

# 地域医療構想調整会議における 議論の進め方(その2)

## 第9回検討会における主なご意見

### 【調整会議について】

- 構想区域の全ての医療機関が参加するのが理想だが、難しければ別の場を作って色々なデータを共有し検討することで、議論がスムーズに進むのではないか
- 1年サイクルの検討も必要であるが、2025年を見据えた、長期的な視点での議論が重要であり、進め方の整理が必要ではないか

### 【データブックについて】

- 使用できる人の範囲や、地域で分析等に協力してくれる人へのデータ提供について、もう少し柔軟な運用方法にしてはどうか

### 【病床機能報告データについて】

- 今後は、病棟コードを活用し、病棟ごとに具体的な医療の内容も踏まえた議論が必要ではないか

# 地域医療構想調整会議の進め方(平成29年度)について(案)

▽ : 国から都道府県へ進捗確認

		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
国		全ての都道府県で構想策定完了予定	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修(前期)</li> <li>データブック配布及び説明会</li> <li>基金に関するヒアリング</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修(中期)</li> <li>地域医療構想の取組状況の把握</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修(後期)</li> <li>病床機能報告(平成29年度)の実施</li> </ul>							
都道府県全体			(第7次医療計画に向けた検討を開始) <b>●具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について</b> ・県全体の病床機能や5事業等分野ごとの不足状況を明示													
		<ul style="list-style-type: none"> <li>●病床機能の分化・連携に向けた好事例や調整困難事例について収集・整理(国において全国状況を整理)</li> <li>●<u>地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供</u>(議事録の公開、説明会等)</li> </ul>														
調整会議			<b>1回目</b>			<b>2回目</b>			<b>3回目</b>			<b>4回目</b>				
			<b>●病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認</b> ・各医療機関の役割の明確化 ・各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用 ・不足する医療機能の確認			<b>●機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論</b> ・地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す ・病床機能報告に向けて方向性を確認			・機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定			・具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う				

### ● 病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認

1. データを用いた地域分析による現状把握を関係者間で共有し、理解する  
(様々な会議の場等の活用)

- 調整会議のみでは関係者への共有・理解が困難な場合、その他の場について検討・実施する  
例: 都道府県医師会や病院団体等による勉強会の開催  
既存の地域連携の会などの場を活用

(活用するデータの分析・評価)

- 活用するデータについては、その分析の結果だけでなく、データの持つ特性等についても共有することで、結果の解釈に対する理解を深めることが必要(国においては、データブック等の運用方法について改めて周知)  
例: 県の担当者だけでなく、地元医師会や病院団体等の関係者や大学の有識者が共同して、データの分析・評価を実施

(地域の関係者・住民との情報の共有等)

- 共有されたデータに関して出された意見等も含め、住民等に情報提供する際は、その理解が進むように、解説等を加えた上で公表する  
例: 住民等に対しては、データを取捨選択し、ポイントを絞って分かりやすいグラフ等を作成し、解説を添えて公表

### ● 病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認

#### 2. 区域内の医療機関を、現状において担っている役割等に応じ、データを確認する

(各医療機関の担っている役割の確認)

- 救急医療や災害医療等を担う医療機関の現状について確認を行う
  - － 第6次医療計画において、どのような役割分担になっていたのか
  - － データ等を活用し、その役割が担われているかどうか
- 第7次医療計画の策定に向けた検討状況も随時共有する

#### ■ 救急医療に着目した場合

救急医療を担っている医療機関ごと(3次救急、2次救急、救急告示)の救急車受入実績等  
救命救急入院料の算定件数、救急医療管理加算の算定件数等

#### ■ 災害医療に着目した場合

災害拠点病院と地域のその他医療機関との役割分担について

#### ■ 周産期医療に着目した場合

総合周産期特定集中治療室管理料の算定件数、ハイリスク分娩管理加算の算定件数等

### ● 機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論

1. 構想区域内の各医療機関について、機能別にみた場合に、現状において担っている役割と将来の機能等について確認する

(各医療機関の担う役割について確認)

- ・ 病床機能報告の病床数と、将来の病床の必要量を比較し、不足する医療機能について検討

#### ■ 回復期機能に着目した場合

<現状の評価>

- ・ 担っている役割について(例:急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療、回復期リハビリテーション機能)
- ・ 病棟に配置されているスタッフ数(PT、OT、STなど)
- ・ 実施されている、疾患別のリハビリテーション実施件数等

<将来との比較>

- ・ 地域の高齢化の進展等を踏まえたニーズの変化
- ・ それに伴い増加する将来の病床の必要量

<方向性の検討(例)>

- ・ 看護師等のマンパワーを考慮した場合、いずれの医療機関(病棟単位が基本)が将来回復期を担うのか
- ・ 例えば、現状、急性期と報告している比較的人員配置の薄い医療機関が回復期を担うこととした場合、地域全体として不足する機能をカバーできるか
- ・ 上記でカバーできない場合に、現状において、急性機能を担っている他の医療機関のうち、一部の病棟の機能を回復期に転換するといった場合に、地域でいずれの医療機関が担うのか

### ● 機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論

1. 構想区域内の各医療機関について、機能別にみた場合に、現状において担っている役割と将来の機能等について確認する

#### ■ 高度急性期機能に着目した場合

##### <現状の評価>

- ・ 特に、高度急性期機能については、果たす機能等を踏まえ、地域によっては、1つの構想区域ではなく、複数の構想区域をカバーすることから、現状の評価においても、その点に留意が必要
- ・ 構想区域(もしくは県全体)において、高度急性期機能として必要な医療機能を確認
  - － NICU等の配置状況、稼働状況等について(近年の推移等も含め)

##### <将来との比較>

- ・ 病床の必要量の推計において、すべての構想区域に高度急性期に相当する病床の必要量が見込まれているが、現状と将来との比較においても、広域的な視点での比較が重要

##### <方向性の検討>

- ・ 特に、高度急性期の機能をどのように地域で役割分担するのかについては、病床機能報告において高度急性期と報告している医療機関から、現にどのような医療を行っているのか、今後、どのような高度急性期機能を担うことができるのか等について、調整会議でヒアリングを行うなどしてはどうか

**(参考)データの活用方法についての例示  
～福岡県京築医療圏～**



福岡県地域医療構想  
京築医療圏を例とした策定素案

(平成 28 年 6 月 22 日版)

福岡県医師会  
産業医科大学 公衆衛生学教室

大学と県医師会で協力して、13の医療圏(＝構想区域)ごとに素案を作成。この素案を県に提供し、最終的な地域医療構想を策定する。

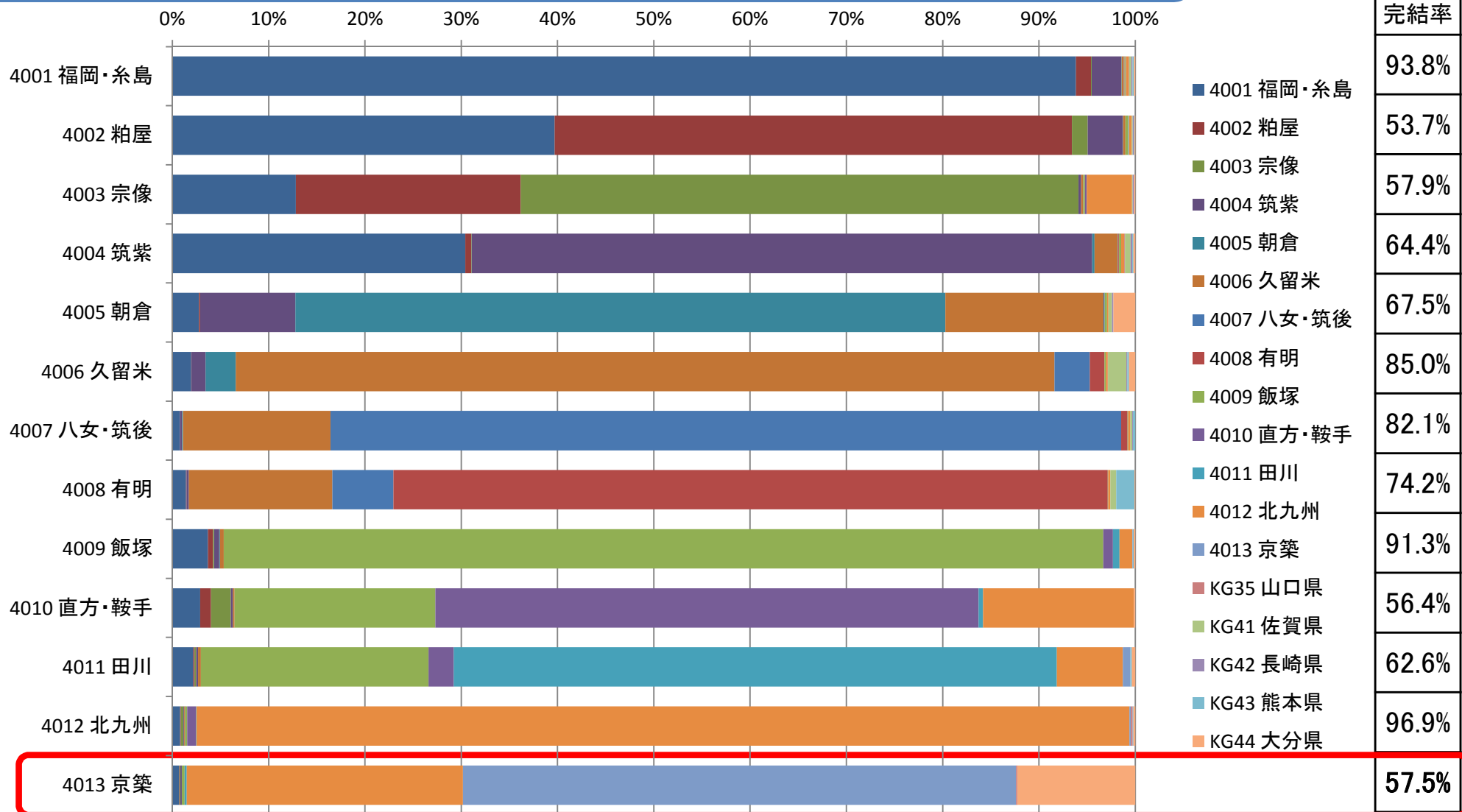
平成25年(2013年)  
時点の医療需要

## 資料2-1 構想区域の検討(1) 福岡県における入院医療の自己完結率 (平成25年度NDBデータ: 一般病床入院 7:1、10:1)

都道府県研修の資料(一部改変)  
(産業医科大学松田先生提供)より

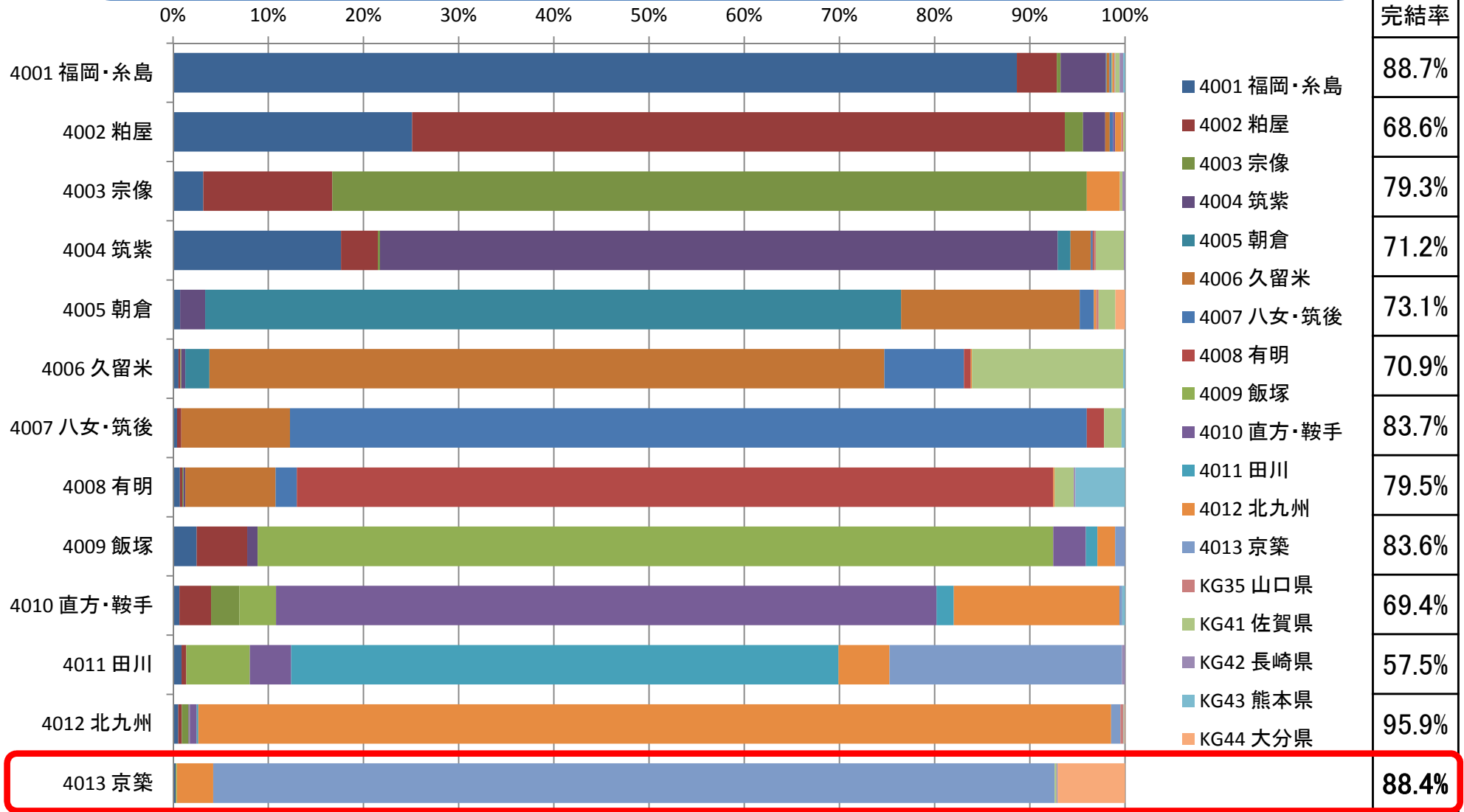
※自圏域完結率:  
当該医療圏で発生する医療需要  
(患者数)のうち、当該医療圏内  
の医療機関を受診する割合。

看護配置基準7対1及び10対1の病床では、自圏域完結率※は57.5%であり、28.7%が北九州区域に、12.3%が大分県に流出している。



資料2-3 構想区域の検討(4)  
福岡県における入院医療の自己完結率  
(平成25年度NDBデータ:療養病床入院)

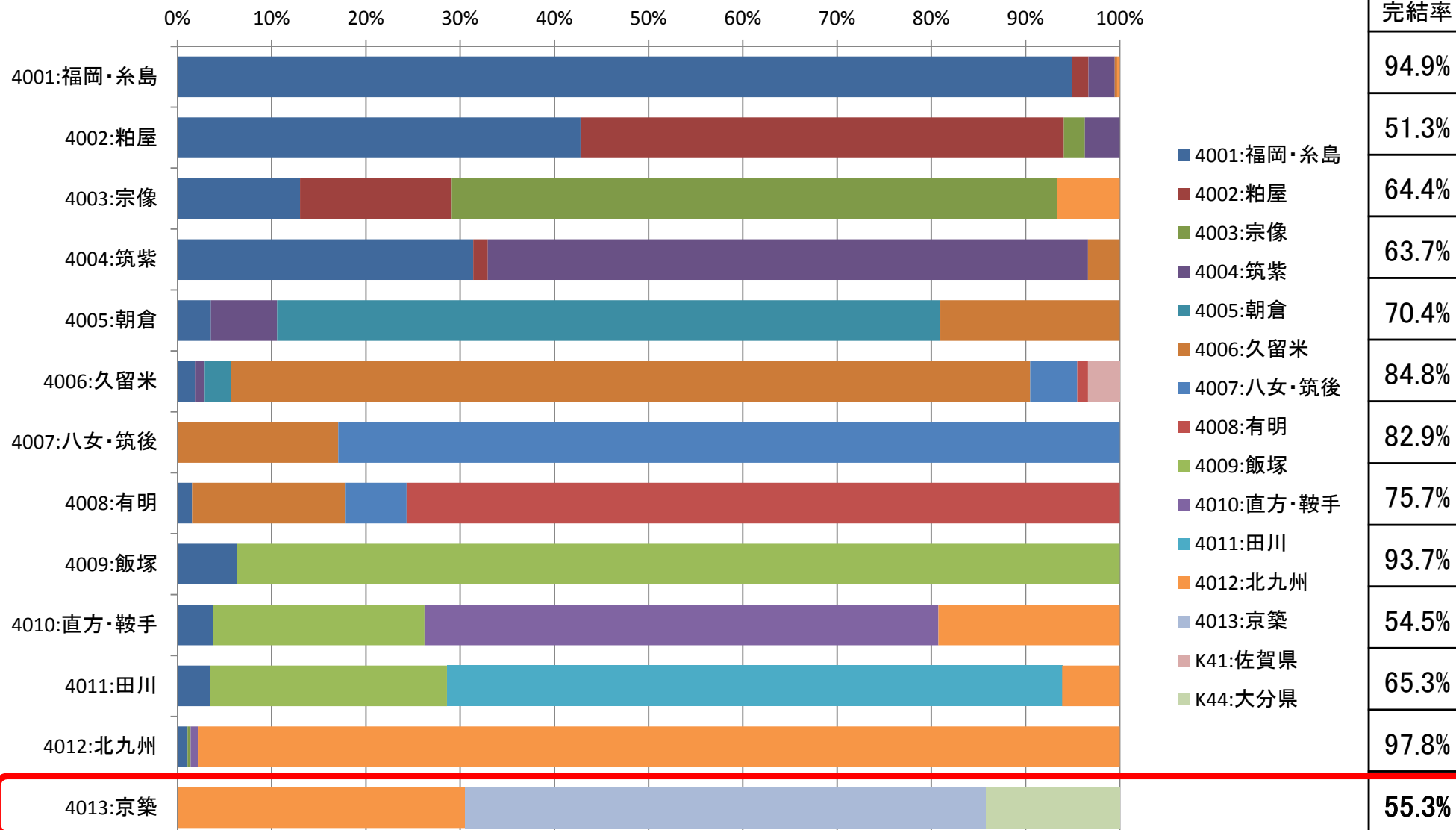
療養病床では、自圏域完結率は88.4%であり、田川区域の患者の24.4%が京築区域に流入している。



平成37年(2025年)  
時点の推計値

(参考資料1)  
2025年患者流出入及び自己完結率の状況  
(地域医療構想策定支援ツール:急性期)

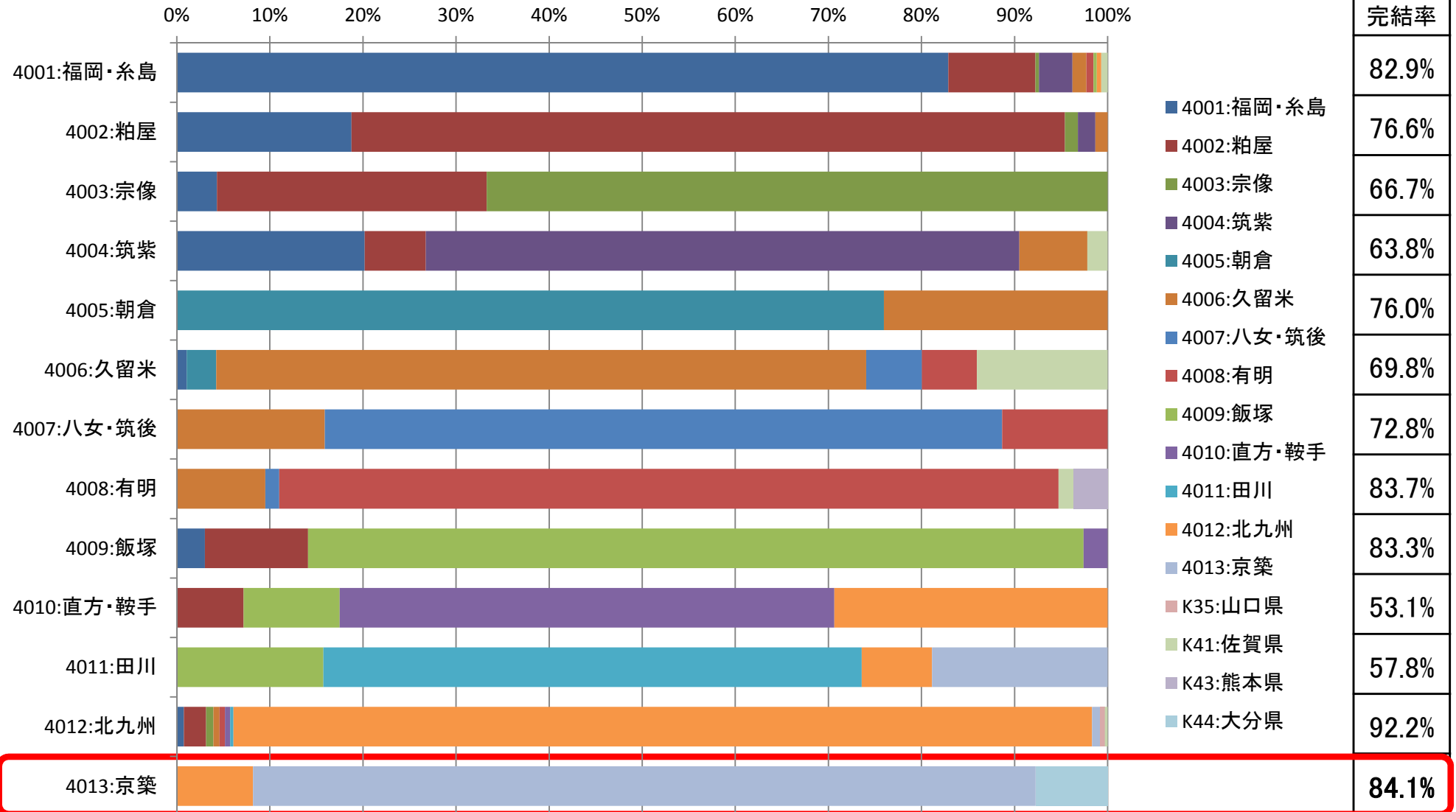
推計ツールを用いた医療機能別の自己完結率では、急性期は55%となっている。この結果は入院基本料別の結果より若干低い値となっている。



平成37年(2025年)  
時点の推計値

(参考資料2)  
2025年患者流出入及び自己完結率の状況  
(地域医療構想策定支援ツール:慢性期(パターンB))

推計ツールを用いた医療機能別の自己完結率では、慢性期は84%となっている。この結果は入院基本料別の結果より若干低い値となっている。



# 年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)について

- SCR (Standardized Claim Ratio)とは、各構想区域における医療機能に対応するレセプトの出現状況を指標化し、可視化したもの。
- SCRの値が100.0より大きければ、その医療行為が全国平均よりも多く行われていることを示し、100.0より小さければ、その医療行為が全国平均よりも少ないことを示す。
- SCRは、健康保険の種類にかかわらず全てのレセプト情報を反映したものとなっている。
- また、患者住所地ではなく、医療機関所在地をベースとして指標化されている。

# 資料2-9 福岡県におけるSCRの状況(外来・入院一般)

都道府県研修の資料(産業医科大学松田先生提供)より(一部改変)

SCRでは、DPC入院は55、一般病床の入院はいずれも60台、回復期リハビリテーションは126、療養病床は231で、高度急性期・急性期の医療提供体制が弱い一方で、慢性期の入院医療機能は高いことがわかる

指標名	区分	4013 京築	4001 福岡・糸島	4002 粕屋	4003 宗像	4004 筑紫	4005 朝倉	4006 久留米	4007 八女・筑後	4008 有明	4009 飯塚	4010 直方・鞍手	4011 田川	4012 北九州
初診料	入院	82.7	141.5	93.6	94.2	103.5	115.8	157.1	139.4	111.4	132.0	75.7	76.0	139.5
初診料	外来	90.1	116.0	93.2	101.3	104.8	92.5	112.6	100.5	100.6	95.1	89.3	79.5	104.6
初診料 時間外加算	入院	80.2	122.3	70.6	86.1	82.2	102.2	137.9	103.9	95.0	133.2	56.3	61.5	117.3
初診料 時間外加算	外来	75.7	83.4	54.6	85.1	90.8	81.2	95.0	80.6	80.7	94.8	70.9	58.8	70.2
外来診療料	外来	22.1	99.3	35.3	39.4	63.5	33.7	134.5	75.9	58.0	119.1		84.2	111.5
外来診療料 時間外加算	外来	76.6	82.8	36.7	8.0	108.0	68.6	136.3	98.0	47.9	167.8		83.8	145.8
再診料	外来	98.7	115.4	90.2	95.9	91.9	96.2	111.7	101.4	112.0	100.3	101.5	81.2	105.7
再診料 時間外加算	外来	26.2	67.4	34.1	29.7	54.6	29.7	69.8	32.3	67.4	49.2	41.5	9.5	47.0
再診料・外来診察料(再掲)	外来	86.1	112.8	81.2	86.6	87.2	86.0	115.5	97.2	103.1	103.4	84.8	81.7	106.7
再診料・外来診療料 時間外(再掲)	外来	87.4	83.9	75.6	60.0	96.1	96.9	116.4	112.5	108.5	112.7	68.6	65.3	94.2
一般入院基本料	入院	61.9	130.1	89.5	69.6	94.5	85.7	123.4	115.8	104.4	139.8	81.0	74.8	133.5
一般入院基本料(7, 10対1)(再掲)	入院	67.3	136.9	91.6	69.8	90.6	93.1	125.2	109.4	82.2	139.4	76.3	63.2	137.9
一般入院基本料(13, 15対1)(再掲)	入院		42.9	64.0	66.4	157.7		106.3	198.2	368.8	149.7	140.6	216.0	79.8
DPC入院(再掲)	入院	55.2	153.5	72.8	58.1	90.0	71.9	175.7	126.9	69.6	108.1	50.5	37.9	129.4
療養病棟入院基本料	入院	231.4	147.1	212.9	141.0	155.2	193.6	181.2	231.3	130.8	109.0	131.1	59.4	168.5
精神病棟入院基本料	入院	150.0	137.5	144.2	146.5	115.3	191.4	175.4	176.6	276.1	177.7	185.6	632.1	126.0
有床診療所入院基本料	入院	159.6	174.0	110.2	203.9	221.2	86.9	229.0	135.4	191.3	151.3	66.9	111.1	133.8
有床診療所療養病床入院基本料	入院	214.4	178.6	109.2	69.2	155.9	10.8	318.2	158.2	170.4	197.7	220.8	267.0	298.2
救命救急入院料	入院		132.0					272.3			647.5			52.4
特定集中治療室管理料(ICU)	入院	218.3	210.6	128.7	117.1	172.3		247.0	8.7		80.6			277.8
新生児特定集中治療室管理料(NICU)	入院		94.2			304.4								273.1
総合周産期特定集中治療室管理料(MFICU)	入院		122.9					766.6			589.1			163.7
特殊疾患病棟入院料等	入院		73.1	265.9						134.1	214.5		139.3	182.1
小児入院医療管理料	入院	0.1	136.0	48.2		66.5		147.4	17.8	77.2	123.3			162.0
回復期リハビリテーション病棟入院料	入院	126.5	235.9	151.6	52.3	64.5	179.8	217.7	274.1	172.4	64.9	119.8	63.5	156.5
緩和ケア病棟入院料	入院		429.7	720.7			401.4	297.7	314.0	223.4	221.1			139.9
精神科救急入院料	入院		123.4		702.6	279.6		731.5			405.4			
精神科急性期治療病棟入院料	入院	400.1	119.9		134.1	186.8		341.0		187.0		248.9	249.6	187.0
精神療養病棟入院料	入院	119.0	121.7	72.5	362.4	70.2	163.5	171.6	115.3	245.5	101.7	183.0	127.7	131.2
認知症治療病棟入院料	入院	552.2	17.9	338.8		182.0		175.8	138.1	168.2	161.0	256.9	395.2	231.1
ハイケアユニット入院医療管理料(HCU)	入院	284.7	253.2		87.0	218.6	155.3	316.3		32.5	514.0			467.6
亜急性期入院医療管理料	入院	16.7	307.8	255.3	278.5	94.2	501.4	200.7	371.5	199.8	272.4	224.4		194.4
脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)	入院		253.1			225.4								104.3
夜間・休日診療体制	入院						1262.7	331.8			2670.5		112.3	169.0
夜間・休日診療体制	外来	160.7	292.7		648.4		845.3	110.9			1045.8		60.8	123.9
夜間・休日診療体制	全体	151.3	279.1		612.1		871.0	122.9			1146.0		64.1	126.5
開放型病院共同指導料	入院		351.0	406.1	90.3	40.0	951.7	145.6		49.0	1.6		70.6	224.4
開放型病院共同指導料	外来		367.4	480.6	84.1	42.4	995.0	116.6		56.8			81.8	206.8
開放型病院共同指導料	全体		359.1	442.7	87.3	41.2	973.0	131.3		52.8	0.8		76.1	215.8

出典: 医療計画作成支援データブック(厚生労働省・2015)

# 京築医療圏を例にした策定素案(抜粋)

## 第IV章 将来のあるべき医療・介護供給体制を実現するための施策

### 1. 医療機関の分布と自己完結率

高度急性期及び急性期医療を担う医療機関が充実している北九州医療圏及び大分県北部医療圏への交通の利便性を考慮すると、高度急性期・急性期については現状でも問題はないように思われます。

回復期病床については、その整備を行うことが地域包括ケアを支えるために必要となる入院と在宅を柔軟に提供する体制の構築につながると考えられます。

高齢化の進行はすでに慢性期にある高齢患者から繰り返し生じる急性期のイベント(誤嚥性肺炎や骨折)が増加するというように、医療と介護の複合化のみならず、急性期・回復期・慢性期の複合化も意味します。こうした患者に地域で適切に対応するためには、回復期病床数を増やすことが望ましいと考えられます。

回復期病床の確保のためには、2つの基幹病院(DPC病院)以外の病院に回復期を担う病床への転換を考えていただくことが適切ではないかと考えられます。ただし、この場合、現在よりも看護師数が必要になります。これが可能かどうかどうかも改めて検討する必要があります。難しい場合は、療養病床で回復期機能を担うことになります。



## 京築医療圏を例にした策定素案(抜粋)

また、今回の推計結果によると慢性期については療養病床の削減(112床)が必要とされています。そのためには受け皿である介護サービスの確保が必要となります。

しかしながら、地区医師会長を対象とした意見調査では介護サービスの確保は「難しい」と回答しており、その理由としては「介護職の確保が困難」及び「介護保険料の負担の増加」でした。また、訪問診療についてもその充実は「難しい」と回答しており、その理由としては「医師の不足」及び「家族の介護力不足」があげられていました。

他方、療養病床を維持する場合には、平成29年度の療養病床の看護基準の経過措置の廃止による20:1への対応が必要となるため、看護師、看護補助職の確保が必要となります。医師会長を対象としたアンケートでは病院病床は「減少する」と考えられており、その原因としては「患者数の減少」と「看護師の不足」が指摘されてきました。

以上のように、京築医療圏の場合、療養病床を削減する、あるいは維持するという2つのシナリオのいずれについても対応すべき課題があり、今後状況を見ながら実際的な対応策をとる必要があると考えられます。特に、平成30年の医療介護同時改定で導入が予定されている「新類型(後述)」について現時点から検討を始めることが必要です。

# 京築医療圏を例にした策定素案(抜粋)

## 【必要な施策】

- 高度急性期・急性期については、隣接する北九州医療圏、大分県北医療圏の高度急性期・急性期病院との連携を基盤とした診療体制の維持
  - 連携パスの利用量の増加(連携パス関連SCR 100以上)
- 回復期の充実
  - 13:1及び15:1の一般病床の回復期機能の強化(地域包括ケア病床への転換 200床)
  - 療養病床の回復期病床への転換(200床、特に南部)。ただし、この場合看護師の充足が必要。これが困難な場合は、療養病床のまま回復期的な機能を担うことが求められる。
  - 退院先・連携先となる受け皿(在宅医療・介護サービス)の充実

# 京築医療圏を例にした策定素案(抜粋)

## 【必要な施策】

### • 慢性期医療の適正化

#### ➤ 療養病床を削減する場合:

療養病床の一部を回復期に転換した上で、さらに推計結果に基づいて163床減少させる場合、その代替となる在宅医療及び介護サービスを確保することが必要となります。また、介護サービスへの移行は介護保険給付の増大につながるため、その影響を事前に検討する必要があります。

#### ➤ 療養病床を一定程度維持する場合:

平成29年度の療養病床の看護基準の経過措置の廃止に伴う20:1の義務化に対応するための看護師、看護補助職の確保が必要となります。

# 福岡県の取り組みのまとめ

