

1 地域医療構想の概要について

- 平成26年6月に成立した「医療介護総合確保促進法」により医療法が改正され、平成27年4月以降、都道府県は「地域医療構想」を策定することとなった。
- 「地域医療構想」は、平成37年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに平成37年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 国から都道府県に対し、「地域医療構想策定ガイドライン」が昨年度末に発出。

(1) 構想の性格

医療計画の一部として定める。(医療法第30条の4)

(2) 構想の内容

構想区域を設定し、当該区域における病床の機能区分ごとの平成37年の必要病床数を推計して、その推計等に基づき、当該区域の目指すべき医療提供体制を明らかにする。(医療法 第30条の4第2項第7号・第8号)

<病床の4機能区分>

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 (Activities of Daily Living : 着替え, 入浴などの日常生活動作) 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
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、難病患者等を入院させる機能

2 策定スケジュール (最短の場合)

月	医療審議会	圏域保健医療福祉推進会議 (地域医療構想調整ワーキンググループ)
平成27年 3	医療審議会 (国のガイドライン及び本県における策定手順等)	
4	県から医療審議会に策定を諮問	
5		
6	国からデータの提供	
7	医療審議会医療体制部会 (データの共有・分析、構想区域の検討)	
8		圏域会議 (構想区域の検討、地域医療構想調整ワーキンググループの設置) ワーキンググループ (データの共有・分析等) [圏域会議と同日開催]
9		
10	医療審議会 (データの共有・分析、構想区域の設定)	
11	↓	
12	医療審議会医療体制部会 (各医療機能の病床の必要量、構想を実現するための施策等)	
平成28年 1		ワーキンググループ (各医療機能の病床の必要量、構想を実現するための施策等)
2	医療審議会医療体制部会 (素案検討、現行医療計画の見直し(注)) パブコメ・関係団体等への意見聴取	素案について構成員へ文書照会
3	医療審議会 (答申) ↓ 公示 (地域医療構想、基準病床数)	

(注) 現行医療計画のうち基準病床数が今年度で期間を終了するため、次期医療計画を策定するまでの2年間(平成28~29年度)の基準病床数を設定する。

地域医療構想調整ワーキンググループ等における主な意見

地域医療構想調整ワーキンググループ … 地域医療構想を策定するに当たり各地域の医療関係者のご意見をお聞きするため圏域保健医療福祉推進会議の下に設置。圏域保健医療福祉推進会議の医療関係の構成員及び市町村代表者に加え、新たに回復期や慢性期の医療機関の代表、医療保険者代表、看護協会代表で構成。

医療圏	主な意見
名古屋	<ul style="list-style-type: none"> ○ 名古屋医療圏と尾張中部医療圏を統合すると、人口240万人を超える医療圏となる。一つの医療圏になったとしても、その中には様々な地域があるということを念頭に置いて病床の機能を考えてほしい。
尾張中部	<ul style="list-style-type: none"> ○ 名古屋と統合することはやむを得ないと思うが、政令指定都市である名古屋市と二次医療圏が一緒になった場合に混乱を招かないよう、行政手続等については、明確に取り決めてほしい。 ○ 人口構造が変化した場合、受療動向にも当然変化が出てくるため、構想区域の見直しは継続的に検討してほしい。 ○ 病気が安定期へ向かっていく中で、地元の介護とうまくつながっていく流れを考えてほしい。 ○ 名古屋と合同で開催されるワーキンググループでは、この地域の意見を十分斟酌してほしい。
尾張東部	<ul style="list-style-type: none"> ○ 大学病院の使命は、第一に医療人の育成と先進医療の推進にあり、これを達成するために高度急性期医療の病床機能を有している。地域医療構想の中で病床機能を議論する中で、一般病院と大学病院の病床機能を同列で議論することには大きな無理がある。地域医療構想の中での大学病院の病床機能の位置づけについて厚労省に伝達してほしい。
尾張西部	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅医療を含めて、回復期・慢性期になるにつれて、もう少し小さいエリアで完結をさせるという考え方も必要だと思う。 ○ 地域医療構想は、不足する病床機能をどうするかということであって、決して過剰な病床を削減するというものではないと理解している。また、機能の不足している部分をどう補うかというよりは、どうシフトさせるかということになると考えている。

※ 名古屋及び尾張中部医療圏については、圏域保健医療福祉推進会議における意見。今後、合同ワーキンググループを設置する予定。

医療圏	主な意見
尾張北部	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当医療圏は一般病床も療養病床も少ない状況である。さらに医師も少ないので、病床数を減らすことだけを考えて一律に削減してはならない。 ○ 新聞では、かなり病床を減らすという記事があったが、実際には次回の診療報酬も下げられると予想され、そのままにしておいても病床数は減るのではないか。変な調整をするとますます病床が不足するのではないか。4機能の病床のバランスの問題であって、ベッド数にこだわるのはどうかと思う。 ○ 診療報酬がはっきりしない中で、病床を転換するのは非常に難しい。
西南三河東部	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今後病床を整備していく上で、医療機能別のしっかりした基準がないと、整備予定を立てることができない。 ○ 岡崎市に新しい病院が建設されるという前提で考えれば、「医療機関所在地ベース」ではなく「患者住所地ベース」による必要病床数が、この地域には当てはまると思う。
西南三河西	<ul style="list-style-type: none"> ○ 被用者保険の対象者は現役世代であるが、地域医療構想については高齢者が議論の中心となっている。議論を進めていく上で現役世代が不利益になることが起きないか危惧している。(他のワーキンググループでも同趣旨の意見)
東北三河部	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当地域では、病床数を区分けする作業よりも、現状のマンパワーや将来の推計を踏まえ、医療や介護、病院や診療所の垣根を越えた役割分担や、関係性の構築が重要と思う。 ○ 当地域は、多くの家庭が独居高齢者か高齢者の2人家族である。本来病院にいた方がよい人を在宅で看ようという状態にはない。都市部とは違う特殊性があり、在宅医療はあまり成り立たないと言っている。単にベッド数の調整というだけでなく、特養とか老健等の中間施設の需要がどれくらい伸びるかを見据えて検討することが大切だと思う。
東南三河部	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療難民を出さないようにすることが重要だと思う。慢性期の病床は減ったが、在宅での医療が進まないということでは、すぐに医療難民の問題が出てくる。 ○ 当医療圏には療養病床が多く、転換しろと言われても、マンパワーが足りない。 ○ 病床機能報告において、「地域包括ケア病床」など診療報酬上の病棟について、急性期とするのか、回復期にするのかできるだけ早く決めてほしい。

○ 平成37年の必要病床数(たたき台)

(床)

構想区域		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
名古屋・尾張中部	必要病床数	2,885	8,067	7,509	3,578	22,039
	平成26年の病床数	6,987	9,465	1,925	4,233	22,610
	差引	△ 4,102	△ 1,398	5,584	△ 655	△ 571
海部	必要病床数	192	640	772	377	1,981
	平成26年の病床数	32	1,170	342	551	2,095
	差引	160	△ 530	430	△ 174	△ 114
尾張東部	必要病床数	799	2,309	1,374	786	5,268
	平成26年の病床数	2,438	1,402	146	800	4,786
	差引	△ 1,639	907	1,228	△ 14	482
尾張西部	必要病床数	407	1,394	1,508	613	3,922
	平成26年の病床数	102	2,528	486	730	3,846
	差引	305	△ 1,134	1,022	△ 117	76
尾張北部	必要病床数	565	1,822	1,789	1,209	5,385
	平成26年の病床数	753	2,753	518	1,413	5,437
	差引	△ 188	△ 931	1,271	△ 204	△ 52
知多半島	必要病床数	319	1,108	1,209	674	3,310
	平成26年の病床数	694	1,822	252	596	3,364
	差引	△ 375	△ 714	957	78	△ 54

(床)

構想区域		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
西三河北部	必要病床数	368	1,128	990	578 → 619 (41)	3,064 → 3,105 (41)
	平成26年の病床数	330	1,727	197	425	2,679
	差引	38	△ 599	793	194	426
西三河南部東	必要病床数	231 → 285 (54)	706 → 836 (130)	902 → 1,021 (119)	486	2,325 → 2,628 (303)
	平成26年の病床数	714	672	487	443	2,316
	差引	△ 429	164	534	43	312
西三河南部西	必要病床数	585 → 531 (△54)	1,703 → 1,590 (△113)	1,770 → 1,668 (△102)	940 → 899 (△41)	4,998 → 4,688 (△310)
	平成26年の病床数	1,510	1,546	629	1,170	4,855
	差引	△ 979	44	1,039	△ 271	△ 167
東三河北部	必要病床数	19	103	70	75	267
	平成26年の病床数	0	246	0	291	537
	差引	19	△ 143	70	△ 216	△ 270
東三河南部	必要病床数	537	1,633 → 1,616 (△17)	1,587 → 1,570 (△17)	1,457	5,214 → 5,180 (△34)
	平成26年の病床数	911	2,499	487	2,765	6,662
	差引	△ 374	△ 883	1,083	△ 1,308	△ 1,482
計	必要病床数	6,907	20,613	19,480	10,773	57,773
	平成26年の病床数	14,471	25,830	5,469	13,417	59,187
	差引	△ 7,564	△ 5,217	14,011	△ 2,644	△ 1,414

※ 「必要病床数」は、「3 構想区域間の供給数の増減の調整について(たたき台)」に基づく値。

※ 「必要病床数」の矢印は、(仮称)豊田若葉病院等の増床(開設)予定を踏まえた調整を意味する。

※ 「平成26年の病床数」は、病院名簿(平成26.10.1現在)における一般病床数、療養病床数、有床診療所病床数の合計を、平成26年病床機能報告結果の病床機能の割合を適用し、算出した参考値。

5 将来のあるべき医療提供体制を実現するための取組

(1) 考え方

ア 地域医療構想を実現するためには、**病床の機能分化と連携**を進める必要がある。特に不足が見込まれる回復期機能の病床への転換や新設及び機能毎の円滑な連携に向け、地域医療構想調整ワーキンググループ会議などの場を活用し、**医療機関の自主的な取組を促す**とともに、**医療機関相互の協議**を行う。

イ 地域医療構想においては、療養病床の入院患者数のうち一定数を在宅医療で対応する患者数として見込んでいることから、**在宅医療の充実強化**を図る必要がある。

ウ 将来のあるべき医療提供体制に再構築する上で必要不可欠な**医療従事者の確保・養成**を図る必要がある。

エ こうした取組を実施、支援するために、**地域医療介護総合確保基金**を積極的に活用する。

(2) 今後の方策

<p>病床の機能の分化及び連携の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療機能が充足できるよう、病床の転換等を支援する。 医療機関間において医療情報の連携を図り、患者の状態に応じ適切な医療機関で必要な医療を提供するため、ICT（情報通信技術）を活用した地域医療ネットワーク基盤の整備を推進する。 医療機関の機能分化と相互連携を推進するため、病診連携システムの整備を推進する。 一般医療と精神科医療の連携を推進し、長期入院精神障害者を始めとする精神障害者の地域移行をより一層進める。 病院内における周術期の術前から術後の口腔機能管理として前方連携及び後方連携を行うため、愛知県歯科医師会在宅歯科医療連携室等との連携強化を図る。
<p>在宅医療の充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> 郡市区医師会に設置した在宅医療サポートセンターの支援等により、24時間365日対応可能な在宅医療提供体制の構築を推進する。 医療及び介護関係者が医療情報を共有するため、市町村が行うICT（情報通信技術）による在宅医療連携システムの導入を支援する。

<p>在宅医療の充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> 市町村が主体となり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がチームとなって患者・家族をサポートする体制を支援する。 医療、介護、福祉などを地域において切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を図る。 在宅歯科診療に必要な医療機器等の整備を進める。 医師会、歯科医師会、薬剤師会等関係機関と相互に連携し、医薬品の適正使用に繋がる、より質の高い医薬分業を推進する。 地域の薬局による服薬指導・服薬管理の取組を進める。
<p>医療従事者の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医師不足地域等の病院勤務医の養成や女性医師が働きやすい勤務環境の整備など医師確保対策を推進する。 医師や歯科医師、薬剤師、看護師を含めた保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者に適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できるように、資質の高い保健医療従事者の養成を推進する。 看護職員の養成や再就業の支援、資質の向上に努める。 在宅医療を支援する歯科医師の養成を図る。 医薬分業や在宅医療の進展等に伴い、地域の需要に即した薬剤師の確保と質の向上を目指す。

6 今後の予定

- 平成28年1月から2月にかけて、構想区域毎に開催する「地域医療構想調整ワーキンググループ会議」において、必要病床数等について意見聴取
- 平成28年2月19日（金）開催予定の当部会において、「地域医療構想調整ワーキンググループ会議」の意見等を踏まえて、必要病床数等について審議