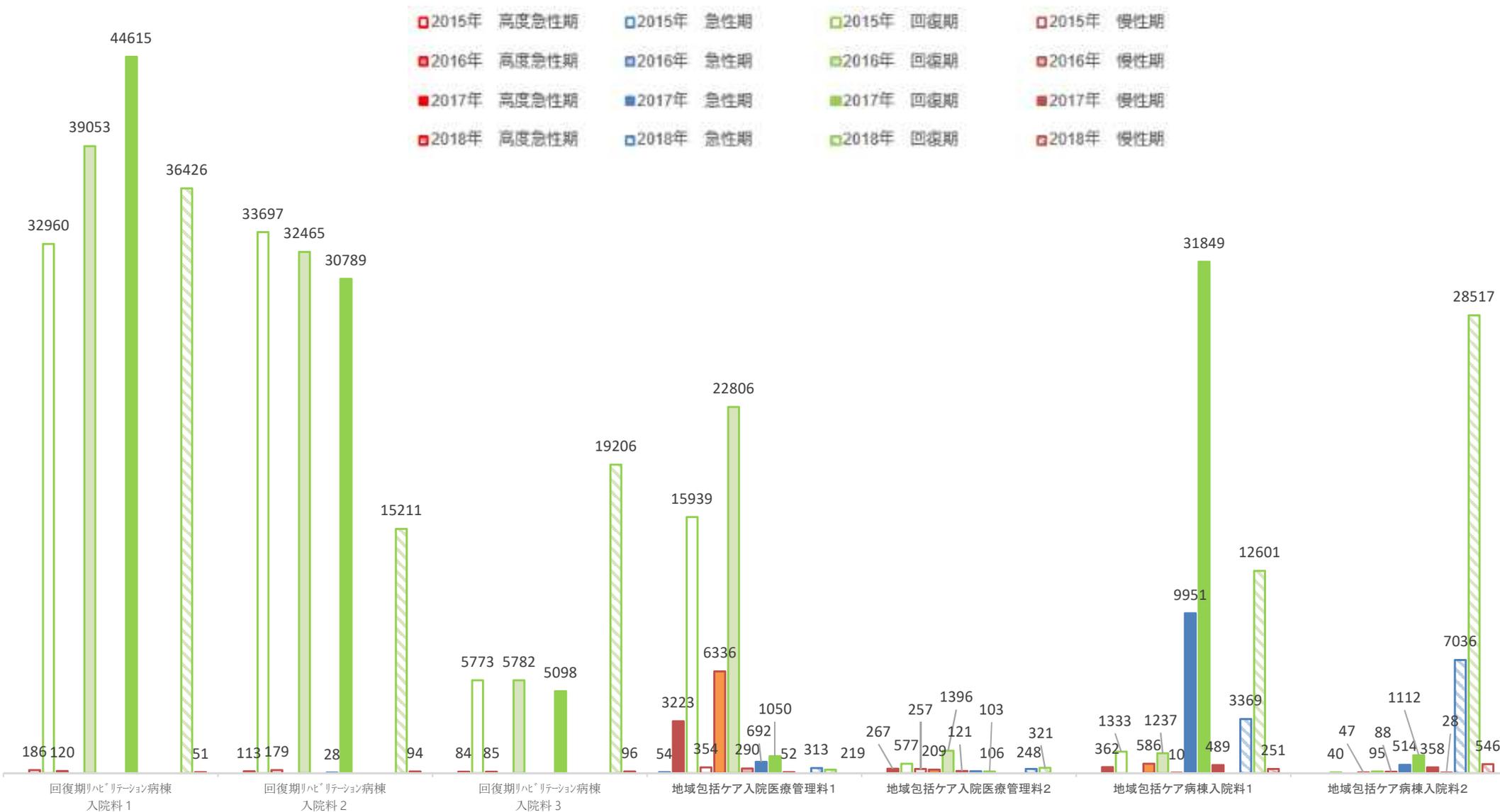
医療機関施設名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
札幌医科大学附属病院	45	845	0	0
北海道大学病院	714	160	0	0
旭川医科大学病院	527	44	0	0
弘前大学医学部附属病院	597	0	0	0
岩手医科大学附属病院	970	118	0	0
東北大学病院	788	397	0	0
秋田大学医学部附属病院	491	86	0	0
国立大学法人山形大学医学部附属病院	515	86	0	0
公立大学法人 福島県立医科大学附属病院	596	0	0	0
筑波大学附属病院	567	192	0	0
自治医科大学附属病院	936	102	0	0
獨協医科大学病院	887	264	0	0
埼玉医科大学病院	765	0	0	0
防衛医科大学校病院	15	571	0	0
千葉大学医学部附属病院	734	66	0	0
国立研究開発法人国立がん研究センター東病院	400	25	0	0
独立行政法人国立がん研究センター中央病院	578	0	0	0
東京慈恵会医科大学附属病院	594	430	0	0
順天堂大学医学部附属順天堂医院	1,006	0	0	0
東京医科歯科大学医学部附属病院	712	0	0	0
東京大学医学部附属病院	1051	99	0	0
日本医科大学附属病院	789	0	0	0
昭和大学病院	815	0	0	0
東邦大学医療センター大森病院	642	270	0	0
東京医科大学病院	988	0	0	0
慶應義塾大学病院	721	189	0	0
国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院	699	0	0	0
帝京大学医学部附属病院	1,031	0	0	0
日本大学医学部附属板橋病院	83	899	0	0
公益財団法人がん研究会 有明病院	686	0	0	0
杏林大学医学部附属病院	679	366	0	0
公立大学法人 横浜市立大学附属病院	612	0	0	0
聖マリアンナ医科大学病院	1,156	0	0	0
東海大学医学部附属病院	804	0	0	0
北里大学病院	540	445	0	0
新潟大学医歯学総合病院	763	0	0	0
国立大学法人富山大学附属病院	517	52	0	0
国立大学法人金沢大学附属病院	792	0	0	0
金沢医科大学病院	700	0	38	0
福井大学医学部附属病院	461	98	0	0
山梨大学医学部附属病院	578	0	0	0
信州大学医学部附属病院	688	0	0	0
国立大学法人岐阜大学医学部附属病院	577	0	0	0

医療機関施設名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
静岡県立静岡がんセンター	565	50	0	0
浜松医科大学医学部附属病院	576	0	0	0
名古屋大学医学部附属病院	881	104	0	0
名古屋市立大学病院	772	0	0	0
藤田保健衛生大学病院	1,225	62	0	0
愛知医科大学病院	800	0	0	0
国立大学法人三重大学医学部附属病院	410	245	0	0
滋賀医科大学医学部附属病院	569	0	0	0
京都府立医科大学附属病院	33	844	0	16
京都大学医学部附属病院	1,046	0	0	0
国立研究開発法人国立循環器病研究センター	565	0	0	0
大阪大学医学部附属病院	1,024	0	0	0
大阪医科大学附属病院	767	55	0	0
関西医科大学附属病院	751	0	0	0
学校法人近畿大学近畿大学医学部附属病院	929	0	0	0
大阪市立大学医学部附属病院	934	0	0	0
地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター	500	0	0	0
神戸大学医学部附属病院	888	0	0	0
兵庫医科大学病院	828	91	0	0
奈良県立医科大学附属病院	498	365	0	0
和歌山県立医科大学附属病院	635	125	0	0
鳥取大学医学部附属病院	657	0	0	0
島根大学医学部附属病院	193	309	0	0
岡山大学病院	819	0	0	0
川崎医科大学附属病院	886	0	48	0
広島大学病院	726	0	0	0
山口大学医学部附属病院	685	0	0	0
徳島大学病院	643	0	0	0
香川大学医学部附属病院	312	269	0	0
愛媛大学医学部附属病院	488	98	0	0
高知大学医学部附属病院	377	193	0	0
九州大学病院	1,182	0	0	0
福岡大学病院	781	0	0	0
久留米大学病院	908	0	0	16
産業医科大学病院	557	81	0	0
佐賀大学医学部附属病院	46	509	0	0
長崎大学病院	812	0	0	0
熊本大学医学部附属病院	798	0	0	0
大分大学医学部附属病院	588	0	0	0
宮崎大学医学部附属病院	596	0	0	0
鹿児島大学病院	663	0	0	0
琉球大学医学部附属病院	550	0	0	0

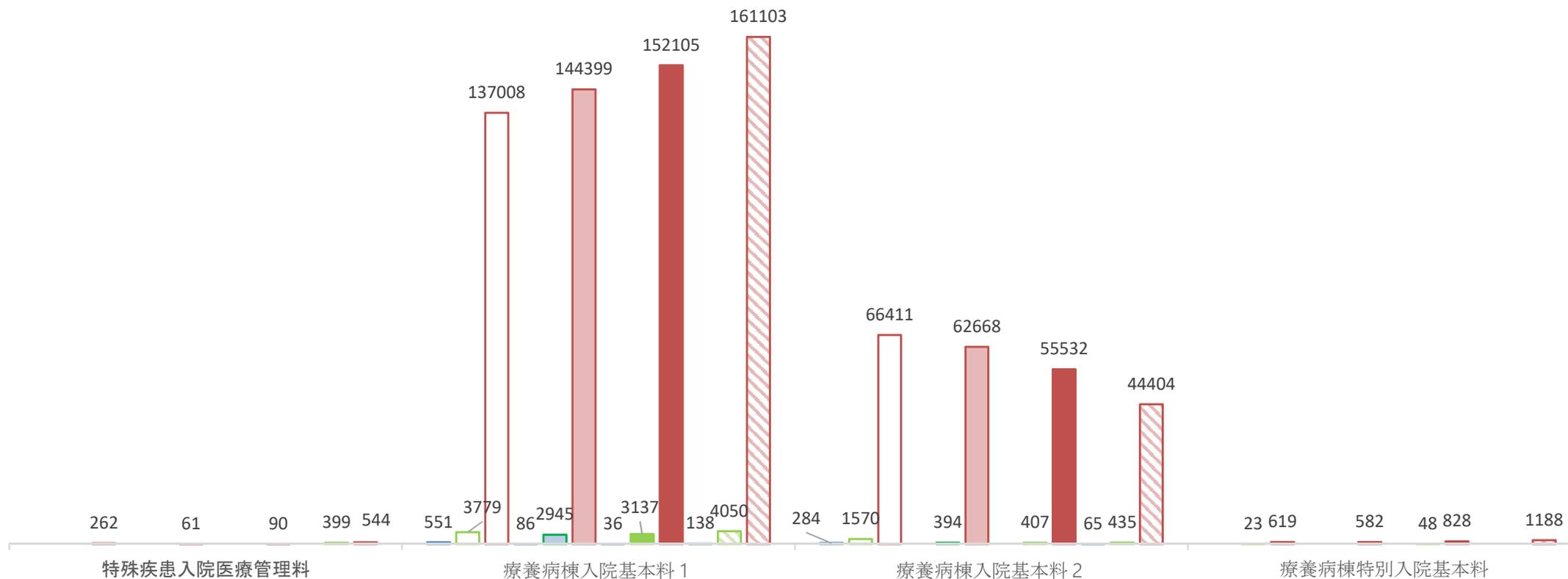
○ 2018年度の病床機能報告においても昨年度とほぼ同様の病床機能別報告割合であった。



※病棟単位の算定状況であり、内訳となる病室単位の算定状況は含まれないことに留意。

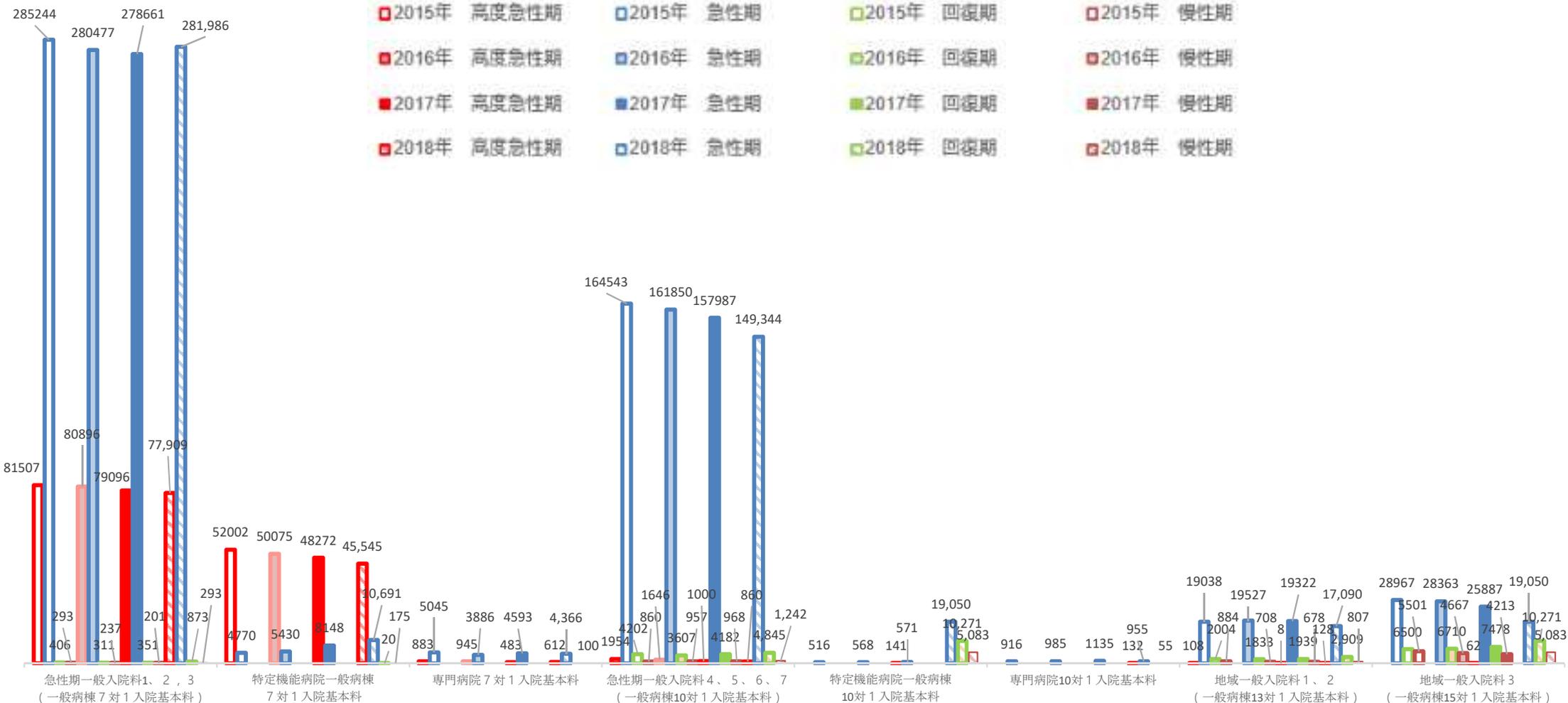


※病棟単位の算定状況であり、内訳となる病室単位の算定状況は含まれないことに留意。



※病棟単位の算定状況であり、内訳となる病室単位の算定状況は含まれないことに留意。

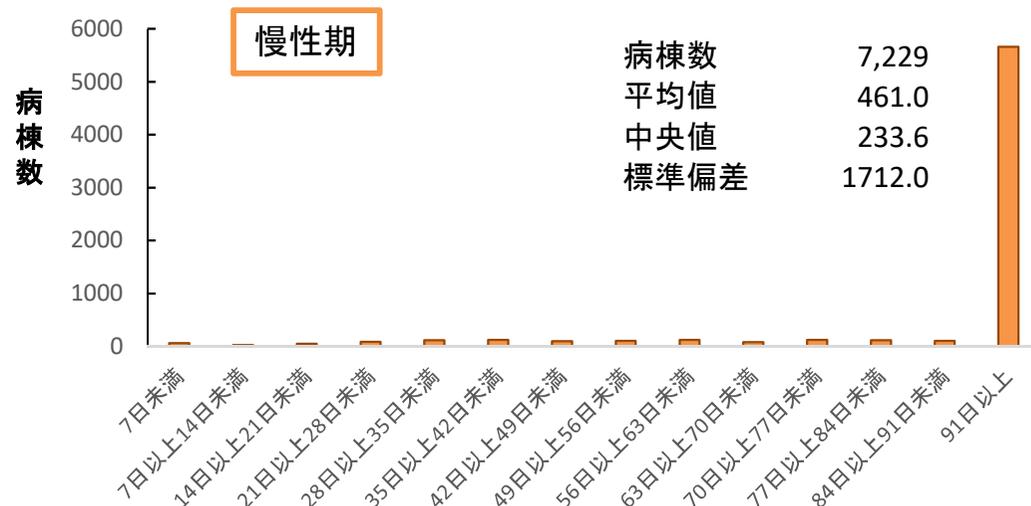
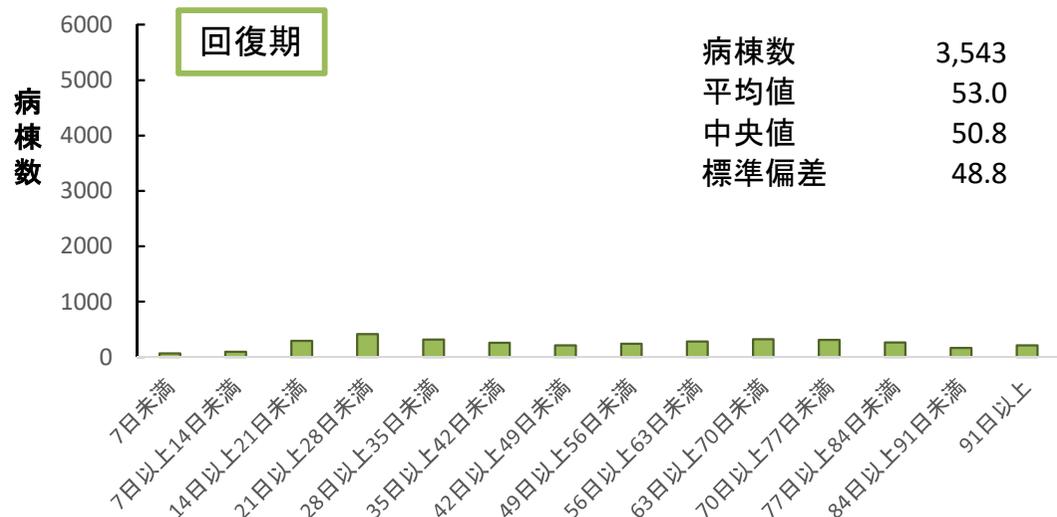
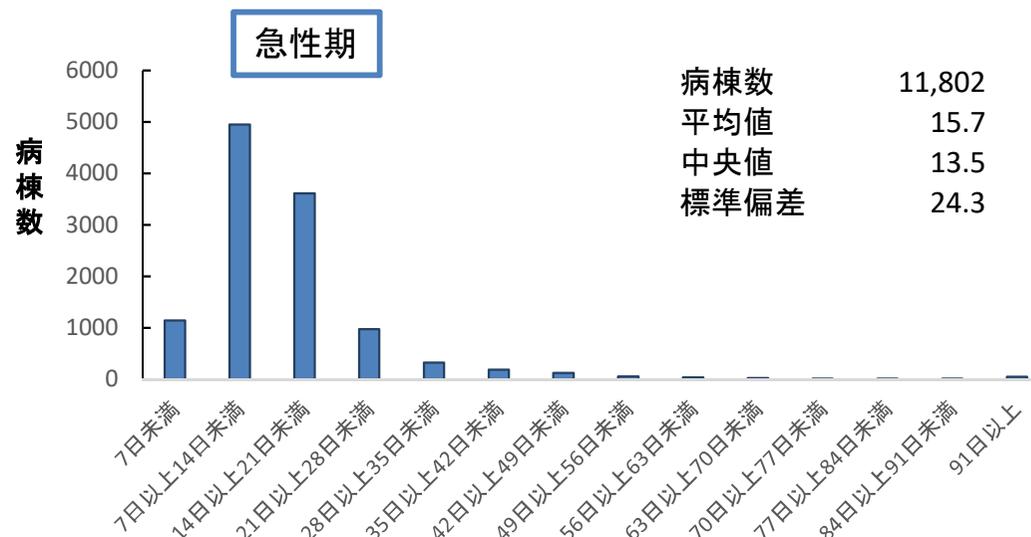
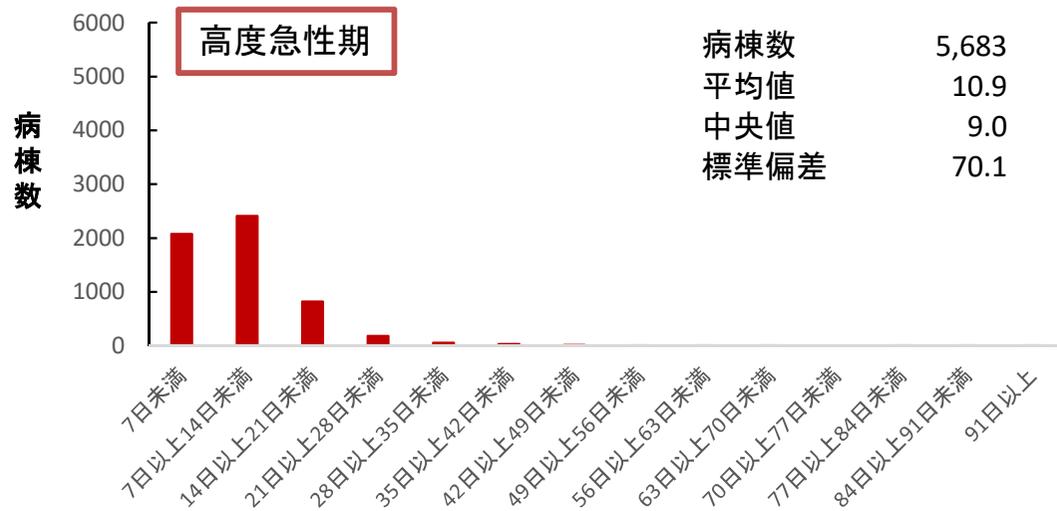
○ 2018年度の病床機能報告においても昨年度とほぼ同様の傾向であった。



※2018年度診療報酬改定に伴い、入院基本料が改定されたことから7対1入院基本料を急性期入院料1、2、3に、10対1入院基本料を急性期入院料4、5、6、7に、13対1入院基本料を地域一般入院料1、2に、15対1入院基本料を地域一般入院料3にそれぞれ読み替えた。

※病棟単位の算定状況であり、内訳となる病室単位の算定状況は含まれないことに留意。

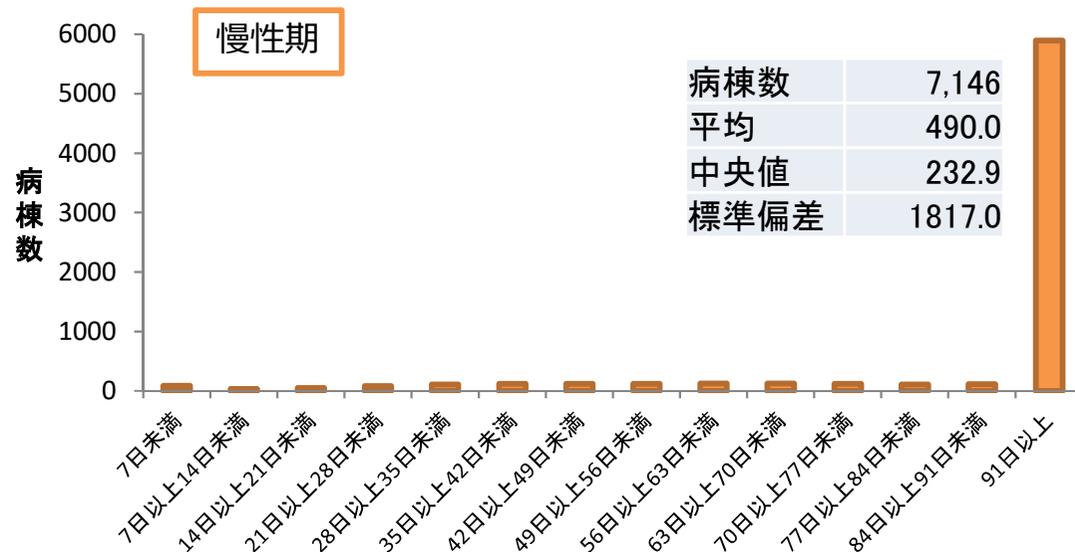
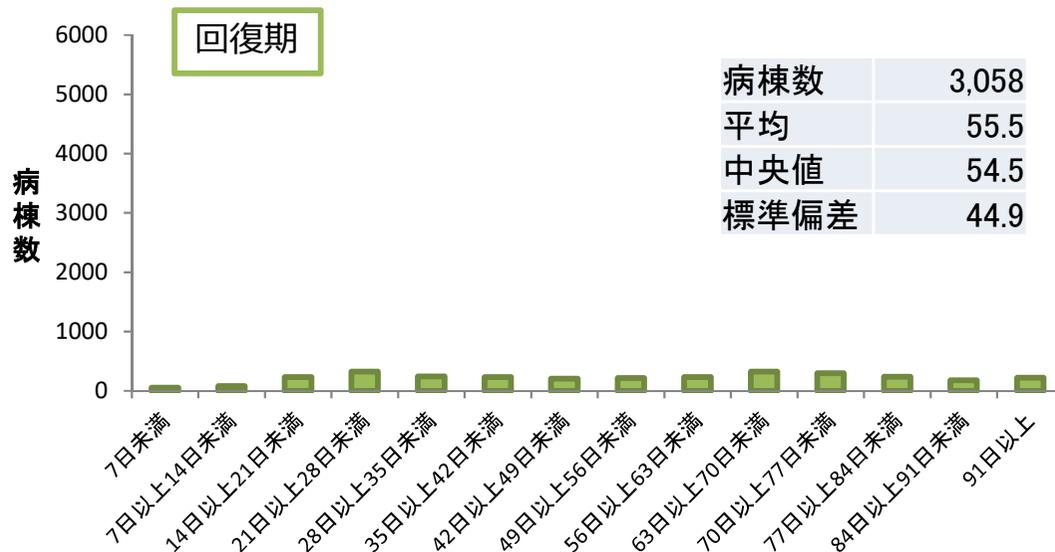
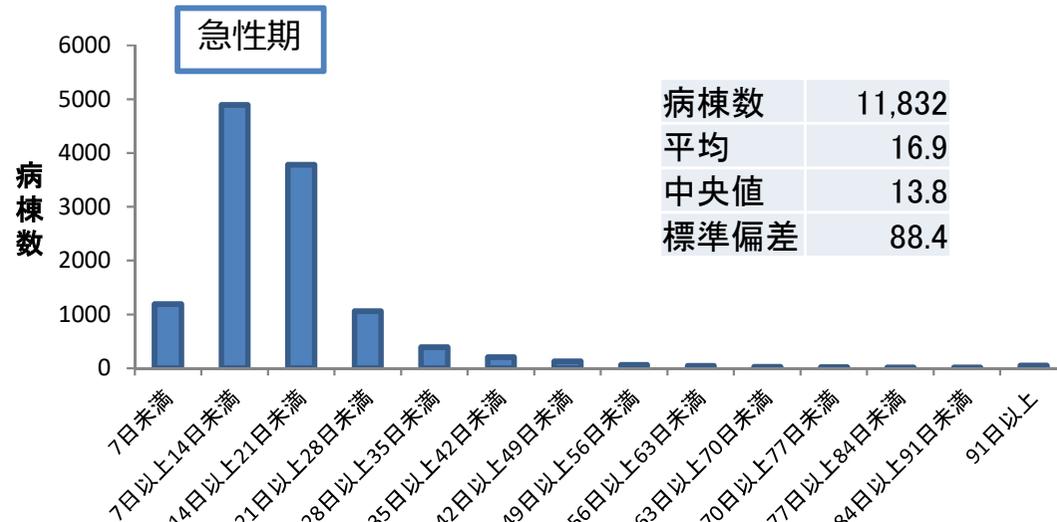
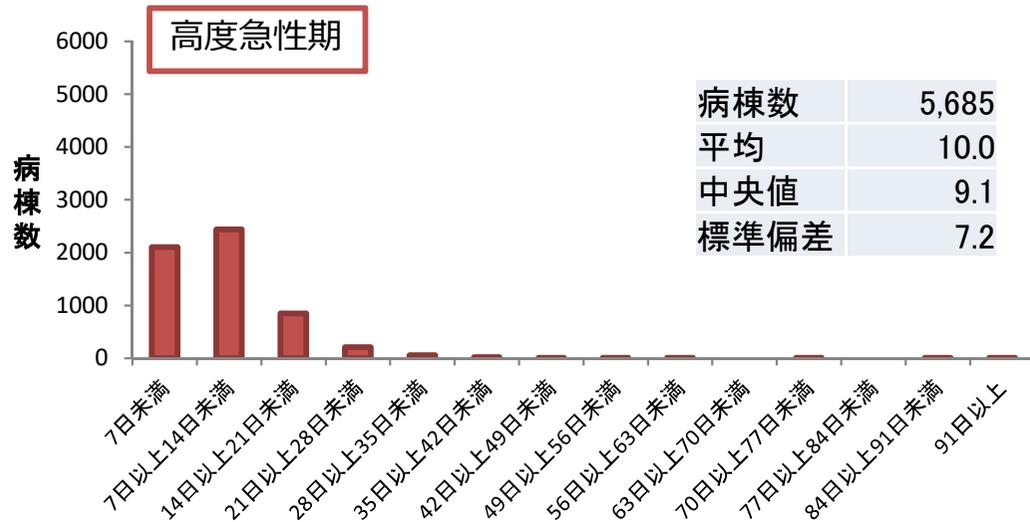
○ 2018年度の病床機能報告では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の平均在棟日数の中央値は9日、14日、51日、234日であった。



2018年度病床機能報告データに基づき、2017年7月1日から2018年6月30日間の新規入棟患者数、退棟患者数及び在棟患者延べ数を用いて病棟ごとに平均在棟日数を算出して、医療機能ごとに平均在棟日数の病棟分布を示したもの。

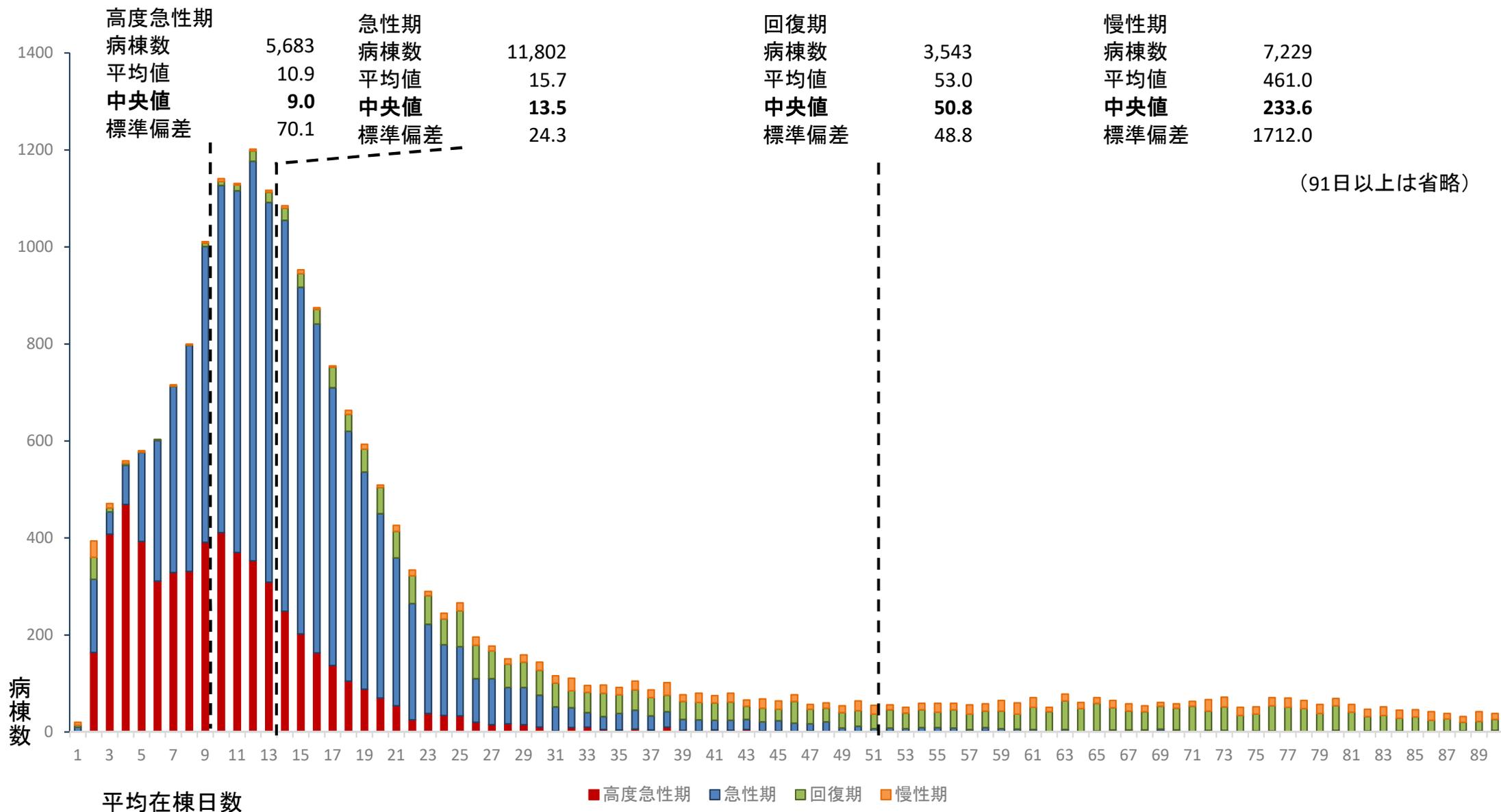
(平均在棟日数) = (在棟患者延べ数) ÷ ((新規入院患者数) + (退棟患者数)) ÷ 2 ※2017年7月1日～2018年6月30日の1年間の患者数

○ 2017年度の病床機能報告では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の平均在棟日数の中央値は、9日、14日、55日、233日であった。



2018年度病床機能報告データに基づき、2017年7月1日から2018年6月30日間の新規入棟患者数、退棟患者数及び在棟患者延べ数を用いて病棟ごとに平均在棟日数を算出して、医療機能ごとに平均在棟日数の病棟分布を示したもの。

(平均在棟日数) = (在棟患者延べ数) ÷ ((新規入院患者数) + (退棟患者数)) ÷ 2 ※2017年7月1日～2018年6月30日の1年間の患者数



2018年度病床機能報告データに基づき、2017年7月1日から2018年6月30日間の新規入棟患者数、退棟患者数及び在棟患者延べ数を用いて病棟ごとに平均在棟日数を算出して、医療機能ごとに平均在棟日数の病棟分布を示したもの。
 (平均在棟日数) = (在棟患者延べ数) ÷ ((新規入院患者数) + (退棟患者数)) ÷ 2 ※2017年7月1日～2018年6月30日の1年間の患者数

地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

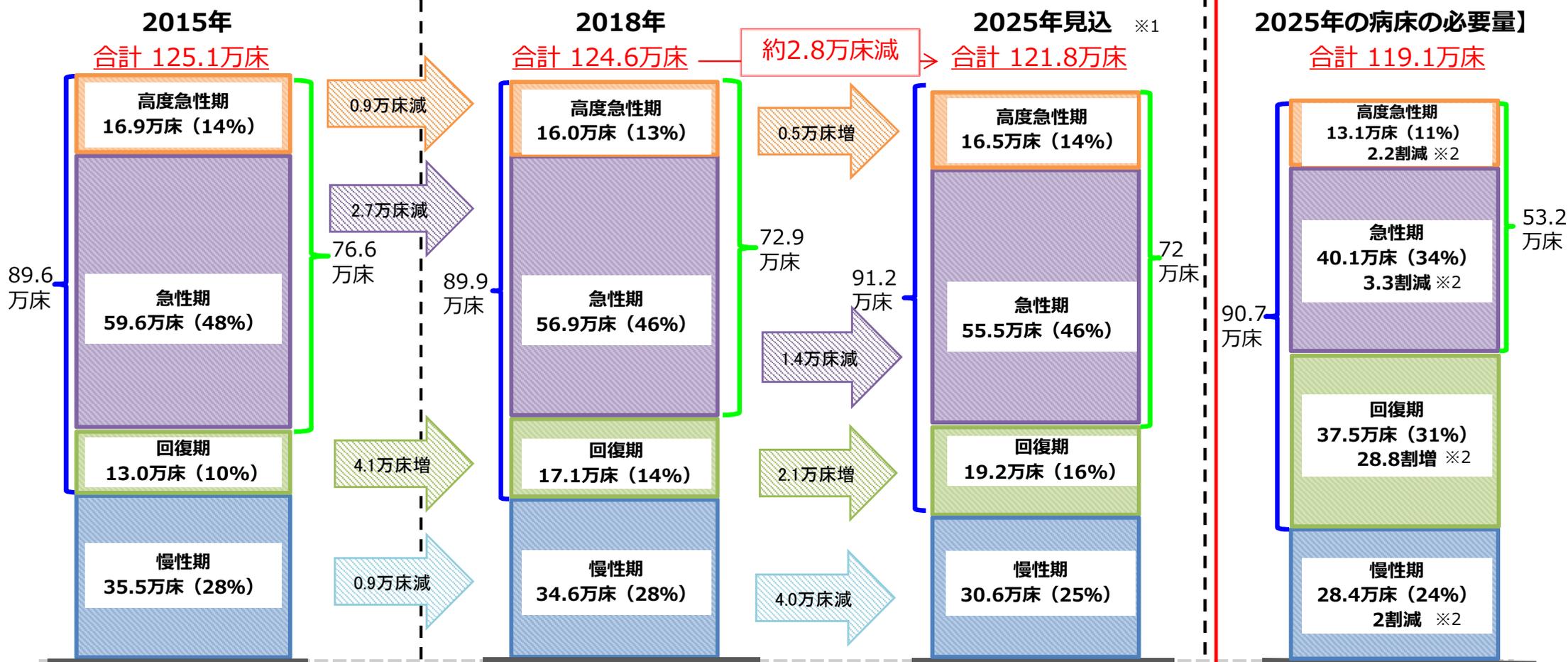
病床機能ごとの病床数の推移

- 2025年見込の病床数※1は**121.8万床**となっており、2015年に比べ、**3.3万床減少する見込み**だが、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ未だ**2.7万床**開きがある。(同期間に、高度急性期+急性期は**4.6万床減少**、慢性期は**4.9万床減少**の見込み)
- 2025年見込の高度急性期及び急性期の病床数※1の合計は**72万床**であり、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ**18.8万床**開きがある。一方で回復期については**18.3万床**不足しており、「急性期」からの転換を進める必要がある。

【2015年度病床機能報告】

【2018年度病床機能報告 (2019年5月時点暫定値)】

【地域医療構想における2025年の病床の必要量】



※1: 2018年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 2015年の病床数との比較

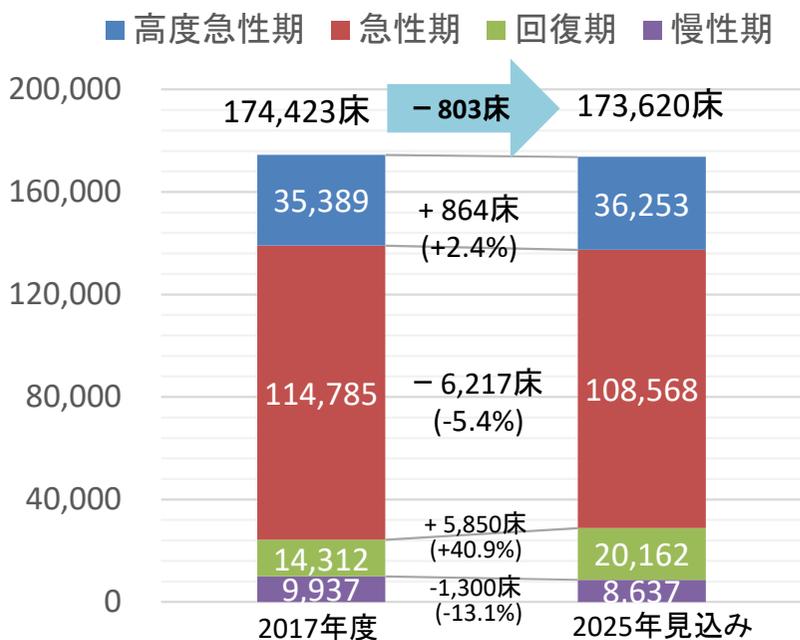
※3: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
 - トータルの病床数は横ばい。
- **具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。**

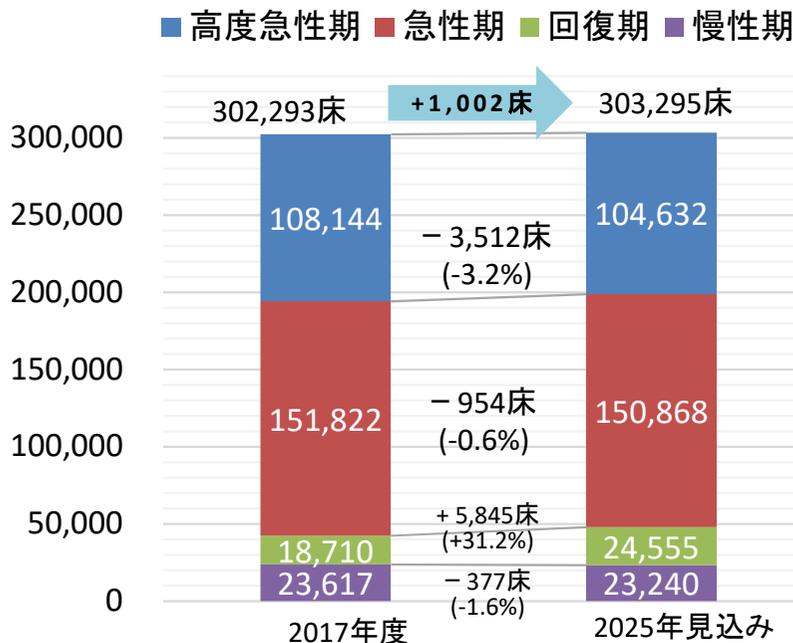
2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

(参考) 構想区域ごとの状況

公立病院



公的医療機関等



病床数が減少する合意を行った構想区域数

公立分	113	区域
公的等分	115	区域
民間分	131	区域

※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。

※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

- 2015年度病床数と2025年の病床の必要量を比較すると、「高度急性期+急性期+回復期」の全国の病床数合計は、89.6万床→90.7万床と増加する。
- 公立病院・公的医療機関等の病床のうち、93%※は、高度急性期・急性期・回復期であり、具体的対応方針における2025年のトータルの病床数見込みの評価は慎重に行う必要がある。

※2015年度ベース

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

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

2. 今後の取り組み

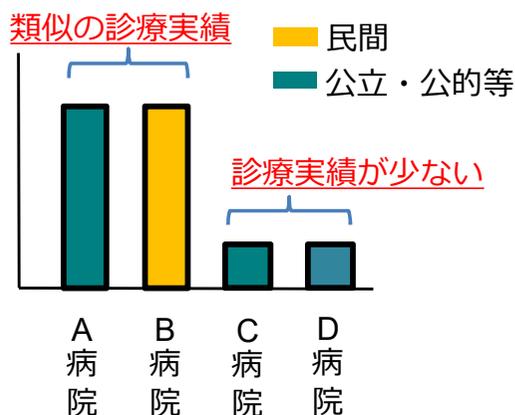
- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**代替可能性がある**」または「**診療実績が少ない**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

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

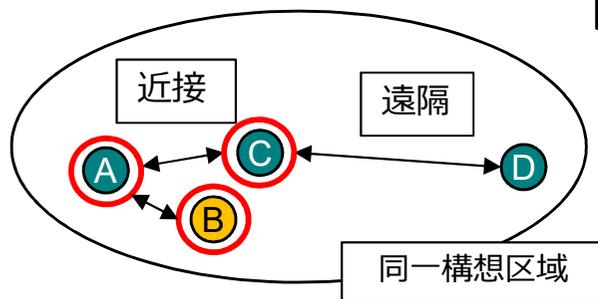
分析のイメージ

- ① 診療実績の**データ分析**
(領域等 (例: がん、救急等) ごと)



- ② 地理的条件の**確認**

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



①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

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

について具体的な協議・再度の合意を要請



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

視点1

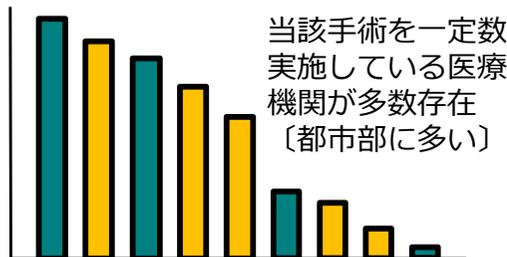
代表的な手術の実績を確認し、機能の重点化について特に議論が必要なケースに該当するか確認。

■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関

□ パターン (ア)



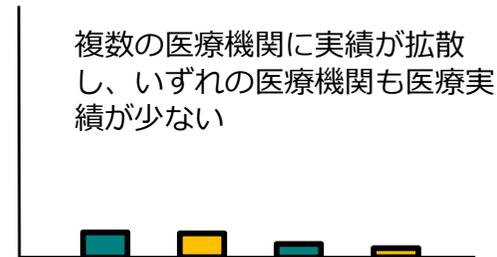
□ パターン (イ)



□ パターン (ウ)



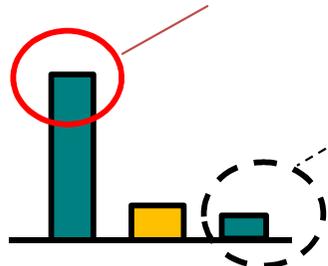
□ パターン (エ)



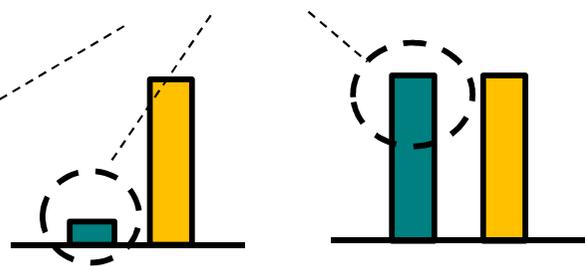
視点2

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

□ 固有の役割あり



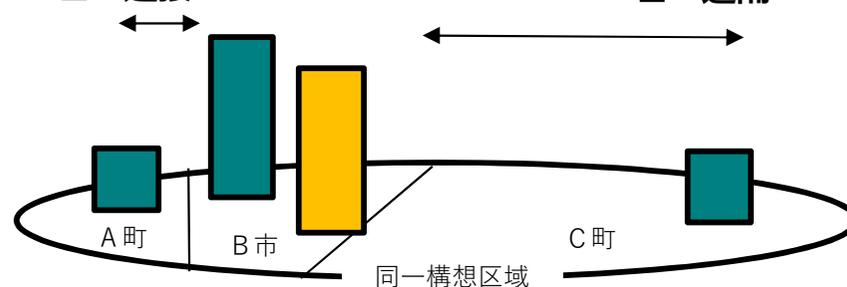
□ 固有の役割なし



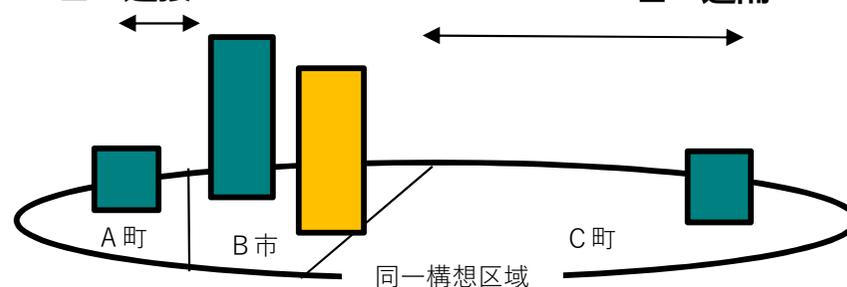
視点3

地理的条件（位置関係、移動に要する時間）を確認し、近接の度合いを確認。

□ 近接



□ 遠隔



「評価の視点のイメージ」

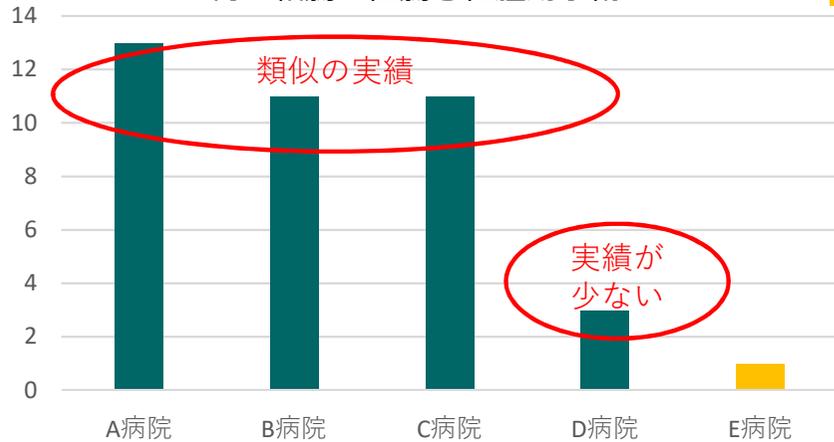
- ① **手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合**、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。
- ② 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、**特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて**、地域の民間医療機関では担うことができない固有の役割があるか確認する。
- ③ 診療実績が少ない、構想区域内で固有の役割が無いといった状況にある公立・公的医療機関等については、**地理的条件等を踏まえ**、他の医療機関等との近接状況を確認する。
- ④ 以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

A 構想区域の例

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

■ 手術実績

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



■ 公立・公的病院等
■ 民間医療機関

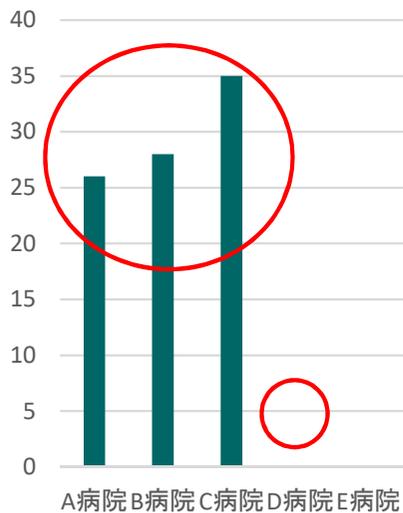
■ 基本情報

人口 (※1)	高齢化率 (※1)	一般病院数 (※2)	有床診 (※2)	病床数計 (※2)
33万	21	11	13	3.0千

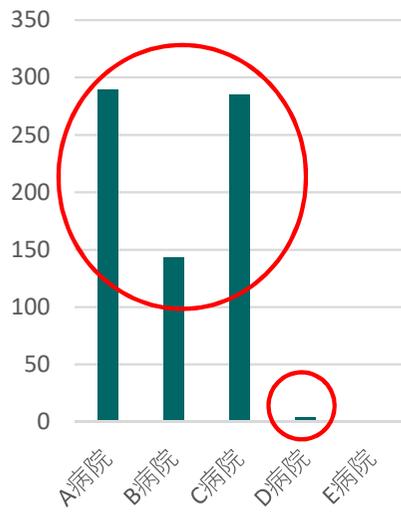
病床利用率 (※3)		医療施設従事医師数 (※4)	流入入院患者割合 (※5)	流出入院患者割合 (※5)
一般病床	療養病床			
76	92	697	32	32

■ 手術以外の診療実績

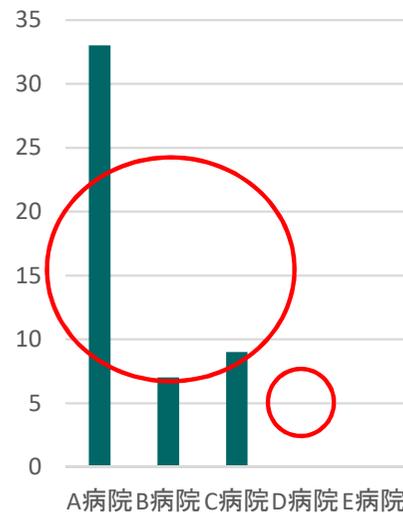
経皮的冠動脈形成術



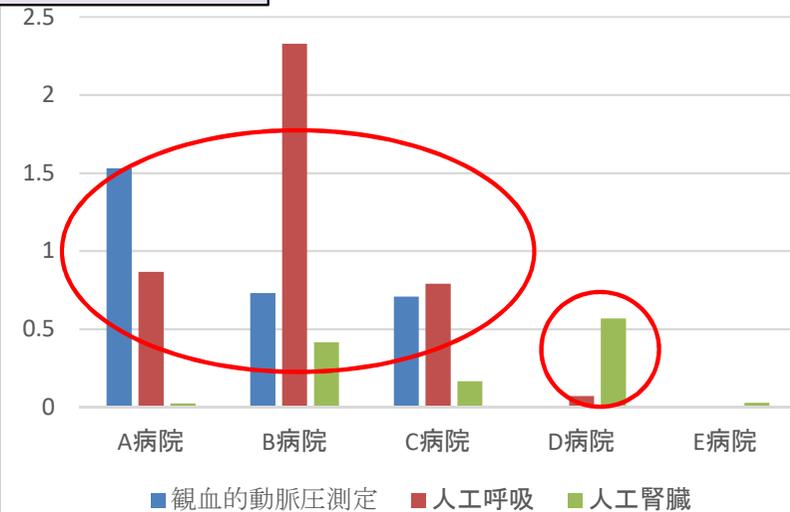
化学療法



放射線治療



■ 患者像

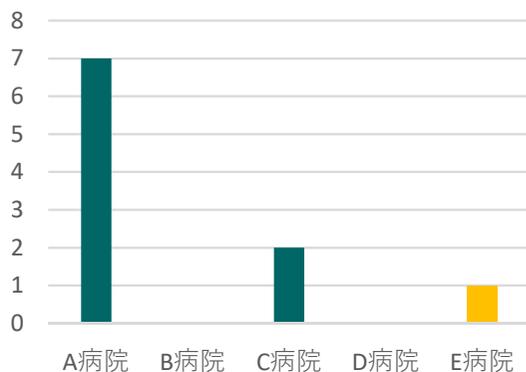


当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数（月あたり）を示したもの。

(参考) A構想区域の医療機関の診療実績

第32回社会保障WG
(令和元年5月23日) 資料1-1

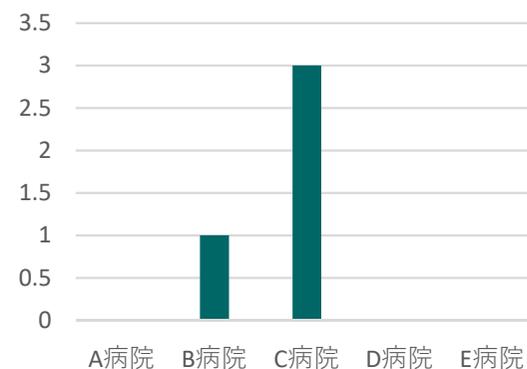
乳腺悪性腫瘍手術



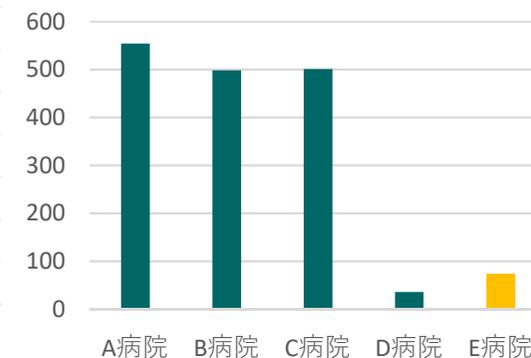
冠動脈バイパス手術



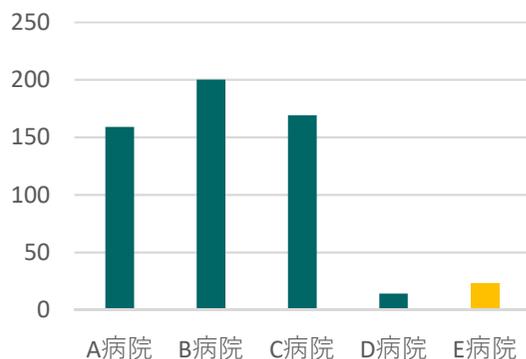
脳動脈瘤クリッピング術



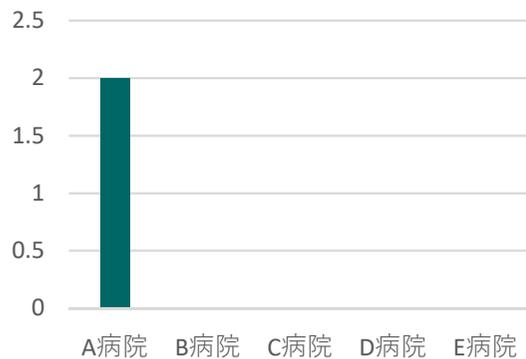
手術 総数



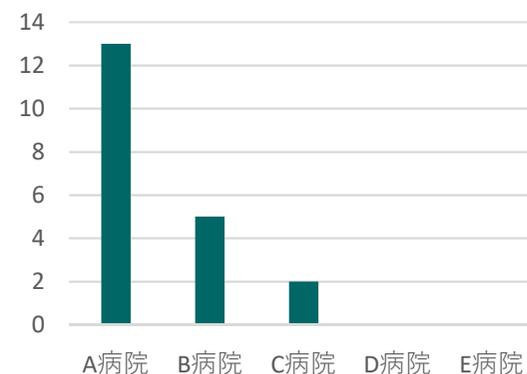
全身麻酔の手術



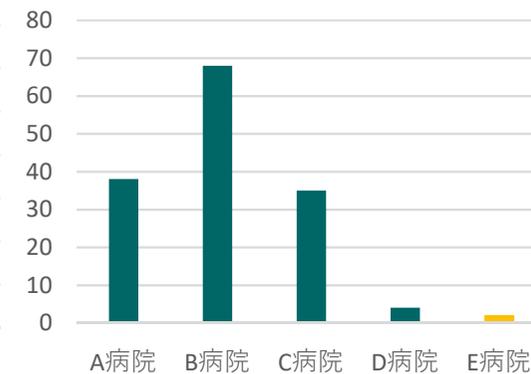
人工心肺を用いた手術



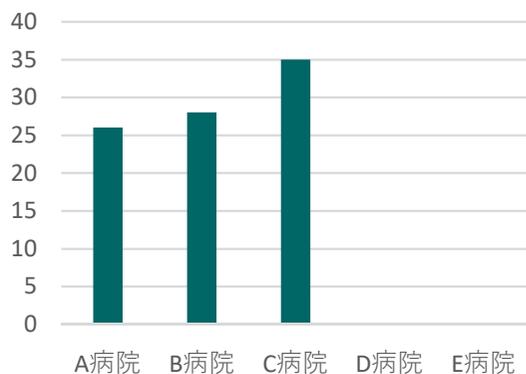
胸腔鏡下手術



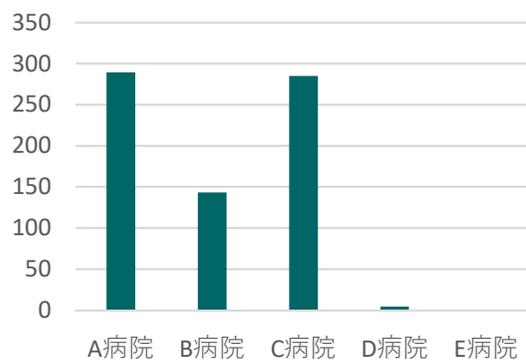
腹腔鏡下手術



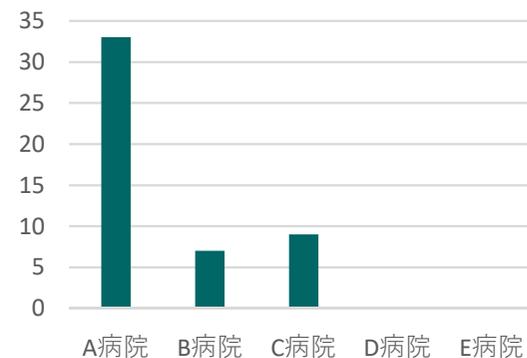
経皮的冠動脈形成術



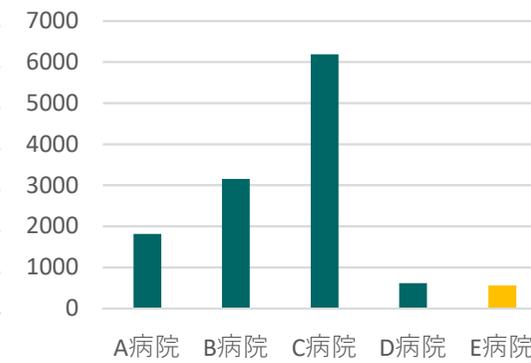
化学療法



放射線治療



救急車の受入件数



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

■ 手術実績

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術

■ 公立・公的病院等
■ 民間医療機関



■ 基本情報

人口 (※1)	高齢化率 (※1)	一般病院数 (※2)	有床診 (※2)	病床数計 (※2)
212,000	29.8	12	9	2,678

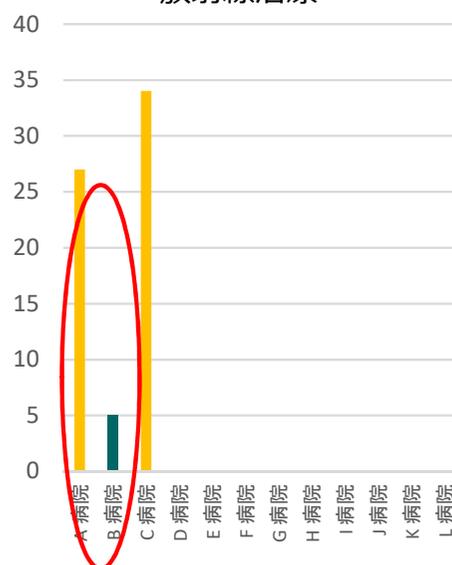
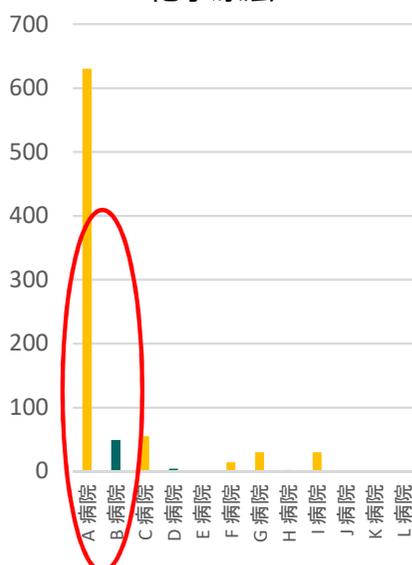
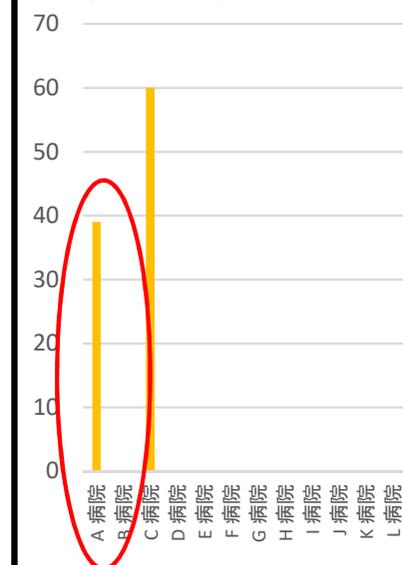
病床利用率 (※3)		医療施設従事医師数 (※4)	流入入院患者割合 (※5)	流出入院患者割合 (※5)
一般病床	療養病床			
72.7	80.5	563	-	-

■ 手術以外の診療実績

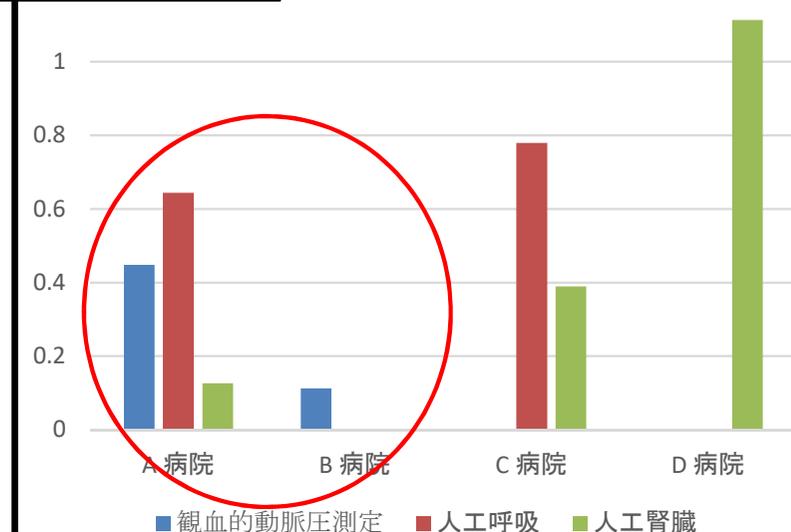
経皮的冠動脈形成術

化学療法

放射線治療



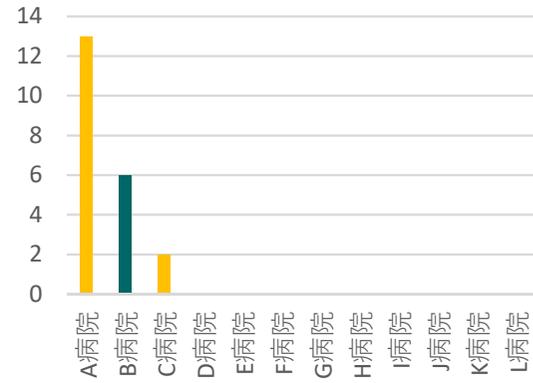
■ 患者像



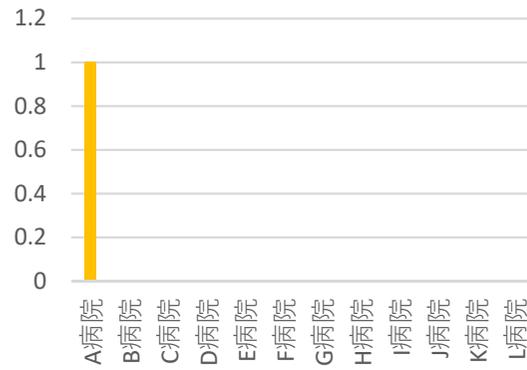
当該病院で、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術を実施している病棟において、一床あたりの算定回数（月あたり）を示したもの。

(参考) B構想区域の医療機関の診療実績

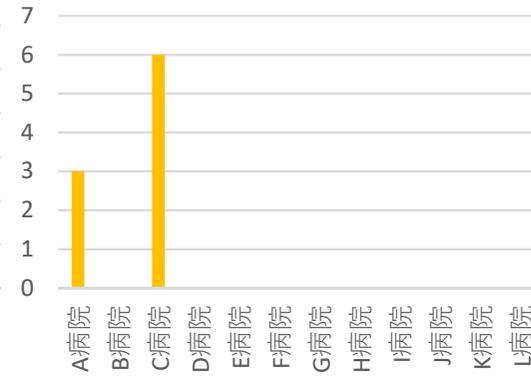
乳腺悪性腫瘍手術



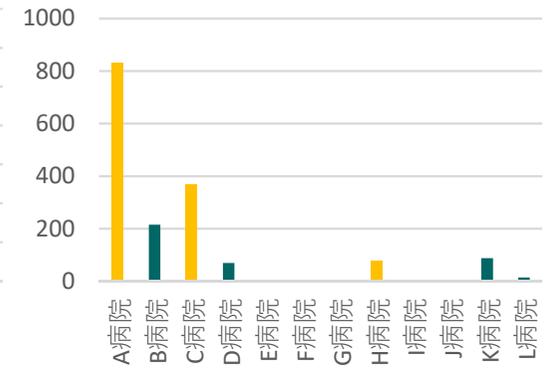
冠動脈バイパス手術



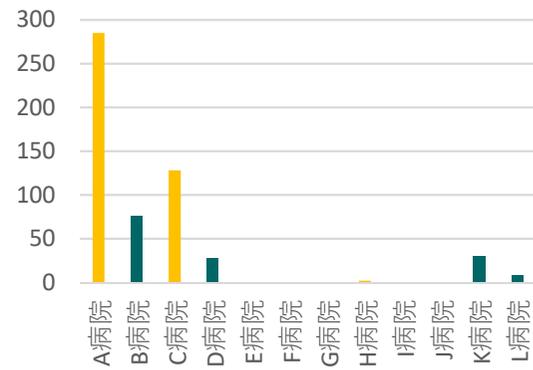
脳動脈瘤クリッピング術



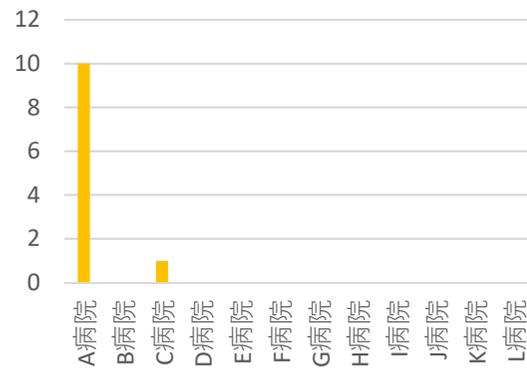
手術 総数



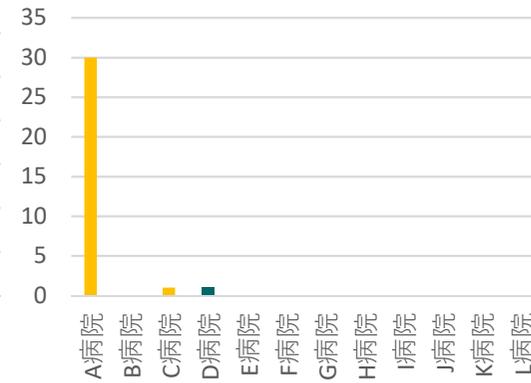
全身麻酔の手術



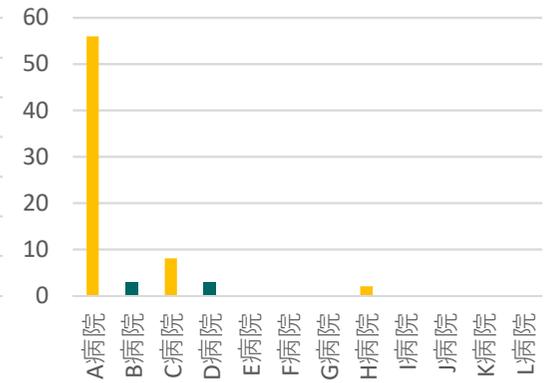
人工心肺を用いた手術



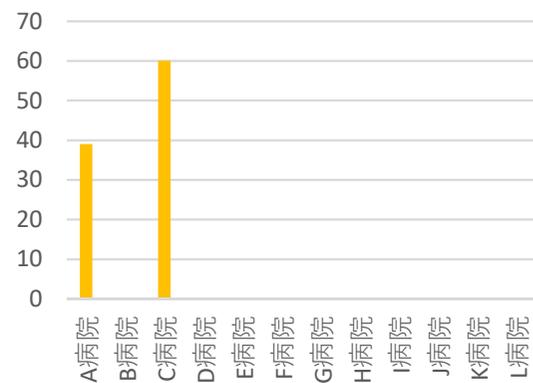
胸腔鏡下手術



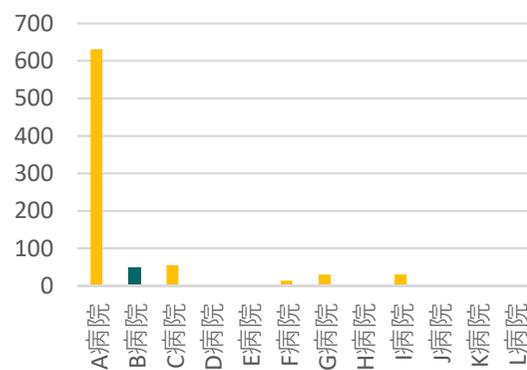
腹腔鏡下手術



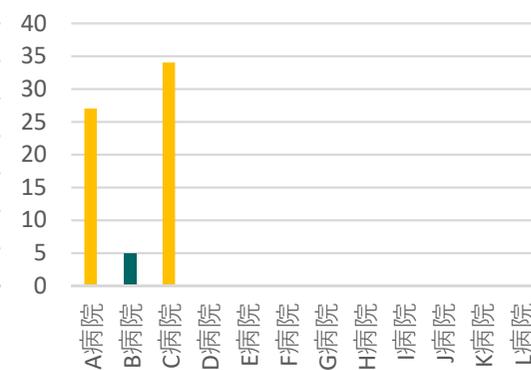
経皮的冠動脈形成術



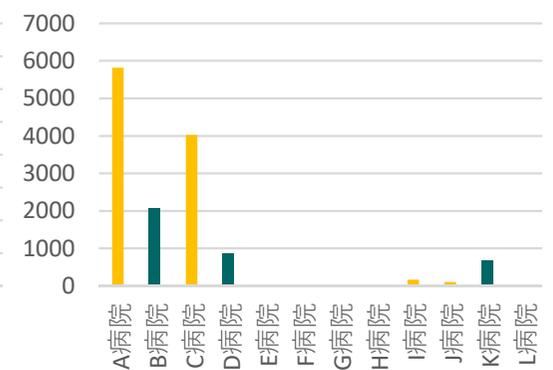
化学療法



放射線治療



救急車の受入件数



手術等における公立・公的医療機関等と 民間医療機関の競合状況等について

前回のヒアリングにおける主なご意見の整理①

(事務局が提示したヒアリングの視点)

- ・ 民間医療機関との競合や、医療機能の散在等、将来の病床数の必要量と病床機能報告の集計結果の単純比較では測ることができない地域の課題をどのように把握し、評価に反映するか

(前回WGにおいて出た指摘・意見)

- 例えば、ある術式の手術は、公立・公的で何例やっていて、同じ構想区域の民間で何例やっていて、この民間医療機関でも、公立・公的の症例数は十分こなせる能力がある、余力があるといったときは、これは競合していると。具体的に言うと、そういう議論になってくるのだろうと思う。
- 公立病院、自治体病院は、人口3万人以下のところが3割、10万人以下のところが約7割近くという状況。そういったところであれば余り競合もないだろうと考えている。
- (人口推移等のデータより) もっと大事なことは、各病床機能あるいは病院の機能でどの程度の患者さんが入院されているのか具体的な数値をここに(調整会議に)出す必要があるのではないかなど、前々から思っている。その辺について、もう少し詳しい情報分析、データ分析が必要になるのではないか。

- 公立・公的病院等でなければ担えない機能として、骨太の方針や公立病院改革ガイドラインにおいては、
- ・高度急性期や急性期機能
 - ・山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ・救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - ・県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - ・研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能
- などが挙げられている。

【新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月)[抜粋]】

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

3 新改革プランの内容

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。

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

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

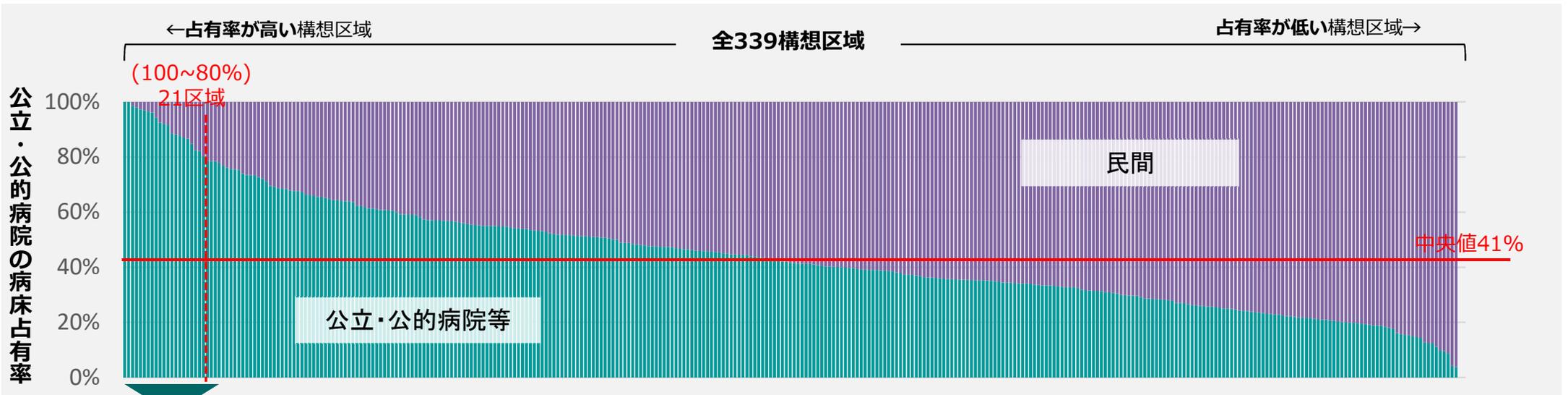
(医療・介護提供体制の効率化とこれに向けた都道府県の取組の支援)

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。

各構想区域の公立・公的病院等の病床占有率

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

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



公立・公的の占有率が80%を超える21構想区域

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

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

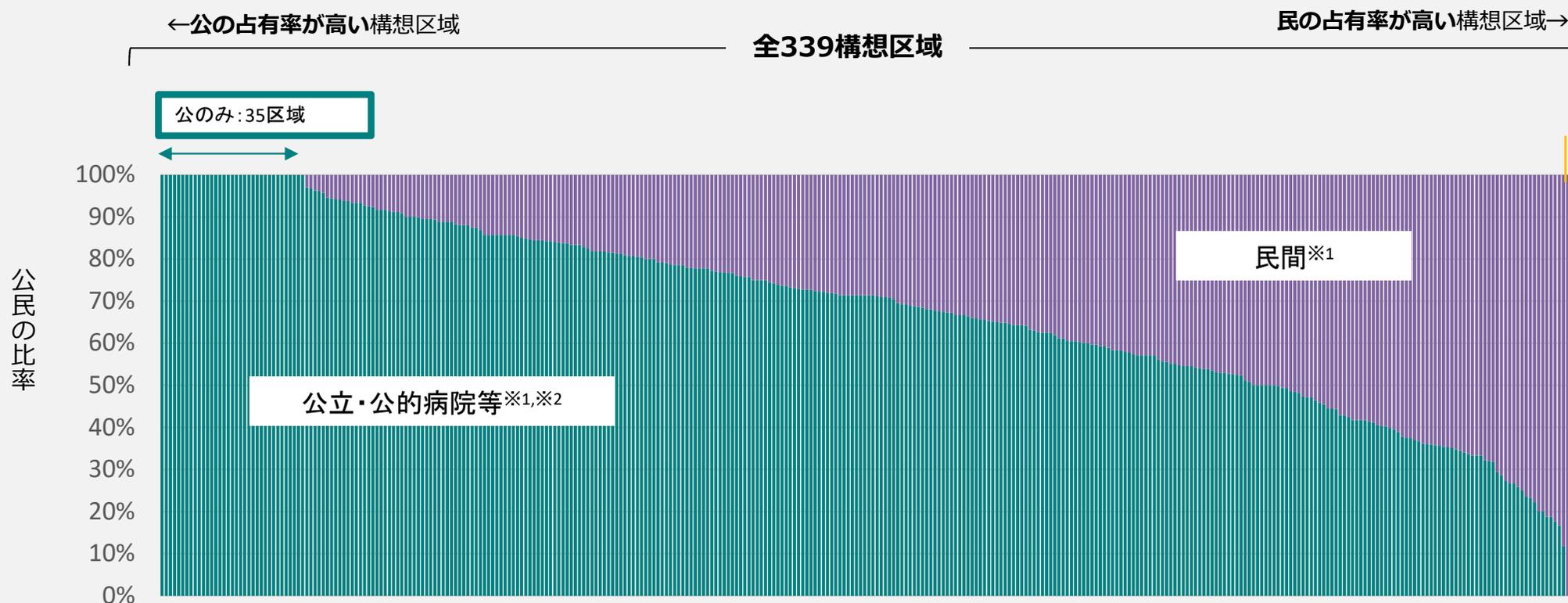
各構想区域における公民比率について – 医療機能別の病棟数の公民比率① –

(分析の内容)

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

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

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



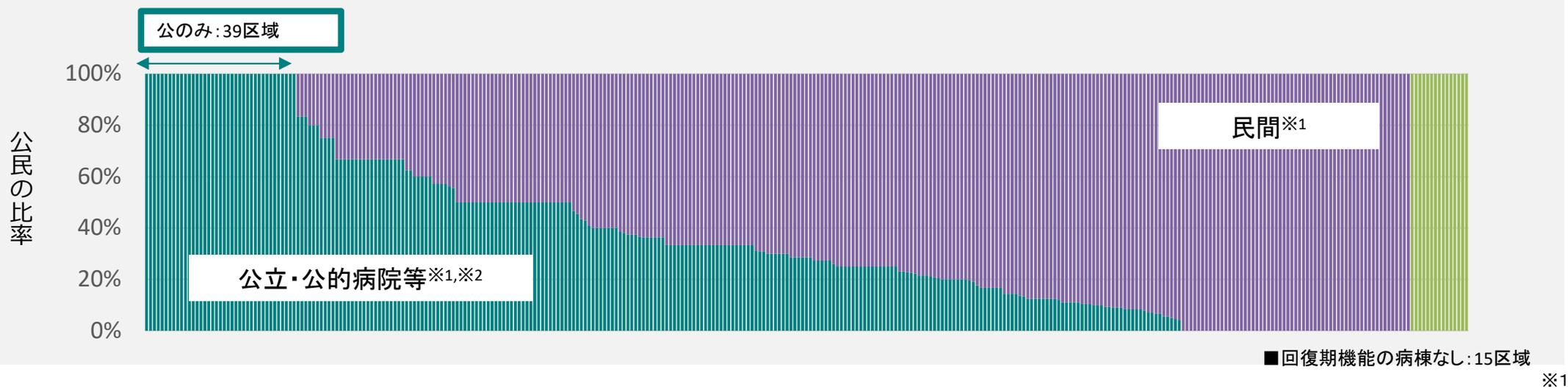
※1 病院の病棟のみ集計した。(有床診療所は本集計に含めていない。)

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

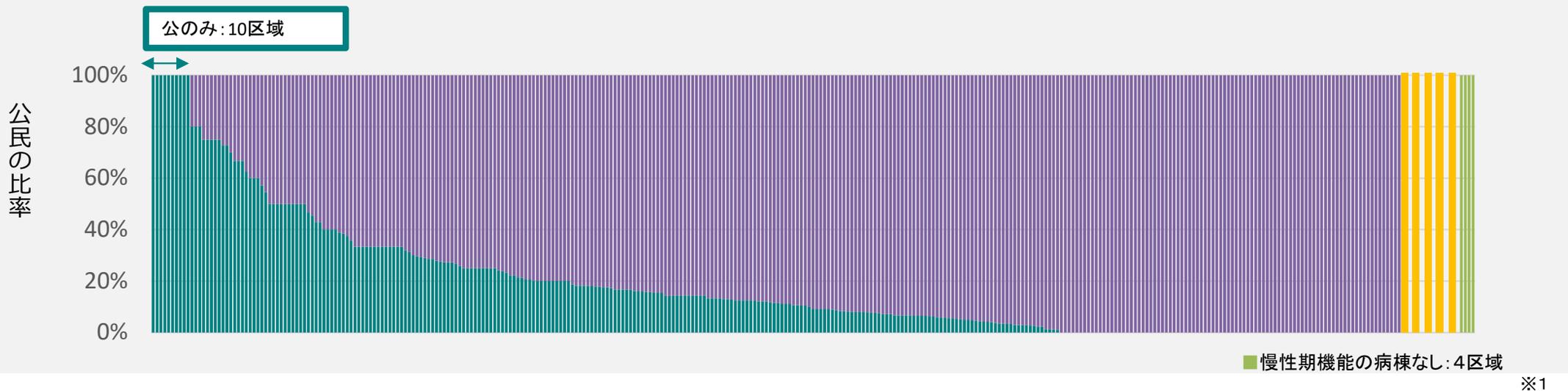
各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率② —

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2

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



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



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

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

平成29年度病床機能報告より

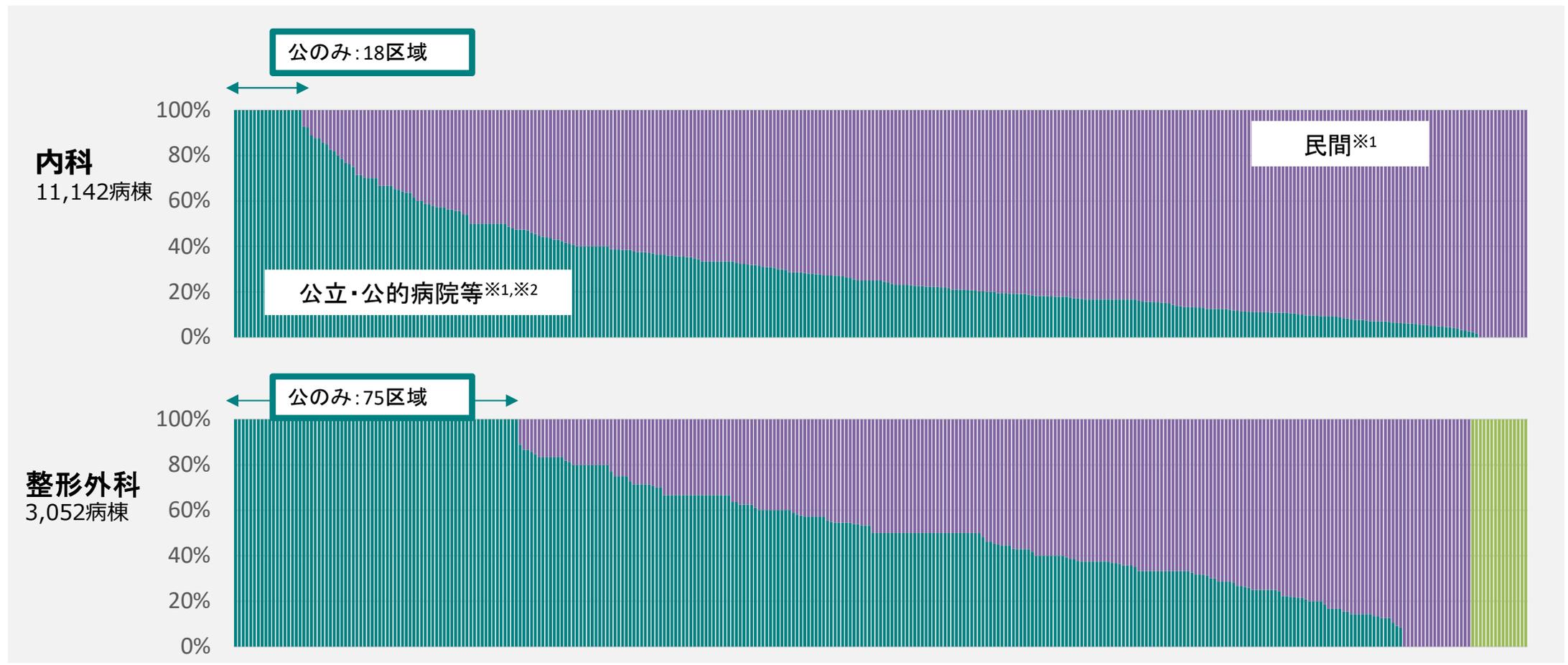
各構想区域における公民比率について — 主たる診療科別の病棟数の公民比率① —

(分析の内容)

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

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

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

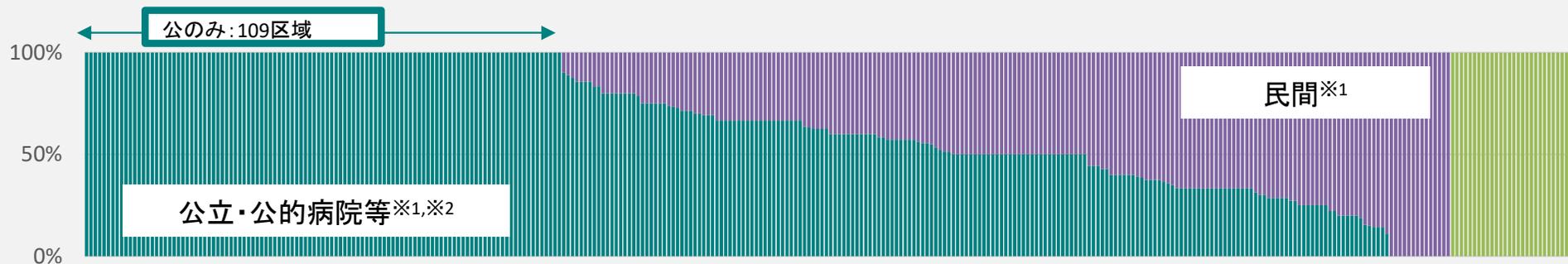


※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。(有床診療所は本集計に含めていない。)
 ※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院
 平成29年度病床機能報告より

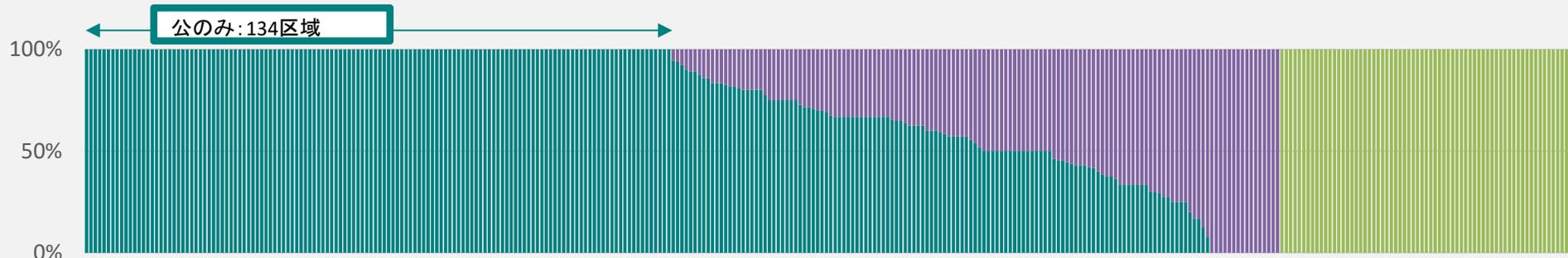
各構想区域における公民比率について－主たる診療科別の病棟数の公民比率②－

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2

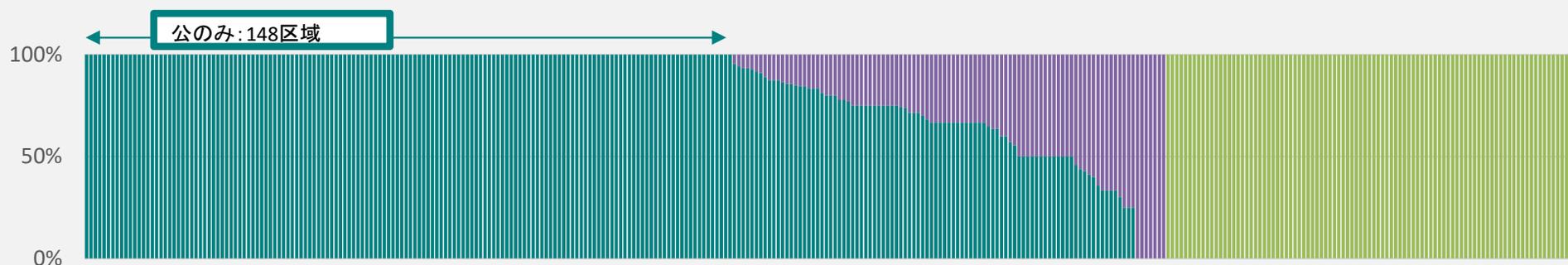
外科
1,842病棟



循環器内科
1,596病棟



小児科
1,479病棟



脳神経外科
1,468病棟



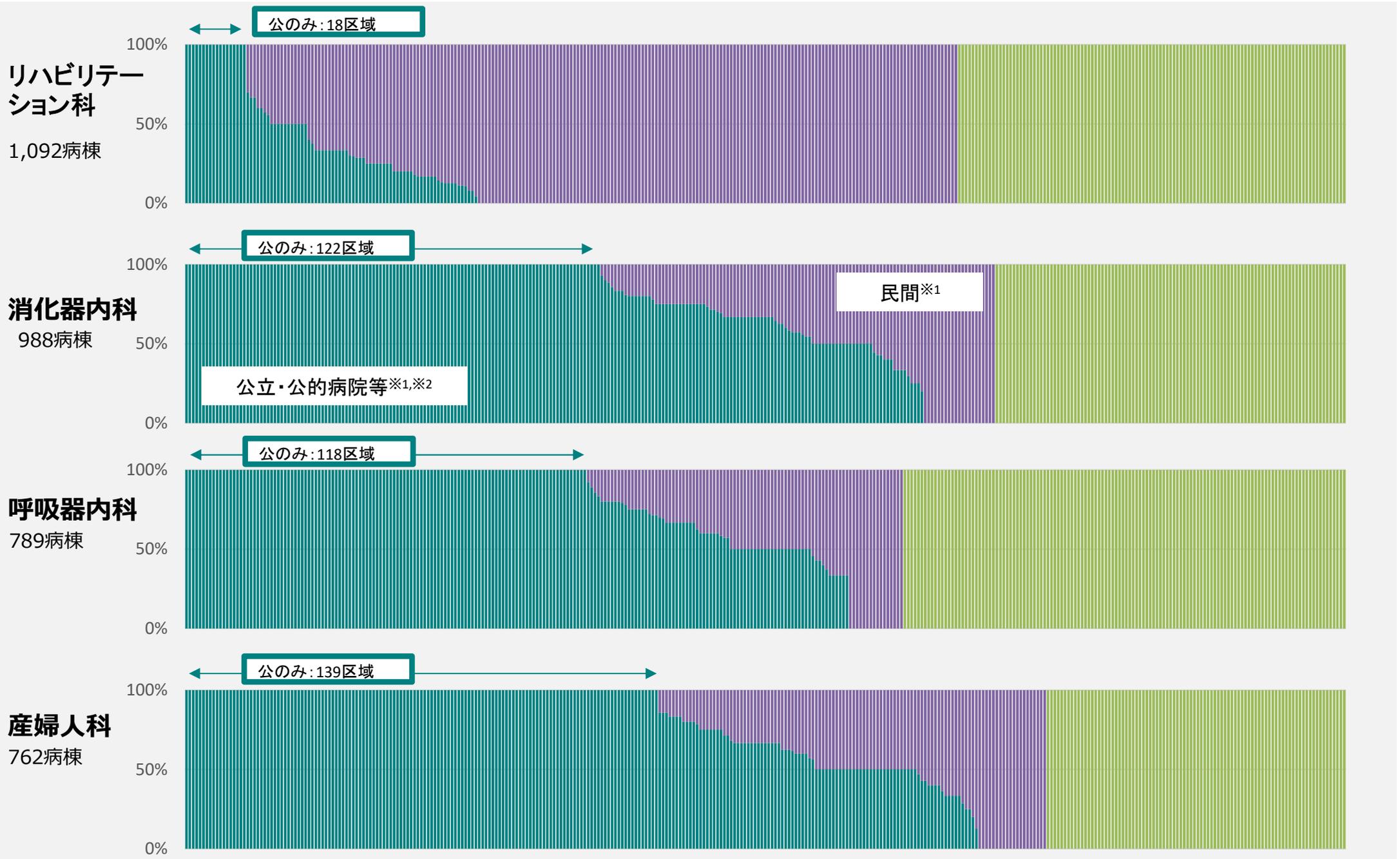
※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。(有床診療所は本集計に含めていない。)

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

平成29年度病床機能報告より

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

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2



※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。(有床診療所は本集計に含めていない。)
 ※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院
 平成29年度病床機能報告より

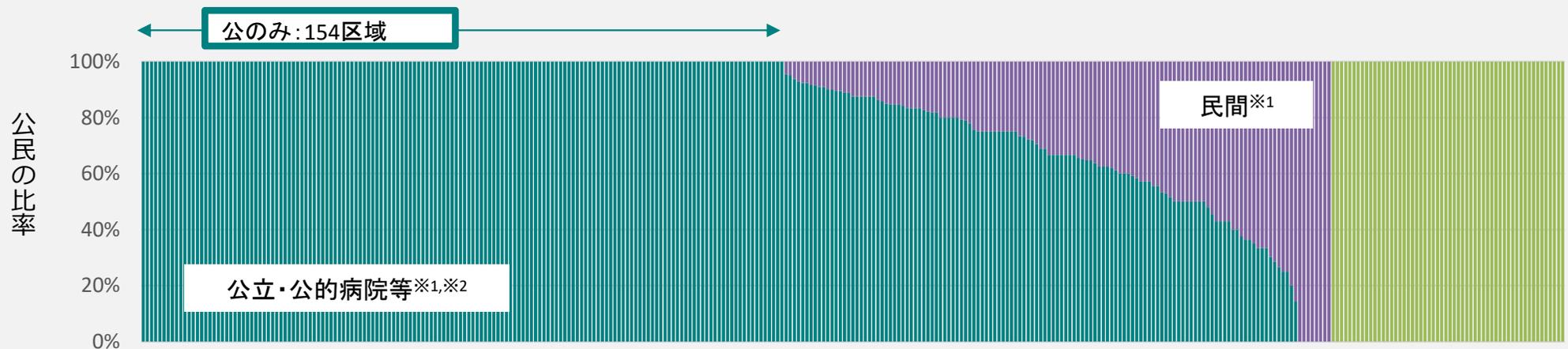
(分析の内容)

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

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術の実績（6月診療分）が1件以上ある病棟

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

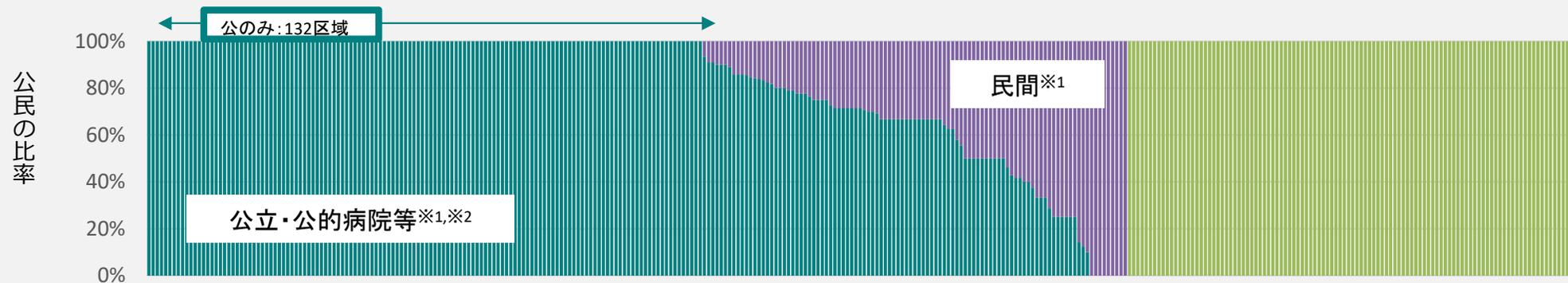
（例：区域内で、算定回数が1回以上の病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%。）



※1 本集計は病院・診療所の全てを集計したもの。

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

乳腺悪性腫瘍手術の実績 (6月診療分) が1件以上ある病棟



冠動脈バイパス手術の実績 (6月診療分) が1件以上ある病棟



脳動脈瘤クリッピング手術の実績 (6月診療分) が1件以上ある病棟



※1 本集計は病院・診療所の全てを集計したものの。

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

平成29年度病床機能報告より

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

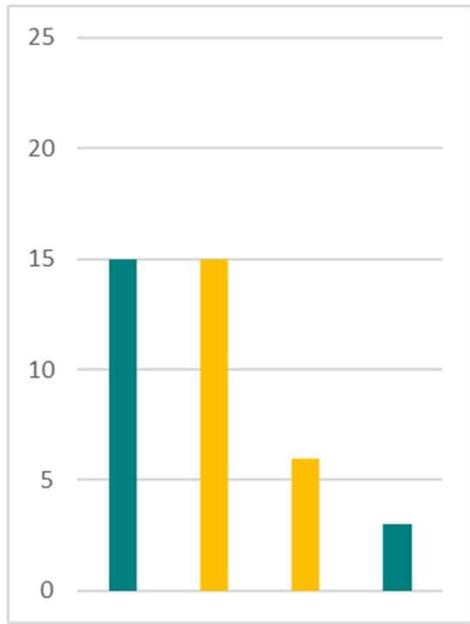
A 構想区域の例

■ 基本情報

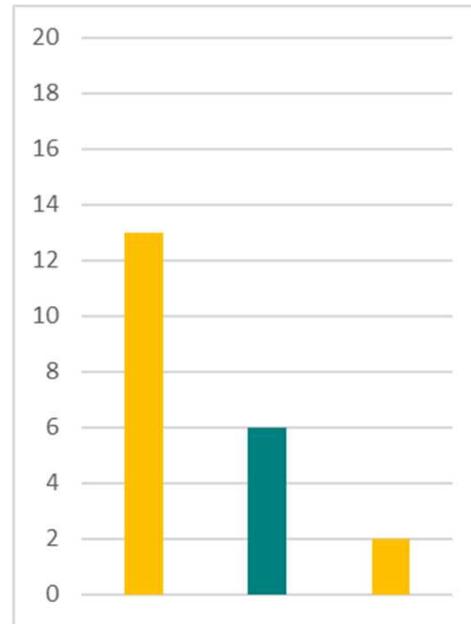
人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
21万	30	12	9	2.7千	73	81	563	45	48

■ 手術実績 (※1) ■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関

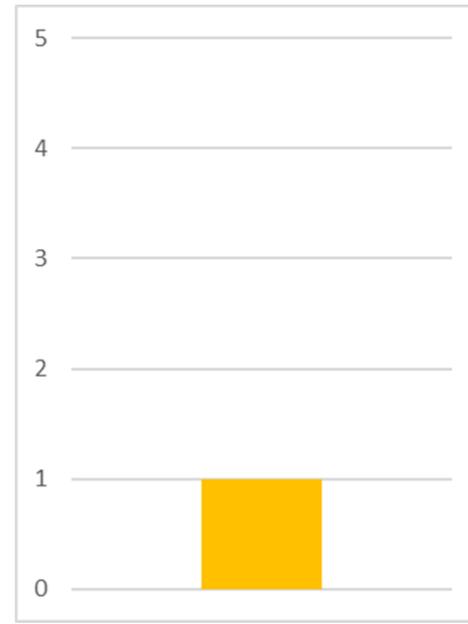
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



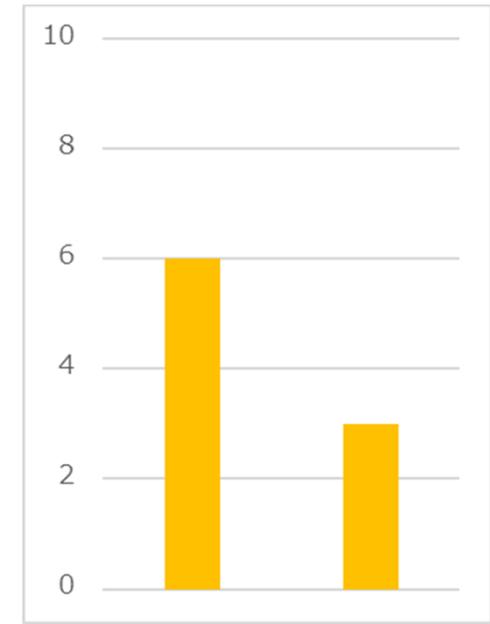
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



(※1) 平成29年度病床機能報告
(※4) 平成28年 病院報告

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

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

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

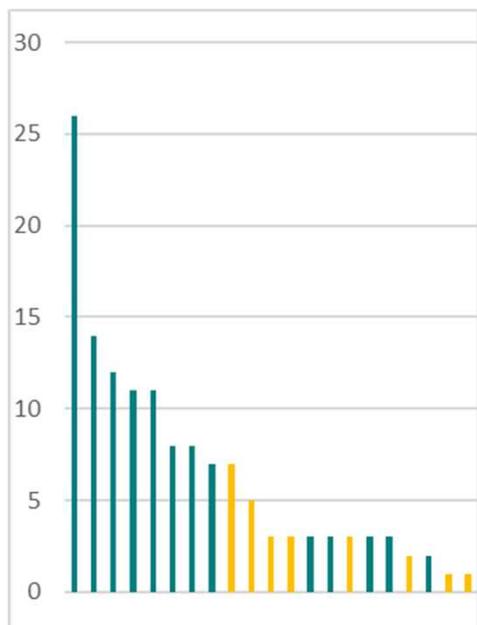
B 構想区域の例

■ 基本情報

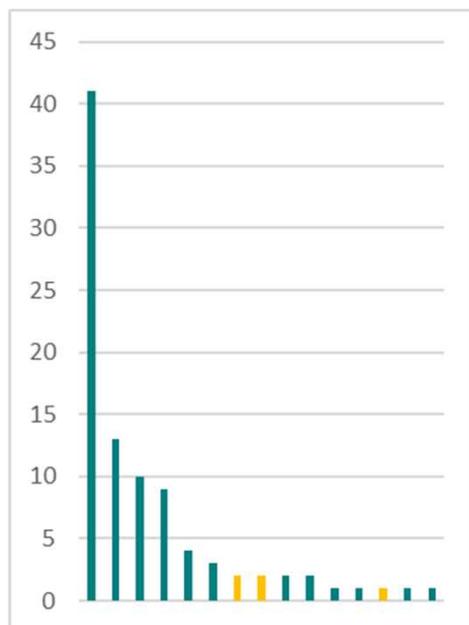
人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
110万	30	87	119	17.6千	78	91	3,344	9	8

■ 手術実績 (※1) ■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関

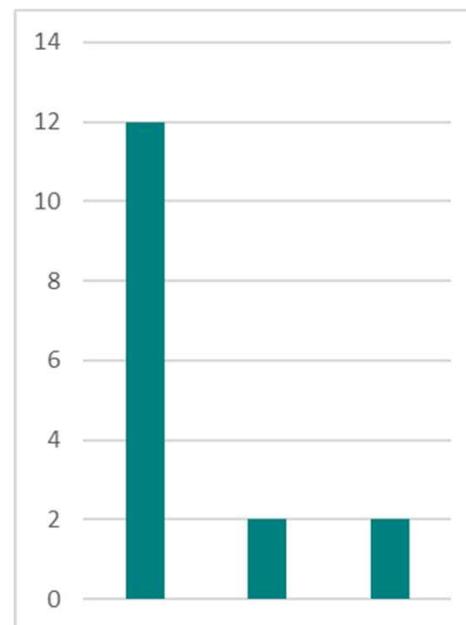
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



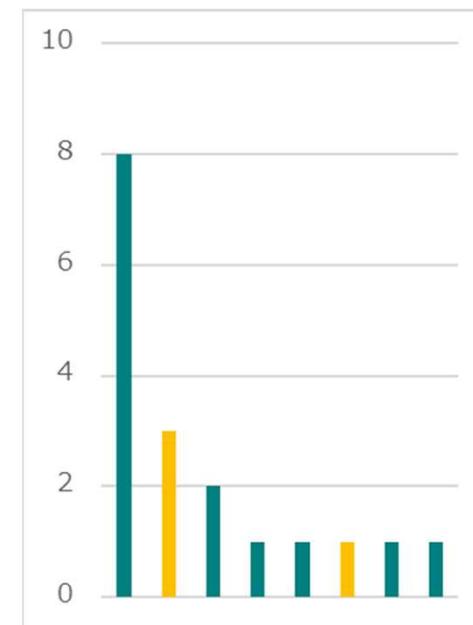
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



(※1) 平成29年度病床機能報告
(※4) 平成28年 病院報告

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

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

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

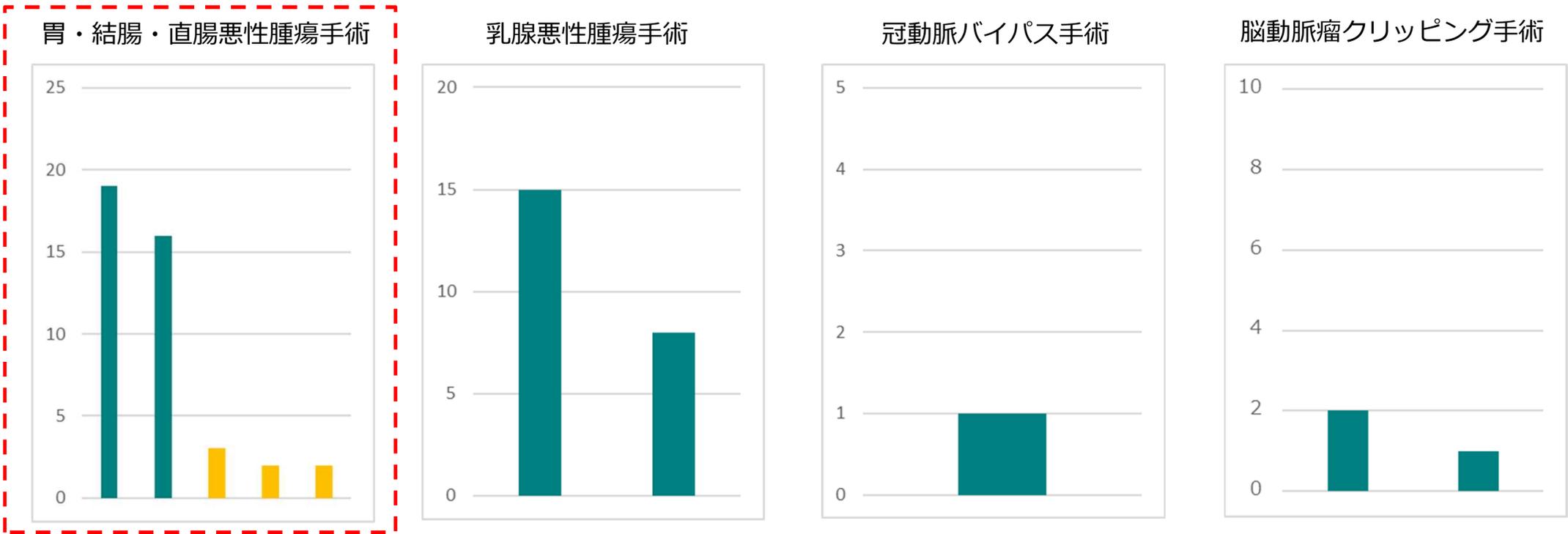
C 構想区域の例

■ 基本情報

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

■ 手術実績 (※1)

■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関



(※1) 平成29年度病床機能報告
(※4) 平成28年 病院報告

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

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

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

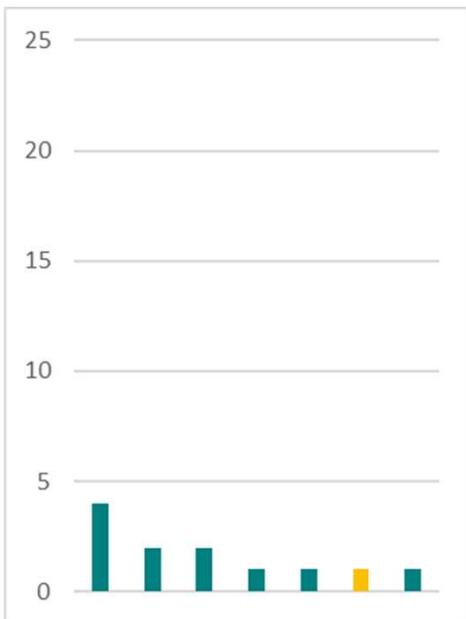
D 構想区域の例

■ 基本情報

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

■ 手術実績 (※1) ■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関

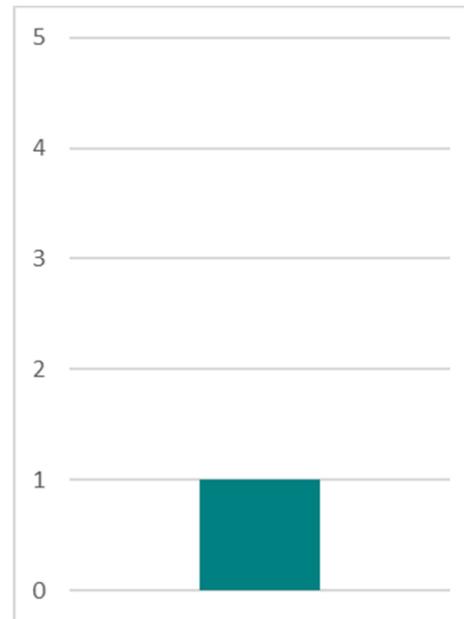
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



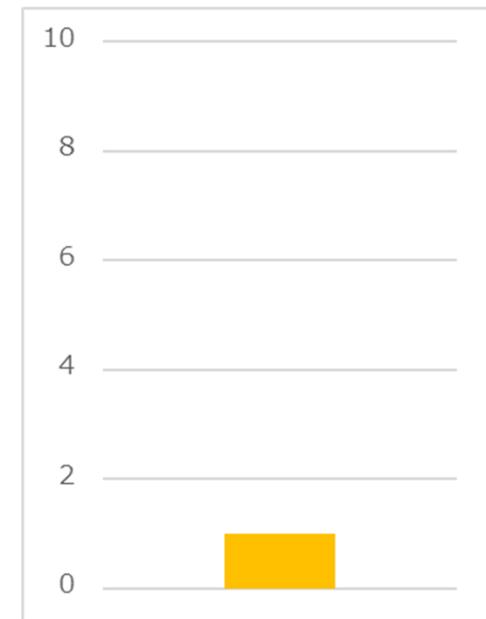
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



(※1) 平成29年度病床機能報告
(※4) 平成28年 病院報告

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

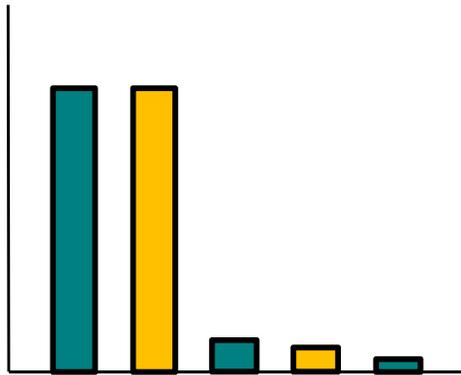
(※3) 平成28年 医療施設(静態・動態)調査
(※6) 平成26年患者調査より算出

主たる手術件数の競合のパターン

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

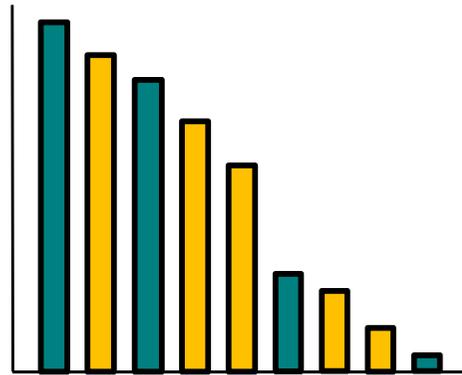
□ パターン (ア)

当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在



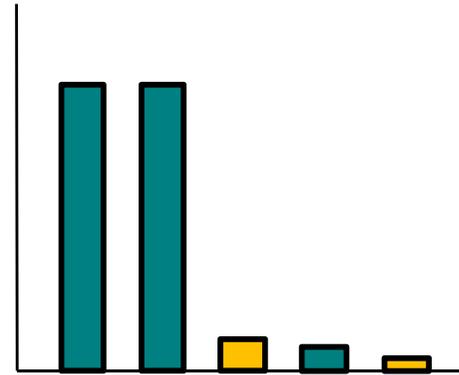
□ パターン (イ)

当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕



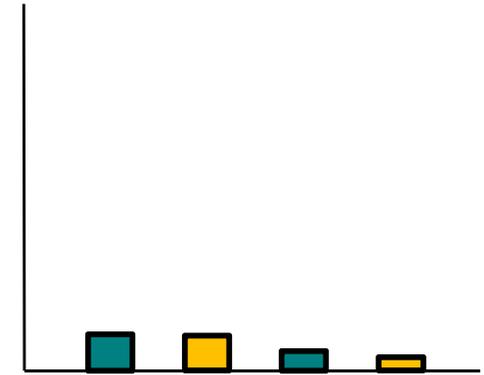
□ パターン (ウ)

当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在



□ パターン (エ)

複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない



■ 公立・公的病院等
■ 民間医療機関

《考えられる視点》

- ① 手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。重点化できていない場合は、地理的条件等を踏まえ、再編統合を含めた役割分担について検討する。
- ② 特に実施件数の低い公立・公的病院等については、医療機関の再編統合を含め、当該手術の実施を他の医療機関に統合すること等を検討する。
- ③ 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて病院全体の機能のあり方も検討する必要がある。

本資料のまとめ

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2

- 公立・公的病院等でなければ担えない機能として、骨太の方針や公立病院改革ガイドラインにおいては、
 - ・ 高度急性期や急性期機能
 - ・ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ・ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - ・ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - ・ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられている。

 - 病床機能報告で把握可能な「医療機能」や「診療科」に着目し公民比率をみた場合、当該区域の公立・公的病院等が担うべき機能への重点化の度合いを伺いしることは可能。
ただし、公立・公的病院等が担うべき役割に関し、民間医療機関では担うことができない機能への重点化の視点（民間医療機関による代替可能性）など、さらに深い視点で議論を行っていくためには、より詳細な診療実績に着目していくことが重要。

 - 代表的な手術の件数を例に、特定の構想区域における医療機関ごとの実績を比較した場合、公立・公的病院等の機能の重点化について特に議論が必要と思われるのは主に以下のケース
 - ア) 構想区域内で、当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在
 - イ) 構想区域内で、当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕
 - ウ) 構想区域内で、当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在
 - エ) 構想区域内で、複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない
- 「考えられる視点」
- ① 手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。重点化できていない場合は、地理的条件等を踏まえ、再編統合を含めた役割分担について検討する。
 - ② 特に実施件数の低い公立・公的病院等については、医療機関の再編統合を含め、当該手術の実施を他の医療機関に統合すること等を検討する。
 - ③ 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて病院全体の機能のあり方も検討する必要がある。



具体的対応方針に関する議論を一層深められるよう、手術実績の比較に加え、手術以外の診療実績や、構想区域の人口規模や交通事情といった地理的・社会的条件も加味し、さらに議論を深めるべきケースを絞りこんでいくこととしてはどうか。

(参考1)
本資料の分析に用いた手術の選択について

医療計画について

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2

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

計画期間

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

主な記載事項

○ 医療圏の設定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

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



臓器移植等の
特殊な医療を提供

二次医療圏

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

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



一般の入院に係る医療を提供

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

○ 地域医療構想

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

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 基準病床数の算定

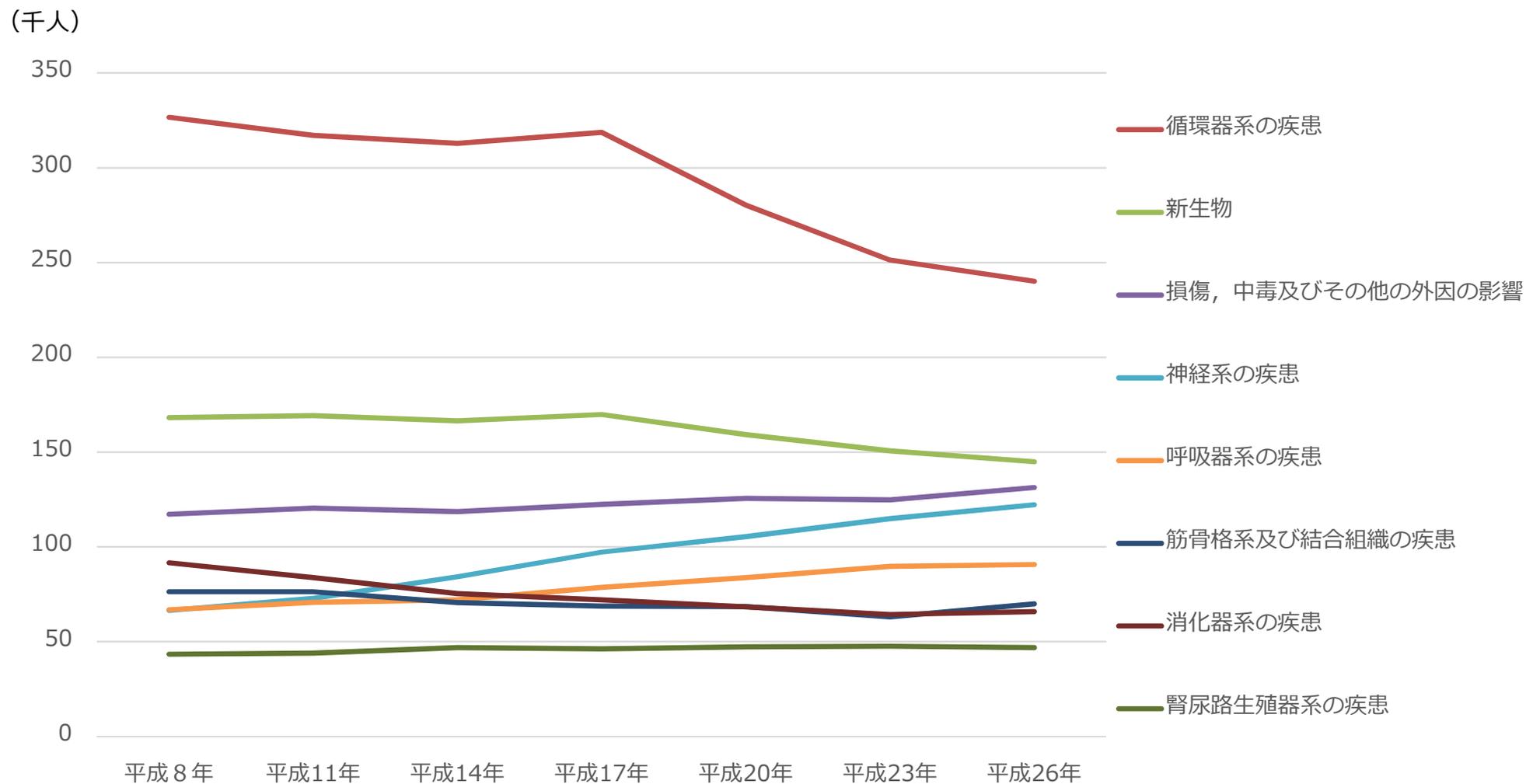
○ 医療の安全の確保

○ 医療従事者の確保

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

傷病別の我が国における推計入院患者数の推移

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2



※精神及び行動の障害は除く

全国がん登録の活用

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2

- 部位別のがん罹患数について、全国がん登録の結果をみると、以下のとおり。
- 罹患数が最も多いがんは、男性は胃がん、女性は乳がんが多かった。

表1. 罹患数、部位割合(%)、粗罹患率(人口10万対)、年齢調整罹患率(人口10万対)、累積罹患率(%) : 部位別、性別

		全国																	
		2016年																	
部位	ICD-10	罹患数			部位割合			粗罹患率			年齢調整罹患率						累積罹患率(0-74歳)		
		男	女	総数 *1	男	女	総数 *1	男	女	総数 *1	日本人口			世界人口			男	女	総数 *1
											男	女	総数 *1	男	女	総数 *1			
全部位	C00-C96	566,575	428,499	995,132	100.0	100.0	100.0	917.3	657.5	784.0	469.8	354.1	402.0	333.0	265.6	293.2	39.9	29.2	34.2
口腔・咽頭	C00-C14	15,205	6,396	21,601	2.7	1.5	2.2	24.6	9.8	17.0	14.4	5.1	9.5	10.6	3.8	7.1	1.3	0.4	0.8
食道	C15	21,431	4,414	25,845	3.8	1.0	2.6	34.7	6.8	20.4	18.2	3.3	10.2	12.9	2.4	7.3	1.7	0.3	1.0
胃	C16	92,691	41,959	134,650	16.4	9.8	13.5	150.1	64.4	106.1	73.9	26.5	48.2	50.9	18.6	33.5	6.2	2.1	4.1
大腸(結腸・直腸)	C18-C20	89,641	68,476	158,127	15.8	16.0	15.9	145.1	105.1	124.6	77.5	47.3	61.4	55.4	34.0	44.0	6.8	3.9	5.3
結腸	C18	56,016	48,883	104,901	9.9	11.4	10.5	90.7	75.0	82.6	46.4	31.8	38.5	32.6	22.5	27.2	3.9	2.6	3.2
直腸	C19-C20	33,625	19,593	53,226	5.9	4.6	5.3	54.4	30.1	41.9	31.1	15.5	22.9	22.8	11.4	16.8	2.9	1.3	2.1
肝および肝内胆管	C22	28,480	14,274	42,762	5.0	3.3	4.3	46.1	21.9	33.7	22.8	7.7	14.7	15.8	5.2	10.2	1.9	0.5	1.2
胆のう・胆管	C23-C24	12,052	10,774	22,828	2.1	2.5	2.3	19.5	16.5	18.0	8.8	5.3	6.8	5.9	3.6	4.6	0.6	0.4	0.5
膵臓	C25	20,856	19,760	40,617	3.7	4.6	4.1	33.8	30.3	32.0	17.0	11.6	14.1	11.9	8.1	9.9	1.4	0.9	1.2
喉頭	C32	4,892	393	5,285	0.9	0.1	0.5	7.9	0.6	4.2	4.0	0.3	2.0	2.8	0.2	1.4	0.4	0.0	0.2
肺	C33-C34	83,790	41,634	125,454	14.8	9.7	12.6	135.7	63.9	98.8	65.3	27.2	44.4	45.1	19.2	30.9	5.5	2.4	3.9
皮膚	C43-C44	12,238	12,269	24,507	2.2	2.9	2.5	19.8	18.8	19.3	9.5	7.1	8.2	6.6	5.1	5.8	0.7	0.5	0.6
乳房	C50	674	94,848	95,525	0.1	22.1	9.6	1.1	145.5	75.3	0.6	102.3	52.3	0.4	78.8	40.1	0.0	8.7	4.4
子宮	C53-C55	-	28,076	28,076	-	6.6	-	-	43.1	-	-	33.3	-	-	25.9	-	-	2.7	-
子宮頸部	C53	-	11,283	11,283	-	2.6	-	-	17.3	-	-	14.5	-	-	11.4	-	-	1.1	-
子宮体部	C54	-	16,304	16,304	-	3.8	-	-	25.0	-	-	18.6	-	-	14.4	-	-	1.6	-
卵巣	C56	-	13,388	13,388	-	3.1	-	-	20.5	-	-	15.9	-	-	12.8	-	-	1.3	-
前立腺	C61	89,717	-	89,717	15.8	-	-	145.3	-	-	68.3	-	-	46.3	-	-	6.0	-	-
膀胱	C67	17,719	5,703	23,422	3.1	1.3	2.4	28.7	8.8	18.5	13.3	3.0	7.7	9.1	2.0	5.3	1.0	0.2	0.6
腎・尿路(膀胱除く)	C64-C66 C68	19,794	9,357	29,152	3.5	2.2	2.9	32.0	14.4	23.0	18.0	6.5	11.9	13.1	4.7	8.7	1.5	0.5	1.0
脳・中枢神経系	C70-C72	3,404	2,824	6,228	0.6	0.7	0.6	5.5	4.3	4.9	4.1	3.1	3.6	3.6	2.8	3.2	0.3	0.2	0.3
甲状腺	C73	4,772	14,035	18,807	0.8	3.3	1.9	7.7	21.5	14.8	5.7	16.7	11.2	4.4	13.3	8.9	0.5	1.4	0.9
悪性リンパ腫	C81-C85 C96	18,295	15,945	34,240	3.2	3.7	3.4	29.6	24.5	27.0	16.7	12.5	14.4	12.4	9.4	10.8	1.4	1.1	1.2
多発性骨髄腫	C88-C90	3,894	3,631	7,525	0.7	0.8	0.8	6.3	5.6	5.9	3.1	2.3	2.7	2.2	1.6	1.9	0.3	0.2	0.2
白血病	C91-C95	8,143	5,646	13,789	1.4	1.3	1.4	13.2	8.7	10.9	8.9	5.7	7.2	7.8	5.2	6.4	0.7	0.4	0.6

*1 総数は男女および性別不詳の合計

2016年 全国がん登録(国立がん研究センター)

病床機能報告における手術の実施状況の活用

- 病床機能報告においては、術式ごとの手術のレセプト件数、算定日数、算定回数を病棟ごとに報告することとしている。
- 手術実績に係る病床機能報告データは、「6月診療分」であってかつ「7月審査分」に記載されている1ヶ月分のデータである。

3. 幅広い手術の個別の実施状況【「平成29年6月診療分」であってかつ「平成29年7月審査分」】

※診療報酬点数表の「第10部 手術」のうち、「K920 輸血」、「K920-2 輸血管理料」は除きます。
 ※診療報酬点数表「第10部 手術」のKコードごと、あるいは歯科診療報酬点数表「第9部 手術」のJコードごとに、コード、区分番号、枝番、項番、項番内訳（イ・ロ・ハ等）、診療行為名称もあわせてご記入ください。
 ※枝番、項番を誤って逆に記入しないよう、確認・記入要領に従ってご記入ください。

						レセプト件数	算定日数	算定回数	
◎ 個別の手術の実施状況（「病棟票」3. 「① 手術 総数」(149)欄の内訳）									
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称		件	日	回
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術

- ・ K655 胃切除術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K655-2 腹腔鏡下胃切除術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K655-4 噴門側胃切除術
 - 2 悪性腫瘍切除術
- ・ K655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術
 - 2 悪性腫瘍切除術
- ・ K657 胃全的術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K657-2 腹腔鏡下胃全的術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K716 小腸切除術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K716-2 腹腔鏡下小腸切除術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K719 結腸切除術
 - 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術
- ・ K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・ K740 直腸切除・切除術
 - 1 切除術
 - 2 低位前方切除術
 - 3 超低位前方切除術（経校門的結腸嚢肛門吻合によるもの）
 - 4 切断術
- ・ K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術
 - 1 切除術
 - 2 低位前方切除術
 - 3 切断術

乳腺悪性腫瘍手術

- ・ K476 乳腺悪性腫瘍手術
 - 1 単純乳房切除術（乳腺全的術）
 - 2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）
 - 3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）
 - 4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む））
 - 5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）
 - ・ 胸筋切除を併施しないもの
 - 6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）
 - ・ 胸筋切除を併施するもの
 - 7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）
 - 8 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）
 - 9 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）

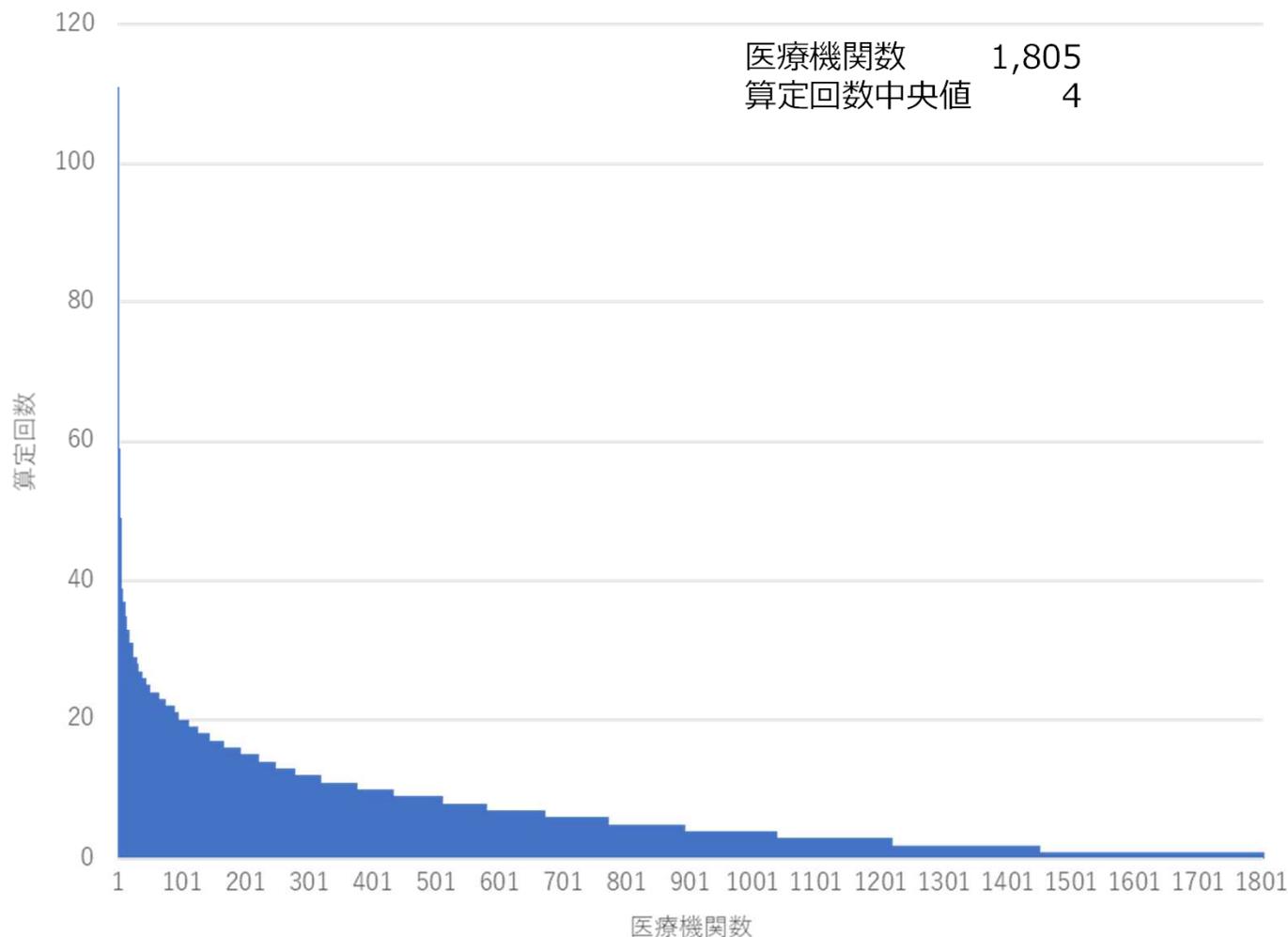
冠動脈バイパス手術

- ・ K551 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）
 - 1 1箇所のもの
 - 2 2箇所以上のももの
- ・ K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術
 - 1 1吻合のもの
 - 2 2吻合以上のももの
- ・ K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
 - 1 1吻合のもの
 - 2 2吻合以上のももの

脳動脈瘤クリッピング手術

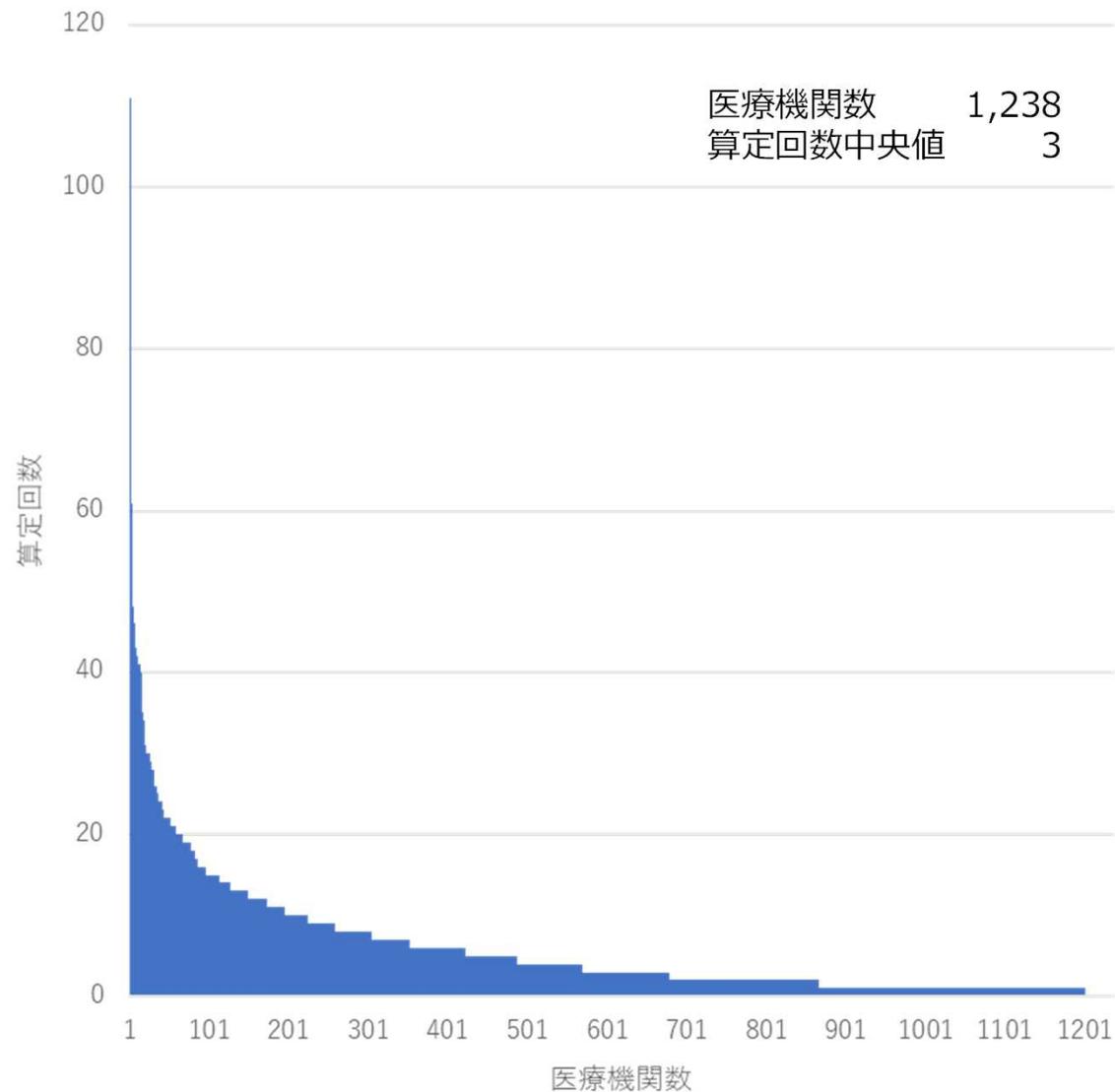
- ・ K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング
 - 1 1箇所
 - 2 2箇所以上
- ・ K177 脳動脈瘤頸部クリッピング
 - 1 1箇所
 - 2 2箇所以上

胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



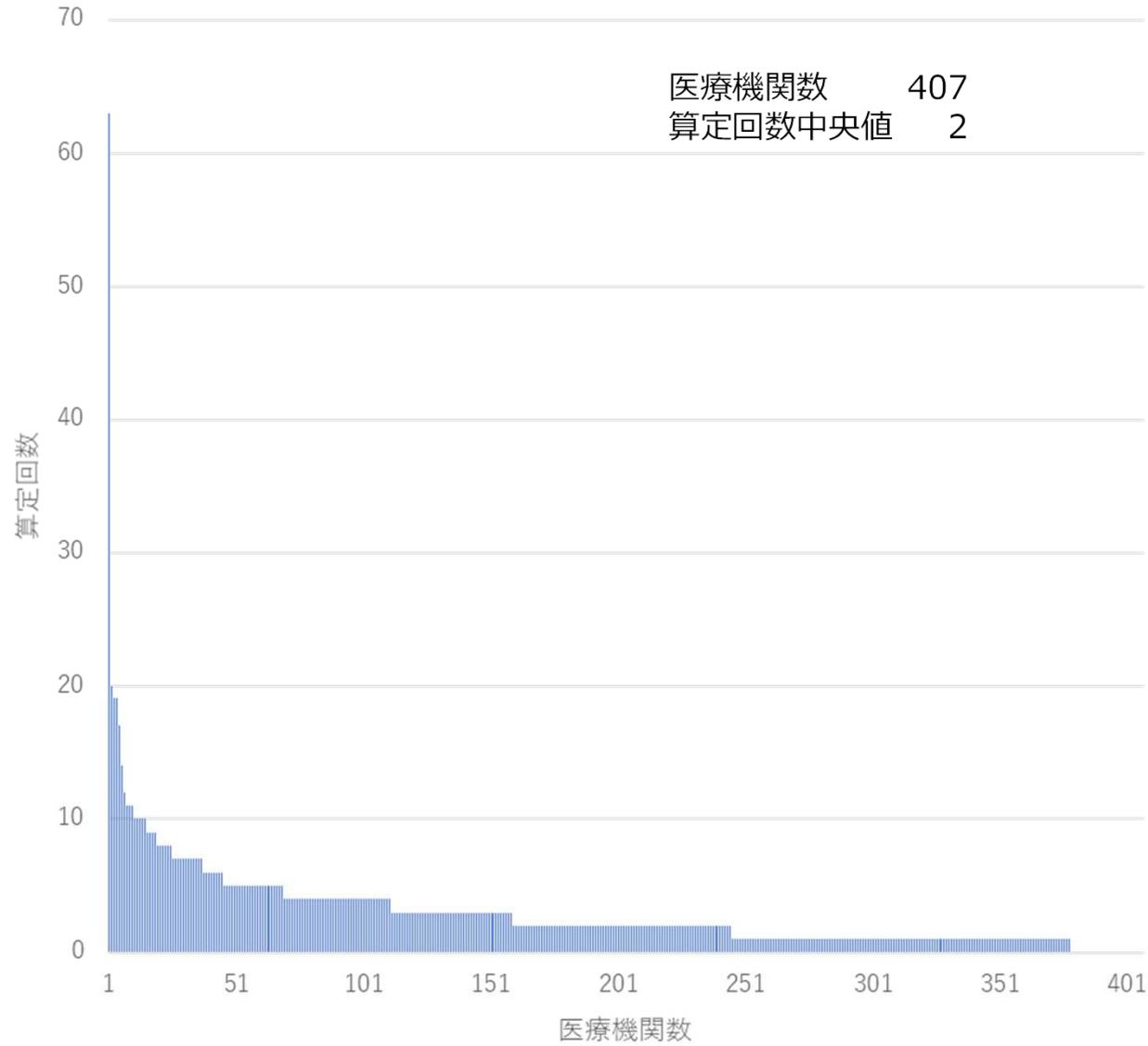
- ・ K655 胃切除術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K655-2 腹腔鏡下胃切除術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K655-4 噴門側胃切除術
 - 2 悪性腫瘍切除術
- ・ K655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術
 - 2 悪性腫瘍切除術
- ・ K657 胃全的術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K657-2 腹腔鏡下胃全的術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K716 小腸切除術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K716-2 腹腔鏡下小腸切除術
 - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K719 結腸切除術
 - 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術
- ・ K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・ K740 直腸切除・切除術
 - 1 切除術
 - 2 低位前方切除術
 - 3 超低位前方切除術（経校門的結腸囊肛門吻合によるもの）
 - 4 切断術
- ・ K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術
 - 1 切除術
 - 2 低位前方切除術
 - 3 切断術

乳腺悪性腫瘍手術

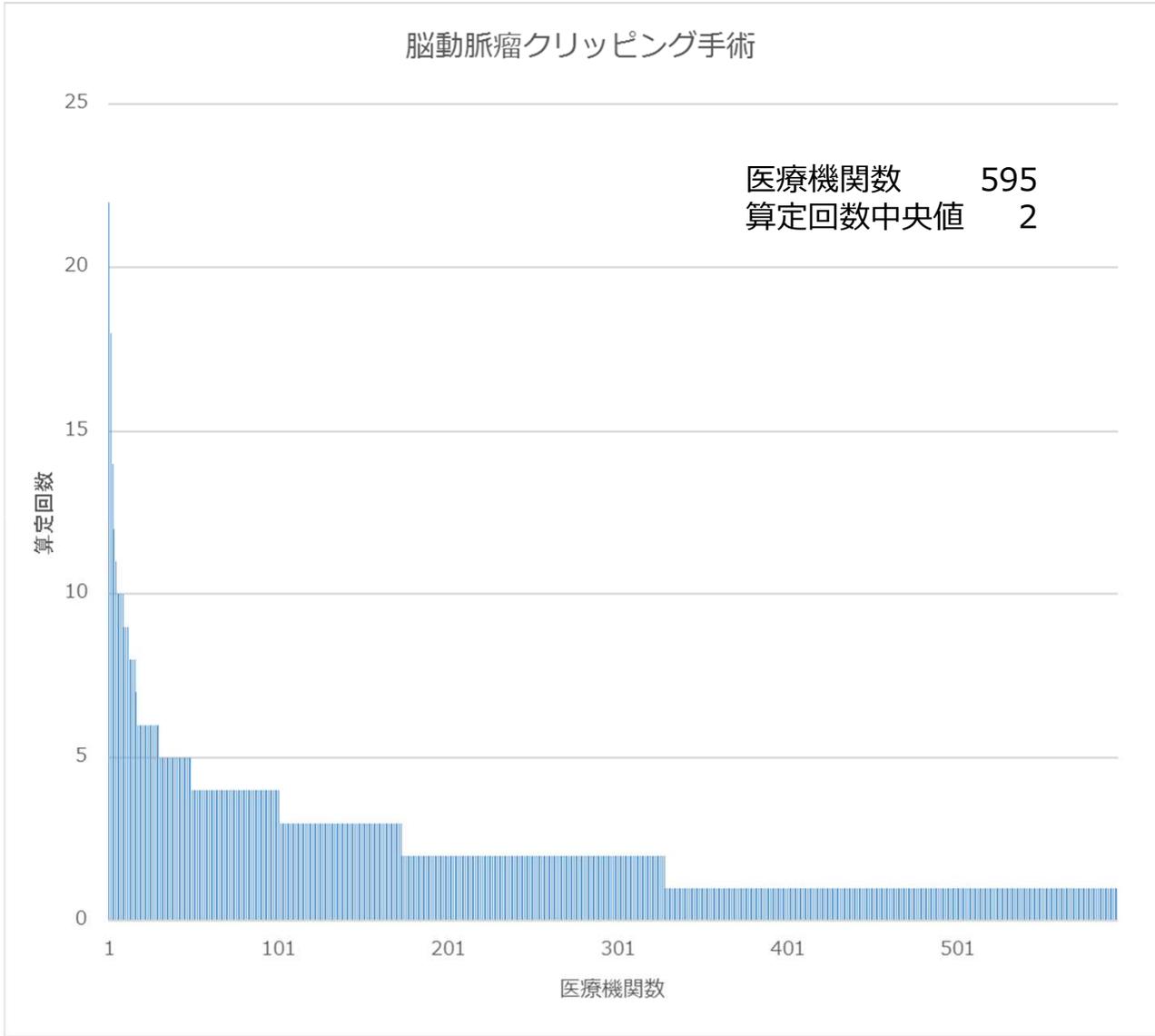


- ・ K476 乳腺悪性腫瘍手術
 - 1 単純乳房切除術 (乳腺全的術)
 - 2 乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの)
 - 3 乳房切除術 (腋窩部郭清を伴わないもの)
 - 4 乳房部分切除術 (腋窩部郭清を伴うもの
(内視鏡下によるものを含む))
 - 5 乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)
・ 胸筋切除を併施しないもの
 - 6 乳房切除術 (腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)
・ 胸筋切除を併施するもの
 - 7 拡大乳房切除術 (胸骨旁、鎖骨上、下窩など
郭清を併施するもの)
 - 8 乳輪温存乳房切除術 (腋窩郭清を伴わないもの)
 - 9 乳輪温存乳房切除術 (腋窩郭清を伴うもの)

冠動脈バイパス術



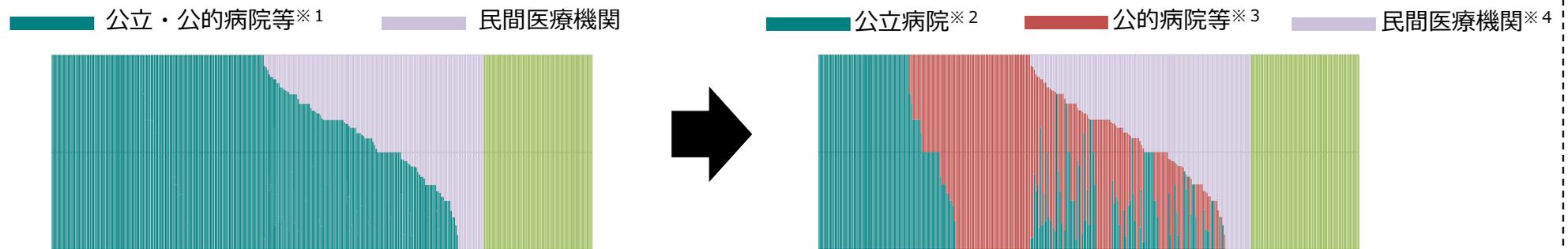
- K551 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）
 - 1 1箇所のもの
 - 2 2箇所以上のもの
- K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術
 - 1 1吻合のもの
 - 2 2吻合以上のもの
- K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
 - 1 1吻合のもの
 - 2 2吻合以上のもの



- K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング
 - 1 1箇所
 - 2 2箇所以上
- K177 脳動脈瘤頸部クリッピング
 - 1 1箇所
 - 2 2箇所以上

(参考2) 公民比率について -公立病院と公的病院等の区分け-

・参考2は、スライド4～10における図中の「■公立・公的病院等」の比率について、「■公立病院」と「■公的病院等」に区別して示したものを。



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

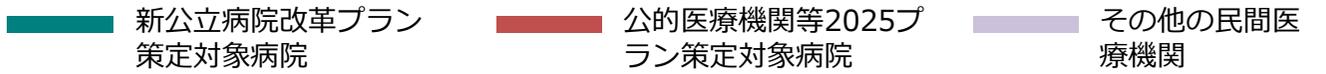
※2 「公立病院」 =新公立病院改革プラン策定対象病院

※3 「公的病院等」=公的医療機関等2025プラン策定対象病院（民間の特定機能病院や地域医療支援病院が含まれる。）

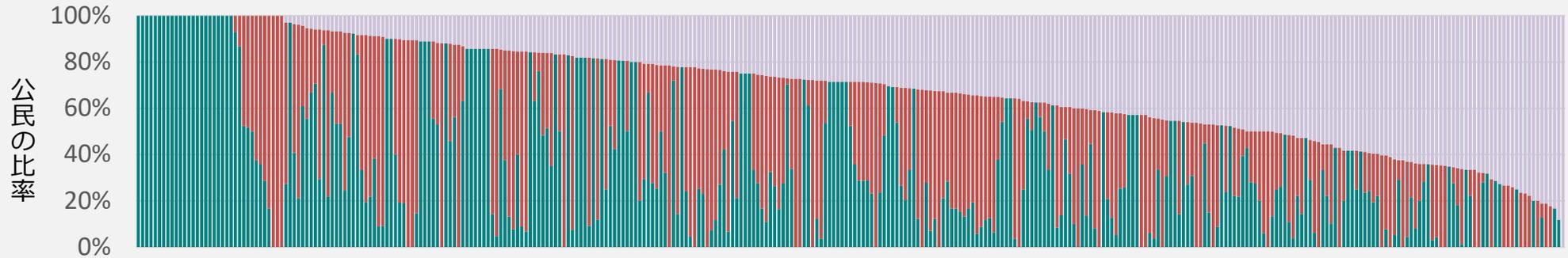
※4 ※2※3の以外の医療機関。

各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率 —

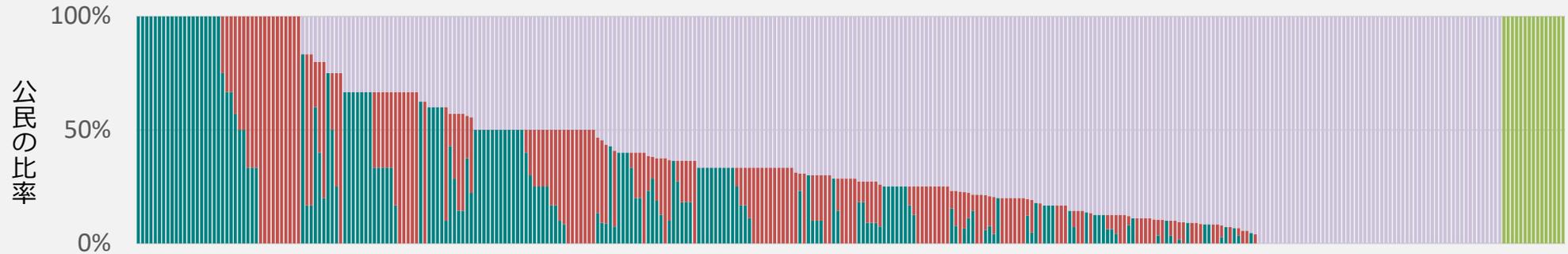
第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2



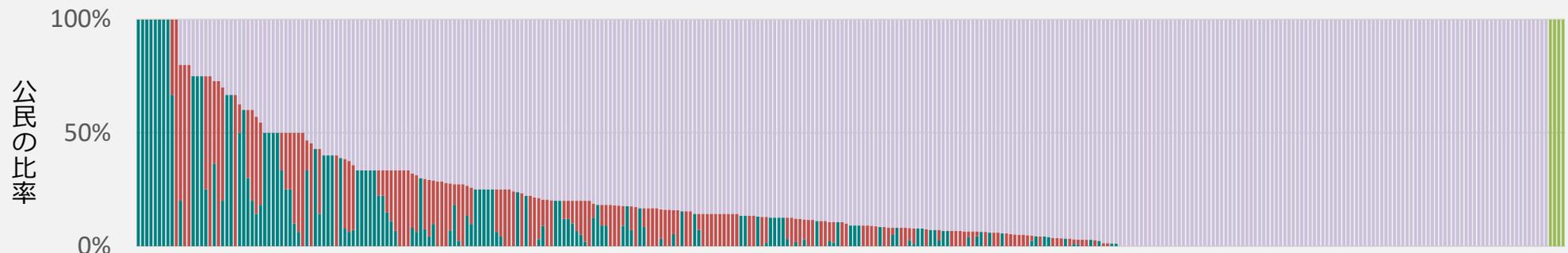
「高度急性期機能」又は「急性期機能」を選択した病棟数



「回復期機能」を選択した病棟

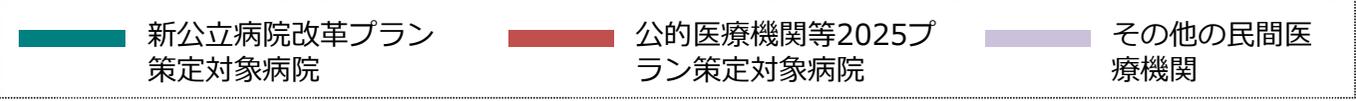


「慢性期機能」を選択した病棟

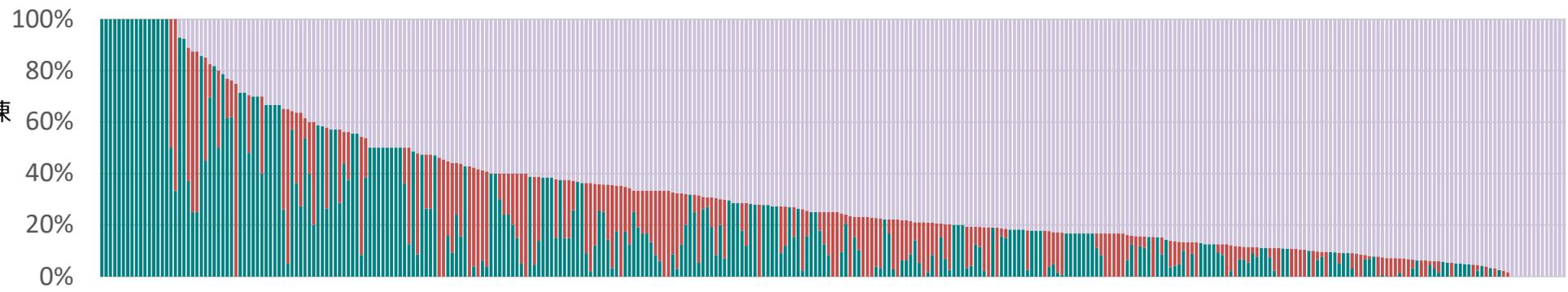


各構想区域における公民比率について－主たる診療科別の病棟数の公民比率①－

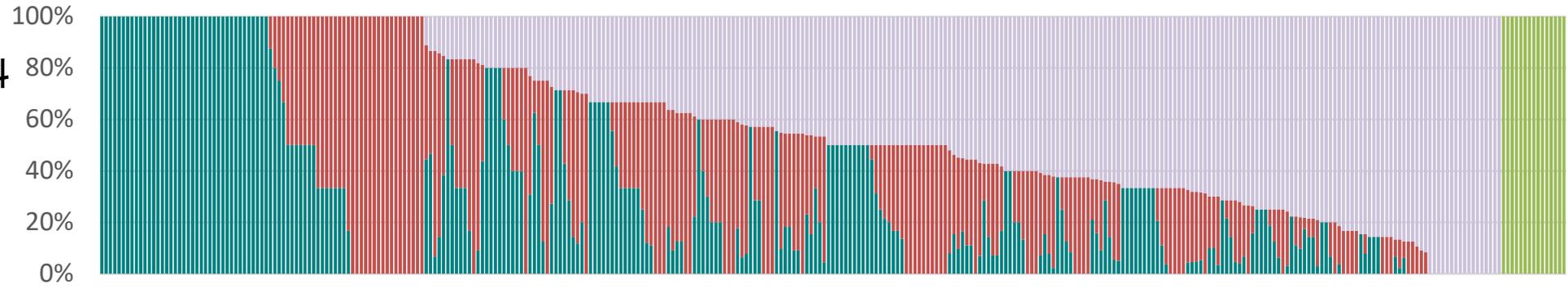
第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2



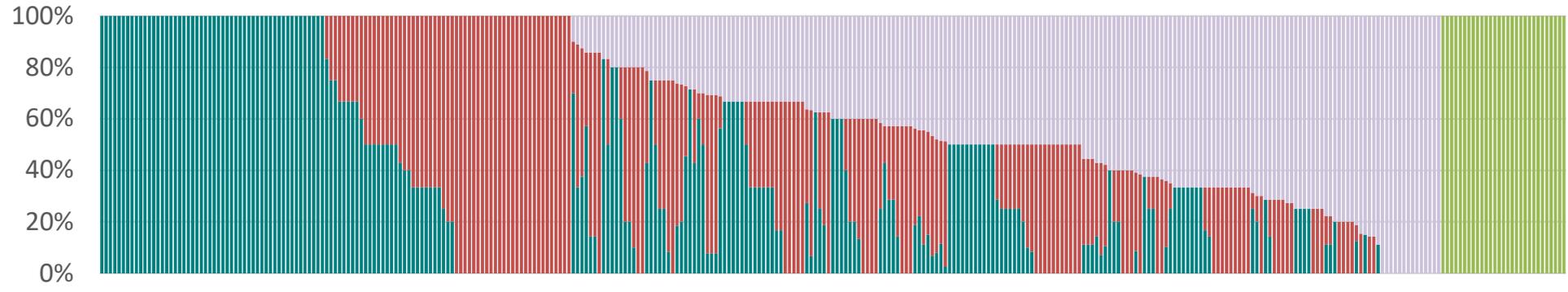
内科 11,142病棟



整形外科 3,052病棟



外科 1,842病棟

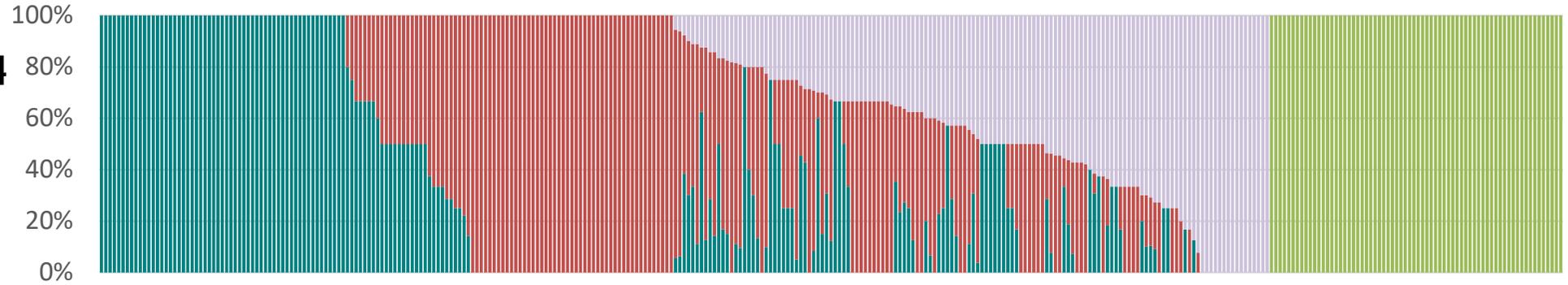


各構想区域における公民比率について－主たる診療科別の病棟数の公民比率②－

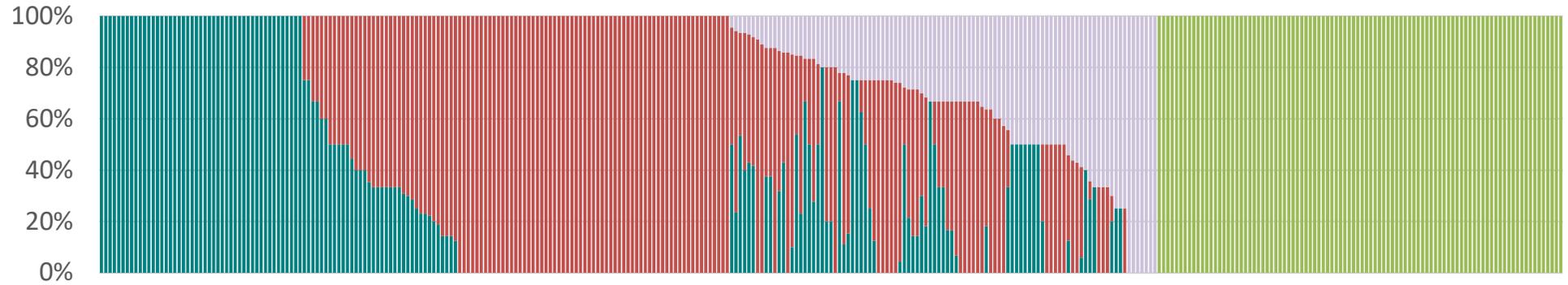
第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2



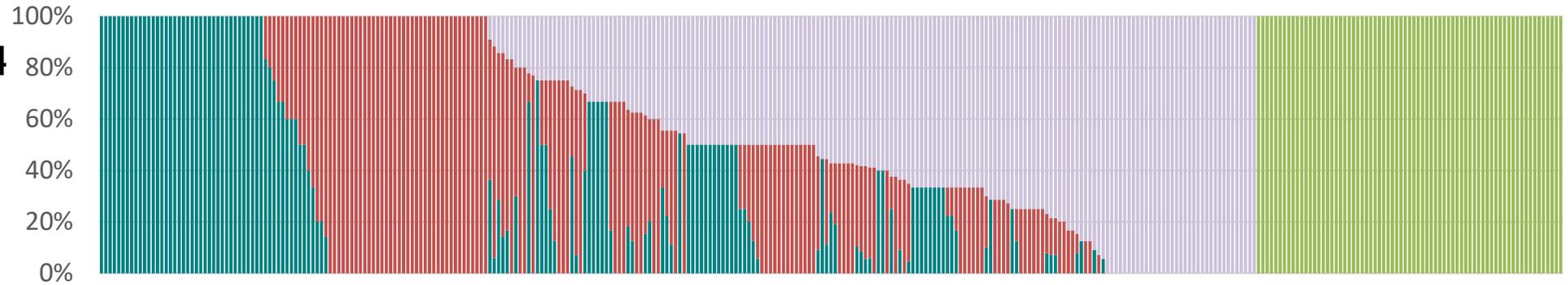
循環器内科 1,596病棟



小児科 1,479病棟



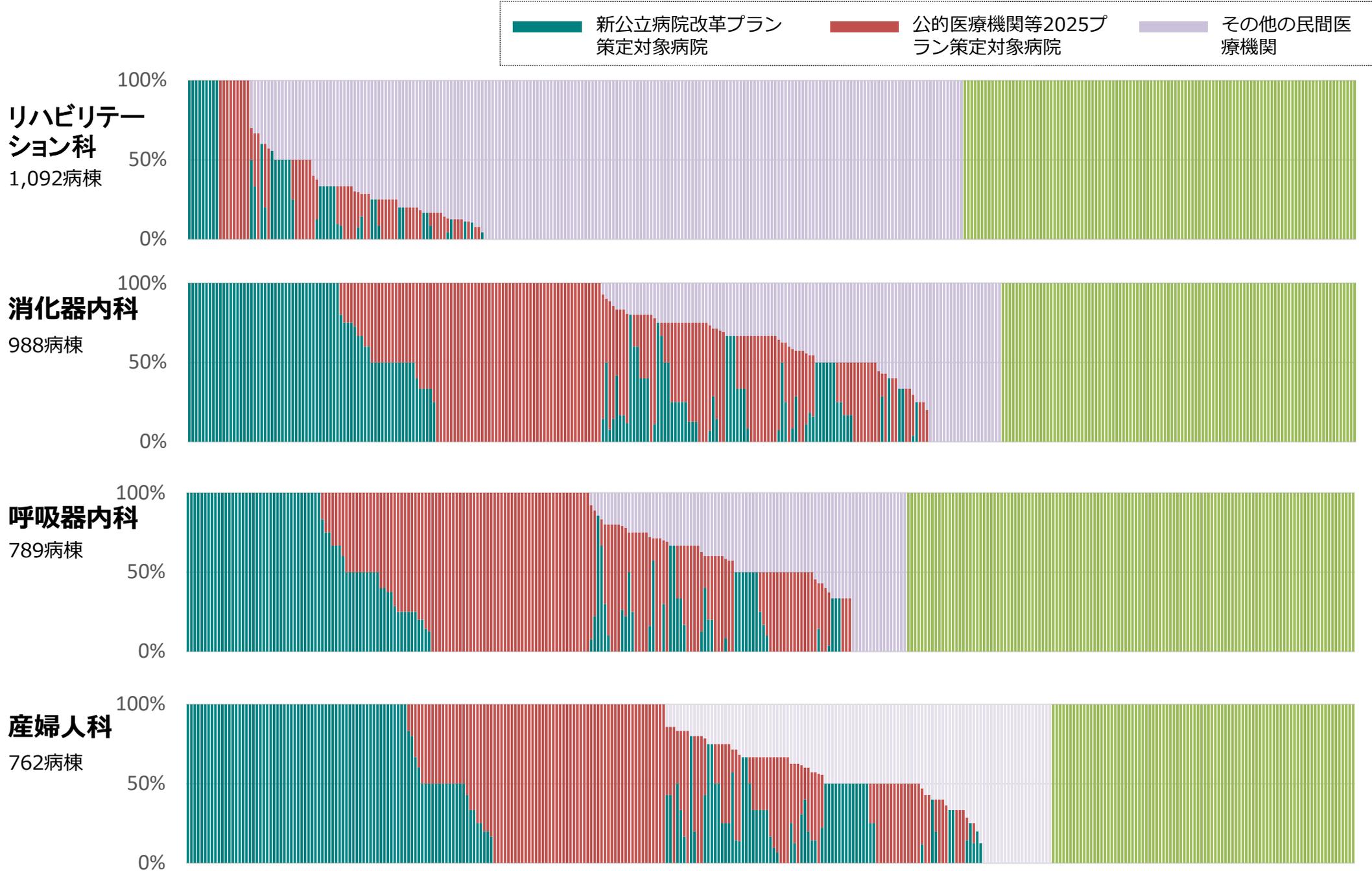
脳神経外科 1,468病棟



平成29年度病床機能報告より
分析の内容についてはP4～10を参照

各構想区域における公民比率について－主たる診療科別の病棟数の公民比率③－

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2



平成29年度病床機能報告より
分析の内容についてはP4~10を参照

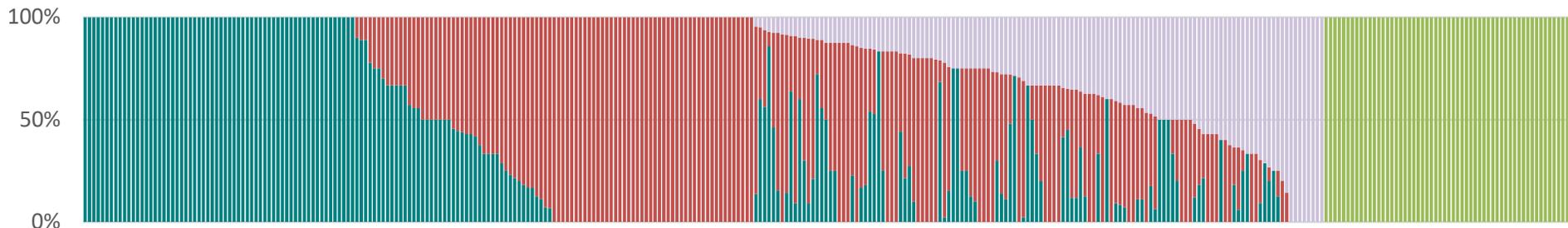
各構想区域における公民比率について - 患者数の多い手術の公民比率 -

第18回地域医療構想に関するWG
(平成31年1月30日) 資料1-2

■ 新公立病院改革プラン 策定対象病院
■ 公的医療機関等2025プラン 策定対象病院
■ その他の民間医療機関

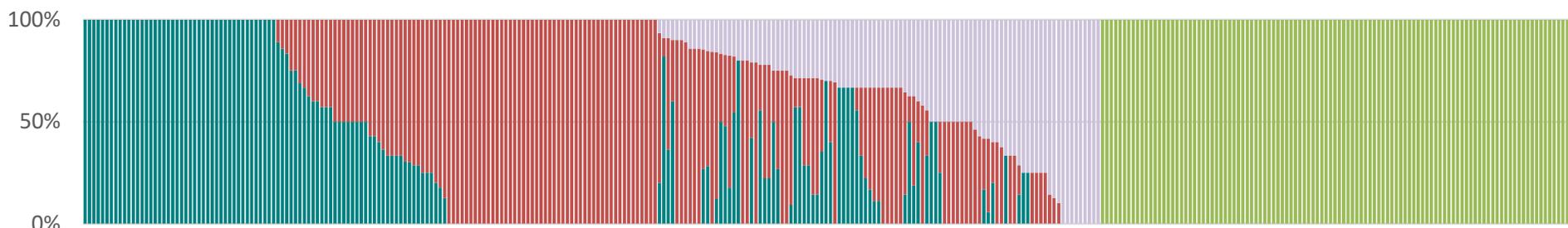
胃・結腸・直腸 悪性腫瘍手術

の実績が1件以上ある病棟 (6月診療分)



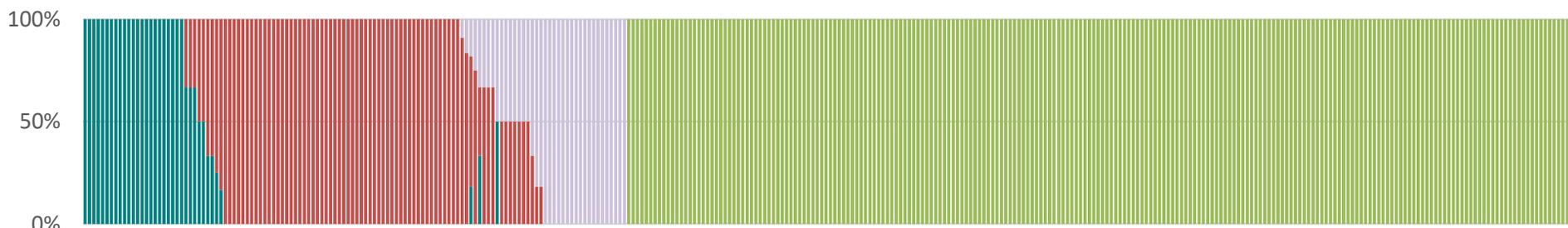
乳腺悪性腫瘍手術

の実績が1件以上ある病棟 (6月診療分)



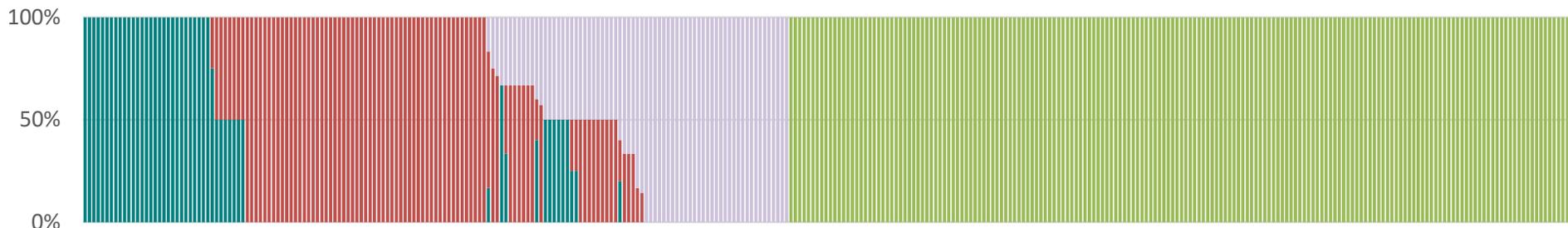
冠動脈バイパス手術

の実績が1件以上ある病棟 (6月診療分)



脳動脈瘤クリッピング手術

の実績が1件以上ある病棟 (6月診療分)



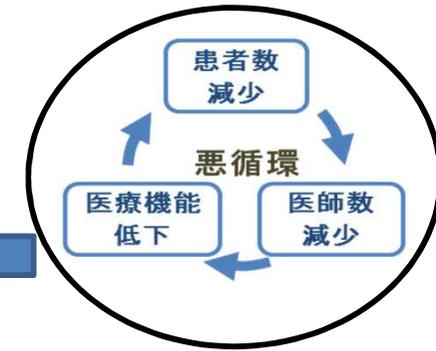
参考事例

奈良県の南和地域の広域医療提供体制の再構築

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)

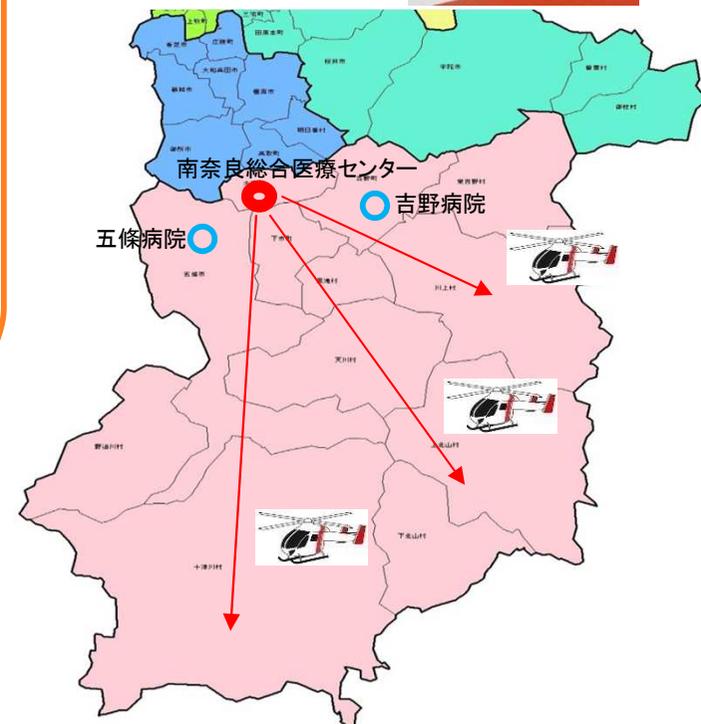
回復期・慢性期

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

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年度の入受を目指す)

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

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)

鹿行保健医療圏について

【医療資源の状況】

人口10万人当たりの一般病床数は県内で低い水準

【受療動向】

他県(千葉県等)や他の保健医療圏への依存率が高い

【医療提供体制】

深刻な医師不足を背景に、公的病院が休眠病床を抱え、二次救急医療を十分に行えていない。経営も悪化。

2病院の再編統合により医療提供体制の強化

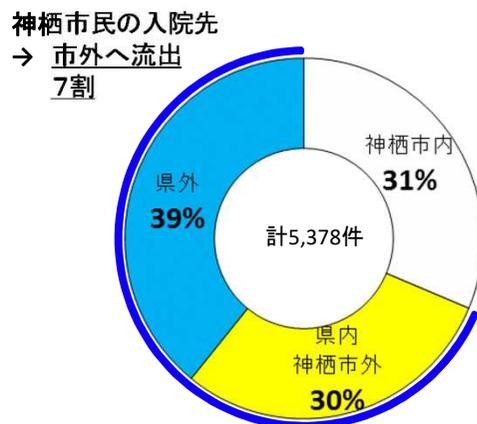


(参考1)一般病床数

	一般病床数 (病院)	人口10万人 当たりの 一般病床数
全国	894,216	706.3
茨城県	18,850	645.1
鹿行	1,272	462.7

「平成26年医療施設調査」厚生労働省

(参考2)受療動向



県外:旭中央(千葉県)16%, 島田総合(千葉県)3%等
県内神栖市外:小山記念(鹿嶋市)7%, 鹿島(鹿嶋市)6%等

平成26年度神栖市国民健康保険レセプトデータ等

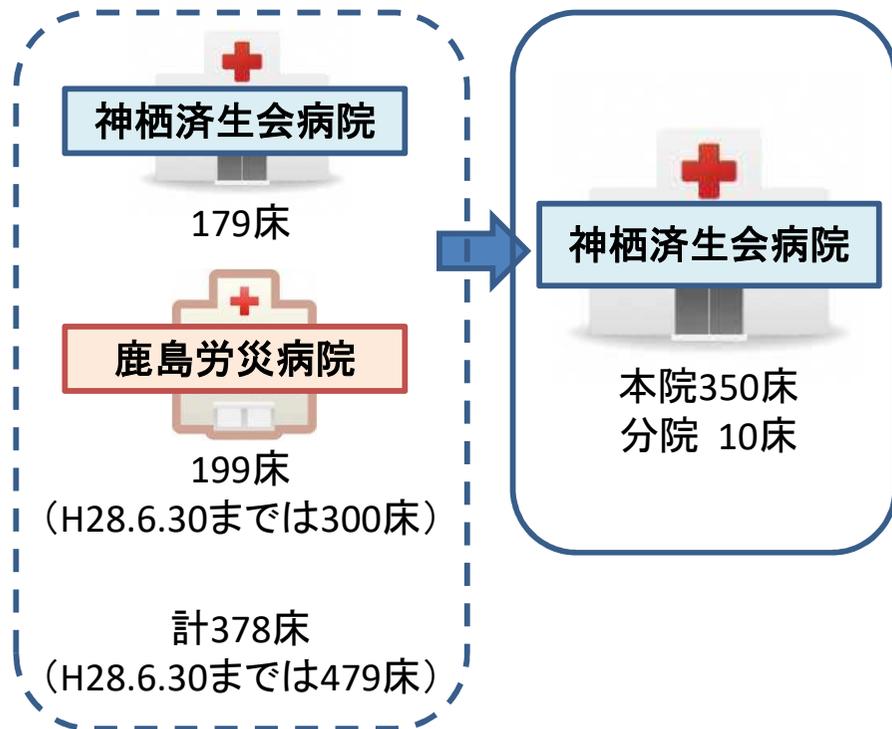
(参考3)2病院の概要(H29年現在)

病院名	神栖済生会病院		鹿島労災病院		
開設者	恩賜財団済生会		労働者健康安全機構		
規模	一般179床 (うち86床休床)		一般199床※H28.6.30まで300床 (うち139床休床)		
診療科目	共通	内科, 循環器内科, 消化器内科, 外科, 消化器外科, 整形外科, 形成外科, 皮膚科, 泌尿器科, 眼科, 耳鼻咽喉科, リハビリテーション科, 放射線科			
	独自	呼吸器内科, 肝臓内科, 腎臓内科, 心療内科, 神経内科, 脳神経外科, 乳腺外科, 内分泌外科, 内視鏡外科, 麻酔科, 歯科口腔外科, 大腸・肛門外科, 小児科, 婦人科			
特徴	救急医療等		労働災害や職業疾病への対応, 災害拠点病院等		
常勤医師数	21人		13人 ※H21:40人→H25:10人		
経営状況	毎年度赤字(H25~)		毎年度10億円前後赤字(H24~)		
比較年度	H24	H29	H24	H29	
1日平均患者数	外来	253.4	307.1	281.8	157.8
	入院	68.6	67.2	103.7	28.5
病床利用率	38.3%	37.5%	34.6%	14.3%	

病院再編の概要(鹿行)

【概要】

2病院を再編統合し、**医療資源を集約化**



【概算費用】

本院整備 7,716百万円(うちH30施工分344百万円)
 分院整備 345百万円(全額H30施工分)

※H30における県・市の支援額
 県 172百万円(補助率1/4)
 市 230百万円(補助率1/3)

時期	内容
H26～27	H25の鹿島労災病院の医師大量退職を受け、神栖市、済生会病院、労災病院が中心となって議論するが具体的な方向性のとりまとめに至らず
H28.5	「鹿島労災病院と神栖済生会病院の今後のあり方検討委員会報告書」 ※再編の必要性や再編の基本的な考え方等
H28.7	「再編統合協議会」及び「再編統合準備室」設置 ※再編案や再編統合後の医療体制等について協議
H28.11～	住民説明会の開催
H29.4	「再編統合に伴う新病院等整備のための基本構想」決定 ※目指す姿や本院・分院の基本方針等
H29.8	「再編統合に係る基本合意書」締結 ※労災病院を済生会病院に統合。本院として済生会病院を増築整備、労災病院の所在地に分院として診療所を整備
H30.2	第5回再編統合協議会 ※統合時期(H31.4.1)、財産移譲、職員雇用、県・市の支援について合意
H30.6 (予定)	「再編統合に係る基本合意書に関する協定書」締結 ※統合時期、財産移譲、職員雇用、県・市の支援、統合後の病床数等
H31.3 (予定)	鹿島労災病院の廃止
H31.4 (予定)	両病院の統合、分院開院 ※出来るだけ早期に本院を増築

佐賀県の構想区域・医療提供体制の概況

- **75歳以上人口のピークは、2035年**。5圏域中、3圏域（北部・西部・南部）は人口減少が顕著。
- 医療機関数、病床数、スタッフ数などは全国水準を上回る（=not需給充足）が、**1病院あたりの規模が小さい**。
- **中核病院（大学、県、日赤、NHO）が県庁所在市に集中していない**ことから、医療圏単位で地域連携がある程度構築。
- 3次救急へのアクセスが良く、救急は3次に集中（3次搬送率33%、SCR3次124.2・2次69.1）
- 医療法人が介護保険事業、有料老人ホーム等の施設事業に積極的に参入しており、**介護に理解がある医療経営者が多い**。

人口10万人当たり		佐賀県	全国
機関	病院	12.9	6.7
	一般診療所	83.5	80.0
病院	一般病床	771.9	702.3
	療養病床	522.0	258.5
	精神病床	510.0	263.3
有床診療所病床		291.5	81.5
医師数		276.7	240.1
看護職員数		1,718.9	1,055.2
理学療法士数		117.6	60.6
作業療法士数		65.9	33.1

構想区域	人口 (千人)	市町村 数	報告 対象 病院 数	報告対象有床診療所			報告対 象有床 診療所
				公立 病院	公的 医療 機関 等	その他	
中部圏域	349	5	34	4	4	26	58
東部圏域	<u>125</u>	<u>4</u>	<u>12</u>		<u>1</u>	<u>11</u>	<u>17</u>
北部圏域	129	2	15	1	2	12	22
西部圏域	75	2	9	1	1	7	15
南部圏域	<u>155</u>	<u>7</u>	<u>23</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>21</u>	<u>39</u>
県計	833	20	93	7	9	77	151



- 特定機能病院・地域医療支援病院
- ▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

1病院あたりの一般病床数

全国 104.8
佐賀 59.8

公立・公的病院／全病院

病院数 17.2%
病床数 33.4%

佐賀東部保健医療圏について(事例①)

【人口】約12.5万人(1市3町)

※県内で最も人口密度が高く、約793人/㎡。人口減少率は低い。

【医療資源の状況】

人口10万人当たりの一般・療養病床数は県内最下位(約1,300床)

【受療動向】

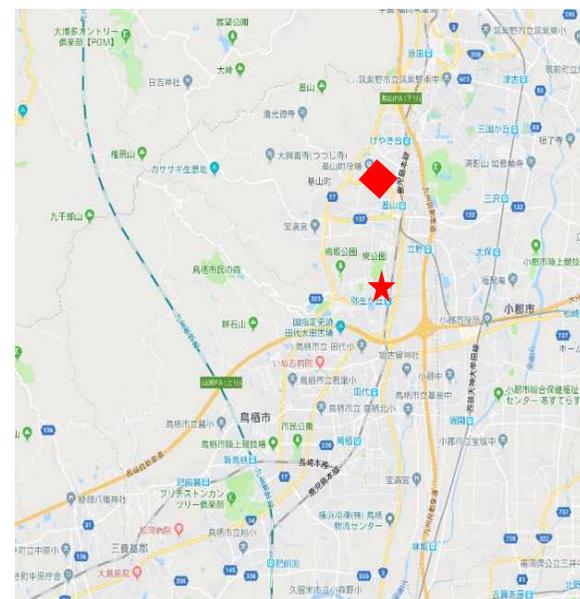
隣県への流出及び流入が県内では比較的高い

【医療提供体制】

中心部の鳥栖市に公立・公的病院はなく、比較的民間の医療機関を中心に医療提供がなされているが、福岡県との県境であり、隣県で受療する又は隣県から受療する傾向が一部に見られる。



● 特定機能病院・地域医療支援病院
▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上



★ やよいがおか鹿毛病院
◆ きやま鹿毛病院

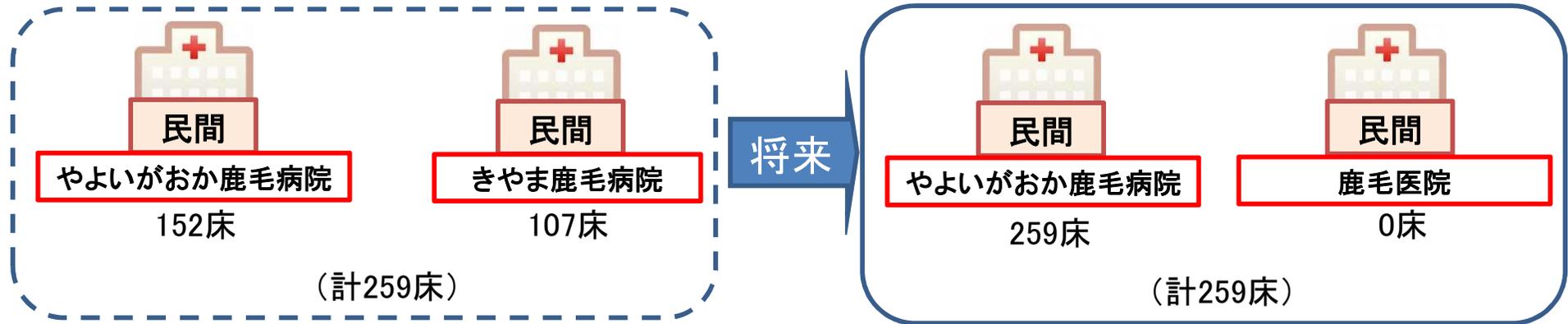
医療機能 (東部)	平成28年病床 機能報告(床)	病床数の必要 量(床) (2025年)	病床数の必要 量(床) (2035年)
高度急性期	8	31	33
急性期	433	286	308
回復期	278	472	511
慢性期	1,035	559	588
合計	1,754 ※未回答等含まず	1,348	1,440

病院再編の概要(事例①)

【概要】

系列の民間病院2病院で再編

- ・理由①: きやま鹿毛病院の建物老朽化・スタッフ確保難
- ・理由②: 予防から療養までの包括的治癒をスピーディーに



(参考)医療機能の変更

病院名	やよいがおか鹿毛病院	きやま鹿毛病院	やよいがおか鹿毛病院	鹿毛医院
所在地	鳥栖市	三養基郡基山町	鳥栖市	三養基郡基山町
運営	医療法人清明会		医療法人清明会	
規模	急性期82床 地域包括20床 回復期リハ50床		急性期95床 地域包括45床 回復期リハ59床 医療療養60床	
診療科目	外科、内科、循環器内科、消化器内科、消化器外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、心臓血管外科、形成外科	内科、外科、泌尿器科(人工透析)、リハビリテーション科	外科、内科、循環器内科、消化器内科、消化器外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、心臓血管外科、形成外科	内科、腎臓内科(人工透析)

佐賀南部保健医療圏について(事例②及び事例③)

【人口】約15万人(3市4町)
 ※県内でも人口密度が低く、約234人/m²。人口減少率は高い。

【医療資源の状況】
 人口10万人当たりの一般・療養病床数は県内最上位(約1,900床)

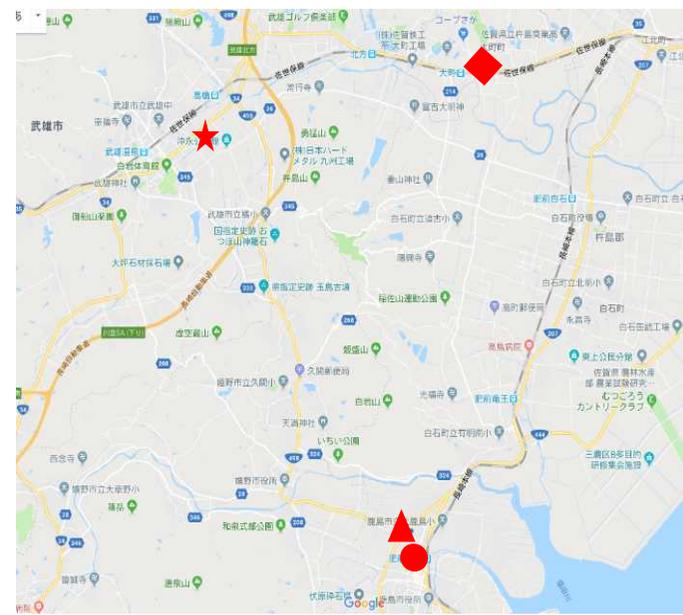
【受療動向】
 比較的圏内で完結している。

【医療提供体制】
 高度急性期・急性期を担うNHO病院が圏内で偏在しており、急性期については複数の民間の医療機関とともに医療提供がなされている。



● 特定機能病院・地域医療支援病院
 ▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

医療機能 (南部)	平成28年病床 機能報告(床)	病床数の必要 量(床) (2025年)	病床数の必要 量(床) (2035年)
高度急性期	70	161	161
急性期	1,407	635	647
回復期	311	684	704
慢性期	1,009	521	549
合計	2,797 ※未回答等含まず	2,001	2,061



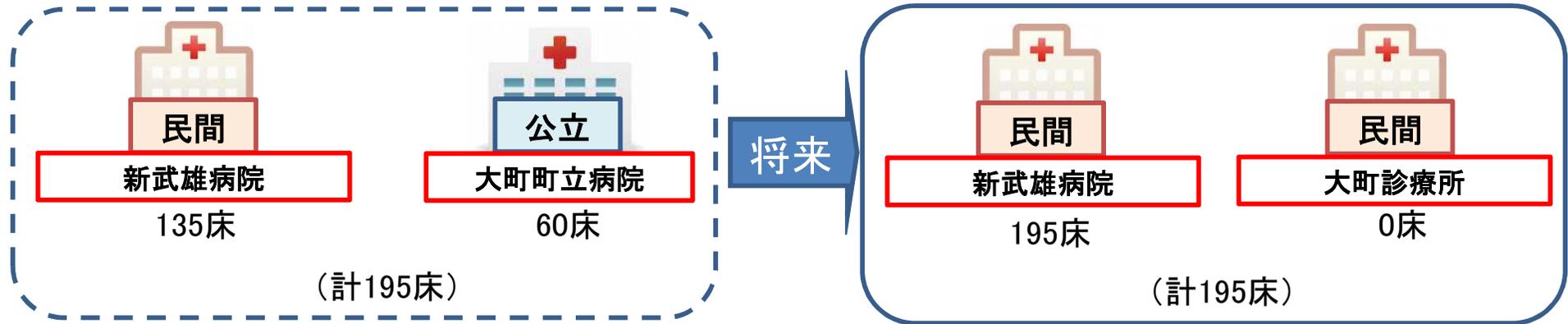
★ 新武雄病院
 ◆ 大町町立病院
 ● 志田病院
 ▲ 吉田病院

病院再編の概要(事例②)

【概要】

民間病院へ町立病院が経営移譲

- ・理由①: 大町町立病院の建物老朽化・経営環境の厳しさ増
- ・理由②: 回復機能の充実



(参考)医療機能の変更

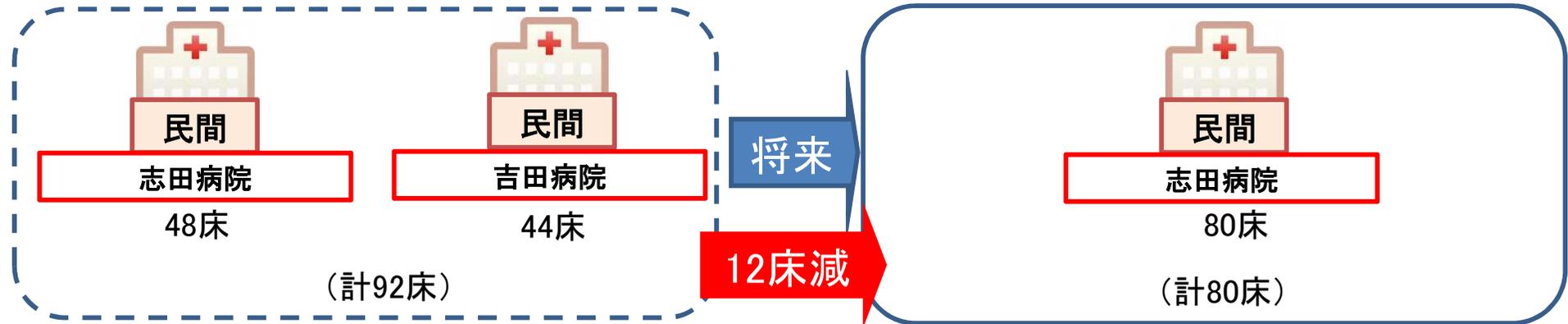
病院名	新武雄病院	大町町立病院	新武雄病院	大町診療所(仮称)
所在地	武雄市	杵島郡大町町	武雄市	杵島郡大町町
運営	一般社団法人巨樹の会	大町町	一般社団法人巨樹の会	
規模	高度急性期16床 急性期119床	急性期60床 →	高度急性期16床 急性期127床 回復期52床	
診療科目	内科、外科、肛門外科、整形外科、リウマチ科、放射線科、呼吸器内科、呼吸器外科、消化器内科、脳神経外科、循環器内科、泌尿器科、救急科、リハビリテーション科、麻酔科	内科、眼科、外科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、皮膚科、整形外科	内科、外科、肛門外科、整形外科、リウマチ科、放射線科、呼吸器内科、呼吸器外科、消化器内科、脳神経外科、循環器内科、泌尿器科、救急科、リハビリテーション科、麻酔科	内科、リハビリテーション科、整形外科、耳鼻咽喉科、脳神経外科

病院再編の概要(事例③)

【概要】

2民間病院で統合

- ・理由①: 運営の効率化
- ・理由②: 不足する回復期病床への対応



(参考)医療機能の変更

※回復期転換への補助制度利用予定

病院名	志田病院	吉田病院	志田病院
所在地	鹿島市	鹿島市	鹿島市
運営	医療法人天心堂	医療法人祐仁会	医療法人天心堂
規模	回復期リハ28床 地域包括12床 療養病床8床	療養病床44床	回復期リハ32床 地域包括28床 療養病床20床
診療科目	内科、外科、小児科、消化器科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科	内科、神経内科、胃腸科、循環器科、リハビリテーション科	内科、外科、小児科、消化器科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科

佐賀県地域医療構想調整会議の構成

- 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	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
中部構想区域分科会	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
東部構想区域分科会	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
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	その他：協議事項に係る病院長、オブザーバー参加病院長等

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。