

第13回地域医療構想及び医師確保計画に
関するワーキンググループ

資料 1

令和 5 年 1 1 月 9 日

地域医療構想の進捗等について

目次

1. 地域医療構想調整会議における検討状況等調査の報告 ……P.3
2. 病床数の変化等 ……P.28
3. 今後の対応方針 ……P.39

1. 地域医療構想調整会議における検討状況等 調査の報告

PDCAサイクル等による地域医療構想の推進について

(医療提供体制の確保に関する基本方針(平成19年厚生労働省告示第70号) 令和5年3月31日一部改正)

第三 医療提供体制の確保に係る目標に関する事項

二 目標設定に関する国と都道府県の役割

3 地域医療構想に係る目標設定

都道府県は、将来における地域の医療提供体制の確保のため、地域医療構想(法第三十条の四第二項第七号に規定する将来の医療提供体制に関する構想をいう。以下同じ。)の実現に向けた取組を着実に進めることが重要であることから、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(第六及び第七において「関係者」という。)との協議の場(以下「地域医療構想調整会議」という。)における協議の結果を踏まえ、当該構想区域(同号に規定する区域をいう。第五の一において同じ。)において担うべき医療機関としての役割及び当該医療機関が有すべき医療機能ごとの病床数を含む**今後の対応方針(以下「対応方針」という。)の策定率等の目標について、毎年度、当該目標の達成状況の分析及び評価等を行うものとする。**

第五 地域医療構想に関する基本的な事項

二 地域医療構想に関する国と都道府県の役割

都道府県は、策定した地域医療構想の達成に向けた取組を進めるに当たって、構想区域等(法第三十条の十四第一項に規定する構想区域等をいう。第六及び第七において同じ。)ごとに、地域医療構想調整会議を設け、当該会議での議論を通じて、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進していくことが必要である。**これらの推進に当たり、都道府県は、地域医療構想調整会議における協議の実施状況を公表するものとする。**

国は、必要な情報の整備や都道府県職員等に対する研修のほか、都道府県におけるデータの活用や医療介護総合確保法に基づく地域医療介護総合確保基金の活用に係る支援など、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組の支援を行うものとする。

第六 地域における病床の機能の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

一 地域における病床の機能の分化及び連携の基本的考え方

地域における病床の機能の分化及び連携については、地域の医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により推進していくことが前提となる。このため、都道府県は、法第三十条の十三第一項の規定による報告(以下「病床機能報告」という。)の結果等により毎年度進捗を把握し、公表するとともに、構想区域等ごとに設置する地域医療構想調整会議において、関係者との連携を図りつつ、必要な事項について協議を行うことが必要である。その際、構想区域等における将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、医療機関の役割を明確化することや将来的に病床機能の転換を予定している医療機関の役割を確認すること等が必要である。**あわせて、地域医療構想調整会議における協議の結果を踏まえた対応方針の策定率を公表することとする。**また、都道府県は、法第七十条の五第一項に規定する地域医療連携推進法人の認定、地域医療介護総合確保基金の活用等により、医療機関の自主的な機能分化及び連携に向けた取組を支援することが必要である。

さらに、**都道府県は、地域医療構想調整会議における協議の実施状況や対応方針の策定率等を踏まえ、将来の病床数の必要量と病床機能報告により報告を受けた病床数に著しく差が生じている場合には、その要因について、当該構想区域等における医療提供体制を踏まえて分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、必要な対応について検討することとする。**

国は、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組を支援するとともに、地域における病床の機能の分化及び連携を更に実効性あるものとするため、病床機能報告の在り方を検討して見直しを行い、地域の医療需要に円滑に対応できる人員配置等を調えることの検討を進めるものとする。

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～

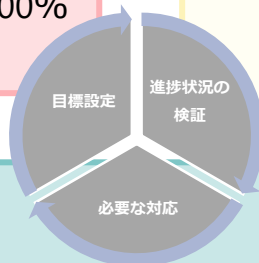
「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日）等を踏まえ、都道府県において、毎年度、対応方針の策定率等を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとする。

（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、地域の実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。



（3）検証を踏まえて行う必要な対応

- ✓ 非稼働病棟等について、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。

(1) 確認目的

地域医療構想に関し、令和5年3月31日の改正告示・通知により、都道府県に対して、構想区域ごとに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を求めており、当該状況等について確認を行うもの。

(2) 確認時点

令和5年9月末時点（確認期間：令和5年9月11日から同年10月6日）

(3) 確認方法

各都道府県の地域医療構想の担当部局宛に確認票を送付。

(4) 主な確認項目

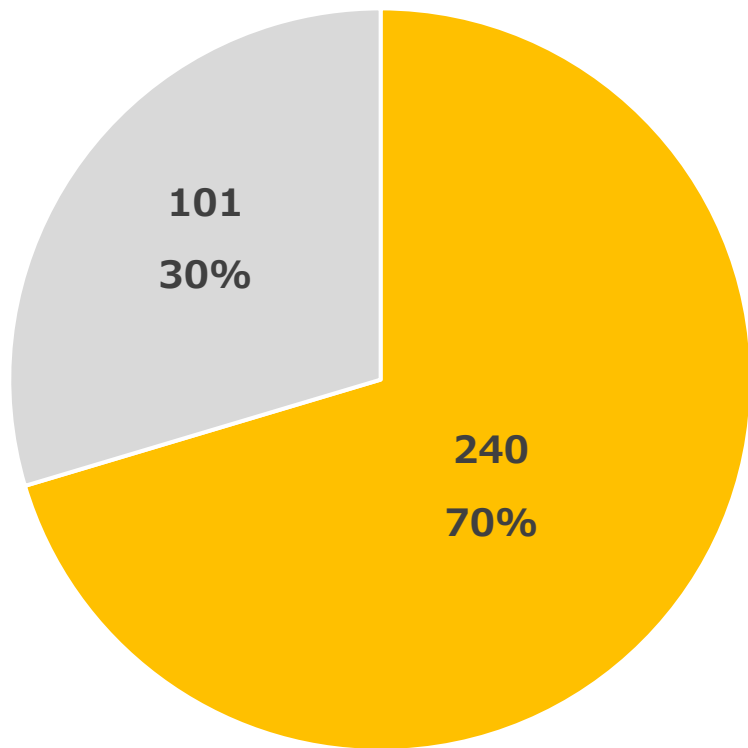
- ・ 地域医療構想の推進に係る年度目標の設定状況
- ・ 再検証対象医療機関の対応方針の検討状況
- ・ 地域医療構想調整会議（都道府県単位及び構想区域単位）の開催状況、議論の公表状況 等

地域医療構想の推進に係る年度目標の設定状況

- 令和5年度において、各構想区域で地域医療構想の推進に係る目標は、全構想区域のうち240区域（70%）で設定しており、そのうち、対応方針の策定率を目標としている構想区域は183区域（76%）、対応方針の実施率を目標としている構想区域は23区域（10%）、その他の目標を設定している構想区域は32地域（13%）あった。
- 目標を設定していない主な理由としては、「今年度中に調整会議で協議予定であるため」「地域の自主的な取組が基本であり、目標設定はなじまないため」といった理由があった。

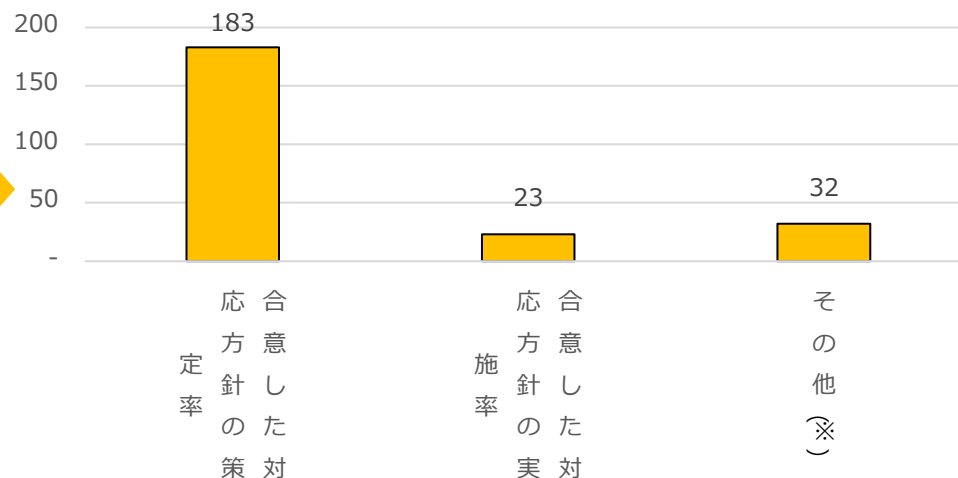
各構想区域の目標の設定状況（令和5年9月末時点）

N=341



■ 目標設定あり ■ 目標設定なし

設定している目標について



※2025年に必要な回復期病床の割合、病床数の必要量

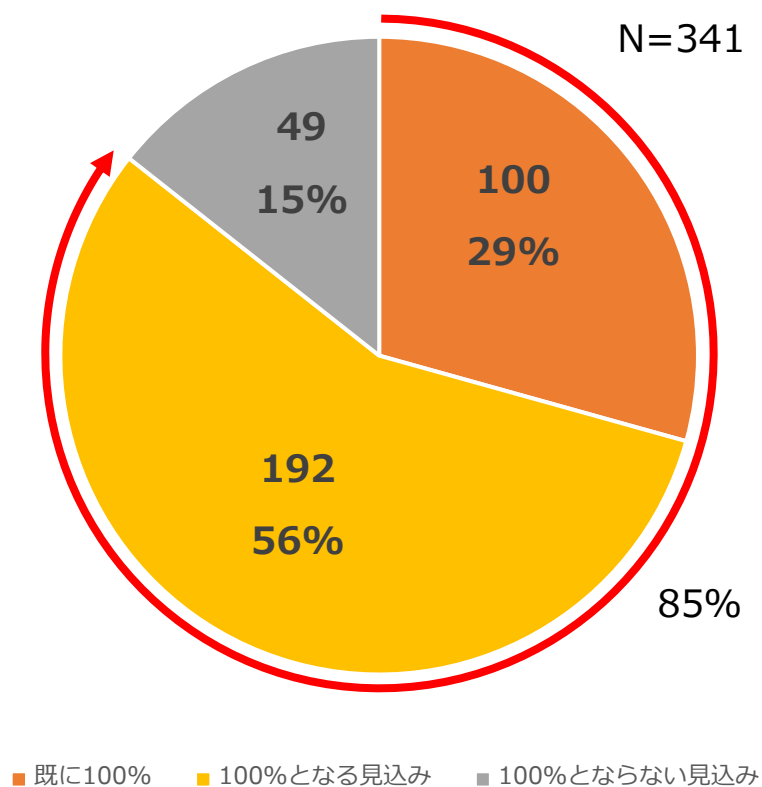
目標を設定していない主な理由

- 今年度中に調整会議で協議予定であるため。
- 地域医療構想は、医療機関が病床機能の転換や在宅医療の充実等に取り組む際の方向性であり、地域の自主的な取組が基本であり、目標設定はなじまないため。
- 医療機関の理解を得ながら、地域の実情に応じた議論を進めることが原則であり、目標設定はノルマ化につながるため。

令和5年度末時点の地域医療構想調整会議で合意した対応方針の策定率の見込み

- 令和5年度末までに対応方針の策定率を100%にすることができる見込みの構想区域は、292区域（85%）となっている。
- 対応方針の策定率を100%にできない主な理由としては、「全ての有床診療所の対応方針の策定の見通しが立てられないため」「地域医療構想調整会議で合意が得られていないため」といった理由があった。

令和5年度末時点の対応方針の策定率の見込み (令和5年9月末時点)



対応方針の策定率を100%にできない主な理由

- 病院の対応方針の策定を優先して取り組んだ結果、全ての有床診療所の対応方針の策定の見通しが立てられないため。
- 有床診療所の令和4年度病床機能報告の報告率が100%に達していないため。
- 対応方針の策定依頼や催促を行っても策定しない医療機関があるため。
- 公立診療所の対応方針について、地域医療構想調整会議で議論がまとまらず、合意が得られていないため。

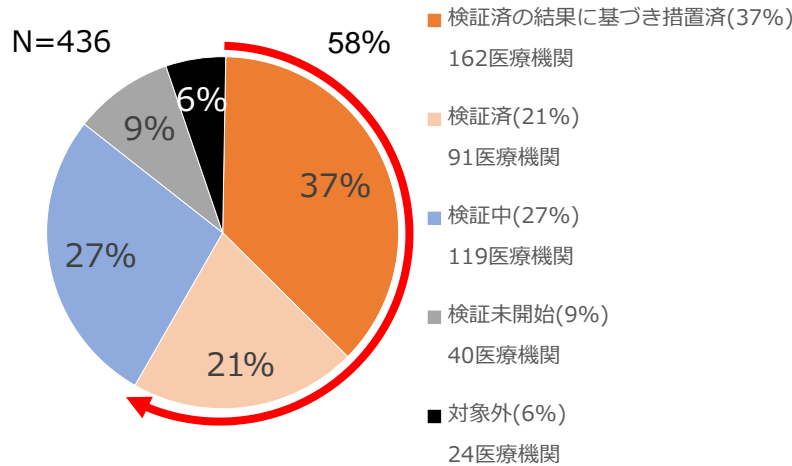
※ 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

再検証対象医療機関の対応方針の検討状況（前回調査結果との比較）

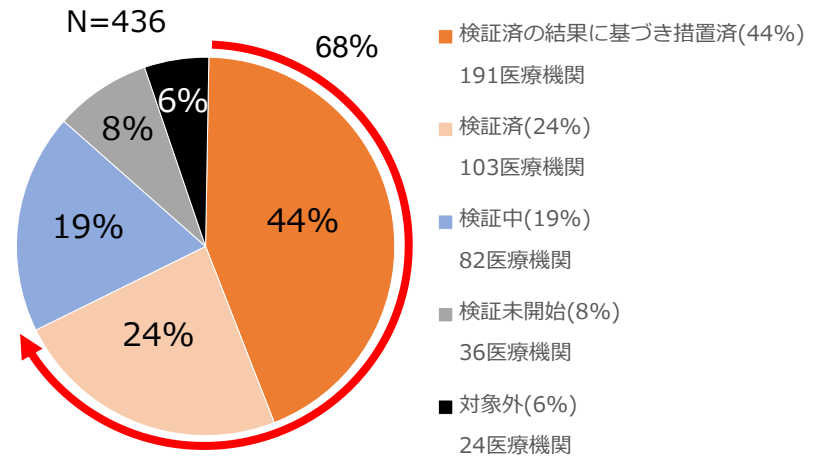
○ 再検証対象医療機関の検討状況について、令和5年3月時点の調査結果と比較すると、措置済を含む「検証済」の医療機関単位の割合が58%から68%、病床単位の割合が62%から74%と増加している。

医療機関数

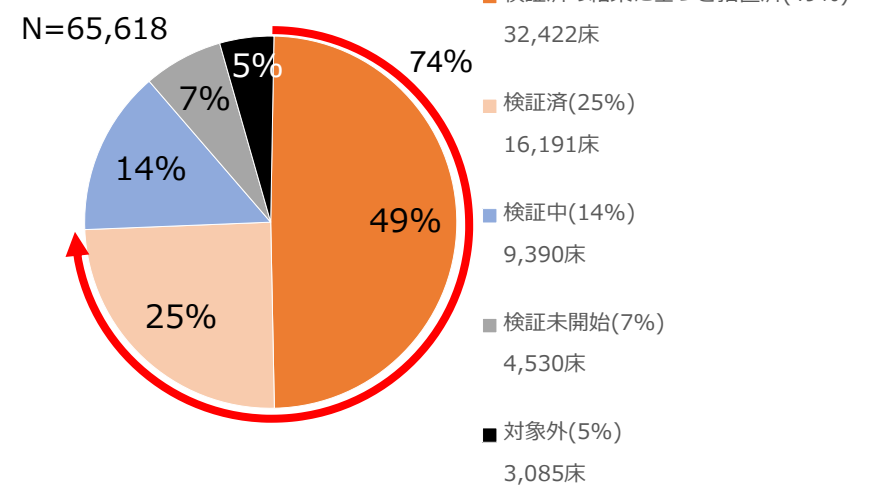
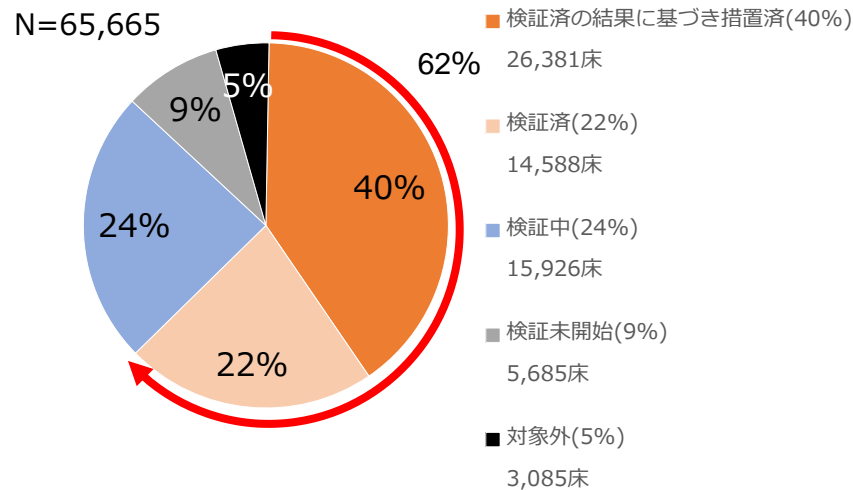
令和5年3月末時点



令和5年9月末時点



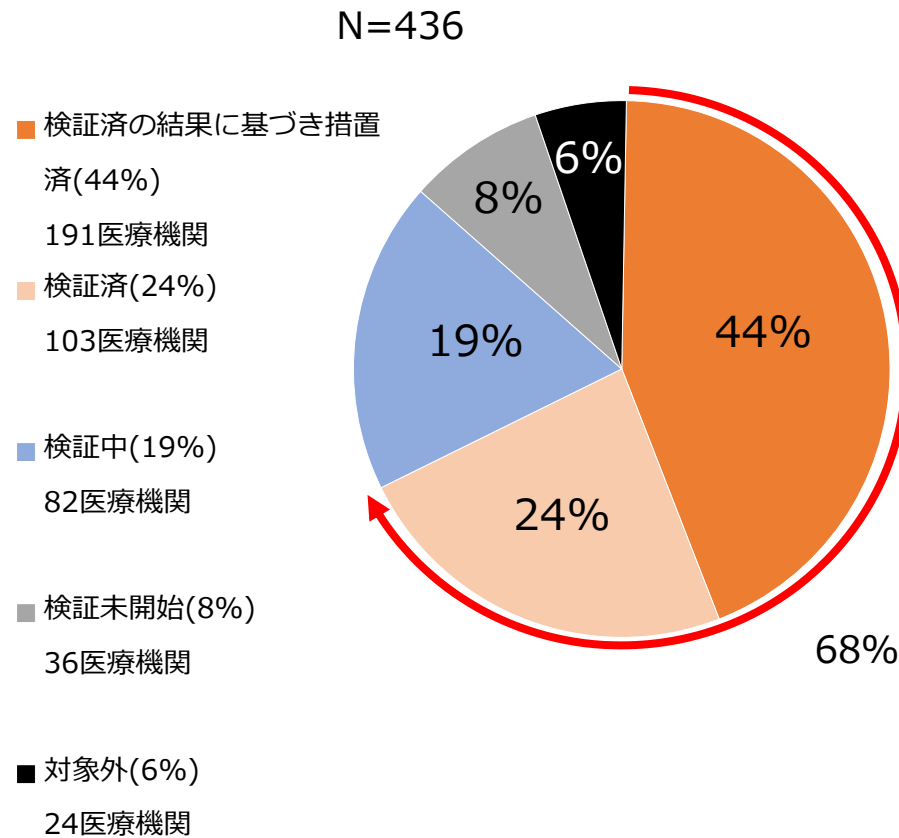
病床数



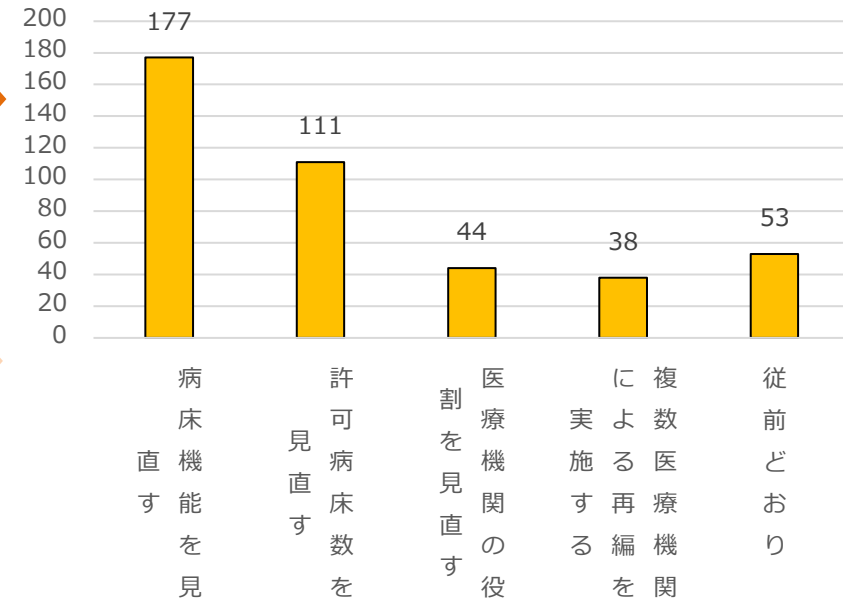
再検証対象医療機関における対応状況

- 再検証対象医療機関のうち、措置済を含む「検証済」の医療機関について、対応の状況を見ると、「病床機能の見直し」が最も多く、次に「病床数の見直し」が多くなっている。

再検証対象医療機関の状況（令和5年9月末時点）



「検証済」及び「措置済」の医療機関の状況（複数回答可）

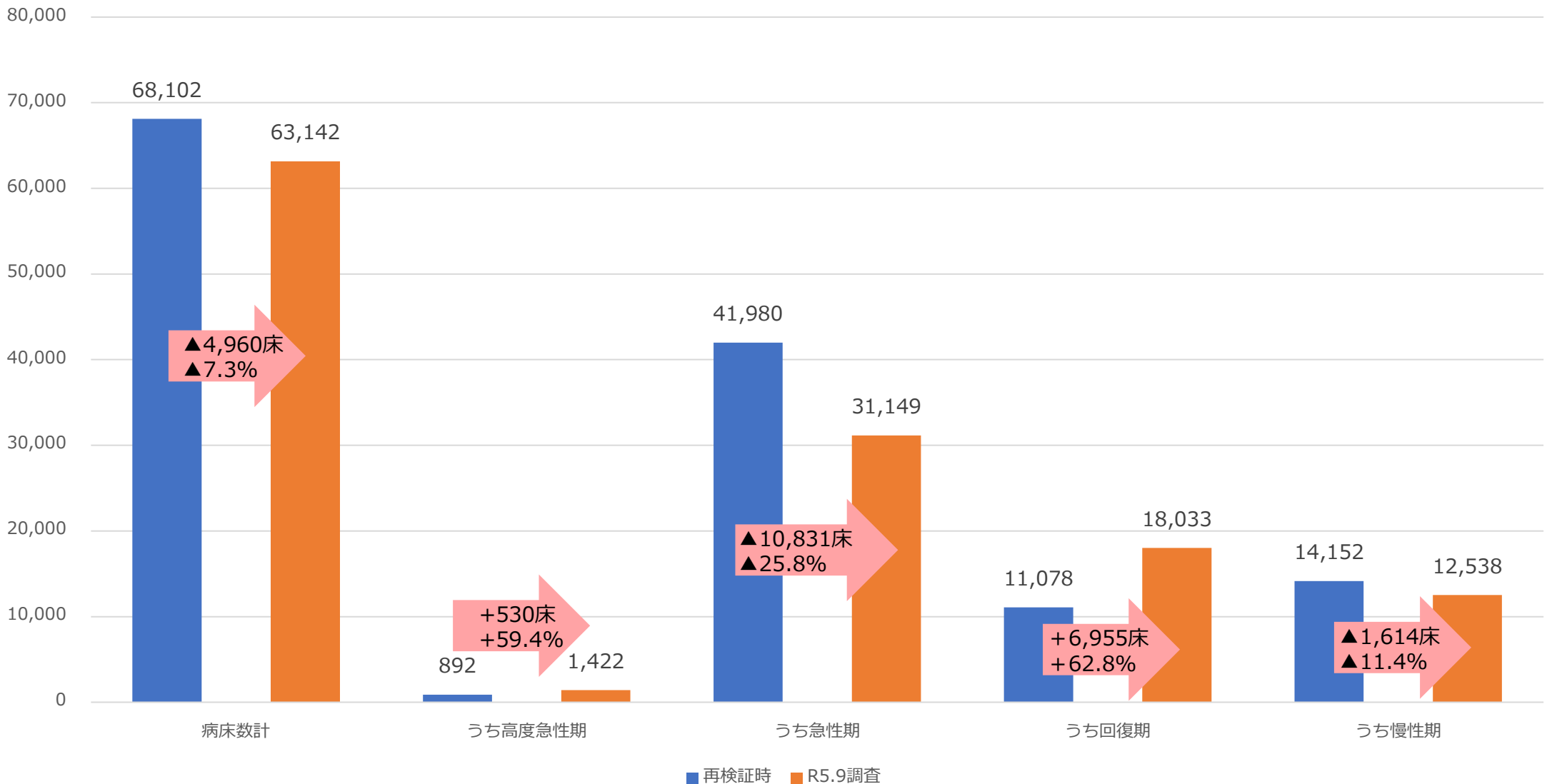


「従前どおり」との結論に至った主な理由

- 二次救急病院、広域救護病院、へき地拠点病院等として、地域医療を支える重要な役割を担っているため。
- 神経難病、難治性のてんかん、重症心身障害等の他の病院が対応していない専門医療に重点化しているため。
- 隣接する圏域からの医療需要をカバーしているため。
- 地理的条件等から、現在の医療機能が必要であるため。

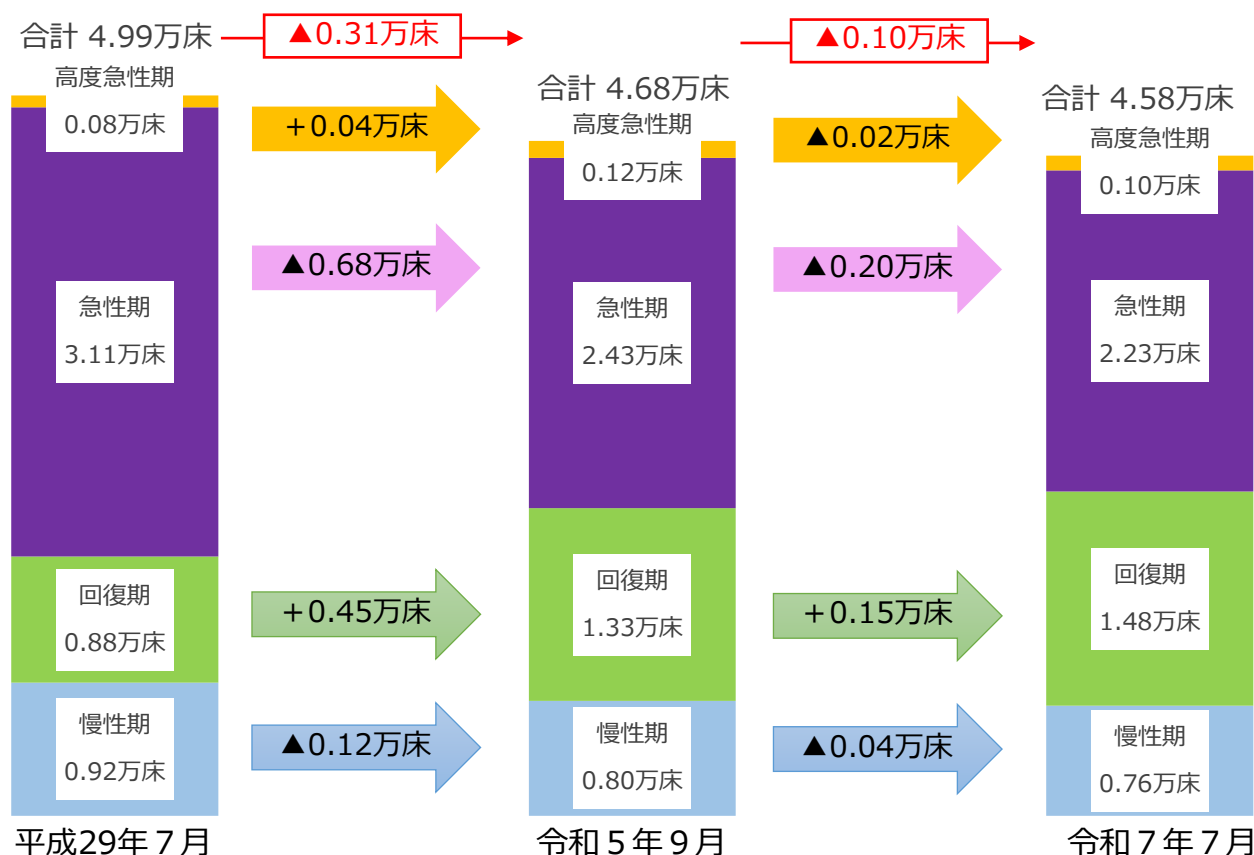
再検証対象医療機関における病床数の変化

- 再検証対象医療機関においては、再検証時（2017年）から2023年にかけて、総病床数は4,960床（▲7.3%）減少している。
- このうち、急性期は10,831床（▲25.8%）減少し、回復期は6,955床（+62.8%）増加している。



再検証対象医療機関のうち 措置済を含む検証済の医療機関（294病院分）の病床機能・病床数

- 平成29年から令和7年にかけて、全体の病床数は4.99万床から4.58万床と減少する見込み。
- そのうち、急性期病床は3.11万床（62%）から2.23万床（49%）に、慢性期病床は0.92万床（18%）から0.76万床（17%）に減少する見込みであり、高度急性期病床は0.08万床（1.6%）から0.10万床（2.2%）に、回復期病床は0.88万床（18%）から1.48万床（32%）に増加する見込みである。
- 令和7年7月までに病床機能あるいは病床数を変更する予定の病院は、240病院で全体の82%であり、そのうち令和5年9月までに病床機能あるいは病床数を変更した病院は219病院で75%である。

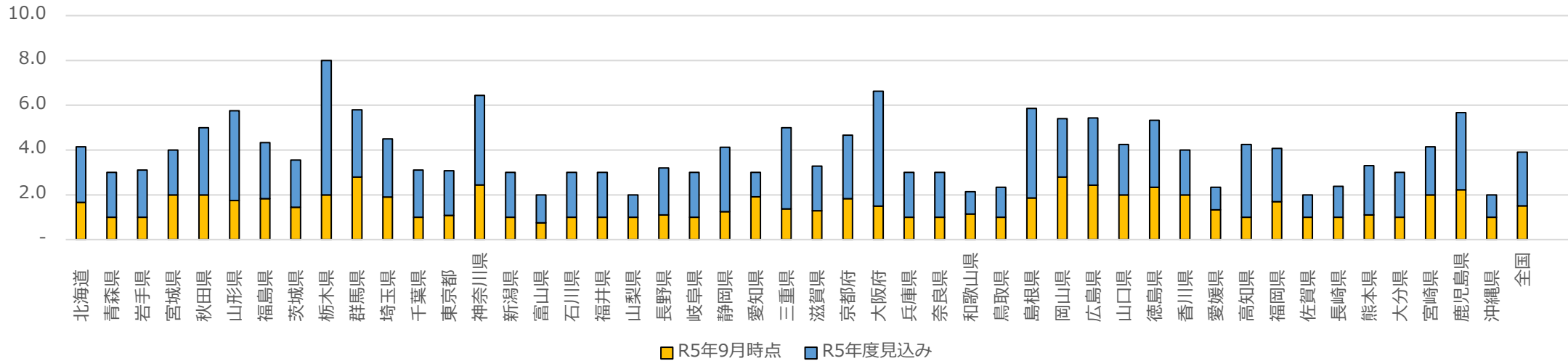


436のうち現時点の有効回答数のうち合意済み	令和7年7月までに病床機能あるいは病床数を変更する方針	うち令和5年9月までに変更
	294病院 (100.0%)	240病院 (81.6%)

地域医療構想調整会議（部会等含む）（構想区域単位）の開催状況

○ 令和5年度の地域医療構想調整会議（部会等含む）の開催回数は、構想区域当たり平均4.0回の見込みであり、令和元年度よりも多くなる見込み。

■ 令和5年度 地域医療構想調整会議（部会等含む）（構想区域単位）の開催状況（開催延べ回数／全構想区域）（令和5年9月末時点）



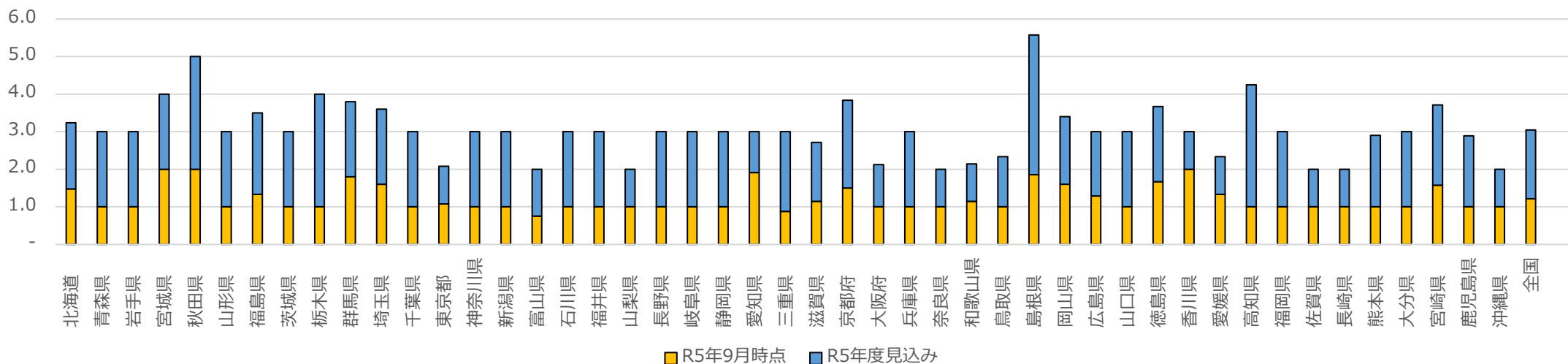
（参考）地域医療構想調整会議（部会等含む）の開催実績のまとめ

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 9月末時点	令和5年度 (見込み)
開催延べ数	1,035回	652回	656回	882回	523回	1,354回
構想区域当たりの平均	3.0回	1.9回	1.9回	2.6回	1.5回	4.0回

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の開催状況

○ 令和5年度の地域医療構想調整会議の開催回数は、構想区域当たり平均3.1回の見込みであり、令和元年度よりも多くなる見込み。

■ 令和5年度 地域医療構想調整会議（構想区域単位） の開催状況（開催延べ回数／全構想区域）（令和5年9月末時点）

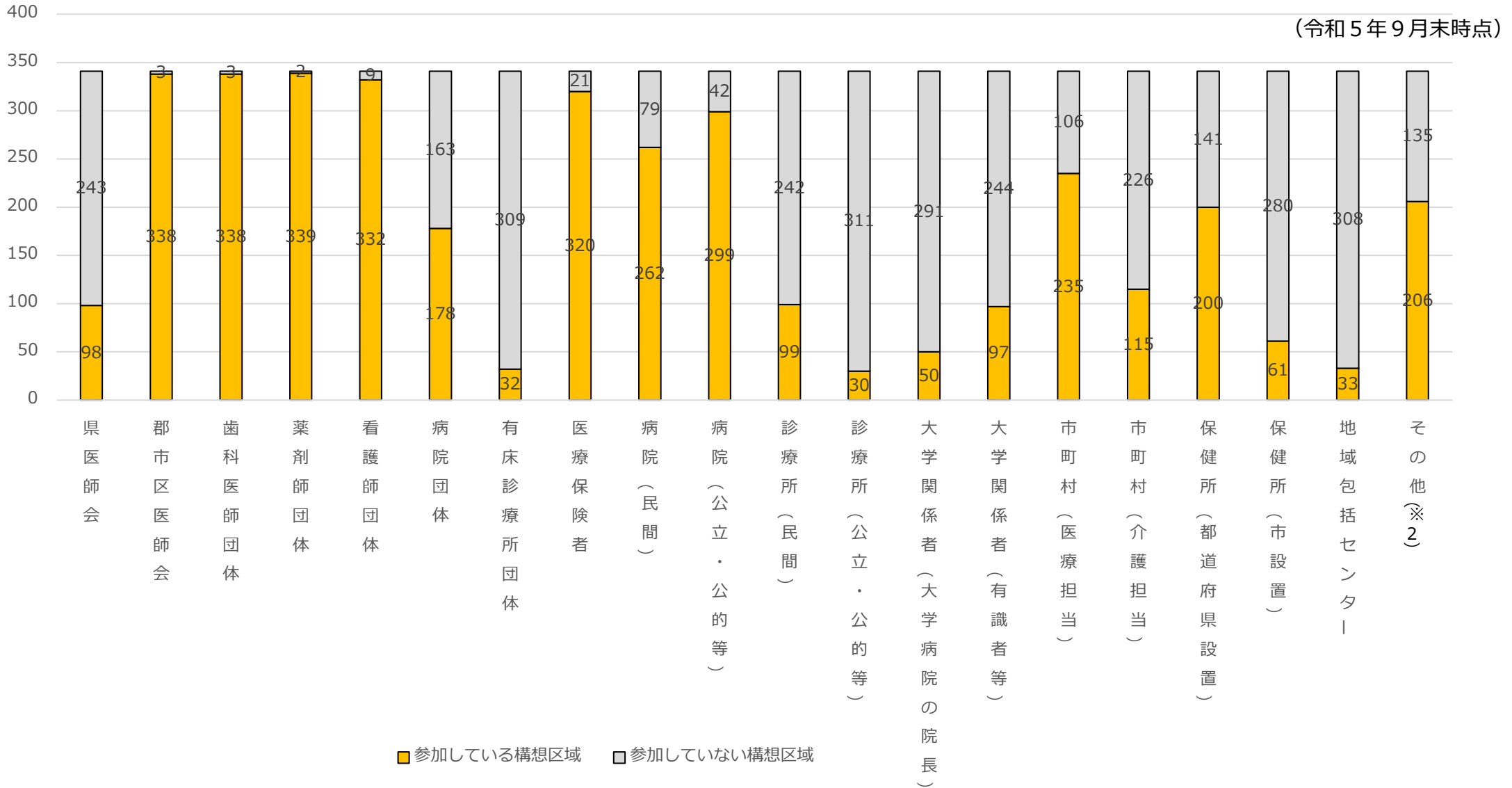


（参考）地域医療構想調整会議の開催実績のまとめ

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度 9月末時点	令和5年度 (見込み)
開催延べ数	737回	506回	530回	661回	415回	1,042回
構想区域当たりの平均	2.2回	1.6回	1.6回	1.9回	1.2回	3.1回

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

○ 地域医療構想調整会議の構成員の状況を見ると、「郡市区医師会」「歯科医師団体」「薬剤師団体」「看護師団体」「医療保険者」は、ほとんどの構想区域で参加している。



※1 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

※2 社会福祉協議会、消防本部、訪問介護ステーション協議会、介護・福祉関係団体、住民代表 等

地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

○ 令和5年度の都道府県単位の地域医療構想調整会議の開催回数は、多い県で6回の見込みであった一方、開催しない県は7県、設置していない県は6県あった。

■ 令和5年度 地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

令和5年度開催回数（見込み）	地方・都道府県					
	北海道・東北地方	関東信越地方	東海北陸地方	近畿地方	中国・四国地方	九州・沖縄地方
6回 (1)		・ 神奈川県【2】				
4回 (3)	・ 岩手県【1】			・ 京都府【1】	・ 広島県【1】	
3回 (10)		・ 茨城県【1】 ・ 東京都【1】	・ 富山県【1】 ・ 岐阜県【1】 ・ 静岡県【1】 ・ 三重県※【1】	・ 兵庫県【1】	・ 高知県【0】	・ 佐賀県【1】 ・ 大分県【1】
2回 (9)	・ 秋田県【1】	・ 栃木県【1】 ・ 埼玉県【1】	・ 石川県【1】 ・ 福井県【1】 ・ 愛知県【1】	・ 大阪府【1】		・ 熊本県【1】 ・ 沖縄県【1】
1回 (11)	・ 北海道【0】 ・ 山形県【1】	・ 千葉県【1】 ・ 長野県【0】		・ 奈良県【0】	・ 鳥取県※【0】 ・ 山口県【0】 ・ 徳島県【0】 ・ 愛媛県【0】	・ 福岡県【0】 ・ 長崎県【0】
開催せず (7)		・ 群馬県 ・ 新潟県		・ 滋賀県	・ 島根県 ・ 岡山県	・ 宮崎県 ・ 鹿児島県
設置せず (6)	・ 青森県 ・ 宮城県 ・ 福島県	・ 山梨県		・ 和歌山県	・ 香川県	

() は都道府県数 【】 は開催済回数 ※医療審議会等の既存の会議体で議論している都道府県

■ 議論の内容等

■ 議論の内容

- 病床機能の分化・連携に向けた具体的な取組に関する議論
- 構想区域における課題の共有（不足する医療機能等）
- 各種支援策の活用に関する合意（地域医療介護総合確保基金、重点支援区域等）
- 各調整会議での議論の進捗状況や圏域を超えた広域での調整が必要な事項等に関する情報共有・協議等

■ 開催しない主な理由

- 現時点において、地域医療構想について全県で調整する議題が無かったため。

■ 設置していない主な理由

- 県医師会長が全ての構想区域の議長となっており、各構想区域の課題の共有や進捗等の摺合せが可能であるため。

「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）【抜粋】

1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議について

(1) 協議事項等

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

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

(2) 参加の範囲等

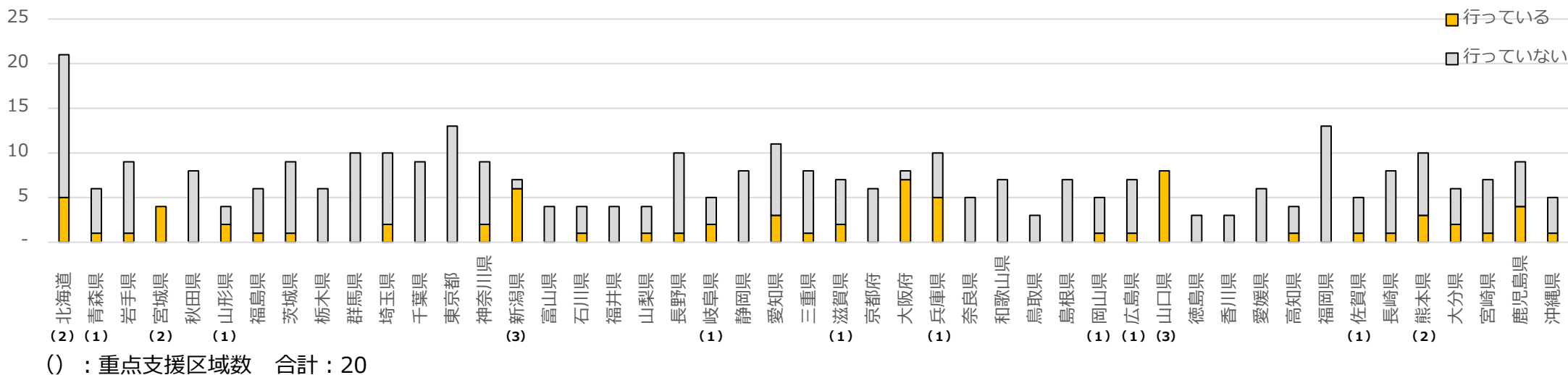
都道府県単位の地域医療構想調整会議の参加者は、各構想区域の地域医療構想調整会議の議長、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者とする。なお、会議の運用に当たっては、既存の会議体の活用等、効率的に運用することとして差し支えない。

医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

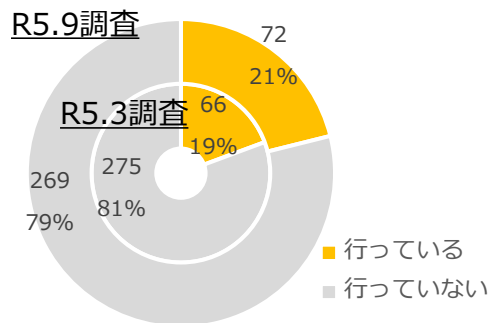
地域医療構想調整会議における複数医療機関の再編に関する議論の状況

- 地域医療構想調整会議において、複数医療機関の再編に関する議論は、全構想区域のうち72区域（21%）で行われている。全都道府県のうち30都道府県（64%）で行われている。
- 複数医療機関の再編に関する議論が行われている都道府県・構想区域のうち、13道県・20区域では、重点支援区域の選定を受けている。

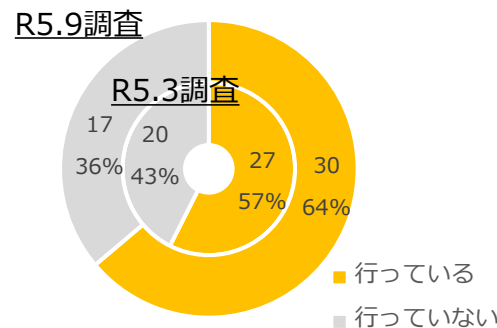
複数医療機関の再編に関する議論の状況（令和2年1月10日～令和5年9月30日）



構想区域単位の状況



都道府県単位の状況

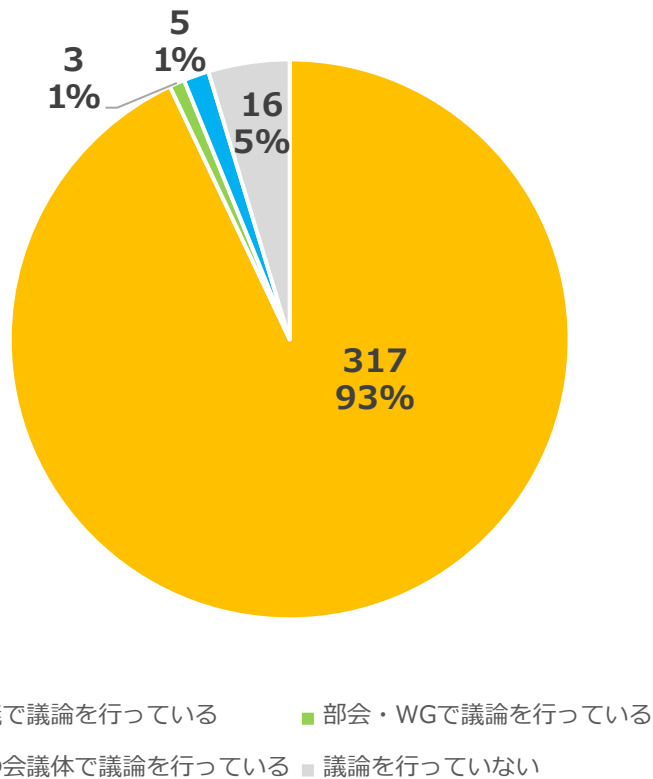


※ 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

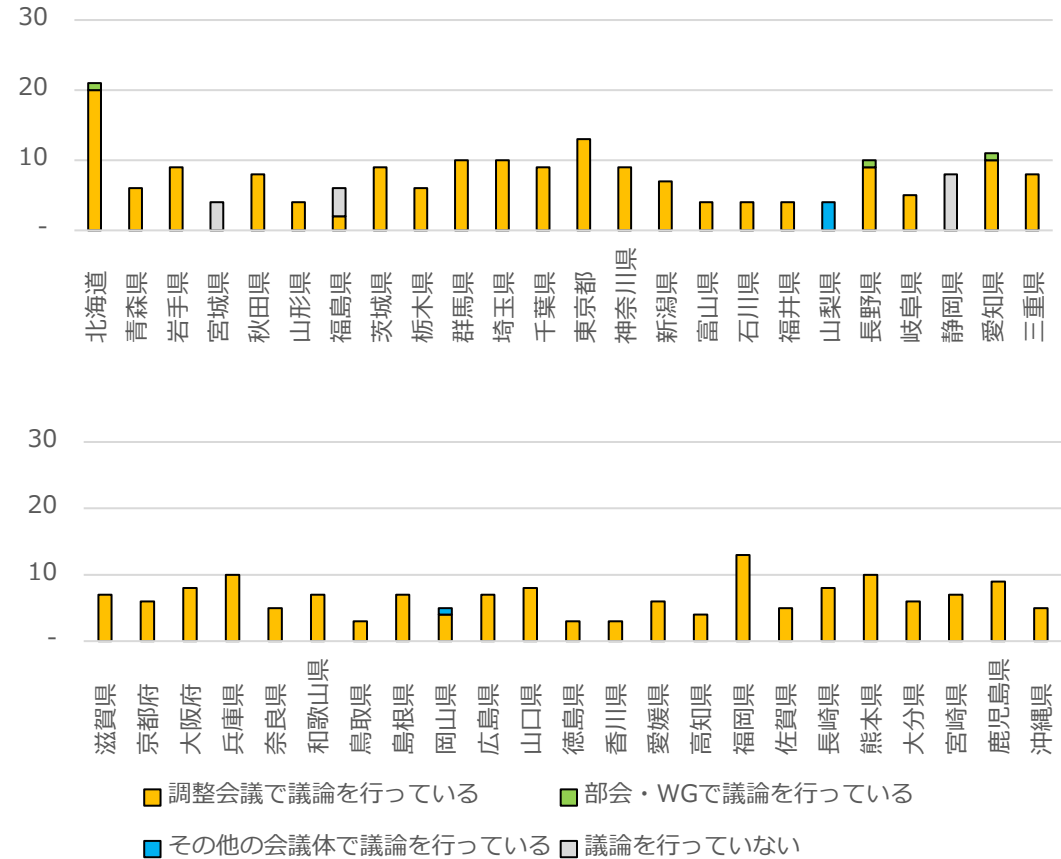
外来医療の議論の状況

○ 外来医療について、地域医療構想会議において議論を行っている構想区域は93%であった。

外来医療の議論の状況 (構想区域単位)



都道府県別区域数



※ 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

(外来医療に係る協議の場合)

○医療法【抜粋】

第三十条の十八の四 都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三項において「対象区域」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この項及び次項において「関係者」という。)との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項(第二号から第四号までに掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第三項において同じ。)について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

2 (略)

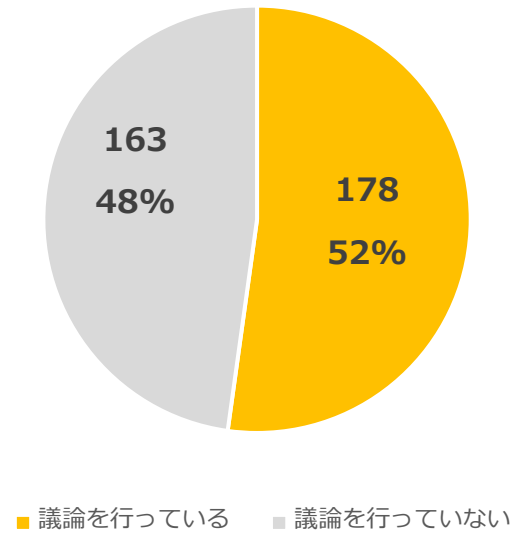
3 都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該対象区域における第一項の協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、同項各号に掲げる事項について協議を行うことができる。

地域医療構想調整会議における在宅医療の議論の状況

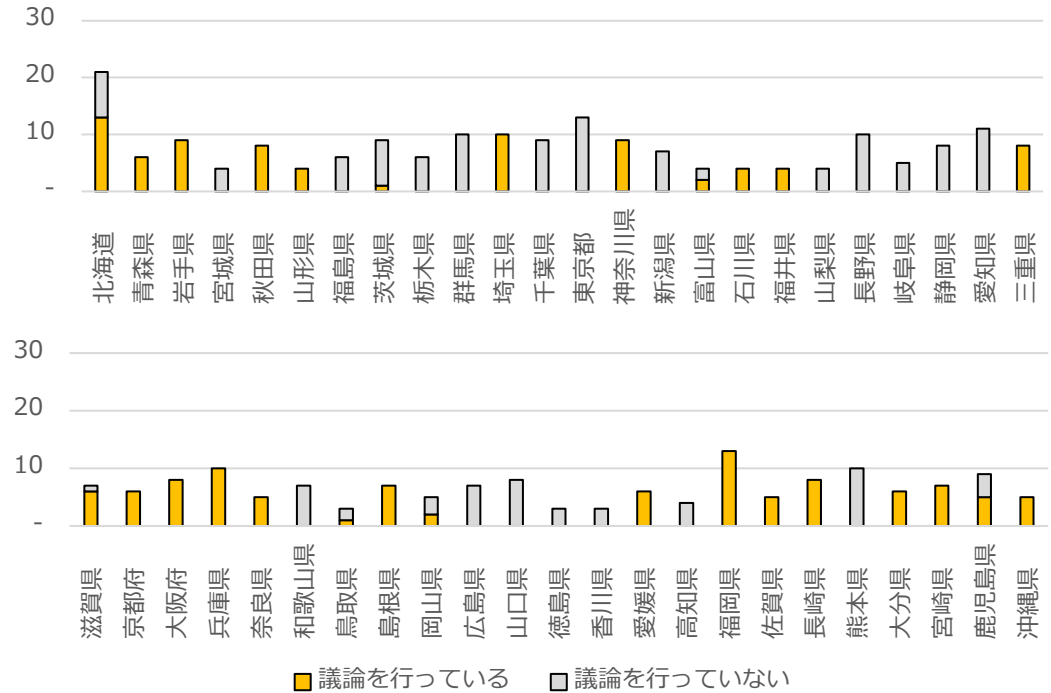
○ 在宅医療について、地域医療構想調整会議において議論を行っている構想区域は52%であった。

地域医療構想調整会議における在宅医療の議論の状況

(構想区域単位)



都道府県別区域数



※ 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

(在宅医療に係る協議の場)

○「医療計画について」(令和5年3月31日付医政発0331第16号医政局長通知)【抜粋】

(別紙)医療計画作成指針

第4 医療計画作成の手順等

5 5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順

(2) 差業務部会及び圏域連携会議の設置

都道府県は、5疾病・6事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するため、都道府県医療審議会又は地域医療対策協議会の下に、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場(以下「作業部会」という。)を設置すること。

また、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場(以下「圏域連携会議」という。)を設置すること。

○「医療計画及び介護保険事業(支援)計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について」(平成29年8月10日付地域医療計画課長・介護保険計画課長・医療介護連携政策課長通知)【抜粋】

5 医療及び介護の体制整備に係る協議の場について

(1) 位置付け

「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」(平成26年厚生労働省告示第354号)においては、医療計画、介護保険事業(支援)計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場(以下「協議の場」という。)を設置することとされている。(略)

(2) 設置区域

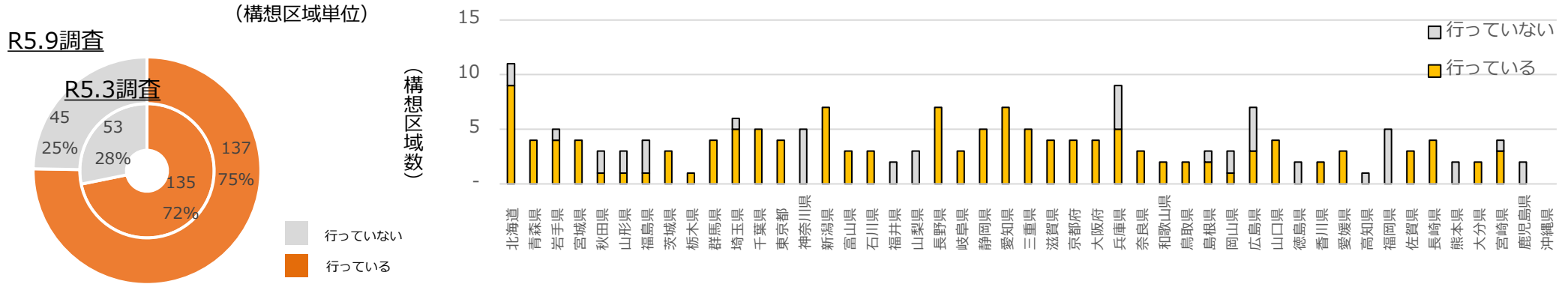
協議の場は、二次医療圏(医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。)単位で設置することを原則とする。(略)

また、二次医療圏は構想区域に合わせて設定することが適当とされていることを踏まえ、例えば地域医療構想調整会議(医療法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。)の枠組を活用し、同会議の下に関係者によるワーキンググループ形式で設置する等、柔軟な運用を可能とする。

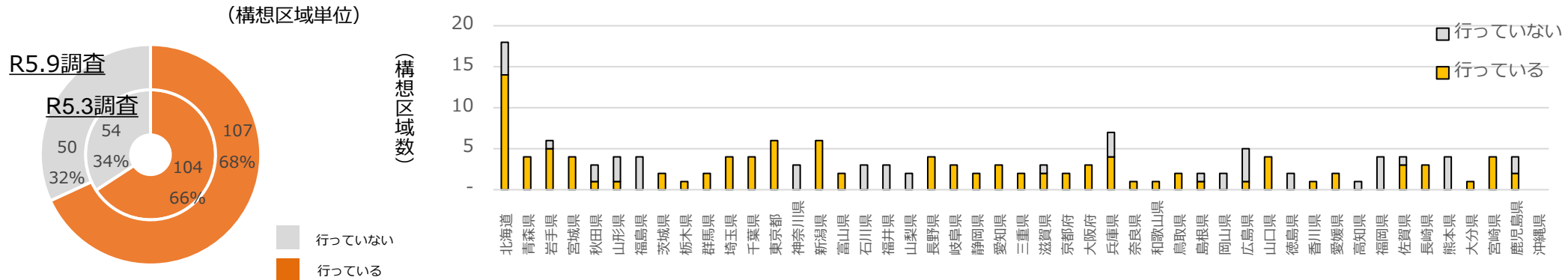
各構想区域における2025年の医療提供体制に関する議論の状況

○ 再検証に係る協議を行う際には、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することとしていたが、「類似かつ近接」による再検証対象医療機関を有する構想区域の75%、「診療実績が特に少ない」による再検証対象医療機関を有する構想区域の68%の区域で医療提供体制の議論が行われている。

● 「類似かつ近接」による再検証対象医療機関を有する構想区域の議論の状況（令和2年1月17日～令和5年9月30日）



● 「診療実績が特に少ない」による再検証対象医療機関を有する構想区域の議論の状況（令和2年1月17日～令和5年9月30日）



「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（令和2年1月17日付け医政発0117第4号厚生労働省医政局長通知）【抜粋】

1. 具体的対応方針の再検証等について
 - (3) 構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証について（略）

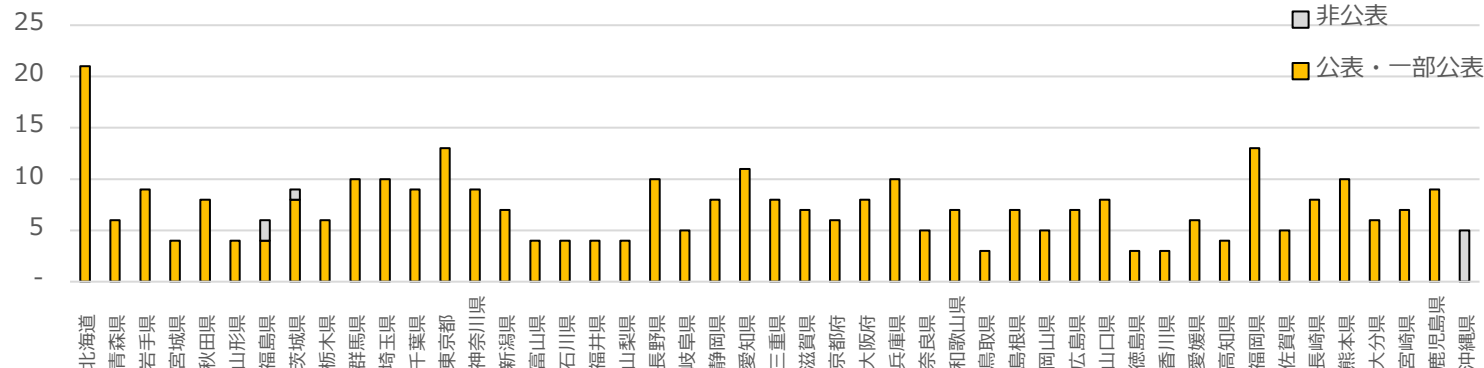
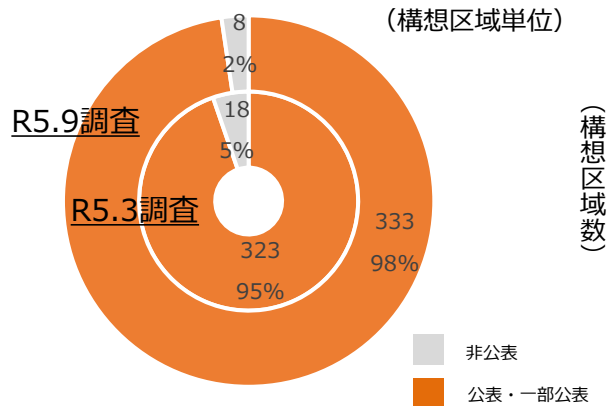
このため、都道府県は、当該構想区域の地域医療構想調整会議において、「**類似かつ近接**」の要件に**6領域全て**（人口100万人以上の構想区域を除く。）**該当している公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証**に係る協議を行うとともに、構想区域全体における、領域（今般分析対象とした6領域を必ず含むものとし、必要に応じて他の領域を含めるものとする。）ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について検討し、**構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議すること。**（略）

なお、都道府県は、「**診療実績が特に少ない**」の要件に**9領域全て該当している公立・公的医療機関等を有する構想区域においても**、当該医療機関の周辺にある医療機関との役割分担等を改めて整理する観点から、構想区域全体における2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について検討する必要があると判断する場合には、**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すること。**

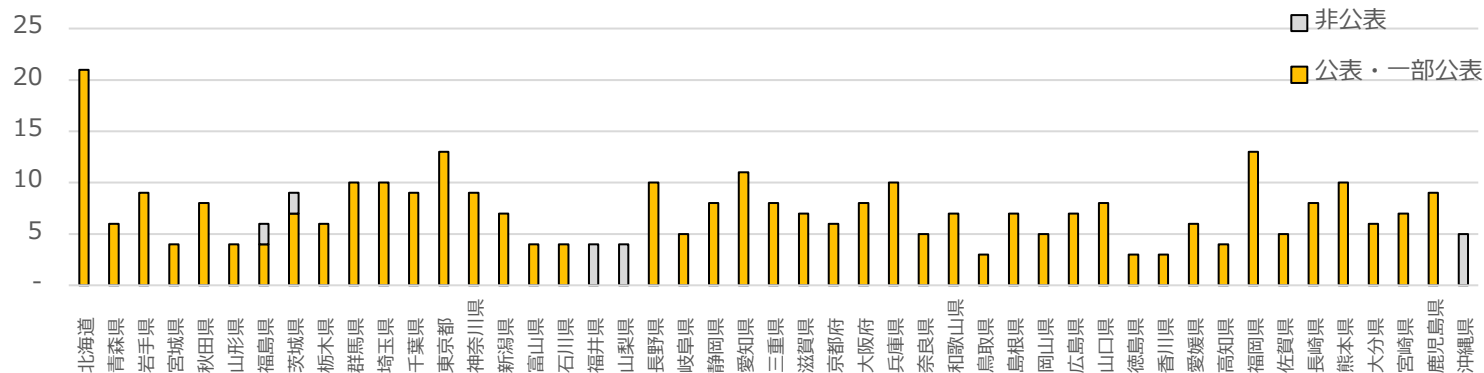
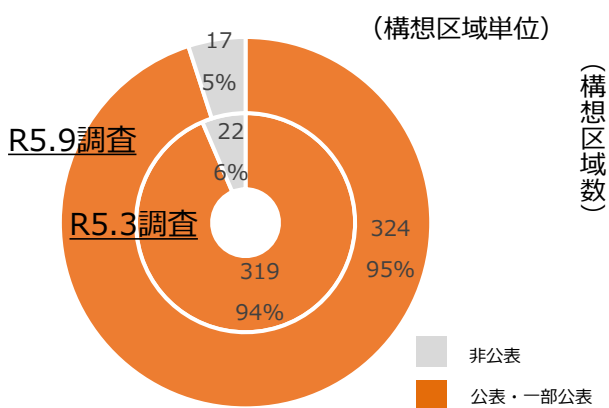
地域医療構想調整会議の資料等の公表の状況

○ 地域医療構想調整会議の資料、議事録については、一部の構想区域を除き、ほとんどの構想区域で公表されている。

●資料の公表の状況（令和5年9月末時点）



●議事録の公表の状況（令和5年9月末時点）



※構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

○資料・議事録が非公表の主な理由

- ・委員の方からの自由な発言を確保するため。
- ・個人情報や法人情報等を取り扱う場合があるため。
- ・医師会等を通して随時関係機関等へ情報共有しているため。
- ・病院等の未定・非公開の情報等の内容が中心のため。

医療提供体制の確保に関する基本方針(平成19年厚生労働省告示第70号)令和5年3月31日一部改正【抜粋】
第五 地域医療構想に関する基本的な事項

(略)

二 地域医療構想に関する国と都道府県の役割

都道府県は、策定した地域医療構想の達成に向けた取組を進めるに当たって、構想区域等（法第三十条の十四第一項に規定する構想区域等をいう。第六及び第七において同じ。）ごとに、地域医療構想調整会議を設け、当該会議での議論を通じて、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進していくことが必要である。これらの推進に当たり、**都道府県は、地域医療構想調整会議における協議の実施状況を公表するものとする。**

(略)

令和4年度病床機能報告に係る都道府県知事の権限行使の状況

- 非稼働病棟への対応として、428医療機関に対して調整会議への出席を求めている。また、未報告医療機関への対応として、1,627医療機関に対して督促を行い、そのうち、199医療機関に対して期間を定めて報告するよう命令を行っている。



※ 令和4年度病床機能報告開始から令和5年9月末までの累計

「地域医療構想の進め方について」（平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）【抜粋】

1. 地域医療構想調整会議の進め方について

(1) 地域医療構想調整会議の協議事項

イ. 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

(ア) 全ての医療機関に関すること

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

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

(略)

2. 病床機能報告について

(1) 病床機能報告における未報告医療機関への対応

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

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

○医療法【抜粋】

第七条の二

(略)

3 都道府県知事は、第一項各号に掲げる者が開設する病院（療養病床等を有するものに限る。）又は診療所（前条第三項の許可を得て病床を設置するものに限る。）の所在地を含む地域（医療計画において定める第三十條の四第二項第十四号に規定する区域をいう。）における療養病床及び一般病床の数が、同条第八項の厚生労働省令で定める基準に従い医療計画において定める当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数を既に超えている場合において、当該病院又は診療所が、正当な理由がなく、前条第一項若しくは第二項の許可に係る療養病床等又は同条第三項の許可を受けた病床に係る業務の全部又は一部を行っていないときは、当該業務を行っていない病床数の範囲内で、当該病院又は診療所の開設者又は管理者に対し、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置をとるべきことを命ずることができる。

第三十條の十二 第七条の二第三項から第五項までの規定は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、同条第一項各号に掲げる者以外の者が開設する病院（療養病床又は一般病床を有するものに限る。）又は診療所（第七条第三項の許可を得て病床を設置するものに限る。）について準用する。この場合において、**第七条の二第三項中「命ずる」とあるのは「要請する」と**、同条第四項中「前三項」とあるのは「前項」と、「病床数及び当該申請に係る病床数」とあるのは「病床数」と、同条第五項中「第一項若しくは第二項の規定により前条第一項から第三項までの許可を与えない処分をし、又は第三項」とあるのは「第三項」と、「命令しよう」とあるのは「要請しよう」と読み替えるものとする。

2 都道府県知事は、前項において読み替えて準用する第七条の二第三項の規定による**要請を受けた病院又は診療所の開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていないと認めるときは、当該病院又は診療所の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置をとるべきことを勧告することができる。**

3 都道府県知事は、前項の規定による勧告をした場合において、当該勧告を受けた病院又は診療所の開設者又は管理者がこれに従わなかったときは、その旨を公表することができる。

第三十條の十三

(略)

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

地域医療構想調整会議における検討状況等の概要

- 令和5年3月31日の改正告示・通知により、都道府県に対して、構想区域ごとに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を求めており、令和5年9月末時点の状況を調査。
- 年度目標については、240区域がすでに設定しており、183区域が対応方針の策定率、23区域が対応方針の実施率を年度目標としている。
- 対応方針の策定率については、100区域において既に100%であり、192区域においては、今年度末までに100%にするとしている。一方、49区域においては、100%にする見通しが立っていない。
- 再検証対象医療機関の対応方針の措置済を含む「検証済」の割合は医療機関単位で68%、病床単位で74%となっており、令和5年3月時点と比べ、進捗が認められる。
- 令和5年度における地域医療構想調整会議の開催回数については、新型コロナウイルス感染症対応を最優先し、開催ができていなかった状況から改善し、令和元年度よりも多くなる見込みである。
- 地域医療構想調整会議において、複数医療機関の再編に関する議論は、30道府県（64%）・72区域（21%）で行われており、そのうち13道県・20区域では、重点支援区域の選定を受けている。
- 厚生労働省としては、各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しの状況等について、今後も定期的に調査し、状況を把握する。

参 考

地域医療構想調整会議における対応方針の検討状況（令和5年3月時点）

○ 全ての医療機関の対応方針の措置済を含む「合意・検証済」の数は医療機関単位で約7,600、病床単位で約936,000となっている。また、「その他の医療機関」の対応方針の措置済を含む「合意済」の数は医療機関単位で約6,100、病床単位で約458,000となっている。

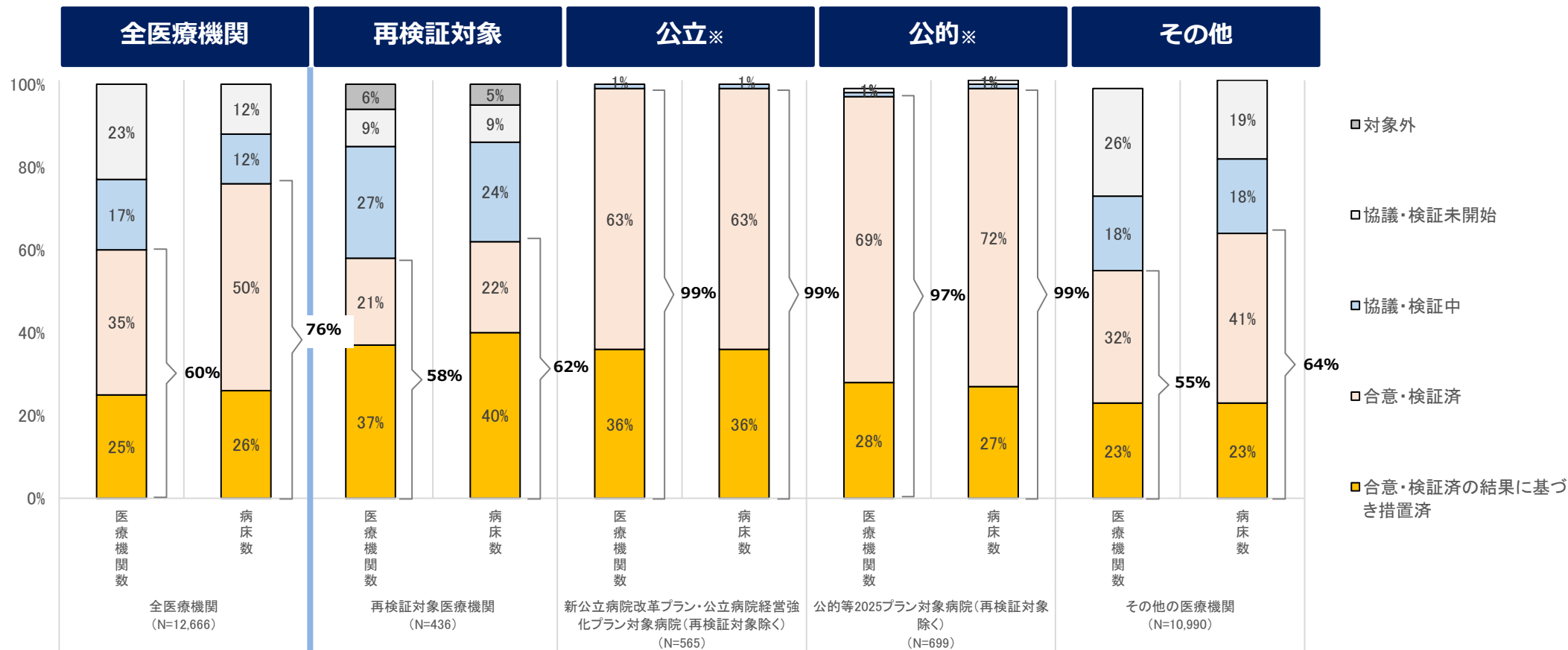
対象医療機関	区分	合意・検証済の結果に基づき措置済	合意・検証済	協議・検証中	協議・検証未開始	対象外	合計
全医療機関	医療機関数	3,149 (1,621)	4,415 (2,811)	2,146 (3,089)	2,956 (4,585)		12,666 (12,106)
	病床数	324,297 (193,073)	611,932 (517,654)	146,490 (195,066)	142,204 (259,505)		1,224,923 (1,165,298)
再検証対象医療機関	医療機関数	162 (155)	91 (73)	119 (134)	40 (50)	24 (24)	436 (436)
	病床数	26,381 (24,870)	14,588 (11,837)	15,926 (18,837)	5,685 (7,441)	3,085 (3,085)	65,665 (66,070)
新公立病院改革プラン・公立病院経営強化プラン対象病院 (再検証対象除く)	医療機関数	206 (148)	355 (401)	3 (7)	1 (2)		565 (558)
	病床数	56,684 (41,033)	98,578 (109,213)	1,389 (2,097)	291 (381)		156,942 (152,724)
公的等2025プラン対象病院 (再検証対象除く)	医療機関数	199 (130)	484 (494)	6 (1)	10 (17)		699 (642)
	病床数	76,004 (47,743)	205,503 (205,973)	2,213 (310)	1,917 (4,597)		285,637 (258,623)
その他の医療機関	医療機関数	2,582 (1,188)	3,485 (1,843)	2,018 (2,947)	2,905 (4,516)		10,990 (10,494)
	病床数	165,228 (79,427)	293,263 (190,631)	126,962 (173,822)	134,311 (247,086)		719,764 (690,966)
その他の医療機関 (病院)	医療機関数	1,262 (574)	2,045 (1,389)	1,050 (1,405)	1,049 (1,823)		5,406 (5,191)
	病床数	147,615 (71,345)	273,838 (184,591)	114,540 (153,849)	110,248 (214,317)		646,241 (624,102)
その他の医療機関 (診療所)	医療機関数	1,320 (614)	1,440 (454)	968 (1,542)	1,856 (2,693)		5,584 (5,303)
	病床数	17,613 (8,082)	19,425 (6,040)	12,422 (19,973)	24,063 (32,769)		73,523 (66,864)

- ※ 再検証対象医療機関の「対象外」には既に病床を有さなくなった医療機関も含まれるため一律に全医療機関の合計に計上していない。
- ※ 公立病院：新公立病院改革プラン策定対象となる開設者（都道府県、市町村、地方独立行政法人）が設置する病院
公的病院等：公的医療機関等2025プラン策定対象となる開設者（独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人地域医療機能推進機構、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、社会福祉法人北海道社会事業協会、厚生農業協同組合連合会、国民健康保険団体連合会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会及び国民健康保険組合）が設置する病院又は特定機能病院・地域医療支援病院
その他の民間病院等：上記以外の病院
* 医療機関の開設者がいずれに分類されるかは、病床機能報告における各医療機関からの報告に基づいている。
- ※ 調査対象医療機関は、令和4年度病床機能報告の対象と同じであり、上記の数には今回の調査に未回答であった医療機関は含まれていない。
- ※ 括弧書きは令和4年9月時点

地域医療構想調整会議における対応方針の検討状況（令和5年3月時点）

- 全ての医療機関の対応方針の措置済を含む「合意・検証済」の割合は医療機関単位で60%、病床単位で76%となっている。
- 再検証対象医療機関の対応方針の措置済を含む「検証済」の割合は医療機関単位で58%、病床単位で62%となっている。
- 再検証対象医療機関を除く新公立病院改革プラン・公立病院経営強化プラン対象病院の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で99%、病床単位で99%となっている。
- 再検証対象医療機関を除く公的等2025プラン対象病院の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で97%、病床単位で99%となっている。
- その他の医療機関の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で55%、病床単位で64%となっている。

医療機関の区別にみた対応方針の協議状況



※公立、公的及び公立・公的以外には、再検証対象を含まない。

※医療機関には有床診療所を含む。

※再検証対象医療機関の「対象外」には既に病床を有さなくなった医療機関も含まれるため一律に全医療機関の合計に計上していない。医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

都道府県知事の権限行使の状況

①非稼働病棟への対応
※令和3年度病床機能報告



②不足する医療機能への転換の促進の対応(病院の開設等の許可申請)



③未報告医療機関への対応
※令和3年度病床機能報告



④未報告医療機関への対応
※令和4年度病床機能報告



⑤必要病床数を超える医療機能への転換が予定されている場合の対応
※令和3年度病床機能報告



⑥不足する医療機能への転換の促進の対応(地域医療構想調整会議)



※1 令和5年3月末時点 ①③⑤については、令和3年度病床機能報告後から調査日までの累計。④については、令和4年度病床機能報告後から調査日までの累計。
 ※2 ③の命令に従わなかった際の公表は39件実施、過料は0件。①②④⑤⑥の命令等に従わなかった際の公表・過料等は0件。
 ※3 いずれも過剰となっていた急性期の増床の申し出に対し回復期の増床を要請。うち3件は要請に従い回復期を増床、1件は増床の申し出を撤回。

2. 病床数の変化等

2022年度病床機能報告について

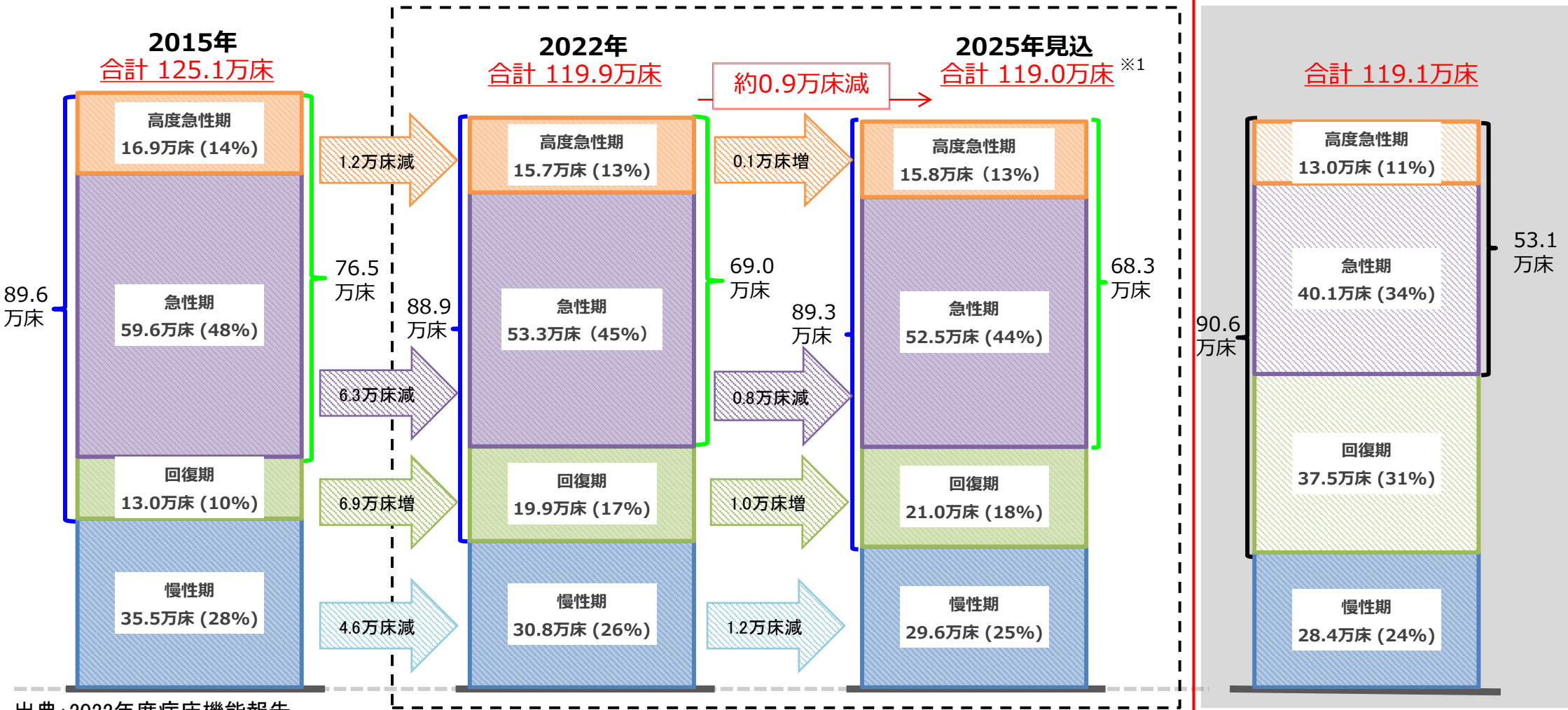
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※4 ※6)



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 12,171/12,590(96.7%))

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,399床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ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。

2025年の必要量との乖離及び病床数の変化

- 2015年から2022年にかけて、病床機能計の乖離率（必要量との乖離/必要量）は+5.0%から+0.7%に縮小しており、必要量に近づいている。
- また、病床機能別にみても、以下のとおり、4機能それぞれにおいて乖離率は縮小しており、必要量に近づいている。
 - ・高度急性期 +29.9% → +20.5%
 - ・急性期 +48.8% → +33.2%
 - ・回復期 ▲65.2% → ▲46.8%
 - ・慢性期 +24.7% → +8.4%

	地域数	2015年				2022年				2025年必要量 ⑤	【参考】 変化数（2015年→2022年） ⑥（③-①）	
		病床数 ①	必要量との乖離 ②（①-⑤）		病床数 ③	必要量との乖離 ④（③-⑤）		変化率 （⑥/①）				
			乖離率 （②/⑤）	乖離率 （④/⑤）								
病床機能計	合計	339	1,250,751	59,930	+5.0%	1,198,648	7,827	+0.7%	1,190,821	▲52,103	▲4.2%	
	2015年に必要量と比べて 少なかった構想区域	76	523,709	▲67,239	▲11.4%	524,431	▲66,517	▲11.3%	590,948	722	+0.1%	
	2015年に必要量と比べて 多かった構想区域	263	727,042	127,169	+21.2%	674,217	74,344	+12.4%	599,873	▲52,825	▲7.3%	
高度急性期	合計	47	169,466	39,011	+29.9%	157,261	26,806	+20.5%	130,455	▲12,205	▲7.2%	
	2015年に必要量と比べて 少なかった都道府県	11	31,257	▲2,818	▲8.3%	34,683	608	+1.8%	34,075	3,426	+11.0%	
	2015年に必要量と比べて 多かった都道府県	36	138,209	41,829	+43.4%	122,578	26,198	+27.2%	96,380	▲15,631	▲11.3%	
急性期	合計	339	596,137	195,505	+48.8%	533,476	132,844	+33.2%	400,632	▲62,661	▲10.5%	
	2015年に必要量と比べて 少なかった構想区域	13	36,920	▲5,404	▲12.8%	36,569	▲5,755	▲13.6%	42,324	▲351	▲1.0%	
	2015年に必要量と比べて 多かった構想区域	326	559,217	200,909	+56.1%	496,907	138,599	+38.7%	358,308	▲62,310	▲11.1%	
回復期	合計	339	130,481	▲244,765	▲65.2%	199,495	▲175,751	▲46.8%	375,246	69,014	+52.9%	
	2015年に必要量と比べて 少なかった構想区域	334	129,099	▲245,054	▲65.5%	198,538	▲175,615	▲46.9%	374,153	69,439	+53.8%	
	2015年に必要量と比べて 多かった構想区域	5	1,382	289	+26.4%	957	▲136	▲12.4%	1,093	▲425	▲30.8%	
慢性期	合計	339	354,667	70,179	+24.7%	308,416	23,928	+8.4%	284,488	▲46,251	▲13.0%	
	2015年に必要量と比べて 少なかった構想区域	74	78,867	▲11,764	▲13.0%	77,523	▲13,108	▲14.5%	90,631	▲1,344	▲1.7%	
	2015年に必要量と比べて 多かった構想区域	265	275,800	81,943	+42.3%	230,893	37,036	+19.1%	193,857	▲44,907	▲16.3%	

資料出所：病床機能報告

※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

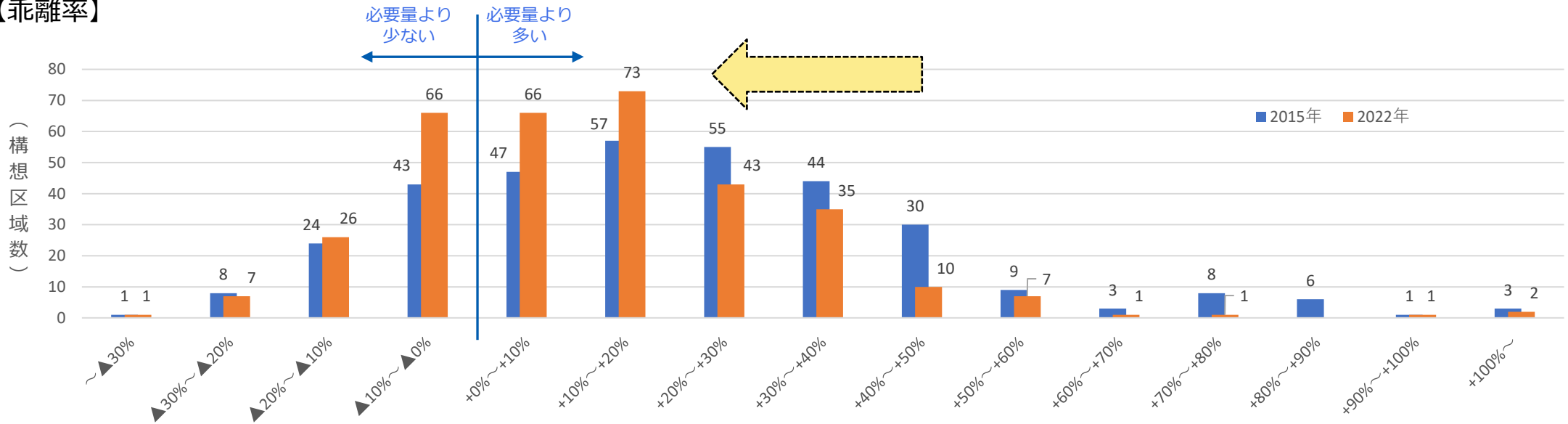
※2 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※3 高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要であり、必ずしも構想区域で完結することを求めるものではないため、都道府県単位でみている。

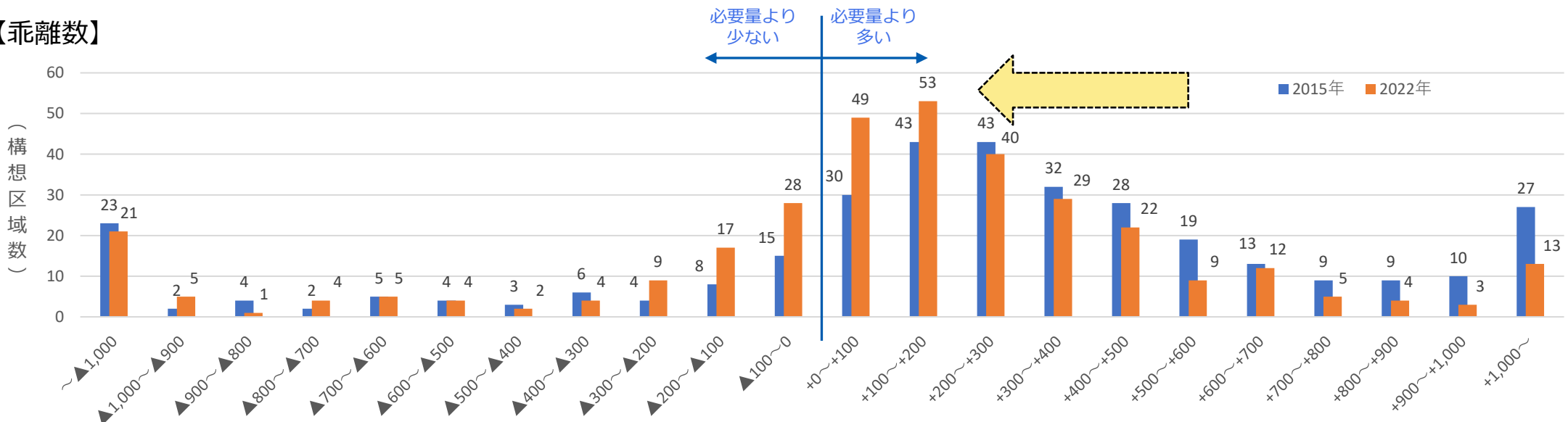
2025年の必要量との乖離（構想区域別/病床機能計）

○ 病床機能計について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

【乖離率】



【乖離数】



資料出所：病床機能報告

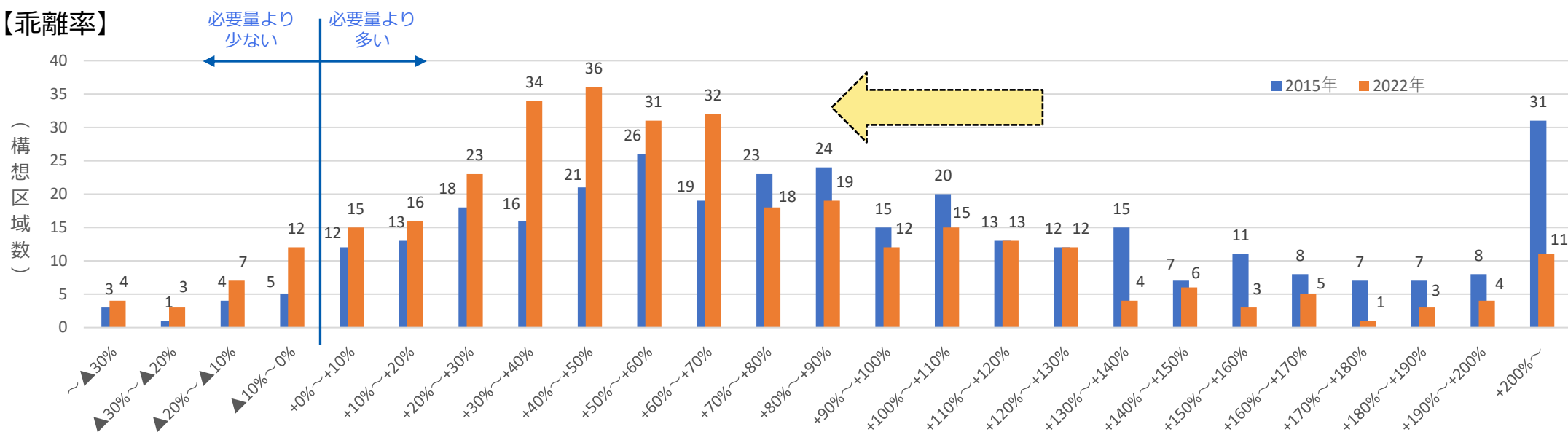
※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

※2 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31で協議を行うことが重要。

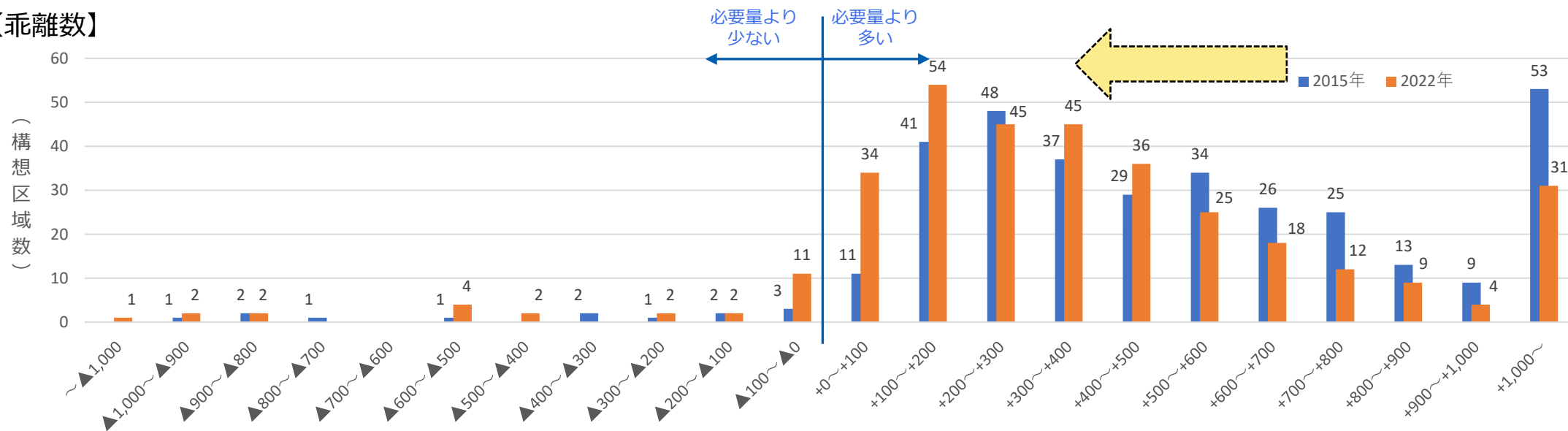
2025年の必要量との乖離（構想区域別/急性期）

○ 急性期について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

【乖離率】



【乖離数】



資料出所：病床機能報告

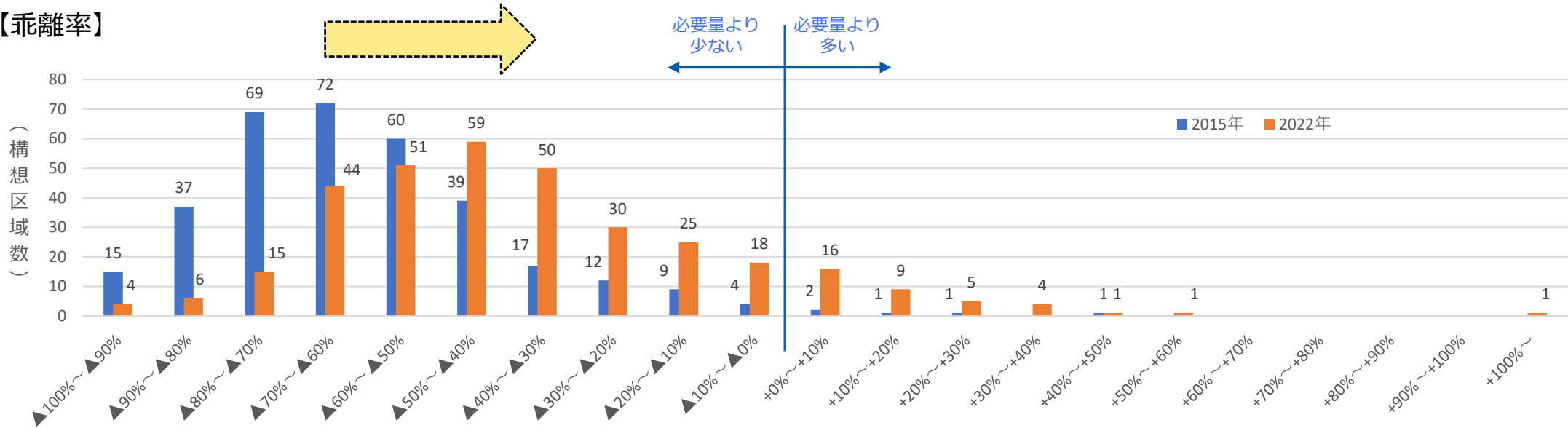
※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

※2 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。

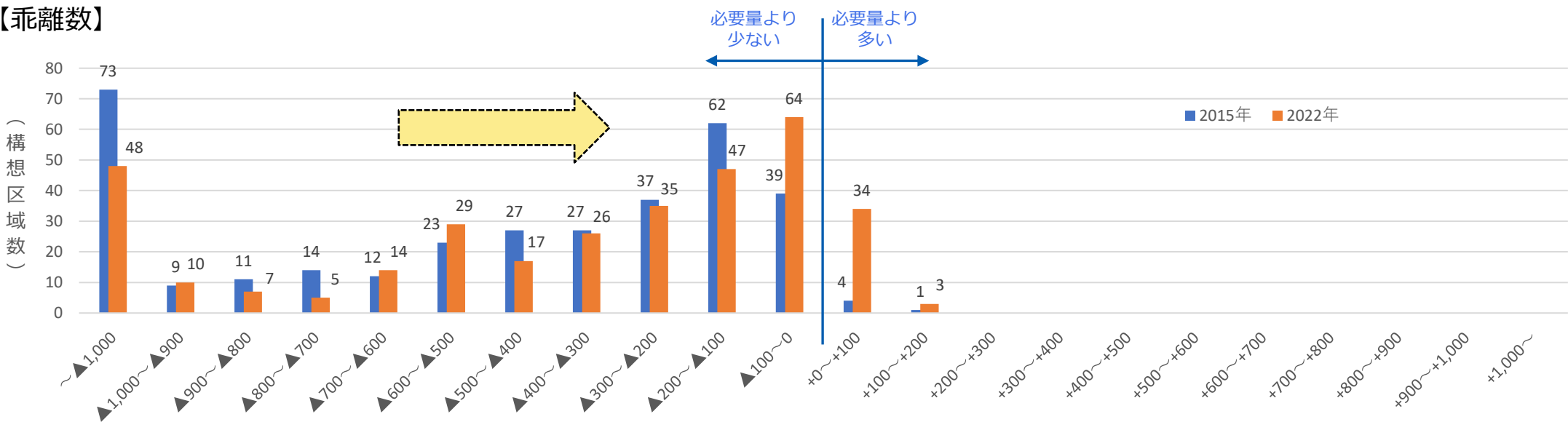
2025年の必要量との乖離（構想区域別/回復期）

○ 回復期について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

【乖離率】



【乖離数】



資料出所：病床機能報告

※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

※2 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。

重点支援区域について

1 基本的な考え方

- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。

2 選定対象

- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。
 - ① 再検証対象医療機関が対象となっていない再編統合事例
 - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を実施。

【技術的支援】

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

4 重点支援区域設定の要否

- 全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

5 選定区域

- これまでに以下の**13道県20区域**の重点支援区域を選定。（うち4区域は再編済）

【1回目（令和2年1月31日）選定】

- ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・ 滋賀県（湖北区域）
- ・ 山口県（柳井区域、萩区域）

【2回目（令和2年8月25日）選定】

- ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・ 新潟県（県央区域）
- ・ 兵庫県（阪神区域）
- ・ 岡山県（県南東部区域）
- ・ 佐賀県（中部区域）
- ・ 熊本県（天草区域）

【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

【4回目（令和3年12月3日）選定】

- ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・ 広島県（尾三区域）

【5回目（令和4年4月27日）選定】

- ・ 山口県（下関区域）

【7回目（令和5年9月8日）選定】

- ・ 熊本県（阿蘇区域）

【6回目（令和5年3月24日）選定】

- ・ 青森県（青森区域）

重点支援区域の事例①(再編済)

広島県尾三構想区域（令和3年12月選定）

対象医療機関:2病院

総合病院三原赤十字病院、三菱三原病院

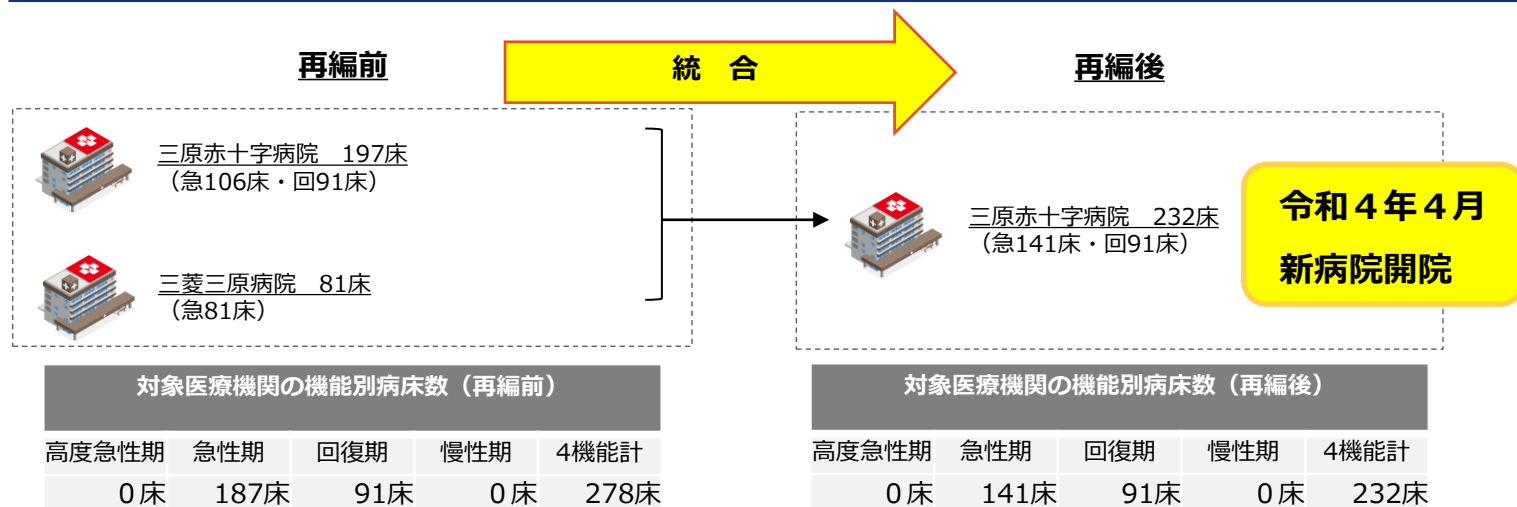
構想区域における課題

- 尾三構想区域は、全国又は県内と比較しても早いスピードで人口減少や高齢化が進んでいる。今後の医療需要を踏まえて、医療体制を見直すとともに、安定的に医師を確保する必要がある。
- 人口10万人あたりの病院数・病床数は多い一方、1病院あたりの医師数が少なく、資源が分散している状況にあり、二次救急の体制維持に不安がある。限られた医療資源を集約することで、効率的かつ持続可能な医療提供体制を構築することを目指す。

国の主な支援内容

- 地域医療介護総合確保基金による財政的支援
- 再編統合後の効果検証として、DPC症例数の推移、救急受入件数・割合、地域内需要に対する割合、人員確保の状況に関する定期的なフォローアップ

再編内容



効果

- 消化器病センターを新設し、診断と治療を強化し消化器疾患全般をカバーできるよう強化した。統合後1年目に三原赤十字病院の対応患者の割合の伸びが見られ、月によっては三原市内の52.8%と高い対応割合となった。
- 統合により医師・看護師などの医療スタッフが充実し、救急対応能力の強化につながった。三原市内での救命救急センターへの中継機能の強化が図られ、救急搬送事例における医療圏内での完結率も95%前後の対応を維持している。

重点支援区域の事例②(再編済)

山形県置賜構想区域（令和3年1月選定）

対象医療機関:3病院

米沢市立病院、三友堂病院、三友堂リハビリテーションセンター

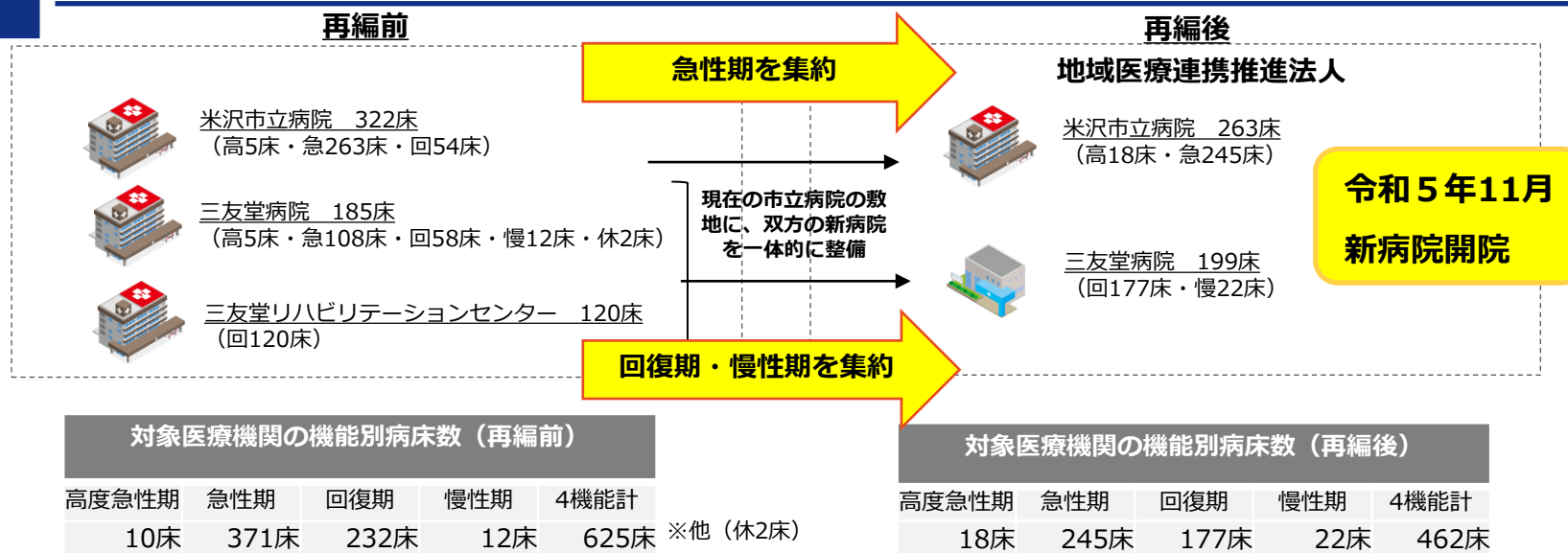
構想区域における課題

- 置賜構想区域は県平均を下回って少子高齢化や人口減少が進み、更に医師不足が問題となっている。
- 医師不足により、救急医療の体制維持に課題があり、医療機能の見直しが必要である。

国の主な支援内容

- 病棟別患者数の推計及び分析
- 地域医療介護総合確保基金による財政的支援

再編内容



効果

- 新米沢市立病院は、救急医療体制の維持・強化を含めた急性期医療の充実を図り、新三友堂病院は、回復期医療を充実させつつ、緩和ケア、慢性期の人工透析等の地域に必要とされる医療の充実を図る見込み。
- 医療機能を集約しながら、両病院が連携し、急性期医療と回復期医療の連携強化・充実が図られると見込まれる。

重点支援区域の事例③(再編中)

岐阜県東濃構想区域（令和3年1月選定）

対象医療機関:2病院

土岐市立総合病院、JA岐阜厚生連東濃中部医療センター東濃厚生病院

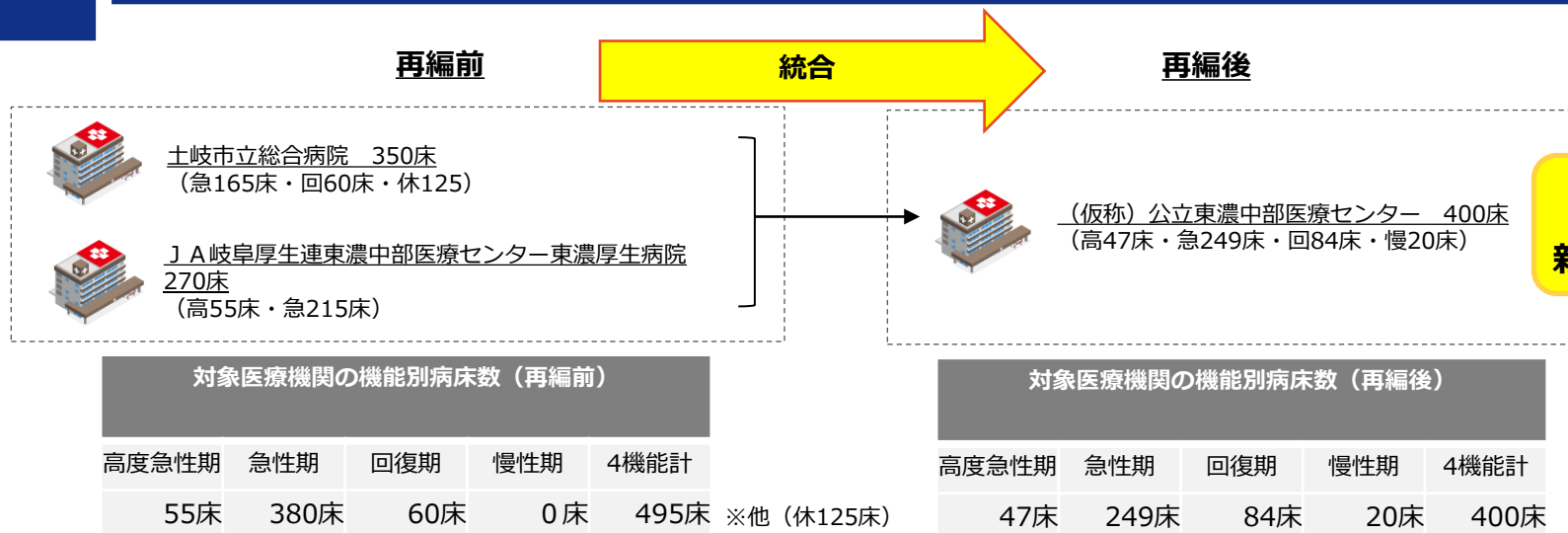
構想区域における課題

- 東濃構想区域の土岐市と瑞浪市には、類似機能(急性期・救急対応)を持った同規模の病院（土岐市立総合病院、JA岐阜厚生連東濃中部医療センター東濃厚生病院）が存在し、慢性的な医師不足が生じている。
- 急性期病床が供給過剰の一方、回復期病床が不足しており、人口減少に伴う医療需要の減少が見込まれる。

国の主な支援内容

- 救急搬送件数等のデータ分析
- 地域医療介護総合確保基金による財政的支援

再編内容



効果

- 医療資源、人材の集約化により救急医療の対応を強化し、東濃中部における2次救急医療の完結、3次救急との連携強化が見込まれる。

病床数の変化状況等の概要

- 地域医療構想については、以下のとおり、一定の進捗が認められる。
 - ・ 2015年から2022年にかけて、病床機能計及び高度急性期・急性期・回復期・慢性期それぞれにおいて、必要量に近づいている。特に病床機能計の乖離率は+5.0%から+0.7%に縮小している。
 - ・ 病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、病床機能計、急性期、回復期において、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。
 - ・ また、重点支援区域においては、13道県20区域を選定しており、うち4区域が再編済である。再編によって、地域における救急医療体制の確保につながった事例や急性期と回復期の連携強化・充実が見込まれる事例がある。

- 一方、構想区域によっては、依然として必要量との大きい乖離が残っている区域があるため、必要量との乖離の状況について、構想区域ごとに確認・分析を進めていく必要がある。

(※) 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ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。

3. 今後の対応方針

2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

- 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

社会保障 4. 医療・福祉サービス改革

KPI第2階層	KPI第1階層	工程（取組・所管府省、実施時期）	23	24	25
<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】（実際に増減された病床数／地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数（病床機能報告））</p> <p>○介護療養病床の第8期計画期末までのサービス減量【2023年度末に100%】（2021年1月から2023年度末までに廃止した介護療養病床数／2021年1月の介護療養病床数。厚生労働省「病院報告」）</p>	<p>○地域医療構想調整会議の開催回数【2024年度末までに約2,000回】</p> <p>○重点支援区域の設定の要否を判断した都道府県の割合【2023年度末までに100%】</p> <p>○各医療機関の対応方針の策定率【2025年度に100%】</p> <p>○対応方針の検討状況等の公表率【100%】</p>	<p>38. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進</p> <p>a. 第8次医療計画(2024年度～2029年度)における記載事項追加(新興感染症等対応)等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行う。</p> <p>b. 都道府県に対し以下の取組を求める。 ・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量に著しい乖離が生じている構想区域について、医療提供体制に関する分析・評価を行い、評価結果に基づき必要な方策を講じること ・地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定率をKPIとしたPDCAサイクルを年度ごとに実施し、対応方針の検討状況、策定率を公表すること また、国においては、以下の取組を行う。 ・各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域については、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援すること ・当該乖離が著しい構想区域を有する都道府県に対して、評価結果に基づき「重点支援区域」の活用を促す等のアウトリーチの対応を行うこと ・地域医療連携推進法人の有効活用に関し必要な措置を講じること</p> <p>c. 都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用及び地域医療構想調整会議等における議論の状況の透明性の確保を図るために、地域医療構想調整会議の議事録の公表や議論の実施状況の市町村への報告等について、法制上の位置付けも含め、必要な措置を講じ、取組を進める。</p> <p>d. 地域医療構想の議論の進捗状況を踏まえつつ、各都道府県において、第8次医療計画を策定する。</p> <p>e. 介護療養病床について、2023年度末の廃止期限に向け、2021年度介護報酬改定における移行計画を提出していない場合の減算の設定等や予算事業等による移行支援を組み合わせた取組を行う。</p>			

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

(社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進)

医療・介護サービスの提供体制については、今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応し、限りある資源を有効に活用しながら質の高い医療介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保する観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革、医療・介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した改革を早期に進める必要がある。

このため、1人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の实情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進、地域医療連携推進法人制度の有効活用、地域で安全に分娩できる周産期医療の確保、ドクターヘリの推進、救急医療体制の確保、訪問看護の推進、医療法人等の経営情報に関する全国的なデータベースの構築を図る。

医療・介護制度の改革

更なる医療制度改革

【昨年末からの進捗】

- かかりつけ医機能の制度整備については、本年5月に改正医療法が成立したところであり、加えて、国民・患者へのかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等のあり方の検討を統括する場を設けるなど、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の施行に向けた検討を開始した。
- 地域医療構想については、本年3月に、改正告示・通知を発出し、都道府県に対して、PDCAサイクルを通じて地域医療構想を進めることを求めている。

【今後の方向性】

- かかりつけ医機能の制度整備については、今後、検討会等において、令和7年4月の制度施行に向けた具体的な議論を行う。
- 地域医療構想については、上記の対応状況に関して、年内を目途に都道府県から国に報告を求め、必要な助言等を行う。
また、構想区域ごとの効果的な事例（内容、検討プロセス等）を示し、都道府県に更なる取組を促す。
2026（令和8）年度以降の地域医療構想の取組について、今後、中長期的課題を整理して検討していく。

第14回全世代型社会保障構築会議（R5.10.4）における主な意見

- 2026年以降の枠組みを議論する必要がある。現状では人口の減る地方は患者が減るので、医療提供者が役割分担しないと共倒れになるため、ある程度進んでいると認識しているが、都市部では患者が増える地域も多いことから、役割分担の必要性がそこまで現場に浸透していないと認識している。
構想区域ごとの効果的な事例を集めるとのことだが、効果的な事例に限らず、なかなか地域医療構想が進捗しなかったということであるため、しっかりと振り返りをするということが必要。（高久構成員/一橋大学准教授）
- 地域医療構想はもともと全世代型社会保障構築会議以前からも2025年を目指して議論をしてきたが、残念ながら、進んだ地域もあると思うが、全体として見れば当時議論したほどには進んでいないという状況である。年内をめどに都道府県から国に報告を求めるとのことであるが、その状況を見た上で、骨太方針の記載のとおり、都道府県の責務の明確化等に関し、必要な法制上の措置を行うべき。（武田構成員/（株）三菱総合研究所研究理事）
- 地域医療構想は既に報告書に盛り込まれており、それは引き続き重要だと思うが、入院医療費のさらなる包括化等、そういうさらに踏み込んだところにも議論を及ぼしていく必要がある。しっかりと歳出改革の成果を上げなければいけない。（土居構成員/慶應義塾大学教授）
- 地域医療構想を進めていく上では、データに基づいた議論が行われていくということが大事。それにより冷静な議論にもつながり、国民理解にもつながる。例えば、各法人の保有資産の状況なども踏まえたいろいろな機関の経営状況の見える化を行い、そこから出てくるデータをしっかりと評価した上で、具体的な政策に活用していくべき。（増田構成員/日本郵政（株）取締役）

- 地域医療構想については、地域で不足する医療機能の強化、医療機関間での役割分担や連携等を進め、地域の医療ニーズに応じた医療提供体制を構築するものであり、地域医療構想調整会議における検討状況や病床数の変化等から、一定の進捗は認められるものの、依然として課題もあることから、まずは2025年までの取組をより一層推進するため、本年3月の改正告示・通知により、都道府県に対してPDCAサイクルを通じた取組を求めていることを踏まえ、年内を目途に各都道府県に対して以下の項目等について調査を実施することとしてはどうか。

【調査項目の例】

- ・ 各構想区域の2025年における「病床機能報告上の病床数」と「地域医療構想で推計した病床数の必要量」との差異の状況
- ・ 当該差異が生じる医療提供体制上の課題
- ・ 当該課題を解消するための今後の取組 等

(※) 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ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。

- 当該調査結果等を踏まえ、必要な助言等を行うとともに、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知等により、都道府県に更なる取組を促していく。
- その上で、新型コロナ対応を通じて顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、2026年度以降の地域医療構想の策定に向けた検討を進めていくこととしてはどうか。