令和元年度　第１回真庭圏域地域医療構想調整会議　次第

日時　令和元年８月８日(木)14:00～16:00
場所　岡山県美作県民局真庭地域事務所　３Ｆ大会議室

１　開会

２　議題

(1)　「令和元年度の方針」について(P 1～ P10)

(2)　「病床機能と必要病床数推計の比較」について(P 11～ P 28)

(3)　二次医療圏流出入割合に係る分析について(P29～ P37)

(4)　外来医療計画の策定について(P39～ P44)

(5)　公立・公的医療機関等の役割等の検証について(P45～ P50)

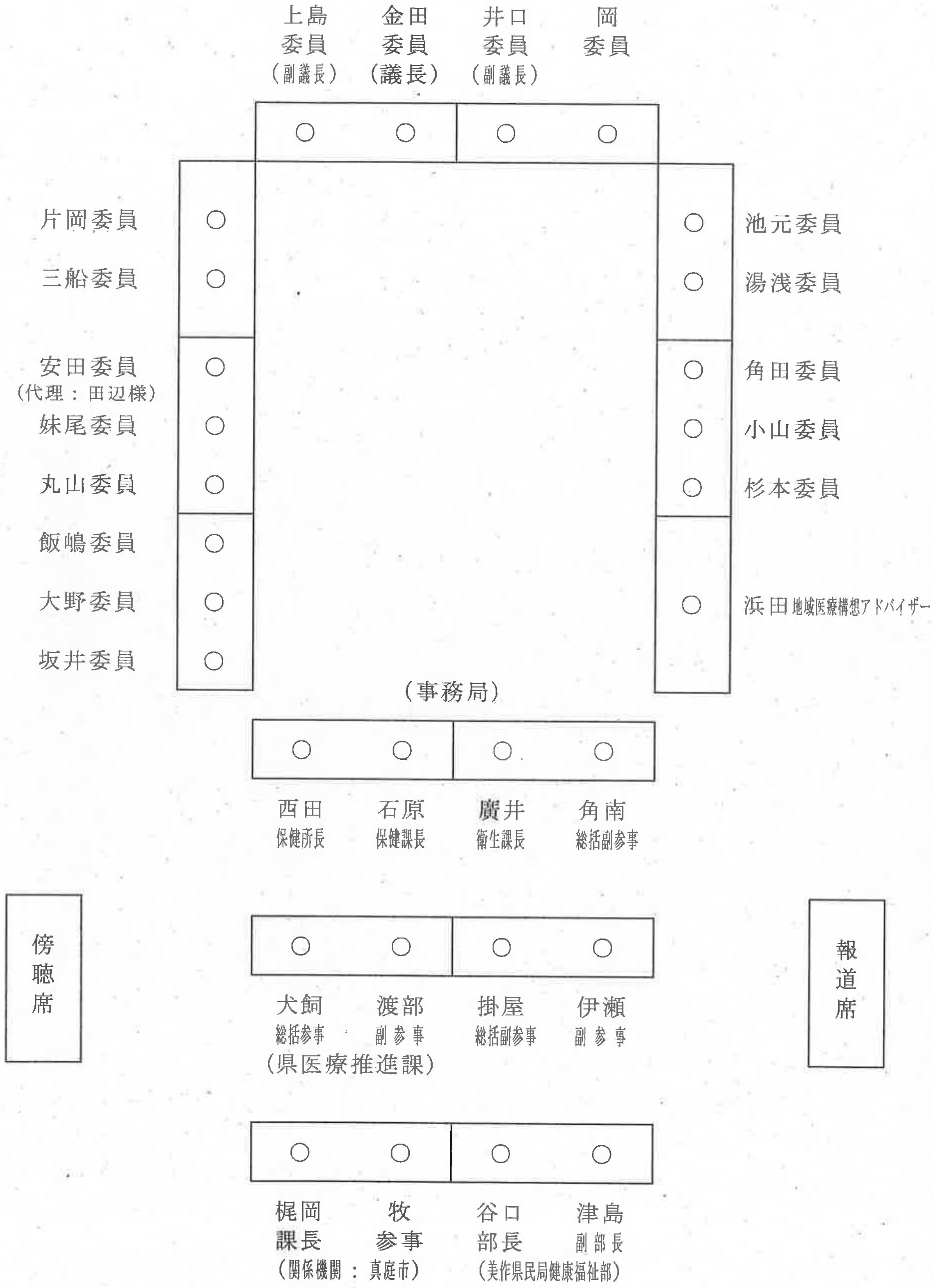
(6)　小児救急体制の周知に関する配布資材等について(P 51)

(7)　質疑・その他

３　閉会

令和元年度第１回真庭圏域地域医療構想調整会議　配席図

日時：令和元年８月８日（木）
１４：００～１６：００
場所：真庭地域事務所３階大会議室



真庭圏域地域医療構想調整会議委員名簿

（任期：平成30年3月1日～令和2年2月29日）

（令和元年6月2日現在）

氏名	所属　・　役職名	備考
金田　道弘	真庭市医師会長	
井口　大助	岡山県病院協会真庭支部長　代理	
岡　孝一	真庭市国民健康保険湯原温泉病院事業管理者・院長	H31.4.1～
池元　由通	真庭歯科医師会長	
湯浅　勇巳	岡山県薬剤師会真庭支部長	R1.6.2～
角田　和香代	岡山県看護協会真庭支部長	
小山　珠美	岡山県栄養士会真庭支部長	
杉本　喜美惠	真庭保健所管内愛育委員連合会長	
片岡　貞枝	真庭保健所管内栄養改善協議会長	
三船　昌行	真庭市民生委員児童委員協議会長	
安田　一	真庭市消防本部消防長	H31.4.1～
妹尾　佐知子	NPO法人 岡山県介護支援専門員協会真庭支部事務局	
丸山　謙二	理学療法士会　代表	
飯嶋　信博	作業療法士会　代表	
上島　芳広	真庭市健康福祉部長	
大野　厚吉	新庄村副村長	H31.4.1～
坂井　淳志	全国健康保険協会岡山支部	
計	１７名	

（順不同・敬称略）

真庭圏域地域医療構想調整会議設置要綱

（目的）

第１条　この要綱は、医療法（昭和２３年法律第２０５号）第３０条の１４の規定に基づき、真庭圏域の医療提供体制を確保することを目的に、地域医療構想の実現に向けた関係者との協議及び調整等を行うため、真庭圏域地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

（所掌事務）

第２条　調整会議では、次に掲げる事項について協議及び調整等を行う。

（１）地域医療構想の策定及び実現に関する事項

（２）構想区域内における医療提供体制の課題に関する事項

（３）病床機能報告制度による情報等の共有に関する事項

（４）医療介護総合確保促進法に基づく県計画（地域医療介護総合確保基金の事業計画）に盛り込む事業に関する事項

（５）その他、目的を達成するために必要な事項

（組織）

第３条　調整会議は、委員２０人以内で組織し、委員は、次に掲げる者のうちから県知事が委嘱又は任命する。

（１）医師会の代表者

（２）病院協会の代表者

（３）歯科医師会の代表者

（４）薬剤師会の代表者

（５）看護関係者の代表者

（６）介護関係者の代表者

（７）医療保険者の代表者

（８）市町村の代表者

（９）医療を受ける立場にある者

（10）その他必要と認められる者（学識経験者等）

（任期）

第４条　調整会議の委員の任期は、２年とする。ただし、再任を妨げない。

２　任期途中で退任した委員の後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

３　委員は、任期終了後であっても、新たに委員が委嘱又は任命されるまでは、その職務を行うものとする。

（議長及び副議長）
第５条　調整会議に、議長及び副議長を置く。
２　議長は、委員の互選により定め、副議長は議長が指名する。
３　議長は、調整会議を代表し、会務を総理する。
４　議長に事故があるときのほか、議事の内容により議長に重大な利益又は不利益が生じるおそれがあると委員の過半数が認める場合は、副議長がその職務を代理する。

（会議）
第６条　調整会議は、議長が必要の都度招集し、これを主宰する。
２　議長は、必要に応じて調整会議に委員以外の者を出席させ、説明又は意見を聴くことができる。
３　議長は、必要があると認めるときは、特定の事項について、関係のある委員のみで調整会議を開催することができる。
４　会議は原則公開とし、患者情報や医療機関の経営に関する情報等を扱う場合には、非公開とする。
５　議長は、必要に応じてワーキンググループ等を設置し、意見を聴くことができる。

（事務局）
第７条　調整会議の庶務を司る事務局は真庭保健所に置く。

（雑則）
第８条　この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は議長が別に定める。

附則
この要綱は、平成２８年3月１日から施行する。

令和元年度真庭圏域地域医療構想調整会議年間スケジュール（事務局案）

開催時期	本会議	分科会	協議(議論)内容
第2四半期 令和元年8月	○		**「年間スケジュール」** ・年間の開催時期、協議事項等を協議する。 **「具体的対応方針」** ・平成30年度病床機能報告の数値に基づいて病床機能と必要病床数推計を比較し、具体的対応方針の策定及び合意に向けた検討作業について協議する。
第3四半期 令和元年11月	○		**「外来医療計画」** ・当圏域における外来医療に係る医療提供体制の確保に関する考え方を整理する。 **「小児救急医療体制」** ・「小児救急体制の周知に関する配布資材等」として使用する媒体・作成方針等について協議する。
第3四半期	○		**「具体的対応方針」** ・具体的対応方針の策定に向け、進捗状況等を検証・確認する。 なお、進捗状況に応じ、具体的対応方針として取りまとめ、合意に向けた協議を行う。 **「小児救急医療体制」** ・「小児救急体制の周知に関する配布資材等」として使用する媒体・作成方針等について協議する。
第4四半期	○		**「具体的対応方針」** ・合意に基づき、真庭圏域における具体的対応方針として取りまとめる。 **「令和元年度の総括・次年度の方針」** ・令和元年度の協議内容について総括するとともに、次年度以降における活動方針について協議する。

※開催時期、協議内容等について、今後変更がある場合があります。

《具体的対応方針の策定及び合意のための作業用ツール》（事務局案）

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
	医療機関名	1．基本情報(H31.4.1現在)									2．平成30年度病床機能報告の状況																							3．第8次医療計画における役割											
				承認			許可病床数				（平成30年7月1日時点の機能）									（2025年7月1日時点）							平成30年と2025年時点との差					過剰な医療機能への転換に対する知事権限行使の検討状況等													
		構想区域名	設置主体	特定機能病院	地域医療支援病院	公立病院・公的医療機関	一般	療養	一般・療養計	その他	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中	病棟単位で非稼働である病床数	非稼働病棟の病床数の計	厚生局に非稼働病床を届け出た数 R1.5	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	介護保険施設等へ移行	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟・廃止予定	書面の提出の求め	調整会議での議論	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	救急	災害	へき地	周産期	小児	在宅	その他
253	医療法人井口会総合病院落合病院	真庭	20				137	36	173	0	173	0	137	0	36	0	0	0	32	135	0	15	95	25	0	0	0	▲122	95	▲11	0	-	-		1		1		1	1					
254	社会医療法人緑社会金田病院	真庭	20				130	42	172	0	172	0	60	42	42	28	1	28	28	172	0	60	42	42	0	28	0	0	0	0	▲28	-	-	1	1		1		1						
255	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	真庭	9			公立	50	55	105	0	105	0	50	0	55	0	0	0	0	105	0	50	0	55	0	0	0	0	0	0	0	-	-						1		1			1	
256	医療法人敬和会近藤病院	真庭	20				55	0	55	0	55	0	55	0	0	0	0	0	0	55	0	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-						1						
257	医療法人美甘会勝山病院	真庭	20				50	0	50	0	50	0	50	0	0	0	0	0	0	50	0	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-						1						
258	中山病院	真庭	26				3	39	42	0	42	0	0	0	42	0	0	0	3	42	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	0	-	-						1						
259	岸本整形外科医院	真庭	26				19	0	19	0	19	0	0	0	0	19	1	19	19	19	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	-	-												
260	医療法人さくもとクリニック	真庭	20				15	4	19	0	19	0	0	0	0	19	1	19	0	19	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	-	-											1	
261	医療法人福寿会河本医院	真庭	20				1	18	19	0	19	0	0	0	19	0	0	0	0	19	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	-	-												
262	まにわ整形外科クリニック	真庭	20				18	0	18	0	18	0	18	0	0	0	0	0	0	18	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-												
							478	194	672	0	672	0	370	42	194	66	3	66	82	634	0	248	137	183	38	28	0	▲122	95	▲11	▲28														

《具体的対応方針の策定及び合意のための作業用ツール》(事務局案)

1	2	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
医療機関名		4. 具体的な対応方針の状況																										5. 診療実績等(H30.7.1現在)				6. 補助金等の受給状況(H)
		プランの策定状況			具体的対応方針の内容(既入力値は平成30年度病床機能報告等によるものである。これを今後の議論と合意に基づき修正する。)																											
					5疾病・5事業・在宅医療等で担う役割の方針(2025年)													2025年(医療構想目標年)の病床数の方針														
		新改革プランの策定	公的等2025プランの策定	今後の事業計画の策定	がん	脳卒中	心血管疾患	糖尿病	精神疾患	救急	災害	へき地	周産期	小児	在宅		その他	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟回答・廃止	介護保険施設等へ移行	調整会議での議論の状況	合意を得た調整会議の開催日	合意した方針に対する進捗状況の確認(最後に確認を行った日)	医師数	病床稼働率	平均在院日数	救急車受入件数	
253	医療法人井口会総合病院落合病院			ー																												
254	社会医療法人緑壮会金田病院			ー																												
255	真庭市国民健康保険湯原温泉病院	1	ー																													
256	医療法人敬和会近藤病院			ー																												
257	医療法人美甘会勝山病院			ー																												
258	中山病院			ー																												
259	岸本整形外科医院			ー																												
260	医療法人さくもとクリニック			ー																												
261	医療法人福寿会河本医院			ー																												
262	まにわ整形外科クリニック			ー																												
																		0	0	0	0	0	0	0								

医政地発0207第1号
平成30年2月7日

各都道府県衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（　公　印　省　略　）

地域医療構想の進め方について

地域医療構想（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の４第１項第７号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）は、平成28年度中に全ての都道府県において策定され、今後は、地域医療構想調整会議（同法第30条の14第１項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）を通じて、構想区域（同法第30条の４第１項第７号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）ごとにその具体化に向けた検討を進めていく必要がある。

また、「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）」において、地域医療構想の達成に向けて、構想区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ことが求められている。具体的には、病床の役割分担を進めるためのデータを国から都道府県に提供し、個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、それぞれの地域医療構想調整会議において２年間程度で集中的な検討を促進することが求められている。

このため、都道府県が、地域医療構想の達成に向けて医療機関などの関係者と連携しながら円滑に取り組めるように、地域医療構想の進め方について下記のとおり整理したので、ご了知の上、地域医療構想の達成に向けた検討を進めるとともに、貴管内市区町村、関係団体、関係機関等に周知願いたい。

記

１．地域医療構想調整会議の進め方について

（１）地域医療構想調整会議の協議事項

「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）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「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」こととされていることを踏まえ、都道府県においては、毎年度この具体的対応方針をとりまとめること。

この具体的対応方針のとりまとめには、地域医療構想調整会議において、平成37（2025）年における役割・医療機能ごとの病床数について合意を得た全ての医療機関の

①　平成37（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　平成37（2025）年に持つべき医療機能ごとの病床数

を含むものとすること。

なお、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、各都道府県における具体的対応方針のとりまとめの進捗状況についても考慮することとする。

ア．個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

（ア）公立病院に関すること

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

この際、公立病院については、

① 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
② 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
③ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
④ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

などの役割が期待されていることに留意し、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえてもなお①～④の医療を公立病院において提供することが必要であるのかどうか、民間医療機関との役割分担を踏まえ公立病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

（イ）公的医療機関等２０２５プラン対象医療機関に関すること

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

この際、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえ公的医療機関等２０２５プラン対象医療機関でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

（ウ）その他の医療機関に関すること

その他の医療機関のうち、開設者の変更を含め構想区域において担うべき医療機関としての役割や機能を大きく変更する病院などの場合には、今後の事業計画を策定した上で、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、速やかに平成37（2025）年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、平成37（2025）

年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

それ以外の全ての医療機関については、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、遅くとも平成30年度末までに平成37（2025）年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、平成37（2025）年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

（エ）留意事項

都道府県は、新公立病院改革プランや公的医療機関等２０２５プラン、病床機能報告（医療法第30条の13に規定する病床機能報告をいう。以下同じ。）の結果等から、過剰な病床機能に転換しようとする医療機関の計画を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議への出席と、病床機能を転換する理由についての説明を求めること。

都道府県は、病床機能報告において、６年後の医療機能を、構想区域で過剰な病床機能に転換する旨の報告をした医療機関に対して、速やかに、①都道府県への理由書提出、②地域医療構想調整会議での協議への参加、③都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、当該理由等がやむを得ないものと認められない場合には、同法第30条の15に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病床機能を変更しないことを命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の17に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第30条の18に基づき、その旨を公表すること。

イ．病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

（ア）全ての医療機関に関すること

都道府県は、病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟（過去１年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟をいう。以下同じ。）を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求めること。ただし、病院・病棟を建て替える場合など、事前に地域医療構想調整会議の協議を経て、病床が全て稼働していない病棟の具体的対応方針を決定していれば、対応を求めなくてもよい。

なお、病床過剰地域において、上述の説明の結果、当該病棟の維持の必要性が乏しいと考えられる病棟を有する医療機関に対しては、都道府県は、速やかに、医療法第７条の２第３項又は第30条の12第１項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、非稼働の病床数の範囲内で、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の12第２項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命

令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第７条の２第７項又は同法第30条の12第３項に基づき、その旨を公表すること。

（イ）留意事項

都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、構想区域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

ウ．新たな医療機関の開設や増床の許可申請への対応

（ア）全ての医療機関に関すること

都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関を把握した場合には、当該医療機関に対し、開設等の許可を待たずに、地域医療構想調整会議へ出席し、①新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性、②新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性、③当該医療機能を担う上での、雇用計画や設備整備計画の妥当性等について説明するよう求めること。なお、開設者を変更する医療機関（個人間の継承を含む）を把握した場合にも、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、当該構想区域において今後担う役割や機能について説明するよう求めること。

また、既存病床数及び基準病床数並びに将来の病床数の必要量との整合性の確保を図る必要がある場合には、地域医療構想調整会議での協議を経て都道府県医療審議会においても議論を行うこと。議論にあたっては、地域医療構想調整会議における協議の内容を踏まえること。

都道府県は、①新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、当該構想区域における不足する医療機能以外の医療機能となっている、②当該構想区域における不足する医療機能について、既存の医療機関の将来の機能転換の意向を考慮してもなお充足する見通しが立たないといった場合等には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議の意見を聴いて、医療法第７条第５項に基づき、開設許可にあたって不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与すること。また、当該開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該許可に付された条件に従わない場合には、同法第27条の２第１項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該条件に従うべきことを勧告すること。さらに、勧告を受けた者が、正当な理由がなく、当該勧告に従わない場合には、同条第２項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令すること。それでもなお命令を受けた者が従わなかった場合には、同条第３項に基づき、その旨を公表すること。

（イ）留意事項

都道府県は、今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、既に策定されている地域医療構想との整合性を踏まえて行うこと。具体的には、新たな病床の整備を行うに当たり、都道府県医療審議会において、既存病床数と基準病床数の

関係性だけではなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえ、十分な議論を行うこと。

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

（２）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

ア．個別の医療機関ごとの医療機能や診療実績

（ア）高度急性期・急性期機能

高度急性期・急性期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における急性期医療に関する診療実績（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、全身管理の状況など）を提示すること。

また、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、例えば急性期医療を全く提供していない病棟が含まれていることから、明らかな疑義のある報告については、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認すること。

（イ）回復期機能

回復期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションに関する診療実績（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、入院患者の居住する市町村との連携状況、ケアマネジャーとの連携状況など）を提示すること。

（ウ）慢性期機能

慢性期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。特に介護療養病床については、その担う役割を踏まえた上で、転換等の方針を早期に共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における療養や看取りに関する診療実績（長期療養患者の受入状況、重度の障害児等の受入状況、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、入院患者の状況、入院患者の退院先など）を提示すること。

イ．個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況

都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況を提示すること。

ウ．新公立病院改革プラン、公的医療機関等２０２５プランに記載すべき事項

プランを策定する医療機関は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、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を記載すること。都道府県は、個別の医療機関ごとの情報を整理して提示すること。

（３）地域医療構想調整会議の運営

都道府県は、地域医療構想の達成に向けて、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。地域医療構想を進めていくに当たっては、地域住民の協力が不可欠であることから、会議資料や議事録については、できる限りホームページ等を通じて速やかに公表すること。

構想区域によっては全ての医療機関が地域医療構想調整会議に参加することが難しい場合も想定されることから、構想区域の実情にあわせて医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組み合わせながら実施し、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ていくこと。

２．病床機能報告について

（１）病床機能報告における未報告医療機関への対応

都道府県は、病床機能報告の対象医療機関であって、未報告であることを把握した場合には、当該医療機関に対して、病床機能を報告するように求めること。

なお、都道府県は、当該医療機関に対して、医療法第30条の13第５項に基づき、期間を定めて報告するよう命令すること。また、当該医療機関が、その命令に従わない場合には、同条第６項に基づき、その旨を公表すること。

（２）病床機能報告における回復期機能の解釈

病床機能報告制度における回復期機能の解釈に当たっては、病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量との単純な比較だけではなく、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、病床の機能分化及び連携を推進していくことが重要である。

具体的には、「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」（平成29年９月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）を参照されたい。

医政地発0816第1号
平成30年8月16日

各都道府県衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（　公　印　省　略　）

地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた
定量的な基準の導入について

病床機能報告に関しては、その内容等について、

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

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

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

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

なお、地域の実情に応じた定量的な基準の導入に向けた地域での協議は、「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成30年6月22日付医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により示した都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し、議論を進めることが望ましい。

また、厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施していく予定であり、適宜活用されたい。

（参考）

平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理

平成30年6月22日
医療計画の見直し等に関する検討会
地域医療構想に関するワーキンググループ

1．病床機能報告の基本的考え方

○　病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることが目的である。

○　各医療機関は、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位で、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みである。（「急性期医療に関する作業グループ」の平成24年取りまとめ）

※医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている。

○　実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、最も多くの割合を占める病期の患者に提供する医療機能を報告することを基本としている。

2．各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準

○　各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準は、制度導入時において、病棟単位の医療の情報が不足し、具体的な数値等を示すことは困難であったことから、各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択して、都道府県に報告する運用がなされてきている。（「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の平成26年取りまとめ）

（参考）定性的な基準

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
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頚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

３．現行の病床機能報告制度の抱える課題

○　平成29年度の病床機能報告の結果においても、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量とを単純に比較し、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているとの誤解させる状況が生じている。その要因としては、

① 回復期は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されると言った誤解をはじめ、回復期の理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること

② 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること

が考えられる。このため、定量的な基準の導入も含めて病床機能報告の改善を図る必要がある。

○　平成29年度の病床機能報告の結果においても、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、急性期医療を提供していることが全く確認できない病棟が一定数含まれている。このため、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認するとともに、国においても、地域医療構想調整会議での議論の状況を確認する必要がある。

４．定量的な基準の導入

（地域医療構想調整会議での活用）

○　佐賀県においては、回復期機能の充足度を評価するために、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成している。

○　埼玉県においては、各医療機関が、地域における自らの医療機能に関する立ち位置を確認し、医療機能の分化・連携の在り方を議論するための「目安」を提供することを目的として、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成している。

○　先行している県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた定量的な基準を作成している点が重要である。また、現時点においては、各医療機関が４つの医療機能を選択する際の基準としてではなく、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議における議論に活用されている。このような取組を通じて、各構想区域における地域医療構想調整会議の活性化につながっている。

○　このような先進事例を踏まえ、その他の都道府県においても、地域医療構想調整会議を活性化する観点から、平成30年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、定量的な基準を導入することを求めることとする。国においては、その他の都道府県において、定量的な基準が円滑に作成されるよう、先行している県の取組内

容を紹介するとともに、この分析方法を活用した都道府県ごとのデータを提供するなどの技術的支援を行う。

（医療機能を選択する際の判断基準としての活用）

○　平成30年度の病床機能報告においては、急性期医療を全く提供していない病棟について、高度急性期機能又は急性期機能と報告できない旨を、医療機能を選択する際の定量的な判断基準として明確化する。ただし、報告項目に含まれていない急性期医療も存在することから、報告項目に含まれていない急性期医療を提供している場合には、その内容を自由記載で報告できるようにする。

５．病床機能報告の項目の見直し

１）診療報酬改定等を踏まえた対応

○　平成30年度の診療報酬改定において、入院基本料、特定入院料、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度、各種加算などの見直しが行われていることを踏まえて、報告項目の名称変更や、報告項目の追加など必要な見直しをする。

○　介護医療院の創設を踏まえて、退棟先の一つとして、報告項目を追加する。

２）病床機能報告の改善に向けた対応

○　「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）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「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」こととされていることを踏まえて、６年後の病床の機能の予定を報告するのではなく、2025年の病床の機能の予定を報告するように改める。その際、将来の病床規模も具体的に把握できるように報告項目を見直す。

６．今後の検討課題

○　来年度以降の病床機能報告に向けては、今回導入する定量的な基準の在り方を含め、より実態を踏まえた適切な報告となるよう、引き続き検討する。

病床機能報告制度について

（地域医療構想について）

今後高齢化が進展し、医療・介護サービスの需要が増大していく中で世界に冠たる日本の社会保障制度を堅持するため、また医療費や保険料の担い手としての「現役世代」の納得を得るためにも、限られた社会保障財源を最大限有効に活用することが必要です。一般病床と療養病床で行われる入院医療についても、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制の構築が求められています。

そのためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図ると同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要です。

こうしたことから、平成 37（2025）年における医療機能ごとの医療需要と病床の必要量を含めその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に促進するための地域医療構想を策定します。

（病床機能報告制度について）

平成 26（2014）年度に開始された病床機能報告制度は、一般病床・療養病床を有する医療機関（病院・有床診療所）が、病棟ごとに次の４つの機能の中から、自らの判断により、その有する病床において担っている医療機能の「現状」と「今後の方向」を選択するほか、医療機関ごとに構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告するものです。

（医療機能について）

医療機関が報告し、都道府県が平成 37(2025)年の必要量を定めることとなる医療機能は、次の４つの区分です。

高度急性期	○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
急性期	○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	○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頚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	○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

医療法に
基づく義務です

平成
30
年度

病床機能報告
報告マニュアル①

医療機能の選択にあたっての考え方について

目　　次

１．病床機能報告の基本的考え方 …… 1
２．病院 …… 1
　２－１．各病棟の病床が担う医療機能について …… 1
　２－２．ご報告いただく医療機能の時期 …… 3
　２－３．医療機能の選択にあたっての基本的な考え方について …… 3
　２－４．医療機能の選択における留意点 …… 4
　２－５．病棟の統廃合等を予定している場合の留意点について …… 5
３．有床診療所 …… 6
　３－１．有床診療所における医療機能について …… 6
　３－２．有床診療所の病床の役割として担っている機能について …… 6
（参考）病床機能報告制度の概要 …… 7

平成３０年９月
厚生労働省

1． 病床機能報告の基本的考え方

病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることが目的です。各医療機関においては、その有する病床において主に担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位で、その医療機能について、都道府県に報告してください。

昨年度（平成29年度）の病床機能報告の結果においても、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量とを比較し、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているとの誤解が生まれています。病床機能報告にあたっては、例えば、「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、現状において、リハビリテーションを提供していなくても回復期機能を選択できることや、回復期機能について、「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」のみに限定するものではないことに留意し、適切な病床機能を選択することが重要です。

なお、病床機能報告の結果について、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議で活用する際は、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量とを単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で協議が行われるよう、厚生労働省としても引き続き、先行している県の取り組みを紹介する等の技術的な支援を行っていきます。

2． 病院

2－1．各病棟の病床が担う医療機能について

病床機能報告においては、病棟ごとに病床が担う医療機能をご報告いただきます。各医療機関のご判断で、下表の４つの中から１つご選択ください。

なお、看護人員配置別に設定されている入院基本料と病床機能報告上の医療機能との関係については、看護人員配置が手厚いほど医療密度の濃い医療を提供することが期待されて診療報酬が設定されておりますが、病床機能報告においては、看護人員配置が手厚い場合であっても、実際に提供されている医療機能を踏まえて報告するものです。

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 ※　以下の入院基本料の算定病棟を含め、特定の入院基本料を算定していることをもって、ただちに高度急性期機能であることを示すものではない。医療資源投入量など実際に提供されている医療内容の観点から、高度急性期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 ・一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１～３） ・特定機能病院入院基本料（一般７対１入院基本料） ・専門病院入院基本料（一般７対１入院基本料） ※　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

高度急性期機能（つづき）	※　算定する特定入院料の例 ・救命救急入院料（救命救急入院料１～４） ・特定集中治療室管理料（特定集中治療室管理料１～４） ・ﾊｲｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料（ﾊｲｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料１～２） ・脳卒中ｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料（新生児特定集中治療室管理料１～２） ・総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料） ・新生児治療回復室入院医療管理料
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 ※　以下の入院基本料の算定病棟を含め、特定の入院基本料を算定していることをもって、ただちに急性期機能であることを示すものではない。医療資源投入量など、実際に提供されている医療内容の観点から急性期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 ・一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１～７） ・特定機能病院入院基本料（一般７対１入院基本料、一般１０対１入院基本料） ・専門病院入院基本料（一般７対１入院基本料、一般１０対１入院基本料） （・　一般病棟入院基本料（地域一般入院料１～２） ・　専門病院入院基本料（一般１３対１入院基本料）） ※　算定する特定入院料の例 ・地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料１～４、地域包括ケア入院医療管理料１～４）
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頚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） ※　以下の入院基本料の算定病棟を含め、医療資源投入量など、実際に提供されている医療内容の観点から回復期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 ・一般病棟入院基本料（急性期一般入院料４～７、地域一般入院料１～３） ・特定機能病院入院基本料（一般１０対１入院基本料） ・専門病院入院基本料（一般１０対１入院基本料、一般１３対１入院基本料） ※　算定する特定入院料の例 ・地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料１～４、地域包括ケア入院医療管理料１～４） ・回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料（回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料１～６）
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 ※　以下の入院基本料の算定病棟を含め、医療資源投入量など、実際に提供されている医療内容の観点から慢性期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 ・一般病棟入院基本料（地域一般入院料１～３） ・専門病院入院基本料（一般１３対１入院基本料） ・療養病棟入院基本料（療養病棟入院料１～２） ※　算定する特定入院料の例 ・特殊疾患入院医療管理料 ・特殊疾患病棟入院料（特殊疾患病棟入院料１～２） （・地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料１～４、地域包括ケア入院医療管理料１～４））

2－2. ご報告いただく医療機能の時期

各病棟の病床が担う医療機能は、下表に示す時点ごとに、それぞれ選択し、ご報告いただきます。

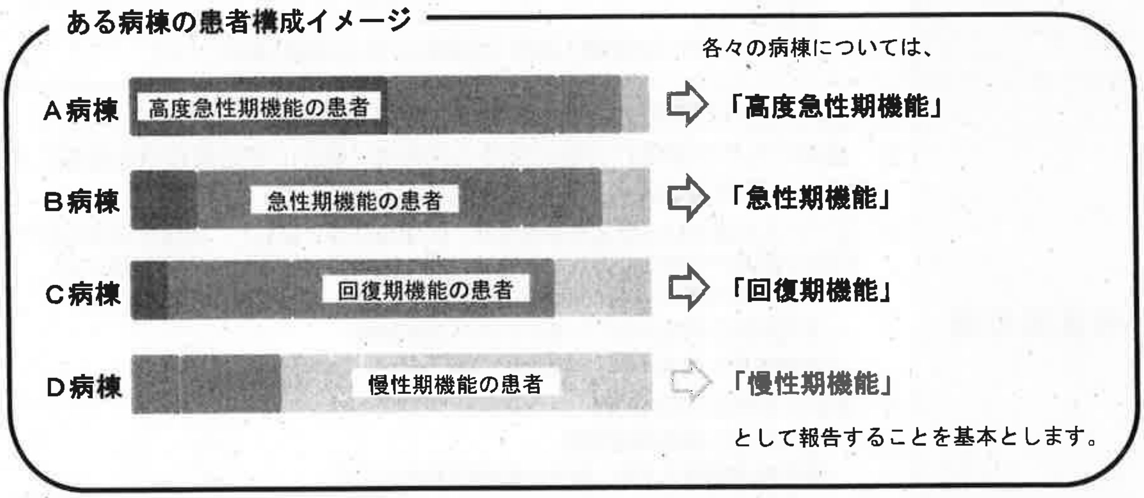
※昨年度（29 年度）までの病床機能報告では、2025 年時点の医療機能を任意で報告していただいておりましたが、本年度（30 年度）の病床機能報告からは、2025 年時点の医療機能の報告が必須となりました。

時点	回答の仕方
2018（平成 30）年 7 月 1 日時点の機能	平成 30 年 7 月 1 日時点で当該病棟が担う医療機能について、いずれか 1 つ選択してご記入ください。
2025 年 7 月 1 日時点の機能（必須）	2025 年 7 月 1 日時点で当該病棟が担う予定の医療機能について、いずれか 1 つ選択してご記入ください。
2025 年 7 月 1 日時点の病床数（必須）	2025 年 7 月 1 日時点で当該病棟に予定している病床数について、ご記入ください。
2025 年 7 月 1 日までに変更予定がある場合	2025 年 7 月 1 日時点の病床の機能の予定に向けて、変更予定がある場合は、その変更予定年月、変更後の機能、変更後の病床数についてもご記入ください。

2－3. 医療機能の選択における基本的な考え方

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ますが、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において最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本とします。

なお、病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、地域における医療機能の分化・連携を進めることを目的として行われるものであり、**病床機能報告においていずれの医療機能を選択されても、診療報酬上の入院料等の選択等に影響を与えるものではありません。**



2－4. 医療機能の選択における留意点

診療報酬上では、看護人員配置が手厚いほど医療密度の濃い医療を提供することが期待されて点数が設定されておりますが、病床機能報告においては、看護人員配置が手厚い場合であっても、実際に提供されている医療機能を踏まえてご報告いただきます。

○　下表に掲げる高度急性期・急性期に関連する医療を全く提供していない病棟については、高度急性期機能及び急性期機能以外の医療機能を適切に選択してください。なお、下表に掲げる医療を全く提供していないにもかかわらず、高度急性期機能又は急性期機能と報告される場合は、下表に掲げるもの以外にどのような医療行為を行ったのかを別途、ご報告いただく必要があります。（報告様式２の項目 13 を参照）

高度急性期・急性期に関連する医療行為は、報告様式１、報告様式２の報告項目のうち以下に掲げるもの。

カテゴリ	具体的な項目名		
分娩 ※ 報告様式１	分娩（正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く）		
幅広い手術 ※ 報告様式２　項目３	手術（入院外の手術、輸血、輸血管理料は除く）	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	
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療 ※ 報告様式２　項目４	悪性腫瘍手術	病理組織標本作製	術中迅速病理組織標本作製
	放射線治療	化学療法	がん患者指導管理料　イ及びロ
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	超急性期脳卒中加算
	脳血管内手術	経皮的冠動脈形成術	入院精神療法（Ⅰ）
	精神科リエゾンチーム加算	認知症ケア加算１	認知症ケア加算２
	精神疾患診療体制加算１及び２	精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料）	
重症患者への対応 ※ 報告様式２　項目５	ハイリスク分娩管理加算	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）	救急搬送診療料
	観血的肺動脈圧測定	持続緩徐式血液濾過	大動脈バルーンパンピング法
	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	補助人工心臓・植込型補助人工心臓	頭蓋内圧持続測定（３時間を超えた場合）
	人工心肺	血漿交換療法	吸着式血液浄化法
	血球成分除去療法		
救急医療の実施 ※ 報告様式２　項目６	院内トリアージ実施料	夜間休日救急搬送医学管理料	救急医療管理加算１及び２
	在宅患者緊急入院診療加算	救命のための気管内挿管	体表面ペーシング法又は食道ペーシング法
	非開胸的心マッサージ	カウンターショック	心膜穿刺
	食道圧迫止血チューブ挿入法		
全身管理 ※ 報告様式２　項目８	中心静脈注射	呼吸心拍監視	酸素吸入
	観血的動脈圧測定（１時間を超えた場合）	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	人工呼吸（５時間を超えた場合）
	人工腎臓、腹膜灌流	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	

○　**特定機能病院における病棟については、一律に高度急性期機能を選択するものではありません。**「２－３．医療機能の選択における基本的な考え方」をご参考のうえ、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。

○　**「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、現状において、リハビリテーションを提供していなくても回復期機能を選択できる**こととされています。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」のみに限定するものではありません。

○　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。

２－5. 病棟の統廃合等を予定している場合の留意点

医療機能は、現状のみならず「2025 年７月１日時点における病床の機能の予定」についてもご報告いただきます。その際、今後、病棟構成の変更（医療機関の統合を含む）を予定している場合は、以下の点にご留意ください。

- 今後、病棟再編などにより現在の病棟を複数に分割する場合には、分割時に多く残す機能のご予定を「2025 年７月１日時点における病床の機能の予定」としてご報告ください。
- 病棟の統合予定がある場合は、統合前の全ての病棟について、「2025 年７月１日時点における病床の機能の予定」には同一の医療機能を選択し、自由記入欄に「○年○月に○○病棟、○○病棟と統合予定」など、コメントをご記入ください。
- 病院の統合予定がある場合も同様に、現時点でご回答いただける範囲で、「2025 年７月１日時点における病床の機能の予定」について、病棟ごとにご回答ください。その際、自由記入欄にも、ご状況について詳細にご記入ください。

3. 有床診療所

3−1. 有床診療所における医療機能について

有床診療所については、施設全体を**1病棟**と考え、**施設単位**でご報告いただきます。医療機能については、下表の4つの中から1つをご選択ください。

※ 有床診療所には様々な患者が入院していることを踏まえてご回答ください。

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
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頚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

有床診療所は、病床数が19床以下と小規模であり、また、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、以下のような機能の選択の例が考えられます。

(例)

- 産科や整形外科等の単科で手術を実施している有床診療所 → 急性期機能
- 在宅患者の急変時の受入れや急性期経過後の患者の受入れ等幅広い病期の患者に医療を提供している有床診療所 → 急性期機能又は回復期機能のいずれか
- 病床が全て療養病床の有床診療所 → 慢性期機能

3−2. 有床診療所の病床の役割として担っている機能について

有床診療所については、医療機能とは別に、有床診療所の病床の役割として担っている機能について、次の①～⑤よりご選択のうえ、ご報告いただきます(複数選択可)。

① 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
② 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
③ 緊急時に対応する機能
④ 在宅医療の拠点としての機能
⑤ 終末期医療を担う機能

（参考）病床機能報告制度の概要

病床機能報告制度とは、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）により改正された医療法（昭和23年法律第205号）第30条の13に基づいて実施する制度です。

＜参考＞

○　医療法（昭和23年法律第205号）（抄）

第三十条の三　（略）

2　（略）

六　地域における病床の機能（病院又は診療所の病床において提供する患者の病状に応じた医療の内容をいう。以下同じ。）の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

3　（略）

第三十条の三の二　厚生労働大臣は、前条第二項第五号又は第六号に掲げる事項を定め、又はこれを変更するために必要があると認めるときは、都道府県知事又は第三十条の十三第一項に規定する病床機能報告対象病院等の開設者若しくは管理者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、同項の規定による報告の内容その他の必要な情報の提供を求めることができる。

第三十条の十三　病院又は診療所であつて一般病床又は療養病床を有するもの（以下「病床機能報告対象病院等」という。）の管理者は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、当該病床機能報告対象病院等の病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分（以下「病床の機能区分」という。）に従い、次に掲げる事項を当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

一　厚生労働省令で定める日（次号において「基準日」という。）における病床の機能（以下「基準日病床機能」という。）

二　基準日から厚生労働省令で定める期間が経過した日における病床の機能の予定（以下「基準日後病床機能」という。）

三　当該病床機能報告対象病院等に入院する患者に提供する医療の内容

四　その他厚生労働省令で定める事項

2・3　（略）

4　都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を公表しなければならない。

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

6　都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた病床機能報告対象病院等の開設者がこれに従わなかったときは、その旨を公表することができる。

第九十二条　第三十条の十三第五項の規定による命令に違反した者は、三十万円以下の過料に処する。

※　法律上は、医療機関から都道府県知事にご報告いただくこととなっていますが、事務作業の効率化のため、厚生労働省はみずほ情報総研株式会社に、事務局機能、全国共通サーバの整備等を一部業務委託しています。

以上

定量的な基準（佐賀県）

「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用（案）

○　病床機能報告は、各医療機関が自主的に病棟機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病棟のうち、

- ①②については、<u>回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす</u>
- ③については、<u>将来の見込みを判断する際に、参考情報とする</u>

ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正してはどうか。

①既に回復期相当	病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 ※病棟単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正 病棟A［急性期の患者｜回復期の患者］←可能な限り客観指標で把握
②回復期への転換確実	調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数 ※病床機能報告のタイムラグを補正
③回復期に近い急性期	病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病棟の病床数 病棟B［急性期の患者｜回復期の患者］←平均在棟日数22日超のイメージ

構想区域別の病床機能と必要病床数推計の比較（佐賀方式による調整後）

（単位：床）

構想区域	病床機能区分	平成30（2018）年 7月1日現在の病床数 [病床機能報告から]				必要病床数推計 [地域医療構想策定支援ツールから]			
		佐賀方式		通常		H37(2025)			
		病床数	割合(※)①	病床数	割合(※)②	病床数	割合(※)③	③-①(佐賀)	③-②(通常)
県南東部	高度急性期	1,989	17.2%	1,989	17.2%	1,187	12.5%	▲4.7 ポイント	▲4.7 ポイント
	急性期	3,804	33.0%	4,433	38.4%	3,335	35.2%	2.2 ポイント	▲3.2 ポイント
	回復期	2,311	20.0%	1,666	14.4%	2,927	30.9%	10.9 ポイント	16.5 ポイント
	慢性期	3,438	29.8%	3,454	30.0%	2,029	21.4%	▲8.4 ポイント	▲8.6 ポイント
県南西部	高度急性期	1,740	20.5%	1,740	20.5%	888	10.8%	▲9.7 ポイント	▲9.7 ポイント
	急性期	2,721	32.0%	3,318	39.0%	2,722	33.0%	1.0 ポイント	▲6.0 ポイント
	回復期	1,935	22.7%	1,330	15.6%	2,761	33.5%	10.8 ポイント	17.9 ポイント
	慢性期	2,110	24.8%	2,118	24.9%	1,866	22.7%	▲2.1 ポイント	▲2.2 ポイント
高梁・新見	高度急性期	0	0.0%	0	0.0%	17	3.6%	3.6 ポイント	3.6 ポイント
	急性期	277	35.6%	289	37.2%	123	26.4%	▲9.2 ポイント	▲10.8 ポイント
	回復期	178	22.9%	166	21.4%	134	28.8%	5.9 ポイント	7.4 ポイント
	慢性期	322	41.5%	322	41.4%	192	41.2%	▲0.3 ポイント	▲0.2 ポイント
真庭	高度急性期	**0**	0.0%	0	0.0%	25	5.4%	5.4 ポイント	5.4 ポイント
	急性期	**269**	44.4%	370	61.1%	157	33.9%	▲10.5 ポイント	▲27.2 ポイント
	回復期	**143**	23.6%	42	6.9%	175	37.8%	14.2 ポイント	30.9 ポイント
	慢性期	**194**	32.0%	194	32.0%	106	22.9%	▲9.1 ポイント	▲9.1 ポイント
津山・英田	高度急性期	122	6.2%	122	6.2%	132	8.6%	2.4 ポイント	2.4 ポイント
	急性期	833	42.2%	869	44.1%	501	32.7%	▲9.5 ポイント	▲11.4 ポイント
	回復期	388	19.7%	352	17.8%	483	31.6%	11.9 ポイント	13.8 ポイント
	慢性期	629	31.9%	629	31.9%	414	27.1%	▲4.8 ポイント	▲4.8 ポイント
計	高度急性期	3,851	16.5%	3,851	16.5%	2,249	11.1%	▲5.4 ポイント	▲5.4 ポイント
	急性期	7,904	33.8%	9,279	39.6%	6,838	33.9%	0.1 ポイント	▲5.7 ポイント
	回復期	4,955	21.2%	3,556	15.2%	6,480	32.1%	10.9 ポイント	16.9 ポイント
	慢性期	6,693	28.5%	6,717	28.7%	4,607	22.9%	▲5.6 ポイント	▲5.8 ポイント

※　構想区域ごとの計に占める割合

佐賀方式による調整の具体的な内容

構想区域	病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数		病床機能報告における急性期病棟のうち平均在棟日数が22日超の病棟の病床数	病床機能報告を調整		
	急性期→回復期	慢性期→回復期	急性期→回復期	急性期から差し引く	回復期へ加える	慢性期から差し引く
K3301 県南東部	74	16	555	▲629	645	▲16
K3302 県南西部	97	8	500	▲597	605	▲8
K3303 高梁・新見	12	0	0	▲12	12	0
K3304 真庭	19	0	82	▲101	101	0
K3305 津山・英田	36	0	0	▲36	36	0
合計	238	24	1,137	▲1,375	1,399	▲24

二次医療圏流出入割合に係る分析

二次医療圏について

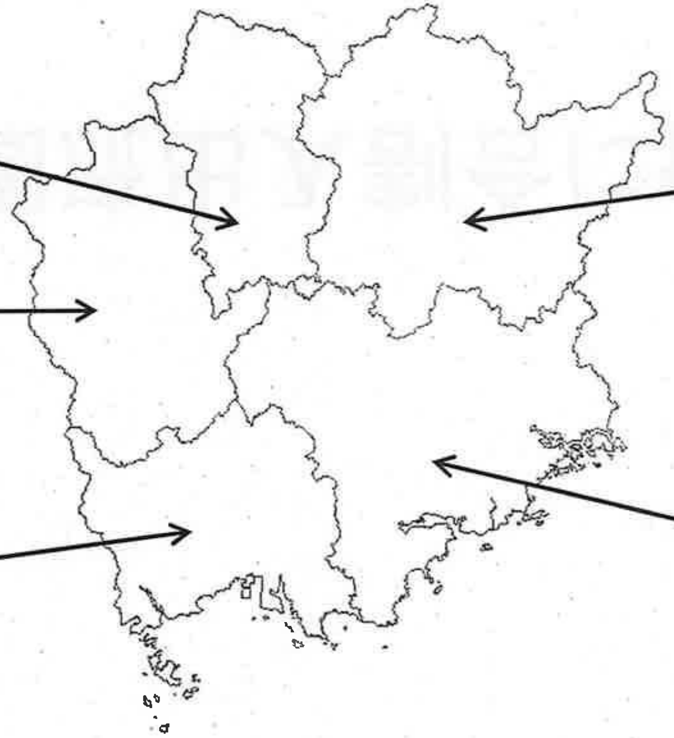
二次医療圏とは特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏で、「地理的条件等の自然条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院に係る医療（前条に規定する特殊な医療並びに療養病床及び一般病床以外の病床に係る医療を除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること」（医療法施行規則第30条の29第1項）と規定されています。

【岡山県の二次医療圏】

○真庭
真庭市、新庄村

○高梁・新見
高梁市、新見市

○県南西部
倉敷市、笠岡市、井原市
総社市、浅口市、早島町
里庄町、矢掛町



○津山・英田
津山市、美作市、鏡野町
勝央町、奈義町、西粟倉村
久米南町、美咲町

○県南東部
岡山市、玉野市、備前市
瀬戸内市、赤磐市
吉備中央町、和気町

二次医療圏患者流出入割合について

本資料は、それぞれの二次医療圏において当該診療行為における自己完結率（患者が自分の居住する医療圏にある施設で治療を受けることができるか）を表しています。

流出入割合は、各医療圏の居住者がどの医療圏の医療機関にかかっているかをレセプト件数（枚数）に基づき算出（横計が100%）しています。なお使用データは平成29年度岡山支部加入者に係るものです。

【入院に係る流出割合の例】

・県南東部居住者に係るレセプト（枚数）のうち、85.5%は県南東部の医療機関を受診したレセプトであることをあらわしています。（自己完結）

	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳	合計
県南東部	85.5%	9.4%	0.2%	0.1%	0.4%	4.4%	100.0%

・県南東部居住者に係るレセプト（枚数）のうち、9.4%は県南西部の医療機関を受診したレセプトであることをあらわしています。（流出）

入院に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	85.5%	9.4%	0.2%	0.1%	0.4%	4.4%
	県南西部	12.3%	78.8%	0.2%	0.0%	0.2%	8.4%
	高梁・新見	21.6%	35.7%	33.9%	2.8%	1.4%	4.5%
	真庭	23.2%	11.3%	0.3%	35.1%	20.4%	9.6%
	津山・英田	21.9%	4.9%	0.1%	1.3%	67.1%	4.7%

入院外に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	92.3%	4.6%	0.2%	0.1%	0.3%	2.5%
	県南西部	7.0%	88.8%	0.2%	0.0%	0.1%	4.0%
	高梁・新見	6.4%	16.5%	67.7%	4.4%	0.5%	4.6%
	真庭	5.1%	2.4%	1.1%	74.9%	10.2%	6.4%
	津山・英田	6.7%	1.1%	0.0%	1.3%	88.0%	2.9%

悪性新生物・入院に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	86.5%	10.0%	0.0%	0.0%	0.4%	3.1%
	県南西部	14.5%	77.4%	0.1%	0.0%	0.1%	7.9%
	高梁・新見	26.7%	42.3%	24.0%	1.8%	1.8%	3.3%
	真庭	44.9%	19.1%	0.0%	18.8%	10.7%	6.5%
	津山・英田	40.4%	7.4%	0.0%	1.0%	48.0%	3.2%

悪性新生物・入院外に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	86.3%	10.8%	0.3%	0.0%	0.2%	2.4%
	県南西部	9.6%	83.6%	0.1%	0.0%	0.1%	6.6%
	高梁・新見	17.6%	49.5%	28.1%	1.3%	0.1%	3.4%
	真庭	26.2%	14.1%	0.5%	43.4%	10.7%	5.2%
	津山・英田	32.1%	8.1%	0.0%	1.4%	54.8%	3.6%

脳血管疾患・入院に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	87.8%	8.2%	0.4%	0.0%	0.2%	3.4%
	県南西部	7.0%	86.2%	0.0%	0.0%	0.1%	6.7%
	高梁・新見	15.9%	46.8%	28.6%	7.9%	0.0%	0.8%
	真庭	7.8%	3.9%	0.0%	52.9%	17.6%	17.6%
	津山・英田	11.8%	5.2%	0.0%	0.7%	77.2%	5.2%

脳血管疾患・入院外に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	91.6%	5.6%	0.4%	0.1%	0.3%	2.0%
	県南西部	6.3%	89.3%	0.0%	0.0%	0.1%	4.2%
	高梁・新見	7.5%	20.7%	62.6%	3.9%	0.9%	4.4%
	真庭	9.9%	2.8%	0.0%	69.0%	6.1%	12.2%
	津山・英田	15.8%	1.4%	0.4%	1.2%	76.5%	4.7%

心疾患・入院に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	89.7%	7.7%	0.0%	0.0%	0.1%	2.4%
	県南西部	11.6%	79.9%	0.0%	0.0%	0.2%	8.3%
	高梁・新見	33.3%	45.8%	13.2%	0.7%	2.1%	4.9%
	真庭	47.5%	16.3%	0.0%	10.0%	20.0%	6.3%
	津山・英田	23.9%	1.9%	0.0%	0.0%	69.2%	5.0%

心疾患・入院外に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	93.2%	4.5%	0.2%	0.0%	0.1%	2.0%
	県南西部	7.0%	87.8%	0.4%	0.0%	0.0%	4.8%
	高梁・新見	13.5%	15.1%	64.8%	4.7%	0.1%	1.9%
	真庭	11.2%	3.3%	0.3%	68.8%	11.1%	5.3%
	津山・英田	9.2%	1.1%	0.0%	1.0%	86.6%	2.1%

糖尿病・入院に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	88.8%	7.9%	0.5%	0.0%	0.0%	2.7%
	県南西部	5.1%	89.1%	0.2%	0.0%	0.2%	5.3%
	高梁・新見	15.9%	20.3%	53.6%	2.9%	1.4%	5.8%
	真庭	1.7%	5.1%	0.0%	67.8%	13.6%	11.9%
	津山・英田	4.7%	4.0%	0.0%	0.7%	86.7%	4.0%

糖尿病・入院外に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	92.7%	4.5%	0.4%	0.0%	0.2%	2.2%
	県南西部	5.9%	89.7%	0.2%	0.0%	0.1%	4.1%
	高梁・新見	5.1%	14.7%	73.2%	1.8%	0.3%	4.9%
	真庭	3.6%	1.2%	0.8%	84.6%	5.5%	4.3%
	津山・英田	5.5%	1.3%	0.0%	1.4%	89.9%	1.9%

精神疾患（認知症除く）・入院に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	90.1%	5.0%	0.3%	0.1%	0.1%	4.5%
	県南西部	40.8%	50.4%	1.6%	0.1%	0.2%	7.0%
	高梁・新見	26.3%	11.7%	49.1%	7.0%	0.6%	5.3%
	真庭	18.1%	2.4%	0.0%	27.7%	49.4%	2.4%
	津山・英田	16.9%	3.3%	2.7%	5.9%	67.2%	4.1%

精神疾患（認知症除く）・入院外に係る流出入割合

		医療機関二次医療圏					
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県外・不詳
居住地二次医療圏	県南東部	92.1%	4.6%	0.2%	0.0%	0.3%	2.7%
	県南西部	20.8%	74.8%	0.3%	0.0%	0.1%	4.0%
	高梁・新見	21.5%	30.4%	40.8%	2.2%	1.3%	3.8%
	真庭	16.2%	4.8%	2.1%	41.4%	24.3%	11.3%
	津山・英田	19.1%	1.3%	0.1%	1.8%	73.3%	4.4%

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

現状と課題

1　外来患者の約６割が受診する**無床診療所は、開設が都市部に偏っている。**
2　初期救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、放射線装置の共同利用等の**医療機関の連携の取組が進んでいない。**

県内の外来医療（診療科・医療機器）の情報を可視化し、限られた人材や医療資源を有効活用する必要がある。

岡山県外来医療に係る医療提供体制計画（仮称）の策定

〈内容〉
1　外来医療機能（診療科・医療機器）の情報（外来医師偏在指標など）
2　外来医師多数区域の設定、医療機関・機器のマッピング情報
3　地域医療構想調整会議での協議（今後必要な外来医療機能・医療機器の共同利用計画など）

計画のねらい

1　新規開業者への外来医療機能情報等の提供による外来医師の偏在抑制
2　外来医療機能（在宅医療、初期救急等）の充実
3　医療機器の共同利用の促進

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

○ 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。

○ それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会　第２次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化**、**外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、**「外来医療計画」**）が追加されることとなった。

外来医療計画の全体像

外来医療機能に関する情報の可視化

○ 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流出入、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の５要素を考慮して算定。

○ 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

○ 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

○ 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。

※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。　※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。

○ **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け**、協議の場で確認
- 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表**　等

今後の検討課題

○ 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。

○ 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。

医療機器の効率的な活用等について

経緯

○ 「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会　第２次中間取りまとめ」において、**医療設備・機器等の共同利用等の、医療機関間での連携の方針等について協議を行い、地域ごとに方針決定すべきである**、とされ、医療法上も医療施設に備えた施設・設備の効率的な活用に関する事項について、協議の実施及び協議結果の公表を行うこととされた。

○ 今後、人口減少が見込まれる中、医療機器について共同利用の推進等によって効率的に活用していくべきであり、医療機器の共同利用のあり方等について、情報の可視化や新規購入者への情報提供を有効に活用しつつ、必要な協議を行う必要がある。

医療機器の効率的な活用のための対応

医療機器の配置状況に関する情報の可視化

○ 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を**医療機器の種類ごとに指標化**し、可視化。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化検査率比}}$$

※ CT、MRI、PET、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）、マンモグラフィに項目化してそれぞれ可視化。
※ 医療機器のニーズが性・年齢ごとに大きな差があることから、地域ごとの人口構成を踏まえて指標化。

医療機器の配置状況に関する情報提供

○ 医療機器の配置状況に関する指標に加えて、**医療機器を有する医療機関についてマッピングに関する情報や、共同利用の状況等について情報を公表。**

※ 医療機関の経営判断に資するような、医療機器の耐用年数や老朽化の状況等についても、適切な情報を提供できるよう検討。

医療機器の効率的活用のための協議

○ 医療機器の効率的活用のための**協議の場を設置**。
※ 基本的には、外来医療機能の協議の場を活用することが想定されるが、医療機器の協議のためのワーキンググループ等を設置することも可能。

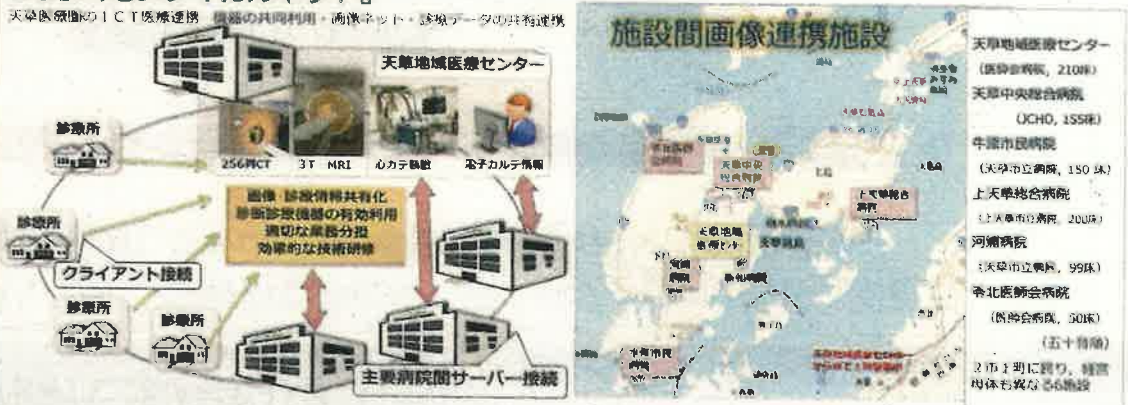
○ 医療機器の種類ごとに**共同利用の方針について協議を行い、結果を公表**。
※ 共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。

○ 共同利用の方針に従い、医療機関が医療機器を購入する場合や、当該機器の共同利用を新たに行う場合には、**共同利用に係る計画（以下、「共同利用計画」）を作成し、定期的に協議の場において確認**。

○ 協議に当たっては医療機器の効率的な活用という観点だけでなく、
・CT等放射線診断機器における医療被ばく
・診断の精度
・有効性
等の観点も踏まえ、適切に医療機器が使用されているかについて、検討が必要。

医療機器を二次医療圏内で効率的に共同利用している例 「あまくさメディカルネット」

○ 地域の医療機関をネットワークで繋ぐことにより、共同利用施設のCT, MRI等の医療機器を共同利用施設の医師と同じ感覚で使用可能。
○ 天草医療圏に存する80診療所のうち61診療所（76.3%）が加入。
○ 必要に応じて、共同利用施設の専門医と同じ画像を見ながら、治療方針等も相談可能。



天草地域医療センター放射線部技師長　緒方隆昭氏より提供資料を改変

Ⅱ　外来医師偏在指標の算出式

○　外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。

○　従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いを調整する。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\dfrac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(※1)}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(※3)}}$$

・標準化診療所医師数 $= \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \dfrac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$

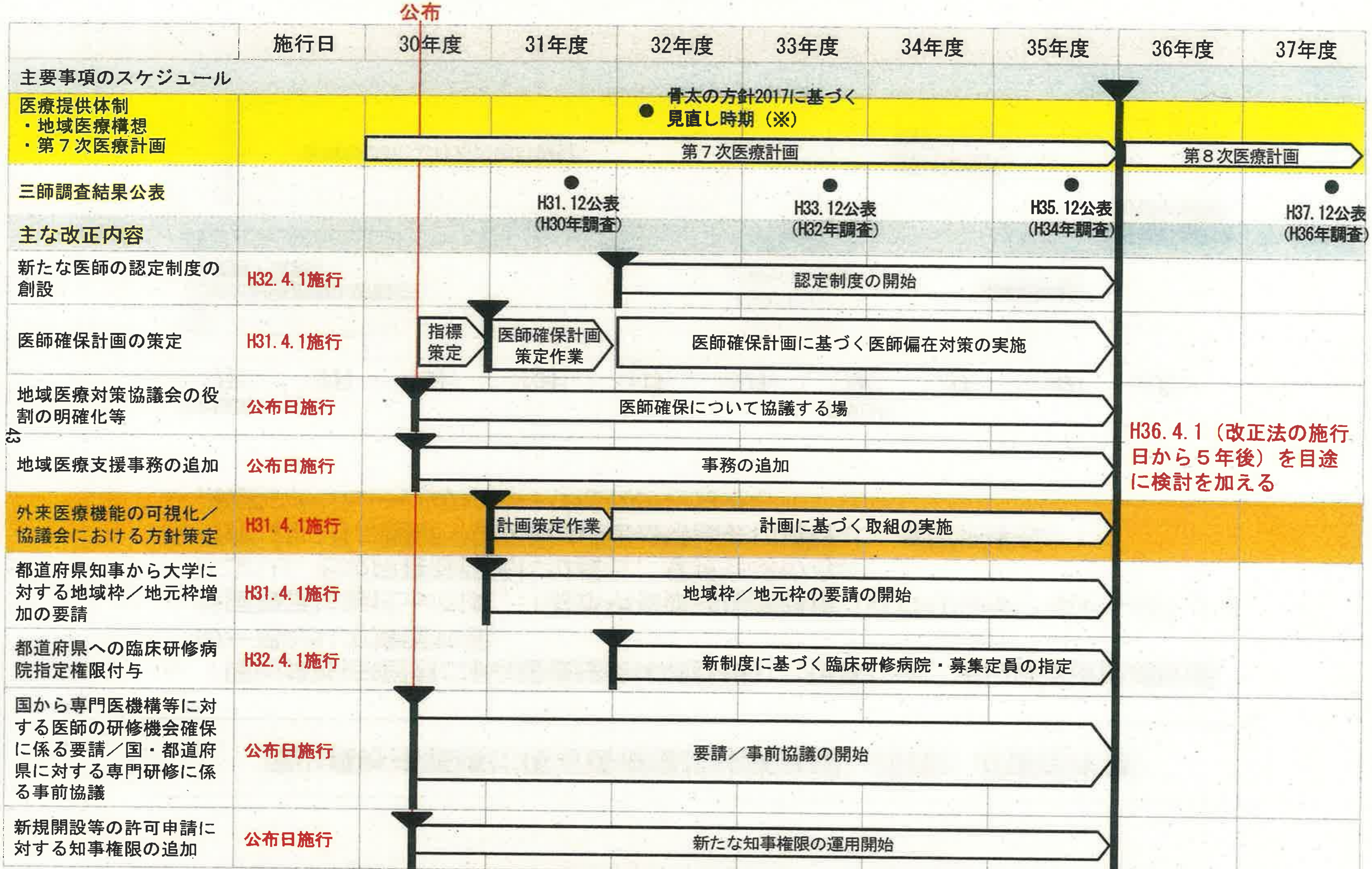
・地域の標準化外来受療率比(※1) $= \dfrac{\text{地域の期待外来受療率}^{(※2)}}{\text{全国の期待外来受療率}}$

・地域の期待外来受療率(※2) $= \dfrac{\sum(\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$

・地域の診療所の外来患者対応割合 $= \dfrac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$

(出典)性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）
外来受療率：第３回NDBオープンデータ（平成28年度診療分）、人口推計（平成28年10月１日現在）
性年齢階級別受療率：平成26年患者調査　及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
外来延べ患者数：平成26年度医療施設静態調査※患者流出入は、流出入発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を分母で用いることにより、加味している（平成26年患者調査より）

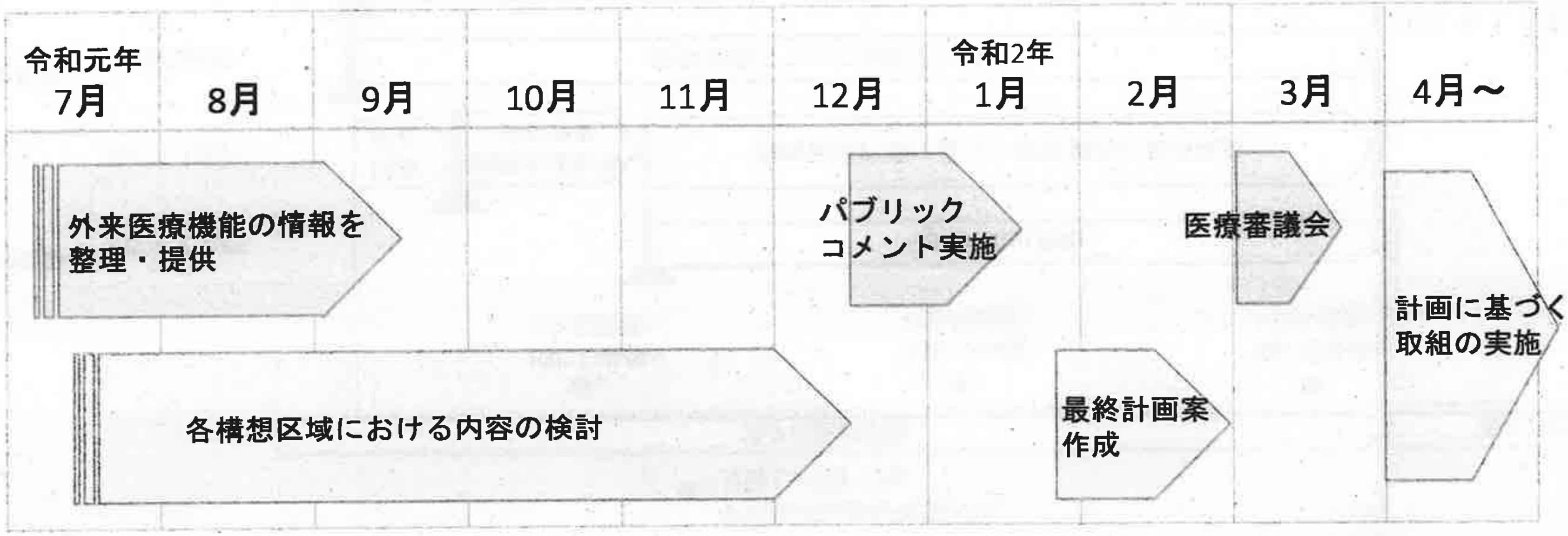
医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行スケジュール



※経済・財政再生計画改革工程表　2017改定版（抄）　都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる。

岡山県外来医療に係る医療提供体制計画（仮称）の策定作業

- 「岡山県外来医療に係る医療提供体制計画」（仮称）は、岡山県保健医療計画の一部として策定する。
- 計画策定に当たっては、「おかやま県民提案制度（パブリック・コメント）」により、その内容を県民に公表し、意見を求める。
- 令和2年3月に開催予定の岡山県医療審議会に報告し、承認を得る。
- 策定スケジュールのイメージは次のとおり。



地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

第32回社会保障WG
（令和元年5月23日） 資料1－1

○　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。

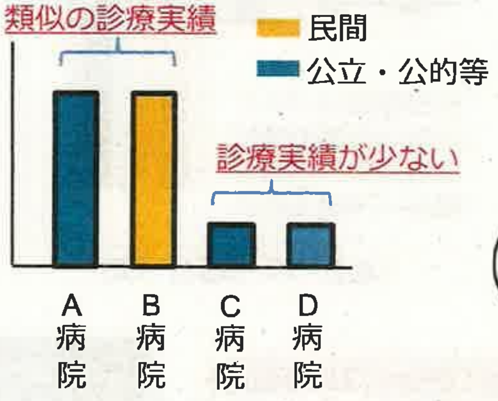
A　各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が２つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

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。

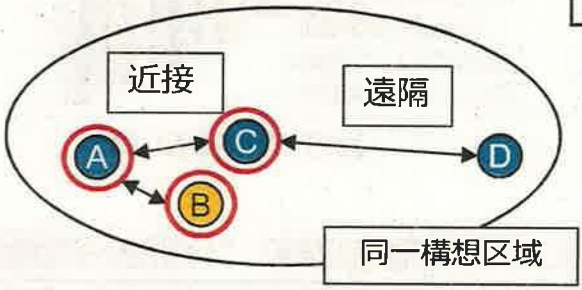
分析のイメージ

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

具体的対応方針の評価方法に関する基本的なイメージ

第19回地域医療構想に関するWG
（平成31年2月22日） 資料1－2

視点１

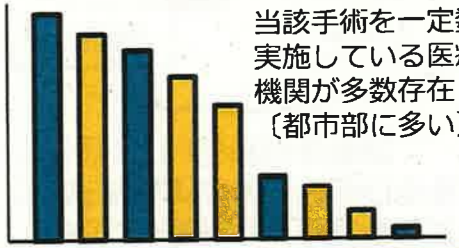
代表的な手術の実績を確認し、機能の重点化について特に議論が必要なケースに該当するか確認。

公立・公的病院等　民間医療機関

□ **パターン（ア）**

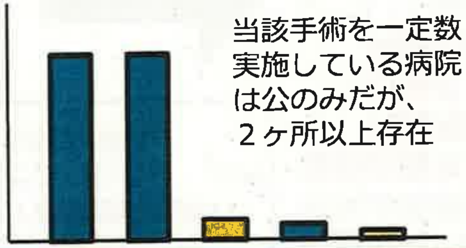
当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ１ヶ所程度存在

□ **パターン（イ）**



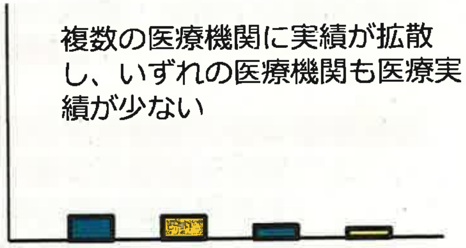
当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕

□ **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

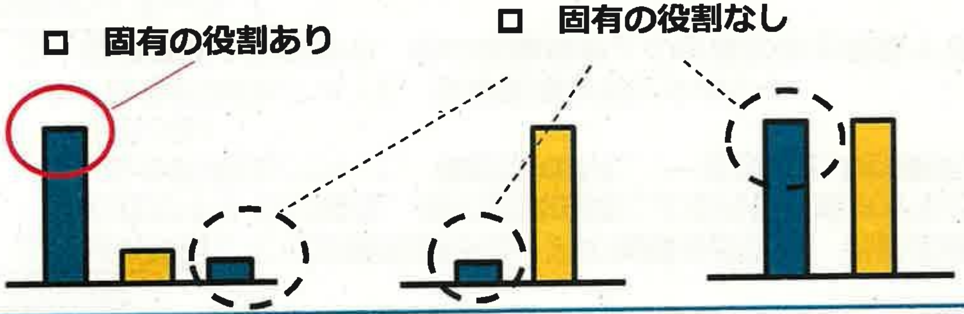
□ **パターン（エ）**



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

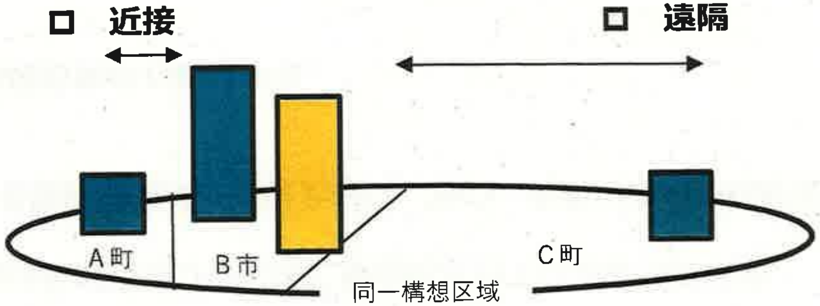
視点２

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。



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。



«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。

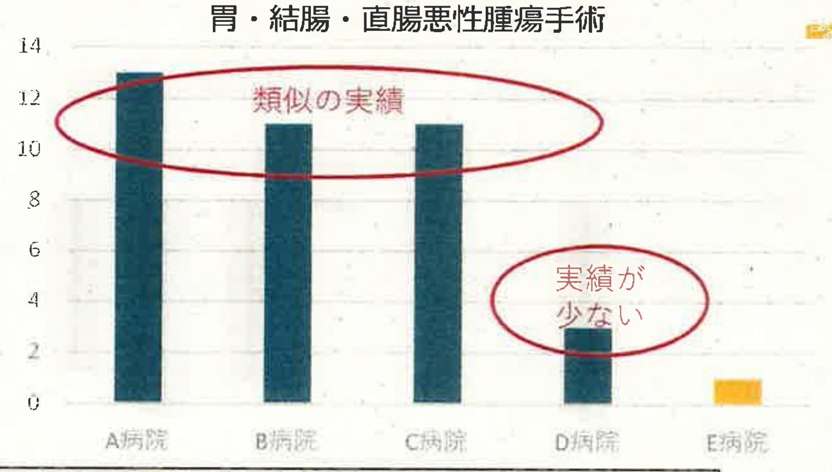
③ 診療実績が少ない、構想区域内で固有の役割が無いといった状況にある公立・公的医療機関等については、**地理的条件等を踏まえ**、他の医療機関等との近接状況を確認する。

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

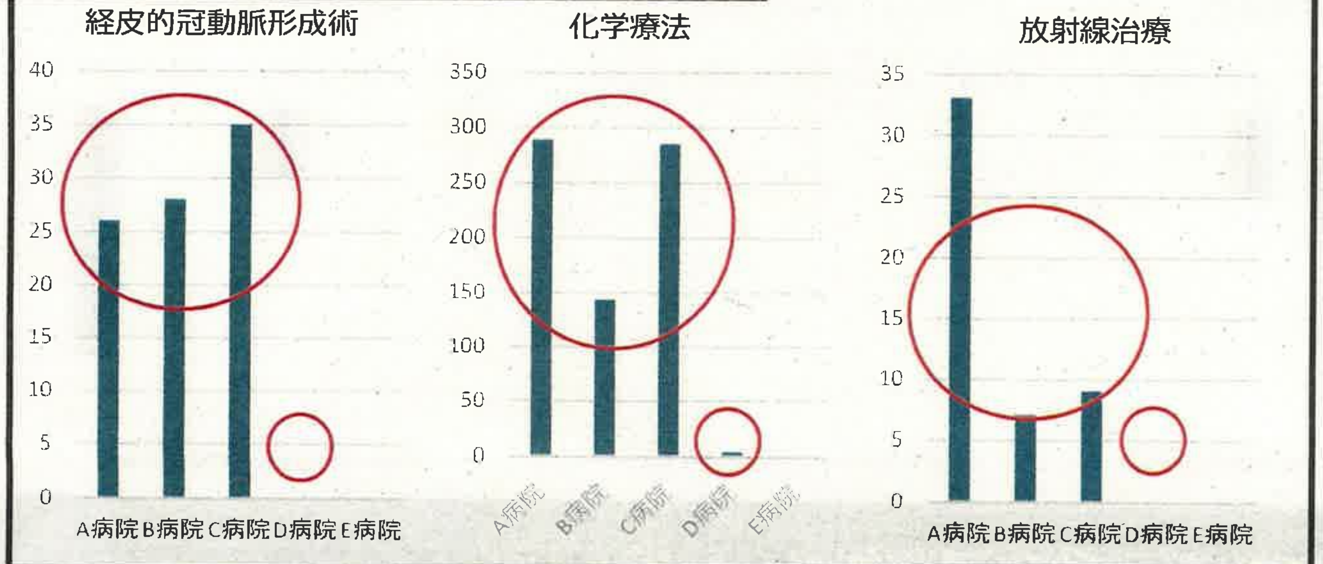


■基本情報

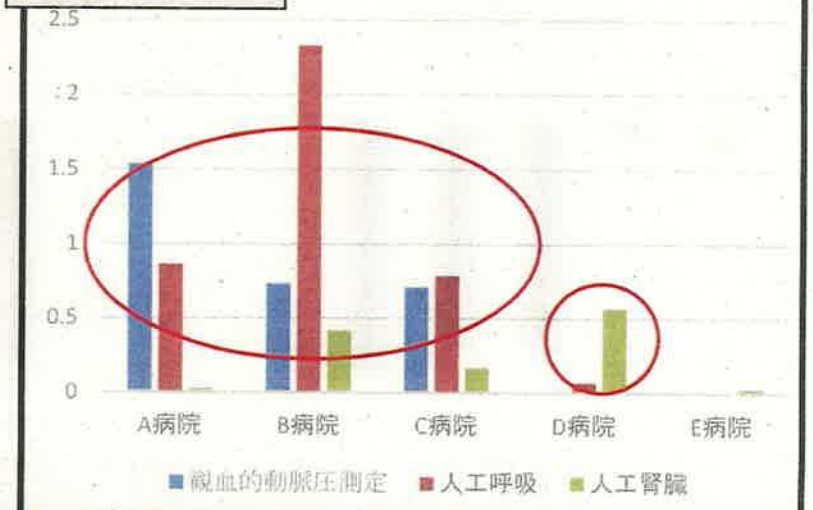
人口（※1）	高齢化率（※1）	一般病院数（※2）	有床診（※2）	病床数計（※2）
33万	21	11	13	3.0千

病床利用率（※3） 一般病床	病床利用率（※3） 療養病床	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）
76	92	697	32	32

■手術以外の診療実績



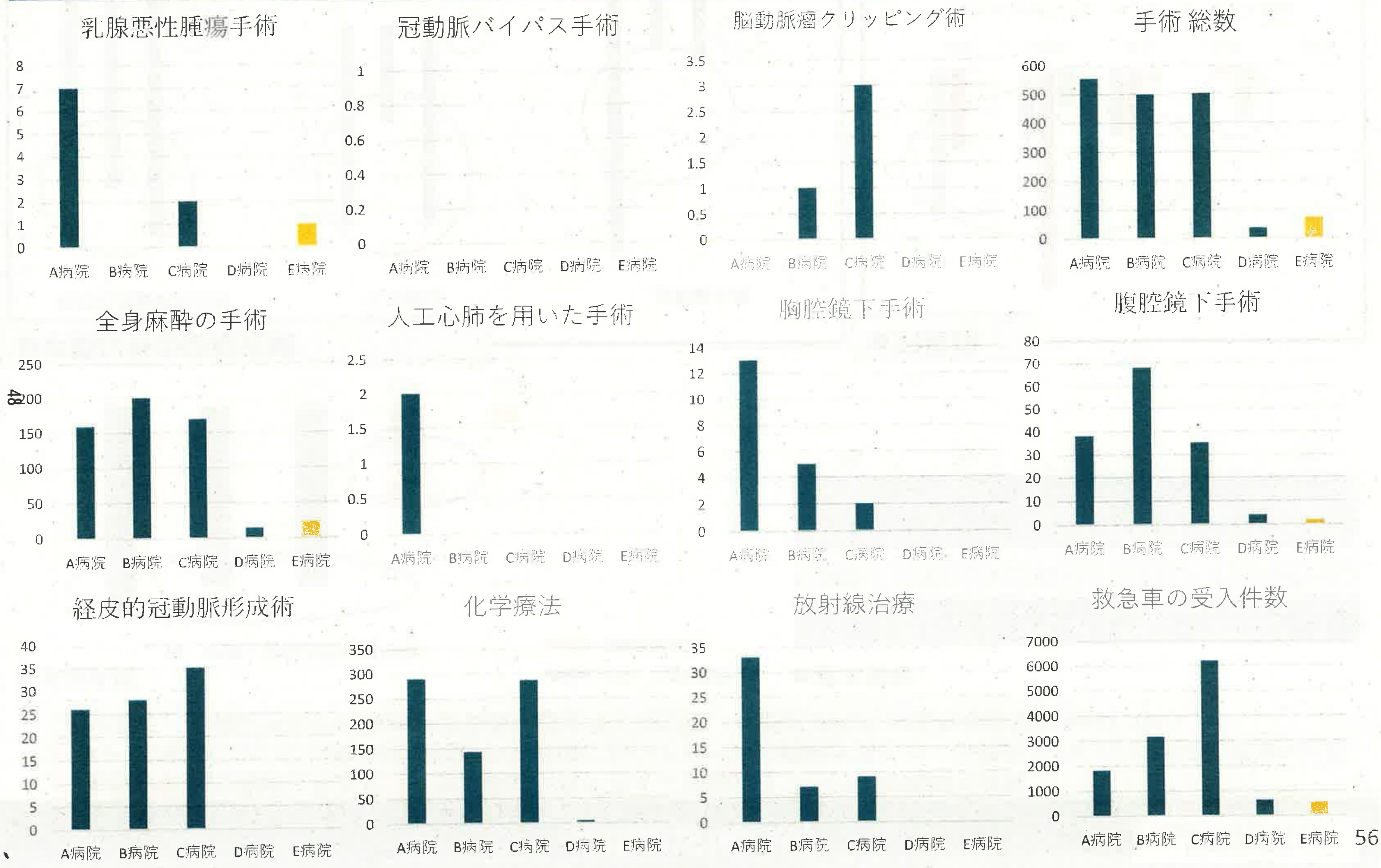
■患者像



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。

※1 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 ※2 平成28年医療施設（静態・動態）調査 ※3 平成28年病院報告 ※4 平成28年医師、歯科医師、薬剤師調査 ※5 平成26年患者調査

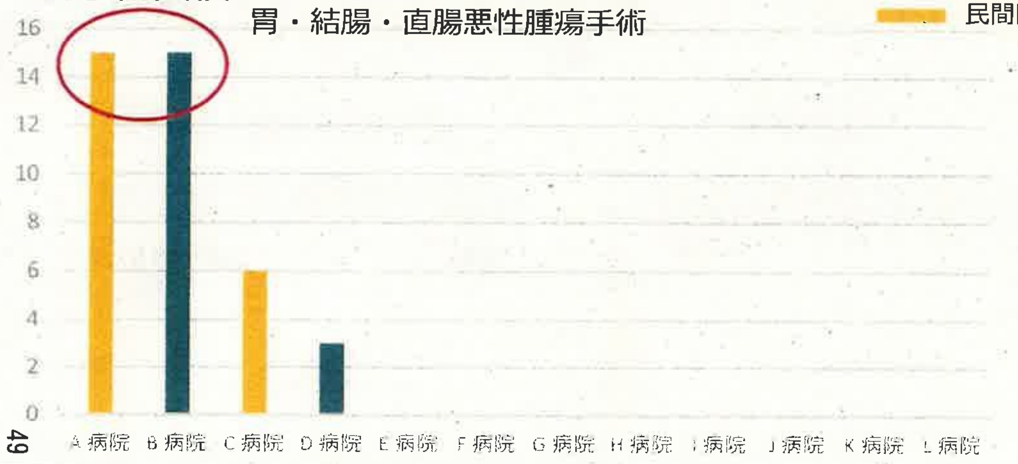
（参考）A構想区域の医療機関の診療実績



B構想区域の例

○ 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

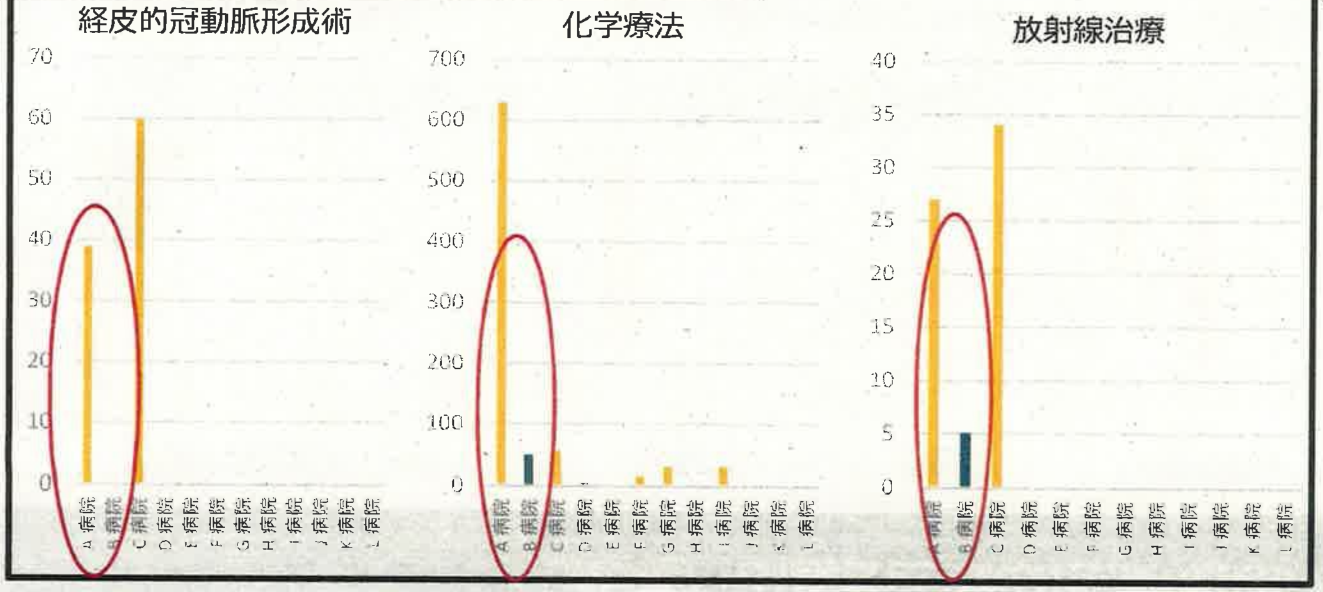


■基本情報

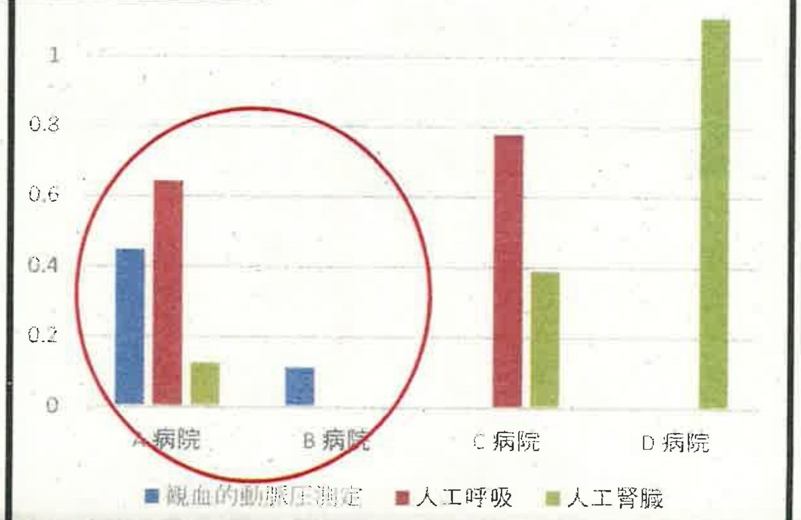
人口（※1）	高齢化率（※1）	一般病院数（※2）	有床診（※2）	病床数計（※2）
212,000	29.8	12	9	2,678

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



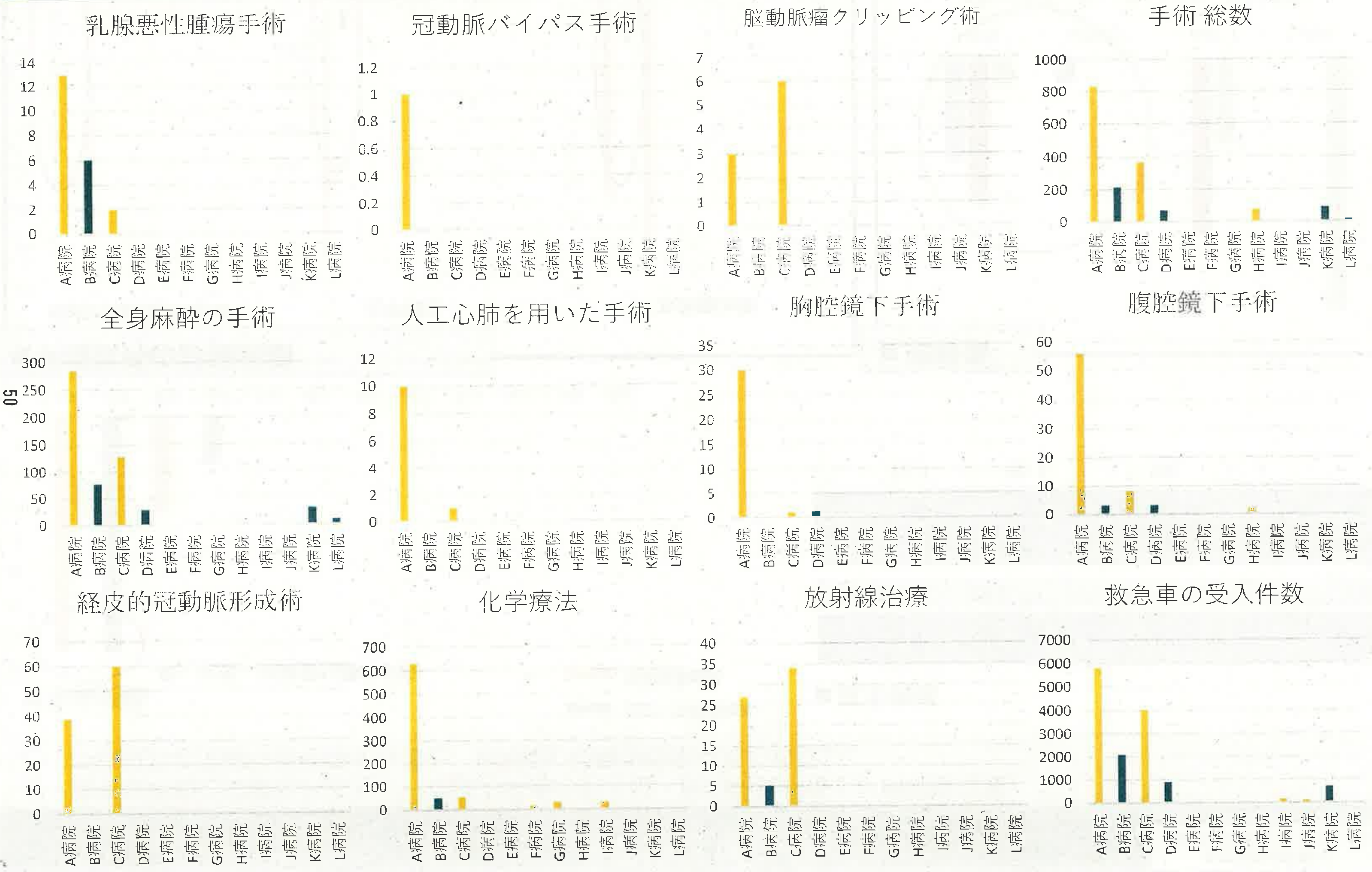
■患者像



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。

※1　2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数　※2　平成28年医療施設（静態・動態）調査　※3　平成28年病院報告　※4　平成28年医師、歯科医師、薬剤師調査　※5　平成26年患者調査

（参考）B構想区域の医療機関の診療実績



※あくまでA5版とした場合のサイズ感をお示しするためのものです。

夜間・休日の急な子どもの病気！

どうしよう・・・不安なときは

小児救急医療電話相談

＃８０００

つながらないときはこちらへ

☎086-801-0018

相談時間

平日	19:00 から翌朝 8:00 まで
土日祝日	18:00 から翌朝 8:00 まで

どんな症状ですか？

お子様の症状や状態をよく観察し、詳しくお伝えください。

1発熱(様子はどうですか？)
2せき(息を吸うときに首の付け根が凹みますか？)
3嘔吐・吐き気(頭を強く打ちましたか？)
4下痢(血便が出ていますか？家族の方はどうですか？)
5腹痛(血便・血尿が出ていますか？)
6けいれん・ふるえ(意識はありますか？)
7誤飲(タバコ・ボタン型電池など)
8頭を強くぶつけた(鼻血・耳からの出血はありますか？)

こちらもご利用ください

こどもの救急ホームページ
http://kodomo-qq.jp/

真庭市内
休日・祝日・年末年始の担当医
(診療時間 9:00～17:00)

真庭圏域地域医療構想調整会議