

地域医療構想の取組について

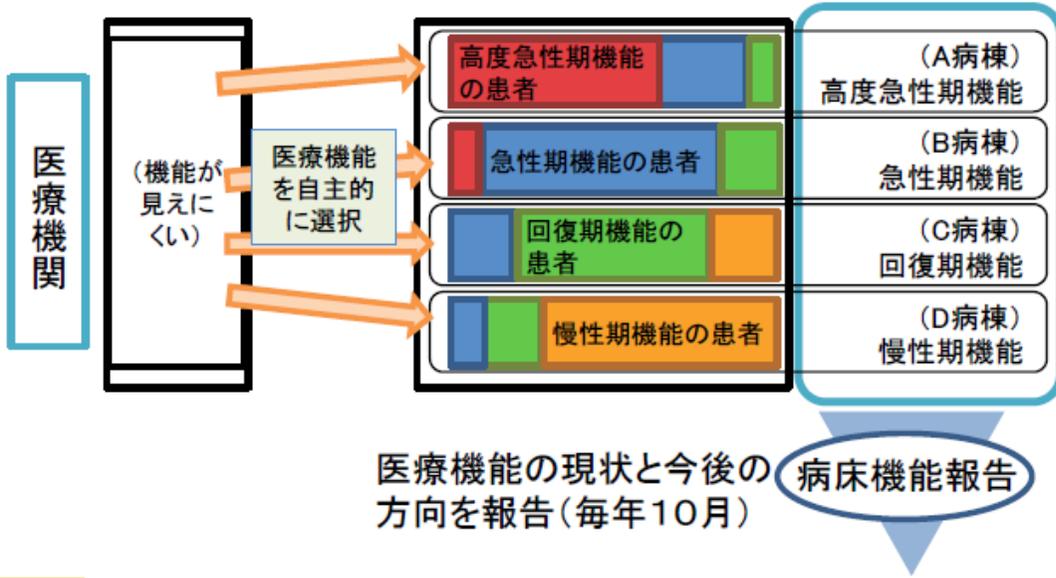
INDEX

1. 地域医療構想について
2. PDCAサイクル等による地域医療構想の推進について
3. 定量的基準の検討について
4. 地域医療構想の進捗状況の検証
5. 令和6年度における取組の方向性（案）
6. 国の取組について

令和6年3月
長崎県医療政策課

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



- (「地域医療構想」の内容)
1. 2025年の医療需要と病床の必要量
 - ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
 - ・在宅医療等の医療需要を推計
 - ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

地域医療構想の実現プロセス

1. **まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。**
2. **地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。**

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「**地域医療構想調整会議**」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「**地域医療介護総合確保基金**」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① **地域で既に過剰**になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の命令**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で**不足している医療機能を担うよう指示**（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び**要請・勧告**（民間医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

2. PDCAサイクル等による地域医療構想の推進について

PDCAサイクル等による地域医療構想の推進について

～ 地域医療構想の進め方について（令和5年3月31日付け医政地発0331第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）のポイント～

「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日）等を踏まえ、都道府県において、毎年度、対応方針の策定率等を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとする。

(1) 年度目標の設定

- ✓ 毎年度、構想区域ごとに立てる地域医療構想の推進に係る目標については、以下のとおり設定する。
 - ・ 対応方針の策定率が100%未満の場合には、対応方針の策定率 ※2022年度・2023年度において対応方針の策定や検証・見直しを行うこととされていることに留意。
 - ・ 既に100%に達している場合等には、合意した対応方針の実施率
- ✓ 対応方針の策定の前提として、病床機能報告の報告率が100%でない場合には、未報告医療機関に対し、報告を求める。

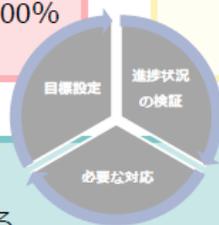
(2) 地域医療構想の進捗状況の検証

- ✓ 病床機能報告上の病床数と将来の病床の必要量について、データの特性だけでは説明できない差異（※）が生じている構想区域において、地域医療構想調整会議で要因の分析・評価を実施。
 - ※病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異や、地域の实情に応じた定量的基準の導入により説明できる差異を除いたもの。
- ✓ 人員・施設整備等の事情で、2025年までに医療機能の再編の取組が完了しない場合には、完了できない事情やその後の見通しについて具体的な説明を求める。

定量的基準の再検討を実施

(3) 検証を踏まえて行う必要な対応

- ✓ 非稼働病棟等へについて、以下の通り対応する。
 - ・ 病床機能報告から把握した非稼働病棟については、非稼働の理由及び当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について、地域医療構想調整会議での説明を求める。その際、当該病棟の再稼働の見込みについては、医療従事者の確保の具体的な見込み等も含めて詳細な説明を求め、十分議論する。また、病床過剰地域においては、医療法に基づく非稼働病床の削減命令・要請等を行う。
 - ・ 病棟単位では非稼働となっていないが、非稼働となっている病床数や病床稼働率の著しく低い病棟についても把握し、その影響に留意する。
- ✓ 非稼働病棟等への対応のみでは不十分である場合には、構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議を実施し、構想区域の課題を解決するための年度ごとの工程表（KPIを含む。）を策定・公表。
- ✓ その他、地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、必要な対応を行うこと。



3. 定量的基準の再検討

病床機能報告制度

- 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	○ 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	○ 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

- 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なくても「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ことに留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 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してください。

病床機能報告の限界

- 医療機関の自主的な判断による報告である（定性的な基準）
- 実際の病棟には様々な病期の患者が入院しているが、病棟単位で医療機能を1つ選択する必要がある

定量的な基準の検討について

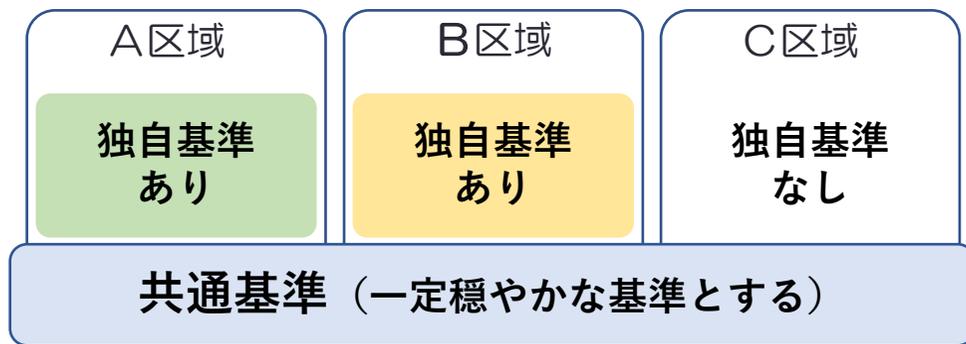
地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい（医政地発0816 第1号平成30年8月16日課長通知）

本県の対応

※平成30年度導入

- ▶ 構想区域ごとに医療提供体制は大きく異なるため、一定緩やかかな基準を、全県下統一的な『定量的な基準』として導入してはどうか。
- ▶ 県下統一的な基準に合わせ、各区域の実情を反映させるための独自の基準の設定も可能とする

【イメージ図】



- ▶ 医療機関の自主判断にゆだねられている病床機能報告について、客観的な基準で再整理し、地域の医療提供状況について、議論を行いやすくすることが目的。
- ▶ 病床機能報告の基準を策定するものではない

共通基準

①急性期、慢性期病棟のうち地域包括ケア入院管理料算定病床を回復期へ分類

②調査時点以降に機能変更を行ったもの又は調整会議で調整がついた病床を回復期へ分類

【理由】

地域包括ケア病床は、制度上急性期後の患者の在宅復帰や在宅等の緊急時の受入れを行うなど回復期の性格が強い。

各区域の実情を反映させるための独自の基準 （区域で設定可能）

パターン1 平均在棟日数

平均在棟日数を基準として設定

事例)

- ・ 厚労省が医療機能の考え方の目安として示した急性期入院基本料は、「7対1」又は「10対1」（H29年度）
- ・ 10対1入院基本料の平均在棟日数が「21日」であることから、「22日」を超える病棟は回復期相当の患者の入院割合が高いと仮定し、回復期へ分類してはどうか

パターン2 具体的な医療の提供内容

手術件数やその内容、がん・救急など提供した医療の内容等を基準として設定

事例1) 「高度急性期」「急性期」「回復期」のしきい値検討し、それぞれ再定義してはどうか

佐世保県北

事例2) 急性期機能の病棟を、手術と救急入院の件数から「重症急性期」「軽症急性期」に分け、「軽症急性期」を『回復期』と解釈してはどうか

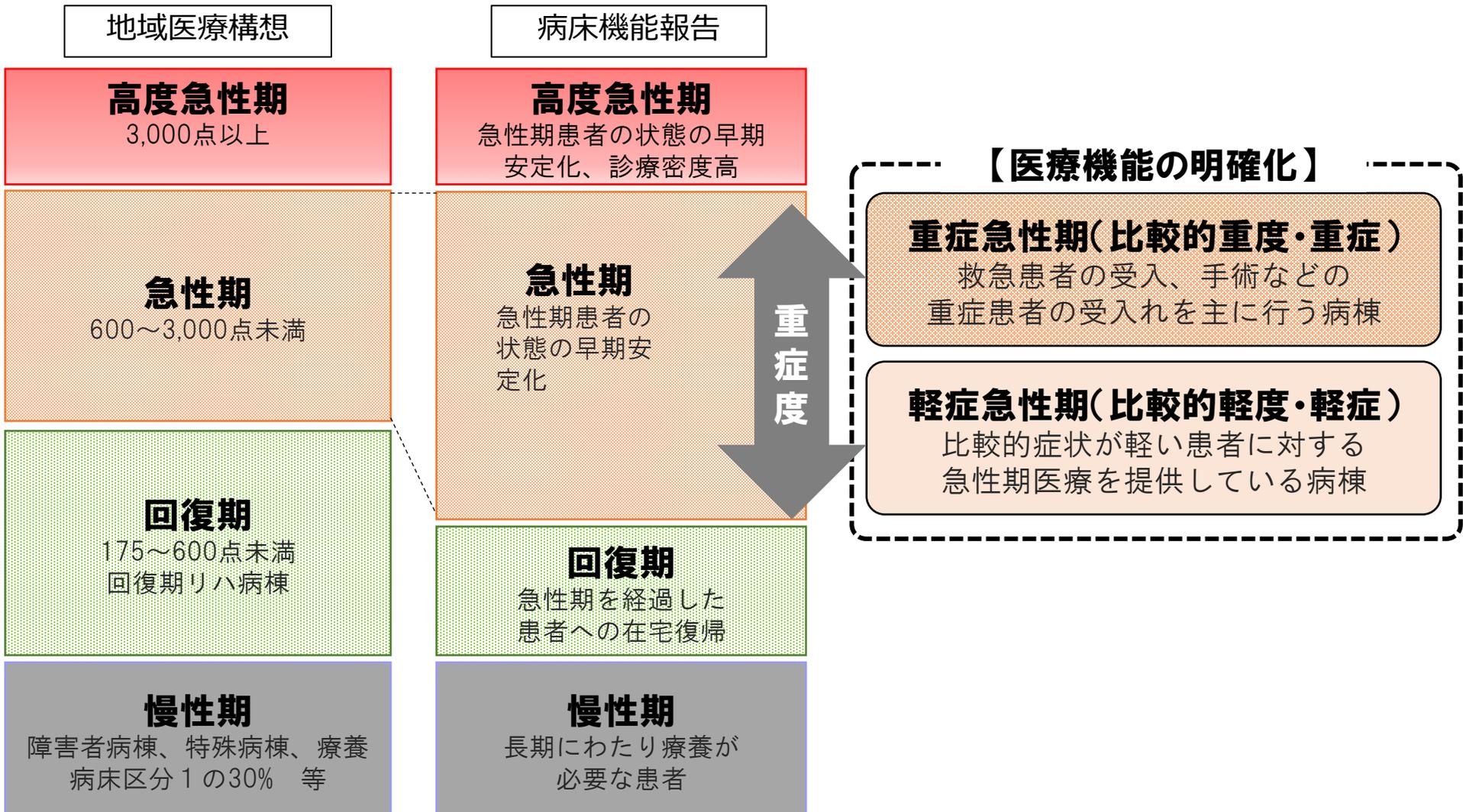
パターン3 その他

- ・ D P Cによる医療提供内容の分析
- ・ 入院基本料（H30以降） 等

佐世保県北区域における定量的な基準

◆ 佐世保県北ルール

急性期機能の病棟を、手術と救急入院の件数から「重症急性期」と「軽症急性期」に分け、「軽症急性期」を『回復期』と解釈



佐世保県北区域における定量的な基準

- 急性期と報告があった病棟（有床診療所）を、**稼働（許可）病床1床あたりの「高度急性期・急性期に関連する項目※のレセプト件数」（※）**で、**重症急性期、軽症急性期に分類**
- 重症急性期及び軽症急性期のしきい値は「1」とする ※「全身管理の状況」を除く

（参考）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(厚生労働省資料から抜粋)

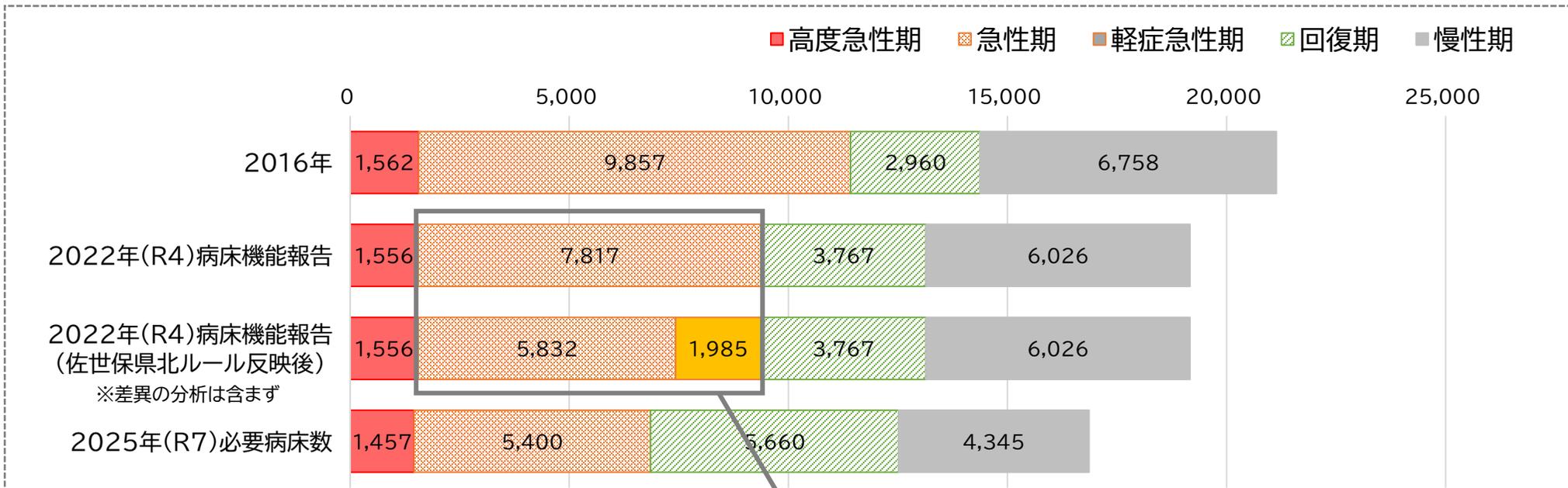
	高度急性期・急性期に関連する項目	回復期に関連する項目	慢性期に関連する項目
幅広い手術の実施状況	●		
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	●		
重症患者への対応状況	●		
救急医療の実施状況	●		
急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況		○	
全身管理の状況	○	○	○
疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況		○	○
長期療養患者の受入状況			○
重度の障害児等の受入			○
医科歯科の連携状況			

▶ 差異の要因の分析・評価を行うため、佐世保県北ルールを他の構想区域にも適用してはどうか

佐世保県北ルールによる急性期機能の分析(県全体)

- 急性期機能のうち1,985床(病院:1,136床、有床診療所849床)が軽症急性期に分類
- 病院では、「ケアミックスなど複数の医療機能をもっている」、「病床規模が比較的小さい」、「医療資源が少ない地域に立地している」といった施設が、軽症急性期に分類される傾向

◆病床機能報告と病床の必要量との比較



(急性期機能の内訳)

	重症急性期	軽症急性期	計
病院	5,455	1,136	6,591
診療所	377	849	1,226
計	5,832 (74.6%)	1,985 (25.4%)	7,817 (100.0%)

※令和4年度病床機能報告より作成

【主な意見】

- 急性期を、重症・軽症と2つに分けて分析することについては賛同する。
- 軽症急性期と回復期の在院日数を比較すると、回復期の方が長くなる傾向。回復期というよりは、別のカテゴリーにも見える。
- 分娩には様々なリスクがあり、緊急対応が必要となることもある。急性期の評価項目に、分娩件数が含まれていないことに違和感がある。
- 評価項目が外科系に偏っており、内科系に対する評価が低いのではないか。

【参考】調整会議の開催状況

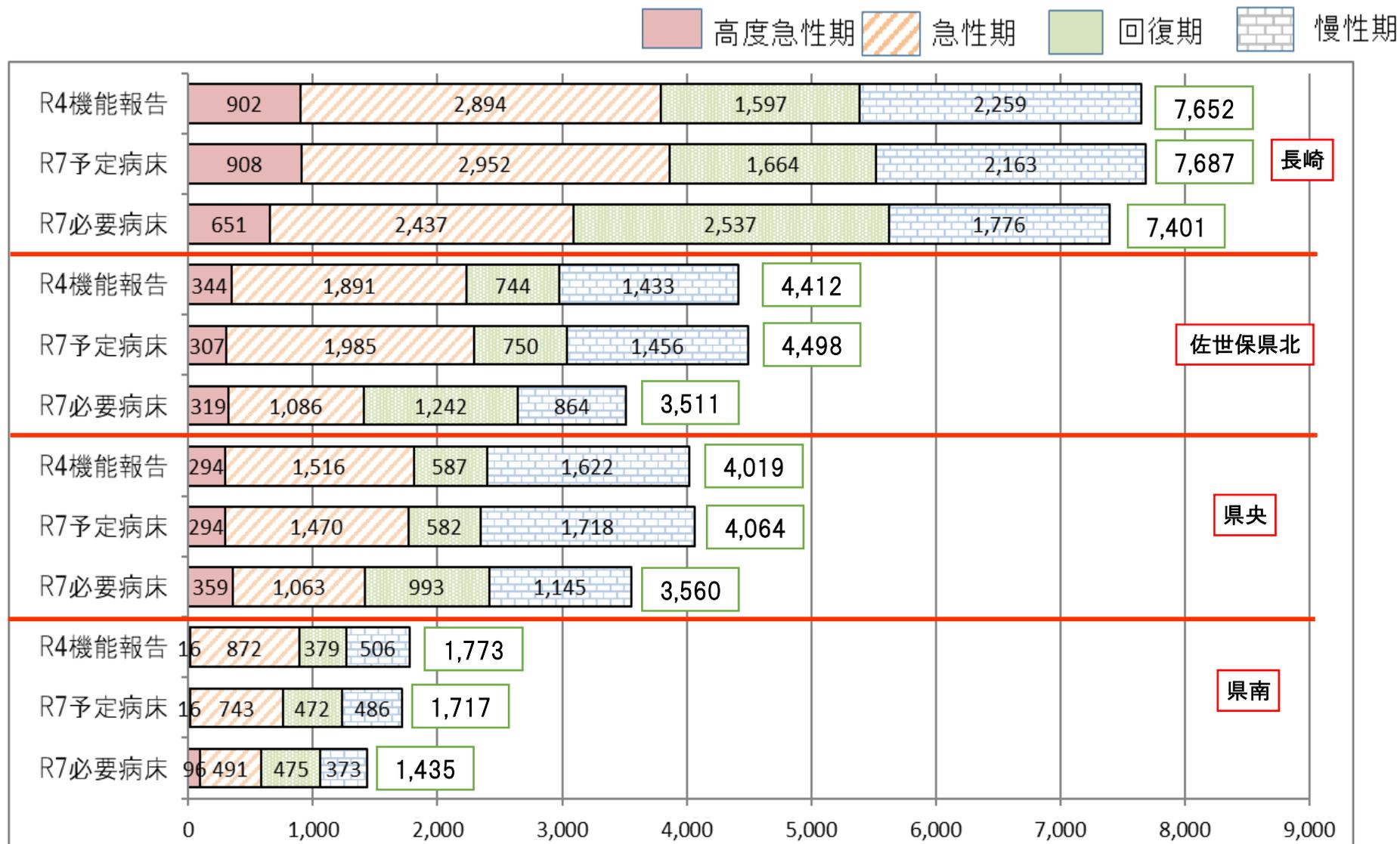
・長崎	2/20
・佐世保県北	2/28
・県央	2/19
・県南	2/16
・五島	2/21
・上五島	2/8
・壱岐	2/7
・対馬	書面開催

- 整理すべき課題はあるものの、佐世保県北ルールは、医療提供体制の可視化に有効と考えられることから、今回の分析結果も踏まえ、今後の方向性について協議を行う

4. 地域医療構想の進捗状況の検証

● 令和4年度病床機能報告（確定値）〔医療圏別：本土地区〕

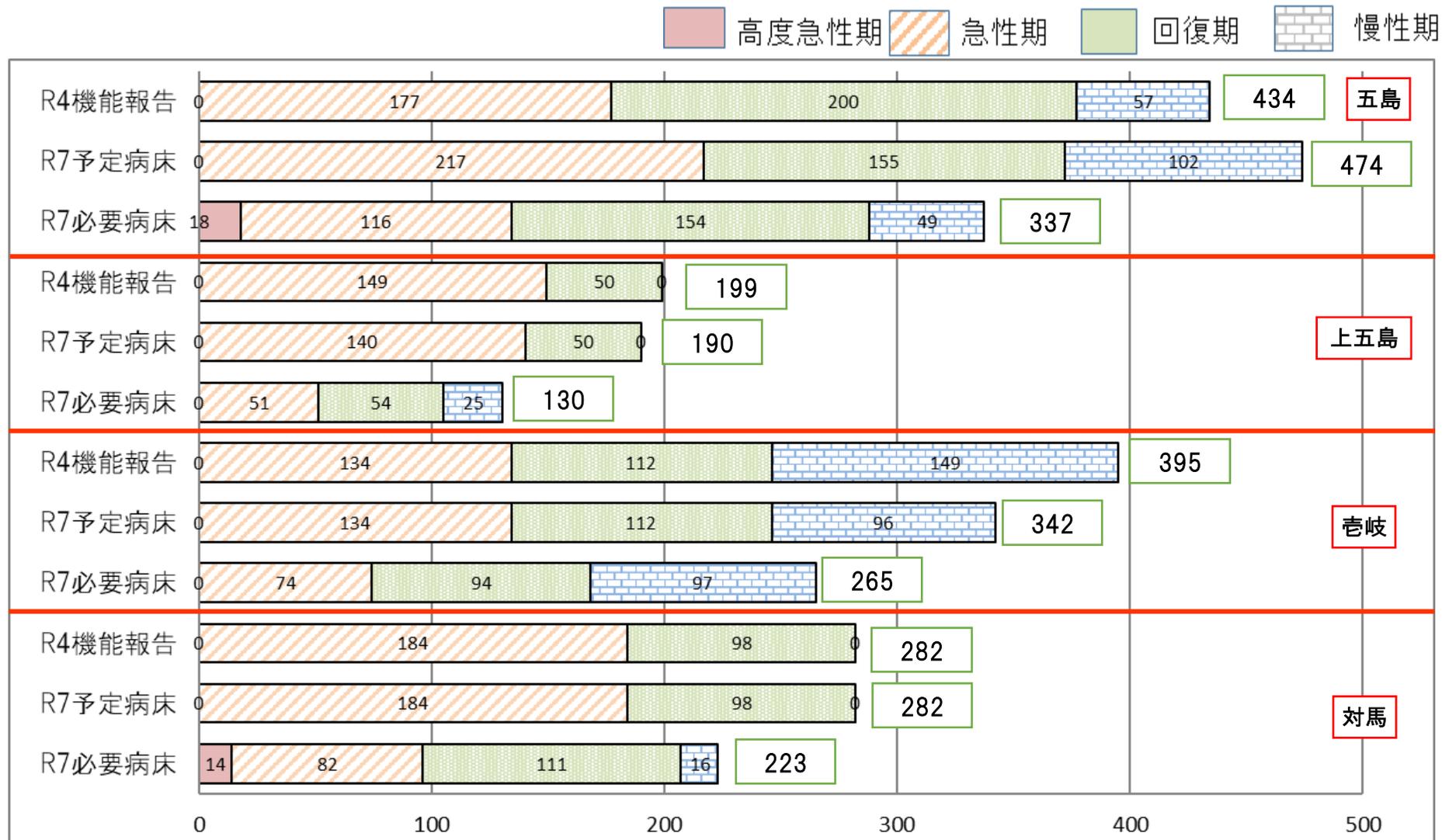
R 4 年の病床機能報告（確定値）と将来の必要病床数との比較



4. 地域医療構想の進捗状況の検証

● 令和4年度病床機能報告（確定値）〔医療圏別：離島地区〕

R 4 年の病床機能報告（確定値）と将来の必要病床数との比較



4. 地域医療構想の進捗状況の検証

①定量的基準による分析(県)

主な内容

- 地域包括ケア入院管理料算定病床の回復期への分類や調査時点以降に回復期へ機能変更を行ったもの
⇒いずれも回復期へ分類
- 調整会議で機能変更の調整がついた病床

②非稼働病床等調査(県)

主な内容

- 非稼働病床等を把握するため、関係病院に許可病床数と診療報酬上の届出病床数との差やその要因、今後の見込み等を内容とする調査を実施
- 新型コロナウイルス感染症に係る病床確保を目的とした休床や再稼働の見込みが明確に立っているものは除いて集計

③地域医療構想に関するアンケート調査(県)

主な内容

- 2025年の病床数の方針により、今後の病床数削減見込みを集計

④介護療養型医療施設の移行先に関する調査(国)

主な内容

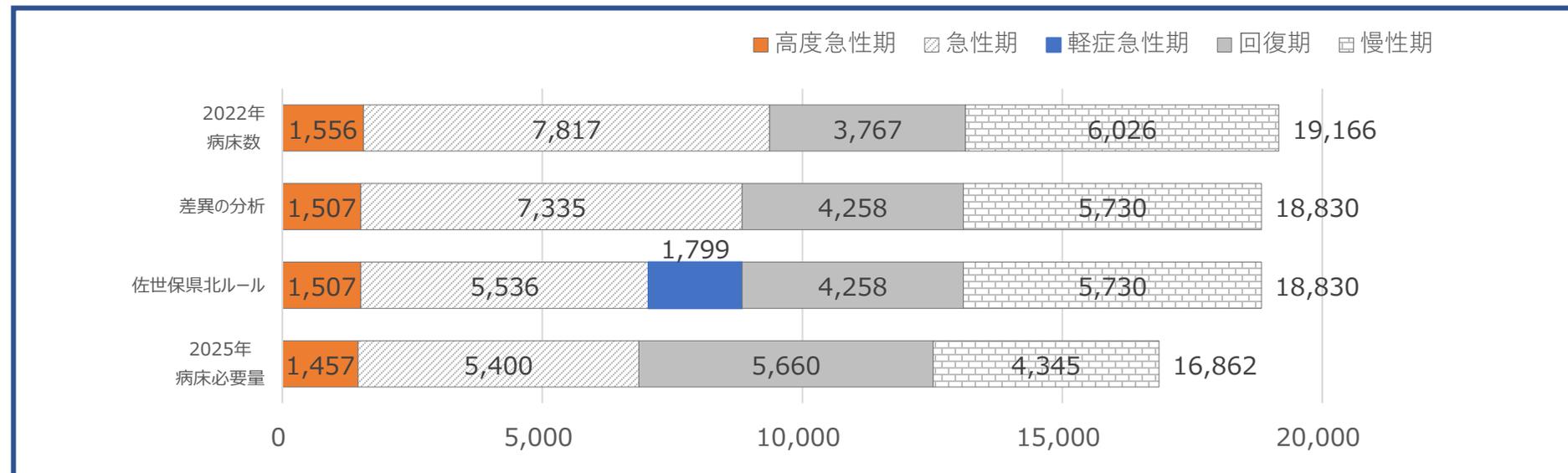
- 令和5年度末で制度が廃止される介護療養病床について、国が実施した移行先に関する調査結果(廃止や介護医療院への転換予定)を活用

⑤佐世保県北ルール

主な内容

- レセプトに基づいた「重症度」による急性期病床の分析

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（県全体）



【差異の分析結果について】

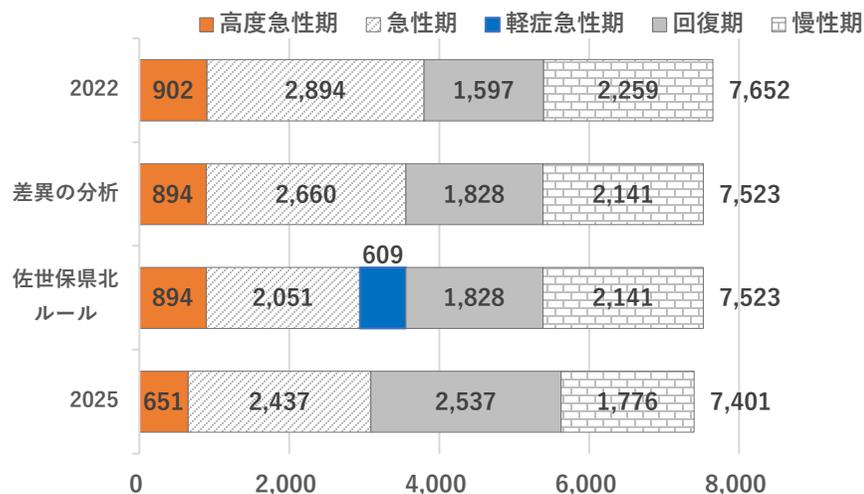
- 県全体として急性期及び慢性期が過剰で、回復期が不足という傾向は変わらず。

【佐世保県北ルールによる分析結果について】

- 軽症急性期を回復期とした場合、急性期及び回復期の2025年の病床必要量との乖離は縮小される見通し。一方、慢性期が過剰という傾向は変わらず。
- 急性期機能とされている病棟には、手術等の急性期ニーズに対応できていない病床が一定程度含まれていることが推測される
- 特に、病床稼働率・急性期レセプト件数が低い病棟は、病床数や看護体制に見合った病床運用ができていない可能性が高いことから、医療体制の可視化等を通じて、医療機関の回復期への転換や病床の適正化等の取組を促進させる必要がある（コロナ等による一時的なものか検証が必要）
- 高齢人口の増加に伴い高齢者の救急搬送が増えていることから、地域の医療機関の連携強化を推進し、受入体制を強化を図る必要がある

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（長崎区域）

1. 分析結果(グラフ)



(比較表)	高度急性期	急性期	軽症急性期	回復期	慢性期	計
2022	902	2,894		1,597	2,259	7,652
差異の分析	▲8	▲234		231	▲118	▲129
佐世保県北ルール	0	▲609	609	0	0	0
2025との差	243	▲386	(609)	▲709	365	122

※軽症急性期を回復期とした場合

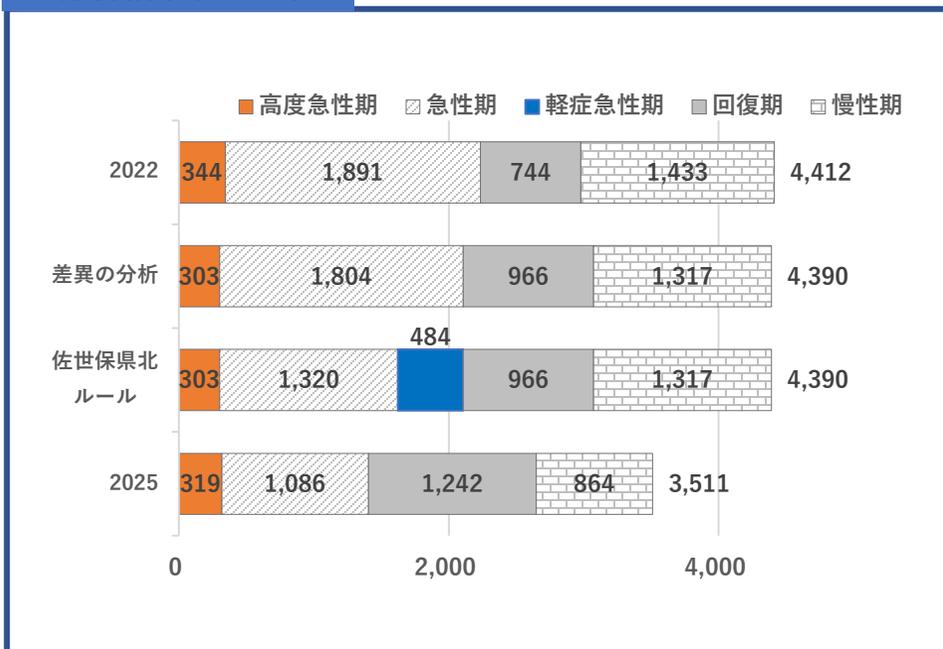
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	894	2,051	2,437	2,141	7,523
2025との差	243	▲386	▲100	365	122

2. 概要

- 差異の分析後も急性期及び慢性期が過剰で、回復期が不足という傾向は変わらず。
- 佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合、高度急性期を急性期を一体的に見ると、急性期及び回復期の2025年の病床必要量との乖離は縮小する見通し。
- 慢性期が過剰という傾向は変わらず。

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（佐世保県北区域）

1. 分析結果(グラフ)



(比較表)	高度急性期	急性期	軽症急性期	回復期	慢性期	計
2022	344	1,891		744	1,433	4,412
差異の分析	▲41	▲87		222	▲116	▲22
佐世保県北ルール	0	▲484	484	0	0	0
2025との差	▲16	234	(484)	▲276	453	879

※軽症急性期を回復期とした場合

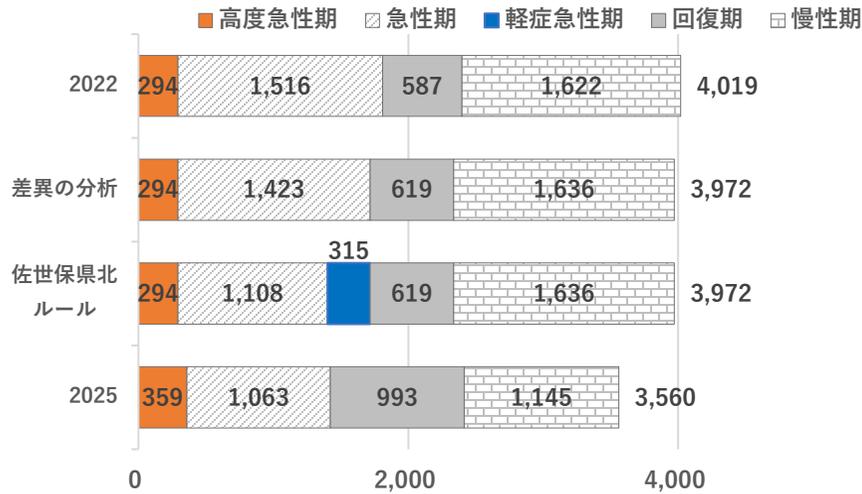
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	303	1,320	1,450	1,317	4,390
2025との差	▲16	234	208	453	879

2. 概要

- 差異の分析後も急性期及び慢性期が過剰で、回復期が不足という傾向は変わらず。
- 佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合、回復期は2025年の病床必要量を充足すると見込まれる。
- 急性期及び慢性期が過剰という傾向は変わらず。

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（県央区域）

1. 分析結果(グラフ)



(比較表)	高度急性期	急性期	軽症急性期	回復期	慢性期	計
2022	294	1,516		587	1,622	4,019
差異の分析	0	▲93		32	14	47
佐世保県北ルール	0	▲315	315	0	0	0
2025との差	▲65	45	(315)	▲374	491	412

※軽症急性期を回復期とした場合

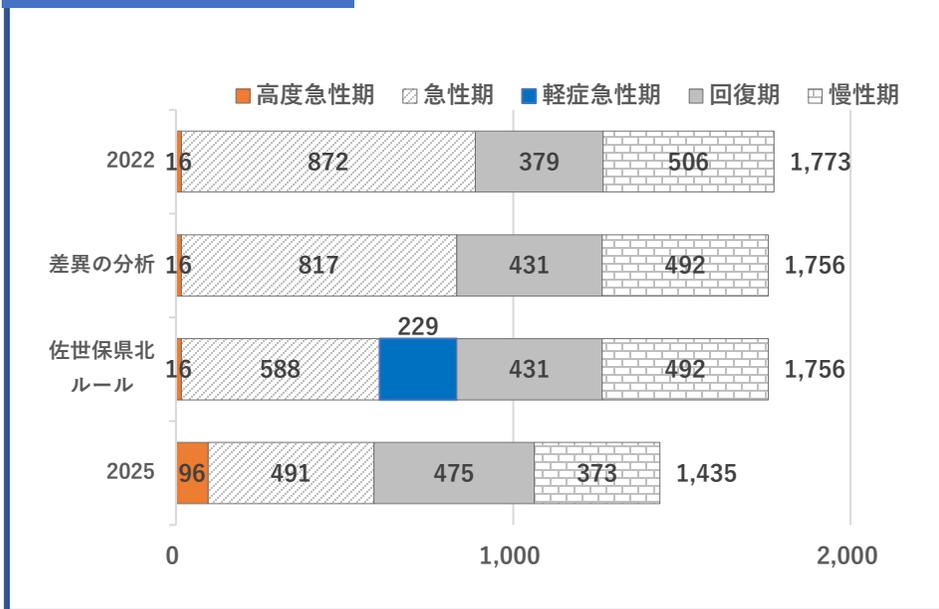
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	294	1,108	934	1,636	3,972
2025との差	▲65	45	▲59	491	412

2. 概要

- 差異の分析後も急性期及び慢性期が過剰で、回復期が不足という傾向は変わらず。
- 佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合、回復期は一定、2025年の病床必要量を充足すると見込まれる。
- 慢性期が過剰という傾向は変わらず。

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（県南区域）

1. 分析結果(グラフ)



(比較表)	高度急性期	急性期	軽症急性期	回復期	慢性期	計
2022	16	872		379	506	1,773
差異の分析	0	▲55		52	14	▲17
佐世保県北ルール	0	▲229	229	0	0	0
2025との差	▲80	97	(229)	▲44	119	321

※軽症急性期を回復期とした場合

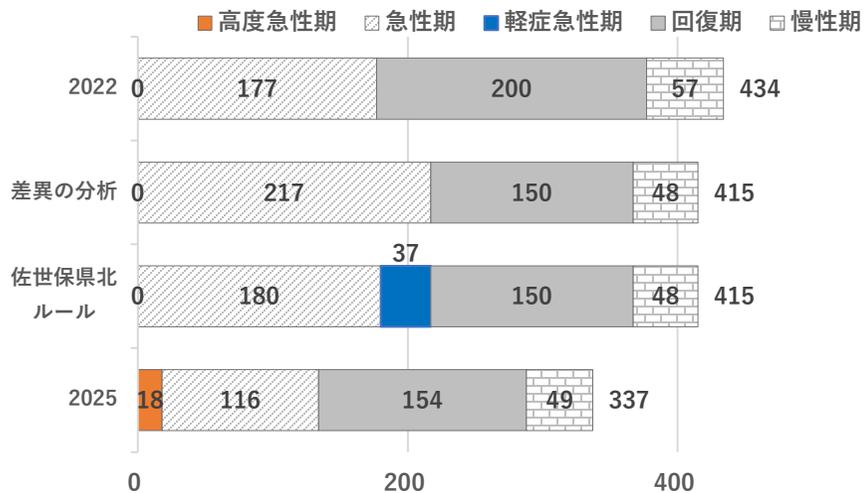
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	16	588	660	492	1,756
2025との差	▲80	97	185	119	321

2. 概要

- 差異の分析後も急性期及び慢性期が過剰で、回復期が不足という傾向は変わらず。
- 佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合、回復期は2025年の病床必要量を充足すると見込まれる。
- 急性期及び慢性期が過剰という傾向は変わらず。

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（五島区域）

1. 分析結果(グラフ)



(比較表)	高度急性期	急性期	軽症急性期	回復期	慢性期	計
2022	0	177		200	57	434
差異の分析	0	40		▲50	▲9	▲19
佐世保県北ルール	0	▲37	37	0	0	0
2025との差	▲18	64	(37)	▲4	▲1	78

※軽症急性期を回復期とした場合

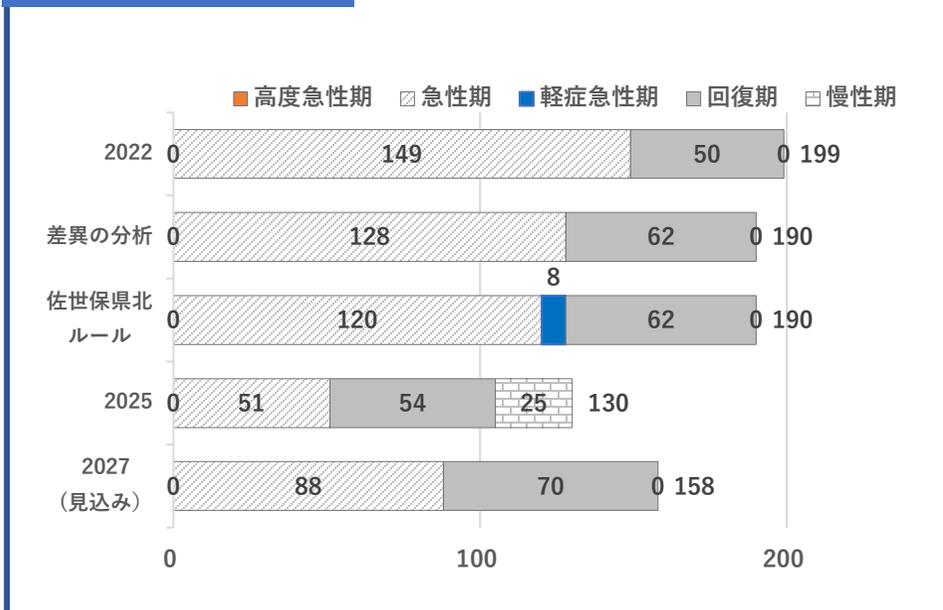
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	0	180	187	48	415
2025との差	▲18	64	33	▲1	78

2. 概要

- 差異の分析後は急性期が過剰という傾向は変わらないものの、回復期及び慢性期は一定、2025年の病床必要量を充足すると見込まれる。
- 佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合も、急性期が過剰という傾向は変わらず。

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（上五島区域）

1. 分析結果(グラフ)



(比較表)	高度急性期	急性期	軽症急性期	回復期	慢性期	計
2022	0	149		50	0	199
差異の分析	0	▲21		12	0	▲9
佐世保県北ルール	0	▲8	8	0	0	0
2025との差	0	69	(8)	8	▲25	60

※軽症急性期を回復期とした場合

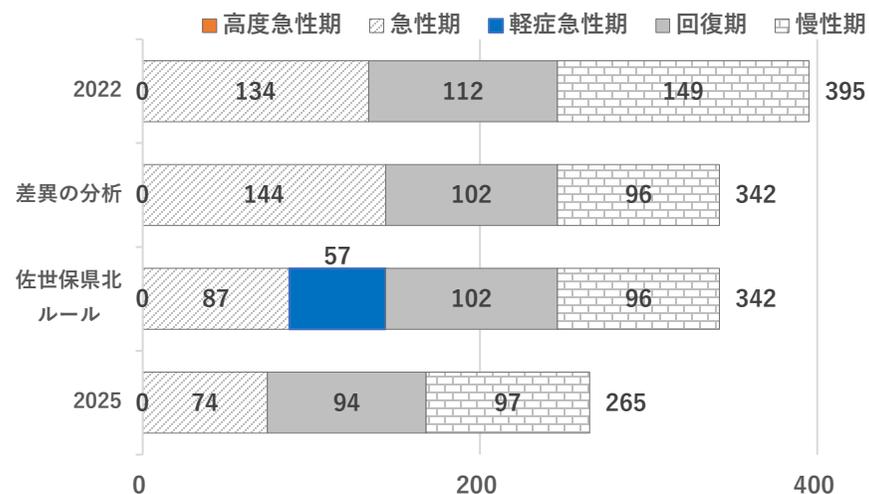
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	0	120	70	0	190
2025との差	0	69	16	▲25	60

2. 概要

- 差異の分析後も急性期が過剰という傾向は変わらないものの、回復期については2025年の病床必要量を充足すると見込まれる。
- 佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合も、急性期が過剰という傾向は変わらず。
- しかしながら、上五島病院の建替(R9.3開院予定)に伴う急性期病床の削減(32床)を考慮すれば、急性期の2025年の病床必要量との乖離も縮小する見通し。

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（吉岐区域）

1. 分析結果(グラフ)



(比較表)	高度急性期	急性期	軽症急性期	回復期	慢性期	計
2022	0	134		112	149	395
差異の分析	0	10		▲10	▲53	▲53
佐世保県北ルール	0	▲57	57	0	0	0
2025との差	0	13	(57)	8	▲1	77

※軽症急性期を回復期とした場合

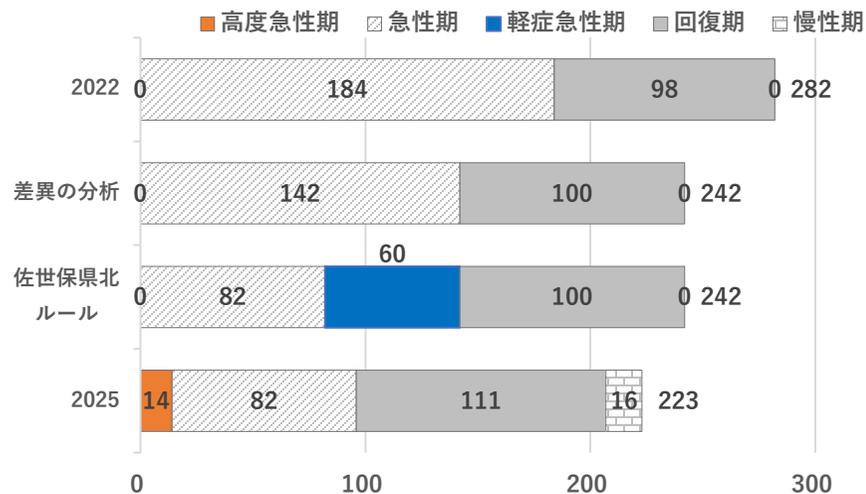
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	0	87	159	96	342
2025との差	0	13	65	▲1	77

2. 概要

- 差異の分析後は急性期が過剰という傾向は変わらないものの、慢性期の2025年の病床必要量との乖離は縮小する見通し。
- 佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合、急性期は2025年の病床必要量との乖離が縮小する見通しである。また、回復期は充足すると見込まれる。

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（対馬区域）

1. 分析結果(グラフ)



(比較表)	高度急性期	急性期	軽症急性期	回復期	慢性期	計
2022	0	184		98	0	282
差異の分析	0	▲42		2	0	▲40
佐世保県北ルール	0	▲60	60	0	0	0
2025との差	▲14	0	(60)	▲11	▲16	19

※軽症急性期を回復期とした場合

(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	0	82	160	0	242
2025との差	▲14	0	49	▲16	19

2. 概要

○差異の分析後も急性期が過剰という傾向は変わらず。

○佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合、急性期は2025年の病床必要量との乖離が縮小する見通しである。また、回復期は充足すると見込まれる。

5. 令和6年度における取組の方向性(案)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
	急性期患者の状態の早期安定化、診療密度高	急性期患者の状態の早期安定化	急性期を経過した患者への在宅復帰	長期にわたり療養が必要な患者
現状	<ul style="list-style-type: none"> ● 推計手術件数は既にピークアウトの予測 ● コロナ禍以降、病床利用率が低下 ● 医師の地域・診療科偏在や、看護師の不足感の強まり ● 三次・二次救急医療機関では、後期高齢者の救急搬送・入院が増加 		<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅など急変時の患者の受入れに十分に対応できない医療機関の存在 ● 急性期の後方支援病院の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ● エリアによっては、病床稼働率が低下 ● 医療必要度が高い患者の受入れ調整困難
今後の方向性(案)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">令和6年度(案)</p> <p>個別医療機関の機能転換等に対する支援を行うほか、医療機関の地域連携の強化に向けた検討を実施 → 構想区域ごとに、今後の方向性(案)について協議・検討</p> </div>			
	診療科や手術症例等の集約化		急性期から回復期への転換	回復期機能、介護医療院等への転換
	医療ニーズを踏まえた病床の適正化			
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>医療機関の地域連携の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者救急への対応力の強化（救急医療体制の運用の検討など） ● 急性期病院からの円滑な転院・退院の促進 </div>			

5. 令和6年度における取組の方向性（案）

令和6年度取組(案)

現状の把握

- 定量的基準の見直し(佐世保県北ルールを導入)
 - ◆ 令和6年度の分析から県下ルールとして採用
 - ・ 軽症急性期の位置づけ（回復期とするかどうか）やしきい値については、令和6年度の分析結果も踏まえ、改めて検証
 - ・ 離島やへき地など医療機関が少ない地域では、限られた病床で様々な病期の患者を受け入れる必要があることから、病棟単位での分析には限界があり、病床機能報告以外のデータの活用についても検討を実施
 - ・ 当面の間は、地域の医療提供状況について議論を行いやすくするために使用することとし、病床機能報告の基準には採用しない
- 医療機関連携等に関するアンケート調査の実施(4～5月頃)
- 地域医療構想に関する医療機関向けセミナーの開催(秋頃)

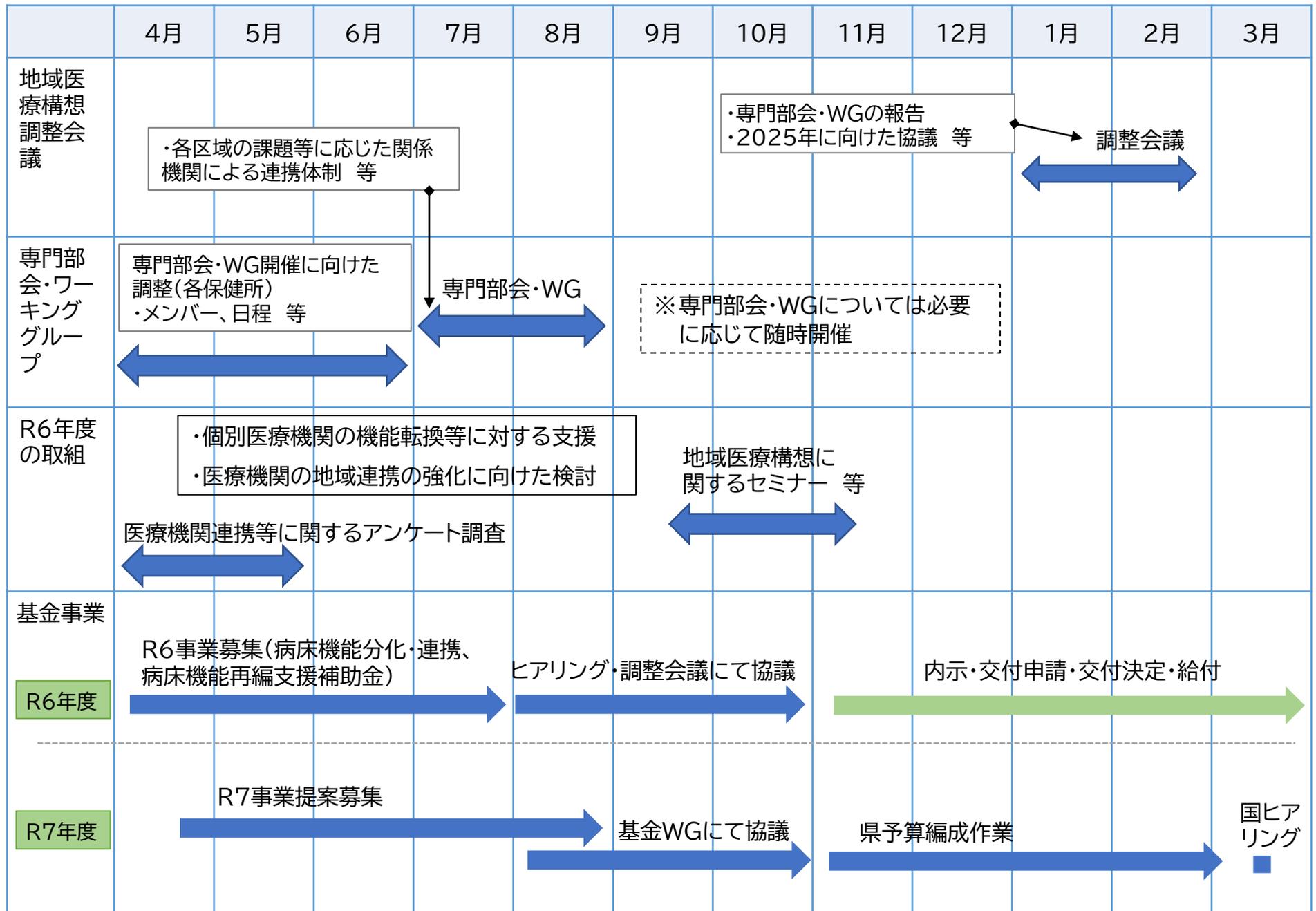
課題に関する意見交換

- 調整会議及び専門部会・ワーキンググループ等における協議・検討
 - ◆ 各区域の実情・課題等を踏まえ、関係機関による連携体制等について協議・検討(夏頃)

具体的な取組の推進

- 基金事業を活用した取組
 - ◆ 地域課題等に対応するため、基金事業を展開
 - ◆ 基金を活用した個別医療機関に対する支援

令和6年度の取組（スケジュール（案））



重点支援区域と再編検討区域の違いについて

	重点支援区域	再編検討区域
対象事例	複数医療機関の再編統合事例	複数医療機関の再編を検討する事例 (重点支援区域への申請の前段階)
財政的支援	病床機能再編支援事業 (統合支援給付金支援事業)において、 減少病床数1床当たりの単価に 1.5を乗じた額を支援	—
技術的支援	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療提供体制等に関するデータ分析 再編事例紹介 関係者との議論を行う際の資料作成支援 議論の場・講演会などへの国職員の出席 関係者との意見調整の場の開催支援 等	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療提供体制等に関するデータ分析 再編事例紹介 等
地域医療構想 調整会議の合意	必 要	—
都道府県 医師会の意見	必 要	—
国による公表	あ り	な し

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」

（令和5年12月22日 閣議決定）（抄）

2. 医療・介護制度等の改革

＜②「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ **地域医療構想については**、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、**2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める**。その際、国においては、**都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する**。
- ・ **2026年度以降の地域医療構想の取組について**、今後、**医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるように、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う**。
- ・ **こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う**。
- ・ **かかりつけ医機能が発揮される制度整備について**、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、**医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る**。
- ・ さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・ また、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた、医師の教育や研修の充実にも取り組んでいく。

◆ 医師偏在対策等

- ・ **医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める**。あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト/シェアの推進を図る。
- ・ **医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する**。

2025年に向けた地域医療構想の更なる推進（案）

- 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、3月中を目途に通知を発出し、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。

2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月予定）

1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- ・ 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域（仮称）を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域（仮称）のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- ・ 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

2. 国による積極的な支援

①地域別の病床機能等の見える化

- ・ 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等が見える化
- ・ これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる

②都道府県の取組の好事例の周知

- ・ 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知

③医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

- ・ 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知

④基金等の支援策の周知

- ・ 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成

⑤都道府県等の取組のチェックリスト

- ・ 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。

⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- ・ データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施

2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化（案）

	2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)
国	<ul style="list-style-type: none"> ● 2025年に向けた取組の通知発出 新 ・ 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化 ・ 地域別の病床機能等の見える化、好事例の周知等を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2024年度前半：都道府県あたり1～2か所の推進区域及びこのうち全国10～20か所程度のモデル推進区域を設定 新 ● モデル推進区域においてアウトリーチの伴走支援を実施 新 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針の進捗状況の確認・公表 新 
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ● 調整会議で医療機関対応方針の協議 	<ul style="list-style-type: none"> ● 推進区域の調整会議で協議を行い、区域対応方針（医療提供体制上の課題、解決に向けた方向性及び取組内容等）を策定 新 ● 医療機関対応方針の進捗管理 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針の推進 新
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療機関対応方針の策定・検証・見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し 新 ● 医療機関対応方針の取組の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ● 区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し 新 ● 医療機関対応方針の取組の実施

都道府県別・構想区域別の病床機能等の見える化（イメージ）

都道府県別・構想区域別の病床機能報告上の病床数
及び地域医療構想における将来の病床数の必要量等

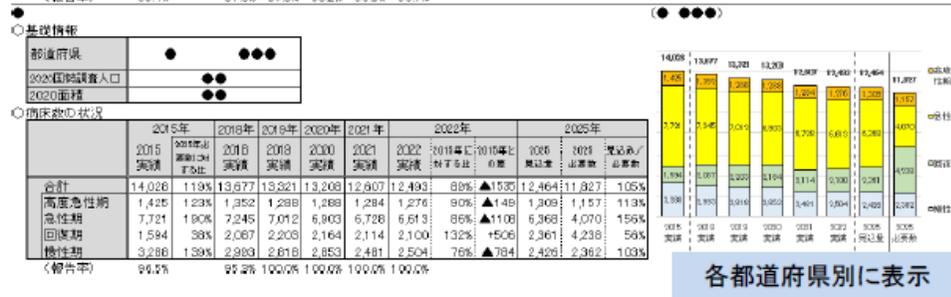
- 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数及び地域医療構想における将来の病床数の必要量等を整理したのについて、厚生労働省ホームページに掲載。
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>)
- ※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

具体的には、以下のデータを掲載。なお、データについては随時更新を予定。

- 人口（2020年10月1日時点）
 - ※ 総務省「国勢調査」（2020年）による
- 面積（2020年10月1日時点）
 - ※ 国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」による
- 病床機能報告上の病床数（2015年、2018年～2022年実績及び2025年見込み）
 - ※ 2015年度、2018年度～2022年度の病床機能報告による
- 地域医療構想における将来の病床数の必要量（2025年必要量）
 - ※ 地域医療構想による
- 病床機能報告の報告率（2015年、2018年～2022年）
 - ※ 2015年度、2018年度～2022年度の病床機能報告による
- 一般病床患者流出入（2020年）
 - ※ 厚生労働省「患者調査」による

都道府県別の病床機能報告上の病床数及び地域医療構想における将来の病床数の必要量等(2022病床機能報告時)

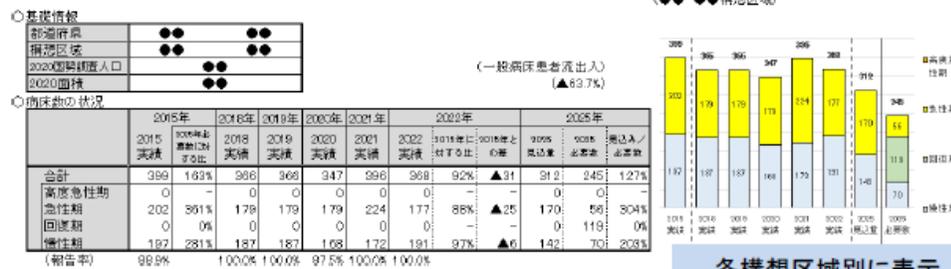
※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。



構想区域別の病床機能報告上の病床数及び地域医療構想における将来の病床数の必要量等

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※ 実施年度に前後する可能性があることに留意が必要。



構想区域別の病床機能等に見える化（イメージ）

構想区域別の医療機関の病床機能報告上の病床数、診療実績、医師数等

- 構想区域別に、医療機関の病床機能報告上の病床数、診療実績、医師数等を整理したものに ついて、厚生労働省ホームページに掲載。

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>)

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、 詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

具体的には、以下のデータを掲載。なお、データについては随時更新を予定。

(1) 構想区域の状況

- ① 人口（2020年10月1日時点）
 - ※ 総務省「国勢調査」（2020年）による
- ② 面積（2020年10月1日時点）
 - ※ 国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」による
- ③ 対象医療機関数（2022年度病床機能報告対象医療機関数）
 - ※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ
- ④ 病床機能報告上の病床数（2022年実績）
 - ※ 2022年度の病床機能報告による
- ⑤ 地域医療構想における将来の病床数の必要量（2025年必要量）
 - ※ 地域医療構想による
- ⑥ 医師数（常勤・非常勤別及び一般病床・療養病床100床当たり常勤換算）
 - ※ 2022年度の病床機能報告による
- ⑦ 機能別医療機関数（特定機能病院、地域医療支援病院、三次救急、二次救急、在宅療養 支援病院・診療所）
 - ※ 特定機能病院、地域医療支援病院、三次救急は、厚生労働省医政局地域医療計 画課調べ
 - ※ 二次救急、在宅療養支援病院・診療所は、2022年度の病床機能報告による
- ⑧ 診療実績（救急車の受入件数、全身麻酔手術件数、分娩件数、手術総数及び平均在棟日 数*）
 - ※ 2022年度の病床機能報告による
- ⑨ 一般病床患者流入（2020年）
 - ※ 厚生労働省「患者調査」による

(2) 報告医療機関別の状況

- ① 医療機関名
- ② 所在地
- ③ 病床機能報告上の病床数（2022年実績）
 - ※ 2022年度の病床機能報告による
- ④ 医師数（常勤・非常勤別及び一般病床・療養病床100床当たり常勤換算）
 - ※ 2022年度の病床機能報告による
- ⑤ 医療機関の機能（特定機能病院、地域医療支援病院、三次救急、二次救急、在宅療養支 援病院・診療所）
 - ※ 特定機能病院、地域医療支援病院、三次救急は、厚生労働省医政局地域医療計 画課調べ
 - ※ 二次救急、在宅療養支援病院・診療所は、2022年度の病床機能報告による
- ⑥ 診療実績（救急車の受入件数、全身麻酔手術件数、分娩件数、手術総数及び平均在棟日 数*）
 - ※ 2022年度の病床機能報告による

* 平均在棟日数については、在棟患者延べ数を、新規入棟患者数と退棟患者数の平均で除したもの。

構想区域別の医療機関の病床機能報告上の病床数、診療実績、医師数等 ※未報告の医療機関が有り得ることに留意が必要。

(1) 構想区域の状況

都道府県	構想 区域	人口 (万人)	面積 (km ²)	医療機関数		病床機能報告上の病床数(単位:床)										平均在棟日数										
				一般 病床	療養 病床	常勤	非常勤	100床 当たり	特定 機能 病院	地域 支援 病院	三次 救急	二次 救急	在宅 療養 支援 病院	患者の 受入件数	全身麻酔 手術件数	分娩 件数	手術総数	急性 病床	慢性 病床	回復 病床	療養 病床					
●	●	15.1	1,671	22	23	5,361	786	2,545	719	1,181	116	570	61	110	3	1	15	4	13,610	1,957	1,921	22,648	9	14	44	163
		(報告率) 14.1%		2	1	4,857	558	1,759	1,616	181									(一般病床) 10.0%							

(2) 報告医療機関別の状況

医療機関名	所在地	機能別		病床機能報告上の病床数(単位:床)										平均在棟日数																			
		一般 病床	療養 病床	常勤	非常勤	100床 当たり	特定 機能 病院	地域 支援 病院	三次 救急	二次 救急	在宅 療養 支援 病院	患者の 受入件数	全身麻酔 手術件数	分娩 件数	手術総数	急性 病床	慢性 病床	回復 病床	療養 病床														
●●●●	●	527	26	182		18	125	3	218										5,874	1,616	110	4,891	11	11	-	-							
●●●●	●	400	492	49			119	4	257										2,289	2,638	511	4,785	7	11	-	-							
●●●●	●	373	165	45	171	20	15	4	54										2,981	3,009	189	6,080	18	11	-	-							
●●●●	●	240	6	242	17	61			20										1,652	824		1,412	9	11	11	531							
●●●●	●	285		49	16	141		10	3	45																	109	31	62				
●●●●	●	204				264		5	2	25																							
●●●●	●	169		105	42	51		19	1	98									745	372		625				11	24	154					
●●●●	●	159		49	116	61		6	1	44																	27	168	261				
●●●●	●	174		61	10	51		9	3	56																		29	72	181			
●●●●	●	169		49	16	69		9	1	62																		21	104	1,766			
●●●●	●	165	12	98	16			14	1	126									1,182	343		105	5	15	94								
●●●●	●	159		169				42	2	57												239								21			
●●●●	●	155		169				4	1	88																					157		
●●●●	●	128	9	84	16			10	1	98									1,258	293		192	5	11	21								
●●●●	●	1		1				1		100																							
●●●●	●	1		1				1		100																							
●●●●	●	1		1				1		100																							
●●●●	●																																
●●●●	●																																
●●●●	●																																

各構想区域別に表示

医療機関担当者の皆さまへ

地域において**地域医療構想**の取り組みが進むよう、厚生労働省はさまざまな支援を行っています。

1 取組のモデル・好事例

地域の取組の好事例について紹介しています。

2 地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携支援事業

複数医療機関の再編を検討する場合、重点支援区域及び再編検討区域として地域における検討段階から実現に向けた支援を行っています。再編を検討している医療機関等からの相談窓口を設けています。

3 地域医療連携推進法人制度の活用促進

地域の医療機関等の機能分担や連携を推進するため制度の活用促進を図っています。

4 地域医療介護総合確保基金

地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設設備整備(病床の機能変更や病床数の変更など)等に関する**財政支援**を行います。

(参考)病床転換に対する財政支援の一例

【病床転換にかかる施設整備費用の支援】

急性期病床を回復期病床に転換する際に必要な施設整備費用
回復期病床増加分 50床 × 9,000千円^{※1} × 1/2^{※2} = 225,000千円^①

※1 基準面積(25㎡) × 基準単価(360千円) 標準単価であり都道府県によって異なる。
※2 補助率。都道府県によって異なる。

【病床減少を伴う再編にかかる費用の支援】

病床減少分^{※3} 50床 × 1,824千円^{※4} = 91,200千円^②

※3 高度急性期、急性期、慢性期の各機能の病床減少から回復機能への転換分等を除いた減少病床数
※4 病床稼働率により異なる。例示は病床稼働率70%以上80%未満の場合。

合計 ① + ② = 316,200千円の支援が可能

※上記は例であり、実際の補助額とは異なる場合があります。
※都道府県の地域医療構想に基づいた計画が補助の対象となります。
※病床の減少を伴わない場合でも補助の対象となる可能性があります。詳細は都道府県所管部局にお問い合わせください。

5 税制上の優遇措置 (登録免許税、不動産取得税)

地域医療構想の達成のため、医療機関の開設者が、医療介護総合確保法に規定する認定再編計画に基づく医療機関の再編に伴い取得した一定の不動産にかかる登録免許税、不動産取得税を軽減する特例措置があります。

【登録免許税】 ※令和3年度創設(令和8年3月31日まで)

土地の所有権の移転登記 1,000分の10 (本則: 1,000分の20)

建物の所有権の保存登記 1,000分の2 (本則: 1,000分の4)

【不動産取得税】 ※令和4年度創設(令和6年3月31日まで)

※令和6年度税制改正大綱において、令和8年3月31日まで延長する旨明記

課税標準について価格の2分の1を控除

6 病床再編等の促進のための特別償却制度

地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合に取得する建物等について、特別償却(取得価格の8%)ができます。

【対象設備】 病床の再編等のために取得又は建設(改修のための工事によるものを含む)をした病院用等の建物及びその附属設備(既存の建物を廃止し新たに建設する場合・病床の機能区分の増加を伴う改修(増築、改築、修繕又は模様替)の場合)

【特別償却割合】 取得価格の8%

7 地域医療構想に係る優遇融資

独立行政法人福祉医療機構において、地域医療構想の達成に向け、民間病院等を対象とした**建築・運転資金に関する優遇融資**があります。

都道府県の問い合わせ先はこちら

厚生労働省 地域医療構想

検索

QR
コード