

平成30年度 地域保健総合推進事業

「地域医療構想の推進及び地域包括
ケアシステムの構築にかかる
都道府県の役割に関する調査研究」
報告書

平成 31 年 3 月

日本公衆衛生協会

分担事業者 角野 文彦

(滋賀県健康医療福祉部 理事)

目 次

I 目的 -----	1
II 研究方法	
II-1 研究組織 -----	2
II-2 事業実施内容 -----	2
III 保健所政令市への調査	
III-1 方法 -----	4
III-2 結果と考察 -----	4
IV 先進的取り組み自治体への視察結果 -----	15
IV-1 船橋市 -----	17
IV-2 豊田市 -----	20
IV-3 豊橋市 -----	24
IV-4-1 豊中市 -----	27
IV-4-2 大阪府 -----	29
IV-5 長崎市 -----	31
IV-6 富山県 -----	35
V 地域医療区構想推進の手引書 -----	38
VI 地域医療構想推進に当たってのデータ活用 -----	60
VII 提言 -----	63
VIII 資料編	
VIII-1 アンケート用紙 -----	67
VIII-2 調査結果一覧 -----	71

I 目的

地域医療構想の推進と地域包括ケアシステム構築の主体は前者が都道府県、後者が市町村と位置付けられているが、都道府県と市町村がしっかりと連携することが肝要である。しかしながら、両者の関係において中核市の場合には都道府県と必ずしも連携が十分でない状況がある。本研究では中核市及び保健所政令市の保険・福祉部門の組織体制、都道府県との連携の状況等を調査し、両者の関係性に特徴のある地域を視察、調査することにより、好事例を紹介するとともに、具体的なデータ活用を示し、地域医療構想及び地域包括ケアシステムの構築の推進に向けた取り組みの進展を図ることを目的とする。

II 研究方法

II-1 研究組織

分担事業者 角野文彦（滋賀県健康医療福祉部 次長）
協力事業者 阿彥忠之（山形県健康福祉部 医療統括監）
山崎 理（新潟県福祉保健部 副部長）
大江 浩（富山県新川厚生センター 所長）
越田理恵（金沢市保健局 担当局長）
切手俊弘（滋賀県彦根保健所 所長）
畠山英明（大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課 課長補佐）
柴田敏之（大阪府吹田保健所 所長）
逢坂悟郎（兵庫県丹波健康福祉事務所 所長）
藤内修二（大分県福祉保健部 次長）
糸数 公（沖縄県保健医療部 保健衛生統括監）
国吉秀樹（沖縄県八重山保健所 所長）
アドバイザー 櫻本真聿（四国医療産業研究所 所長）

II-2 事業実施内容

1) 研究班会議の開催

第1回研究班会議 平成30年6月19日（火）於：東京都内

- ① 昨年度事業評価について
- ② 今年度事業のタイムスケジュールについて
- ③ 調査内容について
- ④ 役割分担について

第2回研究班会議 平成30年8月4日（土）於：東京都内

- ① 好事例の収集について
- ② 調査項目について
- ③ 役割分担について

第3回研究班会議 平成30年10月24日（水）於：郡山市内

- ① 保健所政令市対象調査について
- ② 都道府県調査について
- ③ 視察について
- ④ 今後について

第4回研究班会議 平成31年1月19日（土）於：東京都内

- ① 保健所政令市対象調査結果について
- ② 視察結果について
- ③ 地域構想推進マニュアル(案)について
- ④ 発表会について

2) アンケート調査の実施

今年度は都道府県を対象とした調査は実施せず、政令指定都市を除く保健所政令市を対象とする調査を行うこととした。

3) 先進的取り組み自治体への視察

調査結果を元に、先進的取り組みを行っている自治体への視察調査を行った。

4) 地域医療構想推進の手引書作成

自治体が地域医療構想を推進するにおいて参考となる手引書を、新潟県のものを元に作成した。

5) データ活用の具体例

様々な統計資料があるにも関わらず、それらが十分に活用されていない実態があることから、具体的な活用事例を作成した。

III 保健所政令市への調査

III—1 方法

- ◆ 調査期間：2018年9月25日～10月12日
- ◆ 調査対象：政令指定都市を除く保健所政令市 60市（うち中核市54市）
- ◆ 調査方法：調査依頼状および質問用紙を全国政令市衛生部局長会事務局から配信、メールにて研究班に回答を得た
- ◆ 調査項目：
 - 【1】 調査市のプロフィール：3項目
 - 【2】 調査市の組織・機構（福祉・保健部局）：2項目
 - 【3】 地域医療構想と地域包括ケア推進の構築における都道府県との関係：3項目
 - 【4】 地域包括ケアの推進、在宅医療介護連携の構築に向けた取り組み等：8項目
 - 【5】 地域包括ケア推進に向けたICTの活用：3項目

III—2 結果と考察

- ◆ 回収率：100%（60/60市）
- ◆ 調査結果
 - 【1】 調査市のプロフィール
 - (1) 推定人口：60市合計 22,362,879人（全人口の18%）
(max) 船橋市：636,539人、(min) 大牟田市：113,399人
 - (2) 高齢化率：平均27.8%
(max) 小樽市：39.5%、(min) 那覇市：22.2%
 - (3) 郡市医師会との関係

調査市=調査市医師会	41	68%
調査市内に複数の郡市医師会	10	17%
調査市と周辺市町村がひとつの郡市医師会に属する	9	15%

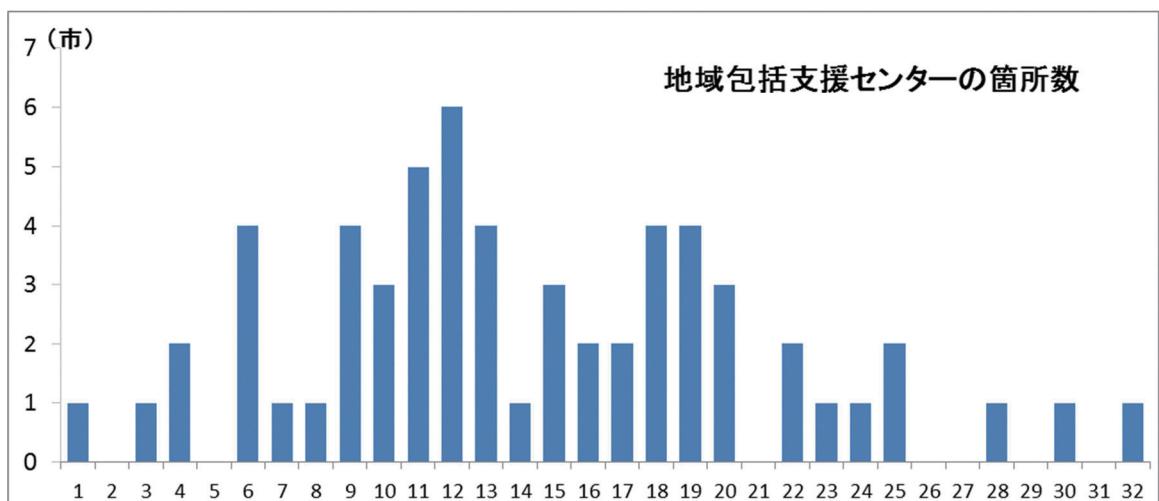
【2】 調査市の組織・機構（福祉・保健部局）

（1）機構

福祉部局と健康保健部局が分離	34	57%
福祉部局と健康保健部局が一体	26	43%

（2）地域包括支援センター

直営	3	5%
委託	45	75%
その他（基幹型は直営）	12	20%



【3】 地域医療構想と地域包括ケアシステム推進の構築における都道府県との関係

（1－1）地域医療構想と医療計画に関しての都道府県に対する窓口

保健所	37	61%
保健所以外の保健部局の担当課	9	15%

福祉部局	4	7%
その他	10	17%

(1-2) 地域医療構想と医療計画に関する都道府県の会議への参加者

保健所長	17	28%
所管局長（部長）	6	10%
保健所長と所管局長など（部長）	29	49%
その他	8	13%

(2-1) 地域包括ケアと医療介護連携に関する都道府県に対する窓口

保健所	1	2%
保健所以外の保健部局の担当課	6	10%
福祉部局	38	63%
その他	15	25%

(2-2) 地域包括ケアと医療介護連携に関する都道府県の会議への参加者

保健所長	1	2%
所管局長（部長）	10	17%
保健所長と所管局長など（部長）	11	18%
その他	38	63%

(3) 地域医療構想と地域包括ケア推進についての都道府県との関係

都道府県の指導の下、綿密に情報交換しながら推進	13	22%
ある程度は都道府県との情報交換	42	70%
都道府県に頼ることなく、独自で推進	5	8%

【4】 地域包括ケアの推進、在宅医療介護連携の構築に向けた取り組み等

(1) 調査市独自の医療計画について

策定済み	7	12%
策定中	0	0%
策定予定	2	3%
策定予定なし	51	85%

(2-1) 郡市医師会との関係

よく連携を取りながら進めている	45	75%
一部で連携がとれている	14	23%
あまり連携できていない	1	2%

(2-2 : 具体的な連携成果)

- 医療介護連携施策全般
- 協議会の立ち上げ、取組み推進
- 研修会の開催、情報共有シートの作成
- 在宅医療介護連携推進事業（在宅医療介護連携支援センター業務）委託
- 医療介護事業所連携に関わる研修会の企画（多職種研修会、在宅医療出前講座）
- 在宅医療体制整備に関しての補助金交付
- 在宅医療相談窓口を設置し、業務委託
- 在宅医療・福祉連携推進会議への参画
- 在宅医療サポートセンターを医師会に委託
- 複数の共済事業
- 在宅医療介護連携推進事業を委託し、相談窓口を設置
- ICT 導入等の実施
- 多職種による地域課題の抽出、対応策の協議の場を医師会と共同開催
- 在宅医療介護連携推進事業の一部を委託し、定期的に会議を開催し情報共有を図っている
- 多職種連携会議、市民公開講座の開催

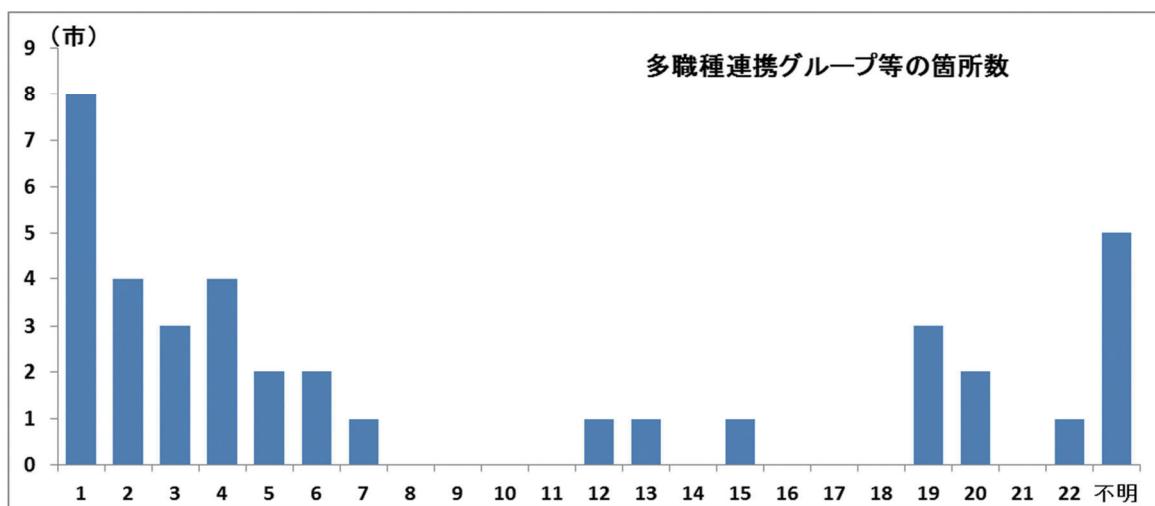
- 在宅医療実施医療機関のリスト化
- 在宅ケア便利帳、研修会、在宅医療コーディネーター養成
- 地域包括ケアシステムの構築推進に関する連携協定の締結
- 医介連携協議会への参画、認知症初期集中支援チーム 等

(2) 在宅医療介護連携支援センター(の様な機関組織)の設置

設置済み	50	83%
設置予定	3	5%
設置予定なし	7	12%

(3) 市内での、多連携グループ等の立ち上げ状況

既に始動	38	63%
始動なし	22	37%



(4) 上記の（1）～（4）に対して、都道府県の指導や支援があったか

充分にあった	0	0%
ある程度あった	21	35%
ほとんどなかった	22	37%
なかつたので、市独自でやった	17	28%

(5) 地域医療介護総合確保基金について

毎年、都道府県を介して詳しい情報が入る	21	35%
ある程度情報が入る	28	47%
ほとんど情報はない	11	18%

(6) 地域包括ケア推進の構築に向けて、都道府県の指導や支援は必要か

必要	27	45%
項目によっては必要	32	53%
不要	1	2%

(7—2：どの様な支援？)

- 広域連携の協議の場作り
- 広域での情報供給
- 研修会参加に伴う負担金等の支援
- 地域療養支援体制整備における評価指標の提示
- 県内自治体の取組状況の情報提供
- 退院支援ルール
- 全自治体向けは不要、市町村格差を解消する県レベルの底上げ活動
- 近隣市町との連携、都道府県が把握している各種データの提供
- 県内の他市町の取組みに関する情報提供
- 在宅医療提供体制の充実、ICTの一元化
- 県が把握・所管している基礎的なデータの提供
- 県レベルでの関係団体の調整、住宅医療体制整備（小児科含む）
- 予算の確保、医療介護資源の確保
- 他市の成功事例の共有
- 在宅医療の提供体制に関する情報共有
- 市町村間の連携に関する支援や情報提供
- 専門人材の確保、医療介護連携に関する広域的な住民啓発

- 在宅医療の広報、住民啓発
- 広域的な状況把握や課題抽出、連携等
- 在宅医療介護連携に関するデータの提供
- 共通の情報共有ツールの運用など他市、他県にまたがる医療機関との連携体制の構築
- 県内統一の医療介護専用 ICT の導入
- 在宅医の育成・研修、介護人材の育成・研修
- 県内の地域包括ケア推進管理のためのデータ提供と評価
- 施設整備に関する地域医療構想との整合

(7) 介護予防に関する地域支援事業の所管部局は

保健部局	4	7%
福祉部局	47	78%
その他	9	15%

【5】 地域包括ケア推進に向けた ICT の活用

(1) 貴市における地域包括ケアの推進に向けた ICT の活用について

活用中	25	42%
活用予定・検討中	14	23%
活用予定なし	21	35%

(2) ICT を活用したシステムの運用主体 (n=39:活用中/活用予定・検討中)

調査市	5	8%
医師会	18	30%
調査市と医師会	3	5%
その他	13	22%

(3) ICT を活用したシステムの概要

小樽市：ICT 委員会を設置し、北海道の補助金対策事業「患者情報共有ネットワーク構築事業」として ICT を利用した医療介護連携システム「おたるワンチーム」を平成 29 年度からスタートさせた。

川口市：川口市医師会を中心に歯科医師会、薬剤師会をはじめ、訪問看護ステーション、介護支援専門員など在宅患者に関わる多職種で、MCS（メディカルケアステーション）を情報共有に活用

茅ヶ崎市：神奈川県地域医療 I C T システム構築、モデル事業として H28 年頃から 2 年間、FUJIFILM の C@RNA システムを活用

富山市：認知症高齢者等の徘徊による事故防止、家族負担の軽減を図るため、ICT を活用して、認知症高齢者等が行方不明となった時に早期発見できる体制づくりをすすめている。

豊田市、岡崎市、豊橋市：名古屋大学が開発した「電子@連絡帳」を利用して、医療・介護関係者による患者情報の共有（H29～）、専門職が情報を簡単に共有し、地域の医療連携と地域包括ケアを統合的に実現できる多職種連携プラットフォーム

大津市：在宅療養支援における利用者情報の共有、病院の電子カルテを病院、診療所等で閲覧、個別情報を共有

東大阪市：認知症初期集中支援事業における支援チーム内での情報共有

大牟田市、久留米市：福岡県医師会において在宅医療介護連携の情報連携のツールとして「診療情報ネットワーク（とびうめネット）」を活用

宮崎市：主に病院・診療所間における診療情報等の情報共有、及び在宅医療・介護に携わる多職種間におけるコミュニケーション機能を有するシステム

宇都宮市：【地域包括資源検索サイト】地域の医療・介護関係者を対象に、連携に必要な情報（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）や在宅医療で対応できることなどの情報を提供するもの 【どこでも連絡帳】①パソコン、タブレット端末、スマートフォンを使用し、簡単かつ安全に多職種で情報を共有できる「医介連携専用ネットワーク」 ②県内統一の医介連携ネットワークとして、木県医師会が運用している。（日本エンブレース 提供：Medical CareStation）

船橋市：カナミックネットワーク「tritrus」システムを市で契約し、ID、PW 取得申請窓口を地域包括ケア推進課で行い、これまでに 294 名に配付した。患者別ページは 52 名分に留まっているが、徐々に活用が始まっており、今後、在宅医の負担軽減のための輪番制導入に向けての取組み手法の一つとして活用する予定のグループが出現するなど、地域での取り組みに期待している。

八王子市：（福祉部）医療機関や介護事業所、地域主体による生活支援サービス提供団体、高齢者サロン等の情報を集約し、インターネットを通じてま

とめて検索できる「地域包括ケア情報サイト」を公開。(医療保険部) 在宅医療支援システム「まごころネット八王子」在宅患者の基本情報、医療情報、経過記録情報等を医療クラウド上に開発したシステムに登録・蓄積し、多職種(かかりつけ医、訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ケアマネージャー等)間で情報共有・コミュニケーションが可能なシステム

横須賀市:【(株) カナミックネットワーク社 TRITRUSシステムの利用】在宅医療の関係職種が在宅医療・介護サービスに関する情報交換にはITを使い、タイムリーに共有することにより、漏れや落ちのない効率的な在宅医療介護を提供することができる。横須賀市医師会からIDを発行された者であれば、医師が招待したグループ内で、多職種が入力した内容(患者情報)を相互に確認することができる。

豊中市:在宅医療を行うにあたり、医療と介護等の多職種間でスムーズかつスピーディーで適切な情報共有を行い、医療と介護の質を向上させるためのインターネットコミュニケーションツールである。日本エンブレースが開発したメディカルケアシステムを採用し、愛称を「虹ネット.com(豊中あんしんネット)」として活用している。

尼崎市:患者の同意のもとに、各医療機関に保管されている医療情報を高度に暗号化してインターネットで結び、医療機関相互で共有することにより、診療に役立てるための仕組み。(ICTを活用して複数の医療機関を接続し、診療情報を共有して地域全体で医療に取り組むシステム。)なお、介護機関も含めた多職種連携のためのICT(MCSやバッカルソクなど)については、現在検討中。

明石市:明石市在宅医療連携システム(しごせんネット)在宅医療を行っている患者の状態を、かかりつけ医やバックアップ病院等の関係者間で共有しようとするもの(平成30年9月末時点 70医療機関が登録)。

松江市:島根県全域を結ぶヘルスケアのための専用ネットワーク。質の高い医療を提供し、医療機関相互の連携を強化し地域の医療提供体制を整備し、医療・介護連携を促進し地域包括ケアの構築に資することが目的。患者の診療情報を医療機関及び介護保険事業所及び行政と共有できる。

長崎市:【あじさいネット】内容:当該システムに登録した医療関係機関をセキュリティネットワークで繋ぎ、パソコンやタブレット端末上で様々な医療情報を共有することができるシステム。平成16年運用開始。平成30年現在、情報提供病院が36、情報閲覧施設が344。今後、本システムに長崎市が持つ行政情報等を共有することについての議論・検討を図る予定。

◆ 考察

都道府県が策定、推進を図っている「地域医療構想」を背景に、市町村ではそれぞれ異なる地域の様々な社会資源や人材、歴史文化を取り込んでオーダーメイドの「地域包括ケアシステム」を構築し“住み慣れた地で慣れ親しんだ人々に囲まれて

可能な限り在宅での生活を全うする”ことを究極の目標に、各自治体では様々な工夫を凝らしている。

従来、都道府県は全国一定の基準と期間が定められた医療計画を策定し、種々の医療に関わる政策展開を行ってきたが、基礎自治体（市町村）は、国民健康保険と介護保険の保険者としての実務を遂行しているものの、医療政策そのものを独自で展開することはほとんどなかった。また市町村エリアに呼応した郡市医師会とは、住民検診や予防接種、介護保険や障害認定、等々の事業委託によって、相互理解と良好な協力体制が構築されている自治体もある一方で、「医療は敷居が高い」と感じている自治体も少なからず存在すると思われる。

反面、多くの市町村は住民に最も近い行政単位であるが故、地域福祉事業に関してはしっかりととしたノウハウを持っている。地域福祉の根幹である社会福祉協議会、民生児童委員協議会、そして日常生活圏域の要である地域包括支援センターのリーダシップなど、様々な社会資源や人脈“福祉のお宝”によって福祉事業が脈々と展開てきていている。

すなわち従来「医療は都道府県、福祉は市町村」という棲み分けが、何となくできあがっていた。しかし、平成 26 年「医療介護総合確保推進法」の公布により、市町村が、在宅医療の推進および介護連携を地域包括ケアシステムの構築に組み込んで取り組む方向性が打ち出された。それまで医療政策に関しては、主に検診や予防接種等の保健事業のみの関与であった市町村にとっては、在宅医療の推進や医療職も含めた多職種連携による事業展開に際しては、必然的に都道府県を頼りにすることになり、県型保健所に大きな期待が寄せられていた。しかしながら、保健所設置市（政令指定都市、中核市、保健所政令市、東京 23 区）では、自治体内で医療と福祉事業が完結可能であり、都道府県の支援を受けることなく独自のシステムを構築している。保健所設置市が、都道府県と良好な関係を保ちつつ、それぞれ足りないところを補完し合いながら、密に連絡を取り合い、医療圏全体ひいては都道府県全体のレベルアップに繋げるために、その実態を把握した上で、保健所設置市の事業推進を行って行くべきではないかと思う。

2018 年 10 月現在、中核市 54 市を含む保健所政令市 60 市の総人口は、2,240 万人で日本の全人口の 18% である。これに加えて、政令指定都市の人口 2,770 万人、東京 23 区の人口 940 万人を加えると約 6,000 万人となり、日本の総人口の 48% を占めることになる。すなわち都道府県（県型保健所）の支援は日本全体では、約半数の人口を有する市町村にとどまっていることになる。加えて、多くの県庁所在地は政令指定都市ないしは中核市であり、保健所設置市には公的病院はじめ医療資源が比較的豊富に存在する。

今回は中核市を含む保健所政令市 60 市に対して調査を行ったが、本来なら福祉と医療の連携が最もとりやすい規模でありながら、福祉部局と保健部局が一体ではなく分かれている自治体は 34 市（57%）であった。また、中核市は独自の保健所を持っているにもかかわらず、必ずしも都道府県に対して、地域医療構想や地域包括ケアの推進の窓口になつてはいないのも特徴的であった。すなわち、中核市では都道府県の策定する地域医療構想や医療計画の窓口は 3 割が保健所ではない保健部

局の担当課が担っている（保健所は積極的に関与していない）。また在宅医療と地域包括ケア推進のための窓口は8割以上が福祉部局であり、いずれも県型保健所の関わり方とは異なる。更に、地域医療構想や地域包括ケアシステムを推進するにあたって都道府県と綿密に情報交換をしていた市は2割程度で、全く都道府県に頼ることなく独自で推進していたのは1割、残りはある程度の情報交換を行いながらと回答している。一方、在宅医療介護連携推進に関しては、これまでに築き上げてきた郡市医師会の支援協力を受けながら中核市独自で、多職種連携グループの立ちあげや、在宅医療介護連携支援センターの開設を行っており、必ずしも都道府県の支援を必要としていなかった。

保健所設置市では都市の規模や経験値から独自で施策の展開を進めているので、技術面での都道府県の指導は必ずしも必要とされていないようである。一方で、事業遂行のために必要な財源としての地域医療介護総合確保基金の情報は必ずしも充分に中核市には伝わっておらず、今後の事業展開のための財源として都道府県に期待がかけられている。

地域包括ケアシステムの推進、在宅医療および介護連携の推進のためには、特に多職種連携グループの連絡ツールや、退院後支援の医療機関連携、地域包括支援センターでのフォローなどに、ICTの活用は不可欠である。いくつかの県ではこれらの基盤を整備する為に初期投資を行い、その後は都道府県医師会および郡市医師会との強い連携の下、既に半数近くの基礎自治体で稼働している状況であった。

以上の結果から、保健所設置市が行う地域医療構想や地域包括ケアの推進に関するキーワードは、「郡市医師会との連携」と「ICTの活用」であり、これらを進めるために都道府県に期待することを以下のように整理した。

1. 他の市町村の先駆的な取り組み（成功事例）の紹介
2. 予算確保（地域医療介護総合確保基金による財政支援）
3. 県内統一の医療介護連携のためのICTの導入
4. 現場で活かす在宅医療推進の支援（入退院支援ルールの作成等）
5. 都道府県が把握している基礎データの開示
6. 人材育成（在宅医の育成・研修、介護人材の確保・育成・研修等）
7. 在宅医療推進にかかる広域的な住民啓発や広報
8. 達成指標の提示
9. 広域連携への支援

これらの結果を踏まえ、保健所設置市（政令指定都市、中核市、等）は、地域包括ケアシステムの構築と推進に関して、都道府県と情報交換を行いながら、医療圏全体を底上げすることを視野に入れて、施策を展開することが求められている。

IV 先進的取り組み自治体への視察結果

保健所政令市 60 市に対して行った前述のアンケート調査結果より、本研究の趣旨を受け、特筆すべき市への視察を行った。視察地の選定に当たっては、保健所政令市本来の持つプロフィール（高齢化率、人口規模、医療資源、地理的要因、等）に加えて、以下の点を勘案した。

- 地域包括ケアシステムの構築および推進のために、先駆的取り組みを行っている。
- 医師会と密に連携して、在宅医療の推進と介護連携を進めている。
- 地域医療構想の観点から、特に公立病院のあり方のモデルケースになる事例がある。
- 都道府県と連携をとり、地域医療介護総合確保基金を利用して事業展開を行っている。
- 医療圏に混在する県型保健所と連携をとりながら、共存共栄を図っている。
- ICT の活用、普及によって、多職種の連携に寄与している。

以上より、船橋市、豊田市、豊橋市、豊中市、長崎市、愛知県庁、大阪府庁、長崎県庁を選定し、2018 年 12 月～2019 年 1 月に視察を行った。

以下、5 市の総括を掲載する。

	人口 (万人)	高齢化率 (%)	医療圏	機構 (保健/福祉)	都市医師会	地域包括ケアの推進
船橋	63.7	23.7	「東葛南部」 (6市) 県型保健所 と共に存	健康福祉局	【市=医師会】 船橋市医師会	船橋市在宅医療ひまわりネットワーク 「在宅医療支援拠点ふなぽーと」 “住まい”への積極的な支援
豊田	42.6	22.3	「西三河北部」 (2市) 県型保健所 支所と共に存	福祉部 & 保健部	【市=医師会】 豊田加茂 医師会	在宅医療サポートセンター(当初愛知県設置) 豊田みよしケアネット(電子@連絡帳) 豊田地域医療センター(大学寄附講座)
豊橋	37.7	24.9	「東三河南部」 (4市) 県型保健所 と共に存	福祉部 & 健康部	【市=医師会】 豊橋市医師会	在宅医療サポートセンター(当初愛知県設置) 東三河ほいっぷネットワーク(電子@連絡帳) お互いさまのまちづくり
豊中	39.8	25.5	「豊能」 (4市2町) 県型保健所 と共に存	健康福祉部	【市=医師会】 豊中市医師会	「虹ねっと連絡会」 「虹ねっと com」(豊中あんしんネット) 地域包括ケアへの保健所の関与
長崎	42.2	31.2	「長崎」 (2市2町) 県型保健所 と共に存	福祉部 & 市民健康部	【市=医師会】 長崎市医師会	包括ケアまちんなかラウンジ 多機関型地域包括支援センター 在宅支援リハビリセンター

※ 人口・高齢化率は 2018 年内のデータ、機構は 2018 年度

愛知県が設置した「在宅医療サポートセンター」は平成 30 年以降、各市町村で設置なお、後述の「地域医療構想推進の手引き」作成のための参考とするために、富山県を視察した。

また、年齢調整レセプト出現率（SCR）より、それぞれの市の特徴を掲載する。

自宅死 割合 H28	年齢調整レセプト出現比(SCR) H27							
	退院調整加算 (H30入退院支援加算)			介護支援 (等)連携 指導料	退院時 リハビリ 指導料	訪問看護指示料		
	~14日	15~30日	31日~			入院	外来	
全国値	13.0	100	100	100	100	100	100	100
船橋市	19.9	243.7	140.9	97.0	51.5	129.3	93.5	78.6
豊田市	12.2	53.3	89.3	106.5	113.0	74.6	82.9	59.6
豊橋市	11.3	4.9	29.8	55.4	72.3	55.0	48.9	74.4
豊中市	19.2	77.4	85.0	98.9	131.1	53.3	168.9	184.6
長崎市	11.8	182.2	231.2	159.1	198.1	181.8	39.7	111.2

IV－1 船橋市への視察 概要

【船橋市視察の選定理由】

- 規模の大きい中核市の代表として（人口約 65 万人）。
- 退院調整加算（14 日以内）の SCR243.7 と高く、入退院連携や在宅医療の取組が特筆されるため。

日時 1月 11 日（金）10 時から 12 時

場所 ①船橋市保健所（船橋市北本町 1-16-55）

②船橋在宅医療ひまわりネットワーク及び船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーと（船橋市北本町 1-16-55）

参加者

（船橋市）①保健所：筒井勝 所長、松野朝之 次長、

健康高齢福祉部：斎藤伸也 地域包括ケア推進課長、総務課 佐藤順子 主査

②船橋市在宅医療ひまわりネットワーク 斎藤伸也 事務局長、佐々木ゆかり課長（看護師）

（研究班）金沢市保健局 越田理恵 担当局長、大阪府健康医療部 畑山英明 課長補佐

1 概要（詳細は、「2 船橋市の特徴・取り組み（詳細）」に記載）

- 船橋市は、高齢者福祉・地域包括ケアに関する部局が健康系部局（健康・高齢部）に属する、副市長主導で建設局も参加する地域包括ケアシステム推進本部を設置する等、全庁を挙げて、地域包括ケアシステムに取り組んでいるようであった。
- 地域医療構想については、船橋市保健所において独自の取り組みを進めている（保健所ごとの地域医療構想意見交換会、立ち入り検査を活用しての地域医療連携調査、地域医療連携担当者会議）。
- 保健所ごとの地域医療構想意見交換会では、病床機能分化に加え、地域医療連携の取り組みに重点をおいているようであった。
- 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、地域包括ケアシステム担当部局が健康・高齢部に属していることで、これまでの医師会とのつながりを最大限活用しているように思えた（船橋市は、救急医療体制構築について約 45 年前より船橋市医師会と共に歩んできた）。

船橋市から見える、先駆的取り組みを行っている中核市の特徴

- 自治体幹部が、地域包括ケア・地域医療構想に理解があり、組織の在り方や取り組みに積極的に関わっている。
- 地域医療体制についても、当該市にかかる取り組みと意識し（都道府県まかせではなく）、積極的に独自に取り組みを実施している。
- 地元医師会との関係が構築されており、地域医療、在宅医療の各取り組みについて、医師会と連携しながら進めている。

2 船橋市の特徴・取り組み（詳細）

（1）組織全体

○高齢者福祉・地域包括ケアに関する部局が、福祉系部局ではなく、健康・介護系部局に属している。在宅医療の推進強化並びに3年前の保健所建設に伴う組織改編で、地域包括ケアに関する部局が福祉系部局から健康・介護系部局にうつる。

⇒組織改編後の取り組みは順調に思える。健康部局に属する方が、医師会とのつながりをより活かせると考えられる。

（2）地域医療構想

○構想区域は人口約170万、病院数が約60と規模が大きいので、地域医療構想調整会議とは別に、保健所ごと（3保健所）に保健所管内地域医療構想意見交換会を開催。

⇒なお、地域医療構想関係の業務について、特に県より財政的な支援はなし（業務委託等もない）。

○保健所管内地域医療構想意見交換会は、すべての病院が参加。

○船橋市保健所が県型保健所であった時代に所管区域であった鎌ヶ谷市内の病院から、船橋市保健所管内地域医療構想意見交換会に参加したいとの申し出があり、今後、準メンバーとして参加する模様。

⇒中核市保健所以降に伴う、所管区域変更問題にも柔軟に対応している模様。

○平成30年度からは、保健所が主導し、管内すべての病院の地域医療連携室の担当者を対象とした地域医療連携担当者会議を開催。また、地域医療連携担当者会議に向けて独自調査（転院時に必要な情報に関するアンケート調査等）を実施、結果をフィードバックしている。

⇒病院間の顔の見える関係、実際の連携を具体的に実務者対象の会議を開催することで促進している模様。

（3）地域包括ケアシステム

○平成26年に健康福祉部局だけでなく、建設局を含んだ全庁的組織である「船橋市地域包括ケアシステム推進本部」を設置。副市長が、地域包括ケアシステムの構築には「住まい」支援が欠かせないと判断し、建設局を含めたとのこと。

○千葉県地域医療構想策定前の平成25年5月に、医療介護連携の任意団体である「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」を設置（会長は、船橋市前医師会長）。

○「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」の最大の特徴は、加盟団体の多さであり、3師会をはじめ介護系団体等、全26団体が加盟している（医療・介護関連24団体、市民活動団体1団体、船橋市）。

○「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」は、顔の見える連携づくり、在宅医療人材育成、在宅医療介護資源の把握等の取り組みについて、委員会を設け取り組んでいる。

○在宅医療介護連携支援センターについては、船橋市医師会が受託する「在宅医療支援拠点ふなぼーと」を船橋市保健福祉センター1階に設置。

⇒医療介護関係者の相談だけでなく、市民からの相談も受け付けていること。地域包括支援センターは介護相談が主であり、臨床等を経験する者のいるふなぼーとには、より医療の必要性を感じている市民相談の需要も多いとのことであった。

○船橋市で在宅医ネットに参加している医療機関が46機関。在宅医療に特化しているのが5機関。ふなぼーとからの紹介先には、非医師会医療機関も含まれているとのこと。

⇒在宅医療に特化した医療機関のうち、最も多く在宅医療に取り組んでいる機関は元々医師会に加入していなかったが、医師会員からの説得もあり最終的に加入することになったとのこと。在宅医ネットに非医師会員を含めているのは、ネットワークに入り研修会、情報交換会などで仲間になり医師会の利点を知ってもら

うことで、加入促進が図ればと考えているからである。

○地域包括ケアシステムの推進に向けた I C T の活用については、カナミックネットワークの TRITORUS を市として導入。利用者は通信料のみ負担。

⇒当初（平成 26 年度）、本システム構築にかかる費用負担を地域医療介護総合確保基金の活用を検討し、県に申請したが、県全体に広げられる取り組みでないと理由で採用されなかったとのこと。

IV－2 豊田市への視察 概要

【豊田市視察の選定理由】

- 現在は高齢化率が比較的低いが、将来を見据えての種々の施策を展開し、取り組んでいる。
- (公財) 豊田地域医療センターが地域包括ケアシステムの推進のためにユニークな事業展開を行っている。
- 名古屋大学が開発した「電子@連絡帳」を活用している。

日時 ①12月27日（木）9時から12時

場所 豊田市役所、豊田市保健所（豊田市西町3-60）

参加者

(豊田市) 豊田市福祉部：地域包括ケア企画課 神谷和磨 主査

　　豊田市保健部：竹内清美 部長兼保健所長、総務課 成瀬文浩 課長

(研究班) 金沢市保健局 越田理恵 担当局長

1 概要

○人口425,991人、高齢化率22.3%、平成10年に中核市となる。愛知県では、面積が最も広く、人口は名古屋市に次いで2位。西三河北部医療圏（豊田市+みよし市）には、豊田市保健所と衣浦東部保健所みよし駐在がある。

○【行政機構】

医療・保健・福祉に関しては、保健部、福祉部、子ども部3部署が所管しており、保健部は保健所業務をはじめ地域保健、保健衛生業務を所管している。一方、福祉部は地域包括ケア企画課をはじめ8課で構成され、子どもの福祉に関わる事項以外を全て所管しており、高齢者福祉・地域包括ケアに関する業務は、福祉部の所管である。また、後期高齢者医療およびその他の医療費助成は福祉部の所管であるが、国民健康保険は市民部（国保年金課）が所管している。

〔地域医療構想の所管〕 地域包括ケア企画課

〔地域包括ケアシステムの所管〕 地域包括ケア企画課（介護予防事業は保健部が所管）

○【都市医師会】

西三河北部医療圏の2市（豊田市+みよし市）の医師によって構成される豊田加茂医師会。事務局は豊田市に置かれ、同地に、休日救急内科診療所が開設されている。

豊田市の特徴

- 近い将来、急激に高齢社会を迎える危機感があり、高齢者だけではない全世代を対象とした地域包括ケアシステムの構築・推進が市の重要課題であるとの認識が強く、組織機構の在り方に積極的に関わっている。（地域包括ケア企画課・福祉総合相談課の設置）← 第8次豊田市総合計画では、「超高齢社会への適応」が重点事業として位置づけられている。
- 医療圏を構成する隣市（みよし市）ともども、豊田加茂医師会との連携協力体制によって、在宅医療、救急医療の推進が図られている。
- 豊田市では、地域医療構想および地域包括ケアシステムに関する業務は、いずれも福祉部が主体となって行われている。

2 取り組み

（1） 地域包括ケアの推進

○【豊田市在宅医療・福祉連携推進計画】

平成29年度に策定した、「豊田市在宅医療・福祉連携推進計画」に基づき、関係機関の連携により計画の実現を図っている。計画の進捗状況の確認や新規施策等の検討については、「豊田市在宅医療・福祉連携推進会議」で行っている。

○【地域密着型包括支援体制（健康と福祉の相談窓口と支え合いの地域づくり）】

住民の不安や悩みを丸ごと受け止め必要な支援をコーディネートする窓口の開設と、公的サービスでは対応できない地域課題に、住民の支え合いを推進し、共助の仕組みを整備している。この窓口は、保健部地域保健課、平成29年度に新設された福祉部福祉総合相談課及び社会福祉協議会で構成している。

○【在宅医療サポートセンター事業】

在宅医療の充実を目的とする、豊田市・みよし市から、豊田加茂医師会への委託事業。

① 在宅医療に携わる医師の確保・育成の推進

- ・在宅医療スキルアップ研修
- ・在宅医療スタートアップ支援

② 在宅医療に携わる医師の負担軽減の推進

- ・主治医、副主治医制度
- ・後方支援病院の確保

③ 多職種連携の強化

- ・在宅医療相談窓口の運用
- ・退院支援ガイドブックの運用

の3つ視点に基づき各事業を、豊田加茂医師会、豊田市地域包括ケア企画課、みよし市長寿介護課の連携により進めている。

○【豊田みよしケアネット】

名古屋大学医学部附属病院先端医療・臨床研究支援センターによって開発され、愛知県内の45以上の自

治体が導入している「多職種連携を支える情報共有の ICT 基盤」→「電子@連絡帳」を活用して、医療・福祉関係者の情報共有を進めている。

(2) 地域医療構想

- 「豊田市在宅医療福祉連携推進計画」は、2025 年の在宅療養者数の推計を基本に策定されており、愛知県の地域医療構想で提示されている推定値等と整合が図られている。
- 豊田市には、豊田厚生病院（606 床）と、トヨタ記念病院（527 床）の急性期病院がある。また、（公益財団法人）豊田地域医療センター（150 床）は、公的病院の役割として、豊田地域医療センター再整備事業基本計画に、以下の 5 点を掲げ、豊田市の在宅医療の中心に位置づけられている

- ① 高齢者医療機能
- ② 在宅医療支援機能
- ③ 健康診断機能
- ④ 救急医療機能（1 次救急、2 次救急輪番体制の確保）
- ⑤ 看護師養成機能

- 地域の高齢化とそれに伴って派生する医療・介護・保健問題の解決を図り、地域包括ケアシステムの推進を進めることを目的として、2014 年に、豊田市・藤田医科大学連携地域医療学寄附講座を設置。

豊田市の特徴

- 「豊田市在宅医療・福祉連携推進計画」を基に、豊田加茂医師会との連携事業（在宅医療サポート事業）、地域の社会資源を活用した相談体制の構築など、地域包括ケア企画課を中心となって進めている
- 愛知県で広く普及している ICT 基盤（電子@連絡帳）の活用
- 「（公益財団法人）豊田地域医療センター」が公的医療機関としての使命をきっちり整理し、かつ、県内の医科大学の寄附講座を活用した在宅医療推進という手法を採用
- 地域包括ケアシステムの推進を市の上位事業に位置づけていることに加え、先進都市を研究し、柔軟な姿勢で、地域の関係諸団体と連携を進めている

3 愛知県庁での聞き取り

日時 ①12月 27 日（木）15 時から 16 時 30 分まで

場所 愛知県庁（名古屋市中区三の丸 3-1-2）

参加者

（愛知県）愛知県健康福祉部 医療福祉計画課 鈴木孝昌 課長、三島正樹 主幹（地域医療構想担当）

愛知県健康福祉部 医療福祉計画課 地域包括ケア・認知症対策室 保木井研次 室長、
平野礼 室長補佐
愛知県健康福祉部 医務課（医務グループ）兼子利雄 課長補佐（在宅医療、ICT 担当）
(研究班) 金沢市保健局 越田理恵 担当局長

愛知県地域医療構想は、11 の構想区域（地域医療構想策定時（平成 28 年 10 月）、県内には 12 の 2 次医療圏があつたが、尾張中部医療圏と名古屋医療圏の区域を統合して名古屋・尾張中部構想区域とした。その後、平成 30 年度からの新たな医療計画において、医療圏を構想区域に一致させた。）により設定されている。愛知県全体の推計人口は 754 万人（2019.2.1）、高齢化率は 24.8%。

愛知県庁の組織機構は、福祉部局と医療保健部局が一体となって健康福祉部を構成している。医療計画および地域医療構想の策定に関しては、医療福祉計画課で行われており、また同課には地域包括ケア・認知症対策室が設置されており、高齢者に関する需要課題が事業計画課と同じフィールドで検討されている。（注）

(注) 愛知県では、平成 31 年 4 月の組織改正により、健康福祉部は福祉局と保健医療局の 2 局に再編され、医療計画及び地域医療構想は保健医療局医療計画課の所管となり、地域包括ケア・認知症対策室は福祉局高齢福祉課に設置される室となる予定。

愛知県には県型保健所が 12 か所と、政令指定都市である名古屋市保健所のほか、3 つの中核市（岡崎市、豊田市、豊橋市）がそれぞれ保健所を有している。その他、特筆すべき点は医学部のある大学が 4 つ（名古屋大学、名古屋市立大学、愛知医科大学、藤田医科大学）あり四大学協議会を愛知県医師会内で組織している。

各構想区域の地域医療構想推進委員会については、行政、三師会、医療機関、看護協会代表、医療保険者代表で構成され、各構想区の基幹的保健所長が中心となって開催している。

在宅医療の推進を図るために地域医療介護総合確保基金を財源として、市町村が行う ICT による在宅医療連携システムの導入に際しての助成を行ってきた。ほとんどの市区町村は助成を受けてシステムを導入してきた。特に名古屋大学が開発した「電子@連絡帳」は最も広く普及しており、在宅医療と介護を統合管理する事が可能で、様々な電子媒体（パソコン、タブレット、スマートフォン）によって患者情報の登録・検索、医療関係者をはじめとした多職種でリアルタイムの情報交換を行うことができる。

在宅医療サポートセンターに関しても、各自治体は県の財政的・技術的支援を受けて設置され、その後自治体事業に移管し、スムーズな事業展開となっている。

また、平成 24 年度より着々と進めてきた地域包括ケアシステムの構築事業は、4 つのモデル事業（地区医師会モデル、訪問看護ステーションモデル、医療・介護等一体提供モデル、認知症対応モデル）を自治体に委託して進めてきた。加えて、国立長寿医療研究センターに市町村からの相談窓口を設置するとともに、自治体職員向けの研修も行ってきた。また 30 年度からは、市町村の取り組みを評価する評価指標を作成し、取り組みに実効性を持たせている。

愛知県庁のリーダーシップと種々の社会資源によって、多くの市町村で地域包括ケアシステムが順調に展開している。

IV – 3 豊橋市への視察 概要

【豊橋市視察の選定理由】

- 行政組織が福祉部局と保健部局一体となって事業展開を行っている。
- 東三河南部医療圏で、県型保健所とも連携をとりながら、ネットワークを形成している。
- 名古屋大学が開発した「電子@連絡帳」を活用している。

日時 ①12月26日（水）13時から15時

②12月26日（水）15時30分から17時

場所 ①豊橋市健康部 保健所 健康政策課（豊橋市中野町中原100）

②豊橋市役所 福祉部長寿介護課（豊橋市今橋町1）

参加者

（豊橋市）①保健所：犬塚君雄 所長、竹花俊二 課長、大井英昭 主幹、大谷竜司 主査、阿折隆広 担当

②福祉部 長寿介護課：川島加恵 課長、戸崎真孝 主査

（研究班）金沢市保健局 越田理恵 担当局長

1 概要

○人口376,797人、高齢化率24.9%、平成11年に中核市となる。東三河南部医療圏（豊橋市、豊川市、田原市、蒲郡市）に属し、医療圏内には豊橋市保健所と愛知県豊川保健所があり、医療構想の構想区域と同様である。

○【行政機構】

福祉保健部署は、健康部、福祉部、こども未来部の3部に分かれており、健康部の業務は保健所業務に加え、主幹課である健康政策課であり、看護専門学校、休日夜間診療所、保健センターを所管、また子ども発達センターを併設。一方、福祉部は、長寿介護課・障害福祉課・生活福祉課（生活保護）等を所管。こども未来部は子どもの福祉に関わる部署を所管。

[地域医療構想の所管] 健康部保健所健康政策課、福祉部福祉政策課

[地域包括ケアシステムの所管] 福祉部長寿介護課

○【都市医師会】

豊橋市の医師によって構成される豊橋市医師会。事務局は豊橋市保健所・保健センター（ほいっぷ）と同じ敷地内にあり、休日夜間急病診療所が開設されている。

豊橋市の特徴

○医療圏を構成する4市のうち、3市は県型保健所である豊川保健所が所管しているが、医療圏としての連携等はよくとられている。

○“地域医療構想”に関しては保健所と福祉部双方が関与しているが、“地域包括ケアシステムの推進”に関する業務は、豊橋市役所内の福祉部が主体となって行われている。

2取り組み

(3) 地域包括ケアシステムの推進

○【在宅医療サポートセンター事業】

平成29年度末で愛知県の委託事業（愛知県医師会を介して全ての都市医師会に委託された在宅医療介護連携拠点事業）が終了した後も、豊橋市が継続して、豊橋市医師会在宅医療サポートセンター事業に委託。難病や小児慢性特定疾患の多職種連携研修会や、市民を対象とする講演会の企画も積極的に行っている。

○【東三河 ほいっぷネットワーク】

名古屋大学医学部附属病院先端医療・臨床研究支援センターによって開発され、愛知県内の45以上の自治体が導入している「多職種連携を支える情報共有のICT基盤」→「電子@連絡帳」を活用して、東三河北部・南部医療圏の8つの自治体（豊橋市、豊川市、田原市、蒲郡市、新城市、説設楽町、東栄町、豊根村）でネットワークを構築。

豊橋市では、ネットワーク普及のために介護保険認定審査会の資料の送付をネットワークで配信しペーパーレス化を図るとともに、地域包括支援センターでキャッチした高齢者虐待事例等は出来るだけネットワーク上で情報共有する方針で、その普及に努めている。

○【お互いさまのまちづくり】

お互いさまのまちづくり協議会を構成する関係諸団体（自治連合会、民生委員児童委員協議会、老人クラブ連合会、シルバー人材センター、市社会福祉協議会、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、学識経験者、活動者、豊橋市）によって、支え合い活動を推進。

○【地域医療介護総合確保基金】

主に福祉部での執行となるが、H28 施設整備（グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、等）、H29 福祉施設等への保育所整備、ほいっぷネットワーク普及のため単年度のみであったが通信費の費用負担、等に利用された。

(4) 地域医療構想

○豊橋市には、豊橋市民病院（820床）と、国立病院機構豊橋医療センター（388床）の急性期病院がある。

○対人口10万人比の病床数は、県平均の122.8%と多い。一般病床は89.9%と平均以下であるが、療養病床は2倍以上と非常に多いため、不足する機能への転換を図るとともに、在宅医療への移行を進める必要がある。回復期機能の病床確保も課題である。

豊橋市の特徴

○従来、療養病床が非常に多いため、回復期機能の病床を確保するとともに、在宅医療への積極的な移行を進める必要に迫られている。

○愛知県で広く普及しているICT基盤（電子@連絡帳）の活用 基金の活用による普及

○東三河ほいっぷネットワークの構築など、医療圏に2か所の保健所がありながらも、上手くタイアップして、広域での退院調整ルールの策定を目指すなど、市域を越えた独自の連携を行っている。

○南海トラフ地震など大規模災害想定の下、種々の対応策が検討されている。

3 愛知県庁での聞き取り

「豊田市への視察 概要」に同じ（ご参照下さい）

IV－4－1 豊中市への視察 概要

【豊中市視察の選定理由】

- 自宅死、介護支援連携手数料、訪問看護指示料等の値が高く、切れ目のない支援ができている。
- 市医師会や病院等との連携がよく取れているなど、県型保健所から中核市への関係をよく継承している。

日時 1月15日（火）10時から12時

場所 豊中市保健所（豊中市中桜塚4-11-1）

参加者

- （豊中市保健所）松岡太郎 所長、高森晃世 保健医療課地域医療推進係主査
- （研究班）八重山保健所 国吉秀樹 所長

1 概要（詳細は、「2 船橋市の特徴・取り組み（詳細）」に記載）

- 大阪府豊中保健所が構築した医療介護の関係者ネットワークを豊中市保健所がうまく継承発展させ、「虹ねつ」と実効ある課題解決の場にしている。
- 豊中市保健所の企画部門が企画調整力を發揮し、同じ部内の福祉部門と計画づくりや事業展開を行っている。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、虹ねつcomとしてICT活用の事業を開始し、関係者のよりタイムリーかつ効果的な連携に役立てている。
- 保健所が関わることによって、地域包括ケアシステムの基本指針には地域医療、介護・疾病予防の視点を加え、より総合的なものにしている。また、地域医療の基本指針の中では、医療介護連携をしっかりと意識できる内容にしている。

豊中市から見える、先駆的取り組みを行っている中核市の特徴

- 福祉保健部局が健康福祉部として1つであり、保健所の業務として保健企画、地域医療推進係という企画部門を持つ。企画部門は福祉の事業課と連携しており、医師会等とのネットワークづくり、地域包括ケアシステムの推進に関わっている。
- 地域医療構想に関しては「市地域医療推進基本方針」を、また「市地域包括ケアシステム推進基本方針」を策定しており、それぞれ中で地域包括ケアと地域医療について謳っている。
- 保健所管轄区域と一致した市医師会、市病院連絡協議会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会とともに医療と介護の連携をはかっている。

2 豊中市の特徴・取り組み（詳細）

（1）組織全体

- 福祉保健部局は、健康福祉部として1つであり、保健所の業務は保健予防や健康推進、衛生管理の保健所業務に加え、保健企画、地域医療推進係という企画部門を持つ。企画部門は福祉の地域福祉課、高齢施策課、高齢者支援課の事業課と連携しており、医師会等とのネットワークづくり、地域包括ケアシステムの推

進に関わっている。

○平成 27 年の高齢化率は 25.4%、今後さらに高齢化は進むことが予想されている。

○管内の病院数は大阪府平均より少ないが、一般診療所は多く、在宅療養支援診療所も多い。平成 24 年に中核市に指定されるとともに、豊中市保健所を設置している。

(2) 地域医療構想

○【大阪府の圏域別地域医療構想推進への参画】

大阪府が、豊中市を含む豊能保健医療協議会において地域医療構想の進め方を議論しているが、この中の複数の懇話会（ワーキンググループ）に保健所の保健医療課を中心に参加し積極的に情報交換している。協議会はどうしても病床機能ごとの病床数が中心的なテーマとなるが、なかなか解決策は難しい。他にも重要なテーマ（例：病診連携、看取り、受療行動、地域ケアシステムとの連携等）もあるので、それらの検討もしている。中核市どうしの連携は難しいと感じている。府には関係自治体の連携へのリーダーシップを期待している。

○【豊中市地域医療推進基本方針の策定】

近く来る高齢化に危機感を持ち、圏域地域医療構想で示された回復期病棟の不足と在宅医療の推進という課題を踏まえ、地域で関係者が課題を共通認識し役割を明確にするために「豊中市地域医療推進基本指針」を策定した。保健所の豊中市保健医療審議会の委員である医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院連絡協議会、市立病院、訪問看護ステーション、市民らの意見を踏まえたうえ、それぞれの役割を明らかにした。特に、在宅医療を推進するとともに地域医療と介護のネットワークを活かし、虹ねっと連絡会とも連携をとり、「豊中市地域包括ケアシステム推進基本方針」とも整合性をとった。

(3) 地域包括ケアシステム

○【虹ねっとの活動】

平成 18 年度「在宅医療・ケア推進連絡会議」を大阪府豊中保健所が主催して開催。平成 21 年度に「虹ねっと」と名付け、関係機関の意見交換の場となる。以後、虹ねっとを構成する団体の代表者からなる「虹ねっと連絡会」のワーキンググループで、医療と介護の連携の仕組みを作っていた（例：退院前ケアカンファレンスマニュアル、在宅緩和ケアマニュアル、在宅医療の推進に向けた提言書の作成）。提言書の基本方針を活かし、平成 27 年度以降に「虹ねっと取り組み計画」を策定し、これに基づいてスキルアップを重ねるとともに、地区のモデルを設定して活動した。

ワーキンググループは 5 つ設定したが、時代によって内容を変えていった。テーマと活動内容によって、虹ねっとの参加団体も増えていった。

豊中市保健所は、市健康福祉部の地域包括ケアシステム推進本部、関係課ネットワーク会議、実務担当者会議を通じて全ての水準で関わり、この中で部会を含めた虹ねっとの運営、関係団体、特に医療を担う医師会や病院連絡協議会との調整で大きな役割を果たしている。保健所の医療や企画部門が福祉の主管課や基金等予算を担当する課と有効に連携している。

○【虹ねっと com（豊中あんしんネット）の整備】

平成 29 年度、地域医療介護総合確保基金を活用して（医師会）、在宅医療介護 ICT 連携事業を実施した。虹ねっと連絡会の ICT ワーキンググループで平成 28 年から内容を検討、基金内示後は、事業者を選定、仕様書、運営マニュアル等を作成し、2 地区をモデルに選定して勉強会等を経て導入した。現在 549 名の利用者登録。メール、写真、動画の交換ができ、チャット的な機能を持たせて使いやすく、お知らせ、コメン

トを手軽に書き込みやすい内容とした。

○【豊中市地域包括ケアシステム推進基本方針の策定】

平成 26 年から「地域包括ケアシステム・豊中モデル」創造に向けて検討チームを立ち上げ、予備検討報告書を出した。平成 27 年には基本方針策定作業チームを編成し、このチームには健康福祉部長の下に保健所長と次長が副チーム長となり、福祉部門に並んで保健所が大きく関わったことから、在宅医療介護連携、そして疾病予防の視点も加えている。

IV－4－2 大阪府への視察 概要

日時 1月15日（火）14時から16時

場所 大阪府庁本館6階（大阪市中央区大手前2）

参加者

（大阪府）大阪府健康医療部 谷口雄二 保健医療企画課長補佐、

大阪府健康医療部 畠山英明 保健医療企画課長補佐

（研究班）八重山保健所 国吉秀樹 所長

1 大阪府の基礎情報

- 大阪府の面積は約 1, 905 km²、人口約 880 万人、都心から概ね 40km 圏というコンパクトなエリアに人口が集中し、府域全体が高密度、多機能なネットワーク都市を形成している。
- 構想区域は 8 つ設定。その全てが大都市型で基幹となる病院が複数存在し医療へのアクセスが良い。
- 全国に比べて民間病院の割合が 1 割ほど高い。
- 高齢化の進展に伴い各構想区域で医療需要の大幅な増加が見込まれており、病床数の必要量は既存病床数を大きく上回る見込み。

2 大阪府の組織

- 保健衛生部局と福祉部局が、「健康医療部」、「福祉部」と分かれている。
- 健康医療部に属する保健医療室保健医療企画課において、在宅医療、地域医療構想を担当している。
また、同室の医療対策課において、救急医療や医師確保、感染症を担当している。
- 福祉部に属する高齢介護室が、地域包括ケアシステムを担当。健康医療部と連携している。

3 地域医療構想調整会議

- 地域医療構想調整会議とは別に、調整会議を補完する協議の場として、病床機能分化を協議する医療・病床機能懇話会と在宅医療懇話会を設置している。
- 調整会議等は、地元医師会、病院協会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療保険者、行政等、多様な関係団体代表で構成され、保健所が中心的な事務局機能を担い開催している。
- さらに、平成 30 年度からは、地域医療構想についてより具体的に協議検討するため（調整会議等は、委員数等の関係により病院の代表者のみの参加とならざるを得ない）、各構想区域を基本に全病床機能報告対象病院（約 470 病院）を対象にした病院連絡会を設置。
- 調整会議等の事務局は 12 府保健所と 2 政令市および 4 中核市が役割分担のうえ連携して担っている。
(今回視察した中核市（豊中市）からは、中核市それぞれの役割の共通認識と平準化を期待されている。)

4 病床機能の分化連携の進め方

- 2018 年度より、第 7 次大阪府医療計画に基づき、大阪府独自の取組（病床機能報告の定量的分析、公的医療機関等 2025 プランと同内容の調査（以下、病院プラン）を全病床機能報告対象病院に実施、全病床機能報告対象病院を対象とした病院連絡会の設置）を進めている。
- 病床機能報告の定量的分析では、急性期報告病棟を診療実態に基づき、（重症）急性期と地域急性期に分類し、地域急性期と回復期報告病棟を一体的に捉え、病床数の必要量の回復期と比較している。
- また、病床数の必要量が既存病床数を上回る見込みであるが、現在、既存病床数が基準病床数を超えた新たな病床整備が難しいため、既存病床数を基本に病床機能分化を推進（病床機能区分ごとに将来目指すべき割合を設定（例：回復期が病床全体の約 30%程度必要等））。
- 公的医療機関等 2025 プランについては、調整会議等の資料としてまとめることを前提に、クローズドエクスプロン形式（選択式）方式で実施。
- 病院連絡会では、
　病床機能報告の定量的分析の結果を踏まえた、将来に向けた回復期への機能分化の必要量と
　病院プランに基づいた各病院の 2025 年に向けた病床機能分化の方向性、非稼働病床に対する考え方
について、協議検討の上、認識の共有を図った。
- 病院連絡会の結果は、医療・病床懇話会、地域医療構想調整会議において報告され、それぞれの会議で、
　病院連絡会の結果を踏まえた病床機能分化の方向性について、協議検討した。
- 地域医療構想は、都道府県の医療提供体制の特性や高齢化の進展状況等によって進め方が異なると考えられるため、全国一律でなく地域の実情に応じた進め方が重要と国にも提言している。

5 在宅医療体制構築の進め方

- 地域包括ケアシステムにおける医療体制の充実に向け、昨年 5 月、市町村の推進体制、推進方法等の現状について、大阪市と堺市を除く 41 市町村についてアンケート調査を実施。
- 調査結果等を踏まえ、本庁ベースで取組案を作成し、保健所長会等において意見交換を行い、今年度の市町村の支援策や来年度の市町村支援事業事業を具体化した。
- 具体的には、市町村が在宅医療の推進に向け戦略的に取り組むためのロードマップ（今後の活動指針）の作成を進めていくもの。
- 今年度府内で 3 つのモデル地区（計 12 市町）を選定して、課題や検討の方向性を整理し、来年度ロードマップの完成、モデル的取組の実施を図るとともに、モデル地区以外の地区（市町村）にも水平展開を図り、全市町村で戦略的取組を広げていく予定。
- その他、医療介護総合確保基金を活用し、地域医療機関のネットワーク構築に向け、病診連携等を促進するための ICT 整備事業や、24 時間 365 日に対応するための機能強化型の医療機関・訪問看護ステーションの整備や患者の多様なニーズに対応するための訪問医師・訪問看護師のスキル向上のための研修等に補助を実施。

IV－5 長崎市への視察 概要

【長崎市視察の選定理由】

- 高齢化率 32.1%と中核市の中では高く、人口減少を食い止めるのがひとつの課題となっている。
- 包括ケアまちんなかラウンジの運営をはじめ、医師会との連携がよくとれている。
- 退院調整加算、介護支援等連携指導料、退院時リハビリ指導料の SCR がいずれも全国地を大きく上回っており、退院時の連携や在宅医療への移行についての取り組みに关心が寄せられている。

日時 ①1月9日（水）14時から16時

②1月10日（木）9時30分から11時30分

場所 ①長崎市地域包括ケア まちんなかラウンジ（長崎市江戸町6-5 江戸町センタービル2階）

②長崎市保健所、地域包括ケアシステム推進室（長崎市桜町6-3）

参加者

（長崎市）①安田静馬 所長、中島真理子 主幹（看護師）

②市民健康部：本村克明 保健所長、地域保健課 大田伸 総務計画係長

福祉部：山口伸一 政策監、地域包括ケアシステム推進室 渋谷浩司 室長、島村優子 係長（保健師）

（研究班）金沢市保健局 越田理恵 担当局長、健康政策課 山口和俊 課長

1 包括ケアまちんなかラウンジについて

○長崎市医師会が、国のモデル事業でH20に設置した「がん相談支援センター」を引き継ぐ形で、H23に開設したもの。路面電車等交通至便な市内中心部の民間ビルの一部を間借りした施設で、施設は事務所と打ち合わせ会議も含めた相談スペースからなっており、研修会や公開講座などの事業は近隣の会場（市施設、医師会施設）で開催している。

○市医師会への委託事業として実施されており、7名の職員（事務3（所長を含む）、ケアマネ1、看護師3）は、医師会の嘱託職員という位置づけ。元々実施していたがんや難病などの医療相談に加えて、H28からは介護保険法に基づく在宅医療・介護連携の相談支援拠点としての役割も合わせ持っている。

○H27までは市民健康部所管で一般財源で運営、H28からは福祉部所管で介護保険財源で運営しており、H30予算で運営費約34,000千円（人件費、家賃を含めて）となっている。

○設立経緯から、市民からの直接相談も多いが、最近は地域包括や介護事業所など関係者からの相談も多くなっている。相談支援のほかには、市民向けの在宅医療に関する普及啓発や、医療・介護など多職種の専門職向けの研修講座などを企画実施している。事業には、市役所本庁はあまり関わっておらず、ラウンジ職員と医師会担当理事が中心となって企画立案している。

「ラウンジ」の名前から想像するイメージとは異なっていたが、医師会と連携した先駆的な取組である。行政よりも医師会が主導している様子がうかがえ、医師会の力が強いことがわかった。
(行政の方向性とも一致している。また、被爆地ということもあり医療機関が集積していることも背景にあるのかもしれない。)

2長崎市の特徴・取り組み

(1) 組織全体

- 高齢者福祉・地域包括ケアを所管する部局が福祉部であり、医療を所管する市民健康部と組織は分かれている。福祉系部局は、保健系の部局に比べて、医師会との繋がりがうすく、地域包括ケアや医療・介護連携の面での医師会との関係に苦労することも考えられるが、長崎市は非常にうまくいっているようである。
- 長崎市保健所が本庁の市民健康部と、場所的にも組織人員的にも一体的になっており、同じく本庁内にある福祉部との情報共有や連携がとれているからであると考えられる。

(2) 長崎市医師会

- 被爆地ということもあり、医師会としても様々な取組を行ってきたようであり、そのことからも先進的な取組を行う土壌があるようである。行政（長崎市）とも、良好な関係が構築できているようである。
- 医師会区域と行政区画は同じ。

(3) 地域医療構想

- 地域医療構想については、市民健康部地域医療室が所管。県の医療政策課の会議に出席するなどにより、情報収集をしているようである。
- 長崎市を含む長崎医療圏（2市2町）でも、病床の機能分化による病床数減少などにより、在宅医療の需要が増加することが見込まれており、市の介護保険事業計画で訪問看護の拡充を進めるほか、医師会と協力して在宅医を増やす取組を進めているようである。

(4) 地域包括ケアシステム（特徴的な取組など）

- 「包括ケアまちんなかラウンジ」を医師会委託で運営
前述のとおり
- 地域共生社会構築のための多機関型地域包括支援センターを2カ所設置
H28から国のモデル事業で実施。市内20カ所の地域包括支援センター（法人委託）のうち北部1カ所、南部1カ所に多機関型を併設し、通常の人員配置に加え、社会福祉士を3人追加で配置。障害者や生活困窮者、発達障害・虐待などのワンストップで対応する相談窓口として。
(精神については、県が主に対応しているとのこと)
- 自立支援重度化防止推進のため、在宅支援リハビリセンターを8カ所設置
H29から2~3カ所の地域包括支援センターごとに老健施設や病院に設置。ハード整備ではなくソフト事業として、人件費などは県の基金から出ている。
- 長崎版地域包括ケアシステム構築推進に関する連携協定の締結
H28.3に医師会、歯科医師会等の医療・介護・福祉に関する団体及び人権擁護の観点から弁護士会も加えて、連携協定を締結
- 医療ICTである「あじさいネット」
市ではなく、県下として県医師会が運用。今後、介護の分野にも拡充していく方向で進めている。

- 県基金どのように活用するか、市にも情報がくるようになっており、実際に基金を活用した事業も行っている。
(県と市との連携がとれている)
- 福祉部の政策監がキーパーソンとして、調整役となっている感じられた。中核市位の規模になると、保健と福祉は別組織にせざるを得ないことが多いと考えられるが、対医師会も含めて、行政内外を調整する役割の必要性を感じる。
- 地元医師会との関係が構築されており、地域医療、在宅医療の各取り組みについて、医師会と連携しながら進めている。

3長崎県庁での聞き取り

日時 ①1月9日（水）10時から11時30分

②1月10日（木）8時45分から9時15分

場所 長崎県庁（長崎市尾上町3－1）

参加者

（愛知県）①長崎県福祉保健部 医療政策課 伊藤幸繁 課長、井手美和子 課長補佐（地域医療班）

長崎県福祉保健部 長寿社会課 小村利之 課長、峰松茂泰 企画監

②長崎県福祉保健部 中田勝己 政策監（地域医療政策担当）

（研究班）金沢市保健局 越田理恵 担当局長

地形的には隣接県は佐賀県のみで、海岸線が長く（北海道に次いで2位）、離島の数は全国1位。人口134万人（2018.7.1）、高齢化率は30.8%。年齢調整後医療費は高く、全国3位で、在宅での死亡率が低い。

長崎県庁の組織機構は、福祉部局と医療保健部局が一体となっており福祉保健部を構成し、原爆被爆者援護課を備えている。長崎県内には、県型保健所が8か所（4か所は離島）と中核市保健所2か所（長崎市、佐世保市）があり、県型保健所を軸に8つの二次医療圏に分けられている。長崎県地域医療構想は、この8つの二次医療圏により設定されている。

長崎県地域医療構想調整会議については、全県では年2回、医療圏ごとに年数回開催しており、以下の3つの柱となる事業を基金事業と位置づけ市町村を支援。

I. 病床の機能分化、連携のために必要な事業

- ① 病床機能の転換・連携推進
- ② ICTを活用した効率化

II. 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業

- ① 在宅医療の充実
- ② 多職種連携の推進

III. 医療従事者の確保・養成のための事業

- ① 医師確保・偏在解消
- ② 看護師確保・偏在解消

このうち、長崎市での事業展開に反映された主な施策としては、

I - ②：医療 ICT「あじさいネット」の導入、 II - ①：在宅支援リハビリテーションセンター 等の整備、 II - ②：全県共通の「入退院情報共有シート」や医科・歯科連携推進などが挙げられる。

地域医療介護総合確保基金に関しては、長崎市が行う事業にも交付されている。

また地域包括ケアシステム構築加速化支援事業については、協議会、支援部会を立ち上げ、地域の特性（都市型、過疎型、離島型）に応じたモデル事業とし、全県でその動向を共有している。長崎市の事業として在宅支援リハセンターは特記事項であり、在宅医療の推進に寄与している。また人口 13,000 人の佐々町の地域優先・住民主体の取り組みも支援しており、成果を上げている。県内自治体での成功事例を広く紹介することによって、長崎県全体の底上げを図っている。

長崎市への視察の際にも、長崎県が、財源的にも技術的にも大きくバックアップしていることを感じ取ることができた。

プレしていることを感じ取ることができた。

IV – 6 富山県への視察 概要

日 時 平成 30 年 9 月 10 日（月）10 時から 12 時

場 所 富山県厚生部（富山県富山市新総曲輪 1 番 7 号）

参加者（敬称略）

（富山県）厚生部 医務課医療政策班長	中谷 理理子
高齢福祉課地域包括ケア推進班主幹	越坂 裕子
高齢福祉課施設・居宅サービス係長	荒谷 宏行
新川厚生センター・中部厚生センター所長	大江 浩
（研究班）研究協力者 新潟県福祉保健部副部長	山崎 理
（随行者）新潟県福祉保健部福祉保健課主任	渡邊 直彦

選定理由

平成 28 年度の本研究において、「保健所が中心となって機能分化・連携調整を進めている事例」として富山県を訪問した際、独自調査による診療データの把握や、データを示しながらの病院との個別意見交換など、独自性の高い取り組みを行っていた。

今回、こうした取り組みの背景及び推進体制の詳細について把握し、都道府県と市町村、また都道府県本庁と保健所（全県と構想区域）との連携・役割分担の中で、都道府県本庁が果たす役割を考察するため、再び視察先として富山県を選定した。

1 概要

- 富山県は、4 つの二次医療圏（地域医療構想区域）ごとに地域機関である厚生センターが置かれ、中核市（富山市）を含め 5 つの保健所が存在する。
- 県庁と地域機関（厚生センター＝保健所）が連携・協働し、地域医療構想の推進に積極的に関わっている。
- 県レベルの会議には地域機関職員が、地域レベルの会議には本庁職員が必ず出席している。
- 県庁と地域機関の間で、共有フォルダを用いて、会議資料等の情報共有を図っている。
- 地域医療構想調整会議とそれ以外の既存の会議とが有機的・階層的に連動している。
- 既存のデータに独自の調査データ等を重ねて、地域の関係機関のみならず、地域住民に対しても提示し、自らの地域の状況を考えることを促している。

富山県が先駆的である点（訪問者所見）

- 富山県の県庁と地域機関との関係は、まさに「協働」であり、役割分担はきちんと行いつつ、双方の働きかけや情報発信がなされている。
- 会議資料の共有ひとつにしても、それを「共有しよう」とする風土がきちんと出来ていないと有効なものとはならず、現在の状態を作り出す以前から試行錯誤を積み重ねたものと推察される。
- 毎月開催の保健所長会議も、県の取組を有機的にバックアップしていると思われる。

2 富山県の特徴・取り組み（詳細）

(1) 組織体制：県本庁レベル・地域レベルの連携・協働

- ・ 県の会議には必ず厚生センターの担当者が事務局サイドに入る。圏域ごとの会議にも必ず本庁の医療担当課と高齢者担当課の職員が来る。
- ・ 県庁担当課が企画の段階でこういうことをやりたいと考えた時に、毎月開催する保健所長会でも意見を出し合いながら進めている。
- ・ 介護保険制度が始まる前の平成10年に保健所を再編し、企画調整セクションを組織化した。ヘッドは保健師。地域のことは地域でやるという形にして、そこにブレーンを持たせるような形。

(2) 双方向の情報共有

- ・ 色々な資料を全庁共有フォルダに入れる。容量が多く大変だが、情報政策課に頼んで申請して、国通知や研修会資料、他の厚生センターの会議資料も共有する。介護関係の情報も同様。
- ・ 出先（地域）でキャッチした情報を本庁に上げると同時に、厚労省からの通知やデータ・資料をタイムリーに流すなど、本庁の色々な動きも出先の方に情報として流してもらう。

(3) 圏域レベルの取り組み

- ・ 代表者レベルと実務者レベルで会議をしっかりと。民間病院も精神病院も入れている。
- ・ 個別の病院との意見交換は、立入検査とセットで行う。立入検査では、県庁が把握するよりも早く、この病院はこういうことを悩んでいて、どうなんだということを肌で感じられる。
- ・ 地域機関でしかできないことは、地域のデータを使った、住民への普及啓発。医療計画の在宅医療の入退院支援、日常的な支援、看取り、緊急時の対応の4つがどうなっているか。そういった地域のデータを踏まえて、どういう課題があるのか、地域の方々に示し、何が足りなくて、どうしなくてはいけないかを考えてもらう。
- ・ 出先の圏域連携会議（地域医療推進対策協議会）と地域医療構想調整会議は一体でやっている。
- ・ 全病院を集めた看護部長会議、圏域単位の医療介護連携の入退院支援ルール等といったところから取り組んでいる。

(4) データの活用

- ・ 定量的な基準として比較的有効と考えられるもの：平均在院日数（医療機能情報）、平均在棟日数（病床機能報告）、入棟先と退棟先の患者数（病床機能報告）、特に慢性期病床を持つ病院の外来患者数。
- ・ 地域のデータに基づいて、うまくいっている地域といっていない地域との比較を行い、考えてもらうようなデータの出し方を従事者研修の場でやっている。

《データソース》

- ・ 厚労省ホームページの在宅医療地域別データ集
- ・ 県訪問看護ステーション連絡協議会実績報告書
- ・ 医療計画作成支援データブック：医療機関所在地と患者住所地のクロス集計や医療計画の指標評価
- ・ 病床機能報告、医療機能情報：データベース化されているので非常に分析しやすい
- ・ 保険者機能強化推進交付金の都道府県・市町村評価指標；在宅医療・介護連携
- ・ 老健局の地域包括ケア「見える化」システム

(5) 医療機能の分化、連携・役割分担

- ・ 理想的なのは地域医療連携推進法人だが、現場サイドで地道な連携の取り組みの積み重ねが重要。

- ・重要なことは地域医療構想調整会議に介護保険の施設整備計画をしつかり示すこと。
- ・いま求められている回復期というのは、入退院支援・医療介護連携を充実すること。
- ・療養病床で死亡退院が大半というところがあるのは、同じ療養病床でも役割が分化していることの現れではないか。
- ・産科のセミオープン（妊婦検診は身近な地域でやって、分娩は整っているところで）の選択肢も必要。
- ・人口減少の中では圏域ごとに拠点的な施設があつて、お互い連携がとれるようするのが理想的。なんでもフルセット主義ではなく、連携・協働でやっていくしかない。
- ・ある公的病院では、初期臨床研修の定員が毎年必ず埋まる病院がある。2年経ったら地元医局に入つてもらって逆に医師派遣を受けるというスタイルでやっているようだ。

(6) 在宅医療

- ・3年ごとの医療施設静態調査で、介護保険、医療保険上の在宅医療の提供状況はある程度分かる。
- ・病床機能報告等だけでは分からぬものについて、県が診療所も含む全医療機関を対象に、在宅で医療を受けている方の病態、介護度、年齢等も含め、独自に調査している。
- ・基本的な戦略は、在宅医療を診療所だけではなく病院もやるということ。
- ・管内の最大の問題は訪問看護。拠点型のものがない。
- ・ある公的病院では病棟を半分にして訪問看護ステーションを病院の中に持ってきた。別の500床規模の公立病院も、訪問看護を病院の中の組織と一体化して成功している。

V 地域医療構想推進の手引き

● 作成のねらい

平成30年2月に国から示された「地域医療構想の進め方」を踏まえつつ、人口減少という変化の最前線にいる「地方」が、地域の現状を見極め、課題を捉え、将来を見通し、対策を講じていく一助とする。

● 作成方法

本研究班員が所属する県（新潟県）において、県内保健所向けに試行的に作成した原案（本庁及び保健所の担当者間で何度かやり取りをし、加除修正を加えている途上のもの）を基に、当研究班での過去の調査結果等から得られた有用なエッセンスを加えるなど、全国版として加筆を施した。

● 「手引き」利用上の留意点

上述のとおり、元は県保健所の担当者向けに作成されたもので、この「手引き」を各都道府県で適宜アレンジしつつ、職員が当事者意識、平たく表現すれば「手づくり」の意識を持ちながら、活用していただけることを期待したものである。

なお、提案県においても今後成案化される段階のものであることから、この「手引き」は、あくまで本研究班の成果物として活用いただきたい。

(以下、全文引用)

地域医療構想推進の手引き

目次

- 1 背景
- 2 地域医療構想について
 - (1) 地域医療構想の目的
 - (2) 目標
 - (3) 地域医療構想の推進にあたっての基本的な考え方
 - (4) 現状・課題
 - (5) 認識の共有
 - (6) 調整会議で協議の対象とする事項
- 3 調整会議における具体的な協議事項
 - (1) 前提
 - (2) 目指す医療提供体制の姿のとりまとめ
 - ①地域の病院の担う役割のとりまとめ
 - ②地域の将来の病床機能の姿についてのとりまとめ
 - ③まとめ
 - (3) 民間病院等における今後の事業計画（プラン）
 - (4) 各医療機関の特長を活かしたとりまとめ

- (5) 地域医療介護総合確保基金の県計画に盛り込む事業
 - (6) その他の対応
- 4 調整会議の運営と体制
- (1) 調整会議の位置づけ
 - (2) 運営方法
 - ①開催回数
 - ②3年後を見据えた取組
 - (3) 都道府県の役割
 - (4) 都道府県単位の地域医療構想調整会議への参画
 - (5) 「地域医療構想アドバイザー」の活用
- 5 在宅医療等に関する事項について
- 6 おわりに
-

1 背景

日本の人口はピークを過ぎ、既に人口減少が始まっています。

これまでに構築してきた様々な制度や仕組みは、人口増加を背景とした社会では機能していたものの、人口減少局面では対応できない状況が生じてきています。需要の増加を前提として供給体制の整備を進めていく時代は終わり、需要に応じて供給体制を変化させていくことが必要になっています。

また、国が旗を振り、全国同一の進め方（手法）を決め、それに従うことで地方の環境整備が進み、日本全体の水準が上がっていくという構図も既に変化しています。人口減少は都市部ではなく、地方から進行しているためです。地方は先進地として、人口減少局面に即した仕組みを先行して作り上げなければいけない立場にあります。地方で対応ができなければ、日本全体としても対応ができないことは明らかです。

国においても人口減少対策は喫緊の課題として掲げられており、様々な政策が進められています。問題意識や示す方向性が誤っているわけではありませんが、これまでの「拡大モデル」のやり方（計画行政、全国一律の基準、使い勝手の悪い予算事業など）を根本から変えるまでには至っていない現状です。

国が示したとおりの進め方をすればどの地域でも一定の水準向上が望めるという状況ではなくなっていることを認識し、人口減少という変化の最前線にいる方が、地域の現状を見極め、課題を捉え、将来を見通し、対策を講じていくことが重要と考えられます。

2 地域医療構想について

2 (1) 地域医療構想の目的

◎ 目的

今後の人団構造の変化や、それに伴う疾病構造の変化等に対応し、各地域の実情に沿った医療・介護サービスの提供体制を将来にわたって確保する。

地域医療構想は、今後急速に進む人口減少や高齢化に伴う人口構造の変化を見据え、第6次医療法改正の柱の一つに位置づけられ、今日に至っています。

現在なお、「病床削減を目的にしている」との論調で報道されることがあります。確かに、推計値である将来の病床の必要量が削減目標値であるかのように受け止められているきらいもあります。加えて、財務省をはじめ国全体のスタンスとして、医療費の上昇を抑制する必要性を打ち出していることは事実です。

しかし、地域医療構想の背景としては、医療費の問題だけではなく、人口減少や高齢化に伴う医療需要の変化こそが大きな問題であるということを認識する必要があります。

医療を受ける側の都道府県民の感覚では、「病床数が減る=困る（医療サービスが低下する）」となりがちかもしれません、将来的に人口が減少すれば患者数の減少は不可避であり、患者数が減少していく中で現在の病床規模を維持できるのかどうかは分かりません。患者の奪い合いが生じ、その結果、奪い合いに負けた医療機関が消滅していくことが起こらないとも限りません。

また、人口が減少することは、働き手（人材）も減少するということであり、現在の体制を維持できるだけのスタッフを今後も確保し続けることができるのか、という問題もあります。

いずれにしても、地域医療構想を進めるにあたり、まずは「地域医療構想の目的は何か」ということについて、大まかに認識を共有する必要があります。当然のことですが、最終目的としては、地域医療構想は「人口減少や高齢化に対応した医療提供体制（仕組み）を確保する（つくる）ためのもの」と捉えるべきと考えます。そのため必要な基金の確保、使えるお金をなるべく多く確保するということは、目的そのものではなく、人口減少や高齢化に対応した医療提供体制（仕組み）を確保する（つくる）ための手段であって、最終目的ではありません。

地域医療構想の推進にあたっての目的を「今後の人団構造の変化や、それに伴う疾病構造の変化等に対応し、各地域の実情に沿った医療・介護サービスの提供体制を将来にわたって確保する」と記載しているのは、このように考えたためです。

また、「医療提供体制の確保」についても、同様に、大まかに認識を共有する必要があります。

「医療提供体制」とは何を指し、「確保」とはどういうことを言うのか、様々な表現で表されます。例えば今後、人口構造が変化していく中にあって、

- ・既存の医療機関等が相互に共存できる（共倒れにならない）状態、
- ・患者の状態や本人の希望に応じた適切な医療（や介護の）サービスを提供できる状態、
- ・県民が医療（や介護）について心配することなく生活できる状態、
- ・医療機関等で働く人が自分たちの仕事に満足できる状態、…

の実現を目指す、といった表現方法が考えられます。

もちろん、多くの人が目的を共有できるよう、より実態を的確に表現した分かりやすいものに言い換えていただいて構いません。

2 (2) 目標

◎ 目標

地域医療構想調整会議において構想区域ごとに「目指す医療提供体制の姿」を明確化し、継続して行う協議や情報共有の結果を隨時反映していくサイクルを確立する。

目的（＝最終目的）とは最終段階の「アウトカム」であり、抽象的なものです。これを達成するための中間のアウトカムとして、目標を設定し、文章として表現します。

厚生労働省は「地域医療構想に関するワーキンググループ」のとりまとめ*を踏まえ、「都道府県においては、毎年度、地域医療構想において合意を得た具体的対応方針をとりまとめること」との通知**を発出しておらず、「平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況についても考慮する」としています。

前述のとおり、基金の確保は最終目的ではなく目的達成のための手段ですが、地域の将来にとって役に立つ事業を実施していくためにも、地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）をしっかりと機能させ、その重要なミッションとして「目指す医療提供体制の姿」を明確化するためのサイクルを確立すること（調整会議を機能させていくこと）が都道府県の役割です。

* 平成29年12月13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「地域医療構想の進め方に関する議論の整理」

** 平成30年2月7日医政地発0207第1号 地域医療構想の進め方について 厚生労働省医政局地域医療計画課長 各都道府県衛生主管部（局）長あて

2 (3) 地域医療構想の推進にあたっての基本的な考え方

目標を達成するために基本にしていかなければならない考え方があります。それは、

「地域医療構想の推進にあたっては、調整会議を中心とする」

というものです。先に記載した目的の実現に向けて、誰が、いつまでに、何をする必要があるのかを当事者である地域の関係者間で協議し、整理していくための場が調整会議です。

全国レベルではもちろん、都道府県内でも地域によって人口減少のスピードや高齢化率（人口構造）、資源（ヒト、モノ、カネ）の状況、地理的条件は様々です。「この体制であればどの地域でもうまくいく」という“方程式”はありません。他の地域でうまくいった事例があっても、自分たちの地域でもうまくいくとは限りません。これまでのように全国一律の進め方（手法）では通用しないことを認識することが重要です。

人口減少や高齢化に対応していかなければならぬという大きな方向性は国が示したものですが、具体的に自分たちの地域をどうしたいのか（どうするのか）を決めるのは、自分たち以外にはいませんし、地域のことを知らない他人（国）に任せる訳にもいきません。地域で目指す医療提供体制の姿は、国でも、県でも、一部の代表者の意見でもなく、調整会議での協議により明確化していただくということが今後の取組の基本的な考え方になります。

2 (4) 現状・課題

◎ 現状・課題（例示）

- ・ **目標の設定や実現に向けた地域医療構想調整会議の運営や協議の進め方にについて、具体的なイメージが定まっていない**
- ・ **協議を進めるにあたり、病床機能報告等の情報を十分に活用できていない**
- ・ **地域の実態や協議内容に即した地域医療介護総合確保基金になっていない**

調整会議を中心とした協議の体制とサイクルを確立するという目標を達成するためには、ここまでに記載したような背景も含め、「地域の関係者間で認識を共有できるかどうか」が重要になります。認識が共有できていないと、実質的な話し合いは困難と思われます。また、結論はどのような形になったとしても、最初に認識の共有ができていないと、達成したい目的とは関係のない結論に至ってしまうおそれもあります。

もちろん、全ての人にはそれぞれの立場や考え方、意見があるため、認識を共有することは簡単ではありません。しかし、地域における協議の体制とサイクルを確立しようとするのであれば、土台となる認識共有のための取組をしっかりと行う必要があります。現状・課題に記載していることは、そもそもこの土台となる認識の共有が十分にできていないことが大きな要因になっている可能性もあると考えられます。

2 (5) 認識の共有

◎ 今後の対応

- 具体的な協議の進め方のイメージを示し、地域医療構想調整会議を運営する地域機関や関係者との共通認識を形成する

【各地域で都道府県が行うこと】

- 「地域医療構想の目的」と「基本的な考え方」を理解し、説明できるようにする。
- 会議の中心になっていただく構成員（コアメンバー）を選定し、「地域医療構想の目的」と調整会議を中心とするという「基本的な考え方」を理解いただけるよう丁寧に説明する。
- 次に、他の構成員にも「地域医療構想の目的」と「基本的な考え方」を理解いただけるよう説明する。（コアメンバーの方からも補足説明してもらえるくらいの下準備を行う。）

全ての地域ではじめに共有していただきたいと考えている事項は、先に記載した

- 「地域医療構想の目的」
 - 「調整会議を中心とするという「基本的な考え方」
- の2点です。

このうち、調整会議を中心とする、ということについては、より具体的には、

- それぞれの医療機関が、今後自分が担っていく役割や病床機能を決め、実現していく際には、調整会議における協議や整理の状況を踏まえること
 - そのため、それぞれの医療機関が、今後自分が担おうとする役割や病床機能を検討し、その方向性を調整会議で共有すること
- という2つの内容が含まれます。

このことは、これまで共通認識として十分に浸透していない場合もあるかもしれません。そこで、まずは調整会議に参画いただく構成員のうち、会議の中心となっていただく構成員（コアメンバー）に丁寧に説明することから始める必要があります。

会議の中心となっていただく構成員（コアメンバー）には、

- 調整会議の運営に主体的に関わっていただくこと
 - 他の構成員や地域の関係者の協力を得ていくためのリーダーシップを発揮いただくこと
 - 構想区域単位の視点を持って協議を進めていただくこと
- など、大きな役割を担っていただくことになります。

また、調整会議をより効果的に運用するため、会議のテーマや議題によっては、構成員（コアメンバー）を固定せずその都度選定するなど、弾力的な運用も考慮すべきと考えます。

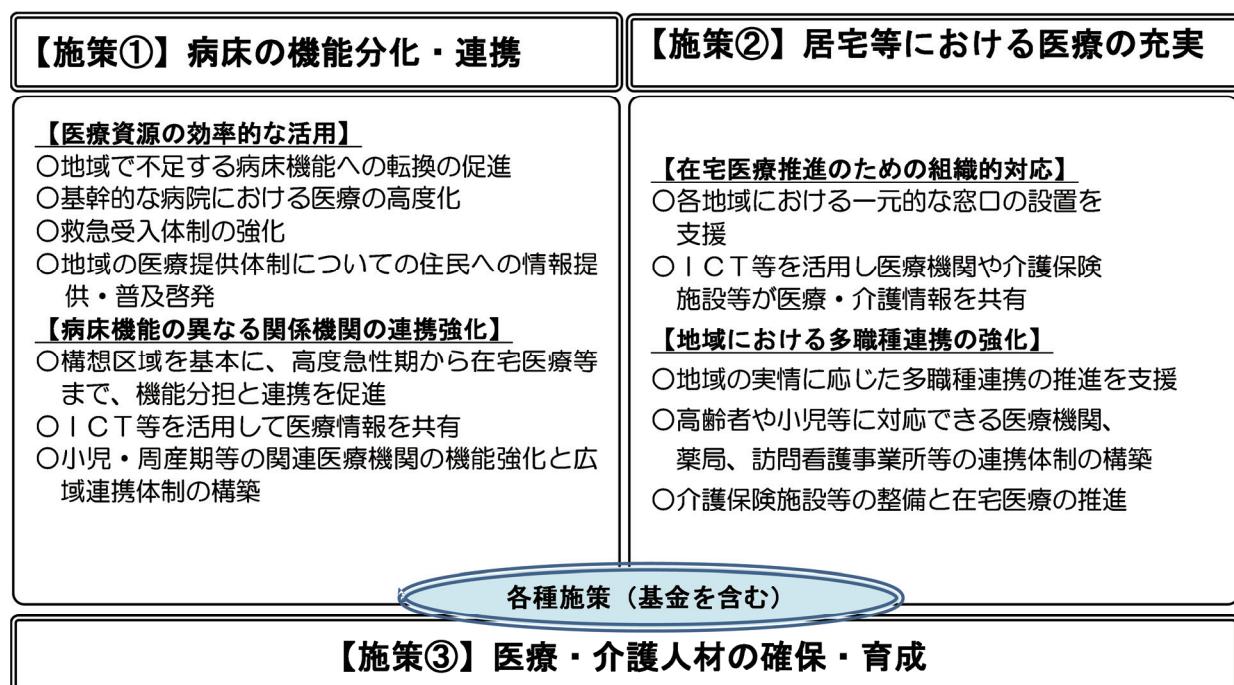
今後、調整会議を機能させていくためには、「地域医療構想の目的」や調整会議を中

心とするという「基本的な考え方」をどれだけ多くの関係者で共有できるかがポイントになります。その際に、地域の状況を良く知り、関係者の立場も理解している構成員の方に中心となっていたら方がより効果的であり、意味があります。一人でも二人でも今後の進め方を前向きに捉えていただける構成員を見つけることが、認識の共有に向けた第一歩になります。

会議の中心となっていたら構成員（コアメンバー）に目的と基本的な考え方を理解していただけたら、次は他の構成員も含めて認識の共有を図ることになります。そして調整会議の構成員の中で、一定程度の認識共有ができれば、「地域における協議の体制とサイクルの確立」に向けて大きく前進することができます。最終的には、地域の全ての医療機関（病院）に、認識を共有いただくことが目標ですが、そのためには構成員の理解・協力が不可欠です。

2 (6) 調整会議で協議の対象とする事項

調整会議を中心として進めていくという「基本的な考え方」について、
・それぞれの医療機関が、今後自分が担っていく役割や病床機能を決め、実現していく際には、調整会議における協議や整理の状況を踏まえること
・そのため、それぞれの医療機関が、今後自分が担おうとする役割や病床機能を検討し、その方向性を調整会議で共有すること
という2つの内容を挙げました。



資料例示：新潟県地域医療構想【概要版】より

調整会議が担う重要な役割としては、まず、
・入院機能（一般病床及び療養病床）に関する事項
・在宅医療等に関する事項

の2つが挙げられます。

加えて、これら以外の、例えば疾病予防や外来機能、精神病床に関することなども、医療機関の役割等に関連があるため、調整会議の協議事項の範囲に含めることとする場合も考えられます。さらに、具体的な個別案件が生じた場合にも、調整会議において協議する可能性もあります。

3 調整会議における具体的な協議事項

3 (1) 前提

調整会議に求められる役割は非常に多くなります。繰り返しになりますが、まずは構成員の間で「地域医療構想の目的」と「基本的な考え方」を理解いただき、認識を共有いただくことが前提になります。この土台ができるまでは、うまく進まないことが多いかもしれません、具体的な協議も同時並行で進めていく必要があります。

3 (2) 目指す医療提供体制の姿のとりまとめ

◎ 今後の対応

- ・ 協議を行うために必要なデータを洗い出し、病床機能報告等の情報を活用する
- ・ 病院の担う役割と将来の病床機能の姿を整理し、各構想区域において目指す医療提供体制の姿をとりまとめる

☆ 目指す医療提供体制の姿をとりまとめる際の視点

- ・ 各構想区域における分野別の医療機能について、個別の医療機関（病院）は現在どのような役割を担っており、将来的に期待される役割は何か
→厚労省WG整理の①
- ・ 各圏域において「(高度) 急性期」「回復期」「慢性期」の機能別の病床数はどうに推移し、将来的に求められる姿はどのようなものか
→厚労省WG整理の②

「地域医療構想の目的」と「基本的な考え方」について、一定の理解を得られた状態であることを前提として、調整会議で具体的に協議いただきたい事項は、各構想区域の「目指す医療提供体制の姿」についてです。

当面、調整会議が担う役割は、

- ・ 入院機能（一般病床及び療養病床）に関する事項
- ・ 在宅医療等に関する事項

の2つであることは先に記載しました。

このうち、入院機能（一般病床及び療養病床）に関する事項として、「地域医療構想

の進め方について」(平成30年2月7日厚生労働省医政局医療計画課長通知)（以下「厚生労働省通知」という。）を踏まえたものが、「目指す医療提供体制の姿」であり、

①地域の病院の担う役割のとりまとめ

②地域の将来の病床機能の姿のとりまとめ

の2つの内容が含まれます。

①、②については以下で記載しますが、これらを毎年度とりまとめていくことにより、「目指す医療提供体制の姿」を明確化していくことが調整会議の目標になります。

3 (2) ①地域の病院の担う役割のとりまとめ

【各地域で都道府県が行うこと】

- ・医療機能調査結果や新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランなどの既存資料・計画等を基に、地域の「病院の担う役割」の現在の姿のたたき台を作成する。
- ・その上で、調整会議に提示し、会議の中心になっていただく構成員（コアメンバー）とも相談しながら、実態の確認作業を進める。

「病院の担う役割」については、具体的には「5疾病・5事業及び在宅医療等」の分野ごとにどの医療機関がどのような機能（入院機能）を担っていくのか、という視点で整理していきます。これは、地域の医療を「質」の面から捉えるイメージになります。

最終的には、将来（2025年やその先）を見据えて整理するべきですが、現状がどうなっているのかを整理・確認できないことには将来の議論はできません。そこで、現状を把握するために、例えば既存の医療機能調査や病床機能報告等を用いて、たたき台を作成することが考えられます。

その上で、実態との乖離がないか確認していく作業が必要になります。具体的には、新公立病院改革プランや公的医療機関等2025プランの記載を参考にしたり、個別意見交換などで確認したりしていくことなどが想定されます。この段階では、全ての医療機関の理解と協力が必要になります。

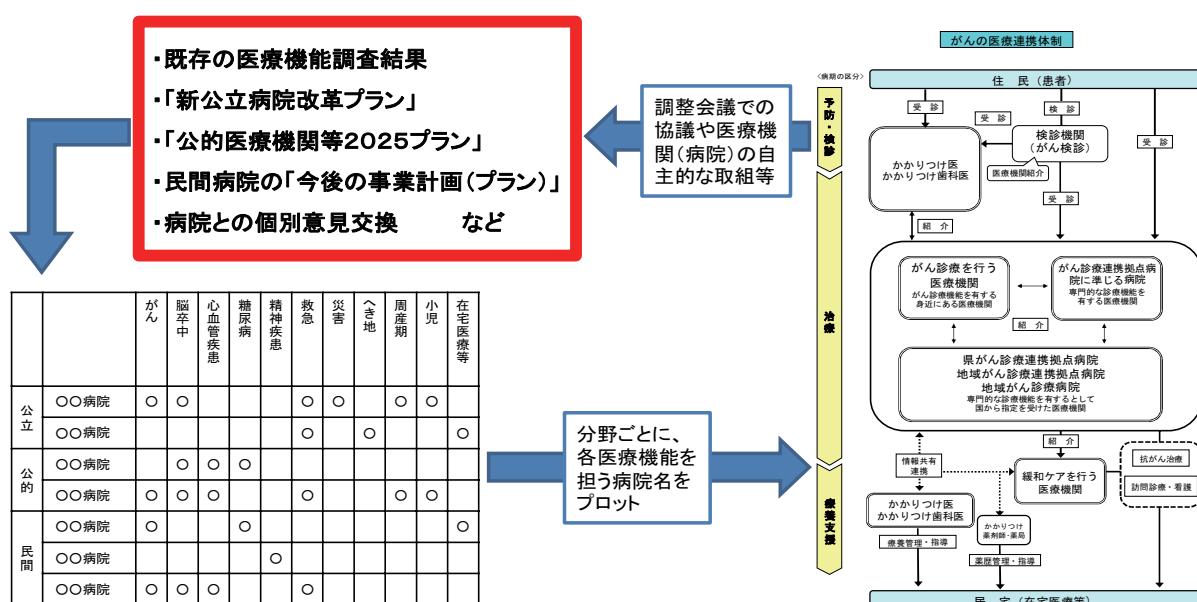
現状の整理の際には、例えば医療計画に記載されている「5疾病・5事業及び在宅医療等」の医療連携体制図を用いて、地域の医療機関名をプロットしていくことが考えられます。ただし、よりよい方法があれば改善を図ることとし、地域から提案があれば積極的に採り入れる姿勢が重要です。

とりまとめは毎年度行いますが、必ずしも現状と異なる姿にしなければならないというものではありません。現状として整理したものが実態と乖離していないかどうかを常に整理・確認いただきながら、地域の将来を見据えた時にそれを変えていく必要があるのかないのか、という視点で検討すると同時に、どこかの時点で「変えていく

必要がある」という共通認識が得られた場合には、そこから具体的な検討につなげていく、という手順になります。

なお、「5疾病・5事業及び在宅医療等」の分野の中で、調整会議での協議対象としてどの分野を優先していくかについては、分野ごとに設置した都道府県単位の地域医療構想調整会議（後述）等の意見等も聴きながら整理していきます。また、医療連携体制図についても、今後、見直しが生じる可能性を視野に入れる必要があります。

病院の担う役割のとりまとめや、とりまとめのための具体的な作業（例：入院機能のプロット）は、そのまま機能別の病床数の増減に結びつくというものではなく、この段階ではあくまで現状の役割分担を入院機能の観点から整理・確認していくものです。それぞれの医療機関が、将来（2025年やその先）を見据えて自身が担っていく役割を検討するためには、まずは地域内の現状（実態）の役割がどうなっているのかを把握し、共有していく必要があると考えられるためです。その後、目指す姿（将来の役割分担）についての協議や検討に移っていく段階では、都道府県単位の地域医療構想調整会議等での検討状況ともリンクさせていく必要があると考えられます。



資料例示：新潟県作成資料より

3 (2) ②地域の将来の病床機能の姿のとりまとめ

【各地域で都道府県が行うこと】

- 病床機能報告結果等をもとに、地域の「将来の病床機能の姿」の直近の状況やこれまでの推移を整理し、現在の姿のたたき台を作成する。
- その上で、調整会議に提示し、会議の中心になつていただく構成員（コアメンバー）とも相談しながら、実態に近づけるための作業を進める。

「将来の病床機能の姿」については、具体的には地域医療構想で用いられた「(高度)

「急性期」「回復期」「慢性期」という区分で病床機能を捉えたときに、将来的にどのようにバランスをとっていくのか、という視点で整理していきます。これは、地域の医療を「量」の面から捉えるイメージになります。

3 (2) ①でも記載したとおり、最終的には、将来（2025年やその先）を見据えて整理するべきものですが、現状がどうなっているのかを整理・確認できることには将来の議論はできません。そこで、現状を把握するために、例えば既存の医療機能調査や病床機能報告等を用いて、たたき台を作成することが考えられます。

【参考】地域医療構想の「将来の病床の必要量」と「病床機能報告」の性質

新潟県地域医療構想で構想区域ごとに推計した「将来の病床の必要量」は、

- ・平成25（2013）年のレセプト実績＝診療実績＝実際の患者数をベースにしている
- ・実際の患者が受けた診療行為（診療報酬の出来高点数、サービス量）の多い順から区分した「（高度）急性期」「回復期」「慢性期」という観点で、病床数を推計している
- ・平成25（2013）年時点の性・年齢階級別の入院受療率が、将来も変わらないという前提で推計している
- ・平成25（2013）年時点で入院している患者数のうちの一定の層（一般病床の入院患者で1日当たりに受けた診療行為が少ない者、療養病床の入院患者の一部など）に該当する者は、将来の時点では在宅医療等を受けている（入院しない）という前提で推計している

という特徴があります。

ここでのポイントは、機能別の「将来の病床の必要量」は、平成25（2013）年時点の実際の患者数をベースに推計したものであり、「病床単位」の推計値だということです。

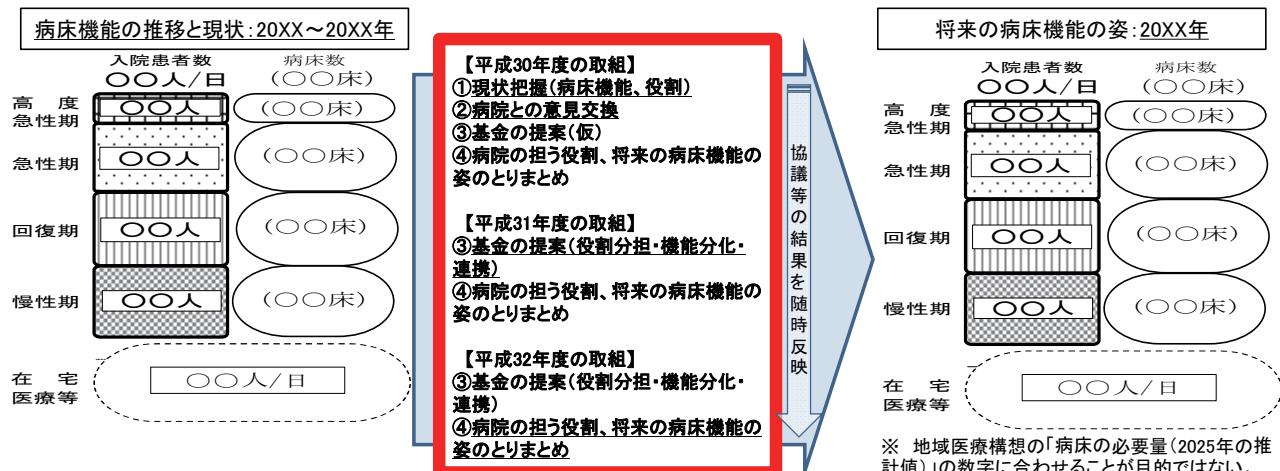
一方、「病床機能報告」は各医療機関が自らの判断で、「病棟単位」の機能を選択するものです。

両者の性質は根本的に大きく異なっているため、これを単純に比較することには課題があります。厚生労働省も昨年「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」という通知を発出しており、厚生労働省通知でも言及されています。

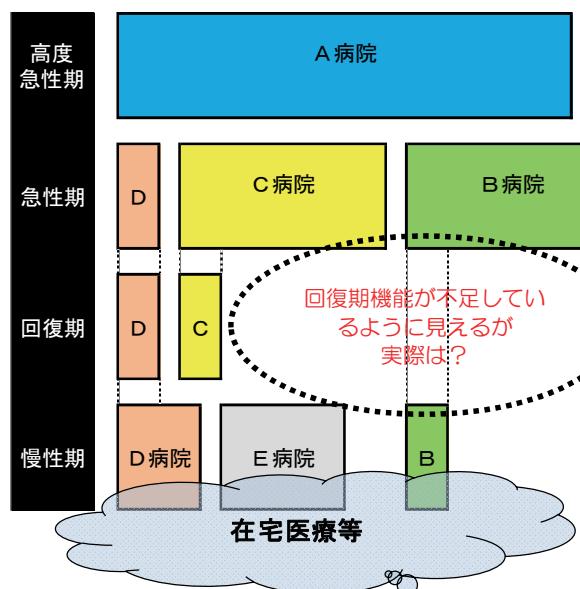
上述のように「将来の病床の必要量」と「病床機能報告」の数値の性質が異なることから、単に病床数という形で示された数値の大小を比較するだけでは、現状の整理として十分とは言えません。「①地域の病院の担う役割」と同様に、「②地域の将来の病床機能の姿」についても実態との乖離がないかどうかを確認していく作業が必要になります。具体的には「病棟単位」の機能を、より「病床単位」の機能に近づ

けるため、実態調査や個別意見交換を行うことなどが想定されます。①と同様、この段階に至ると、全ての医療機関の理解と協力が必要になります。

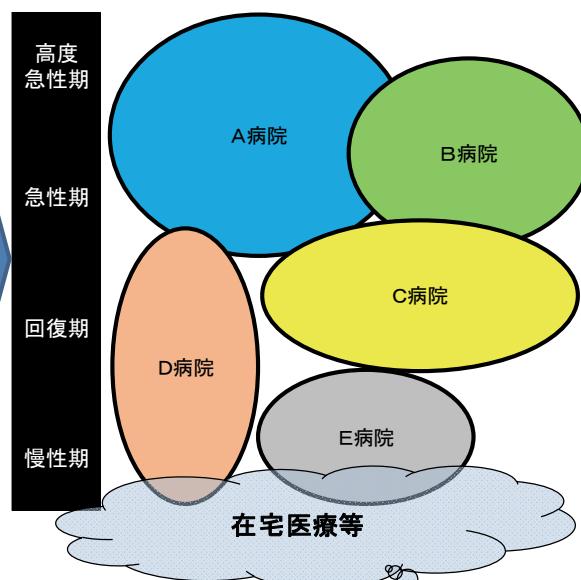
実際に、どのような手法で現状の整理を進めていくかについては、調整会議や関係者の意見も踏まえた検討が必要になりますが、ここでも①と同様に、例えば医療計画に記載されている「5疾病・5事業及び在宅医療等」の医療連携体制図の活用等により、地域の医療機関の機能別の病床数が病床機能報告ではどうなっているのか、どう推移してきているのかを整理・確認します。



《現状》 (病床機能報告)



(機能分化が進んだイメージ)



資料例示：新潟県作成資料より

②についても、とりまとめは毎年度行いますが、必ずしも現状と異なる姿にしなければならないというものではありません。また、「将来の病床の必要量」の数字に合わせていくことが目的でもありません。直近までの病床機能報告の結果と推移に加えて、実態との乖離がないか確認していく作業を進めながら、「将来の病床の必要量」も踏ま

えて地域の将来を見据えた時に、それを変えていく必要があるのかないのか、という視点で検討すると同時に、どこかの時点で「変えていく必要がある」という共通認識が得られた場合には、そこから具体的な検討につなげていく、という手順になります。

3 (2) ③まとめ

繰り返しになりますが、この「目指す医療提供体制の姿のとりまとめ」は、

- ・入院機能に関する事項という観点からとりまとめていくもの
- ・調整会議での協議により調整、整理していくもの

であることを忘れないようしてください。

3 (3) 民間病院等における今後の事業計画（プラン）

【各地域で都道府県が行うこと】

- ・民間病院における事業計画（プラン）の策定について、平成30年度第1回目の調整会議の議題にする。
- ・その後、対象医療機関に対して、今後の事業計画（プラン）の策定を依頼し、平成30年度中に調整会議で共有してもらう。

① 地域の病院の担う役割と、②地域の将来の病床機能の姿をとりまとめていくに当たり、必然的に地域の全ての医療機関の理解・協力が必要になります。

最終的には、

- ・それぞれの医療機関が、今後自身が担っていく役割や病床機能を決め、実現していく際には、調整会議における協議や整理の状況を踏まえること
- ・そのため、それぞれの医療機関が、今後自身が担おうとする役割や病床機能を検討し、その方向性を調整会議で共有すること

という基本的な考え方を、地域の全ての医療機関に認識し、共有してもらうことが必要になります。

そのため、個別意見交換や説明会、勉強会等を通じて、「地域医療構想の目的」と、調整会議を中心とするという「基本的な考え方」を丁寧に説明していかなければなりません。

そして、このことと併せて、同時並行で進めなければいけない課題があります。それは、公立・公的以外の全ての医療機関（以下「民間病院等」という。）を対象に、今後の事業計画（プラン）の策定を働きかけることです。民間病院等には、今後の事業計画（プラン）を策定する法的根拠はありませんが、地域の医療提供体制を考える上で必要不可欠であることを病院側に理解いただき、調整会議で共有するところでもっていけることが理想と考えます。

既に策定済みの新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランも含めて、

今後は①②のとりまとめのためにこれらを活用していくことを想定しています。将来的にとりまとめの内容が変化していくことがあれば、それに合わせて、各医療機関がプランを修正するということもあり得ます。

関係者の認識共有と民間病院等における今後の事業計画（プラン）の策定を同時並行で進めていかなければいけませんが、民間病院等に依頼をする段階では、

- ・「調整会議」において、地域の目指す医療提供体制の姿をとりまとめていくために必要となるものであり、
- ・全ての医療機関に今後の事業計画（プラン）を策定してもらう必要がある、という意義を理解いただくことが重要になります。全ての医療機関に、今後は調整会議を中心とするという「基本的な考え方」が浸透している状態を目指したいということです。

このような状態に近づけることができれば、厚生労働省通知に記載されている協議事項は、その地域にとっては自然なことになっていきます。例えば、

- ・過剰な病床機能に転換しようとする医療機関には説明を求める
- ・都道府県は権限の行使も視野に入れる

ということが協議事項の中に記載されていますが、これは「入院機能（一般病床及び療養病床）に関する事項」であり、調整会議が担う役割にあたります。該当するようなケースがあれば、当該医療機関は自身が検討している方向性を調整会議で共有しなければならないものであり、必要に応じて調整会議で説明することが求められます。

また、「基本的な考え方」に立てば、知事の権限行使の検討を求めるかどうかは、個別のケースに応じて調整会議で協議すべきものであり、まずは話し合いが優先されるべきものです。そして、調整会議での協議がスムーズに行われている限り、権限行使の必要性が生じることはありません。

3 (4) 各医療機関の特長を活かしたとりまとめ

今後、調整会議において協議を進めていく際には、

- ・公立病院、公的医療機関等、民間病院等、それぞれの医療機関の特長を活かしたとりまとめを目指す
- という視点が重要になります。

具体的には、厚生労働省通知にもあるとおり、公立病院や公的医療機関等においては、民間病院等との役割分担を踏まえて、公立病院や公的医療機関等でなければ担えない分野を重点的に担っていくことが求められます。もちろん、地域の状況はそれぞれ異なっているため、設置主体が同じ医療機関であっても、重点的に担うべき役割も同じとは限りません。それを明らかにしていくためにも、まずは各地域でそれぞれの医療機関の役割の現状（実態）を整理・確認し、それぞれの医療機関が検討している方向性を調整会議で共有していくことが必要になります。

3（5）地域医療介護総合確保基金の県計画に盛り込む事業に関すること

◎ 今後の対応

- ・ 基金を有効活用し、目指す医療提供体制の姿を実現するための取組を実行する

★ 具体的な取組内容

- ・ 医療機関（病院）の役割分担や機能分化に資する基金事業を実施

調整会議において、「目指す医療提供体制の姿」のとりまとめに向けた協議や検討が進んでいくにつれて、地域にとって必要な取組も具体化してくることが想定されます。

例えば、本書3（2）①「病院の担う役割」について、「変えていく必要がない」のであれば、現状の役割をいかに維持していくかを検討していきます。そして、将来にわたって現状の役割を維持していくために地域で必要な取組があれば、それは基金事業につながる可能性があります。

一方、「変えていく必要がある」としたら、例えば、地域には今後この機能（入院機能）が必要ではないかといった視点や、現在の役割分担を見直していく必要があるのではないかといった視点があるはずです。そこで、その機能をどう確保するか、どの医療機関が担えるのか、といった検討につなげていきます。検討の結果、例えばA病院が将来的にその機能を担っていく、B病院は担う役割を変えていく、というような方向性を地域で共有できれば、それが「病院の担う役割のとりまとめ」になります。そして、その姿を実現するために地域で必要な取組があれば、それは基金事業につながる可能性があります。

本書3（2）②「将来の病床機能の姿」についても同様で、「変えていく必要がない」のであれば、現状の病床機能のバランスをいかに維持していくかを検討していただきます。そして、将来にわたって病床機能のバランスを維持していくために地域で必要な取組があれば、それは基金事業につながる可能性があります。

一方、「変えていく必要がある」としたら、例えば、地域には今後「〇〇期」機能の病床がより必要になるのではないか、「〇〇期」の病床機能を担う医療機関のバランスを変えていく必要があるのではないか、といった視点があるはずです。そこで、その機能をどう確保するか、どの医療機関が担えるのか、といった検討につなげていきます。検討の結果、例えばC病院が将来的にその病床機能を担っていく、D病院は一部の病床機能を変えていく、というような方向性を地域で共有できれば、それが「将来の病床機能の姿のとりまとめ」になります。そして、その姿を実現するために地域で必要な取組があれば、それは基金事業につながる可能性があります。

上述の①②のとりまとめを毎年度継続していくことにより、地域で必要な取組が変化していくことも想定されます。

全ての提案について事業化が実現するとは限りませんし、全ての医療機関に対して同様の支援ができるとは限りませんが、地域の実態や調整会議での協議内容に即した地域医療介護総合確保基金事業を構築し、目指す医療提供体制の姿の実現に向けた取組を適切に支援できるように進めていく必要があります。

3（6）その他の対応

厚生労働省通知及び地域医療構想に関するワーキンググループの議論の整理では、「具体的対応方針のとりまとめ」の他にも、様々な事項について調整会議で対応するようにとしています。具体的には、

- ・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
 - ・新たな医療機関の開設や増床の許可申請への対応
- が挙げられています。

これらについても、繰り返し記載してきたとおり、

- ・それぞれの医療機関が、今後自身が担っていく役割や病床機能を決め、実現していく際には、調整会議における協議や整理の状況を踏まえること
- ・そのため、それぞれの医療機関が、今後自身が担おうとする役割や病床機能を検討し、その方向性を調整会議で共有すること

という、「基本的な考え方」が浸透していけば、その地域にとって自然なことになっていきます。

厚生労働省通知には挙げられていませんが、例えば「病床数の減」や「病院の再編や増改築の計画」なども地域の入院機能（一般病床及び療養病床）に影響がある場合には、調整会議の協議事項とすべきものです。

このように、調整会議は地域の医療提供体制の確保に関する事項について関係者間で協議を行い、相互に調整を図るという重要な場になります。厚生労働省通知に記載された内容について、全て同時に協議を始めることはできませんので、地域の実情を踏まえて、調整会議の中で優先順位をつけながら進めていくことが必要です。

4 調整会議の運営と体制

◎ 具体的な取組内容

- (1) 単年のスケジュールに加え、中期（3年）のロードマップを作成
- (2) 現状を整理（把握）するために、病床機能報告等の情報を活用しながら病院との個別意見交換を実施
- (3) 目指す医療提供体制の姿のとりまとめに向け、各構想区域において地域医療構想調整会議を開催・運営

4 (1) 調整会議の位置づけ

調整会議を中心とするという「基本的な考え方」に立ち、調整会議において目指す医療提供体制の姿をとりまとめていくためには、既存の会議との関係の整理や運営方法等の見直しが必要です。

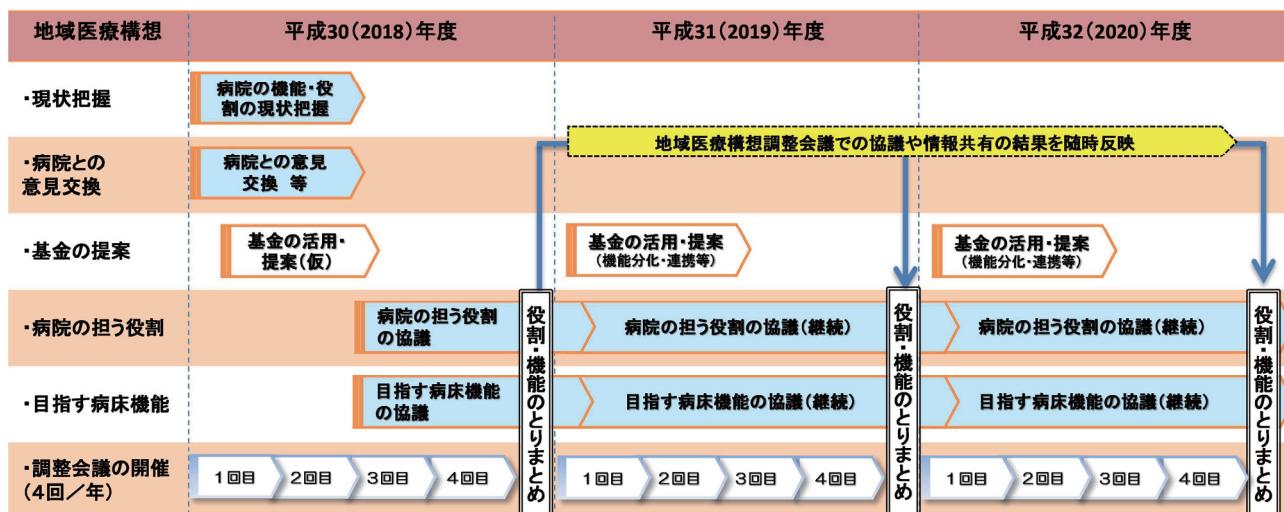
調整会議を、従前から圏域単位で設置していた会議を母体とし、調整会議の機能を併せ持つという、いわゆる「2枚看板」の形で運用しているところや、新しく独立の会議として設置するところなど、様々な形態があります。これらはいずれも一長一短があるものと思われますが、いずれにしても、会議の設置形態や構成員について、調整会議の位置づけや役割を踏まえ、効果的なものとなるよう検討していく必要があります。

また、従来の会議は、県が招集する以上、県側の意向で開催するもの、という印象が強かったところもあると思われますが、調整会議は地域の医療機関をはじめとする関係者間で協議を行い、相互に調整を図る場です。形式上は県が開催スケジュールや議題、開催方法、会議の構成、分科会の設置などの運営に関する検討等を行いますが、実質的な主体は医療機関等であり、構成員の自主性を尊重して進めていくことが基本になります。会議の中心となっていただく構成員（コアメンバー）の理解・協力が不可欠になりますし、これまで以上に構成員と事務局との意思疎通を丁寧に行う必要があります。

4 (2) 運営方法

調整会議の位置づけについて、関係者に認識を共有していただいた上で、具体的な運営方法を検討します。運営方法に関し、共通する事項は、

- ・最低でも年に4回の開催ができるよう働きかけていくこと
 - ・単年のスケジュールに加えて、3年後も見据えて取組を進めること
- の2点です。



資料例示：新潟県作成資料より

4 (2) ①開催回数

開催回数については、既存の会議と同様の形式で年4回開催しなければいけないかというと、必ずしもそうではありません。地域の関係者が一堂に会するような規模の大きい会議だけでは、目指す医療提供体制の姿をとりまとめていくことは難しい面もあります。具体的な進め方は調整会議の構成員の意見等も踏まえて決めていただくことになりますが、選択肢のひとつと考えているのが分科会の設置です。

例えば、地域医療構想の柱となる事項という視点から、

- ・病院の担う役割と将来の病床機能の姿のとりまとめを担当する分科会
- ・在宅医療等の充実を担当する分科会

を設けることや、目指す医療提供体制の姿の要素という視点から、

- ・病院の担う役割のとりまとめを担当する分科会
- ・将来の病床機能の姿のとりまとめを担当する分科会

を設けることなどが考えられます。

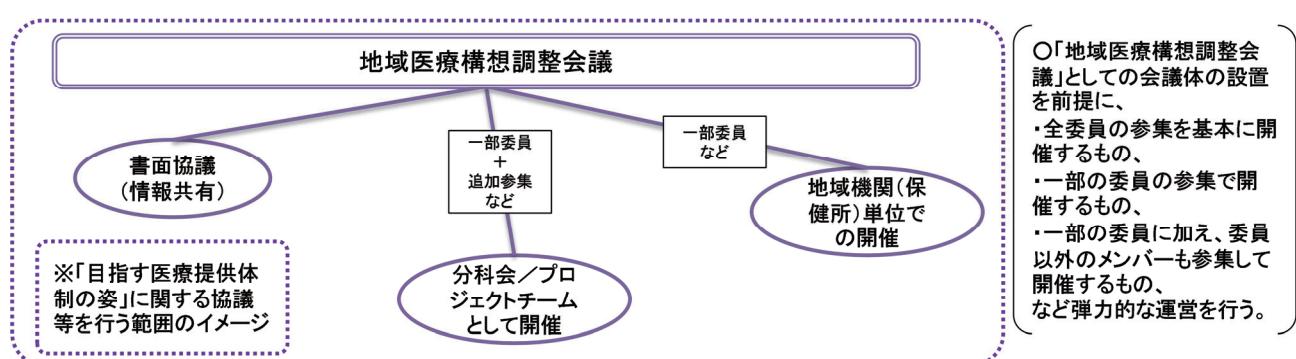
さらに細かく分けて、

- ・病院の担う役割のとりまとめのうち、救急医療を担当する分科会
- ・病院の担う役割のとりまとめのうち、在宅医療等を担当する分科会

なども考えられます。

また、構想区域内で地区を分けて分科会を設けることも可能です。その場合、目指す医療提供体制の姿については、最終的には構想区域単位で共有していく必要があることに留意してください。

なお、新たな会議体の数を増やしすぎない工夫も必要であり、地域にある既存の別の会議体に調整会議の役割の一部を担ってもらい、当該会議体も調整会議の機能を有するものと整理することなども検討してください。



資料例示：新潟県作成資料より

分科会の構成員や数、開催スケジュール、協議事項、公開／非公開などは、全て調整会議の協議により決めることができます。調整会議が目指す医療提供体制の姿をとりまとめていくために、柔軟かつ弾力的に運営していく必要があります。そして、調整会議の協議に基づき開催する分科会については、構成員の多少や、公開／非公開に

関わらず、全て「調整会議として」開催するものであり、これらを含めれば、年4回程度の開催は継続的に行われていくものと考えています。

分科会を効果的に活用することで、全構成員を収集対象とした調整会議は、区切りのタイミングでのみ開催するという運営も可能になります。調整会議自体は、公開を基本としつつ、分科会で一定程度の整理がなされた事項や下調整が済んだ情報を提示していくような形を想定していますが、協議事項に応じて、その時々の調整会議の一部又は全部を非公開とすることも妨げるものではありません。

このように調整会議や分科会を開催していくとすると、実際には、開催前の打ち合わせや事前調整、根回しなどが必要になる場面が多くなることも想定されます。いずれにしても、基本的な考え方を共有し、会議の中心となつていただく構成員（コアメンバー）等の関係者を増やしていくことが非常に重要になります。

4 (2) ②3年後を見据えた取組について

スケジュールに関し「3年後を見据えて」としているのは、目標である「地域における協議の体制とサイクルを確立」することを念頭に置いているためです。具体的には、各地域において、

- ・①地域の病院の担う役割と、②地域の将来の病床機能の姿について、現状（実態）を共有できている状態
- ・現状（実態）を踏まえた上で、将来に向けて「変えていく必要がある」のか、「変えていく必要はない」のかをチェック（協議・検討）できている状態を目指していくものです。

留意いただきたいことは、目指す医療提供体制の姿のとりまとめを3年間で完成させるという意味ではないということです。より正確に言えば、目指す医療提供体制の姿のとりまとめはどこかの時点で完成するものではなく、将来に向けて「変えていく必要がある」のか「変えていく必要はない」のかを、毎年度チェック（協議・検討）し続けていくためのものです。

4 (3) 都道府県の役割

都道府県は、調整会議が機能するように、事務局としてサポートしていく必要があります。調整会議や分科会の日程調整や会場の確保、資料の準備のほか、目指す医療提供体制の姿のとりまとめや協議・検討に必要となる情報を収集・整理し、地域の関係者に提示していかなければいけません。

特に、今後は、都道府県と調整会議の中心となつていただく構成員（コアメンバー）との事前調整や意思疎通が重要になります。調整会議や分科会において目指す医療提供体制の姿をとりまとめていくためにどのような情報（データ）が必要なのか、どのような示し方をすると効果的か、などについて、調整会議の中心となつていただく構成員（コアメンバー）や関係者と丁寧に意見交換をしながら進めていくことが求めら

れます。

また、個々の医療機関と調整会議のつなぎ役としての役割も重要になります。調整会議は常に全ての構成員が参画して開催できるとは限りません。個々の医療機関の今後の方針や計画を把握した際には、当該案件を調整会議につなげるという役割を担う必要があります。

さらに、構想区域内に保健所を設置する市（政令市、中核市）が存在する場合は、各市の保健所あるいは保健医療福祉担当部門との調整も必要となります。特に近年は全国的に中核市が増加している状況にあり、他自治体の取組事例の提供、データ等の情報の共有、医師会等関係団体との連携、人材育成などの面で、都道府県側が期待される役割も大きくなっています。（詳細は本報告書Ⅲ、Ⅳ及びⅥを参照）

こうした役割を果たすに当たり、最終的には都道府県民への周知も必要になることを念頭に置きながら、調整会議の構成員をはじめ、地域の医療機関、団体及び関係者に認識を共有していただくために、継続的に、丁寧に説明し、調整作業に取り組んでいかなければなりません。このことは、都道府県（保健所）の担う役割として、最も重要なことであると考えられます。

4（4）都道府県単位の地域医療構想調整会議への参画

都道府県単位の地域医療構想調整会議は、平成30年6月の国通知*で、調整会議の活性化に向けた方策の一つとして提示されたものです。

* 平成30年6月22日医政地発0622第2号 地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について 厚生労働省医政局地域医療計画課長 各都道府県衛生主管部（局）長あて

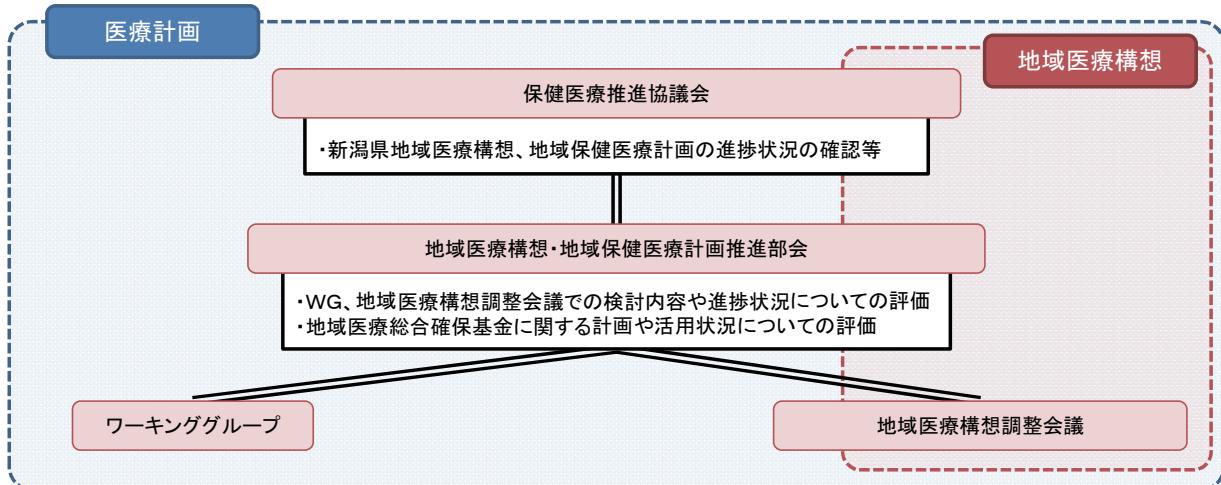
「基本的な考え方」に立って各地域で取組を進めていくにあたり、重要と考えられることの一つが、各地域間の横の連携であり、各地域の取組状況を踏まえながら、県全体としての課題を把握していくことが必要です。

そこで、各地域の調整会議の協議内容や課題等の共有の場として都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置し、必要に応じ、地域ごとの調整会議の中心となる構成員（コアメンバー）から、都道府県単位の会議に参画いただくなどの取組が有効であると考えられます。

さらに、これらの会議を効果的に運営していくためには、事務局間での情報共有の機会などを設けることも一つの方法と考えられます。

【参考】新潟県における都道府県単位の地域医療構想調整会議について

新潟県では、地域医療構想の策定に当たり設置した新潟県地域医療構想・地域保健医療計画策定部会を、構想策定と同時に、都道府県単位の地域医療構想調整会議と位置付け、同時に、医療計画推進のための会議の専門委員会としても位置づけています。



資料例示：新潟県作成資料より

4（5）「地域医療構想アドバイザー」の活用

「地域医療構想アドバイザー」も、同様に、前述の平成30年6月の国通知で提示されたもので、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調整会議の事務局が担うべき機能を補完する観点から、

- ・地域医療構想の進め方に関する調整会議事務局への助言
- ・地域医療構想調整会議の議論の活性化に向けた参加者への助言

を担うこととされています。

「地域医療構想アドバイザー」は全ての都道府県で選定されているわけではなく、また、その役割や位置づけに関する考え方も都道府県により異なると考えられるところから、今後、国において研修等が行われる中で、都道府県間でも情報が共有されるに伴い、全体として今後の発展が期待されるところです。

5 在宅医療等に関する事項について

目指す医療提供体制の姿のとりまとめは、厚生労働省通知も踏まえて、主として医療機関（特に病院）の入院機能に焦点をあてたものになっています。

しかし、地域医療構想の要素は、入院機能だけではありません。もうひとつの要素として、「在宅医療等の充実」があります。入院機能と在宅医療等の充実が地域医療構想の両輪であり、片方のタイヤだけ回しても、最終目的に向かって進むことはできま

せん。

そもそも、地域医療構想の「将来の病床の必要量」は、平成25（2013）年の診療実績＝実際の患者数をベースに、一定の層の入院患者は将来の時点では「在宅医療等」を受けている（入院しない）という前提に立って推計しているものです。この前提を理解しておかないと、入院機能に関する検討も的外れなものになってしまうおそれがありますので、留意が必要です。

入院機能に焦点を当てた調整会議の役割は、①地域の病院の担う役割のとりまとめと、②地域の将来の病床機能の姿のとりまとめという形で整理されますが、「在宅医療等の充実」については、具体的にどういう形で方向性をとりまとめていくかという整理がまだ困難な状態です。①地域の病院の役割のとりまとめの在宅医療等に関する部分とも整合させていく必要があります、今後、具体的な進め方を検討していくことが必要です。

各地域でも、在宅医療等の充実の方向性のとりまとめイメージについて、調整会議の構成員と意見交換を行うことが重要であり、地域包括ケアシステムの構築と密接に関わるものであるため、介護分野の検討体制や検討状況を整理・把握したり、介護分野の既存の会議体に調整会議の役割の一部を担ってもらう等の対応も視野に入れる必要があります。

いずれにしても、地域医療構想の推進にあたっては、「在宅医療等の充実」の要素も不可欠であることを忘れないようにしてください。

6 おわりに

地域医療構想は人口減少に対応した医療提供体制の構築に向けたひとつのきっかけとなるものですが、基金事業も含めて、国の政策は今後変化することもあり得ます。

しかし、政策が変わっても、最終的な目的が「地域の医療提供体制を確保していくこと」であることは変わりません。

本「手引き」は、あくまでも試行的に作成したものであり、検討が不十分な点も残っています。各都道府県において、適宜アレンジし、修正等を加えながら活用していただければ幸いです。

VI 地域医療構想の推進にあたってのデータ活用

<留意事項>

- ・公的機関によるネット上の公表データや全国共通の分析ツールを優先的に活用する
- ・データソースを明らかにする
- ・データが持つ意味や限界を理解する
- ・日頃の取り組みから得られる質的情報も重視する
- ・組織横断・多機関協働でデータを共有する
- ・わかりやすく提示する（グラフ・表、経過・地域間比較）

⇒地域医療構想に関連する「会議」、「従事者研修」、「住民普及啓発」などで積極的に活用

<活用したいネット上の主な公表データ>

○病床機能報告

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

○医療機能情報

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/teikyouseido/index.html

○薬局機能情報

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/kinoujouhou/index.html

○介護サービス情報

<http://www kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

○厚生労働省：在宅医療の推進について 在宅医療にかかる地域別データ集

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

○日本医師会：地域医療情報システム

<http://jmap.jp/>

○地域包括ケア「見える化」システム

<http://mieruka.mhlw.go.jp/>

○内閣府：経済・財政と暮らしの関係「見える化」ポータルサイト SCR

<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>

○政府統計の総合窓口 e-stat 医療施設調査

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450021>

○国立社会保障・人口問題研究所 市町村・年齢階級別将来推計人口

<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp>

<全国共通の分析ツール>

○医療計画作成支援データブック

○国保データベース（KDB）システム

<データの具体的な活用例>

I. 病床利用率の低い一般病床（特に休棟）を有する医療機関の方向検討における基礎資料

- ・一般病床の病床利用率（前年度 1 日平均入院患者数／許可病床数）【医療機能情報】

- ・休棟理由・2025年の病棟予定【病床機能報告】
- ・市町村・年齢階級別将来推計人口【国立社会保障・人口問題研究所 HP】
- ・主要疾病（がん、脳卒中、心疾患等）の入院患者住所地と医療機関所在地のクロス集計【医療計画作成支援データブック】【患者調査】
※政策医療も勘案し、病床利用率70%未満が続いている場合は優先的に協議
- ※高度急性期は広域的な確保も勘案
- ※有床診療所は専門特化型と地域包括ケア型に区分

II. 「急性期」病棟に関する定量的選択基準に関する基礎資料

- ・急性期選択病棟の入院基本料【病床機能報告】
 - ・急性期選択病棟の平均在棟日数
(在棟患者延べ数) ÷ (((新規入院患者数) + (退棟患者数)) ÷ 2)【病床機能報告】
 - ・病棟の急性期医療行為件数
(手術、がん・脳卒中・心筋梗塞・分娩、重症患者、救急医療、全身管理)【病床機能報告】
- ※平均在棟日数と急性期医療行為件数による病棟機能選択について協議

III. 療養病棟の介護医療院等への転換検討における基礎資料

- ・介護医療院等の整備計画【介護保険事業計画】
 - ・療養病棟（医療、介護）の2025年の病棟予定【病床機能報告】
 - ・療養病棟（医療、介護）の病棟別退棟患者数（退棟先の場所・退院後の在宅医療の予定、在宅復帰への支援状況；入退院支援加算、介護支援等連携指導料等）【病床機能報告】
 - ・療養病棟（医療、介護）の平均在棟日数
(在棟患者延べ数) ÷ (((新規入院患者数) + (退棟患者数)) ÷ 2)【病床機能報告】
- ※介護療養病棟やほとんど外来を実施していない、死亡退院ばかり、在宅医療を実施していない、退院支援をしていない、在棟日数が非常に長い医療療養病棟は介護施設等への転換を協議

IV. 在宅医療の推進における基礎資料

- ・2025年の在宅医療等の必要量【地域医療構想】【介護保険事業計画】
- ・在宅医療にかかる地域別データ集
(市町村の在宅医療サービス提供状況・在宅死亡状況)【厚労省在宅医療 HP】
- ・医療施設調査
(二次医療圏の病院・一般診療所・歯科診療所の在宅医療サービス提供状況)【e-stat】
- ・二次医療圏・市町村の地域医療資源
(在宅療養支援診療所・病院、訪問歯科、訪問薬局等)【日本医師会地域医療情報システム】
- ・病院・一般診療所・歯科診療所の在宅医療提供状況【医療機能情報】
- ・薬局の在宅サービス提供状況【薬局機能情報】
- ・介護サービス提供状況【介護サービス情報】
- ・医療機関の急性期後・在宅復帰への支援状況
(入退院支援加算、介護支援等連携指導料、退院前訪問指導料等)【病床機能報告】
- ・二次医療圏・市町村の在宅医療関係 SCR

(往診、在宅患者訪問指導料、訪問看護指示料等)【経済・財政と暮らしの関係「見える化」HP】
※入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りについて協議

VII 提言

● 保健所設置市における地域医療構想の推進および地域包括ケアの構築について

従来「医療は都道府県、福祉は市町村」という暗黙の棲み分けがあったが、平成26年「医療介護総合確保推進法」の公布により、市町村が地域包括ケアシステムの構築に併せて、在宅医療の推進および介護連携に取り組む方向性が打ち出された。それまで医療政策に関しては、主に検診や予防接種等の保健事業のみの関与であった市町村にとっては、在宅医療の推進や医療職も含めた多職種連携による事業展開に際しては、必然的に都道府県を頼りにすることになり、県型保健所に大きな期待が寄せられていた。

しかしながら、保健所設置市（政令指定都市、中核市、保健所政令市、東京23区）では、自治体内で医療と福祉事業が完結可能であり、都道府県の支援を受けることなく独自のシステムを構築しているところが多い。保健所設置市が、都道府県と良好な関係を保ちつつ、それぞれ足りないところを補完し合いながら、密に連絡を取り合い、医療圏全体、ひいては都道府県全体のレベルアップに繋げねばならない。

2018年10月現在、中核市54市を含む保健所政令市60市の総人口は、2,240万人で日本の全人口の18%である。これに加えて、政令指定都市の人口2,770万人、東京23区の人口940万人を加えると約6,000万人となり、日本の総人口の48%を占めることになる。すなわち都道府県（県型保健所）の支援は日本全体では、約半数の人口を有する市町村にとどまっていることになる。加えて、多くの県庁所在地は政令指定都市ないしは中核市であり、保健所設置市には公的病院はじめ医療資源が比較的豊富に存在する。

保健所設置市では都市の規模や経験値から独自で施策の展開を進めているので、技術面での都道府県の指導は必ずしも必要とされていないようであるが、事業遂行のために必要な財源としての地域医療介護総合確保基金に期待がかけられている。

以上の結果から、保健所設置市が行う地域医療構想や地域包括ケアの推進に関して都道府県に期待することを以下のように整理した。

1. 他の市町村の先駆的な取り組み（成功事例）の紹介
2. 予算確保（地域医療介護総合確保基金による財政支援）
3. 県内統一の医療介護連携のためのICTの導入
4. 現場で活かす在宅医療推進の支援（入退院支援ルールの作成等）
5. 都道府県が把握している基礎データの開示
6. 人材育成（在宅医の育成・研修、介護人材の確保・育成・研修等）
7. 在宅医療推進にかかる広域的な住民啓発や広報
8. 達成指標の提示

9. 広域連携への支援

これらの結果を踏まえ、都道府県には上記の保健所設置市からの期待をお応えくださること、また保健所設置市（政令指定都市、中核市、等）においては、地域包括ケアシステムの構築と推進に関して、都道府県と情報交換を行いながら、医療圏全体を底上げすることを視野に入れて、施策を展開することを提言したい。

● 地域医療構想調整会議について

地域医療構想の推進にあたっては、圏域毎に設置された地域医療構想調整会議（以下、調整会議）が実質的な調整機能を果たすことできるように機能強化することが重要である。そのためには、各圏域の病院等が将来の病院機能や経営方針を検討する際に活用できるデータ（各圏域の患者動向の特徴や将来推計などを含む）の充実が必須である。

これまでの調整会議は、地域医療構想で定めた必要病床数や病床機能報告の結果を踏まえて自主的に病床削減や病床機能の転換の方針を決めた病院からの「報告」に終始しているところが多く、圏域内の病院の機能分化や機能の集約等の「調整」が行われているとは言い難い状況にある。その要因としては、各病院等が将来の病院機能や経営方針を検討するにあたって、厚生労働省から提供されるデータブックなどの公表データのみでは情報不足であったことがあげられる。今後は、「活用すべきデータ（案）」として本研究で例示したものを参考にしつつ、各都道府県が地元の大学（医療政策学や病院管理学等の講座）や地域医療構想アドバイザーなどの協力を得て、地域毎の診療科別の入院・外来患者の動向や地域毎の受診行動の特性などのデータを提供できるようにすべきである。

● 地域医療構想調整会議における合意形成の方法について

厚労省は、圏域ごとに設置された地域医療構想調整会議（以下、調整会議）の進め方に関する通知「地域医療構想の進め方について（平成 30 年 2 月 7 日医政地発 0207 第 1 号）」において、『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。』と記している。

沖縄県では、調整会議を進めるにあたり、この合意形成をどのような方法で行うか事務局で議論した結果、将来の具体的対応方針（新公立病院改革プラン及び公的医療機関等 2025 プラン、公立・公的医療機関以外の病院が策定する簡易プラン、有床診療所の病床機能報告における 2025 年の予定する病床機能等）についての合意形成は調整会議の構成員の総意をもって行うものとし、第 1 回目の調整会議で構成員に対して説明を行った。具体的には、その年の調整会議で報告された各病院の将来の具体的対応方針や病床機能転換の内容等を合意事項として記述し、「○○圏域の地域医療構想に関する合意書」という文書にまとめて記録に残す方法を考えている。

「合意」の定義については、各病院の将来的対応方針等について、調整会議の場及びその後の照会において特に意見がなければ合意したものとみなし、他病院から異論が出る場合など引き続き協議が必要な事項については、その旨を合意書に記述する。また、「具体的対応方針を修正、追加及び削除する必要が生じた場合には、改めて調整会議において協議し見直すこととする」とし、方針の変更等についても柔軟に対応できるようにしている。調整会議でも病院長から具体的な合意方法について質問を受けたが、上記のように「合意」というよりは「確認」に近いイメージで2025年の必要病床数を意識しながら協議を継続していくと説明し、一定の理解は得られたと考えている。

VIII 資料編

- 1) アンケート用紙(粗集計を含む)
- 2) 調査結果一覧

保健所設置市へのアンケート

回答数：60、回答率100%

貴市名 _____ 市
 回答者 _____ (担当課) _____
 (電話番号) _____ (アドレス) _____

【1】貴市のプロフィール

(1) 推定人口 (時点： 年 月 日) **60** 市合計 **22,362,879** 人

(2) 高齢化率 (時点： 年 月 日) **平均 27.8** %

(3) 郡市医師会との関係

1. (41) 貴市=貴市医師会
2. (10) 貴市の中に、複数の郡市医師会が存在する
3. (9) 貴市と周辺市町村が、ひとつの郡市医師会に属している
4. その他 ()

か所数
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
60

【2】機構

(1) 「保健所や健康政策所管部署」と「介護保険や高齢者施策の所管部署」の関係

1. (34) 福祉部局と保健部局が分かれている
2. (26) 福祉保健部局一体である
3. その他 ()

(2) 地域包括支援センター

箇所数 _____ か所

運営形態

1. (3) 直営
2. (45) 委託
3. (12) その他 (**基幹型**)

【3】都道府県とのかかわり

(1) 地域医療構想、医療計画等について

都道府県に対しての貴市の窓口 (担当部署)

1. (37) 保健所 **1+2(3) 1+3(4)**
2. (9) 保健所以外の保健部局の担当課 (具体的に _____ 課)
3. (4) 福祉部局 (具体的に _____ 課)
4. (3) その他 ()

会議への参加者

1. (17) 保健所長 **1+2(17) 1+3(11) 1+2+3(1)**

2. (6) 所管局長（部長）
3. (8) その他（ ）

(2) 地域包括ケアシステムの構築、医療介護連携推進について

都道府県に対しての貴市の窓口（担当部署）

1. (1) 保健所 1+2(1) 1+3(5) 2+3(4)
2. (6) 保健所以外の保健部局の担当課（具体的に _____ 課）
3. (38) 福祉部局 (具体的に _____ 課)
4. (5) その他（ ）

会議への参加者

1. (1) 保健所長 1+2(4) 1+2+3(1) 1+3(2) 2+3(4) なし(1)
2. (10) 所管局長（部長）
3. (37) その他（ ）

(3) 地域医療構想および地域包括ケア推進の構築に向けた取り組みについての都道府県との関係

1. (13) 都道府県の指導や情報提供の下、綿密に情報交換しながら推進している
2. (42) ある程度は都道府県との情報交換は行っている
3. (3) 都道府県に頼ることなく、独自で推進している 1+3(1) 2+3(1)

【4】貴市の地域包括ケア推進の構築に向けた取り組み

(1) 貴市独自の医療計画について

1. (7) 策定済み
2. (0) 策定中
3. (2) 策定予定
4. (51) 策定予定はない

(2) 郡市医師会との関係

1. (45) 医師会とよく連携をとりながら進めている
具体的な成果があれば記載を（ ）
2. (14) 医師会とは、一部で連携が取られている
具体的な成果があれば記載を（ ）
3. (1) 医師会とはまだあまり連携できていない
4. その他（ ）

(3) 在宅医療介護連携支援センター（の様な機関組織）の設置はされていますか

1. (50) 設置済み
2. (3) 設置予定
3. (7) 設置予定はない

か所数	
1	8
2	4
3	3
4	4
5	2
6	2
7	1
12	1
13	1
15	1
19	3
20	2
22	1
不明	5
	38

(6) 地域医療介護総合確保基金について

1. (21) 毎年、都道府県を介して詳しい情報が入る(貴市のどの部署に?) _____
2. (28) ある程度情報が入る
3. (11) ほとんど情報はない

(7) 地域包括ケア推進の構築に向けて、都道府県の指導や支援は必要か

1. (27) 必要
2. (32) 項目によっては必要 例えば _____
3. (1) 不要

(8) 介護予防に関する地域支援事業の所管部局は

1. (4) 保健部局(保健所・保健所以外の部署)
2. (47) 福祉部局(介護保険課・高齢者施策部署)
3. (1) その他(地域包括支援センター) 1+2(6) 2+3(2)

【5】貴市の地域包括ケアの推進に向けたICTの活用について

(1) 貴市における地域包括ケアの推進に向けたICTの活用について

1. (25) 活用中
 2. (14) 活用予定・検討中
 3. (21) 活用予定なし
- } (2)、(3)の回答をお願いします。

(2) ICTを活用したシステムの運用主体

1. (5) 貴市 1+2(3)
2. (18) 医師会
3. (13) その他(具体的に)

(3) ICTを活用したシステムの概要

平成30年度 全国政令市衛生部局長会 会員市 アンケート調査 (H31.1.24)

No.	都道府県名	市名	1-(1)	1-(2)	1-(3)	2-(1)	2-(2)-1	2-(2)-2	3-(1)-1		3-(1)-2		3-(2)-1		3-(2)-2		3-(3)	4-(1)	4-(2)			4-(3)	4-(4)-1	4-(4)-2	4-(5)	
			人口	高齢化率	医師会	機関	個所数	地域包括	運営	窓口	具体的に	会議参加者	具体的に	窓口	具体的に	会議参加者	具体的に	都道府県との関係	医療計画	連携	具体的に	センター	多職種連携グループ	(1)-(4)推進		
1	北海道	函館	259,774	34.4	1	2	10	2	1		1,3	3.市長(代理所管部長)	3	地域包括ケア推進課	3	所管課長	2	4	1	医療介護連携施策全般	1	1	数か所	4		
2		小樽	117,137	39.5	1	1	4	2	1		1	介護保険課	3	所管課長	3	4	1	協議会立ち上げ、取組み推進	1	1	未把握	4				
3		旭川	337,998	32.9	1	1	11	2	1		1	3長寿社会課	3	所管課長	2	4	2		3	1	2	3				
4		青森	285,014	30.1	2	1	11	2	1		1,3	国保・介護担当課 地域医療担当課	3	高齢者支援課	3	所管職員	2	4	1	研修会の開催、情報共有シートの作成	3	2		4		
5		八戸	225,647	29.4	3	1	13	直営1 委託12	1,2	2総合保健センター推進室	1,3	3総合保健センター推進室	3	高齢福祉課	3	長寿社会課長	1	4	1	在宅医療・介護連携推進事業の一部業務委託	1	2		2		
6		岩手	293,773	26.7	1	2	9	2	1,3	3長寿社会課	1,3	長寿社会課長	3	長寿社会課	2	4	2	在宅医療・介護連携支援センター業務の委託	1	1	19	3				
7		秋田	310,412	29.6	1	1	18	2	1		1	3長寿社会課	3	長寿社会課	2	4	1		1	2		3				
8		福島	279,786	29.0	1	2	22	2	1		1	3長寿福祉課	2		2	4	1		2	2		3				
9		福島	333,120	26.9	1	2	18	直営1 委託17	1		1,3	3.市長(代理)	4	地域包括ケア推進課	1,3	3所管課長	2	4	2	多職種研修会、在宅医療出前講座	2	1	不明	3		
10		いわき	343,258	29.8	1	2	7	2	4	地域医療介護室地域医療課	1,3	地域医療介護室地域包括ケア推進室	4	地域医療介護室地域包括ケア推進室	3	保健福祉部次長	2	4	1		1	1	1	2		
11	関東	栃木	519,025	24.3	1	2	25	2	1		2	3高齢福祉課	3	保健福祉課	1	4	1		1	1	1	2				
12		前橋	337,543	28.6	1	1	12	直営1 委託11	1		1	3長寿包括ケア課	3	保健福祉課	2	4	2	医師会設置の在宅医療介護連携支援センターへの業務委託	1	1	5	2				
13		群馬	374,268	27.7	2	1	30	直営1(基幹) 委託29	1		1,2	3長寿社会課	3	長寿社会課	2	4	1		1	2		2				
14		川越	352,990	26.3	1	1	9	2	2	保健医療推進課	1,2	3地域包括ケア推進課	3	地域包括ケア推進課	2	1	1	医療介護事業所連携に向けた研修会	1	2		3				
15		埼玉	600,050	22.6	1	1	20	2	2	保健総務課	1,2	3長寿支援課	3	長寿福祉支援課長	2	4	1	地域包括ケア連絡協議会の開催、関係機関の連携図られている	1	1	2	2				
16		川口	342,152	24.8	1	1	11	2	1,2	地域医療課	1,2	3地域医療課	2	1	4	1		1	1	1	2					
17		船橋	636,539	23.7	1	2	10	直営5 委託5 プラン19	1		1,3	健康政策課長	2	健康・高齢部地域包括ケア推進課	3	地域包括ケア推進課長	1※	3	4	1	「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」	1	1	1	4	
18		柏	424,322	25.5	1	1	11	2	3	地域医療推進課	1,2	3高齢者支援課	3	担当課職員	2	3	1		1	1	5	4				
19		八王子	562,654	26.4	1	1	17	2	2	医療保険部地域医療政策課	3	医療保険部地域医療政策課長	2,3	2地域医療政策課 3高齢者福祉課	3	医療保険部地域医療政策課長	2	1	1	在宅医療体制整備の補助金交付 在宅医療相談窓口の委託	3	1	2	2		
20		町田	428,761	26.6	1	1	12	2	1	保健部保健総務課長	3	保健部保健総務課長	2	2高齢者福祉課	2	4	2		1	1	1	3				
21	北陸・中部 東海	横須賀	397,937	30.7	1	1	12	2	2	保健部地域医療推進課	2	3地域包括ケア推進課	3	地域包括ケア推進課	2	4	1		1	2		4				
22		神奈川	430,884	24.3	1	2	16	直営1 委託12	1	4	福祉健康部健康総務課	1,2	1	3	副市長(代理保健所長)	2,3	副市長(代理保健所長)	2	4	2	豊田市在宅医療・福祉連携推進会議に参画 推進計画の事業の一部を市から業務委託(在宅医療サポートセンターを医師会に委託)	1	1	1	4	
23		藤沢	312,294	25.4	3	2	3	直営1(基幹型) 委託12	2	1,3	高齢福祉課	1,2	3高齢福祉課	3	地域包括ケア企画課	2,3	地域包括ケア企画課	2	1	1		1	1	市内全域	4	
24		茅ヶ崎	424,003	26.0	3	1	13		1		1	3長寿福祉課、まちなか総合ケアセンター	2,3	長寿福祉課、まちなか総合ケアセンター	2,3	副市長(代理保健所長)	2	4	2	在宅医療介護連携推進	1	2		2		
25		富山	417,227	29.0	1	2	32	2	1		2	2保健局長	2	保健政策課	3	在宅医療介護連携室長	2	1	1	在宅医療介護連携支援センターは医師会共同出資の財団	1	1	4	2		
26		石川	465,503	26.1	1	1	19	2	2	健康政策課	1,3	2地域包括ケア推進課	2	会議なし	2	4	1		1	2		4				
27		長野	378,389	28.9	2	2	19	1,2	1		1,3	3高齢福祉課	3	担当課職員	2	4	1		1	1	不明	3				
28		岐阜	410,297	28.1	1	1	19	2	1,3	高齢福祉課	1,2	3地域包括ケア企画課	2,3	地域包括ケア企画課	2	1	1		1	1	20	2				
29		愛知	425,991	22.3	3	1	28	2	3	地域包括ケア企画課	1,2,3	3長寿課	3	所管課長	2	4	1	在宅医療サポートセンターを医師会に委託	1	1	2	2				
30		岡崎	386,943	22.5	3	1	20	2	1		1,2	3福社部長	3	長寿介護課	2	4	1	在宅医療サポートセンターを医師会に委託	1	1	3	4				
31		豊田	376,797	24.9	1	1	18	2	1,3	福祉政策課	3	部次長	3	介護高齢福祉課、健康福祉課	3	担当課職員	2	4	2		1	1	1	2		
32	近畿 沖縄	三重	312,294	25.4	3	2	3	直営7(基幹型) 委託2	1		1,2	1事務局 2委員	1,2	3長寿介護課	3	地域包括ケア推進課	1,2,3	1医療介護連携推進課 3地域福祉課	1	4	1	在宅医療介護連携推進事業を委託し、相談窓口を設置 ICT導入等の実施	1	1	1	3
33		四日市	342,088	25.8	1	2	9		1		1,2	3地域包括ケア推進課	1	4	1	医師会含めた三師会と定期勉強会	2	4	1		3	1	15	2		
34		大津	353,099	28.7	3	2	12	2	1		1,2	3地域包括ケア推進課	3	担当課職員	2	4	1	在宅医療介護連携推進会議、地域包括ケア会議 多色連携研修会への参加	1	2		3				
35		高槻	493,185	27.6	2	1	22	2	1		1	3地域包括ケア推進課	3													

平成30年度 全国政令市衛生部局長会 会員市 アンケート調査 (H31.1.24)

No.	都道府県名	市名	4-(6)		4-(7)		4-(8)		5-(1)	5-(2)		5-(3)		※ 追加記載	市名		
			地域医療介護総合確保基金		地域包括ケアの推進		介護予防事業(地域支援)			具体的に		ICT					
			情報	どこに?	都道府県の指導は必要?	具体的に	所管	具体的に	運用の有無	運用主体	具体的に	概要	概要				
1	北海道	函館	2	保健所保健総務課	広域連携の協議の場作り	2.3	2高齢者施策部 3地域包括ケア推進課	2	3	勉強会	ICT委員会を設置し、北海道の補助金対策事業「患者情報共有ネットワーク構築事業」としてICTを利用した医療介護連携システム「おたるワンチーム」を平成29年度からスタートさせた。 医師会において検討の動きはあるようだが、地域包括ケアの推進に向けたICTとして活用するかも含めて現状で具体的な内容は決まっていない。	※1宇都宮 【地域包括資源検索サイト】 ・地域の医療・介護関係者を対象に、連携に必要な情報(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)や在宅医療で対応できることなどの情報を提供するもの ・どこでも連絡帳 ・パソコン、タブレット端末、スマートフォンを使用し、簡単かつ安全に多職種で情報を共有できる「医介連携専用ネットワーク」 ・県内統一の医介連携ネットワークとして、栃木県医師会が運用している。(日本エンプレース提供:Medical CareStation)	函館				
2		小樽	2			1	介護保険課	1					小樽				
3		旭川	1			2	高齢者	2	2				旭川				
4		青森	2			2	高齢者	3					青森				
5		八戸	1			2	高齢者	1	3	NPO法人			八戸				
6		岩手	1			1	介護保険課、高齢者	3					盛岡				
7		秋田	2			1	介護保険課、長寿社会課	2					秋田				
8		福島	2			2	在宅医療介護連携について	3					福島				
9		郡山	2			1	研修会参加に伴う負担金等の支援	3					郡山				
10		いわき	1			2	地場医療介護連携部課、長寿介護課	2					いわき				
11	関東	宇都宮	1	保健所総務課、高齢福祉課	地域包括支援体制整備における評価指標の提示	2	介護保険課、高齢者	1	1.2	市:地域包括支援検索サイト 医師会:どこでも連絡帳	※1 ※2 ※3 ※4 ※5 ※6 ※7 ※8 ※9 ※10	※1 ※2 ※3 ※4 ※5 ※6 ※7 ※8 ※9 ※10	宇都宮 前橋 群馬 高崎 川越 埼玉 川口 越谷 船橋 柏 八王子 町田 横須賀 神奈川 藤沢 茅ヶ崎 富山 金沢 長野 岐阜 愛知 岡崎 豊橋 三重 岐阜 滋賀 高槻 東大阪 大阪 枚方 八尾 兵庫 尼崎 明石 西宮 奈良 和歌山 鳥取 島根 岡山 倉敷 広島 福山 山口 下関 香川 高松 愛媛 高知 福岡 久留米 長崎 佐世保 大分 宮崎 鹿児島 沖縄 那覇	宇都宮			
12		前橋	1			1	長寿包括ケア課、保健秘務課	2		県医師会運用のシステムを利用				前橋			
13		高崎	2			1	保健医療推進課	2		県内自治体の取組状況の情報提供				高崎			
14		川越	1			2	県内自治体の取組状況の情報提供	2		高齢者、地域包括ケア推進課				川越			
15		埼玉	3			1	介護保険課、地域医療課	2		退院支援ルール				川口			
16		川口	1			2	全自治体向けは不要。 市町村格差解消する県レベルの底上げ活動	1.2.3		保健所 2介護保険課、高齢者 3地域包括課	1			越谷			
17		越谷	1			1	健康政策課	1		在宅医療のための多職種による情報共有を主とするシステム	船橋						
18		船橋	1			1	高齢者支援課・福祉政策課	1		在宅医療のための多職種による情報共有を主とするシステム	柏						
19		柏	1			1	福祉部高齢者いきいき課	1		在宅医療のための多職種による情報共有を主とするシステム	八王子						
20		東京	2			2	近隣市町との連携 どう市府県が把握している各種データの提供	2		在宅医療のための多職種による情報共有を主とするシステム	町田						
21	北陸・中部・東海	横須賀	2	保健保険課	県内の他市町の取組みに関する情報提供 地域包括ケア推進委員会の検討の方向性の示唆	2	県内の他市町の取組みに関する情報提供	2		医師会中心に、モデル地域で行っているグループ診療に活用	横須賀						
22		神奈川	3			2	検討の方向性の示唆	2		名古屋市が開発した「電子@連絡帳」を利用して、医療・介護関係者による患者情報の共有(H28~)	茅ヶ崎						
23		藤沢	2			2	介護保険課	1		電子@連絡帳という地域の「医療・福祉(介護を含む)」に携わる専門職が情報を簡単に共有し、地域の医療連携と地域包括ケアを統合的に実現できる多職種連携プラットフォーム。	茅ヶ崎						
24		茅ヶ崎	2			1	保健所以外の部署	1	1	長野市内に4つの医師会があり、それぞれ取組みが異なる	茅ヶ崎						
25		富山	3			2	在宅医療提供体制の充実、ICTの一元化	2		名古屋大学が開発した「電子@連絡帳」を利用して、医療・介護関係者による患者情報の共有(H29~)	富山						
26		金沢	1			1	保健所総務課	1	2	電子連絡帳の運営	金沢						
27		長野	1			2	在宅医療提供体制の充実、ICTの一元化	2		電子連絡帳の運営	長野						
28		岐阜	3			1	研が把握・所管している基礎的なデータ	1	3	在宅医療・介護・福祉総合ネットワーク協議会	岐阜						
29		愛知	1			2	保健所以外の部署	1	1	岡崎市幸田町保健・医療・福祉ネットワーク協議会	岡崎						
30		岡崎	1			1	保健所以外の部署	1	3	行政、三師会、介護団体等構成する協議会	豊橋						
31		豊橋	2			1	保健所	1.2		認知症初期集中支援事業における支援チームでの情報共有	四日市						
32	近畿	三重	3	保健総務課	県レベルでの関係団体調整 住宅医療体制整備(小児科含む) 予算の確保、医療介護資源の確保 府内の取組み状況等の情報提供、研修開催 保健医療課	2	県レベルでの関係団体調整 住宅医療体制整備(小児科含む)	2		在宅療養支援における利用者情報の共有 病院の電子カルテを病院、診療所等で閲覧、個別情報を共有	大津						
33		滋賀	2			2	予算の確保、医療介護資源の確保	2		認知症初期集中支援事業における支援チームでの情報共有	高槻						
34		大阪	2			1	府内の取組み状況等の情報提供、研修開催	2		※5	東大阪						
35		大阪	1			2	他市の成功事例の共有	2		※6	豊中						
36		枚方	2			1	1.2	1保健所以外の部署 2高齢者	3	※7	枚方						
37		八尾	3			2	保健企画課	2		※8	八尾						
38		姫路	2			2	在宅医療の提供体制に関する情報共有	2	3	具体的には未定	姫路						
39		尼崎	1			2	市町村間の連携に関する支援や情報提供	2		※9	尼崎						
40		明石	2			2	専門人材の確保、医療介護連携に関する広域的な住民啓発	2		【保健所設置市への調査】	明石						
41		西宮	3			1	保健企画課	2		・調査対象 保健所設置市60市(うち54市は中核市)	西宮						
42		奈良	1			1	保健企画課	2		・調査方法 全国政令市衛生部局長会を通じて、調査依頼と調査用紙をメール配信し、回答はメールに添付の上、返信	奈良						

