

第13回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年12月3日

資料1

新たな地域医療構想について

- 1 . 地域医療構想の推進**
- 2 . 病床機能・医療機関機能**
- 3 . 構想区域**

1. 地域医療構想の推進

地域医療構想策定ガイドライン（平成29年3月厚生労働省医政局長通知）

- 都道府県における地域医療構想の推進について、平成29年3月に国において「地域医療構想策定ガイドライン」を通知している。
- 同ガイドラインでは、地域医療構想の策定に向けて、データの収集・分析・共有、構想区域の設定、医療需要・必要病床数の推計等の内容を定めるとともに、地域医療構想策定後の取組として、地域医療構想調整会議における主な議事や参加者及び議論の進め方、医療機関での取組、都道府県知事による対応、都道府県におけるPDCAサイクルの推進、病床機能報告の公表等の内容を定めている。

「地域医療構想策定ガイドライン」（平成29年3月31日厚生労働省医政局長通知）

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
 - ・各医療機関での取組
 - ・都道府県の取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたPDCA

III 病床機能報告制度の公表の仕方

- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用

地域医療構想に関する主な経緯

年度	主な経緯	制度改正等	財政支援等
～H28	病床機能報告の開始 全都道府県で地域医療構想を策定	<ul style="list-style-type: none"> ○医療法改正（H26年公布） <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想、病床機能報告制度の創設 ・病床機能報告における過剰な医療機能への転換時の対応 ・地域医療構想調整会議の協議が整わないとき等の対応 ・非稼働病床の削減に向けた対応 ○通知：地域医療構想策定ガイドライン（H29.3.31局長通知） 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域医療介護総合確保基金の創設 ・地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
H29	公立・公的医療機関等において、先行して対応方針の策定	<ul style="list-style-type: none"> ○事務連絡：地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について（H29.9.29） <ul style="list-style-type: none"> ・適切な医療機能の報告 ○通知：地域医療構想の進め方について（H30.2.7課長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・個別の医療機関ごとの対応方針のとりまとめ ・新たな医療機関の開設の許可申請への対応（不足する医療機能の提供に係る条件付き許可を付す場合の整理） ・非稼働病床を有する医療機関への削減に向けた対応（地域医療構想調整会議での説明等） ・地域医療構想調整会議の年間スケジュールの作成 	
H30		<ul style="list-style-type: none"> ○医療法改正(地域医療構想の実現のため知事権限の追加) <ul style="list-style-type: none"> ・新たな医療機関の開設等の許可申請への対応（将来の病床の必要量を超える場合の対応） ○通知：地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策（H30.6.22課長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県単位の地域医療構想調整会議、都道府県主催研修会、地域医療構想アドバイザーの設置等 ○通知：地域の実情に応じた定量的な基準の導入（H30.8.16課長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・定量的基準の導入 	
R1	公立・公的医療機関等の対応方針の再検証	<ul style="list-style-type: none"> ○通知：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（R2.1.17局長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・公立・公的医療機関等の対応方針の再検証等の実施 	
R2			<ul style="list-style-type: none"> ○病床機能再編支援事業の開始 ○重点支援区域の開始
R3	医療機関の対応方針の策定や検証・見直し	<ul style="list-style-type: none"> ○通知：地域医療構想の進め方について（R4.3.24局長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しの実施 ・検討状況の定期的な公表 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療介護総合確保法改正 <ul style="list-style-type: none"> ・再編計画の認定制度創設 ・病床機能再編支援事業基金化
R4	地域医療構想の進捗状況の検証	<ul style="list-style-type: none"> ○告示：医療提供体制の確保に関する基本方針（R5.3.31一部改正） ○通知：地域医療構想の進め方について（R5.3.31課長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ○再編検討区域の開始
R5	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	<ul style="list-style-type: none"> ○通知：2025年に向けた地域医療構想の進め方について（R6.3.28局長通知） <ul style="list-style-type: none"> ・モデル推進区域及び推進区域を設定し、アウトリーチの伴走支援の実施 ・地域別の病床機能等の見える化 ・都道府県、医療機関の好事例や支援策の周知 ・都道府県等の取組に関するチェックリストの作成 	
R6	2025年に向けた地域医療構想の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○通知：地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について（R6.7.31局長通知（R6.10.10一部改正）） 	<ul style="list-style-type: none"> ○推進区域及びモデル推進区域の開始

※制度・支援については、開始以降、継続的に実施。

地域医療構想調整会議の役割と議論する内容について

地域医療構想調整会議の役割

医療法(抄)

第三十条の十四 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」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(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2・3(略)

議論する内容(地域医療構想策定ガイドラインより抜粋・一部改変)

調整会議の議事について、病床機能報告の内容と病床の必要量を比較し、地域において優先して取り組むべき事項に関して協議するとしている他、在宅医療を含む地域包括ケアシステムの構築や、医療従事者確保及び診療科ごとの連携などを検討するとしている。

また、これらを踏まえ以下の議事の設定が想定されるとしている。

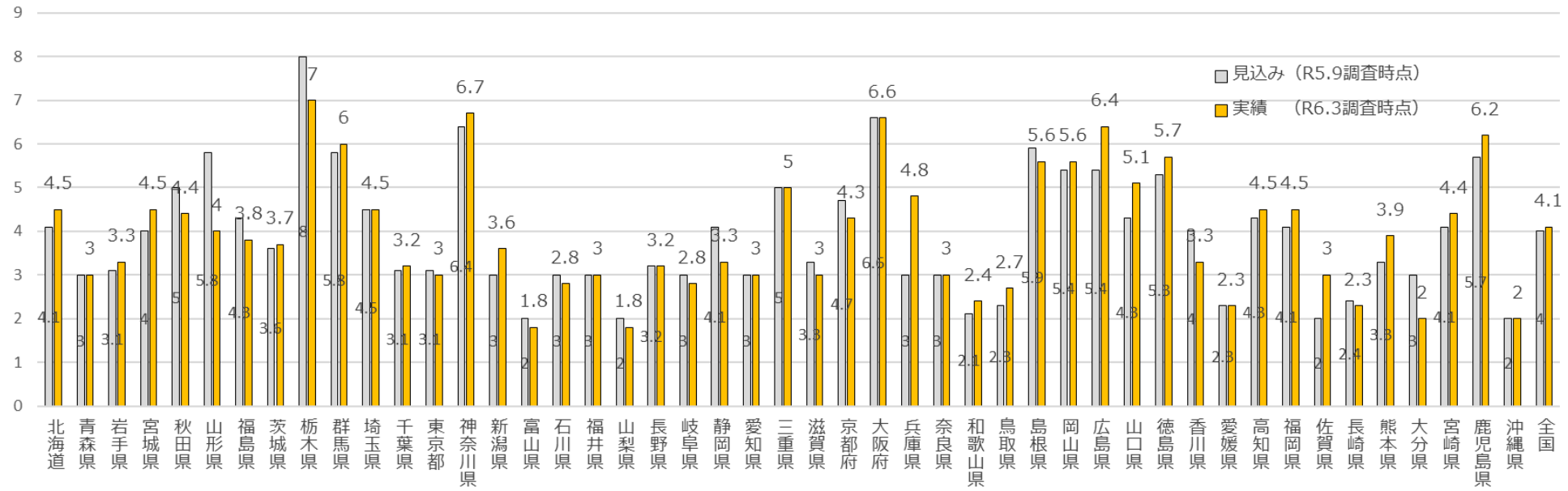
- ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

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4.1回であり、平成29年度以降最も開催実績が多い。

※地域医療構想調整会議の下に設置された部会等を含む。

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）



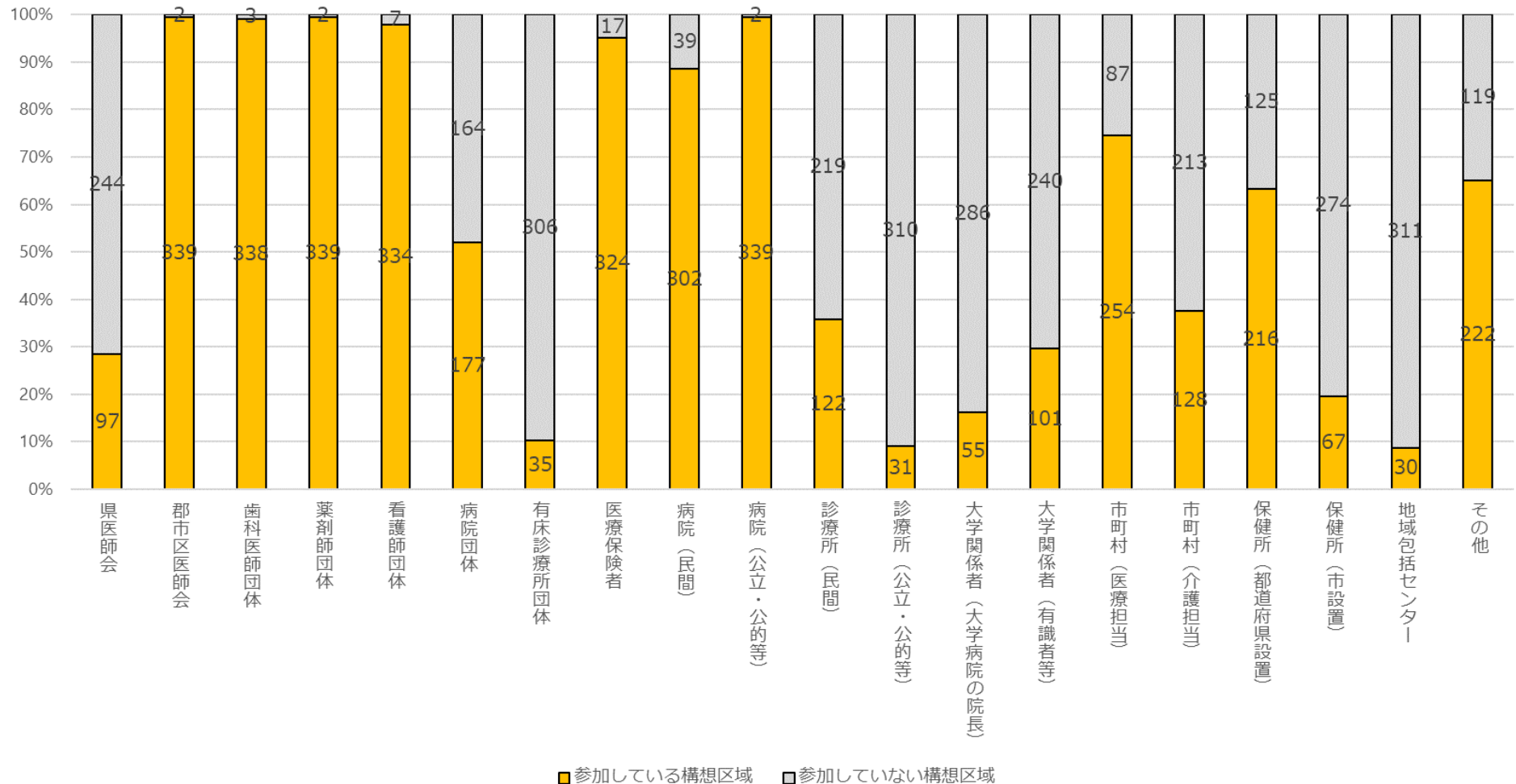
（参考）地域医療構想調整会議の開催実績のまとめ

	平成29年度	平成30年度	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
開催延べ数	1,067回	1,327回	1,035回	652回	656回	882回	1,378回
構想区域当たりの平均	3.1回	3.9回	3.0回	1.9回	1.9回	2.6回	4.1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」「病院（民間）」「病院（公立・公的等）」は、ほとんどの構想区域で参加している。

(令和6年3月末時点)



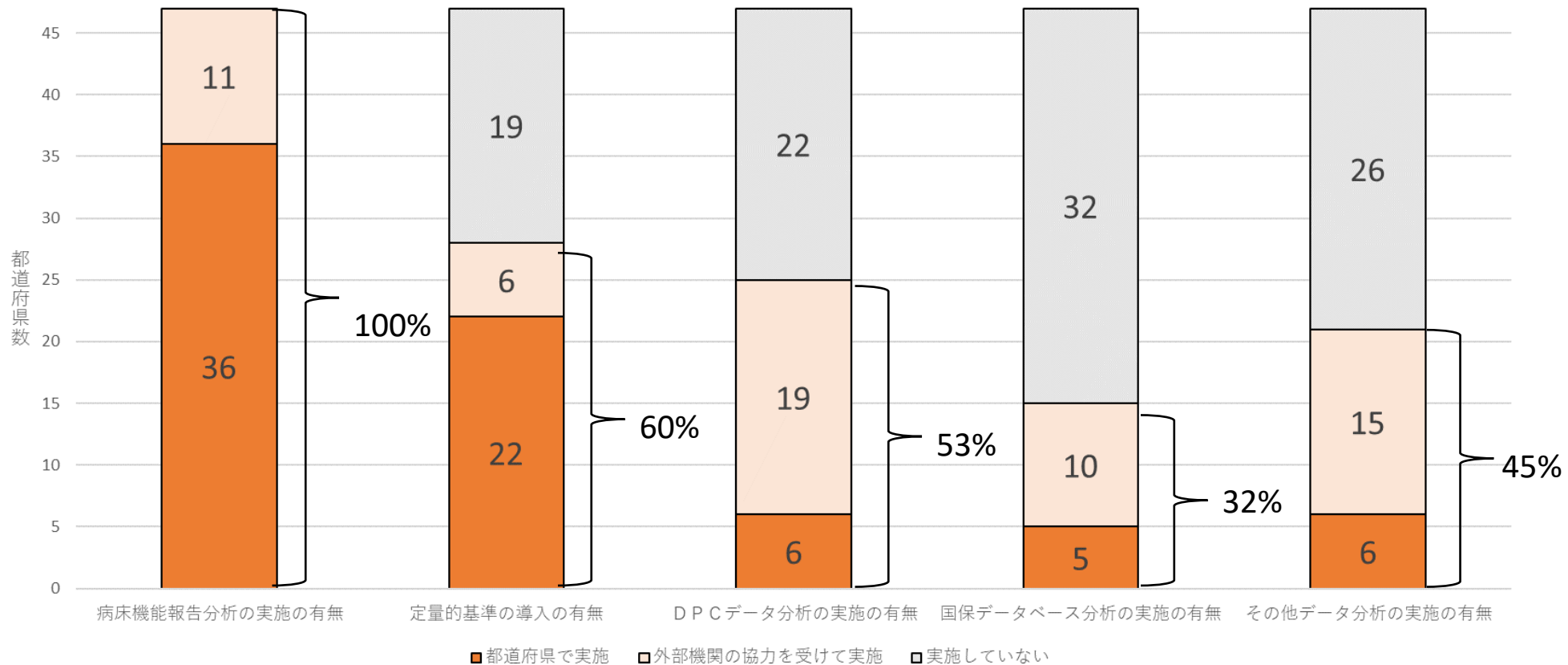
※ 1 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

※ 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におけるデータに基づく議論の状況

- 病床機能報告の分析は100%、定量的基準の導入は60%の都道府県で実施されている。
- DPCデータの分析を実施している都道府県は5割程度であり、実施している都道府県の多くが外部機関の協力を得ている。

地域医療構想調整会議におけるデータに基づく議論の状況（令和5年度）



※その他データの分析

レセプトデータ、介護保険データ、救急搬送データ、統計データ、独自調査（患者調査、診療実態調査、アンケート等）等

地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

- 41都道府県において、都道府県全体での調整会議を実施しており、地域医療構想調整会議を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	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				
4回(4)	岩手県 秋田県				広島県 高知県	
3回(8)		茨城県 群馬県 東京都	石川県 静岡県 三重県※	京都府 兵庫県		
2回(11)		埼玉県	岐阜県 愛知県	福井県 大阪府 奈良県	鳥取県※ 山口県	長崎県 熊本県 沖縄県
1回(9)	北海道 山形県	栃木県 千葉県	富山県		愛媛県	佐賀県 大分県 宮崎県
開催せず(8)		新潟県 長野県		滋賀県	島根県 岡山県 徳島県	福岡県 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	

※医療審議会等の既存の会議体で議論を行っている

■ 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
- － 第8次医療計画（地域医療構想）の作成に係る協議

■ 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。
- － 複数の構想区域での合同会議等のように広域単位で地域医療構想に係る会議を実施しているため。

「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。**

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

(2) 参加の範囲等

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

地域医療構想推進のための支援について

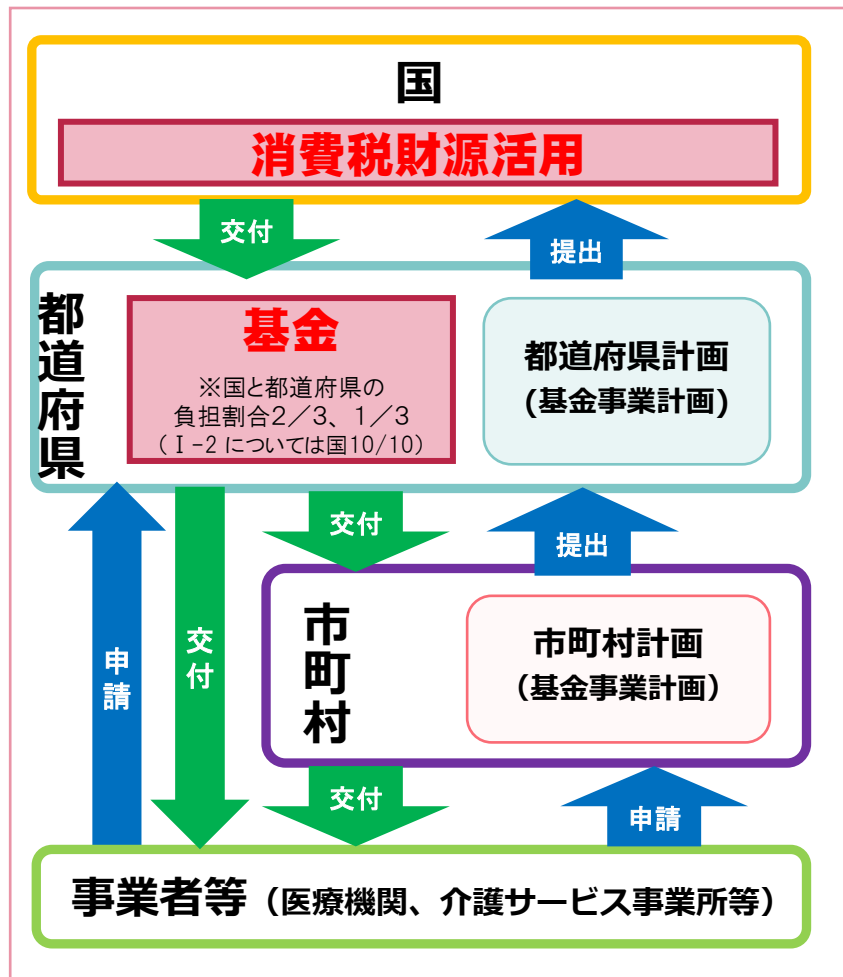
地域の実情に応じた地域医療構想の取組を推進するため、様々な支援を行っている。

地域医療介護総合確保基金 (I-1)	<p>地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する経費を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費 ・再編統合と一体的に行う宿舍・院内保育所の施設整備費 ・急性期病床から回復期病床等への転換に要する建設費用 等
地域医療介護総合確保基金 (I-2)	<ul style="list-style-type: none"> ・病床数の減少を伴う病床機能再編をした医療機関に対し、減少する病床数に応じた支援 ・統合に伴い病床数を減少する場合のコストに充当するための支援 ・統合に伴って引き継がれる残債を、より長期の債務に借り換える際の利払い費の支援
重点支援区域	<p>複数医療機関の再編を伴う病床の機能分化・連携に取り組む（検討している）医療機関に対して、直接的な助言、集中的な支援を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 等 ・地域医療介護総合確保基金の優先配分 等
再編検討区域	<p>複数医療機関の再編について、その検討段階から、相談、事例紹介、調査・分析等を通じて、実現までの支援を行う。</p>
モデル推進区域	<p>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区域に対し、国がアウトリーチの伴走支援を行う。</p>
地域医療提供体制データ 分析チーム構築支援事業	<p>都道府県を対象に、大学病院等の有識者や医療関係団体等で構成されるデータ分析体制の構築等に要する経費を補助</p>
その他税制優遇措置	<ul style="list-style-type: none"> ・再編計画の認定に基づく地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置 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係る登録免許税、不動産取得税を軽減する特例措置 ・独立行政法人福祉医療機構による地域医療構想に係る優遇融資 医療介護総合確保法に規定する認定再編計画の実行に伴う資産等の取得に必要な資金に関して、融資条件を優遇 ・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、特別償却が可能

令和6年度予算:公費で1,553億円
(医療分 1,029億円、介護分 524億円)

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

病床機能再編支援事業

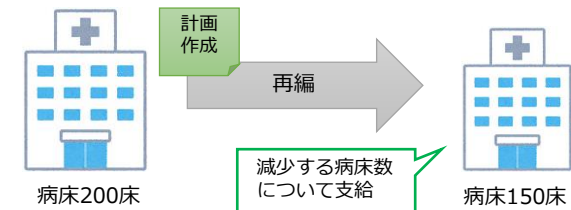
- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援*1を実施する。
- 令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10／10）】

「単独医療機関」の取組に対する財政支援

【1.単独支援給付金支給事業】

病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給

※病床機能再編後の対象3区分*2の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下となること

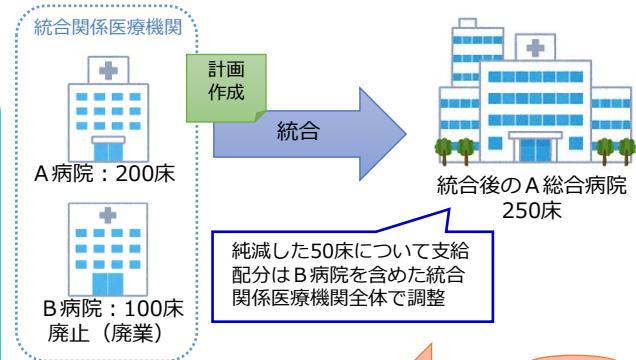


「複数医療機関」の取組に対する財政支援

【2.統合支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）

※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
 ※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象



【3.債務整理支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給

※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象
 ※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る



*1 財政支援 …使途に制約のない給付金を支給

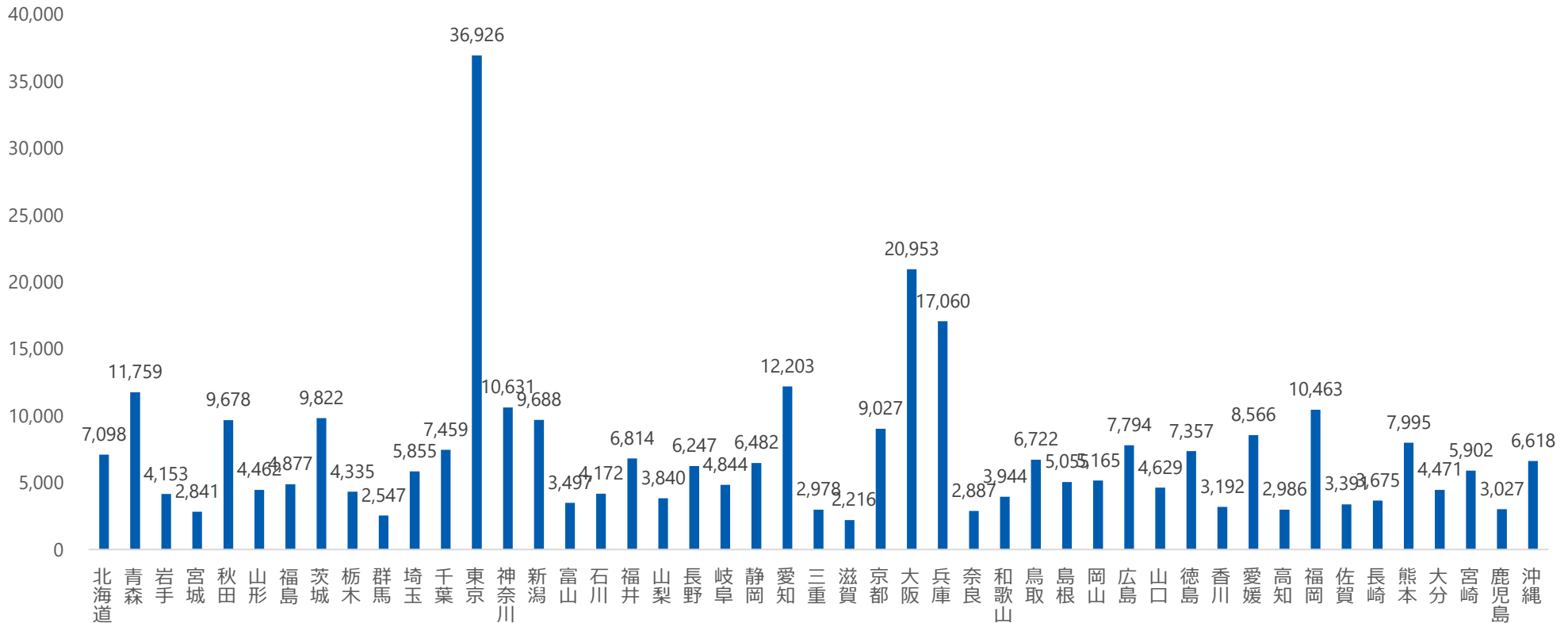
*2 対象3区分…高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能

事業区分Ⅰ－１ 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 H26-R5配分額

- 急性期から回復期への病床の機能転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行っている。

事業区分Ⅰ－１ 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業 H26-R5配分額

(単位：百万円)

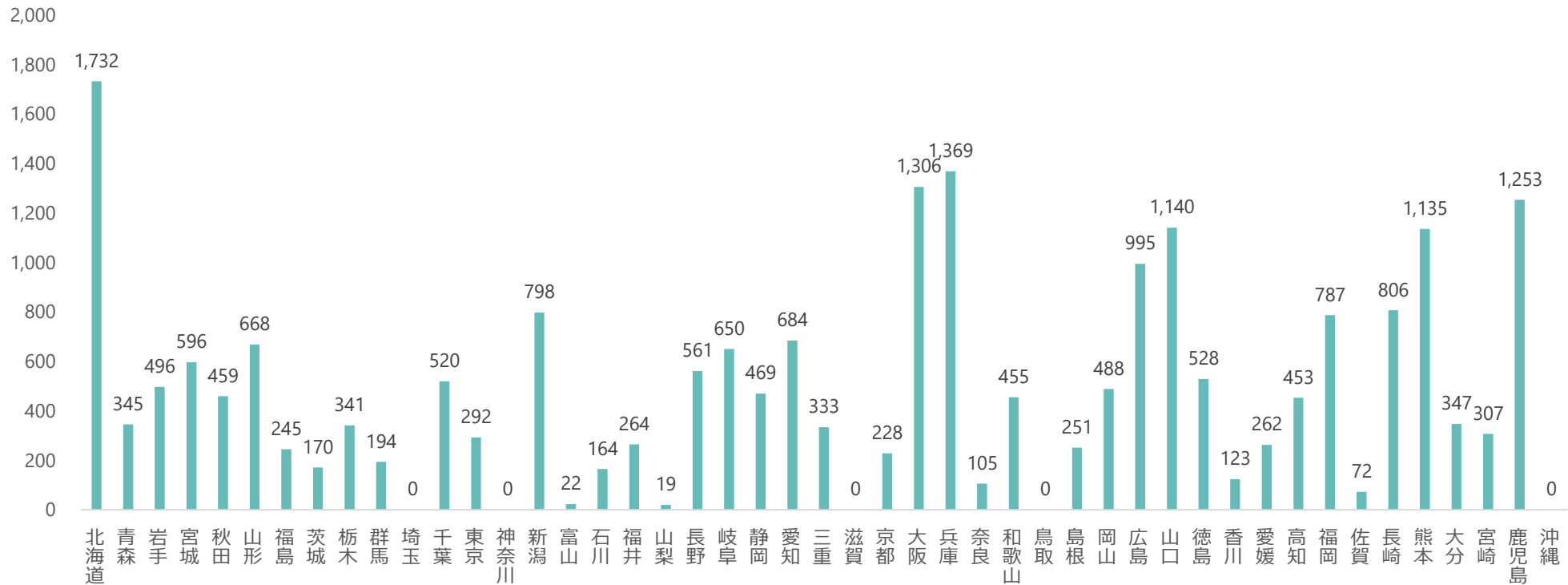


事業区分 I - 2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業（病床機能再編支援事業） R2-R5配分額

- 地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援を行っている。
- 一部の都道府県においては、過去に事業化したが応募がなかったことを主な理由として、配分額がない都道府県がある。

(単位：百万円)

事業区分 I - 2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業 R2-R5配分額



※R2は補助金での執行

重点支援区域について

1 基本的な考え方

- 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」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。
- 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定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23区域**の重点支援区域を選定。

【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）

【6回目（令和5年3月24日）選定】

- ・ 青森県（青森区域）

【7回目（令和5年9月8日）選定】

- ・ 熊本県（阿蘇区域）

【8回目（令和6年1月16日）選定】

- ・ 宮城県（仙台区域）

【9回目（令和6年10月10日）選定】

- ・ 山形県（村山区域）
- ・ 広島県（広島区域）

地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業

令和5年度補正予算額 **4.5**億円 (一) ※(一)内は前年度当初予算額
 ※令和4年度第2次補正予算額 3.0億円

1 事業の目的

- 都道府県は、令和6年度において、第8次医療計画（令和6～令和11年度）の開始や2025（令和7）年に向けた地域医療構想の実現のため、医療提供体制の構築を着実に進めるとともに、構築した体制についてPDCAサイクルを実施するため医療提供体制に関する評価・分析を行う必要がある。
- 令和7年度に都道府県において次期地域医療構想の策定等を行うことが見込まれていることから、データ分析チームの構築は優先して実施が必要。
- 地域医療構想策定には、**地域の現場感覚とマッチしたデータ分析**が必要であるため、都道府県における**データ分析体制の構築**を支援。
- 分析事例を集積し、**分析体制のベストプラクティス**を検討・実践することで、計画策定に限らず、2025（令和7）年に向けた地域医療構想の推進について、都道府県が**自立的に分析・企画・立案できる体制**の整備に繋げる。
- 令和5年度（令和4年度第2次補正予算）で実施した当事業の結果を**より多くの都道府県にフィードバック**して展開。

2 事業の概要

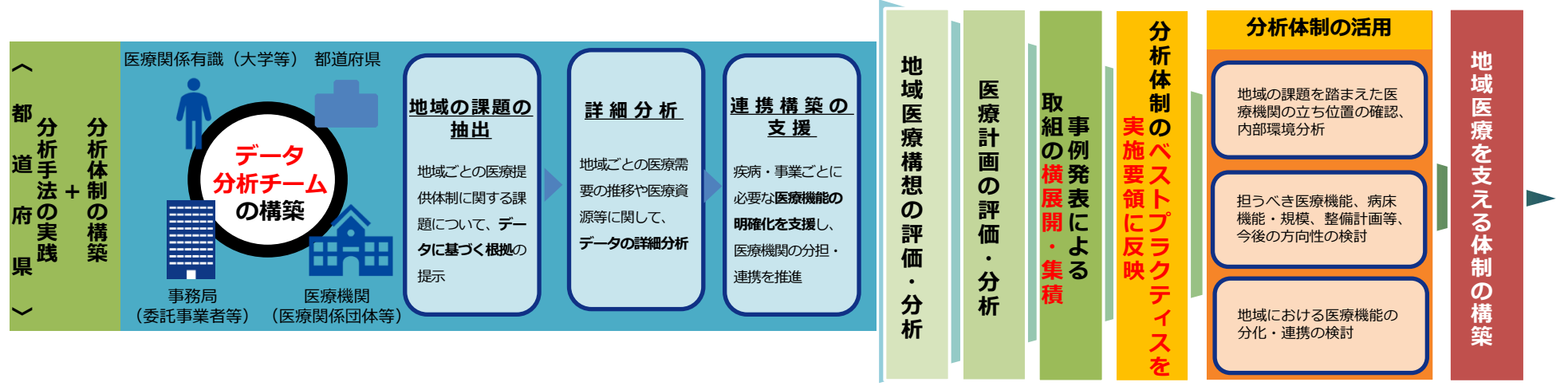
- 都道府県を対象に、**都道府県におけるデータ分析チームの構築**を支援する。
- 都道府県は、データ分析チームを活用して、地域（二次医療圏、構想区域）の詳細分析を実施することにより、**一層地域の実情に即した地域医療構想の評価**が可能となる。
- 都道府県は、分析体制や分析結果、計画策定におけるデータに基づく議論の成果について事例発表を行い、**取組の横展開**や**事例の集積**を図り、次年度の実施要領に反映。

3 事業スキーム・実施主体等

補助基準額：1個所当たり30,000千円 補助率：定額
 実施主体：都道府県 負担割合：国10/10

分析体制・分析手法の実践、分析体制の構築、事例の横展開・集積

分析体制の検証と活用



2025年に向けた地域医療構想の更なる推進

- 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、令和6年3月28日付で通知を發出し、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。

※ その際、令和4年通知に記載のとおり、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、医療機関内の取組に加え、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めることが重要であることに十分留意する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月28日）

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に見える化

- ・ 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に見える化
- ・ 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

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）

第14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
令和6年3月13日 資料1

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。

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年病床機能報告)

※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。

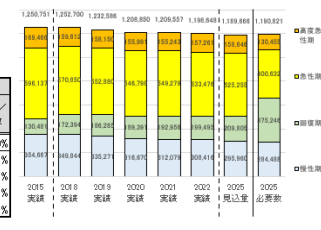
○ 基礎情報

都道府県	0	全国
2020年国勢調査人口		12,614.6万人
2020年面積		372,953km ²

○ 病床数の状況

	2015年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2025年		
	実績	2025年必要数に対する比	実績	実績	実績	実績	実績	実績	実績	実績	2015年と対する比	の差	見込み	必要数	
合計	1,293,701	105%	1,293,700	1,229,598	1,208,890	1,208,890	1,208,890	1,208,890	1,208,890	1,199,646	96%	▲92,100	1,199,646	1,199,646	100%
高度急性期	169,466	130%	159,612	158,150	155,991	155,243	157,261	157,261	157,261	152,205	93%	▲12,205	158,646	130,455	122%
急性期	596,137	149%	570,850	552,280	546,796	549,279	533,476	533,476	533,476	509,495	89%	▲22,681	525,255	400,632	131%
回復期	130,481	35%	172,394	186,235	189,391	192,956	199,495	199,495	199,495	199,495	153%	+49,014	209,805	375,246	56%
慢性期	354,697	125%	349,844	335,271	316,670	312,079	308,416	308,416	308,416	295,960	87%	▲14,261	295,960	284,488	104%
(報告率)	95.4%		97.0%	97.5%	96.2%	96.8%	96.7%								

(○ 全国)



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 (2020年)
 - ※ 厚生労働省「患者調査」による

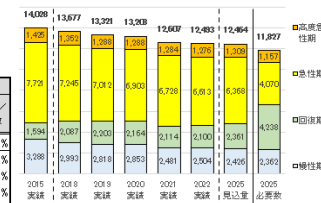
○ 基礎情報

都道府県				
2020年国勢調査人口				
2020年面積				

○ 病床数の状況

	2015年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2025年		
	実績	2025年必要数に対する比	実績	実績	実績	実績	実績	実績	実績	実績	2015年と対する比	の差	見込み	必要数	
合計	14,028	119%	13,677	13,321	13,208	12,807	12,493	12,493	12,493	12,493	89%	▲1,535	12,464	11,827	105%
高度急性期	1,425	123%	1,352	1,288	1,288	1,284	1,276	1,276	1,276	1,276	90%	▲149	1,309	1,157	113%
急性期	7,721	190%	7,245	7,012	6,903	6,728	6,613	6,613	6,613	6,613	86%	▲1108	6,366	4,070	156%
回復期	1,594	38%	2,067	2,203	2,164	2,114	2,100	2,100	2,100	2,100	132%	+506	2,361	4,239	56%
慢性期	3,286	139%	2,983	2,818	2,853	2,481	2,504	2,504	2,504	2,504	76%	▲784	2,426	2,362	103%
(報告率)	96.5%		95.3%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%					

(●●●●)



各都道府県別に表示

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。

※年度ごとに報告率が異なることに留意が必要。

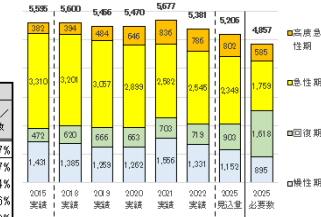
○ 基礎情報

都道府県				
構想区域				
2020年国勢調査人口				
2020年面積				

(一般病床患者流出) (+5.2%)

○ 病床数の状況

	2015年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2025年		
	実績	2025年必要数に対する比	実績	実績	実績	実績	実績	実績	実績	実績	2015年と対する比	の差	見込み	必要数	
合計	5,595	115%	5,600	5,466	5,470	5,677	5,381	5,381	5,381	5,381	96%	▲214	5,206	4,857	107%
高度急性期	382	65%	394	484	646	836	786	206%	404	802	585	137%			
急性期	3,310	188%	3,201	3,057	2,899	2,582	2,545	77%	▲765	2,349	1,759	134%			
回復期	472	29%	620	666	663	703	719	152%	+247	903	1,618	56%			
慢性期	1,431	160%	1,285	1,259	1,282	1,556	1,331	93%	▲100	1,152	895	129%			
(報告率)	91.0%		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	94.4%								



(●●●● 構想区域)

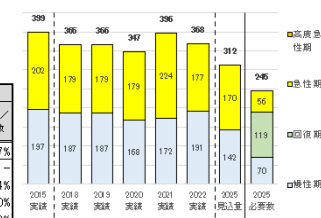
○ 基礎情報

都道府県				
構想区域				
2020年国勢調査人口				
2020年面積				

(一般病床患者流出) (▲63.7%)

○ 病床数の状況

	2015年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2025年		
	実績	2025年必要数に対する比	実績	実績	実績	実績	実績	実績	実績	実績	2015年と対する比	の差	見込み	必要数	
合計	399	163%	366	347	396	368	368	92%	▲31	312	245	127%			
高度急性期	0	-	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-			
急性期	202	361%	179	179	179	224	177	88%	▲25	170	56	304%			
回復期	0	0%	0	0	0	0	0	-	-	0	119	0%			
慢性期	197	281%	187	187	168	172	191	97%	▲6	142	70	203%			
(報告率)	88.9%		100.0%	100.0%	87.5%	100.0%	100.0%								



各構想区域別に表示

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簡則」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 一般病床患者流出入（2020年）
 - ※ 厚生労働省「患者調査」による

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あ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)	対象医療機関数		①一般・療養病床計(床中平均)					②医師数(常勤換算)					③医療機関機能					④診療実績(オープンデータ)					
				一般病院	療養病院	高床病床	急性期	回復期	介護中	非常勤	100床当たり	特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	救急車の受入件数	全身麻酔手術件数	分娩件数	手術総数	高床急性期	急性期	回復期	慢性期		
●	●	35.9	2,671	32	22	6,381	786	2,545	719	1,331	116	579	68	118	2	1	15	4	19,600	9,852	1,822	22,649	9	14	44	163
		(報告率) 94.4%		2	1	4,857	585	1,759	1,618	895																

(2) 区域内の医療機関(病床数の多い順)

医療機関名	所在地	①一般・療養病床					②医師数			③医療機関機能					④診療実績(オープンデータ)													
		高床病床	急性期	回復期	慢性期	介護中	非常勤	100床当たり	特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	救急車の受入件数	全身麻酔手術件数	分娩件数	手術総数	高床急性期	急性期	回復期	慢性期							
●●●●●	●	582	292	274			16	125	2	218																		
●●●●●	●	527	35	492				87	6	17.7																		
●●●●●	●	400	432	48				119	4	25.7																		
●●●●●	●	378	135	45	178	20	15	6	5.4																			
●●●●●	●	360	6	247	47	69	36	9.3																				
●●●●●	●	286	6	46	90	148	10	3	4.5																			
●●●●●	●	204					3	2	2.5																			
●●●●●	●	199	106	42	204		19	0	9.6																			
●●●●●	●	199	49	100	50		8	1	4.4																			
●●●●●	●	179	60	60	59		9	2	6.6																			
●●●●●	●	168	48	60	60		9	11	9.3																			
●●●●●	●	155	12	93	50		14	6	12.6																			
●●●●●	●	150	108				42	7	2	5.7																		
●●●●●	●	135				135	4	1	3.6																			
●●●●●	●	128	9	84	35		10	3	9.8																			

●●●●●	●																											
●●●●●	●	1		1						1																		
●●●●●	●	1		1						1																		
●●●●●	●	1		1	1					1																		
●●●●●	●																											
●●●●●	●																											
●●●●●	●																											
●●●●●	●																											

各構想区域別に表示

(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を。

都道府県等の取組のチェックリスト① (イメージ)

都道府県等の取組に関するチェックリスト

年 月 日記入

No.	ジャンル	項目一覧	回答	
1	病床機能報告	病床機能の分化及び連携について、病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を分析しているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	病床機能報告	上記の項目1の分析の結果を踏まえ、構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数を地域全体の状況として把握できているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3	病床機能報告	各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを都道府県が作成(各病床の機能を選択した医療機関の分布だけではなく、主な疾患における分布や、提供されている医療の内容に関する情報を含む。)し、構想区域における病床の機能区分ごとの医療機関の状況を整理しているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	病床機能報告	病床機能報告の内容等については、詳細な分析や検討が行われないまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じていることから、地域の医療機能を適切に把握するため、地域医療構想調整会議において定量的な基準の導入に係る議論を行っているか。(平成30年8月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	病床機能報告	都道府県は、病床機能報告の対象医療機関の未報告の状況を把握した場合には、当該医療機関に対して、病床機能報告を提出するように求めたり、期間を定めて病床機能報告を提出するよう命令するなど、未報告医療機関の状況に応じた必要な対応を行っているか。(平成30年2月通知、令和2年1月通知、令和5年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	病床機能報告	病床機能報告に基づく病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量との比較・把握・分析を行い、進捗状況を検証しているか。(ガイドライン、令和5年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	病床機能報告	上記の項目6の検証の結果を踏まえ、データの特性だけでは説明できない差異が生じている場合は、地域医療構想調整会議においてその要因の分析及び評価を行い、必要に応じて地域医療構想を見直すこととしているか、実施できているか。(ガイドライン、令和5年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	地域医療構想調整会議	毎年取りまとめる病床機能報告等の結果を踏まえて、地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識について共有できているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	地域医療構想調整会議	地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能について議論し、不足している病床機能への対応(過剰となると見込まれる病床機能からの転換を含む。)について、具体的な対応策を検討し、地域医療構想調整会議に提示できているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

10	地域医療構想調整会議	在宅医療を含む地域包括ケアシステムへの対応や医療従事者の確保、診療科ごとの連携など、入院医療のみならず地域医療構想に密接に関わる他の医療分野と横断的な検討ができているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	地域医療構想調整会議	都道府県単位の地域医療構想調整会議を開催し、各構想区域における地域医療構想調整会議の運用や議論の進捗状況、抱える課題解決、病床機能報告等から得られるデータの分析、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等について協議できているか。(平成30年6月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	地域医療構想調整会議	地域医療構想調整会議の年間スケジュールを計画し、最低でも年4回はオンライン開催を含めて地域医療構想調整会議を開催できているか。(平成30年6月通知、令和4年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13	地域医療構想調整会議	地域医療構想調整会議の参加者について、地域医療構想は幅広い関係者の理解を得て達成を推進する必要があるため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとすることが望ましいとされているが、これを踏まえ、公平かつ公正に参加者を選定できているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14	地域医療構想調整会議	地域医療構想調整会議の参加を求めなかった病院・有床診療所や参加できなかった関係団体等に対しても書面・メールでの意見提出などにより、幅広く意見表明の機会を設けることが望ましいが、そのような機会を設けているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15	地域医療構想調整会議	地域医療構想アドバイザーと連携して地域医療構想の達成に向けた検討を行っているか。(平成30年6月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16	都道府県知事の権限	病床機能報告において、2025年において既に病床数の必要量に達している病床の機能区分に転換を予定している医療機関の開設者又は管理者に対して、都道府県知事への理由書提出、調整会議での協議への参加、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、過剰な病床機能に転換しないことを、公的医療機関等に対しては命令し、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請する等、医療機関の状況に応じて必要な対応を行っているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
17	都道府県知事の権限	都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している病床の機能区分に係る医療提供について、公的医療機関等に対しては指示し、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請することとしているが、医療機関の状況に応じて必要な対応を行っているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
18	都道府県知事の権限	新たに整備(開設、増床、種別変更)される病床が担う予定の機能区分が、2025年において既に病床数の必要量に達している病床の機能区分であった場合、新たに病床を整備しようとしている医療機関に対して、当該医療機関の所在地を含む構想区域において、2025年の病床数の必要量に達していない医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与することとしているが、医療機関の状況に応じて必要な対応を行っているか。(平成30年2月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
19	都道府県知事の権限	病床過剰地域において、非稼働病床等を有している医療機関に対して、地域医療構想調整会議で非稼働の理由等の説明を求めた上で、当該病床等の維持の必要性が乏しい場合、都道府県医療審議会の意見を聴いて、非稼働病床の削減について、公的医療機関等に対しては命令し、公的医療機関等以外の医療機関に対しては要請することとしているが、医療機関の状況に応じて必要な対応を行っているか。(ガイドライン、平成30年2月通知、令和5年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

都道府県等の取組のチェックリスト② (イメージ)

20	周知・啓発	地域住民が医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、地域医療構想の評価や見直しの客観性及び透明性を高める必要があることから、ホームページ等で地域医療構想に係る情報について遅滞なくかつ分かりやすく公表できているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
21	周知・啓発	地域医療構想調整会議の参加者及び事務局の認識を共有するための研修会を、都道府県主催で開催しているか。(平成30年6月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
22	周知・啓発	民間医療機関に、建替え、増改築を含めた地域医療構想の取組を推進するために有用であると考えられる地域医療介護総合確保基金や税制優遇措置等について情報提供し、地域医療構想に係る民間医療機関の理解を深めるために、地域医療構想に係る医療機関向け勉強会を開催しているか。(令和5年1月事務連絡)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
23	周知・啓発	上記の項目22の医療機関向け勉強会の開催に際して、地域の地方銀行に、勉強会の趣旨及び概要を説明し、勉強会への参画の提案・意見交換を行っているか。(令和5年1月事務連絡)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
24	周知・啓発	民間を含む医療機関の再編について、(2025年までに完了となる)再編計画の認定制度及び認定された再編計画に基づき取得した不動産に係る税制優遇措置(登録免許税及び不動産取得税の軽減措置)があることを周知しているか。(令和3年5月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
25	地域医療構想の更なる推進	都道府県別・構想区域ごとに、都道府県別・構想区域別に公表された病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績、医師数等のデータを活用し、定量的な分析、課題解決に向けた実効性のある検討、地域医療構想調整会議において分析・議論の活性化を旨とした効果的な議論等を実施しているか。(令和6年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
26	地域医療構想の更なる推進	都道府県の取組の好事例及び医療機関における病床機能の転換、再編統合等の好事例を活用し、2025年までの地域医療構想の取組の更なる推進の検討を進められているか。(令和6年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
27	地域医療構想の更なる推進	医療機関において国の支援策を効果的に活用し、地域医療構想の取組が滞りなく効果的に進められるため、地域医療構想調整会議における医療機関向けリーフレットの配布等を通じて、医療機関等に周知できているか。(令和6年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
28	その他	定期的に地域医療構想の進捗確認を行い、進捗状況が芳しくない場合にはその原因について考察を行い、目標設定が適切でない場合には必要に応じて目標を修正できているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
29	その他	重点支援区域の設定の要否を、適宜、地域医療構想調整会議で判断しているか。(令和4年3月通知、令和5年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

30	その他	再編検討区域の設定の要否を、適宜、都道府県で判断しているか。(令和5年3月通知)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
31	その他	各地域の実情に応じたデータ分析を行うため、地域医療構想の策定及び実現に必要な企画や立案ができるデータ分析体制が構築されているか。(ガイドライン)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

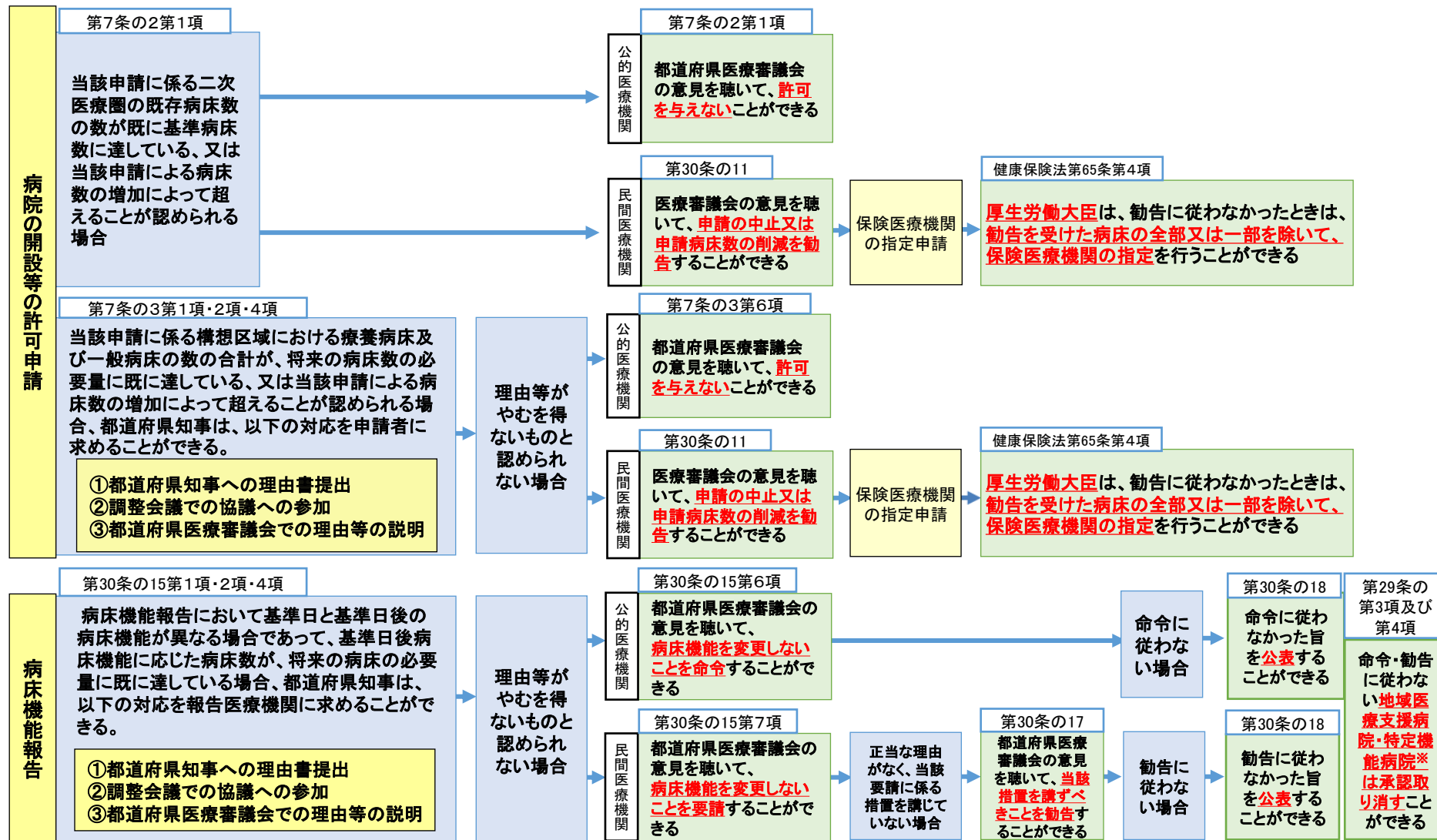
集計結果	ジャンル	回答	
		はい	いいえ
	病床機能報告		
	地域医療構想調整会議		
	都道府県知事の権限		
	周知・啓発		
	地域医療構想の更なる推進		
	その他		
	合計	0	0

(注) 上記チェックリスト中における通知等の略称については、正式名称は以下のとおりである。
 ガイドライン… 地域医療構想策定ガイドライン (平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知別添)
 平成30年2月通知… 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)
 平成30年6月通知… 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)
 平成30年8月通知… 地域医療構想調整会議の活性化のための定量的な基準の導入について (平成30年8月16日付け医政地発0816第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)
 令和2年1月通知… 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)
 令和3年5月通知… 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について (令和3年5月28日付け医政発0528第2号厚生労働省医政局長通知)
 令和4年3月通知… 地域医療構想の進め方について (令和4年3月24日付け医政発0324第6号厚生労働省医政局長通知)
 令和5年1月事務連絡… 地域医療構想に係る医療機関向け勉強会の実施について (令和5年1月16日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)
 令和5年3月通知… 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)
 令和6年3月通知… 2025年に向けた地域医療構想の進め方について (P) (令和6年3月0日付け医政発0300第0号厚生労働省医政局長通知)

病床に関する都道府県知事の権限と行使の流れ①

○ 都道府県知事には、医療計画の達成や地域医療構想の実現に必要な場合、以下の権限を行使することが認められている。

■ 過剰な医療機能への転換の中止等

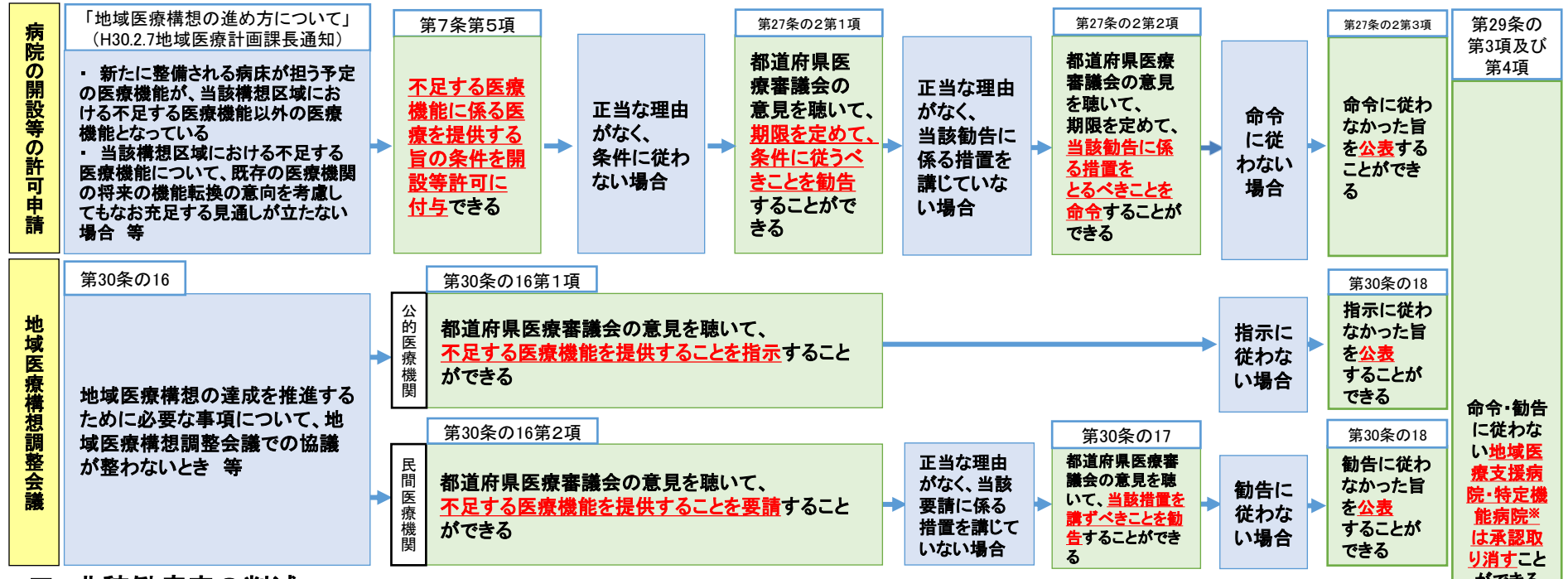


※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

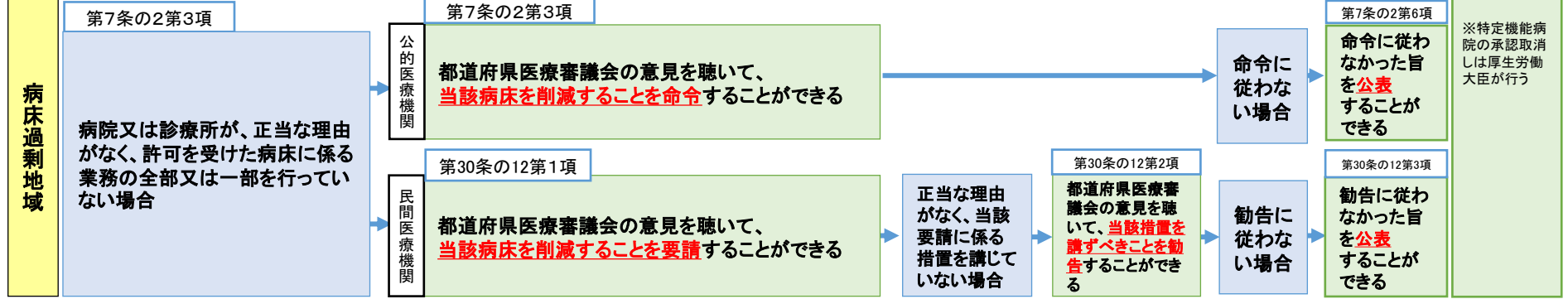
病床に関する都道府県知事の権限と行使の流れ②

○ 都道府県知事には、医療計画の達成や地域医療構想の実現に必要な場合、以下の権限を行使することが認められている。

■ 不足する医療機能への転換等の促進



■ 非稼働病床の削減



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4年度病床機能報告

調整会議での協議

514 (545)

命令(§7の2③) 0 (0)

要請
(§30の12①)

0 (0)

勧告
(§30の12②)

0 (0)

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)

条件付き開設許可
(§7⑤)

121 (117)

勧告
(§27の2④)

0 (0)

命令
(§27の2②)

0 (0)

③未報告医療機関への対応
※令和4年度病床機能報告

督促

1,195 (647)

命令
(§30の13⑤)

199 (126)

④未報告医療機関への対応
※令和5年度病床機能報告

督促

923 (1,195)

命令
(§30の13⑤)

116 (199)

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4年度病床機能報告

書面提出
(§30の15①)

85 (98)

調整会議で
の協議
(§30の15②)

34 (42)

医療審議会
で協議
(§30の15④)

0 (0)

命令(§30の15⑥) 0 (0)

要請
(§30の15⑦)

0 (0)

勧告
(§30の17)

0 (0)

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)

指示(§30の16①) 0 (0)

要請
(§30の16②)

4 (4※3)

勧告
(§30の17)

0 (0)

(括弧書きは令和5年3月末調査)

※1 令和6年3月末時点 ①③⑤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。④については、令和5年度病床機能報告後から調査日までの累計。

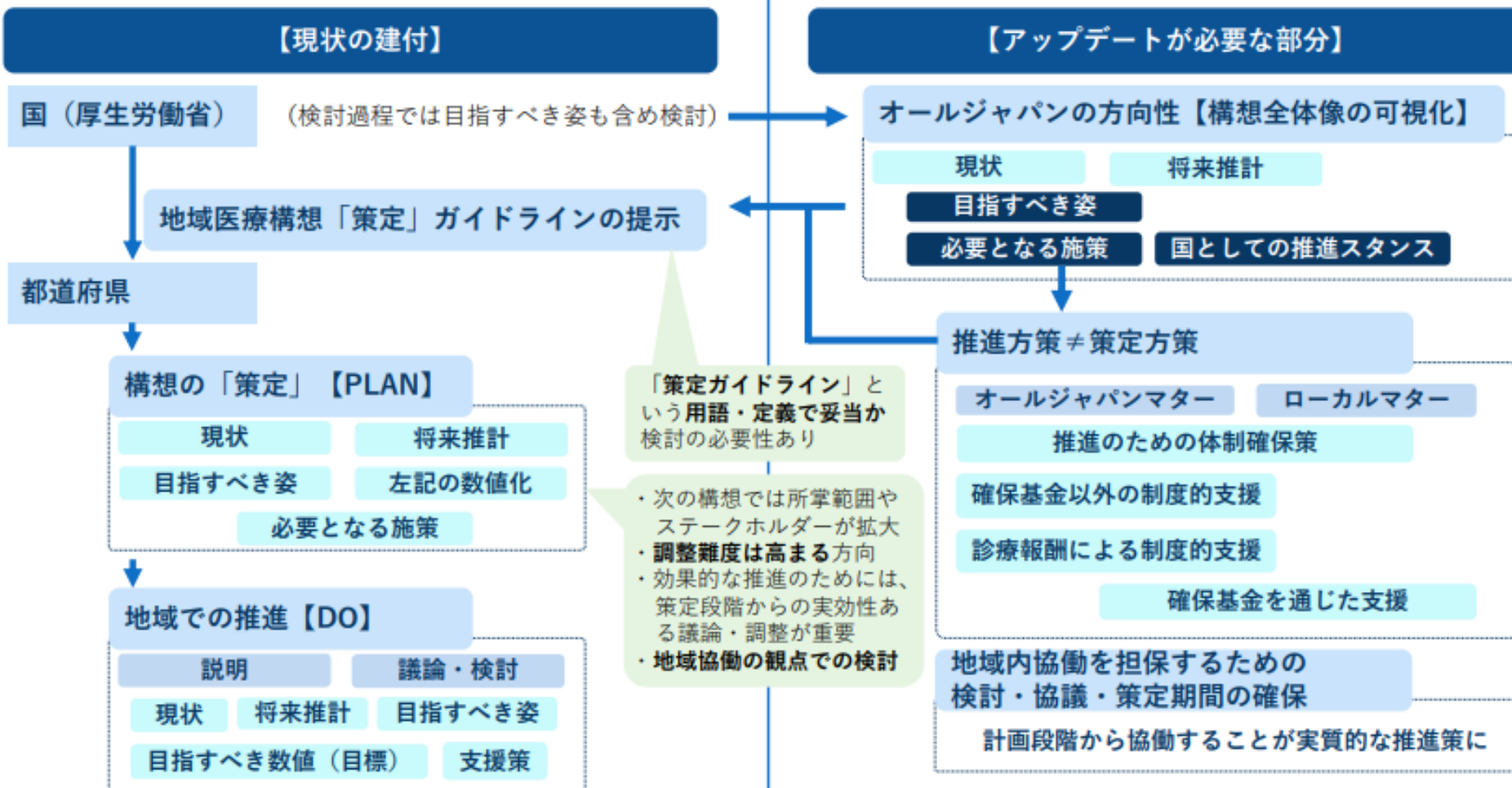
②及び⑥については、制度施行から調査日までの累計。

※2 ③の命令に従わなかった際の公表は0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。

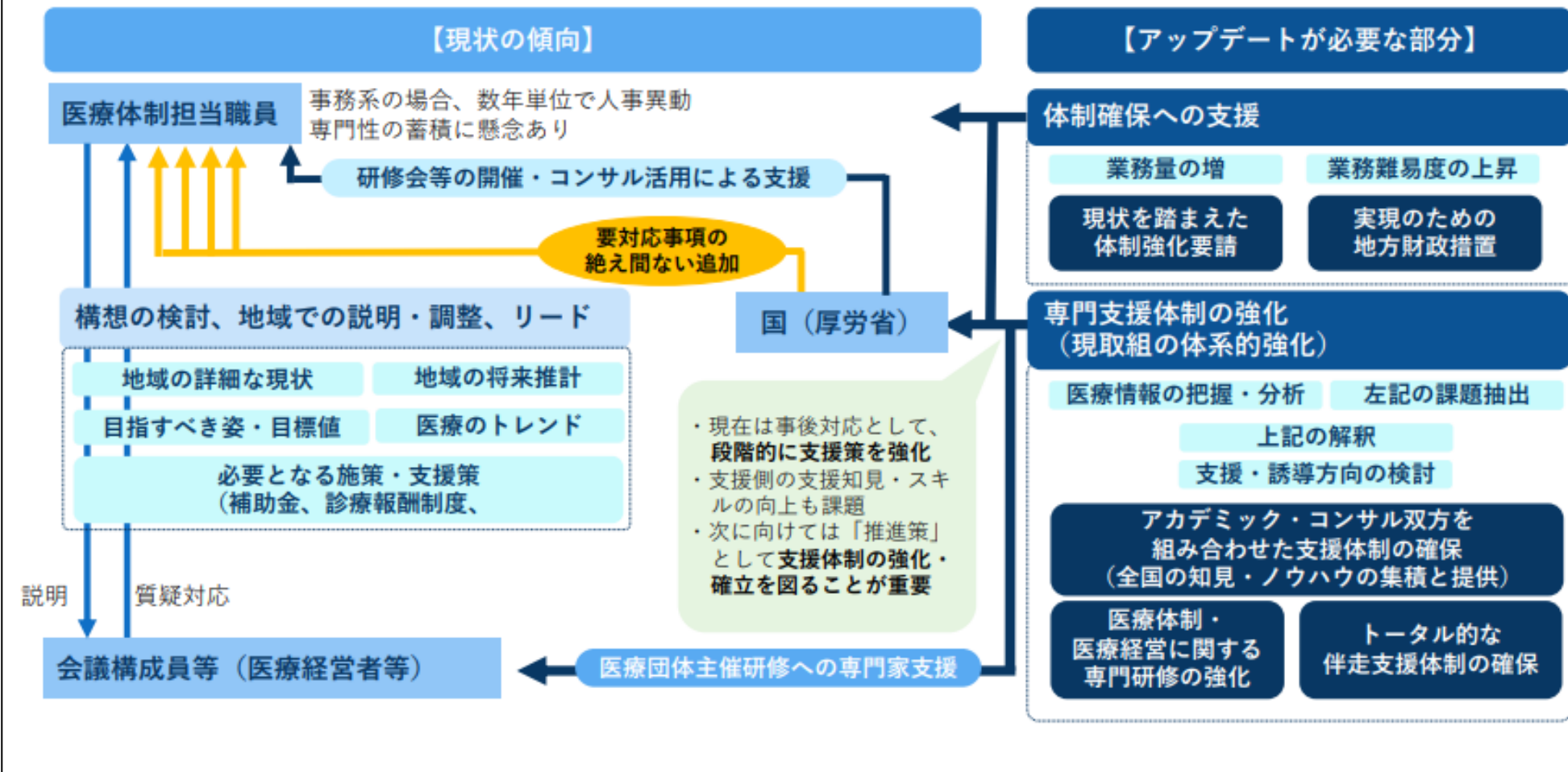
※3 いずれも過剰となっていた急性期の増床の申し出に対し回復期の増床を要請。うち3件は要請に従い回復期を増床、1件は増床の申し出を撤回。

Ⅲ 次の地域医療構想に向けた課題と対応

Ⅲ-2 建付けのアップデート、グランドデザインの必要性、国の役割の可視化・明確化



Ⅲ 次の地域医療構想に向けた課題と対応
Ⅲ-5 推進のための組織体制の確保、専門性の確保



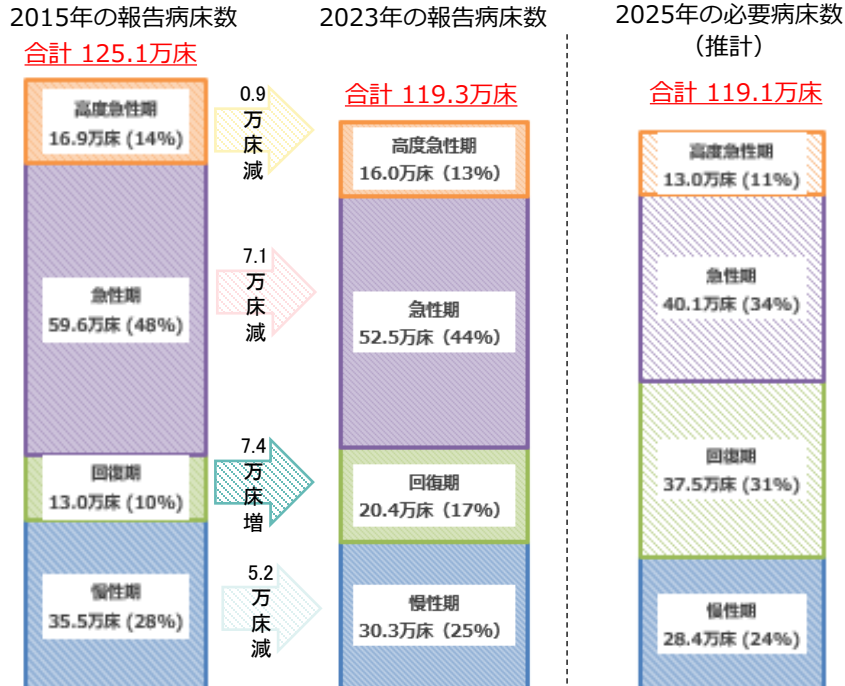
これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞



※ 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。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、**医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

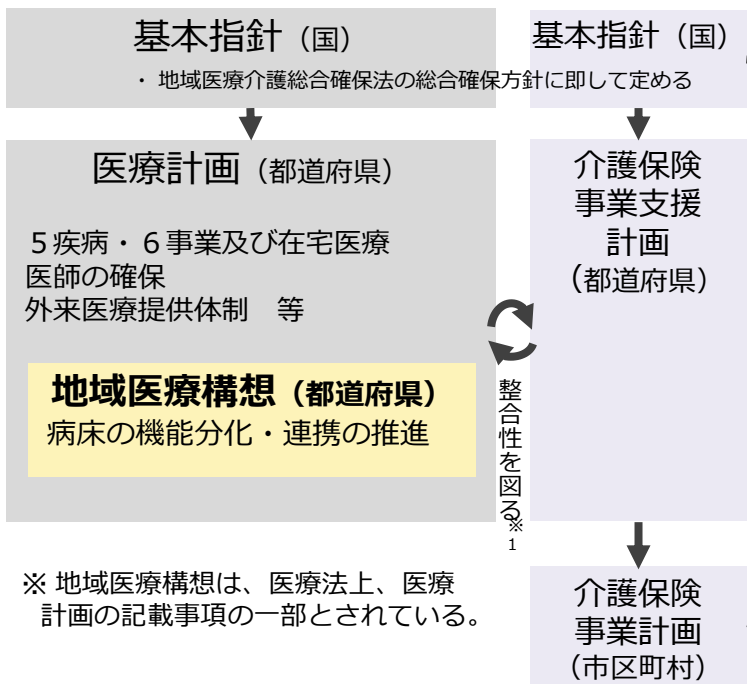
新たな地域医療構想の推進について

- 各都道府県における地域医療構想の取組状況をみると、例えば、地域医療構想調整会議の開催回数や参加する構成員、データに基づく議論、地域医療介護総合確保基金の活用等の状況にばらつきが見られる。
- 国においては、地域医療構想策定ガイドラインを策定するとともに、病床機能再編支援事業を含む地域医療介護総合確保基金、重点支援区域の選定、データ分析チーム構築支援事業、地域別の病床機能等の見える化、都道府県等の取組のチェックリストの作成、モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援等を進めている。
- 都道府県知事の権限について、医療機関の自主的な取組が進まない場合の措置として、不足する医療機能への転換促進等のための権限を設けている。将来の病床数の必要量と基準病床数の関係性が分かりづらく、これらの病床規制の整合性を図るべきとの指摘がある。
- 新たな地域医療構想として目指すべき方向性や地域類型ごとのモデル等の提示、都道府県の体制確保への支援、データ分析支援や研修の強化等の必要性の指摘がある。
- 新たな地域医療構想において、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とすること、病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能に着目した医療提供体制の構築を進めていくこと等の方向で検討する中で、新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理を行う必要がある、市町村の役割がさらに重要になるとの指摘がある。

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
 - ・ 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
 - ・ 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。

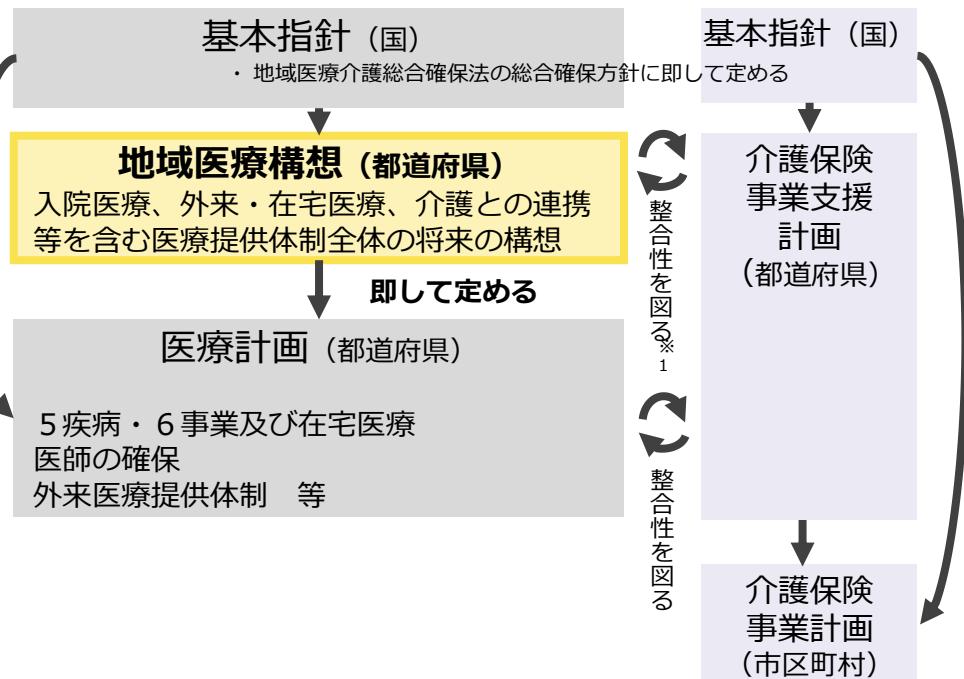
<現行>



※ 地域医療構想は、医療法上、医療計画の記載事項の一部とされている。

※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

<今後>



※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

新たな地域医療構想の記載事項（案）

- 現行の地域医療構想は将来の病床数の必要量、病床の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めるものであるが、新たな地域医療構想においては、これらに加えて、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、将来の医療機関機能の確保のあり方、医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めることとしてはどうか。

※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

現行の地域医療構想の主な記載事項

- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 病床機能の情報提供の推進

新たな地域医療構想の主な記載事項（案）

- **地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性**
 - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- **構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方**
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- **地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組**
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- **医療機関機能の情報提供の推進**
- 病床機能の情報提供の推進
 - ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

※ 医療計画において、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定める。

※ 新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。

新たな地域医療構想の推進のための対応の方向性（案）①

課題

人口動態や疾病構造等の変化を見据え、都道府県において地域の需要・医療資源等に応じた医療提供体制を確保するため、国による支援を行う必要がある。

都道府県は、地域の医療提供体制の確保の責任を有しており、地域の需要・医療資源の状況等を踏まえながら、関係者の合意形成を図り、地域医療構想の推進に向けた取組を計画的に進める必要がある。

地域医療構想における市町村の役割を明確化し、都道府県と市町村による取組を推進する必要がある。

対応の方向性（案）

- ・国において、都道府県による地域の実情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働大臣の責務を明確化し、データ分析・共有、研修等の支援策を講じることとしてはどうか。
- ・国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、関連するデータ等を提供することとしてはどうか。
- ・地域医療介護総合確保基金について、2026年度（令和8年度）まで現行の病床の機能分化・連携の支援を行うこととしているが、2027年度（令和9年度）から、新たな地域医療構想に基づき、病床の機能分化・連携の支援に加え、医療機関機能の確保に向けた取組の支援を行うこととしてはどうか。
- ・都道府県ごとの取組状況に差がある中で、ガイドラインにおいて、調整会議について区域ごとに議論すべき内容、議題に応じた主な参加者や議論の進め方等、データ分析・共有、地域医療介護総合確保基金の活用など、都道府県の望ましい取組を示すとともに、都道府県の取組状況を見える化してはどうか。
- ・医療関係者や医療保険者等の関係者には調整会議で協議が調った事項の実施に協力する努力義務が定められている中で、都道府県においては、調整会議で協議が調った事項の実施に努めることとしてはどうか。
- ・市町村に対して、議題に応じて調整会議への参画を求め、在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に努めることとしてはどうか。
- ・市町村の地域医療構想の理解を促進するため、国による研修や都道府県から市町村への調整会議に関する情報提供等の取組を推進してはどうか。
- ・地域医療介護総合確保基金の活用により、市町村による在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等の取組を推進してはどうか。

新たな地域医療構想の推進のための対応の方向性（案）②

課題

医療機関において、地域の需要・医療資源の状況、経営状況等を踏まえながら、病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携に向けた取組を進める必要がある。

人口減少が加速する中で、将来を見据えて、地域の需要・医療資源の状況等を踏まえながら、病床整備を行い、地域の実情に応じて、不足する医療機能への転換、病床の減少等を図る必要がある。

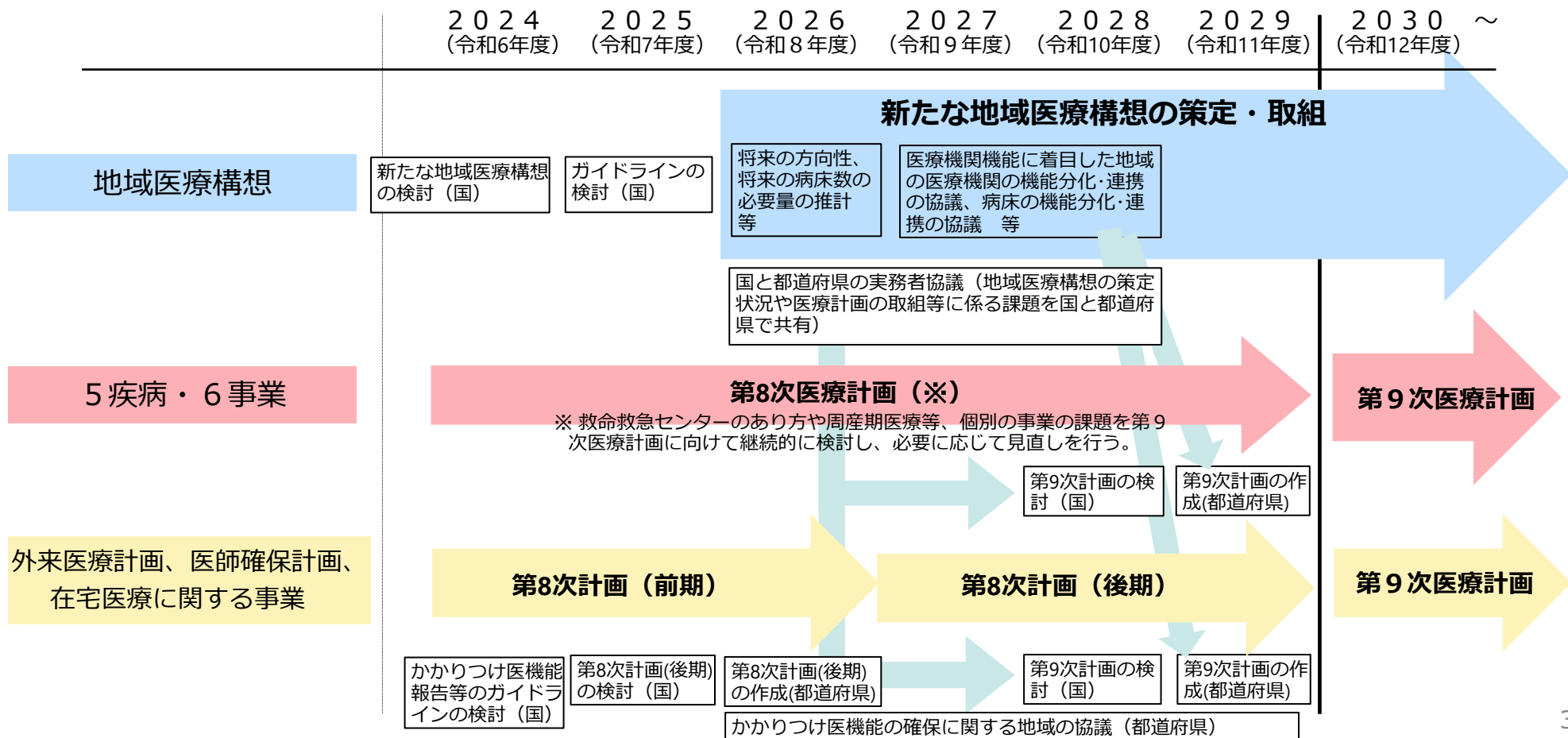
対応の方向性（案）

- 新たな地域医療構想において、病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携に向けた取組を進めることを踏まえ、地域医療介護総合確保基金の対象に、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携に向けた施設・設備整備の支援を追加してはどうか。
- 医療機関機能の報告内容が実態に合わない医療機関に対して、都道府県は報告の見直しを求めることができることとしてはどうか。
- 急性期拠点機能を担うべき医療機関が役割を發揮するため、必要に応じて医療機関の経営状況等も踏まえながら調整会議で協議を行うこととし、都道府県は、協議が調った事項について、医療機関に対して取組を求めることができることとしてはどうか。

- 地域医療介護総合確保基金について、病床の機能分化・連携を更に推進する観点から、どのように考えるか。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。
- 都道府県は、既存病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床及び療養病床の許可病床数が将来の病床数の必要量を上回る場合は、地域の実情に応じて、病床の機能転換・減少等に向けて、必要な医療機関に対し、調整会議への出席を求めることができることとし、必要な場合は、都道府県の要請・勧告・公表等の対象とすることについて、どのように考えるか。

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



2. 病床機能・医療機関機能

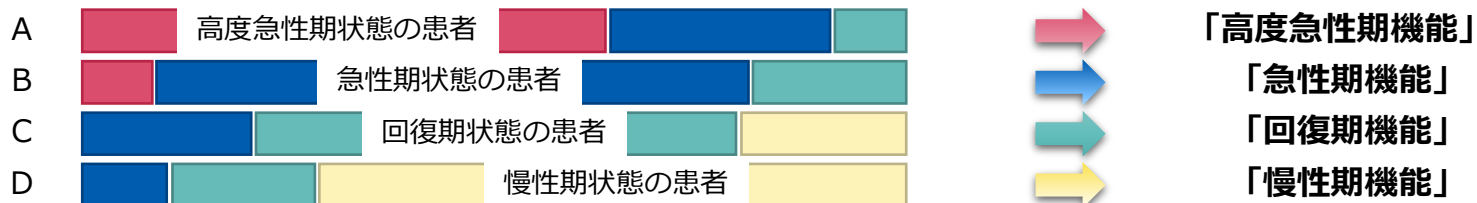
病床機能報告制度

- 各医療機関は、毎年、病棟単位（有床診療所の場合は施設単位）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。病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟でいずれかのうち最も多い割合の患者を報告することを基本とする。

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

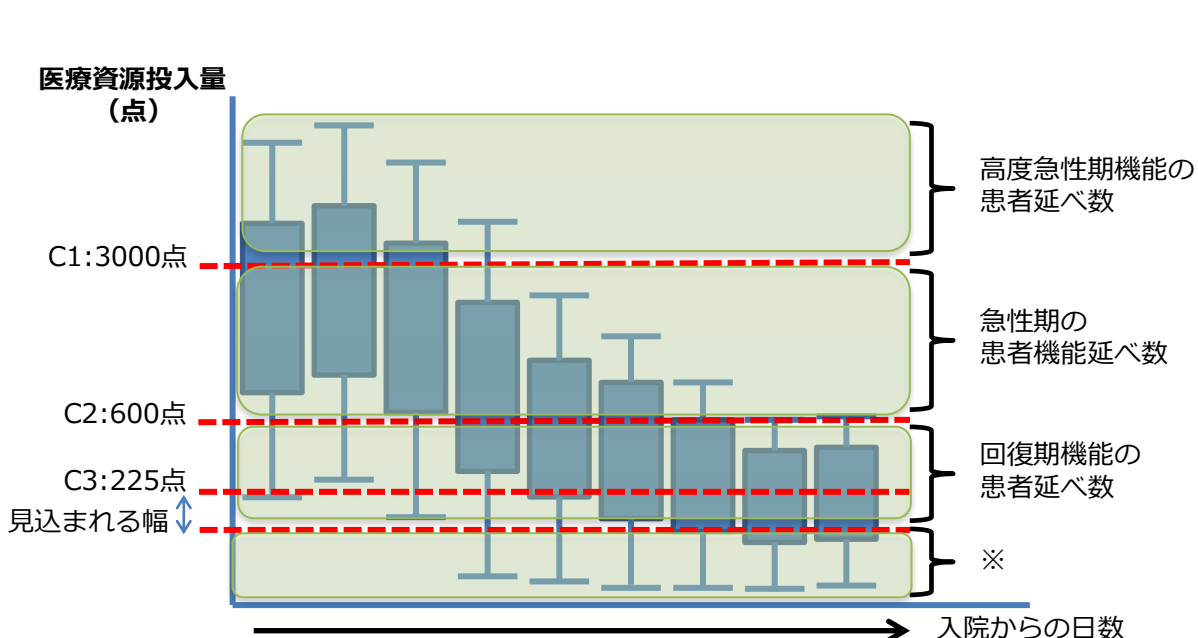
- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

（病棟の患者構成イメージ）



2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	〇〇〇〇人/日
急性期機能	□□□□人/日
回復期機能	△△△△人/日
慢性期機能	▽▽▽▽人/日



病床稼働率で割り戻して、病床数に変換
 ・高度急性期75% ・急性期78%
 ・回復期90% ・慢性期92%

医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■ ■ ■ ■ 床
回復期機能	▲▲▲▲床
慢性期機能	▼▼▼▼床

現行の地域医療構想における将来の必要病床数の推計について

現行の地域医療構想において、将来の必要病床数の推計については、基本的に診療実績データをもとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を区分してきた。

	医療資源投入量	基本的考え方	
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	
急性期			
回復期		C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※		C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

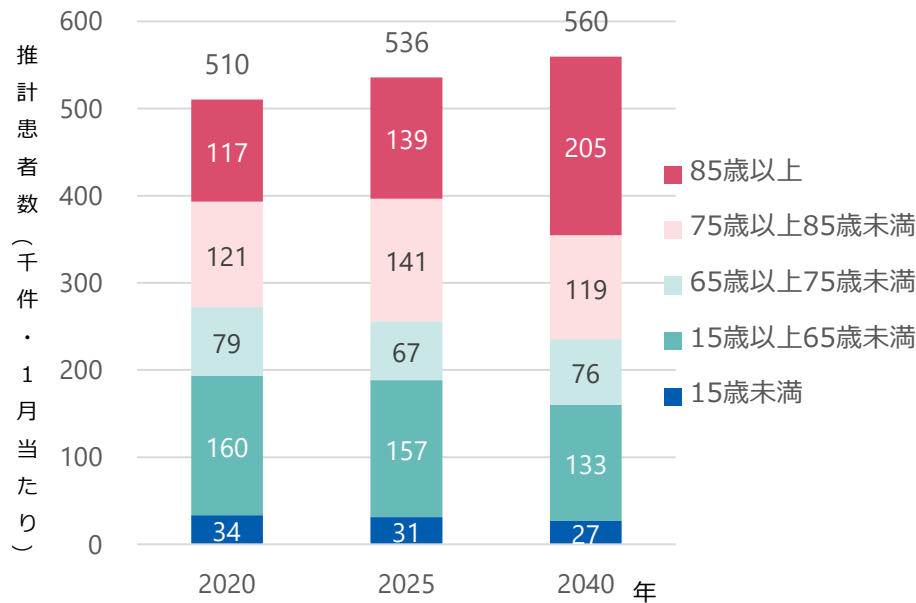
※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

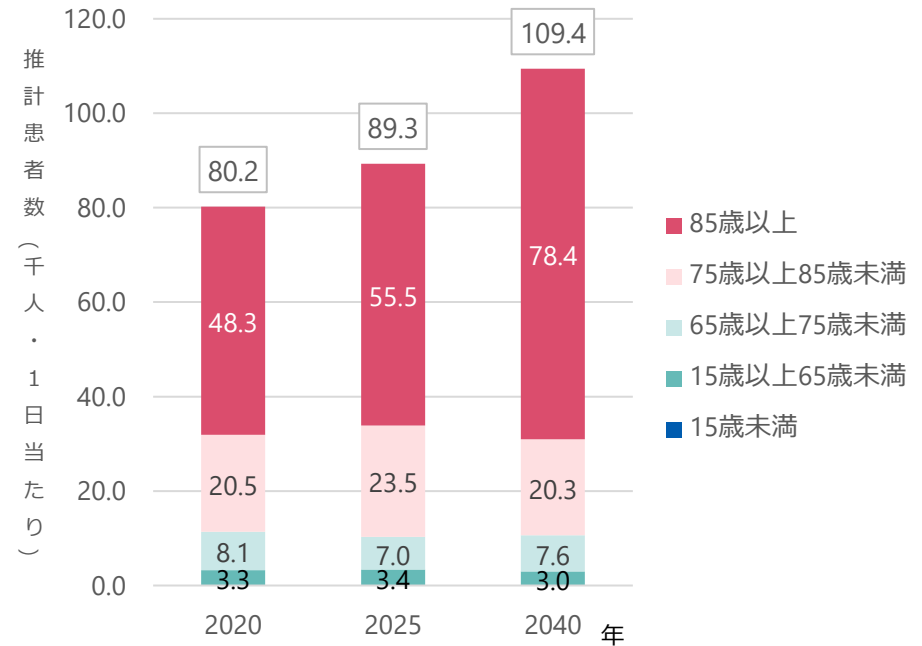
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



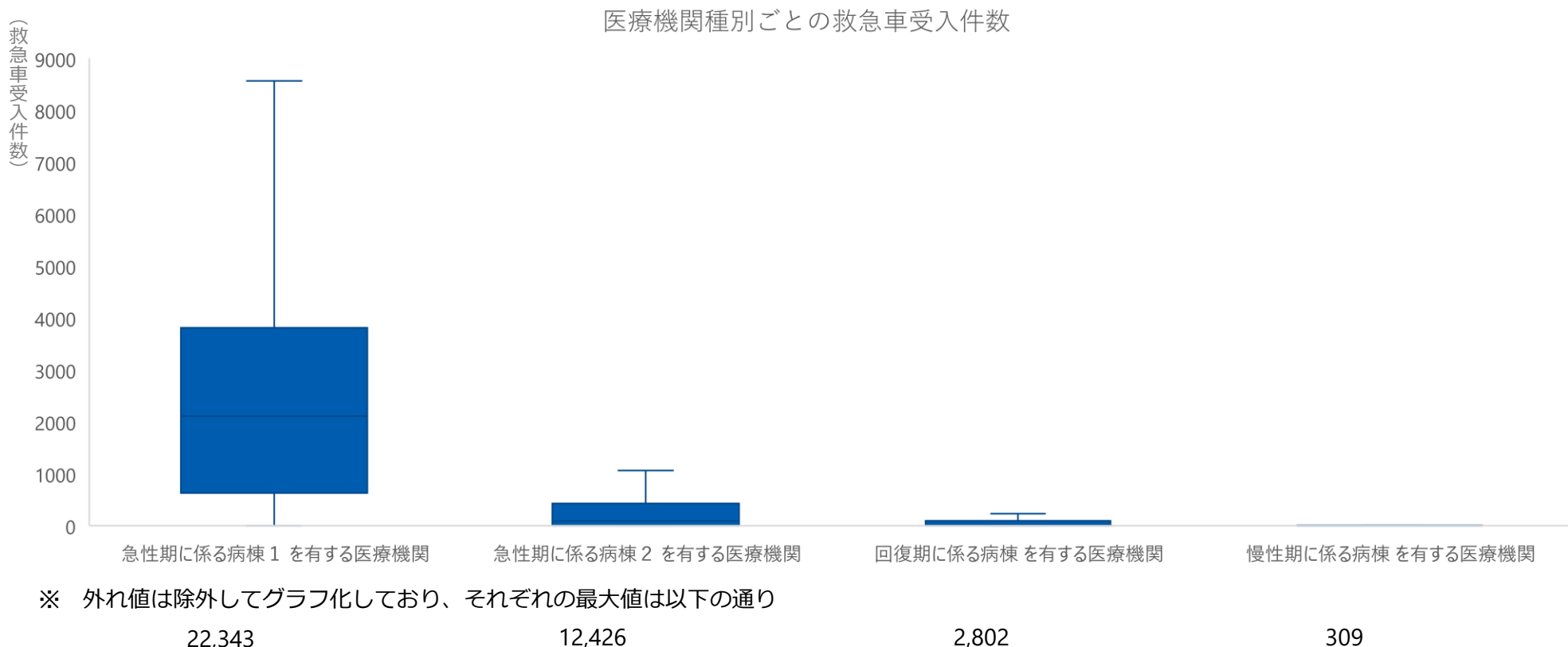
2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 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（2023年推計）」
 を基に地域医療計画課において推計。

救急医療の対応状況（医療機関種別ごと）

急性期に係る病棟を有する医療機関は救急車の受入件数が多いが、回復期や慢性期に係る病棟を有する医療機関においても一部は救急車の受入を行っている。



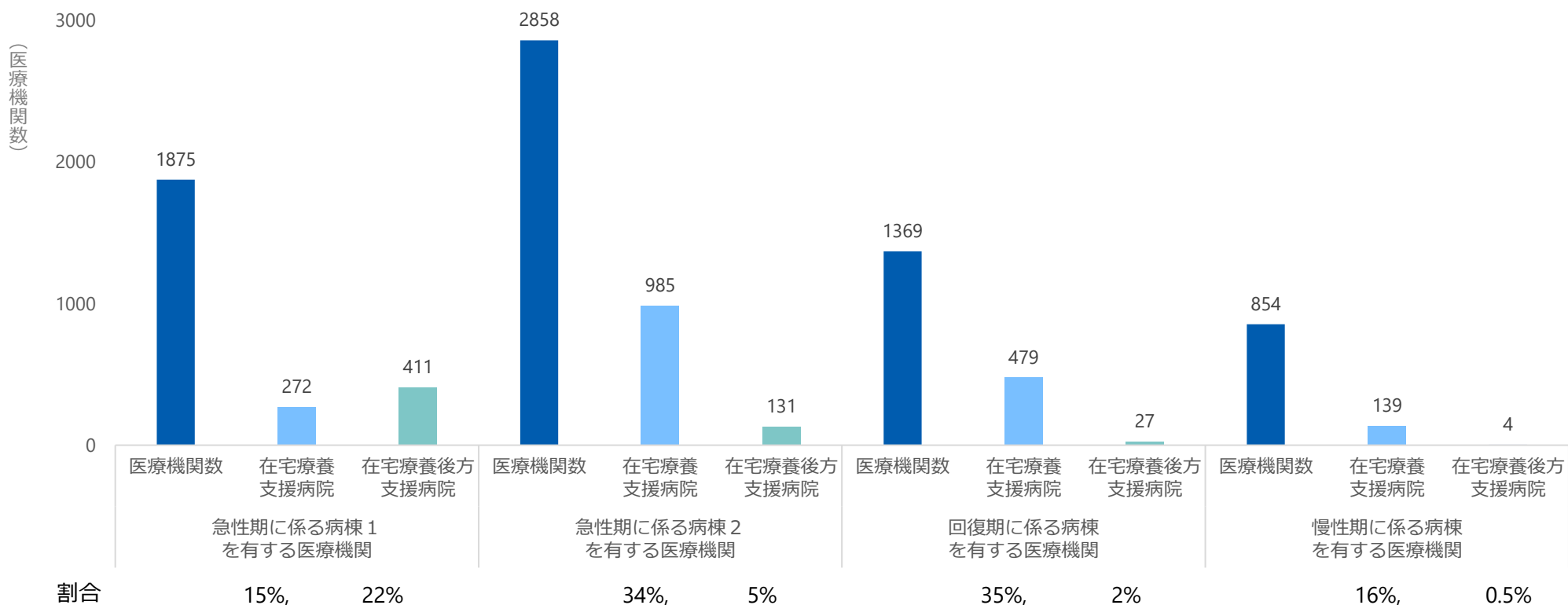
資料出所：令和 5 年度病床機能報告

- 急性期に係る病棟 1 を有する医療機関：看護配置が 7：1 以上の病棟を有する医療機関
- 急性期に係る病棟 2 を有する医療機関：上記を除き、看護配置が 10：1 の病棟を有する医療機関
- 回復期に係る病棟を有する医療機関：上記を除き、看護配置が 13：1 または 15：1 である医療機関
- 慢性期に係る病棟を有する医療機関：上記以外で病床機能報告を行う病院

在宅医療の対応状況（医療機関種別ごと）

病院において在宅医療の提供を行う医療機関は、急性期や回復期に係る病棟を有する医療機関が中心となっており、後方支援を行う医療機関は急性期に係る病棟を有する医療機関が中心となっている。

医療機関種別ごとの在宅医療の対応状況



資料出所：令和 5 年度病床機能報告

- 急性期に係る病棟 1 を有する医療機関：看護配置が 7：1 以上の病棟を有する医療機関
- 急性期に係る病棟 2 を有する医療機関：上記を除き、看護配置が 10：1 の病棟を有する医療機関
- 回復期に係る病棟を有する医療機関：上記を除き、看護配置が 13：1 または 15：1 である医療機関
- 慢性期に係る病棟を有する医療機関：上記以外で病床機能報告を行う病院

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
（高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**）
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



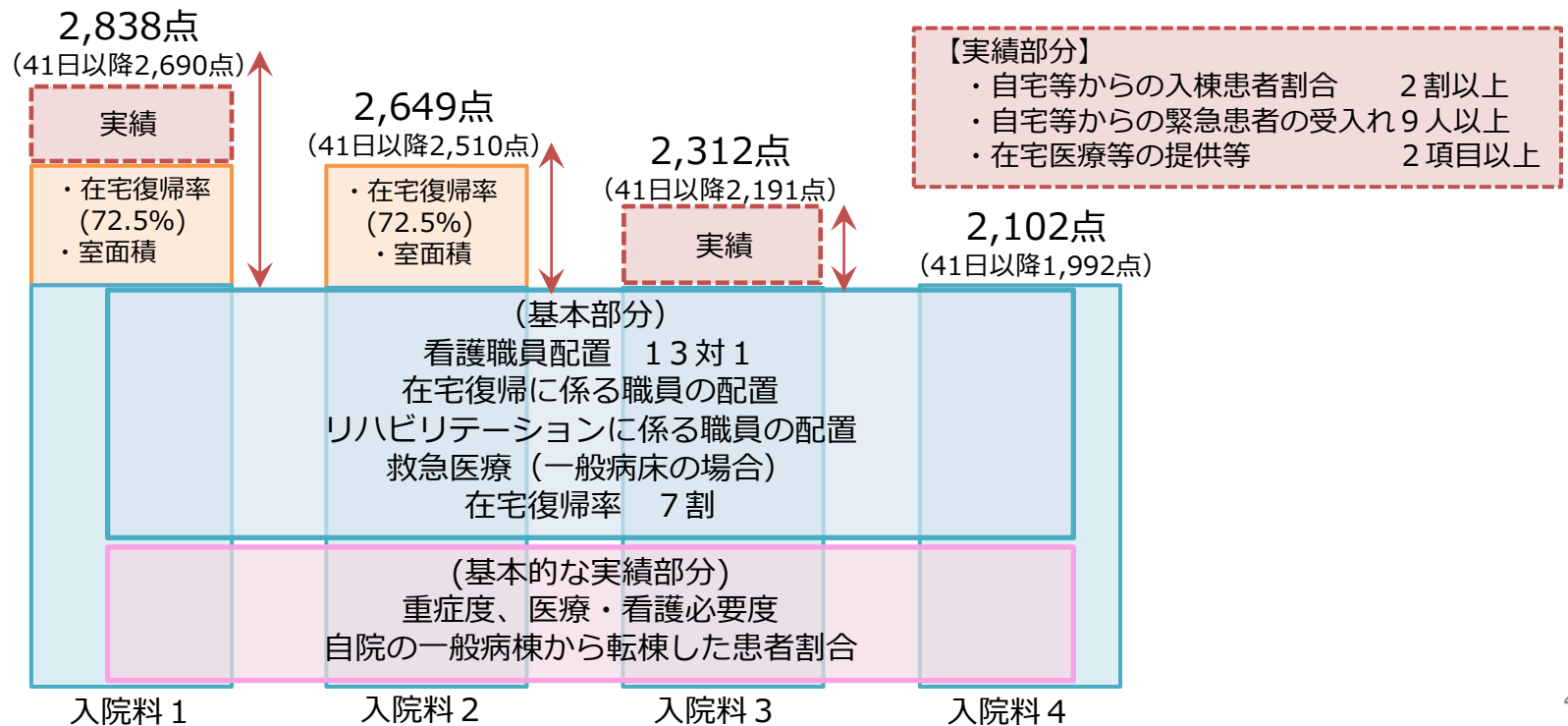
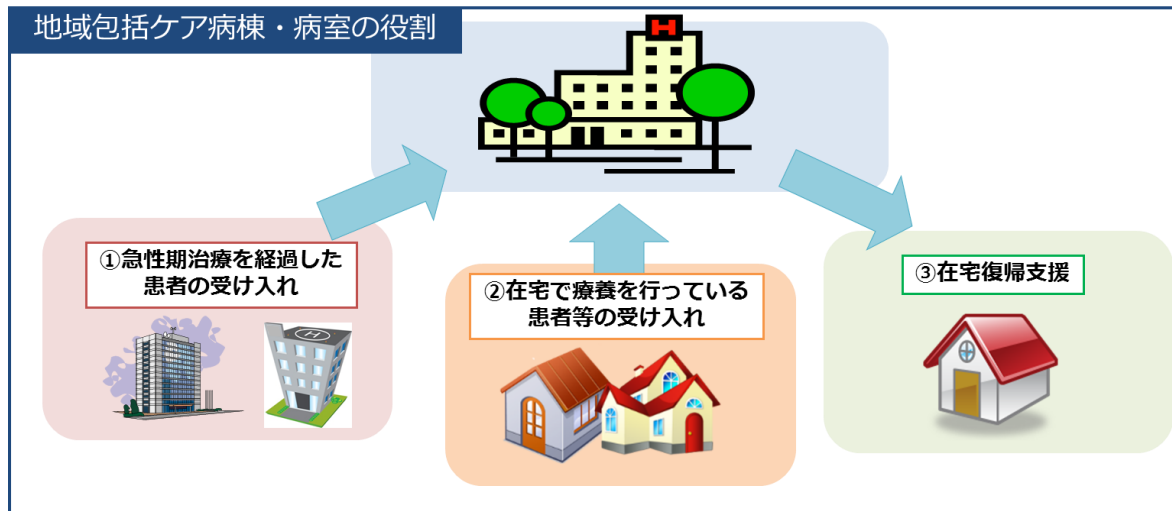
早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

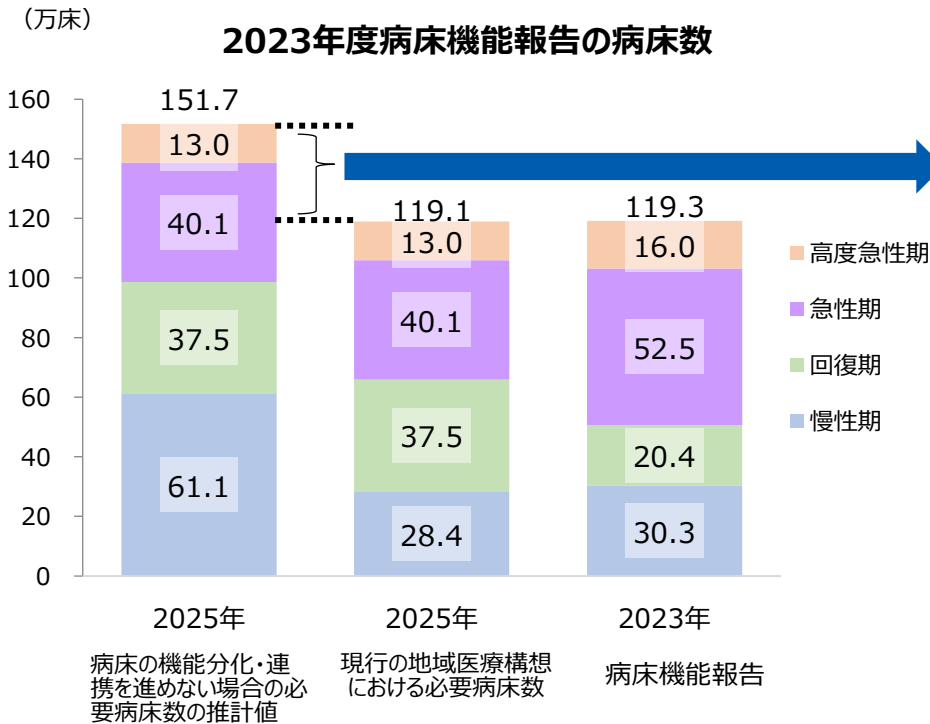
地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



現行の地域医療構想の評価について

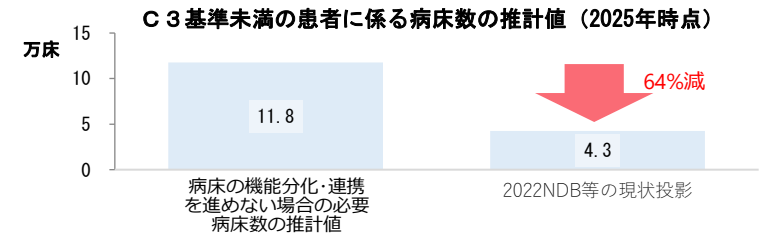
- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

現行の地域医療構想の病床の推計値と
2023年度病床機能報告の病床数

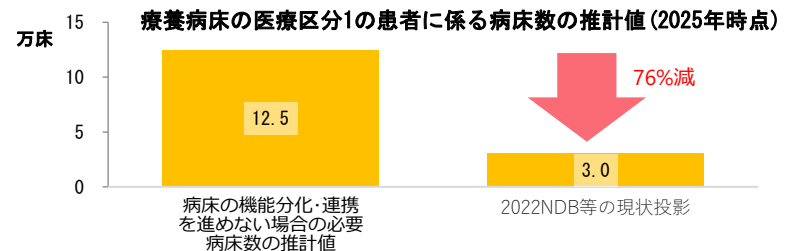


※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

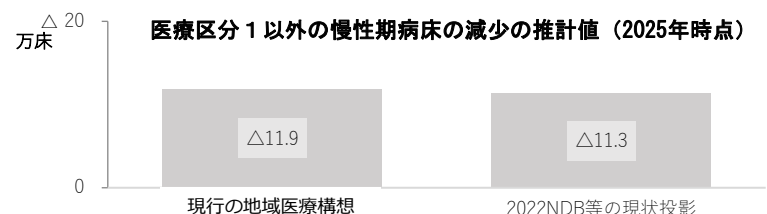
① C3基準未満の患者に係る病床



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床



③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



基準病床数制度について

目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

仕組み

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（保健所設置市長、特別区長）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要。（医療法第7条）
- 開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域（病床過剰地域）では、以下のとおり対応。

①公的医療機関等（※）

・都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）

※公的医療機関等：医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関

②その他の医療機関

- ・都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）
- ・病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。（健康保険法第65条第4項）

特例措置

- 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、特例として新たに病床を整備することが可能。

＜特例が認められるケース＞

- ・がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
- ・公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合等

基準病床数と既存病床数（概要）

基準病床数：全国一律の算定式により、都道府県が設定する病床数（地域で整備する病床数の上限）

既存病床数：基準病床数と比較し、病床過剰地域か否かを判断する際の基準となる病床数

基準病床数

○都道府県は、以下の算定式(ア+イ+ウ)に基づき、二次医療圏単位で一般病床及び療養病床に係る基準病床数を設定。

ア「一般病床」＝

$$((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別一般病床退院率}) \times (\text{平均在院日数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

イ「療養病床」＝

$$((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別療養病床入院受療率}) - (\text{在宅医療等で対応可能な数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

ウ「都道府県を越えた患者流出入」

都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、流出先都道府県と協議を行い合意を得た数を基準病床数に加減することができる。

○「一般病床」及び「療養病床」以外の病床（「精神病床」「結核病床」「感染症病床」）の基準病床数は、以下の全国統一の考え方により、都道府県の区域ごとに算定されている。

➤ **精神病床**

都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算し設定。

➤ **結核病床**

都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を都道府県知事が設定。

➤ **感染症病床**

都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に都道府県知事が設定。

既存病床数（一般・療養病床）

＜既存病床として算定する対象＞

- ・病院の一般病床及び療養病床
- ・有床診療所の一般病床（平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る）及び療養病床
- ・介護老人保健施設及び介護医療院の入所定員数（平成30年4月1日以後に療養病床から転換を行ったもの限り、令和6年3月31日までの間は既存病床数として算定）

＜既存病床数の補正＞

職域病院等の病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算定しない。（医療法施行規則第30条の33）

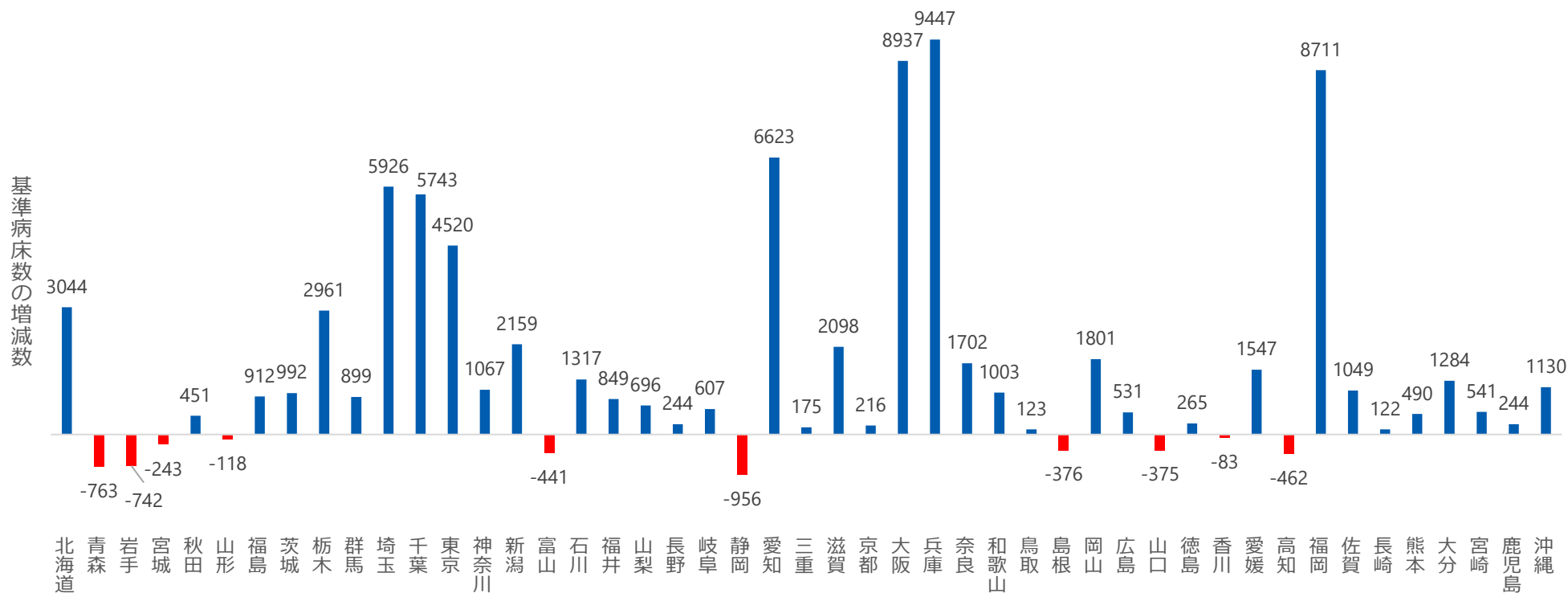
「職域病院等」

- ・国等（宮内庁、防衛省、労働者健康安全機構等）の開設する病院等
- ・特定の事業所の従業員（家族）の診療のみを行う病院
- ・医療型障害児入所施設である病院
- ・放射線治療病室の病床
- ・ハンセン病療養所の病床等

第8次医療計画と第7次医療計画の基準病床数について

第8次医療計画において、第7次医療計画からの受療率の変化等に伴い、基準病床数が変化し、多くの都道府県で基準病床数が増加した。

第8次医療計画と第7次医療計画における基準病床数の増減数

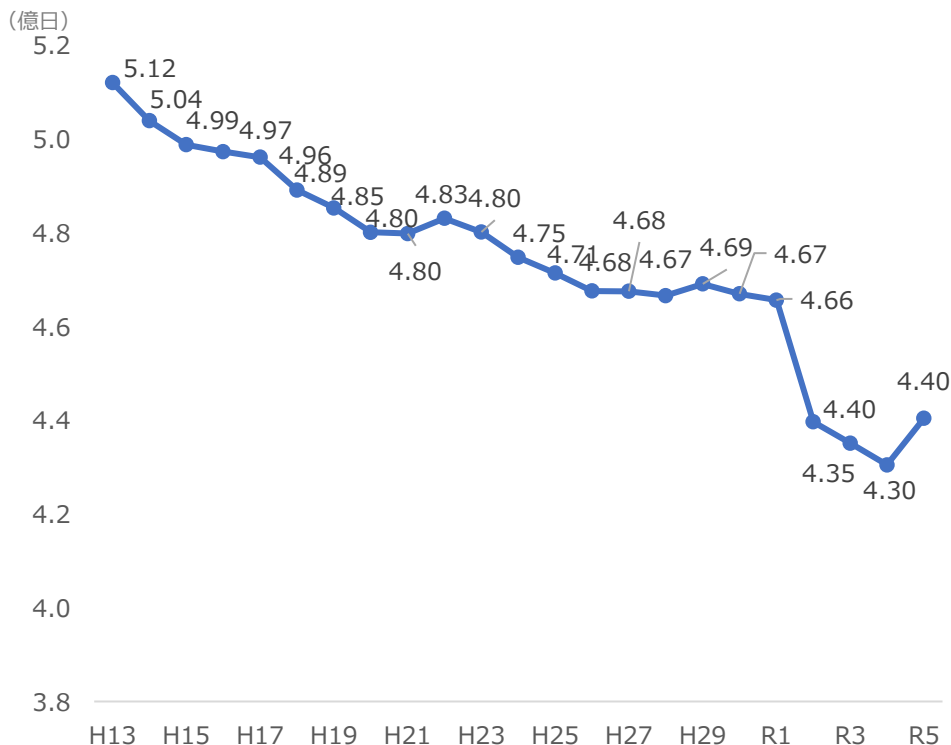


※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

入院受診延日数の推移

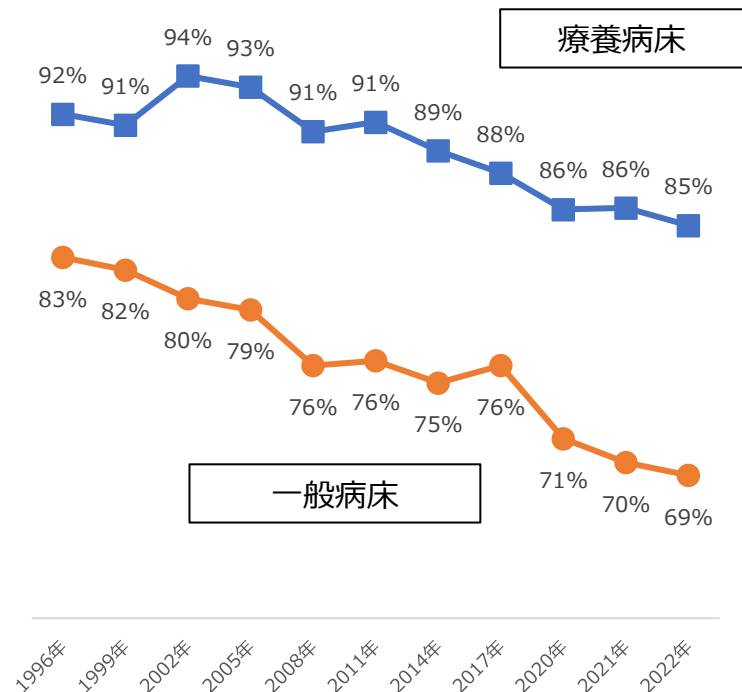


資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「病院報告」

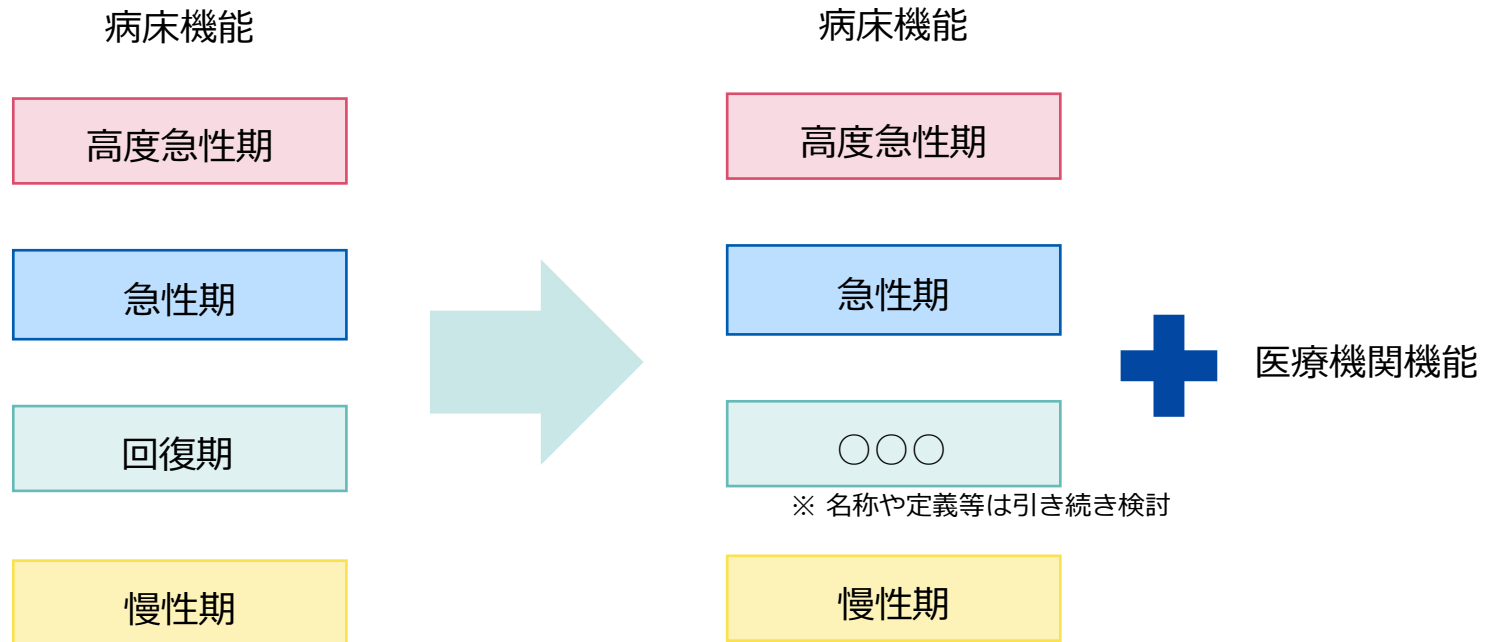
※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



病床機能・医療機関機能の基本的な考え方（案）

- 地域医療構想における必要病床数の推計においては、基本的に診療実績データをもとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能に区分。また、病床機能報告においては、一部、診療報酬における届出病床を参考にしながら、病棟単位で、4つの病床機能の区分のうち1つの機能を選択。
- こうした運用の中で、必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体で医療需要を捉える仕組みとして一定の役割を果たしてきたものの、
 - 医療機関の報告に当たって、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらいこと、
 - 地域医療構想策定後に急性期と回復期の両方の機能を有する病棟（地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟）が新設されたこと、
 - 病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくいこと等から、医療機関の報告に課題が生じている。
- こうした中、2040年頃を見据えると、急性期・回復期の医療ニーズの質・量が変化し、基本的には、手術等の多くの医療資源を有する急性期医療は減少する一方で、増加する高齢者救急に対して、疾病の治療、入院早期からのリハビリ等を通じた急性期と回復期の機能をあわせもつことが一層求められる。



必要病床数の推計に係る病床機能区分については、これまでと同様、4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）とした上で、引き続き、状況の変化も踏まえつつ、基本的に診療実績データをもとに推計する。一方、これまでの取組・課題や2040年頃に増加する高齢者救急等への対応等を踏まえ、病床機能とあわせて高齢者救急の受入れ、救急・急性期の医療の提供を広く行う医療機関機能を明確にした上で、医療機関機能を報告することとしてはどうか。

病床機能について（案）①

- 2040年に向けて、高齢化に伴い増加する高齢者救急の受け皿の確保が重要であり、増加する高齢者救急に対して、疾病の治療、入院早期からのリハビリ等を通じた急性期と回復期の機能をあわせもつことが一層求められる。
- 病院における在宅医療の提供は、急性期や回復期に係る病棟を有する医療機関が中心であり、後方支援を行う医療機関は急性期に係る病棟を有する医療機関が中心となっている。
- 将来の病床数の必要量の推計については、現行の地域医療構想において、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、病床の機能分化・連携等の取組を進めることにより、2025年時点の必要量を119万床程度とする目標としているところ、現在、合計の病床数はほぼ同じ水準となっており、一定の役割を果たしてきた。
- 基準病床数制度は、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保するためのものであるが、第8次医療計画においては、第7次医療計画からの受療率の変化等に伴い、多くの都道府県で基準病床数が増加している。入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。将来の病床数の必要量と基準病床数の関係性が分かりづらく、これらの病床規制の整合性を図るべきとの指摘がある。



病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表毎に）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 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

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

3. 構想区域

現行の地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとしている。構想区域の設定に当たって、都道府県において、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。

構想区域

339 構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

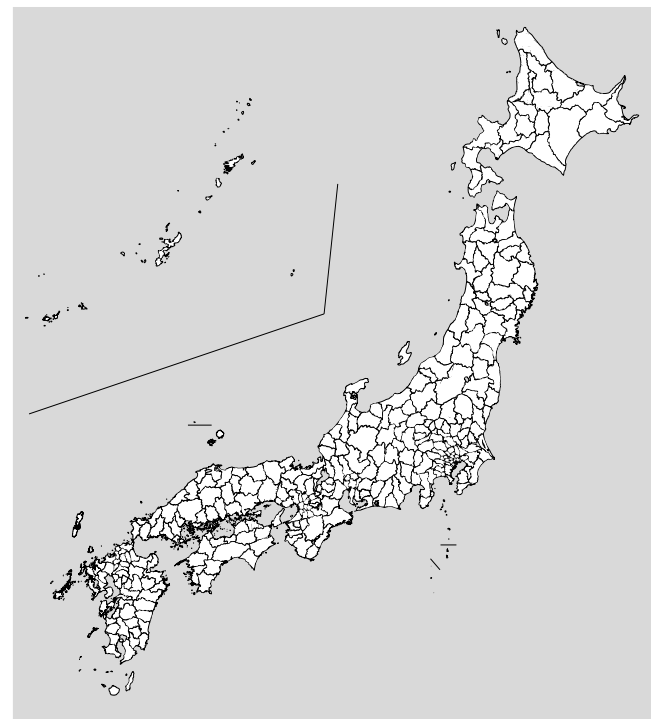
※ 地域医療構想策定ガイドライン（平成27年3月31日）抜粋

- 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- 地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年（2024年）3月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

二次医療圏

330 医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である**と認められるものを単位として設定

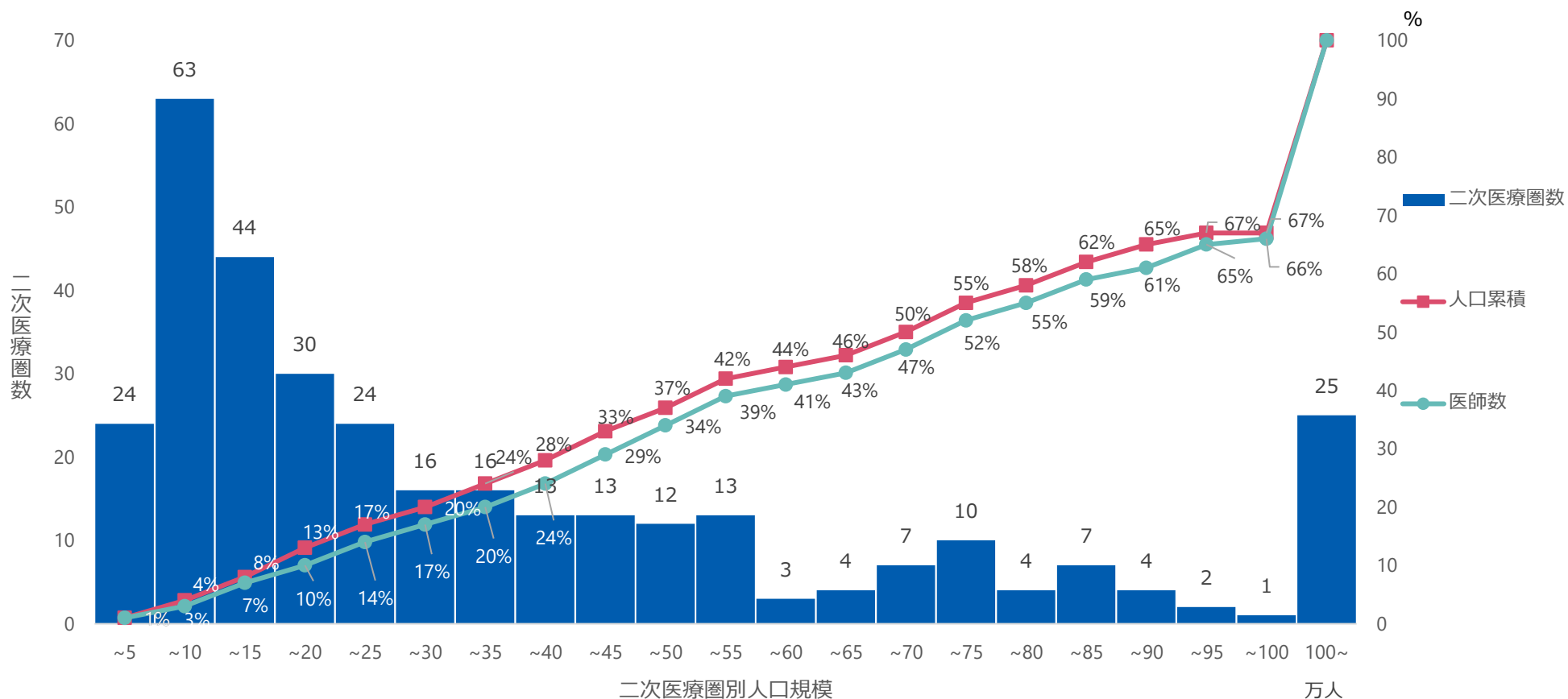


※令和4年9月時点の二次医療圏（335医療圏）数の図であり、構想区域（339区域）の数とは一致しない。

二次医療圏の医療資源等について

- 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度、20万人未満の二次医療圏は161、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 100万人以上の二次医療圏においては、全人口の33%、医師数の34%を占める。

人口規模別二次医療圏数と累積人口等

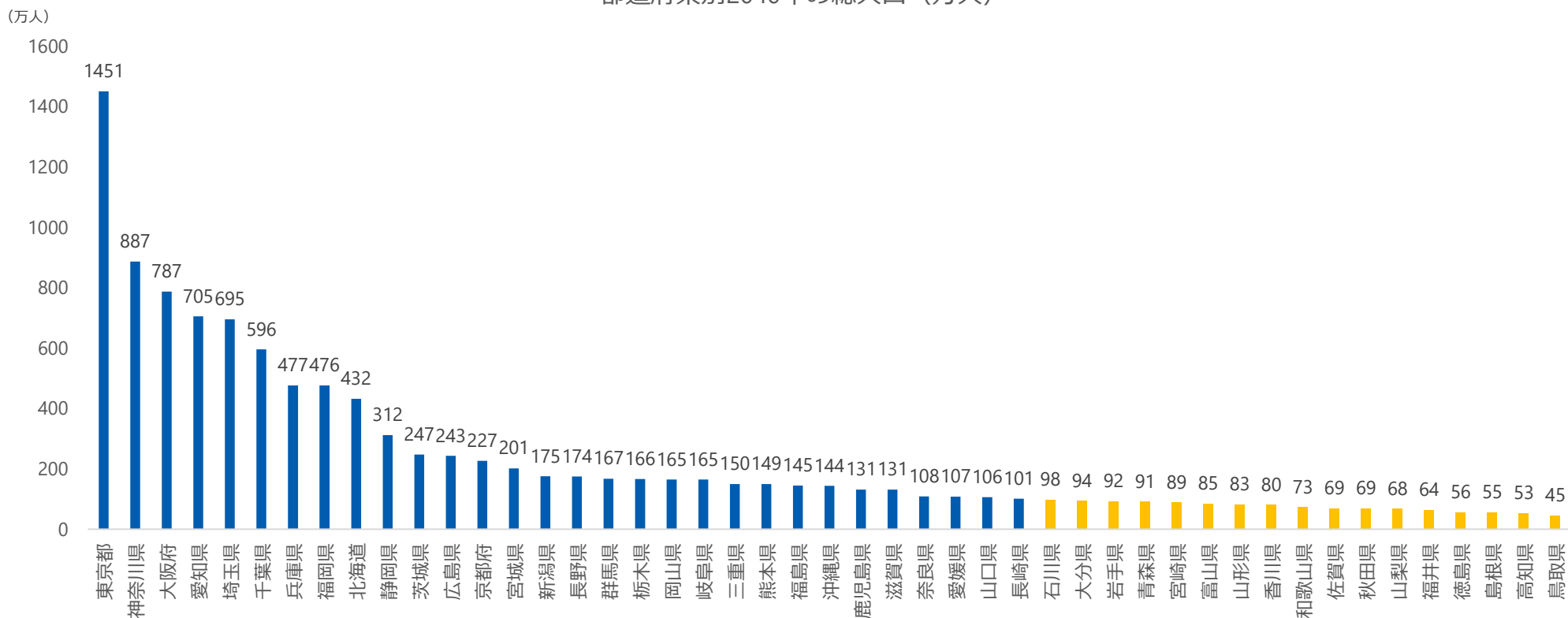


※2023年病床機能報告（第8次医療計画時点）データ

広域な観点の圏域

三次医療圏については、基本的に都道府県単位で整備してきた。2040年には17県が人口100万人未満となる見込み。

都道府県別2040年の総人口（万人）

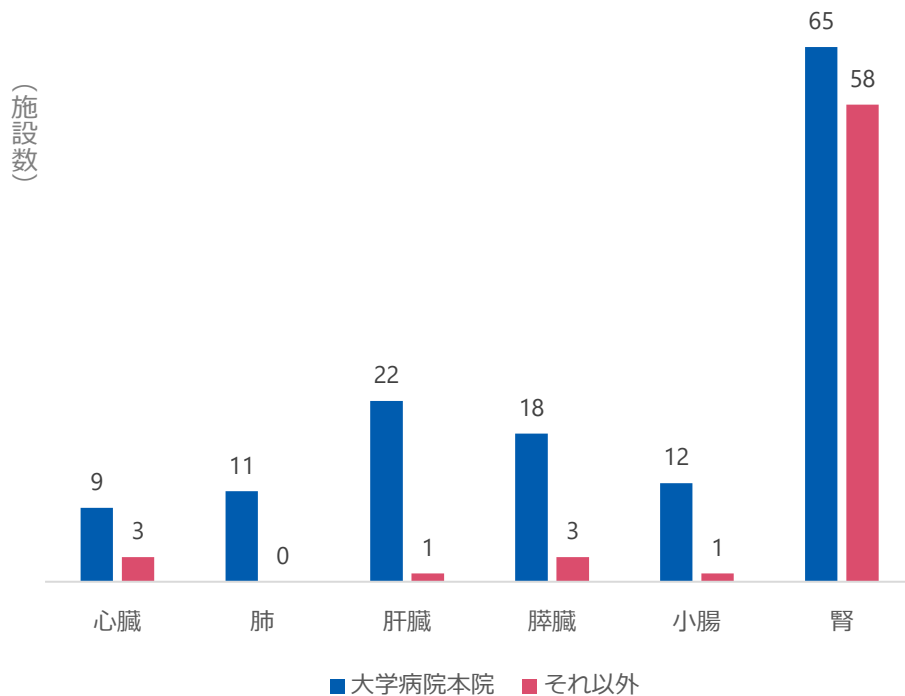


資料出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

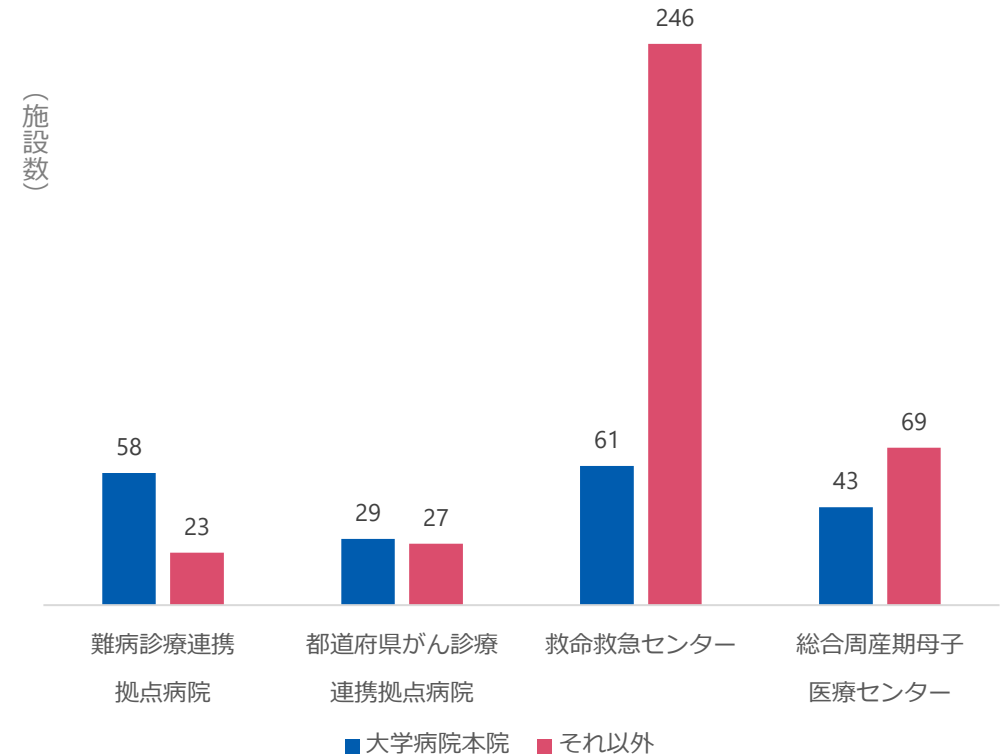
広域な観点で整備すべき診療機能について

広域な観点で整備すべき診療機能のうち、一部の臓器の移植医療等については、都道府県をこえて整備されている場合がある。

移植施設ごとの
大学病院本院とそれ以外の内訳



広域な観点で整備される施設類型ごとの
大学病院本院とそれ以外の内訳



第8次医療計画における医療圏の考え方

- 第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏について、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は区域の設定の見直しを検討する、また、100万人以上の二次医療圏について、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。
- 三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療、希少疾患に関する医療、専門性の高い救急医療等について、一都道府県の区域を単位として設定するが、区域が特に広大等の場合は、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定することとしている。

「医療計画について」（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。（略）人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討すること。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。また、設定を変更しない場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。

三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。また、一般的に三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられること。

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

秋田県医療保健福祉計画の概要について

第3章 医療圏と基準病床数

第1節 医療圏の設定

県民のニーズに応えた医療提供体制の体系化や医療・保健・福祉の連携を図るための地域単位として設定する。(表1、図4)

二次医療圏については、検討の結果、次のとおり**3つの二次医療圏を設定**することとした。

《二次医療圏の設定理由》

1. いずれの二次医療圏でも国の見直し基準をクリアしている。
2. 今後の人口減少を見越し、長期的視野に立った医療提供体制を整備できる。(特段の事情がない限り、次回設定での見直しは不要)
3. 疾病・事業ごとの課題を考えるに当たり、役割分担や連携の選択肢が広がる。
4. 県北・県央・県南とバランスのとれた医療提供体制の整備が可能である。

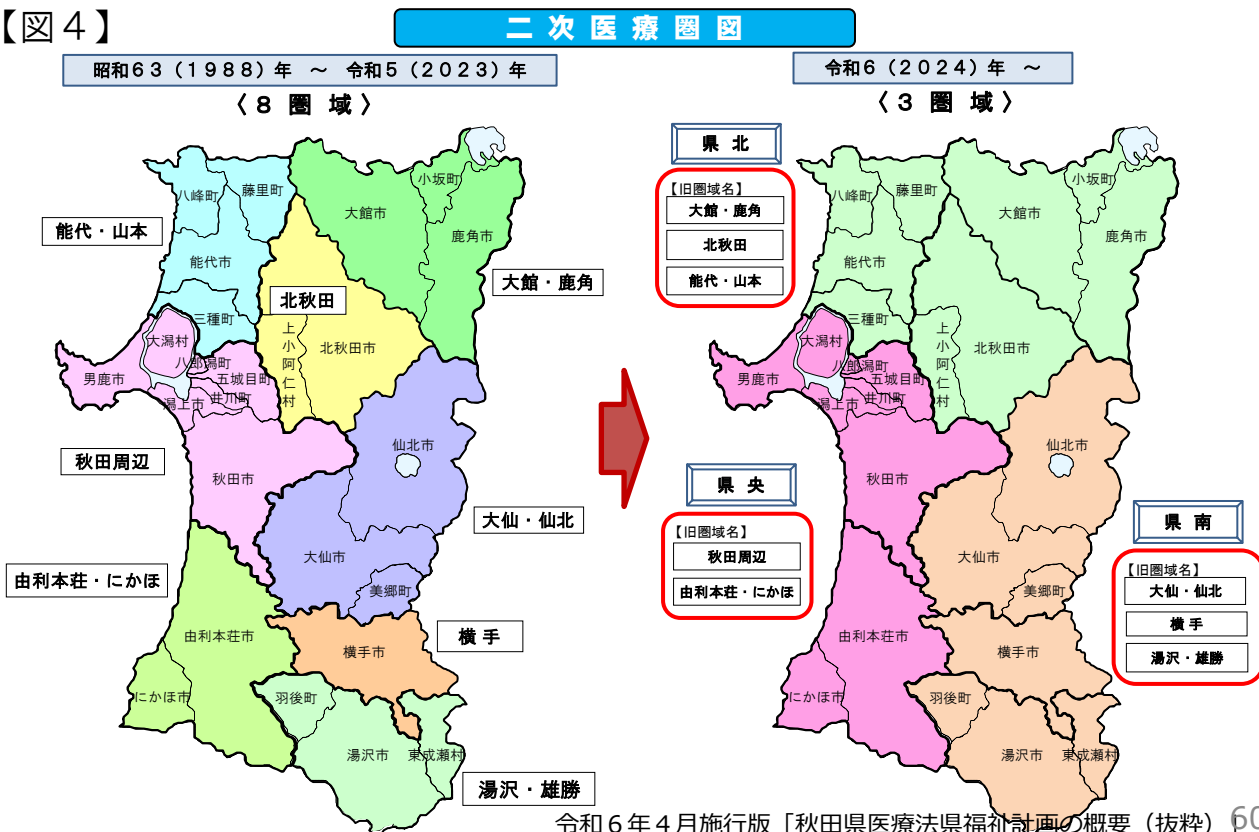
《期待される効果》

1. 各医療圏で、一般の入院に係る医療が完結
2. 各医療圏において、緊急PCIやハイリスク分娩などの専門的な医療に対応できる体制を確保
3. 在宅医療など地域包括ケアシステムを支える病院と緊急手術や救急搬送に確実に対応する主に急性期医療を担う病院との役割分担と連携により医療を効率的に提供できる体制を確保
4. 医師等の技術向上の環境が整備

【表1】

区分	区域	単位地域
一次医療圏	住民の健康管理、予防、日常的な疾病や外傷等に対処して日常生活に密着した医療・保健・福祉サービスを提供する地域。	各市町村
二次医療圏	都市と周辺地域を一体とした広域的な日常の生活圏で特殊な医療を除いた入院治療や包括的な医療サービスが行われる地域で、病院及び診療所の一般病床及び療養病床の整備を図る地域的単位。	3つの二次医療圏
三次医療圏	二次医療圏で対応することが困難で特殊な医療サービスが行われる広域的な区域。	県全域

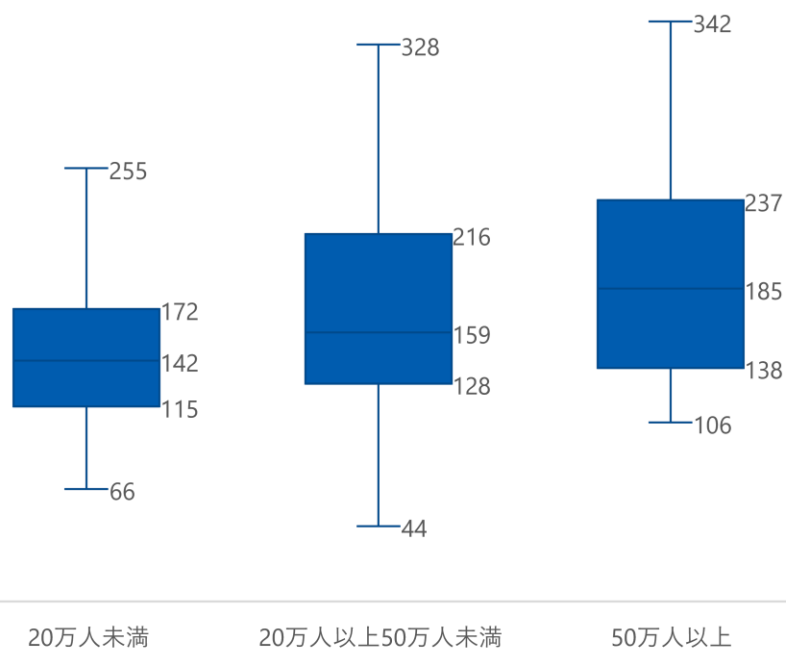
【図4】



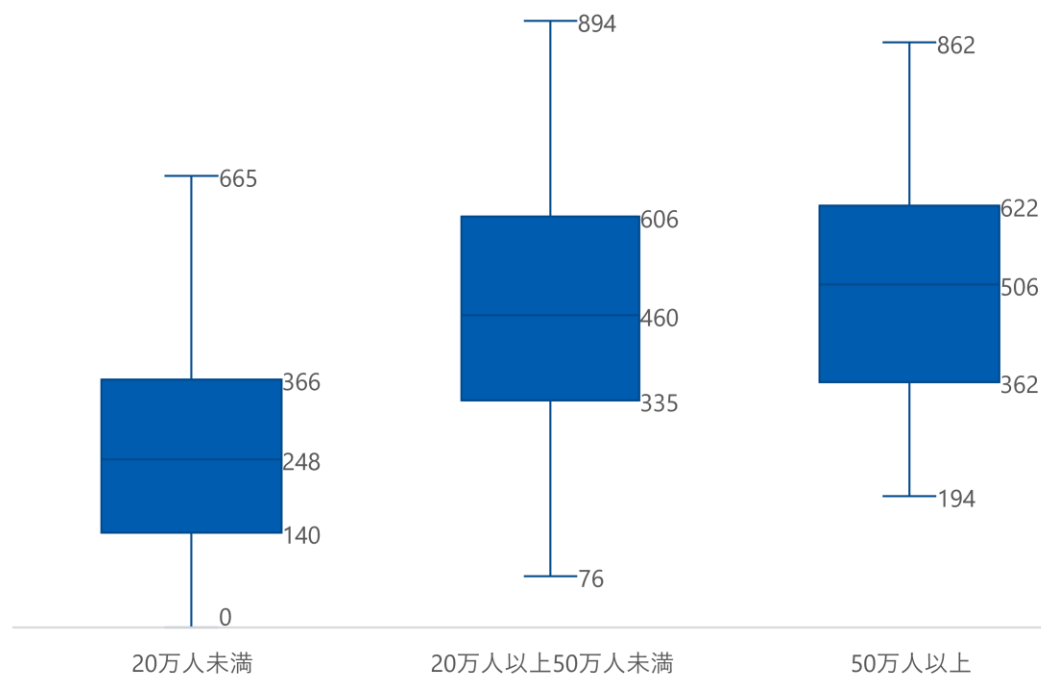
地域別の医療資源について①

- 人口規模の大きな二次医療圏は、人口あたり医師数が多い傾向がある。
- 人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたり悪性腫瘍手術の実施件数が少ない傾向がある。

二次医療圏人口規模別の人口10万人対医師数



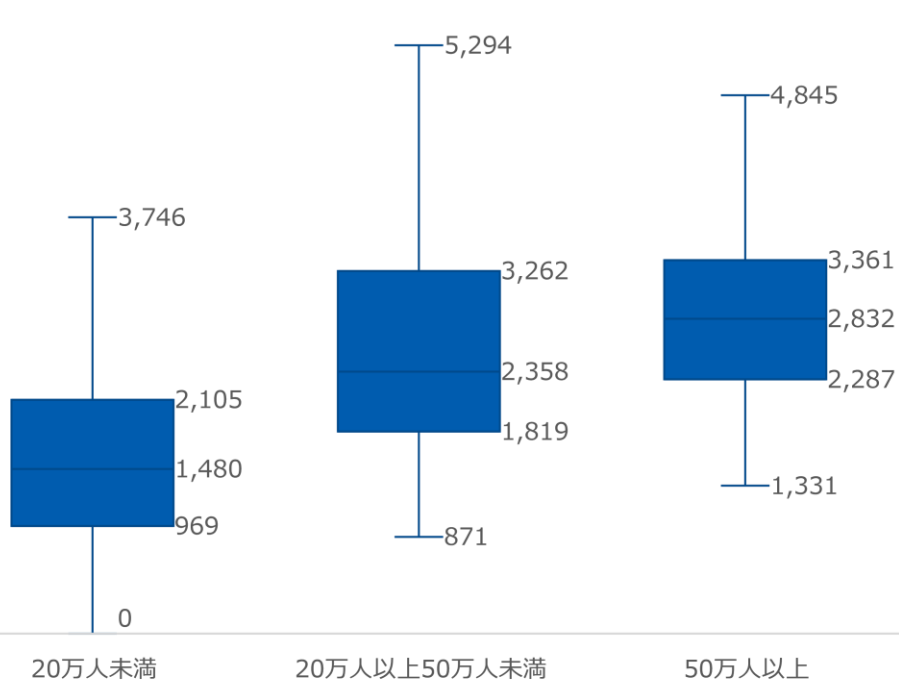
二次医療圏人口規模別の人口10万人対悪性腫瘍手術



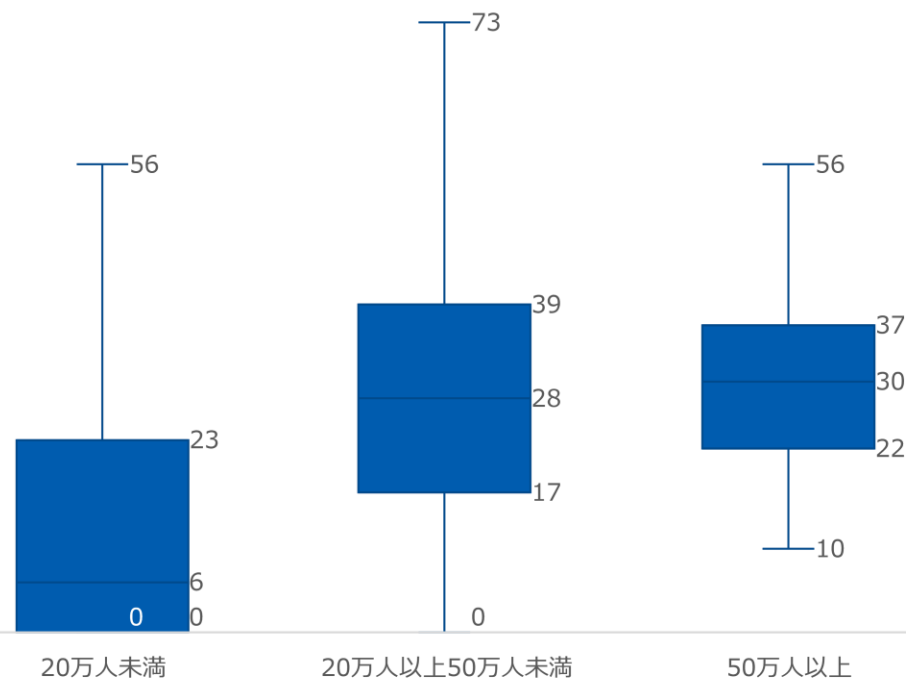
地域別の医療資源について②

- 二次医療圏の人口規模が大きくなるほど、人口あたり全身麻酔の実施件数は大きくなる傾向にある。
- 人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたり脳血管内手術の実施件数が少なく、実施されていない二次医療圏も一定数存在する。

二次医療圏人口規模別の人口10万人対全身麻酔の手術



二次医療圏人口規模別の人口10万人対脳血管内手術

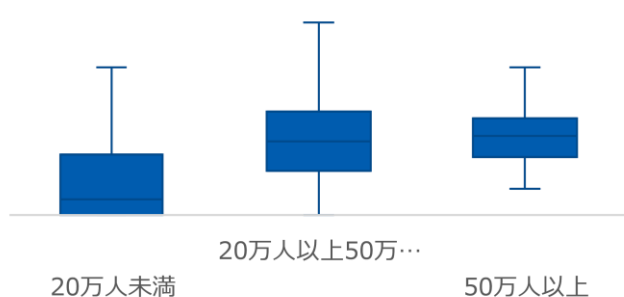


人口規模別の区域ごとの課題の例

人口規模の大小等の地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。

■人口規模の小さな区域での課題の例

二次医療圏人口規模別の人口10万人対脳血管内手術

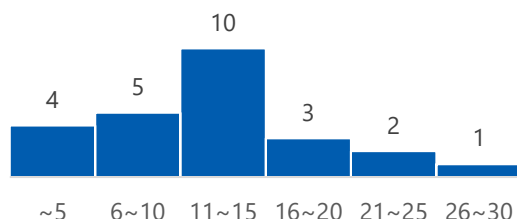


資料出所：令和5年度病床機能報告

- ・ 医師等の医療資源の絶対数が少なく、実施可能な医療が他の地域と比べて少ない場合がある。一部の診療行為については、実施がない二次医療圏も存在する。
 - ・ 隣接区域も人口規模の小さな区域である場合や、離島や山間部等でアクセスに課題がある場合がある。
- ⇒ 例えば、区域全体の医療資源の範囲で、必要な連携・再編・集約化を行い、確保する医療内容の検討、隣接区域や必要に応じて都道府県を越えた連携体制の構築の検討等が必要。

■人口規模の大きな区域での課題の例

100万人超医療圏における消化器外科の時間外手術を実施していない医療機関数



資料出所：NDB（2022年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

- ・ 医師等の医療資源は多いが、医療機関の特性も多様で、時間外手術を実施しない医療機関が一定数存在し、地域内でも時間外の対応を行う一部医療機関の医師等の働き方に負担が生じる場合がある。
 - ・ 隣接区域も人口規模が大きく、医療資源が多い場合がある。
- ⇒ 例えば、医療需要に応じて、救急受入等に関する役割分担を検討し、必要な連携・再編・集約化を行い、医師等の働き方が適切に確保され、質の高い医療を効率的に提供する体制の検討等が必要。

医療機関の機能転換・再編等の先行事例

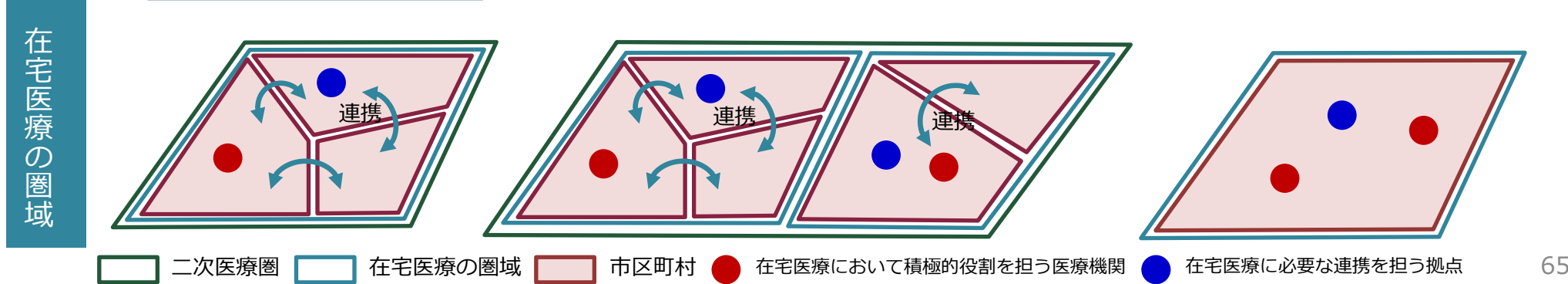
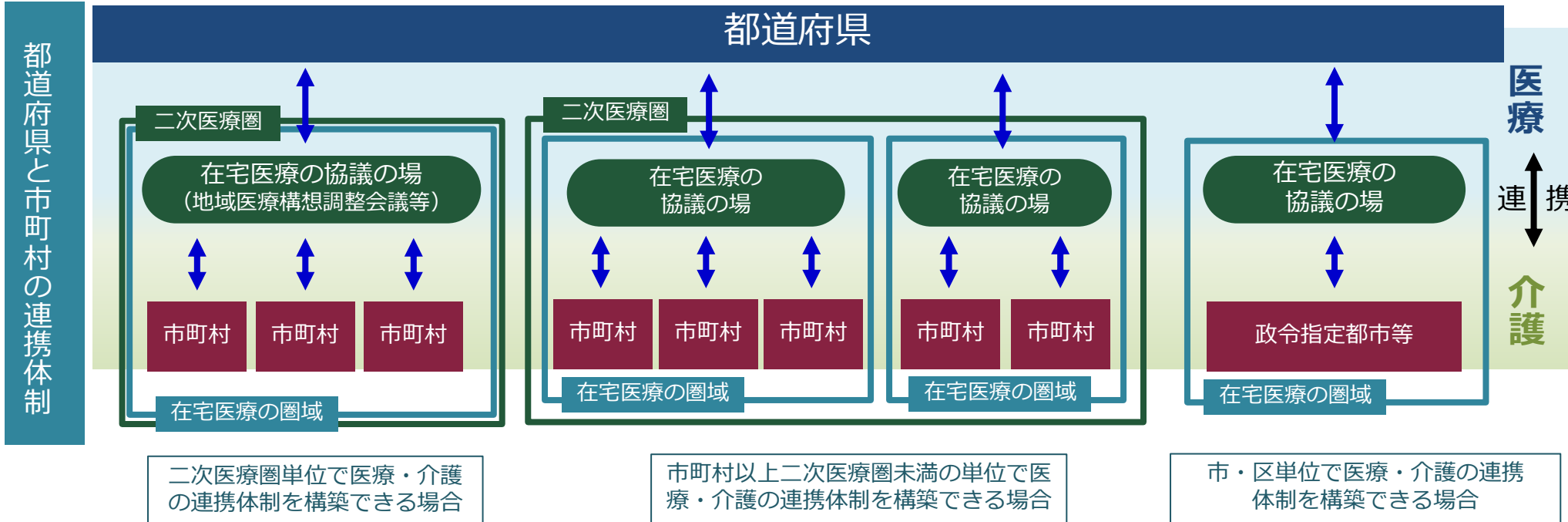
（「2025年に向けた地域医療構想の進め方について」（令和6年3月28日厚生労働省医政局長通知から抜粋）

人口や地理的な要因など様々な状況下で、医療機関の機能転換・再編等の先行事例が存在する。

事例	構想区域の人口	概要	成果	支援策
■山形県(R5) 米沢市立病院、三友堂病院	21.2万人	・医師不足による救急医療の体制維持に課題がある中、市立病院(322床)と2つの民間病院(185床、120床)を再編し、米沢市立病院(263床)は急性期、三友堂病院(199床)は回復期・慢性期を担う体制とし、両病院を併設して連携を強化	・医療機関の併設による急性期と回復期・慢性期の連携強化 ・併設による転院動線の簡略化、エネルギーセンター・給食センター等の共有化	・地域医療介護総合確保基金 ・登録免許税・不動産取得税の税制優遇措置 ・都市構造再編集中支援事業費補助金(都市再生整備計画)
■兵庫県(R元) 県立丹波医療センター	10.9万人	・医療資源が分散し、病院の経営状況が悪化する中、県立病院(303床)と公的病院(95床)を再編し、急性期から回復期、終末期までの幅広い医療を担う中核病院(316床)を整備	・救急搬送受入件数の増加(約1500件(2病院)→約2000件) ・医師数の増加(62人(2病院)→78人)	・地域医療介護総合確保基金
■茨城県(H30) 茨城県西部メディカルセンター、さくらがわ地域医療センター	27.0万人	・医師の分散等により急性期機能が低下する中、2つの公立病院(399床、173床)と民間病院(79床)の再編により、急性期・二次救急対応を担う茨城県西部メディカルセンター(250床)、後方病院として回復期・慢性期に対応するさくらがわ地域医療センター(128床)に機能分化	・茨城県西部メディカルセンターに地域臨床教育センターを設置し、医師数の増加(17名(公立2病院)→30名(茨城県西部メディカルセンター)) ・救急搬送受入件数の増加(約1000件(公立2病院)→約2200件(茨城県西部メディカルセンター))	・地域医療再生基金
■埼玉県(H29) 県立小児医療センター、さいたま赤十字病院	128.1万人	・医師不足や周産期・救急医療の拠点不足という課題がある中、県立病院(300床)と公的病院(605床)を再編し、両病院(316床、632床)を併設して、総合周産期母子医療センターを協同運用	・ハイリスク母胎・ハイリスク新生児への対応が区域内で可能 ・併設によるヘリポート、職員食堂、職員用保育園等の共有化	・地域医療再生基金
■群馬県(H28) 国立病院機構渋川医療センター	11.6万人	・基幹病院がなく、多くの患者が他の医療圏に流出する中、公的病院(380床)と市立病院(154床)を再編して、急性期機能を拡充し、地域の中核病院(450床)を整備	・医師数の増加(40人(2病院)→58人) ・救急搬送受入件数の増加(約560件(2病院)→約1080件) ・手術件数の増加(約2.2倍)	・地域医療再生基金
■香川県(H28) 小豆島中央病院	3.0万人	・医師不足が続き、医療水準の維持が難しい中、2つの町立病院(111床、196床)を再編し、幅広い医療を提供する中核病院(225床)を整備	・島内での医療完結に向け救急医療の充実	・地域医療介護総合確保基金
■静岡県(H25) 中東遠総合医療センター、掛川東病院、袋井市立聖隷市民病院	47.6万人	・医師不足で医療資源が分散する中、隣接自治体の2つの市立病院(450床、400床)を再編し、急性期を中心とした中核病院(500床)を整備。また、市立2病院の跡地に回復期・慢性期を中心とした2つの後方支援病院(190床、150床)を整備	・医師数の増加(83名(市立2病院)→145名(中東遠総合医療センター))	・地域医療再生基金

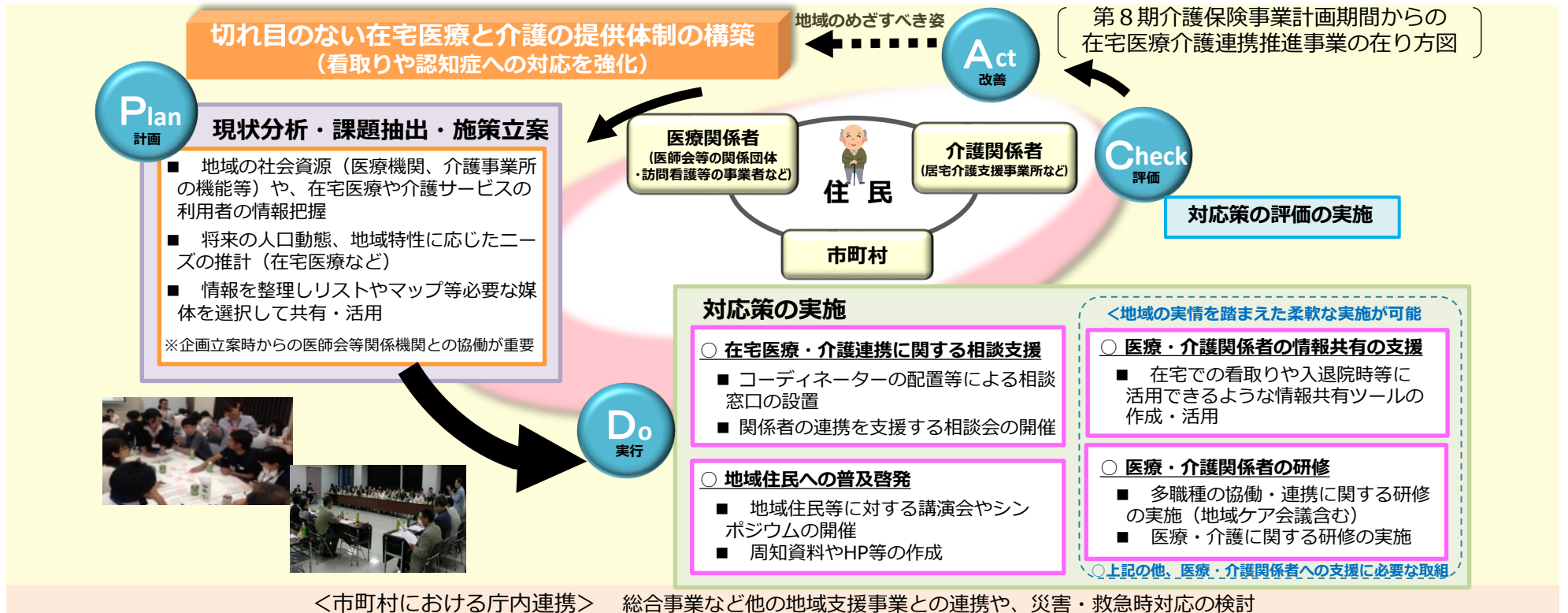
在宅医療の圏域の設定単位の考え方

- 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

構想区域・医療機関機能の考え方（案）②



- 新たな地域医療構想における構想区域の範囲については、2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大する必要があるのではないか。
- 在宅医療については、二次医療圏よりも狭い区域での議論が必要であり、在宅医療の圏域ごとに、医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等が連携しながら、在宅医療提供体制を確保するとともに、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の取組との連携をより一層深めることができる枠組みが必要ではないか。
- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保するとともに、地域によって役割を発揮している、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等の機能について、【その他地域を支える機能】として位置づけることとしてはどうか。

構想区域について（案）

- 構想区域については、二次医療圏を原則としており、ほぼ同数が整備されている。
- 第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏や100万人以上の二次医療圏については、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療等の提供等のため、基本的に都道府県の単位を区域として設定することとしている。
- 人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術が実施されていない二次医療圏も一定数存在する。
- 人口規模の大小等により地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。
- 人口や地理的な要因など様々な状況下で、医療機関の機能転換・再編等の先行事例が存在する。
- 在宅医療の圏域については、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。



- 構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を原則として、急性期拠点機能等の医療機関機能の確保に向けて、アクセスの観点も踏まえつつ、人口規模が20万人未満の構想区域や100万人以上の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を見直すこととしてはどうか。
 - ※ 二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分割等を先行して行うこともあり得る。
- 広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定することとしてはどうか。
- 在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することとしてはどうか。
- 具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を含めて、ガイドラインを検討する際に検討することとしてはどうか。