

平成30年度 第2回真庭圏域地域医療構想調整会議 次第

日時 平成30年12月6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) 「年間スケジュール(修正案)」について(P1)
- (2) 「医療機能」の定義について(P3 ~ P29)
- (3) 「具体的対応方針の策定を今後議論していく上でのツール」(ワークシート)について(P31~ P33)
- (4) 地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策への対応について(P35~ P45)
 - ・岡山県地域医療構想調整会議の設置について
 - ・地域医療構想アドバイザーについて
- (5) 質疑

3 閉会

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

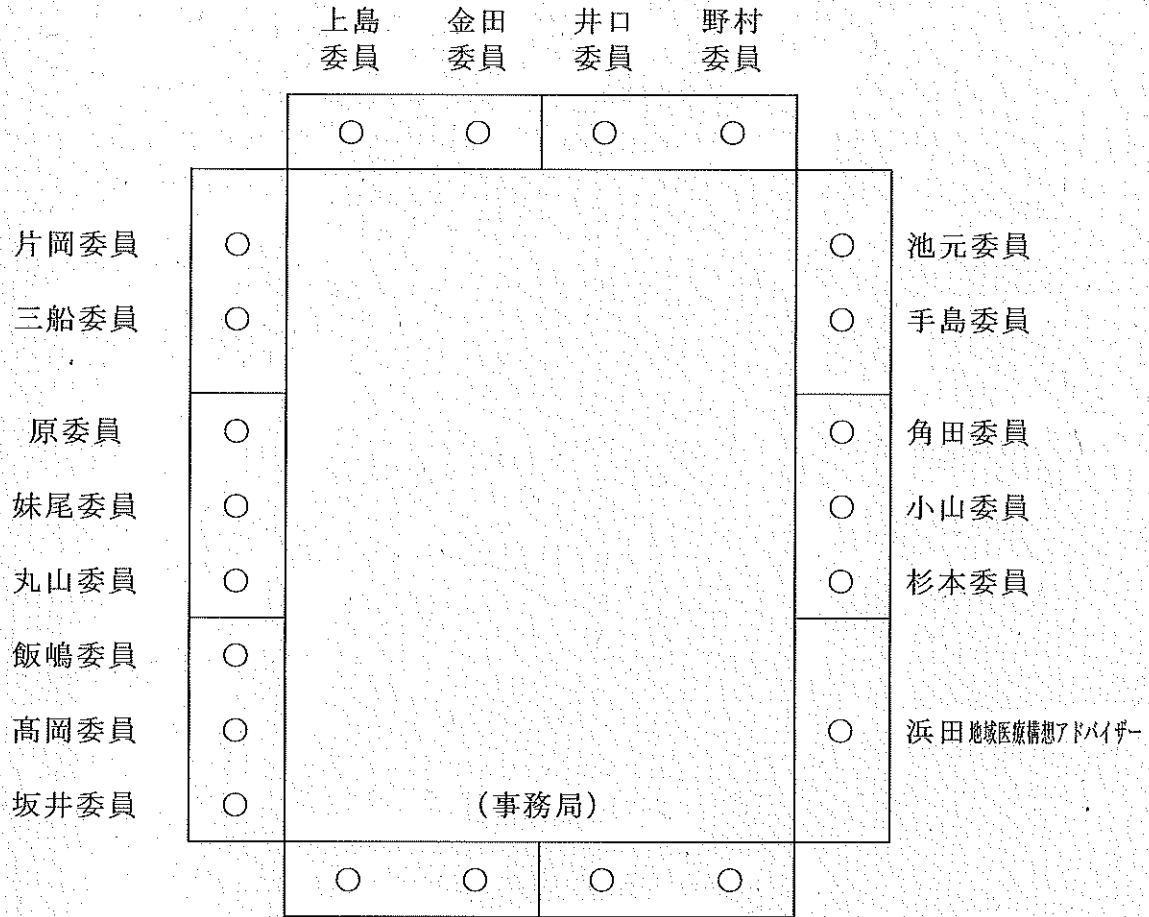
1995

平成30年度第2回真庭圏域地域医療構想調整会議配席図

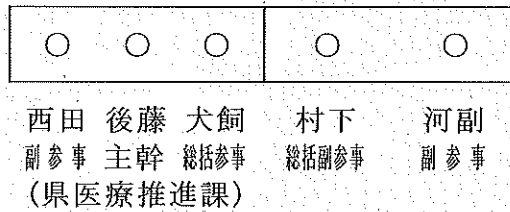
日時：平成30年12月6日（木）

14:00～16:00

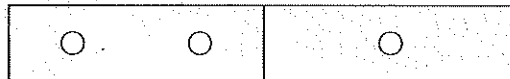
場所：真庭地域事務所3階大会議室



傍
聴
席



報
道
席



牧 梶岡 記事記録
参事 課長 (セルフセンター)
(関係機関：真庭市)

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

5300 S. DICKINSON DRIVE

CHICAGO, ILLINOIS 60637

TEL: 773-936-3636

FAX: 773-936-3636

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

WWW: WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

真庭圏地域医療構想調整会議委員名簿

(任期：平成30年3月1日～平成32年2月29日)

(平成30年6月14日現在：順不同)

氏名	所属 ・ 役職名	備考
金田 道弘	真庭市医師会長	議長
井口 大助	岡山県病院協会真庭支部長 代理	副議長
野村 修一	真庭市国民健康保険湯原温泉病院長	
池元 由通	真庭歯科医師会長	
手島 靖	岡山県薬剤師会真庭支部長	
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 喜美恵	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	
原 克之	真庭市消防本部消防長	
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	副議長
高岡 秀行	新庄村住民福祉課長	
坂井 淳志	全国健康保険協会岡山支部	
計	17名	

STATE OF TEXAS, COUNTY OF DALLAS

Know all men by these presents, that _____ of the County of _____ State of _____

do hereby certify that _____

No.	Name	Age
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____
7	_____	_____
8	_____	_____
9	_____	_____
10	_____	_____
11	_____	_____
12	_____	_____
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	_____	_____
48	_____	_____
49	_____	_____
50	_____	_____

Witness my hand and seal of office this _____ day of _____ 19____.

Notary Public in and for the State of Texas

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。

平成30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	協議内容
第2四半期	○		<p>「地域医療構想の進め方」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国通知(H30.2.7)に基づく今年度以降の方針について確認する。 <p>「具体的対応方針の策定」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想の達成を目的とした調整会議における具体的対応方針について確認する。 <p>「協議の取扱要領(案)」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調整会議で合意すべき具体的対応方針及び説明を求めるべき案件を整理する。 <p>「年間スケジュール」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間の開催時期、協議事項等を決定する。 <p>その他</p>
第3四半期	○		<p>「具体的対応方針の策定及び合意のための作業用ツールの作成」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状に対するH37(2025)年度における病床機能等の在り方(構想)を比較・検討し、具体的対応方針を策定するための作業用ツール(ワークシート)について、年度内に様式・項目等を整理する。 <p>※作業用ワークシートを活用しての具体的な比較・検討は、H30年度病床機能報告の数値が公表されるH31年度以降を予定。</p>
第3四半期	△	○	<p>「病床機能の転換等への対応(非稼働病棟の転換等)」等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非稼働病棟について、圏域における必要性及び転換・再活用の方法等について検討を行う。 <p>(個別の医療機関に関する内容であるため、必要に応じ非公開とし、関係者のみ出席する分科会とすることも検討。)</p>
第4四半期	○		<p>「具体的対応方針の策定及び合意のための作業用ツールの確認」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状に対するH37(2025)年度における病床機能等の在り方(構想)を比較・検討し、具体的対応方針を策定するための作業用ツール(ワークシート)について、様式・項目等を再確認する。 <p>「平成30年度の総括・平成31年度の方針」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H30年度の協議内容について総括するとともに、H31年度以降、今回の合意により作成された「具体的対応方針の策定及び合意のための作業用ツール」を活用し、医療構想の達成に向けた具体的な検討を開始すべき旨を確認する。

※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。

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE

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うまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。

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

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

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。

Page 1 of 1

www.example.com

Example Document Title

Section 1: Introduction

This document provides an overview of the project goals and objectives. It outlines the scope of the work and the expected outcomes. The project is designed to address the current challenges in the industry and to provide a comprehensive solution.

The project is organized into several phases, each with specific tasks and deliverables. The first phase involves the initial assessment and planning. This is followed by the development and implementation of the solution. The final phase is the evaluation and reporting.

The project team consists of experts in various fields, including project management, technical development, and business analysis. We are committed to providing high-quality results and ensuring that the project is completed on time and within budget.

For more information, please contact us at info@example.com. We are available to answer any questions and provide further details about our services and products.

We look forward to working with you and helping you achieve your goals. Thank you for your interest in our services.

Best regards,
Example Company

(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

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。

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF POLITICAL SCIENCE

RESEARCH REPORT
IN POLITICAL SCIENCE
NO. 100
BY
[Illegible Name]

CHICAGO, ILLINOIS
1960

UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

1960

UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

CHICAGO, ILLINOIS

1960

平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理
(資料編)

「一般病床の機能分化の推進についての整理」

(平成24年6月15日急性期医療に関する作業グループ報告書) 抜粋

1. 基本的な考え方

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握し、分析する。その情報を元に、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。
この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方
向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。
- これにより、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受け
ることができることにつながる。
- こうした仕組みを通じて、それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。

2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

(医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み)

- 各医療機関（診療所を含む。）が、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、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

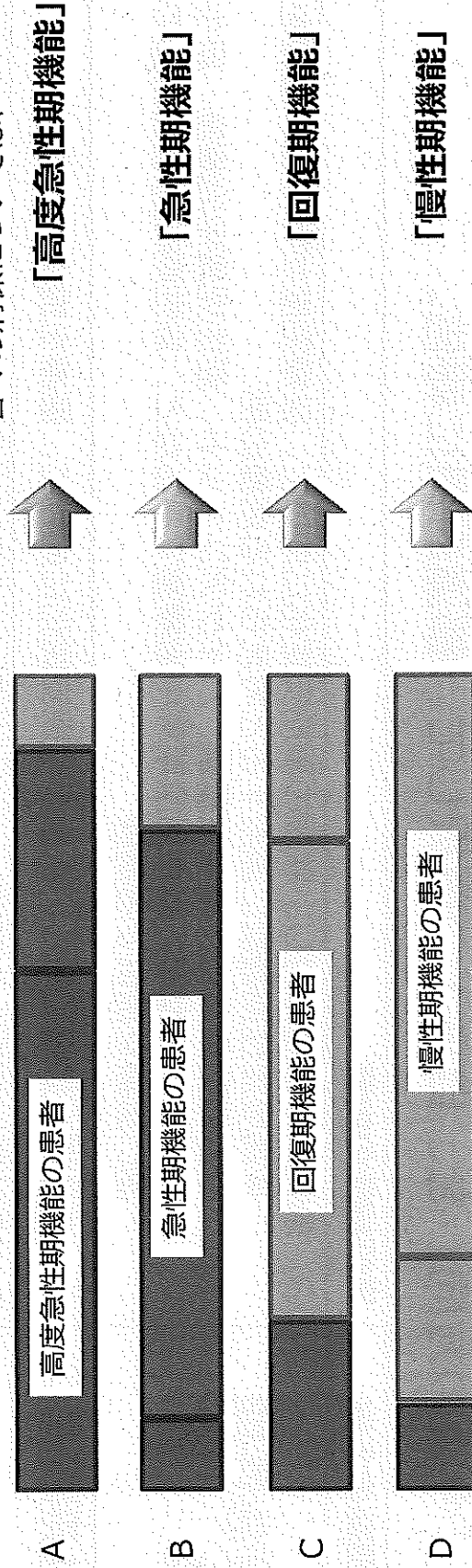
※ 報告は、病棟単位を基本とする。

3. (略)

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)



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4医療機能について

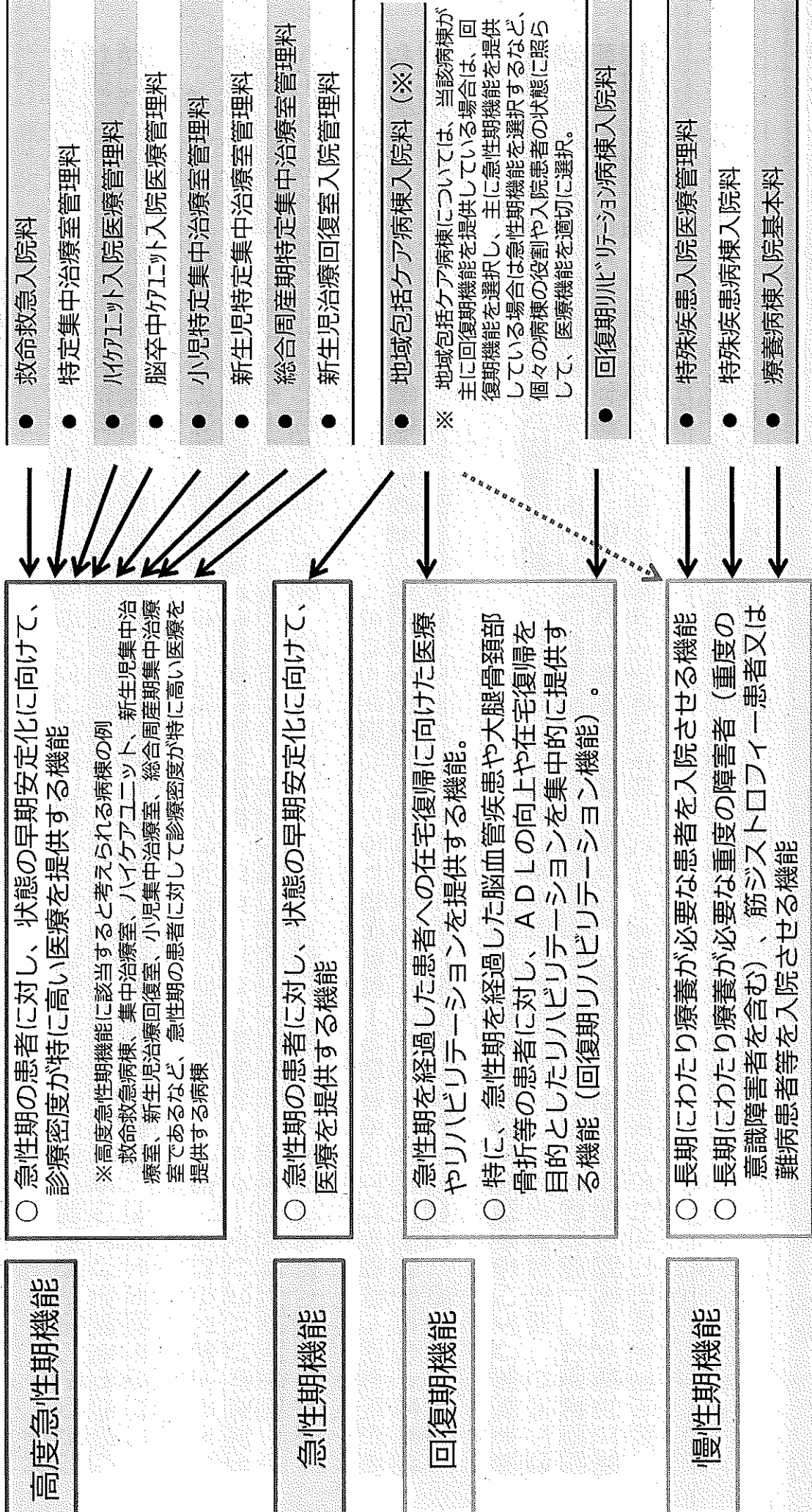
- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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）。 ※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。
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。



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

「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) 抜粋

地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病床について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みである。例えば回復期機能は、「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」を指すものであり、当該機能を主として担う病床が報告されるものであるから、単に回復期リハビリテーション病床入院料等を算定している病床のみを指すものではない。

しかしながら、この点の理解が不十分であるために、これまでの病床機能報告では、主として「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」を有する病床であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病床が一定数存在することが想定される。

また、実際の病床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回復期機能以外の機能が報告された病床においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供されたり、在宅医療の支援のため急性期医療が提供されていたりする場合がありますと考えられる。また、回復期機能が報告された病床においても、急性期医療が行われている場合がある。

これらを踏まえると、現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、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ように誤解させる状況が生じていると想定される。

このため、今後は、各医療機関に、各病床の診療の実態に即した適切な医療機能を報告していただくこと、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、地域医療構想調整会議において、地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、機能分化・連携を進めていただくことが重要と考えるおり、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

平成29年度病床機能報告制度における主な報告項目

医療機能等

医療機能(現在/6年後の方向)
 ※介護施設に移行する場合は移行先類型
 ※任意で2025年時点の医療機能の予定

構造設備・人員配置等

病床数・人員配置・機器等
 許可病床数、稼働病床数(一般・療養別)
 ※病棟全体が非稼働である場合はその理由
 ※経過措置(1床当たり面積)に該当する病床数

算定する入院基本料・特定入院料

主とする診療科

設置主体

部門別職員数(医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士)

DPC群の種類

特定機能病院、地域医療支援病院の承認有無
 施設基準届出状況(総合入院体制加算、在宅療養後方支援病院)

※在宅療養支援病院である場合は看取り件数

二次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無

高価医療機器の保有状況(CT、MRI、血管造影装置、SPECT、PET、PET/CT、PET/MRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダウインチ))

退院調整部門の設置状況、職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)

1年間の新規入棟患者数(予定入院・緊急入院別)、在棟患者延べ数、退棟患者数

1年間/月間の新規入棟患者数(入棟前の場所別)

1年間/月間の退棟患者数(退棟先の場所別、退院後の在宅医療の予定別)

入院患者に提供する医療の内容

手術件数(臓器別)、全身麻酔の手術件数	急性期後、在宅への支援	退院支援加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算
人工心肺を用いた手術	全身管理	地域連携診療計画加算、退院時共同指導料
胸腔鏡下手術件数、腹腔鏡下手術件数	疾患に応じた/早期からのリハビリテーション	介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料
悪性腫瘍手術件数	長期療養患者・重度の障害者等の受入	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製	多様な機能	観血的動脈圧測定、ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
放射線治療件数、化学療法件数	科連携	人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流
がん患者指導管理料		経管栄養カテーテル交換法
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		疾患別リハビリテーション料、早期リハビリテーション加算、初期加算、摂食機能療法
超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術分枝件数		リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供体制加算
入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、精神疾患診断治療初回加算		入院時訪問指導加算、リハビリテーションを実施した患者の割合
ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料		平均リハビリ単位数/1患者1日当たり、1年間の総退院患者数
救急搬送診療料、観血的動脈圧測定		1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上改善していた患者数
持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、経皮的心的肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓		療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
頭蓋内圧持続測定		重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算
血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法		難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合		超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
院内トリアージ実施料		強度行動障害入院医療管理加算
夜間休日救急搬送医学管理料		往診患者述べ数、訪問診療患者述べ数、看取り患者数(院内/在宅)
精神科疾患患者等受入加算		有床診療所入院基本料、有床診療所療養病棟入院基本料
救急医療管理加算		急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割
在宅患者緊急入院診療加算		過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合
救命のための気管内挿管		歯科医師連携加算、周術期口腔機能管理後手術加算、周術期口腔機能管理料
体表面ペーシング法/食道ペーシング法		
非開胸的マツサージ、カウンタースティック		
心臓穿刺、食道圧止血チューブ挿入法		
休日又は夜間に受診した患者延べ数(うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数)		
救急車の受入件数		

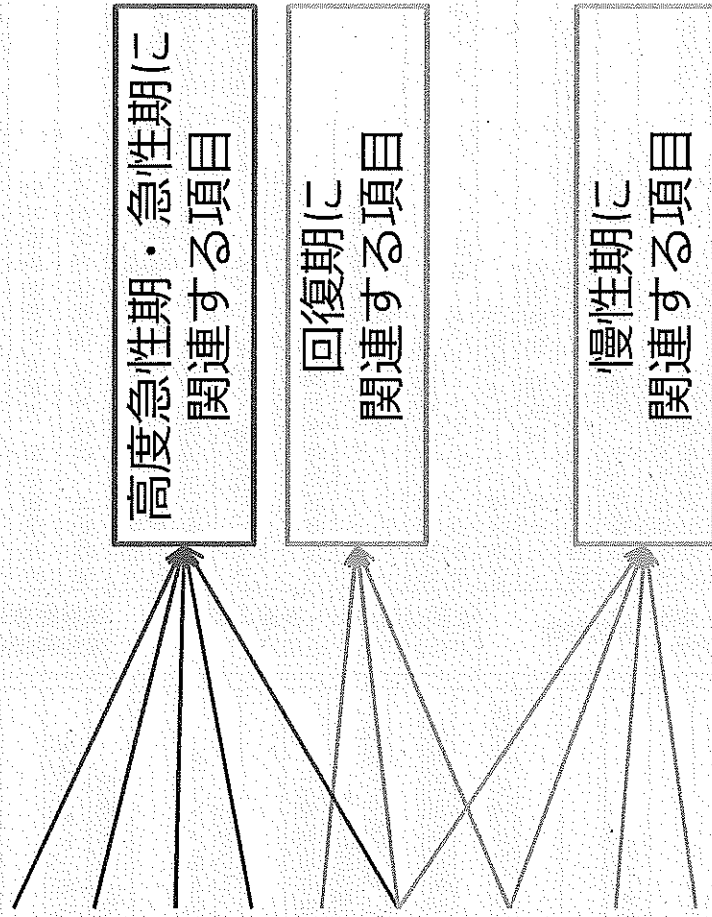
具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

- 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。

【具体的な医療の内容に関する項目】

<様式 2 >

- 3. 幅広い手術の実施状況
- 4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況
- 5. 重症患者への対応状況
- 6. 救急医療の実施状況
- 7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況
- 8. 全身管理の状況
- 9. 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
- 10. 長期療養患者の受入状況
- 11. 重度の障害児等の受入状況
- 12. 医科歯科の連携状況



急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟について

- 高度急性期・急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成29年度病床機能報告において、様式1で高度急性期又は急性期機能を報告している病院の病棟及び有床診療所のうち、様式2で以下の項目でレポート件数、算定日数、算定回数が0件又は未報告と報告された病棟数を算出

高度急性期・急性期病棟と報告している病棟 (21,265病棟)

3. 幅広い手術の実施状況

該当なし：2,310病棟, 様式2未提出：1,938病棟

4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況

該当なし：1,746病棟, 様式2未提出：1,938病棟

5. 重症患者への対応状況

該当なし：1,744病棟, 様式2未提出：1,938病棟

6. 救急医療の実施状況

該当なし：1,548病棟, 様式2未提出：1,938病棟

8. 全身管理の状況

該当なし：1,076病棟 (約5%)

様式2未提出：1,938病棟 (約9%)

重症患者への対応	
・ハイリスク分娩管理加算	
・ハイリスク妊産婦共同管理料	
・救急搬送診療料	
・観血的肺動脈圧測定	
・持続緩徐式血液濾過	
・大動脈バルーンパンピング法	
・経皮的心肺補助法	
・補助人工心臓・植込型補助人工心臓	
・頭蓋内圧持続測定	
・血漿交換療法	
・吸着式血液浄化法	
・血球成分除去療法	

全身管理	
・中心静脈注射	
・呼吸心拍監視	
・酸素吸入	
・観血的動脈圧測定	
・ドレーン法	
・胸腔若しくは腹腔洗浄	
・人工呼吸	
・人工腎臓	
・腹膜灌流	
・経管栄養カテーテル交換法	

地域医療構想調整会議で
機能について確認

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床機能を判断。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床のうち、

- ・ ①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
 - ・ ③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする
- 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・慢性期病床のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 ※病床単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">急性期の患者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">回復期の患者</div> ←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床のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">急性期の患者</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;">回復期の患者</div> ←平均在棟日数22日超のイメージ

定量的な基準 (埼玉県) ①

機能区分の枠組み

- 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、どの医療機能と見なすかが明らかな入院料の病棟は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついていない一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した区分線1・区分線2によって、高度急性期/回復期を区分する。
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

4 機能	主に成人			大区分	
	救命救急 ICU SCU HCU	一般病棟 有床診療所の一般病床 地域包括ケア病棟	周産期 MFICU NICU GCU 産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児 PICU 小児入院医療管理料1 小児入院医療管理料2,3 小児科の一般病棟7:1 小児入院医療管理料4,5 小児科の一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所	緩和ケア 緩和ケア病棟 (放射線治療あり)
高度急性期		区分線1			
急性期					
回復期	回復期 リハビリ病棟	区分線2			
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等				緩和ケア病棟 (放射線治療なし)

具体的な機能に応じて区分線を引く

高度急性期・急性期の区分(区分線1)の指標

○救命救急やICU等において、特に多く提供されている医療

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

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

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

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

急性期・回復期の区分(区分線2)の指標

○一般病棟7:1において多く提供されている医療

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

○一般病棟や地域包括ケア病棟で共通して用いられている指標

- P:【重症度、医療・看護必要度】

基準(「A得点2点以上かつB得点3点以上」「A得点3点以上」「C得点1点以上」)を満たす患者割合

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

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し①

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」として、入院基本料・特定入院料の見直しが行われた。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

一般病棟入院基本料等の評価体系の見直し

- 一般病棟入院基本料等について、入院医療の基本的な診療に係る評価（基本部分）と、診療実績に応じた段階的な評価（実績部分）との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合する。

- ① 一般病棟入院基本料
 - ・ 一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1）について再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料とする。また、急性期一般入院基本料の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との中間の評価を設定する。
- ② 地域包括ケア病棟入院料
 - ・ 基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る実績部分とを組み合わせた体系に見直しとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。
- ③ 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系にリハビリテーションの実績指数（回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのFIM得点の改善度を、患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの）を組み込む。
- ④ 療養病棟入院基本料
 - ・ 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。
 - ・ 現行の療養病棟入院基本料2（25対1看護職員配置）については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは2年間と設定する。

緩和ケア病棟入院料の見直し

- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

【病床機能報告での対応】

算定する入院基本料・特定入院料

現行	見直し後
一般病棟7対1入院基本料 一般病棟10対1入院基本料	急性期一般入院基本料：入院料1～7
一般病棟13対1入院基本料 一般病棟15対1入院基本料	地域一般入院基本料：入院料1～3
地域包括ケア病棟入院料1, 2 地域包括ケア入院医療管理料1, 2	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
回復期リハビリテーション病棟入院料1～3	回復期リハビリテーション病棟入院料1～6
療養病棟入院基本料1, 2	療養病棟入院基本料：入院料1, 2
緩和ケア病棟入院料	緩和ケア病棟入院料1, 2

（注）見直しが必要な項目のみを記載している

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し②

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」として、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し」が行われた。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- ▶ 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

【病床機能報告での対応】

重症患者への対応

現行	見直し後
ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料	ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料
救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定	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、経皮的心的肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、経皮的心的肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓
頭蓋内圧持続測定	頭蓋内圧持続測定
血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法	血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合

現行

- 【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合】
- ① A得点が1点以上の患者割合
 - ② A得点が2点以上の患者割合
 - ③ A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者割合
 - ④ A得点が3点以上の患者割合
 - ⑤ C得点が1点以上の患者割合
 - ⑥ A得点が2点以上かつB得点が3点以上、A得点が3点以上またはC得点が1点以上の患者割合

見直し後

- 【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合】
- ① A得点が1点以上の患者割合
 - ② A得点が2点以上の患者割合
 - ③ A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者割合
 - ④ A得点が3点以上の患者割合
 - ⑤ C得点が1点以上の患者割合
 - ⑥ A得点が2点以上かつB得点が3点以上、A得点が3点以上またはC得点が1点以上の患者割合
 - ⑦ 「B14」又は「B15」に該当する患者であつて、A得点が1点以上かつB得点が3点以上

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し③

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」「入退院支援の推進」として、入院前からの評価の新設、退院支援加算の名称の見直し、救急・在宅支援病床初期加算の評価の見直しが行われた。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

【新】 入院時支援加算 200点（退院時1回）

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

【新】 小児加算 200点（退院時1回）

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

【病床機能報告での対応】

急性期後・在宅復帰への支援

現行	見直し後
退院支援加算1、2	入退院支援加算1、2
	【新設】入院時支援加算
	【新設】小児加算
救急・在宅等支援（療養）病床初期加算	急性期患者支援（療養）病床初期加算
	在宅患者支援（療養）病床初期加算
地域連携診療計画加算	地域連携診療計画加算
退院時共同指導料2	退院時共同指導料2
介護支援連携指導料	介護支援連携指導料
退院時リハビリテーション指導料	退院時リハビリテーション指導料
退院前訪問指導料	退院前訪問指導料

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し④

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」として、早期離床・リハビリテーション加算が新設された。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

- ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価
 - 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。
 - (新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点 (1日につき)

【病床機能報告での対応】

疾患に添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

現行	見直し後
疾患別リハビリテーション料	疾患別リハビリテーション料
早期リハビリテーション加算 (リハビリテーション料)	【新設】早期離床・リハビリテーション加算
初期加算 (リハビリテーション料)	早期リハビリテーション加算 (リハビリテーション料)
摂食機能療法	摂食機能療法
リハビリテーション充実加算 (回復期リハビリテーション病棟入院料)	リハビリテーション充実加算 (回復期リハビリテーション病棟入院料)
休日リハビリテーション提供体制加算 (回復期リハビリテーション病棟入院料)	休日リハビリテーション提供体制加算 (回復期リハビリテーション病棟入院料)
入院時訪問指導加算 (リハビリテーション総合計画評価料)	入院時訪問指導加算 (リハビリテーション総合計画評価料)
リハビリテーションを実施した患者の割合	リハビリテーションを実施した患者の割合
平均リハ単位数	平均リハ単位数

退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数	実績指数
退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数	実績指数

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し⑤

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」として、褥瘡評価実施加算の見直しが行われた。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

療養病床における褥瘡対策の推進

- ▶ 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

【病床機能報告での対応】

長期療養患者・重度の障害者等の受入

現行	見直し後
療養病棟入院基本料 1, 2	療養病棟入院基本料：入院料 1, 2
褥瘡評価実施加算	褥瘡対策加算 1, 2
重度褥瘡処置	重度褥瘡処置
重症皮膚潰瘍管理加算	重症皮膚潰瘍管理加算

その他の見直し

- 介護医療院の創設に伴い、退棟先の場所別の患者数の内訳に、「介護医療院に入所」した患者を把握する項目を追加する。

【病床機能報告での対応】

現行	見直し後
<p>【退棟先の場所別の患者の状況】 前年7月1日から報告年の6月30日までの1年間</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 院内の他病棟へ転棟 ② 家庭へ退院 ③ 他の病院、診療所へ転院 ④ 介護老人保健施設に入所 ⑤ 介護老人福祉施設に入所 ⑥ 社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所 ⑦ 終了（死亡退院等） 	<p>【退棟先の場所別の患者の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 院内の他病棟へ転棟 ② 家庭へ退院 ③ 他の病院、診療所へ転院 ④ 介護医療院に入所 ⑤ 介護老人保健施設に入所 ⑥ 介護老人福祉施設に入所 ⑦ 社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所 ⑧ 終了（死亡退院等）



チェックリスト 4. 第8次医療計画における役割のバックデータについて

がん	計画 P678 がんの医療に係る医療機関
脳卒中	http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/541460_4256532_misc.pdf のうち、疾病の経過が急性期となっているもの
心血管疾患	http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/64487_235568_misc.pdf のうち、疾病の経過が急性期となっているもの
糖尿病	http://www.pref.okayama.jp/uploaded/life/552854_4405022_misc.pdf のうち、疾病の経過が専門治療となっているもの
精神疾患	計画 P139 (参考) 精神疾患の医療に係る医療機関等一措置入院患者を受け入れることができる病院のうち、病床機能報告対象医療機関
救急	計画 P678 救急医療に係る医療機関一二次救急医療体制一病院群輪番制病院 27 病院 及び P680一三次救急医療体制一高度救命救急センターのうち、二次となっていない 岡山大学病院
災害	計画 P155 図 7-2-2-2 岡山県の災害拠点病院・災害時精神科医療中核病院一覧表一基幹災害拠点病院 及び 地域災害拠点病院
へき地	計画 P681 措置入院患者を受け入れることができる病院一へき地医療拠点病院 及び へき地診療所のうち、病床機能報告対象医療機関
周産期	計画 P682 周産期医療に係る医療機関
小児	計画 P682 小児(救急)医療に係る医療機関一小児救急医療支援病院(地域小児科センター) 及び 高度・専門病院(中核病院)
在宅	http://jmap.jp/facilities/search により、検索条件①都道府県→岡山県、②在宅機能→在宅療養支援診療所 1、在宅療養支援診療所 2、在宅療養支援診療所 3、在宅療養支援病院 1、在宅療養支援病院 2、在宅療養支援病院 3 をチェック のうち、病床機能報告対象医療機関

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions.

2. It is essential to ensure that all entries are supported by appropriate documentation and receipts.

3. Regular reconciliation of accounts is necessary to identify any discrepancies or errors early on.

4. The second part of the document outlines the various methods used to collect and analyze financial data.

5. These methods include direct observation, interviews, and the use of specialized software tools.

6. Each method has its own strengths and limitations, and they are often used in combination to achieve the most accurate results.

7. The final part of the document provides a summary of the findings and conclusions drawn from the study.

8. It highlights the key areas where improvements can be made and offers practical recommendations for future research.

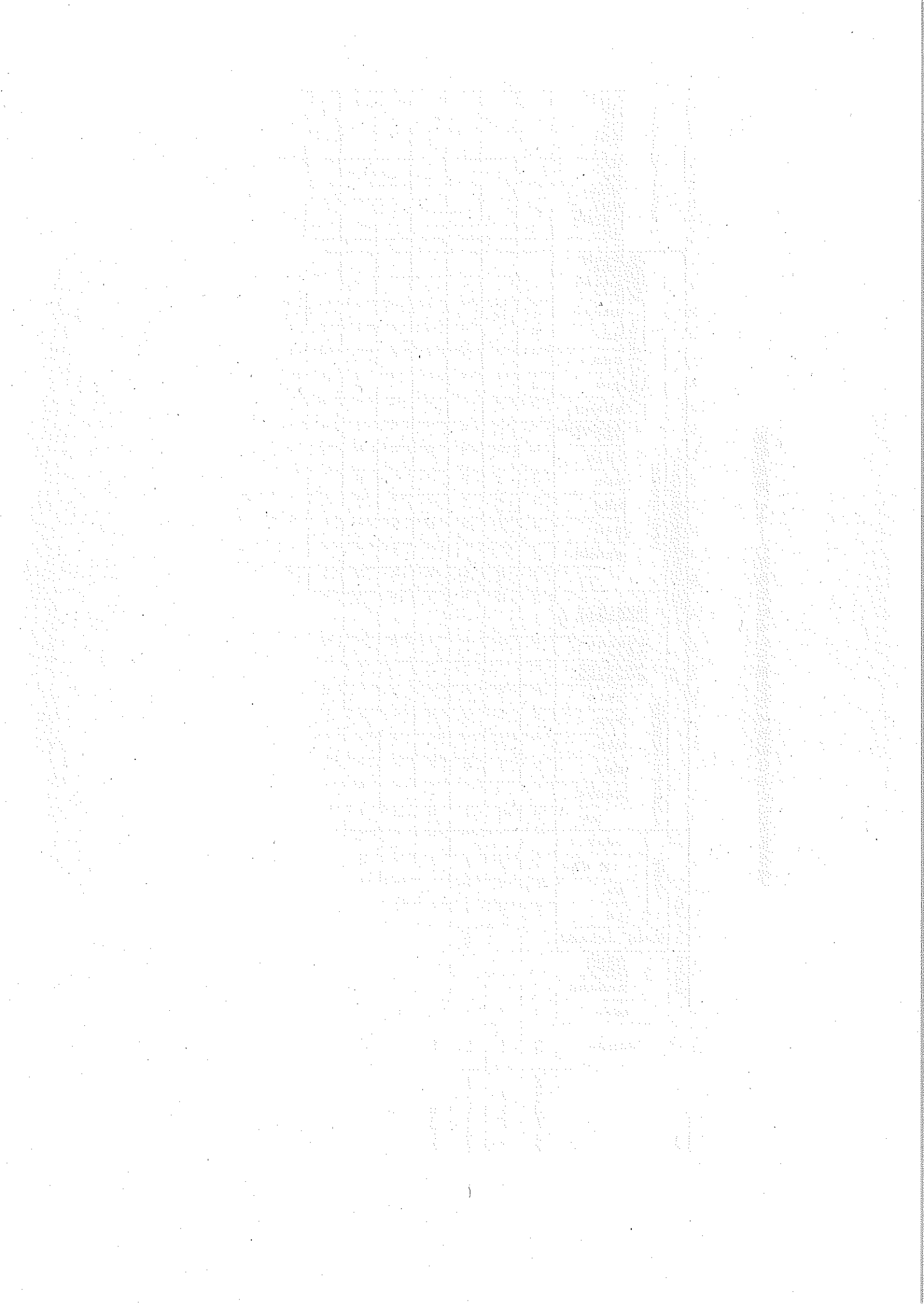
9. Overall, the study demonstrates the value of a systematic approach to financial data collection and analysis.

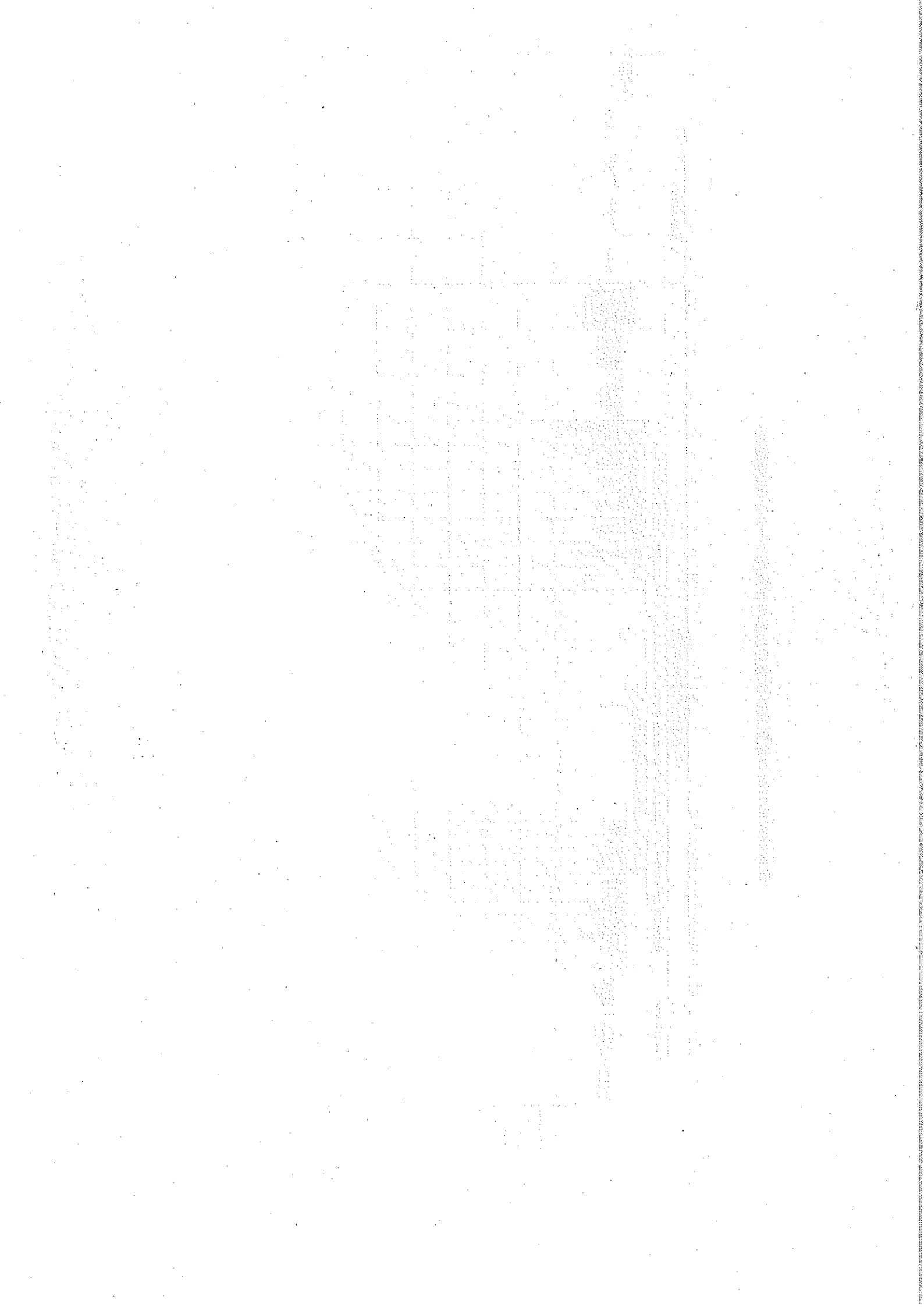
10. The findings have significant implications for both academic research and practical applications in the field.

11. The study also identifies several areas for further investigation and suggests potential future research directions.

12. In conclusion, the research provides a comprehensive overview of the current state of the field and offers valuable insights into the challenges and opportunities ahead.

13. The authors would like to thank the funding agencies and the participants who made this study possible.





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に向けた方策について

地域医療構想（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）の達成に向けては、都道府県が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、「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。以下「2月7日付け課長通知」という。）において、開設主体に応じた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。）における協議の進め方を示したところである。

この進め方に基づき、地域医療構想調整会議における協議を行うに当たっては、地域医療構想調整会議の事務局において、医療関係者と十分に意見交換を行った上で、データの整理を行い、地域の実情にあった論点の提示を行う等、地域医療構想調整会議における議論を活性化するための取組を実施していくことが重要である。

このため、地域医療構想調整会議における議論を一層活性化するための方策について、下記のとおり整理したので、貴職におかれては、これらの整理について御了知いただいた上で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。

また、「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）において「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」とされていることを踏まえ、地域医療構想の達成に向け、引き続きその対応に遺漏なきを期されたい。

記

1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議について

(1) 協議事項等

都道府県は、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むように支援する観点から、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置し、次の事項について協議すること。

ア. 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用に関すること（地域医療構想調整会議の協議事項、年間スケジュールなど）

- イ. 各構想区域における地域医療構想調整会議の議論の進捗状況に関すること
(具体的対応方針の合意の状況、再編統合の議論の状況など)
- ウ. 各構想区域における地域医療構想調整会議の抱える課題解決に関すること
(参考事例の共有など)
- エ. 病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること (定量的な基準など)
- オ. 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること (高度急性期の提供体制など)

(2) 参加の範囲等

都道府県単位の地域医療構想調整会議の参加者は、各構想区域の地域医療構想調整会議の議長、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する。なお、会議の運用に当たっては、既存の会議体の活用等、効率的に運用することとして差し支えない。

2. 都道府県主催研修会について

(1) 都道府県主催研修会の開催

都道府県は、地域医療構想の進め方について、各構想区域における地域医療構想調整会議の参加者や議長、事務局を含む関係者間の認識を共有する観点から、研修会を開催すること。なお、都道府県医師会等の関係者と十分に協議を行い、共催も含め、より実効的な開催方法について検討すること。

(2) 研修内容

研修内容には、厚生労働省医政局地域医療計画課が実施する「都道府県医療政策研修会」等を参考に、行政からの説明、事例紹介、グループワーク等を盛り込むこと。その際、行政からの説明や事例紹介の実施に当たり、厚生労働省の担当者を派遣することが可能であるので、適宜相談されたい。

(3) 対象者

研修会の対象者には、地域医療構想調整会議の議長、その他の参加者、地域医療構想調整会議の事務局担当者を含めること。

(4) その他

研修会の開催経費については、地域医療介護総合確保基金を充当して差し支えないこと。

3. 「地域医療構想アドバイザー」について

各構想区域の実情に応じたデータの整理や論点の提示といった地域医療構想調整会議の事務局が担うべき機能を補完する観点から、厚生労働省において、「地域医療構想アドバイザー」を養成する。

「地域医療構想アドバイザー」は、地域医療構想の進め方に関して地域医療構想調整会議の事務局に助言を行う役割や、地域医療構想調整会議に参加し、議論が活性化するように参加者に助言を行う役割を担うこととし、厚生労働省は、都道府県の推薦を踏まえて都道府県ごとに「地域医療構想アドバイザー」を選出した上で、その役割を適切に果たせるよう、研修の実施やデータの提供などの技術的支援を実施する。

都道府県は、「地域医療構想アドバイザー」と連携しながら、地域医療構想の達成に向けた検討をすること。なお、「地域医療構想アドバイザー」の活動に係る経費については、地域医療介護総合確保基金を充当して差し支えない。

また、「地域医療構想アドバイザー」の選出に係る手続き等については、別途、具体的な内容を示すこととする。

4. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針に関する協議の進め方について

2月7日付け課長通知においては、全ての医療機関について、地域医療構想調整会議において、遅くとも平成30（2018）年度末までに平成37（2025）年に向けた対応方針を協議するよう示したところである。

また、「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）においては、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ことが求められている。

このため、都道府県は、本年度末までに全ての医療機関について地域医療構想調整会議において協議を開始し、具体的対応方針について速やかに合意できるよう、個別の医療機関としての協議を未だ開始していない医療機関について、平成29年度の病床機能報告における6年後及び平成37（2025）年の病床機能の予定に関するデータを平成37（2025）年に向けた対応方針とみなして地域医療構想調整会議で共有し、協議を開始すること。

なお、新公立病院改革プラン又は公的医療機関等2025プランを未だ策定していない医療機関や、その他の医療機関であって当該医療機関として担うべき役割や機能を大きく変更する医療機関の場合には、上述の協議と並行して、各プラン又は事業計画の策定を促すこと。

また、地域医療構想を策定する以前から地域の関係者の同意を得て、現に進行している医療機関の再編・統合計画等についても、速やかに地域医療構想調整会議で協議し、合意を得ること。

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES

REPORT OF THE
COMMISSION ON THE ORGANIZATION
OF THE DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES
AT THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PRESENTED TO THE BOARD OF THE UNIVERSITY OF CHICAGO
IN 1962

BY
THE COMMISSIONERS
AND
MEMBERS

地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策への対応について

1 岡山県地域医療構想調整会議の設置について

(1) 経緯

平成28年3月に医療法(昭和23年法律第205号)第30条の14の規定に基づき、地域医療構想の実現に必要な協議を行うための協議の場として、二次保健医療圏ごとに地域医療構想調整会議を設置し、また、平成28年9月には地域医療構想の進行管理、地域医療構想を推進するための意見具申等を行うため、岡山県医療審議会に地域医療構想部会を設置し、構想実現に向けて関係者間の協議を進めてきました。

今回、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日医政地発0622第2号)を踏まえ、調整会議での更なる議論の活性化を図るため、岡山県医療審議会地域医療構想部会を廃止し、岡山県地域医療構想調整会議を設置します。

(2) 会議の概要

各構想区域の地域医療構想調整会議における議論を円滑に進める観点から、

- ・各構想区域の地域医療構想調整会議の議長
- ・岡山県医師会及び岡山県病院協会の代表者
- ・医療保険者の代表者
- ・地域医療構想アドバイザー

を委員とし、各保健所も事務局として参加します。

(3) スケジュール

9月下旬～	委員就任予定者への説明
11月頃	県調整会議設置(要綱制定)
3月中旬頃	医療審議会地域医療構想部会廃止(要領改正)

2 地域医療構想アドバイザーについて

以下のとおり厚生労働省へ推薦しました。

- ・岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 教授 浜田 淳
(医療審議会地域医療構想部会専門委員、県医師会からの推薦)
- ・医療推進課長 則安 俊昭
- ・備中保健所長 毛利 好孝(県病院協会からの推薦)

1000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHILOSOPHY DEPARTMENT

1998

PHILOSOPHY DEPARTMENT
1100 EAST 58TH STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60637
TEL: 773-936-3700 FAX: 773-936-3701
WWW.PHIL.DEP.UCHICAGO.EDU

PHILOSOPHY DEPARTMENT
1100 EAST 58TH STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60637
TEL: 773-936-3700 FAX: 773-936-3701
WWW.PHIL.DEP.UCHICAGO.EDU

PHILOSOPHY DEPARTMENT
1100 EAST 58TH STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60637
TEL: 773-936-3700 FAX: 773-936-3701
WWW.PHIL.DEP.UCHICAGO.EDU

PHILOSOPHY DEPARTMENT
1100 EAST 58TH STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60637
TEL: 773-936-3700 FAX: 773-936-3701
WWW.PHIL.DEP.UCHICAGO.EDU

PHILOSOPHY DEPARTMENT
1100 EAST 58TH STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60637
TEL: 773-936-3700 FAX: 773-936-3701
WWW.PHIL.DEP.UCHICAGO.EDU

PHILOSOPHY DEPARTMENT
1100 EAST 58TH STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60637
TEL: 773-936-3700 FAX: 773-936-3701
WWW.PHIL.DEP.UCHICAGO.EDU

PHILOSOPHY DEPARTMENT
1100 EAST 58TH STREET
CHICAGO, ILLINOIS 60637
TEL: 773-936-3700 FAX: 773-936-3701
WWW.PHIL.DEP.UCHICAGO.EDU

地域医療構想調整会議について

医療法の規定

第30条の14 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が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床を有する医療機関
- ・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

1

地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に関する論点

- 地域医療構想調整会議の参加者は様々な主体から構成されており、議長は郡市医師会が担っている区域が71%と最も多くを占め、事務局は都道府県（本庁）以外の保健所などが担っている区域が74%と最も多くを占めている。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等の関係者と連携しながら円滑に取り組むためには、参加者や議長や事務局との間で、地域医療構想の進め方について、正しく認識を共有する機会を定期的に設ける必要がある。

- 一部の都道府県では、構想区域ごとの地域医療構想調整会議に加えて、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置するとともに、事務局が医療関係者と十分に意見交換を行った上で、データ整理を行い、地域の実情にあった論点提示を行うことで、地域医療構想調整会議の活性化につながっている。このような取組が横展開するように、事務局機能を補完する仕組みを構築する必要がある。



- 地域医療構想調整会議の体制の充実・強化に向けて、

- ① 都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置を推奨
 - ② 都道府県主催研修会の開催支援
 - ③ 地元に着した「地域医療構想アドバイザー」の育成
- について具体的に検討を進めてはどうか。 2

都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

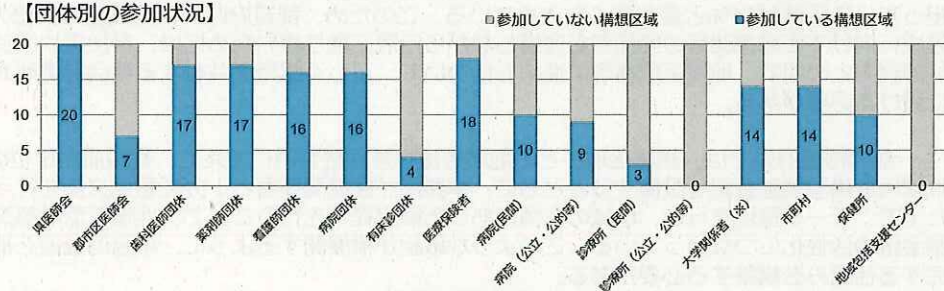
3

都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置状況①

○会議の設置状況： 設置済み20都府県

○20の会議の構成員の状況

【団体別の参加状況】



(参考) 構想区域ごとの調整会議の構成員の状況



4

都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置状況②

○20の会議の構成員の状況

【構想区域ごとの調整会議議長の参加状況】

- 全構想区域の議長が参加している : 2県
- 一部の議長が参加している : 6県
- 参加していない : 12県

○20の会議の主な議事

- ・医療計画の見直しに関する事
- ・調整会議の運営方針に関する事
- ・病床機能報告のデータ分析に関する事
- ・地域医療構想の取組状況、今後の進め方に関する事 等

○20の会議の、既存会議との併用状況

- ・都道府県医療審議会を活用 : 4県
- ・都道府県地域医療対策協議会を活用 : 2県
- ・その他既存の会議体を活用 : 5県
- ・他の会議体とは併用していない : 9県

都道府県単位の地域医療構想調整会議に関する論点と具体策（案）

- 都道府県単位の地域医療構想調整会議は、大半の都道府県において設置されていない。現に設置されている20の都道府県では、参加者や協議事項に違いがある。都道府県によっては、新たに会議体を設置していたり、医療計画全体の議論を行う既存の会議体を活用していたりする。
- 今後、都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置を推奨するにあたり、地域医療構想調整会議の活性化につながるよう、先進的な都道府県の取組を参考に、その役割や協議事項や参加者等について以下のとおり整理してはどうか。

<都道府県単位の地域医療構想調整会議の具体的な役割等>

- (役割) ・地域医療構想の達成に向けて各構想区域における調整会議での議論が円滑に進むように支援する。
- (協議事項) ・各構想区域における調整会議の運用に関する事（調整会議の協議事項、年間スケジュールなど）
・各構想区域における調整会議の議論の進捗状況に関する事（具体的対応方針の合意状況、再編統合の議論の状況など）
・各構想区域における調整会議の抱える課題解決に関する事（参考事例の共有など）
・病床機能報告制度等から得られるデータ分析に関する事（定量的な基準など）
・広域での調整が必要な事項に関する事（高度急性期の提供体制など）
- (参加者) ・各構想区域の調整会議の議長
・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
- (その他) ・既存の会議体を活用し、効率的に運用すること

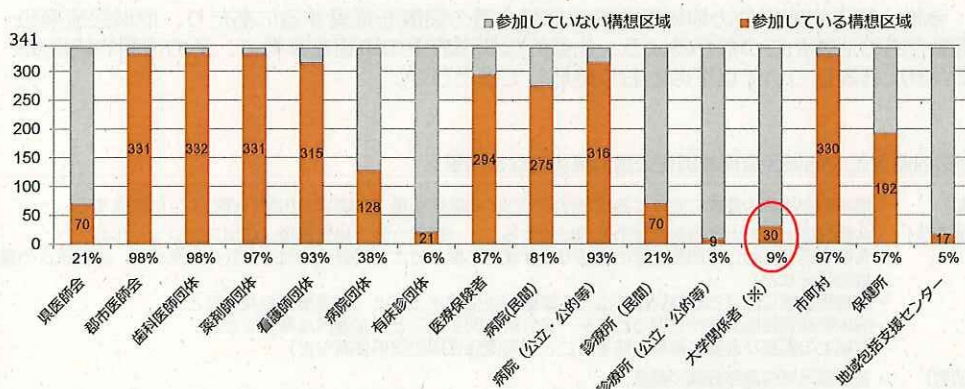
「地域医療構想アドバイザー」の育成

7

地域医療構想調整会議の体制 参加者の構成

- 地域医療構想調整会議の参加者は、様々な主体から構成されている。
- 学識経験者の立場として参加している大学関係者の割合は9%と少ない。

団体別にみた地域医療構想調整会議への参加状況



※大学病院の事業者の立場として出席しているものは除外した
(学識経験者の立場として出席しているものを集計した)

8

医政局地域医療計画課調べ

地域医療構想アドバイザーについて

位置付け

厚生労働省に「地域医療構想アドバイザーチーム（仮称）」を設置する。

役割

都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。
地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するように助言すること。

活動内容

厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席（年2～3回）
担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援（適宜）
担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席（適宜）等

選定方法

国が、都道府県の推薦を踏まえて選定する。
都道府県ごとに複数人を選定することも可とする。
都道府県は、選定要件を参考に、都道府県医師会と協議しながら、大学・病院団体等の意見も踏まえて、地域に密着した有識者を推薦する。^(注1)
(注1) 推薦に際しては、将来に向けて地域医療構想アドバイザーを養成する視点も考慮すること。例えば、現時点で必ずしも知見等が十分でない者であっても、研修等を経ることで、地域医療構想アドバイザーとしての役割を果たし得ると認められる者を推薦しても差し支えない。

選定要件

推薦を受ける都道府県の地域医療構想、医療計画などの内容を理解していること。
医療政策、病院経営に関する知見を有すること。
各種統計、病床機能報告などに基づくアセスメントができること。
推薦を受ける都道府県の都道府県医師会等の関係者と連携がとれること。^(注2)
推薦を受ける都道府県に主たる活動拠点があること。^(注3)
(注2) 都道府県は、都道府県医師会等の関係団体の役員を推薦しても差し支えない。
(注3) 営利企業は対象外とする。

地域医療構想アドバイザーに求められる具体的な活動内容

- 推薦を受ける都道府県の地域医療構想を十分に理解した上で、各調整会議に出席し、議論が活性化するように助言すること。
- 1. 都道府県が行うデータ分析の支援
 - 病床機能報告データをはじめとする各種データの定量的な分析を行う。
 - 各種データの分析方法、活用方法について、事務局の技術的に支援する。
 - 例) 現行の非稼働病床や病床稼働率の状況を整理する。
 - ・ 地域の実情に応じた定量的な基準の導入について助言する。
 - ・ 定量的な分析のデータ提示方法等、データの在り方に関して助言する。
- 2. 調整会議における議論の支援、ファシリテート
 - 公立・公的病院から提出されたプランや個別の医療機関の具体的対応方針等について、中立的・客観的立場から、調整会議の議論を促す。
 - 特に調整会議の議論が停滞した際、調整会議の参加者へ発言を促す。
 - 例) 公立・公的病院については、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医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化しているかを確認する。
 - ・ 非稼働病床を有する医療機関について、病床を稼働していない理由、当該病床の今後の運用見通しに関する計画について説明を求める。
 - ・ 新たな病床を整備する予定のある医療機関の医療機能と2025年の病床数の必要量との整合性を確認する。
 - ・ 回復期・慢性期の機能転換を図る予定の公立・公的病院について、民間医療機関では担うことができず不足している医療機能であるかを確認する。
- 3. その他
 - 推薦を受ける都道府県の地域医療構想を理解し、調整会議に参加していない医療関係者等に向けた行政の広報や周知活動を支援する。
 - 将来に向けて地元で密着した地域医療構想アドバイザーを養成する。
 - 個別の医療機関からの相談に対応する。

