

第1回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年3月29日

資料2

# 新たな地域医療構想に関する検討の進め方について

# 目次

1. 地域医療構想の取組及び進捗 ……P. 2
2. 医療提供体制をとりまく状況 ……P.96
3. 新たな地域医療構想の検討 ……P.154

# 1. 地域医療構想の取組及び進捗

# (1) 地域医療構想の概要と経緯

# 地域医療構想について

- 地域医療構想は、**中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化**を見据え、**医療機関の機能分化・連携**を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
  - ① 都道府県において、各構想区域における**2025年の医療需要と「病床数の必要量」**について、**医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。**
  - ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を**「病床機能報告」**により報告。
  - ③ 各構想区域に設置された**「地域医療構想調整会議」**において、**病床の機能分化・連携に向けた協議**を実施。
  - ④ 都道府県は**「地域医療介護総合確保基金」**を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

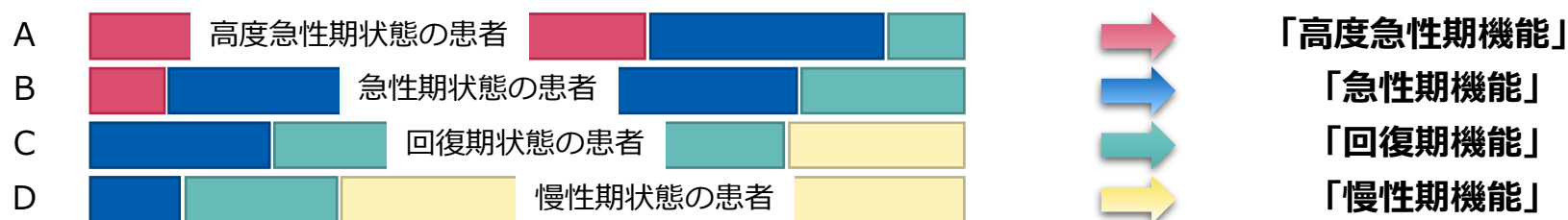
# 病床機能報告制度

- 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）



# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

## 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

- 救命救急入院料
  - 特定集中治療室管理料
  - ハイケアユニット入院医療管理料
  - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
  - 小児特定集中治療室管理料
  - 新生児特定集中治療室管理料
  - 総合周産期特定集中治療室管理料
  - 新生児治療回復室入院医療管理料
- 
- 地域包括ケア病棟入院料（※）
- ※ 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
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 
- 特殊疾患入院医療管理料
  - 特殊疾患病棟入院料
  - 療養病棟入院基本料
  - 障害者施設等入院基本料

# 令和5年度病床機能報告の報告項目について

○ 令和5年度病床機能報告の報告項目については、以下のとおりとする。

医療機能等		入院患者に提供する医療の内容			
医療機能(現在/2025年の方向) ※介護施設に移行する場合は移行先類型		手術の幅広い実施		全身管理	中心静脈注射 呼吸心拍監視
構造設備・人員配置等		心筋梗塞等への治療		早期からのリハビリテーション	酸素吸入 観血的動脈圧測定 ドレーン法 胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸 人工腎臓、腹膜灌流 経管栄養薬剤・投与用力カテーテル交換法
病床数・人員配置・機器等	設置主体 主とする診療科	手術総数 人工心肺を用いた手術 腹腔鏡下手術件数	全身麻酔の手術件数 胸腔鏡下手術件数 内視鏡手術用支援機器手術数	重症患者への対応	疾患に応じたリハビリテーション
	部門別職員数(医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、救急救命士等)	悪性腫瘍手術件数 術中迅速病理組織標本作製 化学療法件数	病理組織標本作製 放射線治療件数 がん患者指導管理料 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入		
	DPC群の種類 承認の有無(特定機能病院・地域支援病院) 診療報酬届出状況(総合入院体制加算、急性期充実体制加算、精神科充実体制加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院)	抗悪性腫瘍剤局所持続注入 超急性期脳卒中加算 脳血管内手術 入院精神療法 認知症ケア加算 精神疾患診断治療初回加算	t-PA投与 経皮的冠動脈形成術 精神科リエゾンチーム加算 精神疾患診療体制加算		
	三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無 施設全体の最大・最小使用病床数	ハイリスク分娩管理加算 救急搬送診療料 持続緩徐式血液濾過 経皮的心肺補助法 頭蓋内圧持続測定 血漿交換療法 血球成分除去療法	ハイリスク妊産婦共同管理料 観血的肺動脈圧測定 大動脈バルーンパンピング法 補助人工心臓・植込型補助人工心臓 人工心肺 吸着式血液浄化法		
医療機器の保有状況(CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、マンモグラフィ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ))	救急医療の実施	院内トリアージ実施料 救急医療管理加算 在宅患者緊急入院診療加算 体表面ペースティング法/ 食道ペースティング法 カウンターショック 食道圧迫止血チューブ挿入法	夜間休日救急搬送医学管理料 早期栄養介入管理加算 救命のための気管内挿管 非開胸的心マッサージ 心膜穿刺	重度の障害児等の受入	褥瘡対策加算 重症皮膚潰瘍管理加算 特殊疾患入院施設管理加算 強度行動障害入院医療管理加算 難病等特別入院診療加算 重度褥瘡処置 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 療養病棟特別入院基本料
退院調整部門の設置状況 退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員) 許可病床数 稼働病床数(一般・療養別) 算定する入院基本料・特定入院料	在宅復帰後の支援	入退院支援加算・小児加算 入院時支援加算 救急在宅等支援(療養)病床初期加算 有床診療所一般病床初期加算 地域連携診療計画加算 二次性骨折予防継続管理料	急性期後	有床診療所の多様な機能	有床診療所の病床の役割 難病等特別入院診療加算 往診・訪問診療患者延べ数 看取り患者数 救急医療実施状況
入院患者数の状況 入棟前の場所・退棟先の場所別入院患者の状況 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 分娩件数 看取り件数(在宅療養支援病院/診療所である場合) 救急医療の実施状況(休日・夜間/時間外患者数、救急車受け入れ件数)	入院患者の状況	リハビリテーションの状況	連携	歯科	歯科医師連携加算 周術期等口腔機能管理料 周術期口腔機能管理後手術加算

## 期間・時点

7月1日時点

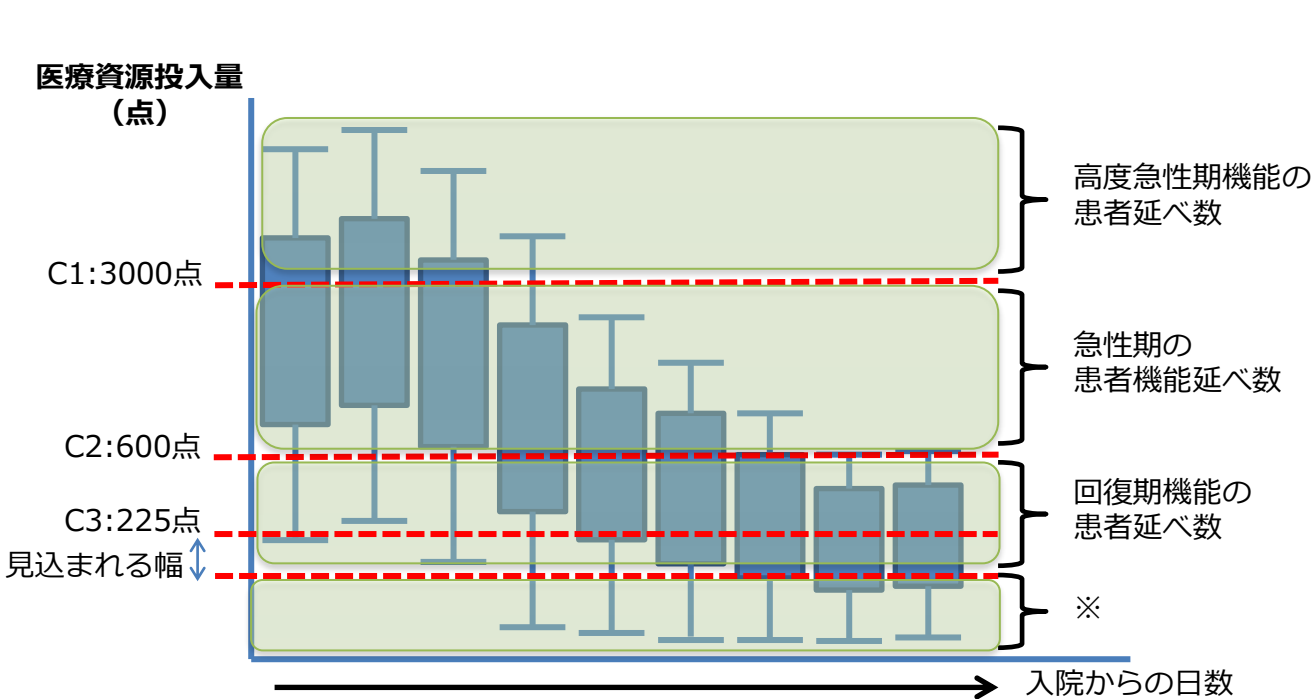
1年分(前年4月～報告年3月分)

※ なお、外来機能報告の開始に伴い、令和4年度病床機能報告より報告期間を2ヶ月間(10月1日から11月30日)に延長している。



# 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	○○○○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

## II 医療・介護分野の改革

### 1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

#### （1）改革が求められる背景

（略）

日本が直面している急速な**高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた**。平均寿命 60 歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも 80 歳近くとなり、女性では 86 歳を超えている社会では、**慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心となる**。そうした時代の医療は、**病気と共存しながら Q O L (Quality of Life) の維持・向上を目指す医療**となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、**患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない**。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

（略）

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008（平成 20）年 6 月に公表された「社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、**人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確**であり、さらに、**医療現場の人員配置は手薄**であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく**過剰労働が常態化**していること、この現実が、**医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘**されていた。

（略）

2008（平成 20）年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、**医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実**によって総体としての入院期間をできるだけ短くして**早期の家庭復帰・社会復帰**を実現し、同時に**在宅医療・在宅介護を大幅に充実**させ、**地域での包括的なケアシステムを構築**して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、**利用者・患者の Q O L の向上を目指す**というものであった。

## （3）改革の方向性

### ② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、**急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。**この時、**機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保**することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

（略）

加えて、今般の国民会議の議論を通じて、**地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された。**

（略）

しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しのけたりといった事態を招きかねない。改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、**ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たなしで断行していかねばならない**のである。

## 2 医療・介護サービスの提供体制改革

### （1）病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた**医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入**する必要がある。

次いで、同制度により把握される**地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定**することが求められる。さらには、**地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進**されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要があるものの、次期医療計画の策定期間である2018（平成30）年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

### （4）医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

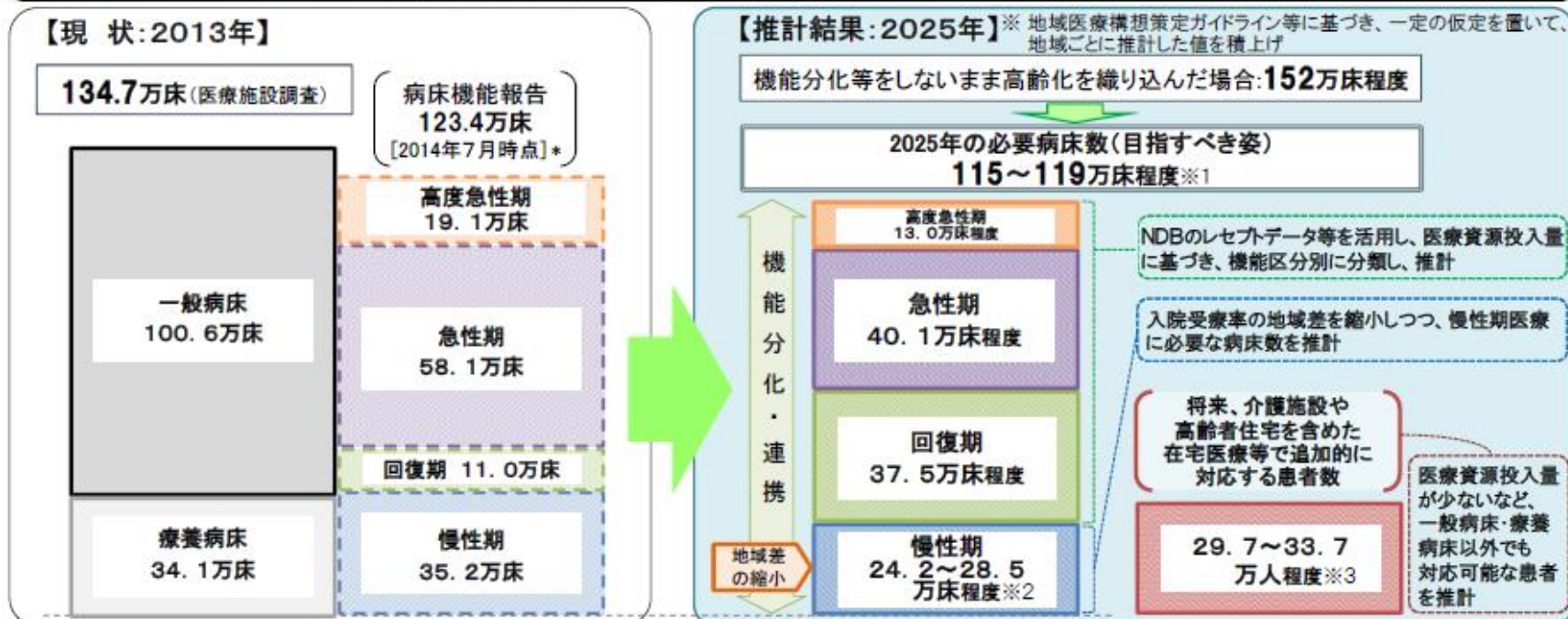
（略）

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、**介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠**である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、**かかりつけ医の役割が改めて重要**となる。（略）

# 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告（平成27年6月15日）

## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
（→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

# 地域医療構想に関する主な経緯や都道府県の責務の明確化等に係る取組・支援等

年度	主な経緯	制度改正等	財政支援等	金融・税制優遇
～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"> <li>○医療法改正（H26年公布） <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想、病床機能報告制度の創設</li> <li>・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</li> <li>・地域医療構想調整会議の協議が整わないとき等の対応</li> <li>・非稼働病床の削減に向けた対応</li> </ul> </li> <li>○通知：地域医療構想ガイドライン（H29.3.31局長通知）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域医療介護総合確保基金の創設</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域医療構想に係る優遇融資</li> <li>・増改築費用、長期運転資金</li> </ul>
H29	公立・公的医療機関において、先行して対応方針の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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"> <li>・適切な医療機能の報告</li> </ul> </li> <li>○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"> <li>・個別の医療機関ごとの対応方針のとりまとめ</li> <li>・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）</li> <li>・非稼働病棟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）</li> <li>・地域医療構想調整会議の年間スケジュールの作成</li> </ul> </li> </ul>		
H30		<ul style="list-style-type: none"> <li>○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"> <li>・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）</li> </ul> </li> <li>○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"> <li>・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</li> </ul> </li> <li>○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"> <li>・定量的基準の導入</li> </ul> </li> </ul>		
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"> <li>○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"> <li>・公立・公的医療機関等の対応方針の再検証等の実施</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域医療構想実現のための特別償却制度</li> <li>・法人税優遇措置</li> </ul>
R2			<ul style="list-style-type: none"> <li>○病床機能再編支援事業の開始</li> <li>○重点支援区域の開始</li> </ul>	
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"> <li>○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"> <li>・各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しの実施</li> <li>・検討状況の定期的な公表</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療介護総合確保法改正 <ul style="list-style-type: none"> <li>・再編計画の認定制度創設</li> <li>・病床機能再編支援事業基金化</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認定再編計画に係る登録免許税優遇措置</li> </ul>
R4	地域医療構想の進捗状況の検証	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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）</li> <li>○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"> <li>・PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○認定再編計画に係る不動産取得税優遇措置</li> <li>○認定再編計画に係る優遇融資</li> <li>・増改築費用、長期運転資金</li> </ul>

※制度・支援・優遇については、開始以降、継続的に実施。

# 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)

## 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

#### (3) 都道府県の取組

○ 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、病床の機能の分化及び連携等による将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、**地域の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、その役割を適切に発揮する必要がある。**

○ このため、医療機関への情報提供を含め、**都道府県において、以下の各段階における取組を行うことを原則とする。**

#### A 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

**都道府県は、病床の機能の分化及び連携について、まずは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把握・分析する。その結果を踏まえ、地域医療構想において定める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とを、地域全体の状況として把握する。**

#### イ 病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

都道府県は、各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、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する必要がある。

病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、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する。

その際、医療機関が病棟ごとに病床機能報告制度において選択した病床の機能区分に応じた必要な体制の構築や人員配置を検討することから、当該構想区域で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など、より検討に適した資料・データとなるよう、地域医療構想調整会議の議長等と事前に協議を行うなど、工夫をすることが望ましい。

#### ウ 地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討

都道府県は、地域において各医療機関が担っている医療の現状を基に、医療機関相互の協議を促進することとされているが、そのためには、「(2)」を基に各医療機関の自主的な取り組みを改めて促進する必要がある。

これを踏まえ、都道府県は必要に応じて地域医療構想調整会議を開催して医療機関相互の協議を進め、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、提示する。

その際、地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなるが、早い段階で平成37年（2025年）までの各構想区域における工程表を策定することが望ましい。

## II 平成37年（2025年）までのPDCA

工程表が策定できていない段階においては、各医療機関が地域における位置付けを検討し、病棟ごとに担う病床の機能に応じた対応を行うことを促進する必要がある。また、工程表を策定したとしても、各医療機関における状況の変化等により計画どおりに進めることが困難又は不適當な場合も考えられる。

このため、平成37年（2025年）まで毎年、進捗状況の検証を行い、工程表の変更も含め、地域医療構想の実現を図っていく必要がある。

**その際、構想区域全体及び都道府県内全体で、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていることを確認する必要があるが、不足する病床機能の解消のためには、過剰となっている病床機能からの転換を促すことにより、医療需要に応じた医療の提供が可能となるという視点の共有を進め、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と患者数との整合性が図ることができるよう、検討を重ねる。**

また、毎年、都道府県医療審議会や地域医療対策協議会に報告することにより、各構想区域における進捗状況の比較や、より広い立場からの意見を求めることが可能となるため、適宜、開催することが望ましい。

### ※ 地域医療対策協議会（医療法第30条の23）

都道府県が、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるために設けられる関係者との協議の場。

# 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

(平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)

地域医療構想における**将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量**を出しているのに対し、**病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告**する仕組みである。例えば回復期機能は、「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」を指すものであり、当該機能を主として担う病棟が報告されるものであるから、単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない。

しかしながら、この点の理解が不十分であるために、これまでの病床機能報告では、主として「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」を有する病棟であっても、**急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在することが想定**される。

また、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供されていたり、在宅医療の支援のため急性期医療が提供されていたりする場合があると考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。

これらを踏まえると、現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、**病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると想定**される。

このため、今後は、**各医療機関に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告**していただくこと、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、**地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要**と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。



# 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)

## 1. 地域医療構想調整会議の協議事項

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

- 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。  
具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。
  - ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
  - ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数⇒ 平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、具体的対応方針のとりまとめの進捗状況を考慮する。
- 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。  
⇒ 協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関との役割分担などを踏まえ公立病院、公的病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。
- その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。
- 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。
  - ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
  - ・新たな病床を整備する予定の医療機関
  - ・開設者を変更する医療機関

## 2. 地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

- 都道府県は、個別の医療機関ごと（病棟ごと）に、以下の内容を提示すること。
  - ①医療機能や診療実績
  - ②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況
  - ③公立病院・公的病院等について、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報など

## 3. 地域医療構想調整会議の運営

- 都道府県は、構想区域の実情を踏まえながら、年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。
- 医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組合せながら、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めること。

# 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)

病床機能報告に関しては、その内容等について、

- ① 回復期機能に該当する病棟は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、**主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること**
- ② 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、**主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること**

により、**詳細な分析や検討が行われないうまま、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という指摘**がある。

なお、一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論に活用することで、議論の活性化につなげている。

各都道府県においては、**地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。**

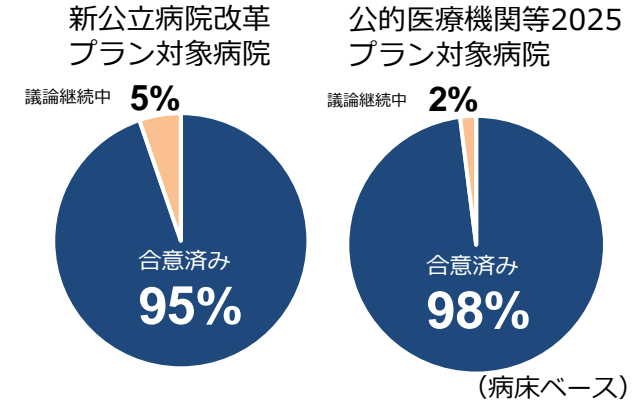
なお、地域の実情に応じた定量的な基準の導入に向けた地域での協議は、「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成30年6月22日付医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により示した都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し、議論を進めることが望ましい。

また、厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施していく予定であり、適宜活用されたい。

## 1. これまでの取り組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
  - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
  - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
  - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
  - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
  - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

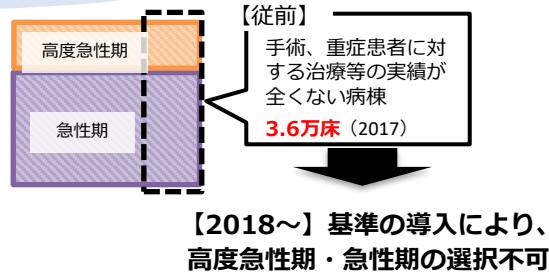
公立・公的医療機関等に関する議論の状況  
2019年3月末



### 地域医療構想の実現のための推進策

#### ○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



#### ○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

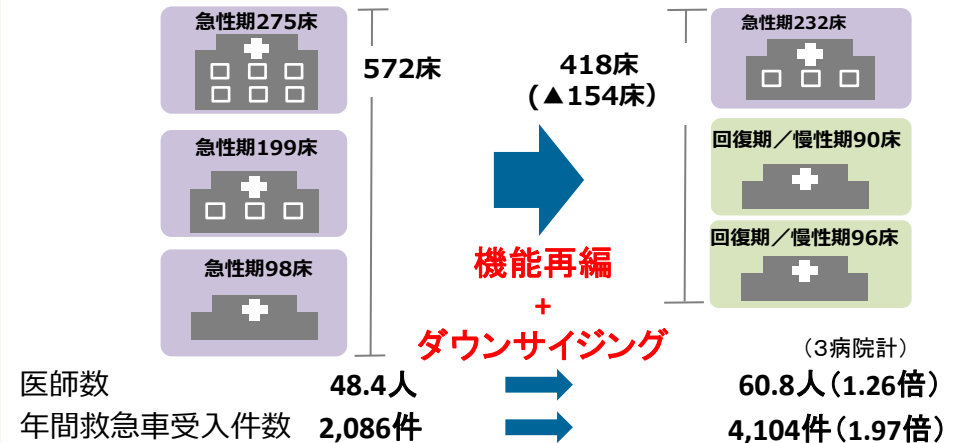
- ・ 調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・ 都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

#### ○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

#### ○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

### 機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

## 2. 今後の取り組み

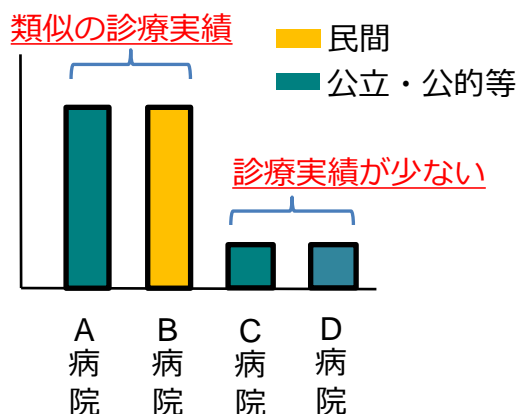
- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**代替可能性がある**」または「**診療実績が少ない**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

### 分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。  
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。  
A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。  
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

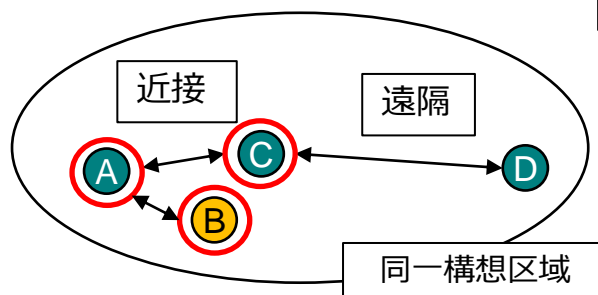
### 分析のイメージ

- ① 診療実績の**データ分析**  
(領域等 (例：がん、救急等) ごと)



- ② 地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、**近接**している場合を確認



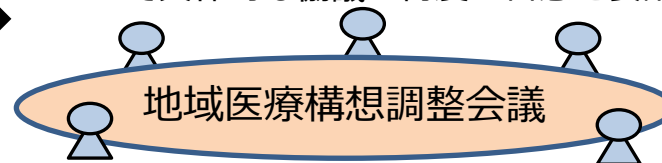
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



- 今回の検証の要請に加え、厚生労働省自らも、地域ごとに助言・支援を実施することを検討

# 「地域医療構想の実現に向けて」（令和元年9月27日 厚生労働省医政局）

1. **地域医療構想の目的は、2025年に向けて、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制を構築することです。地域医療構想の実現により、限られた医療資源をそれぞれの地域で真に活用し、次の時代に対応した医療を構築することができると考えています。**
2. **地域医療構想の実現に向けては、関係者のご理解・ご協力の下、これまで地域で議論が積み重ねられてきましたが、さらに取組を進めていく観点から、今回、高度急性期・急性期機能に着目した客観的なデータを国から提供し、改めて、それぞれの医療機関に対し、今後の医療機能のあり方を考えて頂くことといたしました。**  
※ 客観的データについては、「地域医療構想に関するワーキンググループ」における議論に基づくものです。
3. **今回の取組は、一定の条件を設定して急性期機能等に関する医療機能について分析し、各医療機関が担う急性期機能やそのために必要な病床数等について再検証をお願いするものです。したがって、必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるものではありません。また、病院が将来担うべき役割や、それに必要なダウンサイジング・機能分化等の方向性を機械的に決めるものでもありません。**
4. **今回の分析だけでは判断しえない診療領域や地域の実情に関する知見も補いながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、2025年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行っていただきたいと考えています。その際、ダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合も視野に議論を進めて頂きたいと考えています。**
5. **今後、地域の医療提供体制の確保に向け、病院のダウンサイジングや統廃合が必要と地域が判断する場合には、国としても必要な支援等を行ってまいります。**

# 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日厚生労働省医政局長通知）

## 1. 基本的な考え方

- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）において「地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行う」とされたことを踏まえ、地域医療構想調整会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させることを目的に、厚生労働省において、公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を実施。
- このうち、「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）が9領域全て（以下「A9病院」という。）、又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が6領域全て（人口100万人以上の構想区域を除く。以下「B6病院」という。）となっている公立・公的医療機関等の具体的対応方針を再検討の上、地域医療構想調整会議において改めて協議し、合意を得よう求めるもの。
- 厚生労働省の分析結果は、公立・公的医療機関等の将来担うべき役割や、それに必要な病床数や病床の機能分化・連携等の方向性を機械的に決めるものではない。各公立・公的医療機関等の取組の方向性については、地域医療構想調整会議において、当該分析だけでは判断し得ない地域の実情に関する知見を補いながら、議論を尽くすこと。

## 2. 再検証要請等の内容

### （1）再検証対象医療機関（A9・B6病院）の具体的対応方針の再検証

以下①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議すること。

B6病院が所在する構想区域の調整会議では、④についても協議すること。

A9病院が所在する構想区域の調整会議では、必要に応じて、④についても協議すること。

- ① 現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理
- ② ①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）
- ③ ①②を踏まえた4機能別の病床の変動

### 【構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証】

- ④ 構想区域全体における領域ごとの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。）

### （2）一部の領域で「診療実績が特に少ない」又は「類似かつ近接」に該当する公立・公的医療機関等（A1～8・B1～5病院）への対応

調整会議において、A1～8・B1～5病院（人口100万人以上の構想区域を除く。）の具体的対応方針について改めて議論すること。（※）

具体的対応方針の見直しが必要と調整会議が判断した場合、当該医療機関は具体的対応方針の見直しを行い、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

※ 2019年3月までに合意された具体的対応方針における役割及び病床数が現状から変更がないもの等については、将来の医療需要等を踏まえてその妥当性を確認することに留意。

### （3）H29病床機能報告未報告医療機関等への対応

調整会議において、H29病床機能報告未報告等医療機関等は、具体的対応方針の妥当性について、直近の自医療機関の実績等を踏まえて説明すること。調整会議において合意が得られなければ、具体的対応方針を見直し、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

## 3. 主な留意事項

- 定例的な調整会議の会議資料や議事録等はある限り速やかな公表に努めること。ただし、国から提供した分析結果は、都道府県の最終確認を踏まえ国が確定するまでは、当該資料等については非公表として取り扱うこと。  
また、随時開催を組み合わせながら、より多くの医療機関の参画が得られるような工夫をすること。
- 公立・公的医療機関等については、開設主体ごとに期待される役割や税制上・財政上の措置等の違いに留意が必要。等

## 4. 今後の進め方及び議論の状況把握

当面、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を基本として、調整会議での議論を進めること。

今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の状況を把握し、2020年度から2025年までの具体的な進め方（スケジュール等）については、状況把握の結果及び地方自治体の意見を踏まえ、整理の上改めて通知予定。

## 〈基本的な考え方〉

- 今後、各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が2023年度までかけて進められる際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、**2022年度及び2023年度において、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や検証・見直し**を行う。
  - ・ その際、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。

# 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～

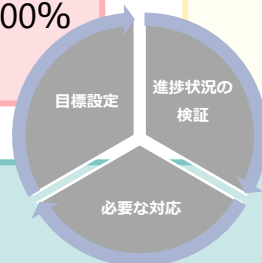
「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日）等を踏まえ、都道府県において、毎年度、対応方針の策定率等を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとする。

## （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。
  - ・ 各医療機関の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年度において各医療機関の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、データの特徴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。

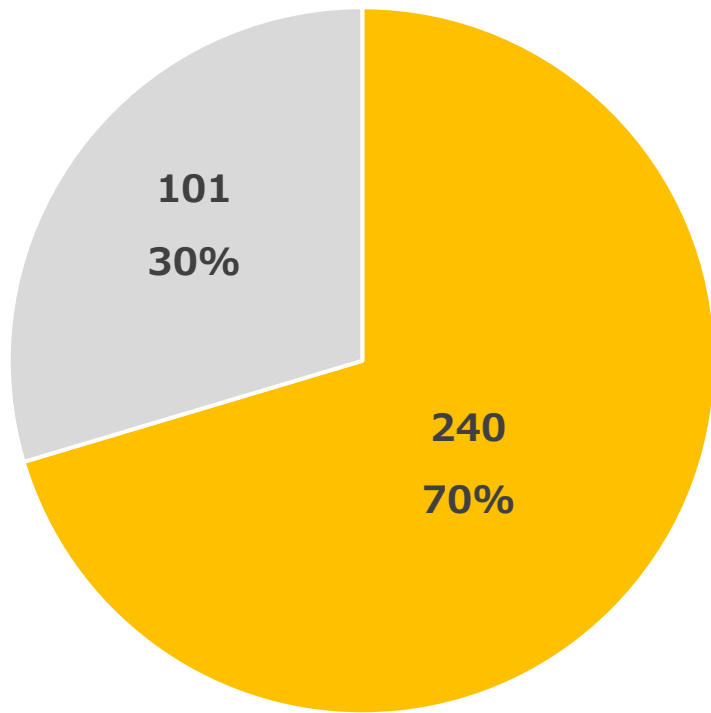
## (2) 地域医療構想の取組状況

# 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区域（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。

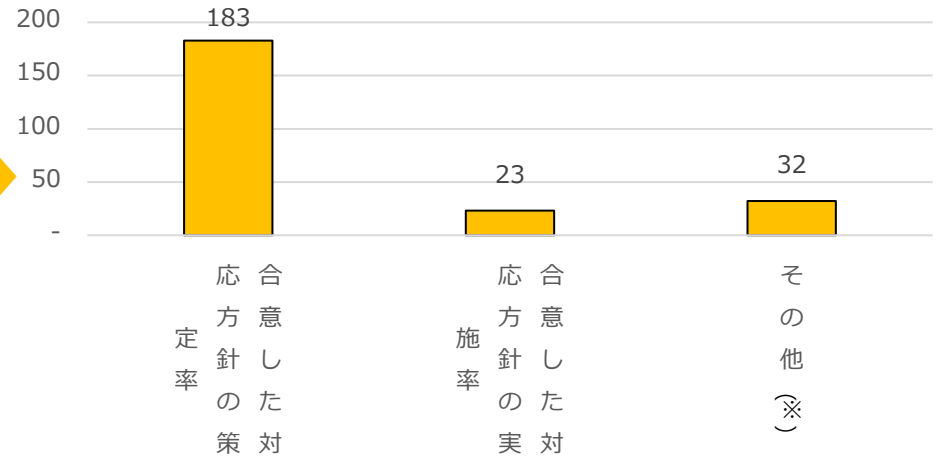
## 各構想区域の目標の設定状況（令和5年9月末時点）

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

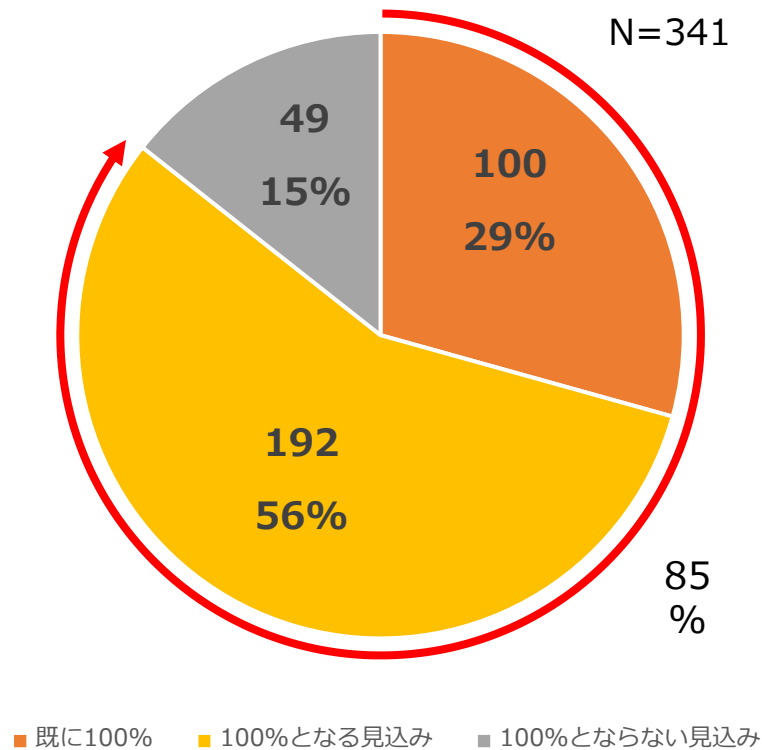
- 今年度中に調整会議で協議予定であるため。
- 地域医療構想は、医療機関が病床機能の転換や在宅医療の充実等に取り組む際の方向性であり、地域の自主的な取組が基本であり、目標設定はなじまないため。
- 医療機関の理解を得ながら、地域の実情に応じた議論を進めることが原則であり、目標設定はノルマ化につながるため。

※ 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。 医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

# 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)



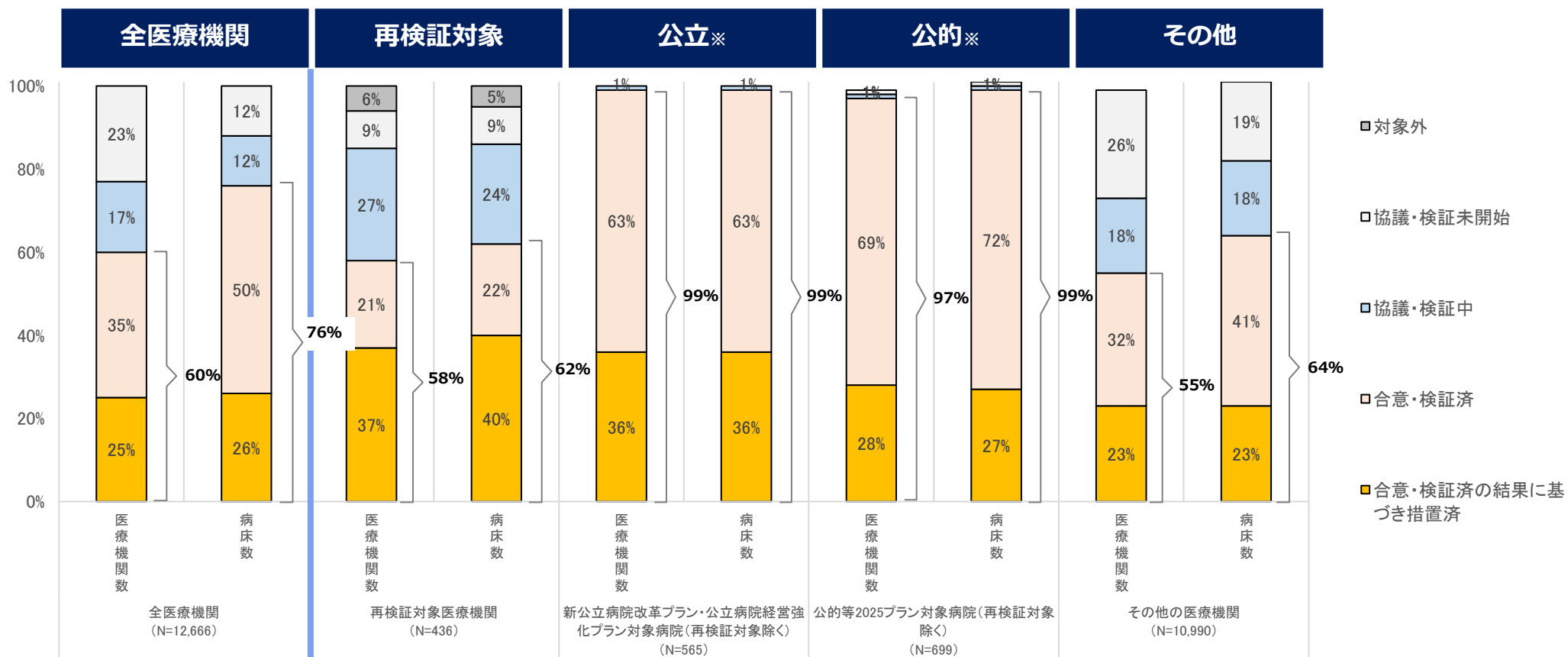
## 対応方針の策定率を100%にできない主な理由

- 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。

- 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。

### 医療機関の区分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） 28

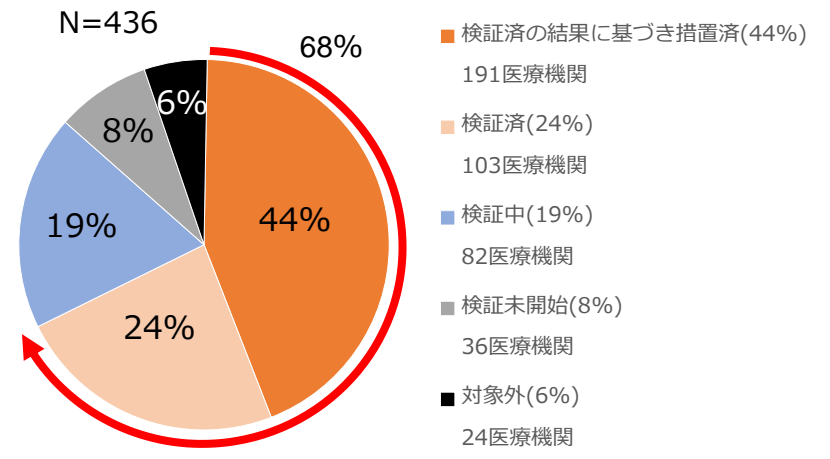
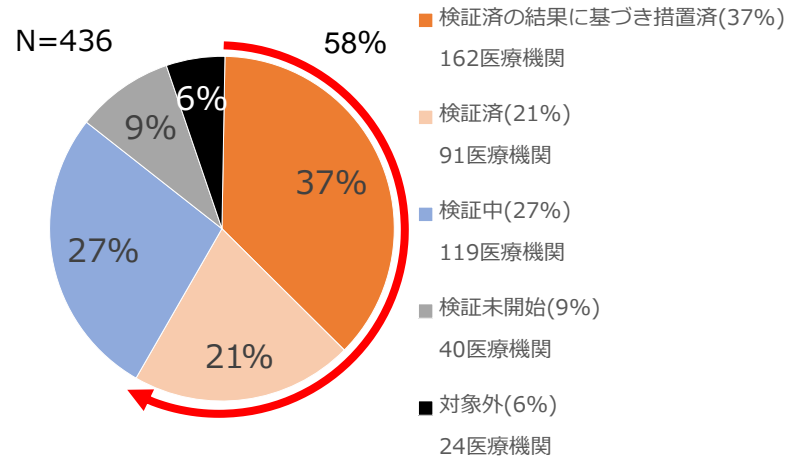
# 再検証対象医療機関の対応方針の検討状況（前回調査結果との比較）

○ 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。

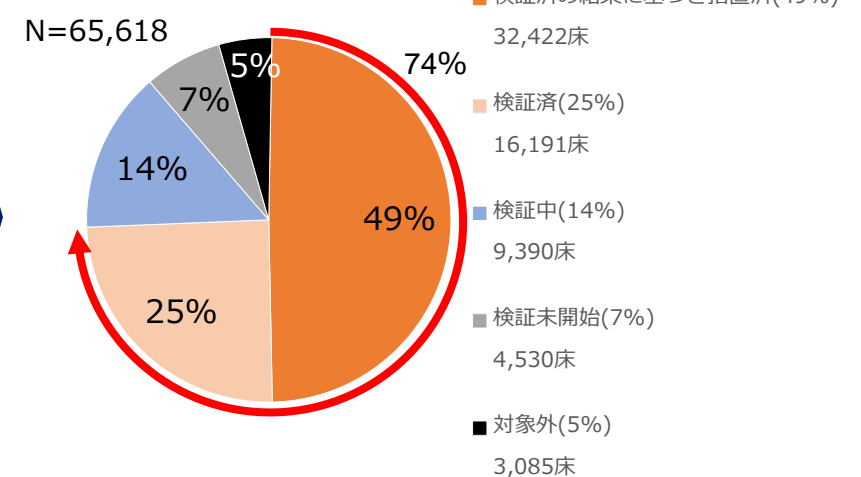
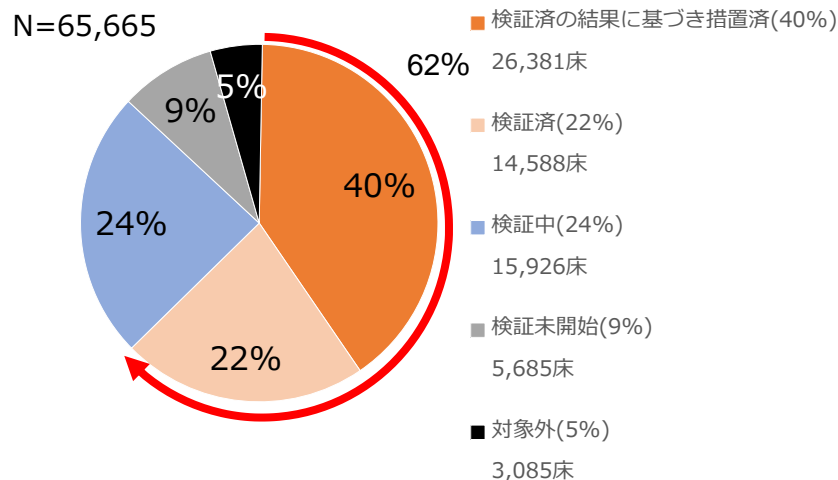
令和5年3月末時点

令和5年9月末時点

医療機関数



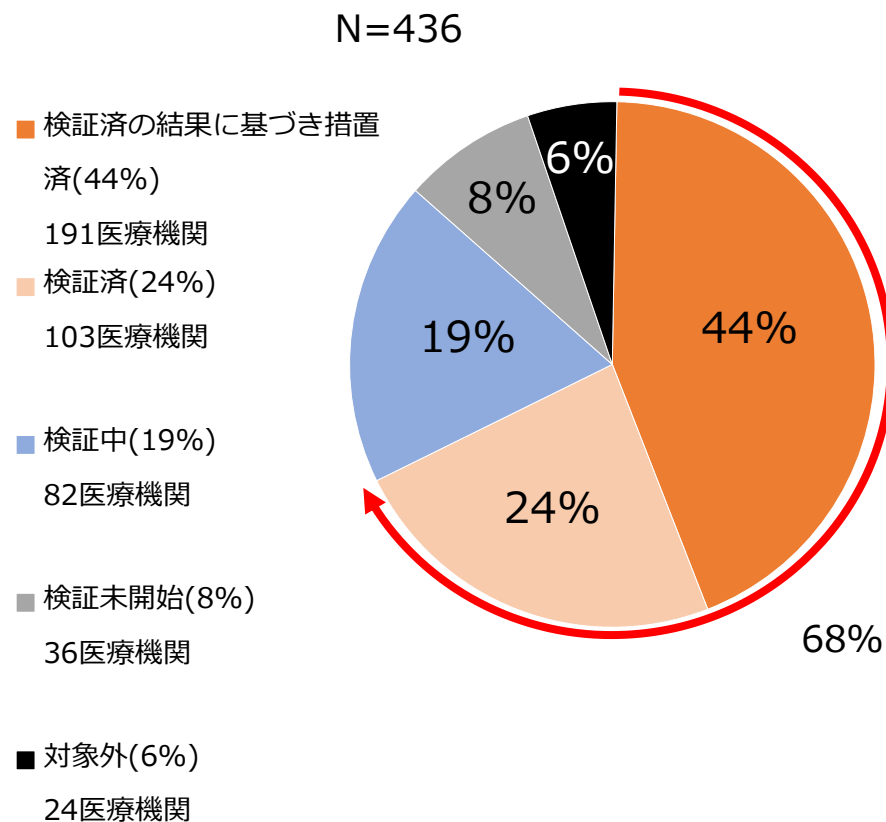
病床数



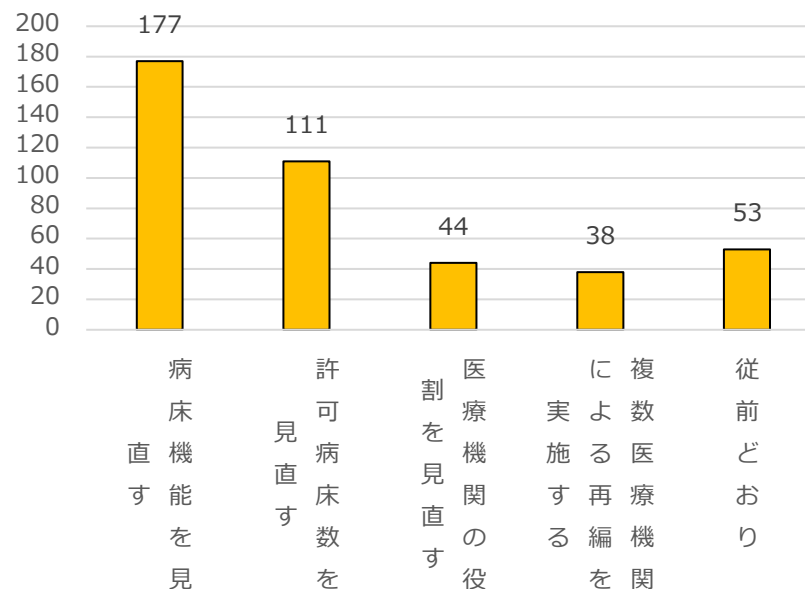
# 再検証対象医療機関における対応状況

○ 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）



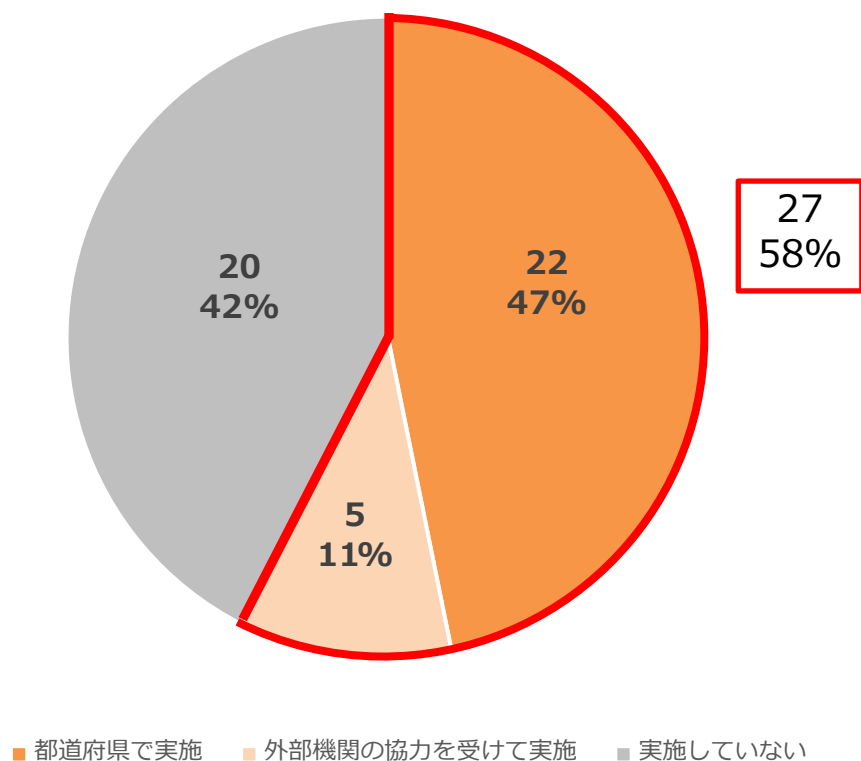
## 「従前どおり」との結論に至った主な理由

- 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、難治性のがん、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。

# 地域医療構想に関する定量的基準の導入状況

- 令和4年度において、地域医療構想調整会議での議論の際に定量的基準を導入していた都道府県は27都道府県(58%)あった。
- 定量的基準を導入している主な目的としては、「地域医療構想調整会議の議論の活性化につなげるため」等があった。
- 定量的基準に用いている主なデータとしては、「疾患別、内容別の手術件数」「救急医療の実施状況」「1日当たりの医療資源投入量」等があった。

## 地域医療構想調整会議での議論における定量的基準の導入状況(令和4年度)



(地域医療構想調整会議における検討状況等調査(令和5年3月末時点)より)

## 定量的基準を導入している主な目的

- ・ 地域の実情に応じた基準の導入により地域医療構想調整会議の議論の活性化につなげるため。
- ・ 診療実績に着目した病床機能報告が行われるようにするため。
- ・ 「軽症急性期」「ポストアキュート」のニーズの増加が予想されるなか、各病院が果たす役割を明確化するため。

## 定量的基準に用いている主なデータ

- ① 病床機能報告を用いて把握できるデータ
  - ・ 疾患別、内容別の手術件数
  - ・ 救急医療の実施状況
  - ・ 看護必要度、重症患者割合
  - ・ 平均在棟日数
- ② NDBを用いて把握できるデータ
  - ・ 1日当たりの医療資源投入量

(定量的基準の導入状況調査(令和5年1月)より)



## 地域の実情に応じた定量的な基準の導入：佐賀県の例

### 「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用

- 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病棟機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病棟のうち、
- ・ ①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
  - ・ ③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする
- ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正

①既に回復期相当	<p>病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数</p> <p><u>※病棟単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正</u></p> <p>病棟A <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">急性期の患者</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">回復期の患者</span> ←可能な限り客観指標で把握</p>
②回復期への転換確実	<p>調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数</p> <p><u>※病床機能報告のタイムラグを補正</u></p>
③回復期に近い急性期	<p>病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病棟の病床数</p> <p>病棟B <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">急性期の患者</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">回復期の患者</span> ←平均在棟日数22日超のイメージ</p>

## 地域の実情に応じた定量的な基準の導入：埼玉県の場合

### 機能区分の枠組み

- 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、**どの医療機能と見なすかが明らかな入院料の病棟**は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついていない**一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）**を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した**区分線1・区分線2**によって、高度急性期/急性期/回復期を区分する。
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

4 機能	大区分						
	主に成人			周産期	小児	緩和ケア	
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU				MFICU NICU GCU	PICU 小児入院医療 管理料1	
急性期					産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の一般病棟7:1	緩和ケア病棟 (放射線治療あり)
回復期	回復期 リハビリ病棟					小児入院医療管理料4,5 小児科の一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所	
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等						緩和ケア病棟 (放射線治療なし)

切り分け

具体的な機能に応じて区分線を引く

## 地域の実情に応じた定量的な基準の導入：奈良県の例

### 急性期の報告の「奈良方式」

- 病床機能報告に加え、奈良県独自に**急性期を重症と軽症に区分**する目安を示して報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化。重症な救急や高度医療を担う「断らない病院」と、地域包括ケアを支える「面倒見のいい病院」へ機能分化、強化を推進。

#### 地域医療構想 (将来の病床数の必要量)

高度急性期  
3,000点以上

急性期  
600～3,000点未満

回復期  
175点～600点未満  
回復期リハ病床

慢性期  
障害者病棟、特殊病棟、療養  
病床医療区分1の30%等

#### 病床機能報告

高度急性期  
急性期患者の状態の早期安定化、診療密度が高い

急性期  
急性期患者の状態の早期安定化

回復期  
急性期を経過した患者への在宅復帰

慢性期  
長期にわたり療養が必要な患者

重症急性期を中心とする病棟  
(比較的重度・重症)  
機能:救急患者の受入、手術などの重症患者の受入を主とする病棟

軽症急性期を中心とする病棟  
(比較的軽度・軽症)  
機能:比較的軽度の患者に対する急性期医療を提供している病棟

- ・ 緊急で重症な患者を受け入れる役割の向上 (ER体制の整備)
- ・ 後方病院等との病病連携の強化、退院支援の強化を通じ、在院日数の短縮を進める

「断らない病院」  
へ機能強化

機能の明確化  
「重症急性期」病棟は  
50床あたり  
手術+救急入院>1日2件  
を目安

連携の強化

「面倒見のいい病院」  
へ機能強化

- ・ 地域の医療・介護事業所との連携を強化する
- ・ 在宅患者の増悪時の救急受入、嚥下・排泄へのリハなど在宅生活に必要な医療機能を高める

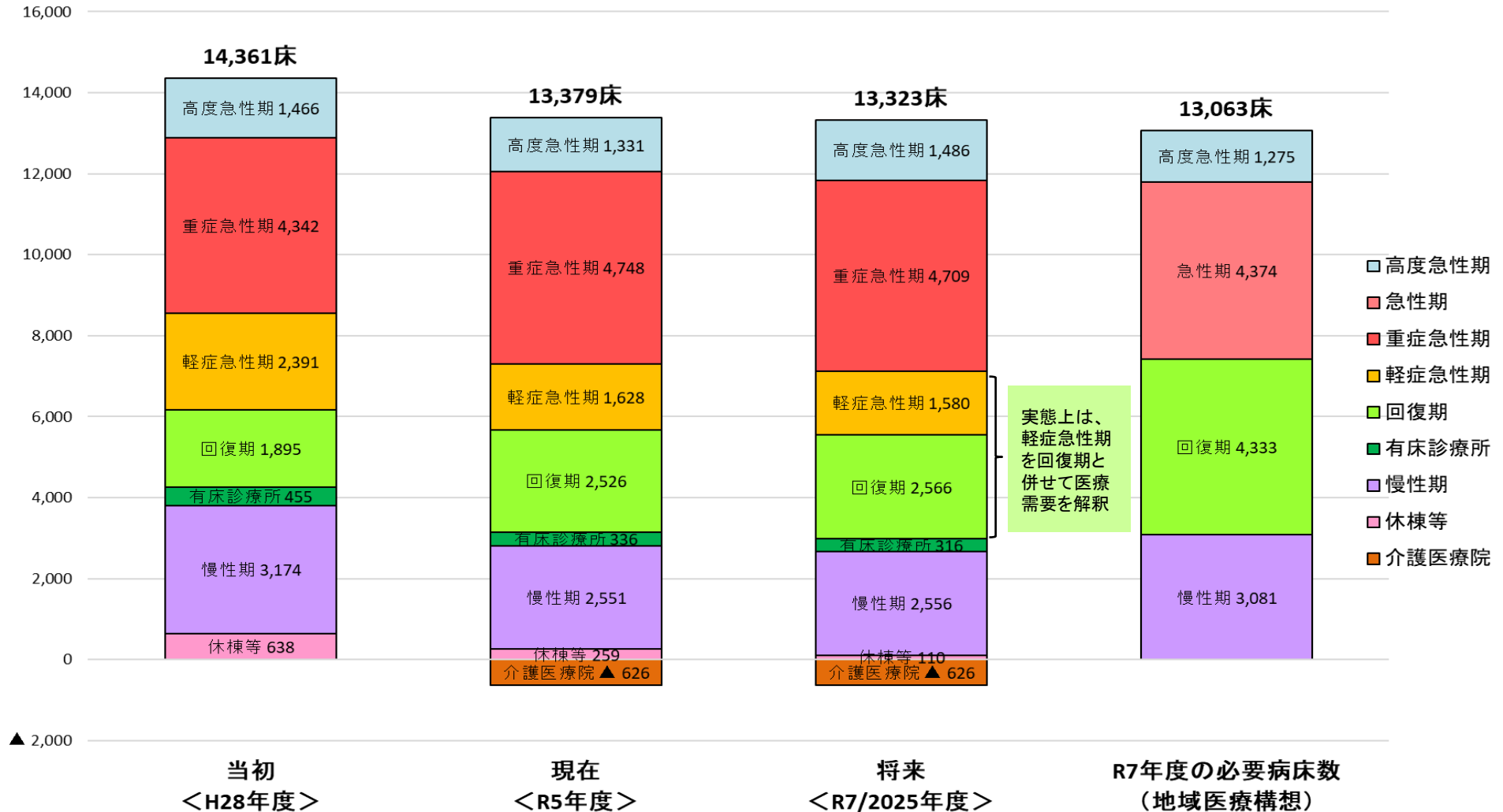
圏域ごとに機能の過不足がある場合は調整

# 令和5年度の機能別病床数の状況

令和5年度第2回奈良構想区域地域医療構想調整会議  
(令和6年3月25日開催)資料1-1

- 2023年(令和5年)7月1日時点の機能別の病床数は以下のとおり。令和5年3月に開催の地域医療構想調整会議で合意を得た病床数から若干数の変更はあるものの、令和5年度の具体的対応方針では各病院において、基本方針等の大きな変更等はなかった。

## <奈良県全域>



○令和5年度の各病院の「地域医療構想における具体的対応方針」の数値を集計 ○有床診療所の病床数、「現在<R5年度>」および「将来<R7/2025年度>」は、R5年度の病床機能報告の数値 ○「当初<H28年度>」の病床数は病床機能報告をベースに、具体的対応方針等を踏まえ、実態に合わせて修正している

## 地域の実情に応じた定量的な基準の導入：大阪府の例

### 4【令和4年度の新たな取組①】病床機能の報告基準設定

- 地域医療構想調整会議等において、客観的に病床転換の議論を行うためには、医療機関の報告にあたっての基準が必要との意見が多く、今年度新たに府独自の「報告基準」を設定。

※これまでの「定量的分析」は医療機関の報告後、機械的に分類したもので、医療機関の意思で報告したものではない。

- 各医療機関には、基準を目安に、病床機能を報告するよう依頼（約9割の病院が基準に基づき機能を報告）。

#### 基準設定の基本的考え方

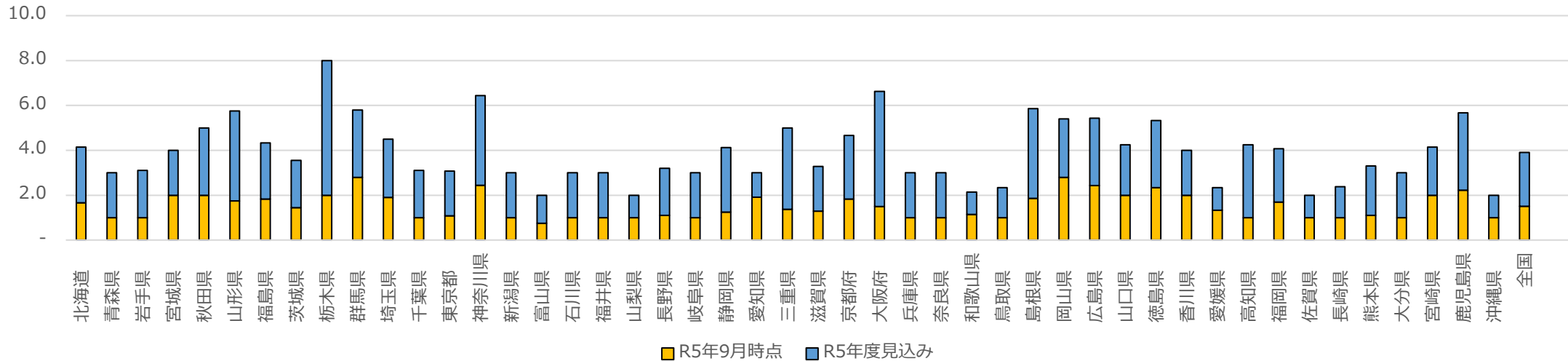
- 病床機能報告マニュアルにおいて、報告基準が明確に示されていない入院料について、報告基準を設定。
- 報告基準は、指標の特性と関係団体・有識者等の意見を踏まえ、令和3年度病床機能報告を分析のうえ設定。

	指標区分	報告基準（目安）	基準値が該当する値等	備考
高度急性期	人員配置	○下記のいずれかの項目を満たす ・医師数/病床数：0.62以上 ・看護師数/病床数：0.69以上	「特定機能病院一般病棟入院基本料等」上位33%値	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、特定機能病院入院基本料、急性期一般入院料等、入院料毎の分布を確認し設定
	診療実績	○下記のいずれかの項目を満たす ・救急医療管理加算1・2（年間レセプト算定回数）/病床数：29以上 ・手術総数（年間レセプト算定回数）/病床数：8以上 ・呼吸心拍監視〔3時間を超え7日以内〕（年間レセプト算定回数）/病床数：21以上 ・化学療法（年間レセプト算定日数）/病床数：1以上		
急性期	人員配置	看護師数/病床数：0.4以上	「急性期一般入院料4～7」下位33%値	急性期一般入院料、地域一般入院料等の入院料毎の分布を確認し設定
	患者像	平均在棟日数：21日以内		
回復期	患者像	平均在棟日数：180日以内 ※急性期の基準を満たさない病棟	回復期リハビリテーション病棟入院料算定日数上限	入院料の算定要件を元に設定
慢性期	患者像	平均在棟日数：180日超	—	—

# 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）



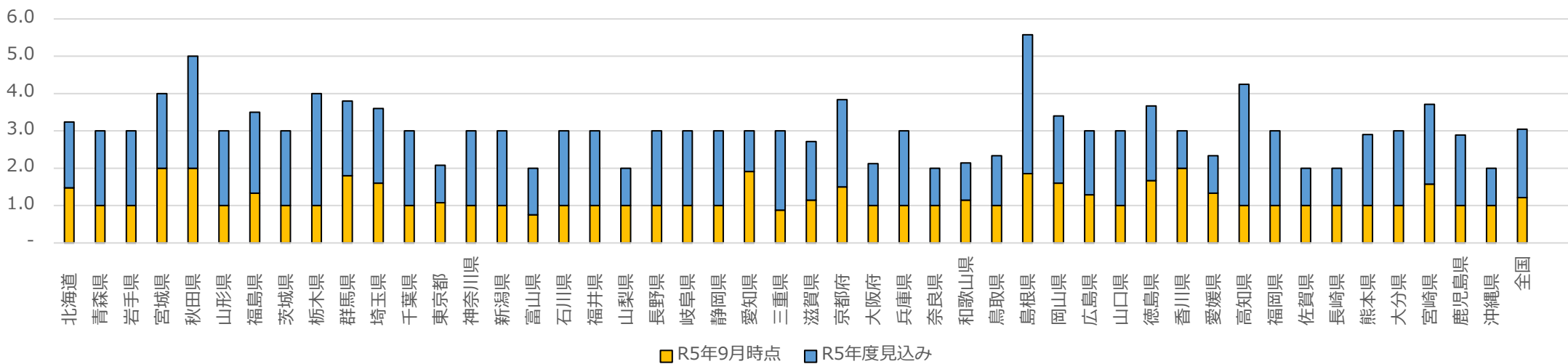
（参考）地域医療構想調整会議（部会等含む）の開催実績のまとめ

	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）

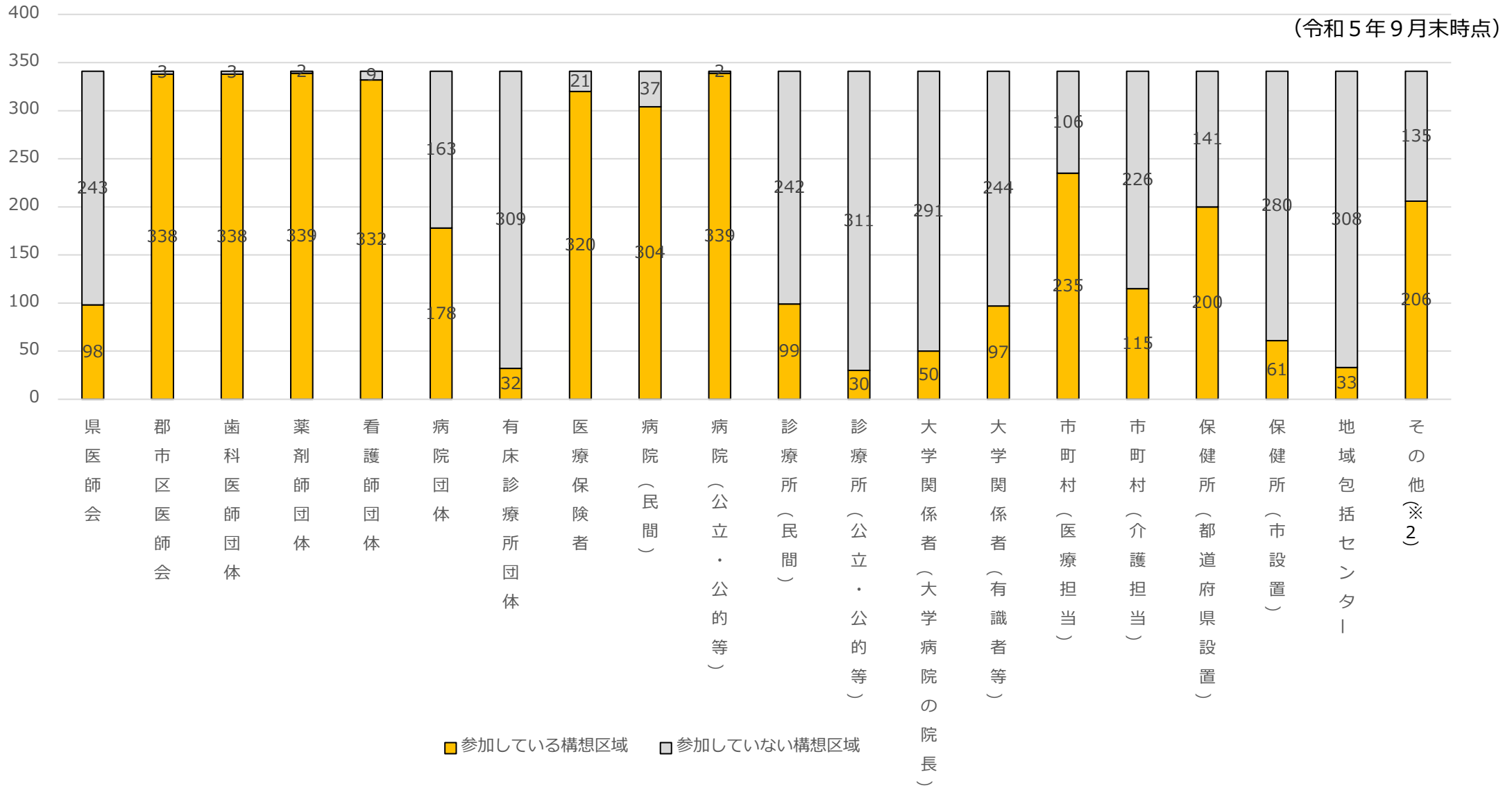


(参考) 地域医療構想調整会議の開催実績のまとめ

	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）

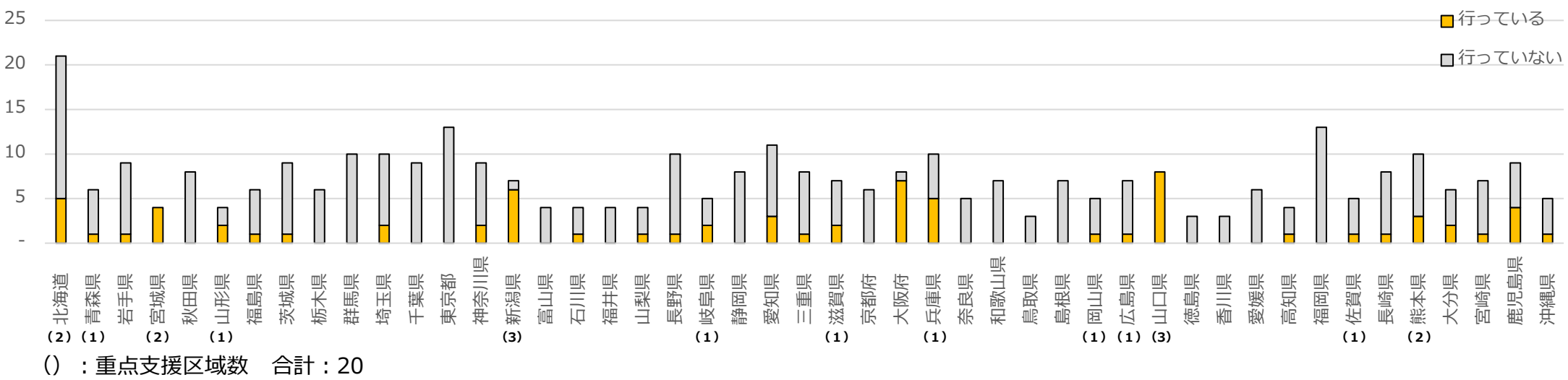
### (2) 参加の範囲等

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。

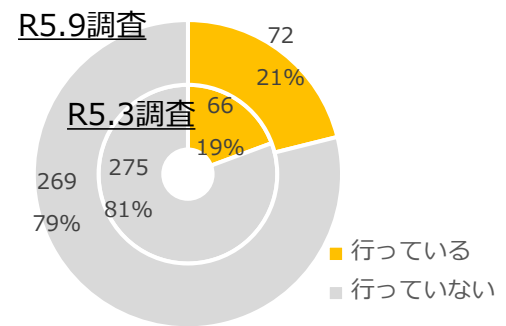
# 地域医療構想調整会議における複数医療機関の再編に関する議論の状況

- 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。

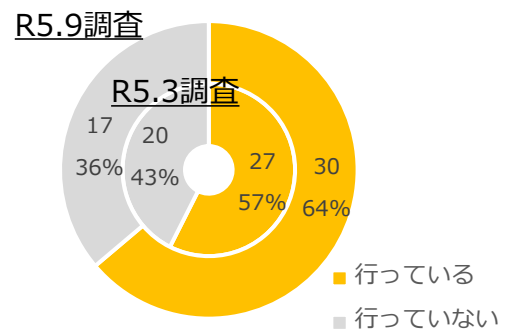
複数医療機関の再編に関する議論の状況（令和2年1月10日～令和5年9月30日）



構想区域単位の状況



都道府県単位の状況

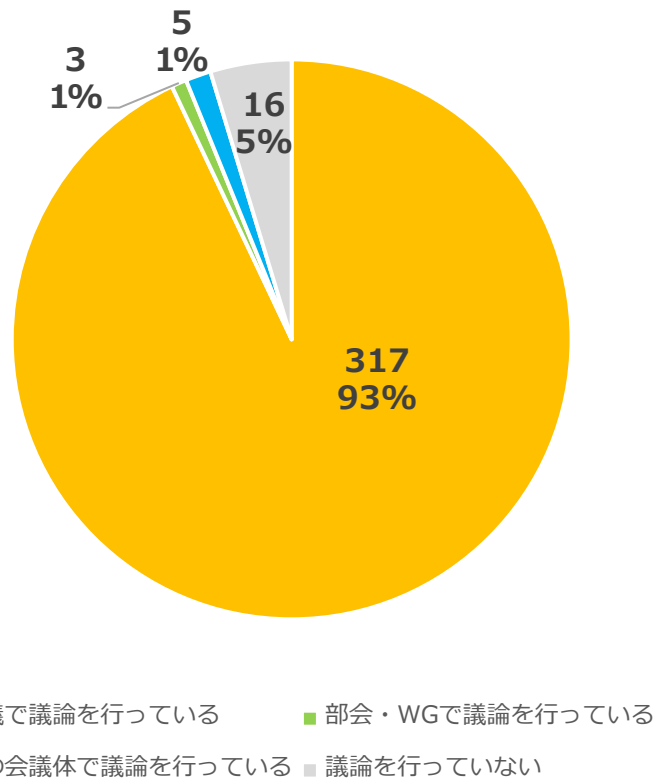


※ 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

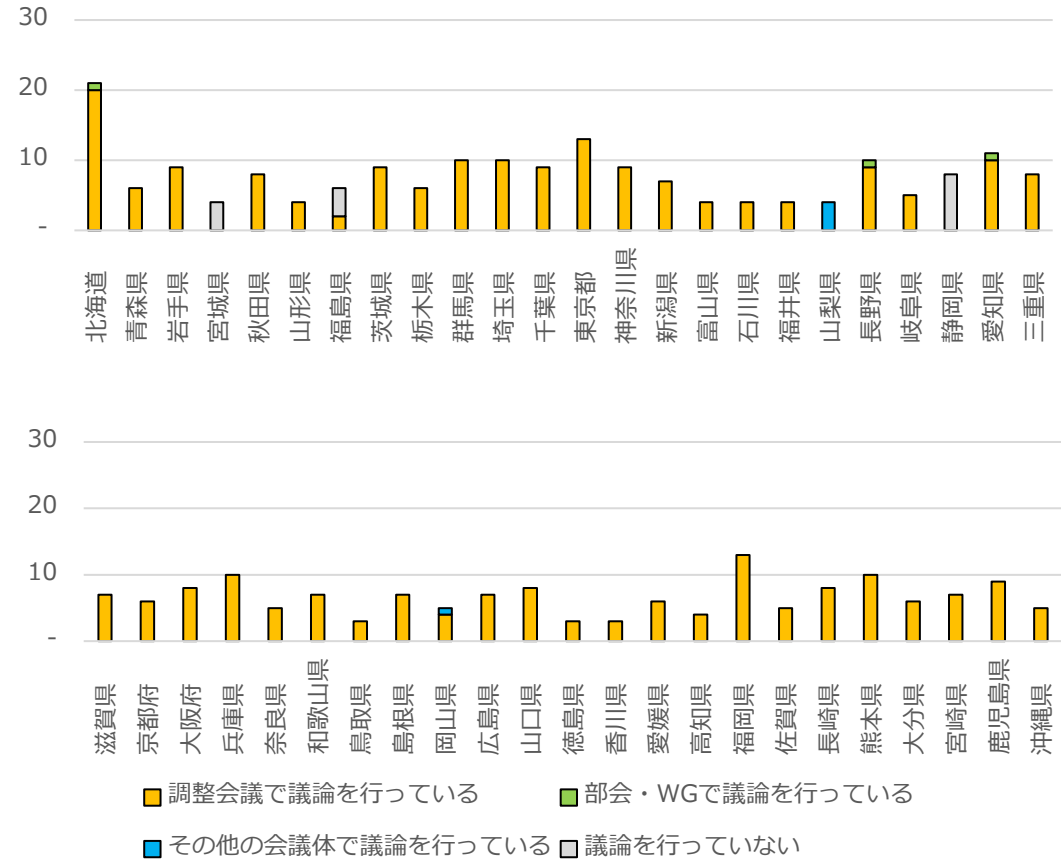
# 外来医療の議論の状況

○ 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)

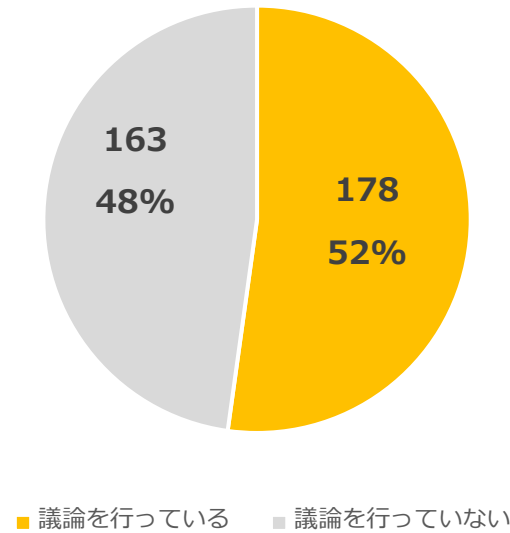
3 都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該対象区域における第一項の協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、同項各号に掲げる事項について協議を行うことができる。

# 地域医療構想調整会議における在宅医療の議論の状況

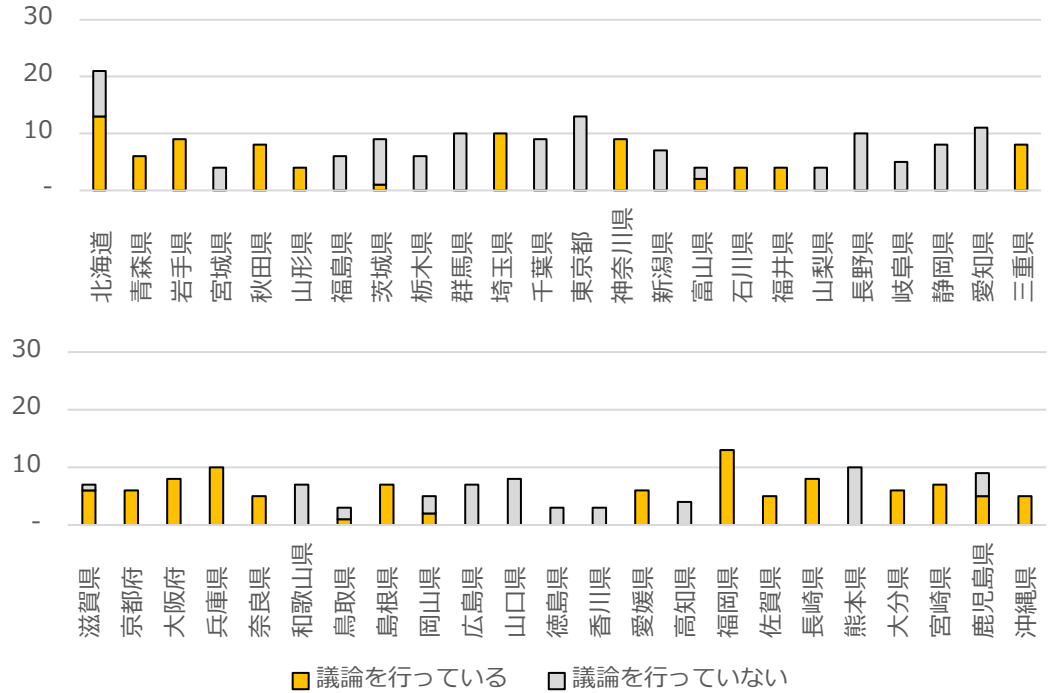
○ 在宅医療について、地域医療構想調整会議において議論を行っている構想区域は52%であった。

## 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) 作業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

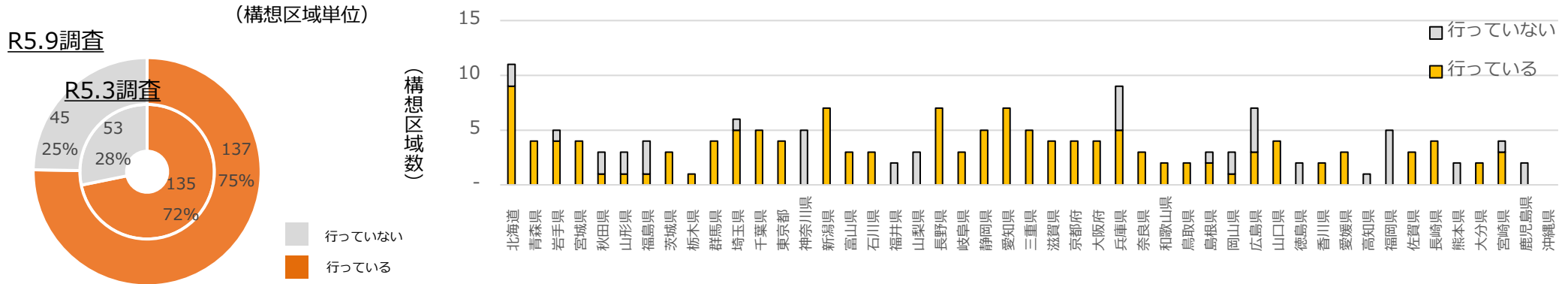
協議の場は、二次医療圏(医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。以下同じ。)単位で設置することを原則とする。(略)

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。

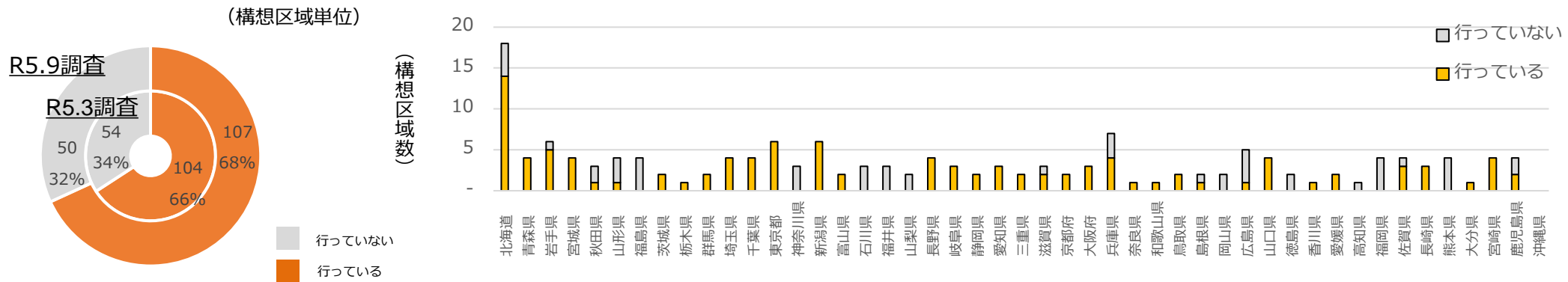
# 各構想区域における2025年の医療提供体制に関する議論の状況

○ 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)

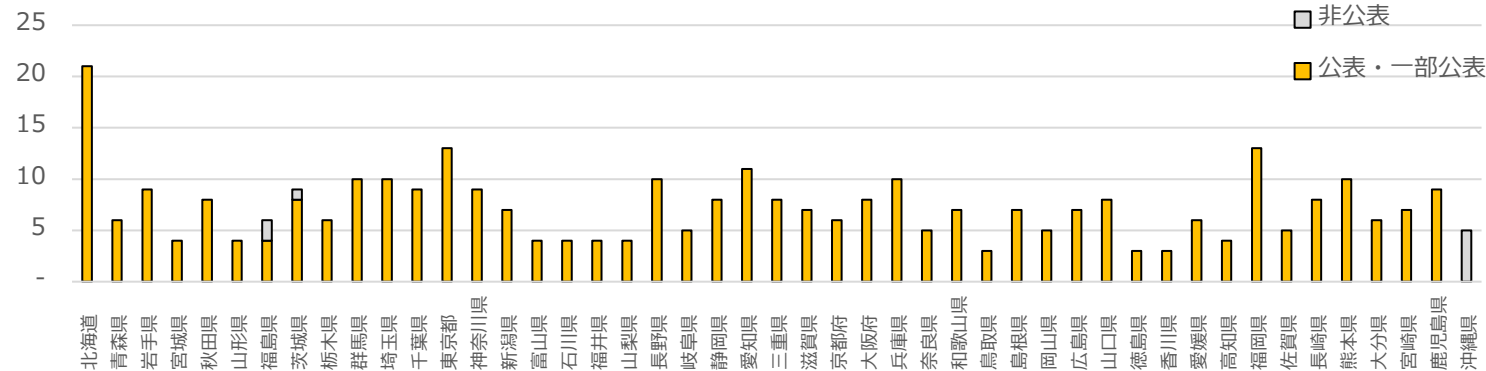
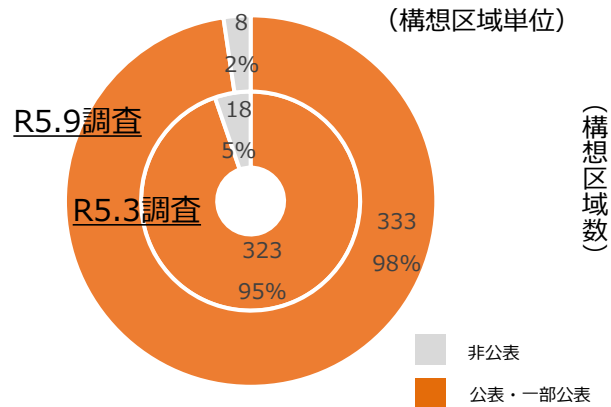
このため、都道府県は、当該構想区域の地域医療構想調整会議において、「**類似かつ近接**」の要件に**6領域全て**（人口100万人以上の構想区域を除く。）**該当している公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証**に係る協議を行うとともに、構想区域全体における、領域（今般分析対象とした6領域を必ず含むものとし、必要に応じて他の領域を含めるものとする。）ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について検討し、**構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議すること。**（略）

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。**

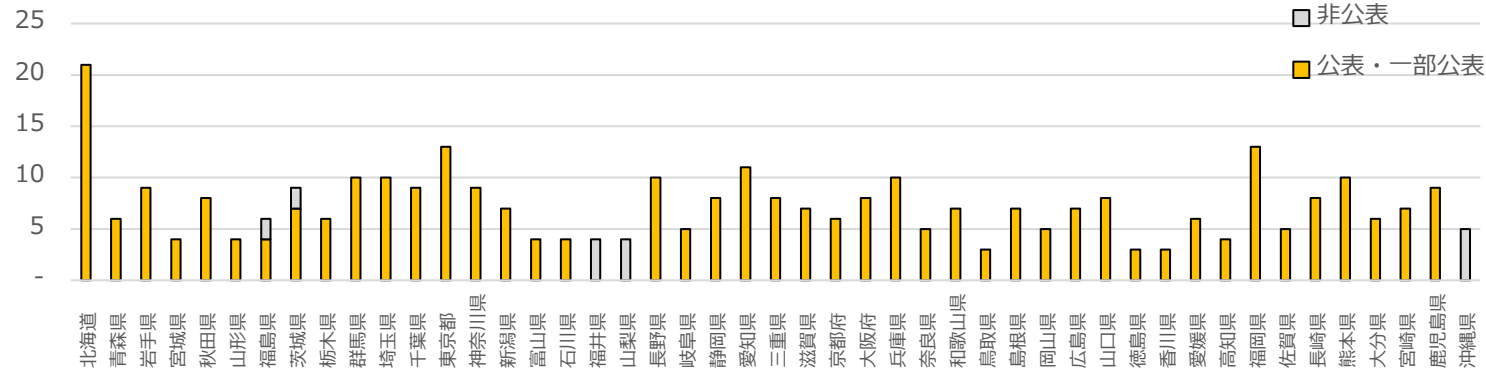
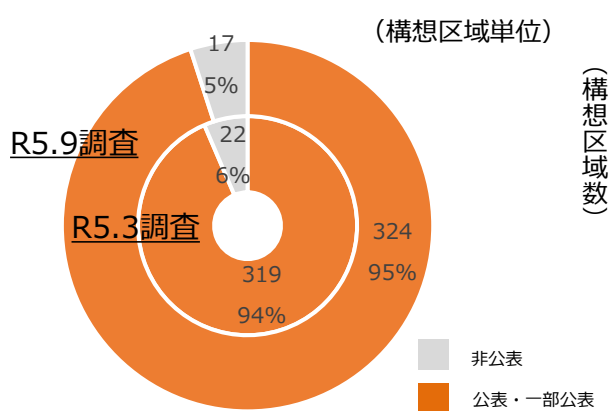
# 地域医療構想調整会議の資料等の公表の状況

○ 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

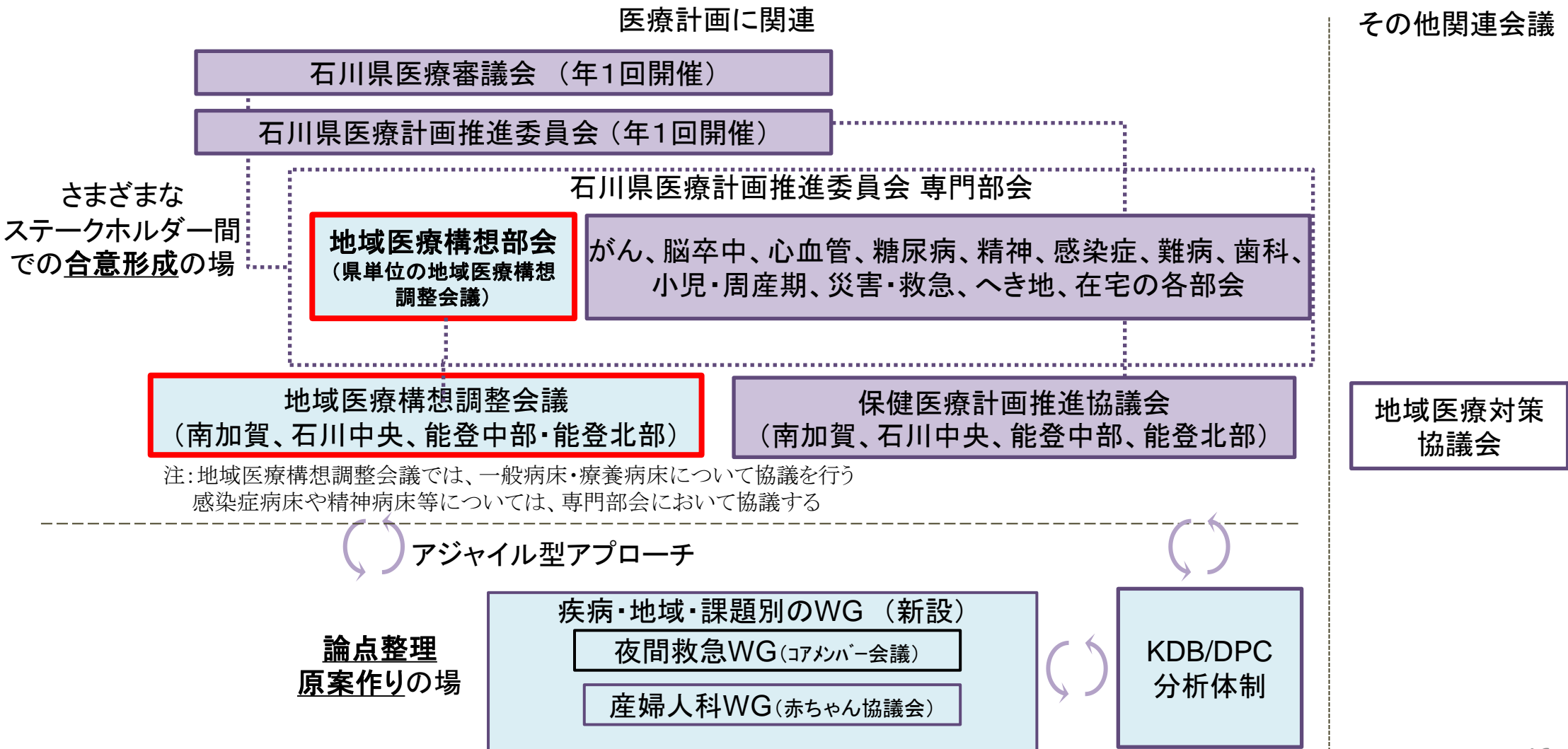
- ・委員の方からの自由な発言を確保するため。
- ・個人情報や法人情報等を取り扱う場合があるため。
- ・医師会等を通して随時関係機関等へ情報共有しているため。
- ・病院等の未定・非公開の情報等の内容が中心のため。

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)

# 石川県の地域医療構想の進め方(会議体)

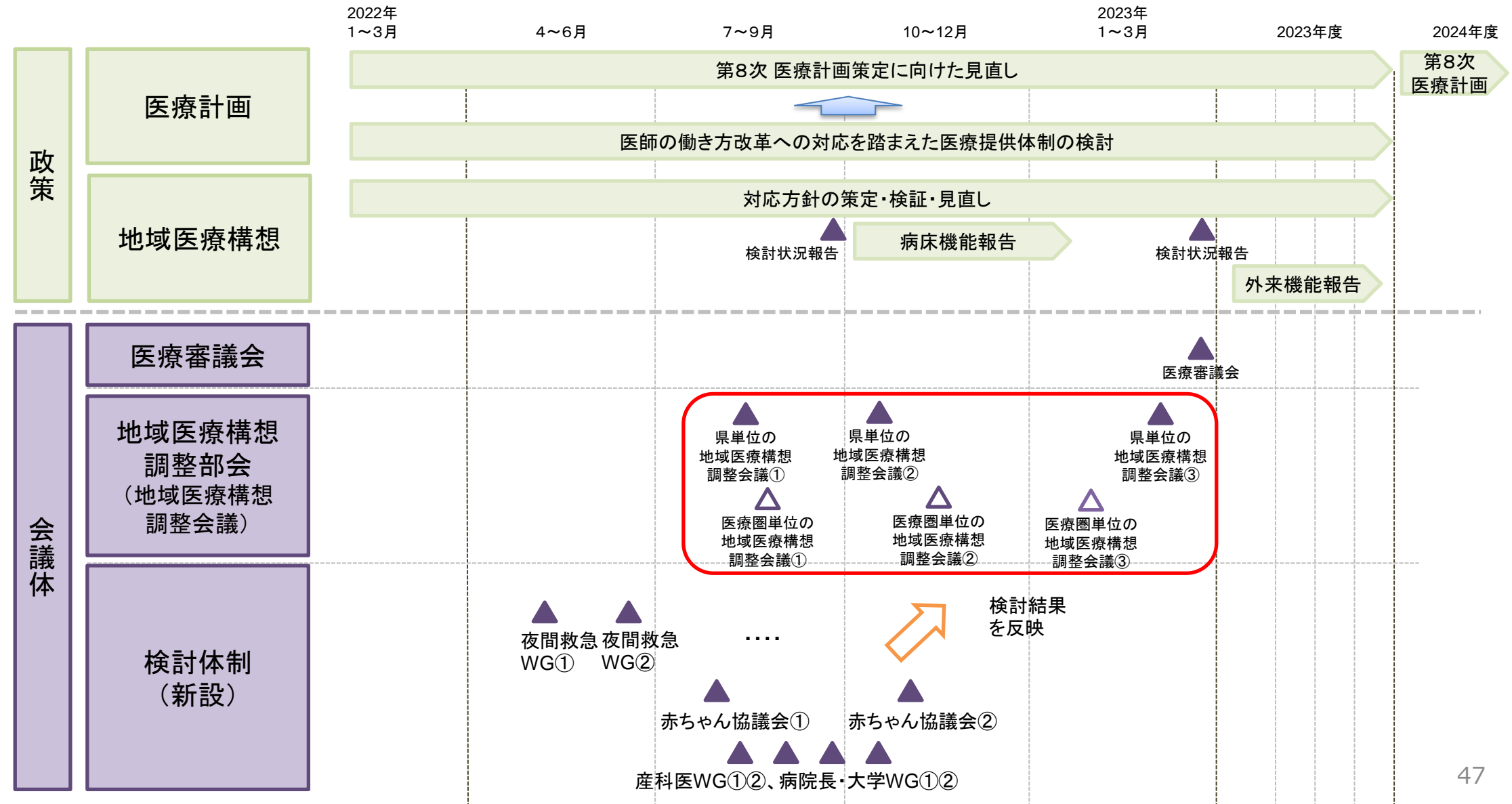
- 石川県では、2024年4月からの「第8次医療計画」の開始にむけ、下図の検討体制で地域医療構想を進めています。
- 2022年度 of 取組みとして、「地域医療構想調整会議」に加えて
  - ① 産婦人科WG(赤ちゃん協議会)・夜間救急WG、を開催し
  - ② KDBの分析も行っております



※令和4年度は課題ごとにWG検討。論点整理や方針原案を作成する

# 石川県の地域医療構想の進め方(スケジュール)

○ 石川県では、新型コロナウイルス感染症流行下、地域医療構想の議論が一時停滞しておりましたが、令和4年度は、県単位の「地域医療構想調整会議」を3回、構想区域(医療圏)単位の調整会議を3回開催しました。





# 石川県の地域医療構想の進め方(参加者)

- 石川県では、「私たちの地域のことは、私たちで決める」というスローガンのもと、多くのステークホルダーに参加いただける運営にしています。
- 特に、これまで地域医療構想の議論に加わってこなかった、民間病院(回復期、慢性期病院)の参加を促しました。
- また、医療機関間の調整事項もあることから、地域医療構想アドバイザーに調整会議の座長を依頼しました。

【座長】 地域医療構想アドバイザー (現病院長、または、元病院長)

【委員】 医療機関(大学病院を含む)、自治体、市民の代表者

【オブザーバー】 医療圏内の全ての病院が、オンラインで視聴可

- また、地域医療構想調整会議や赤ちゃん協議会の資料と議事概要も公表しています。

地域医療構想調整会議 <https://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/chouseikaigi/chouseikaigi.html>

赤ちゃん協議会 <https://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/akachan/akachan.html>

## 地域医療構想調整会議と関係者のイメージ



## 県調整会議と地域調整会議の役割（議事項目）

「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日付医政局長通知）別添6「1.熊本県の取組」より抜粋

- 構想区域ごとの地域医療構想調整会議（以下「地域調整会議」という。）の事務局は各保健所。県庁医療政策課職員も参加し、意見交換や情報提供を行うことで地域の実情把握に努めている。

県調整会議における協議事項	地域調整会議（県内10圏域）における協議事項
① 県調整会議及び地域調整会議運営方針	① 各地域調整会議運営方針
② 病床機能報告結果等による現状共有及び課題抽出	② 病床機能報告結果等による現状共有及び課題抽出
③ 将来の提供体制構築のための方向性共有（各地域の状況報告）	③ 将来の提供体制構築のための方向性共有（各医療機関の役割明確化）
④ 地域医療介護総合確保基金・県計画	④ 地域医療介護総合確保基金・県計画
⑤ 回復期病床への機能転換施設整備事業に係る制度設計	⑤ 回復期病床への機能転換施設整備事業に係る申請案件の適否
⑥ 地域調整会議で課題となっている点の検討、その他情報共有等	⑥ その他課題の検討、その他情報共有等

**事務局：県庁医療政策課**

**事務局：各保健所**

【参考】令和5年度の地域医療構想調整会議開催回数  
 県調整会議：2回 地域調整会議：原則※3回×10圏域

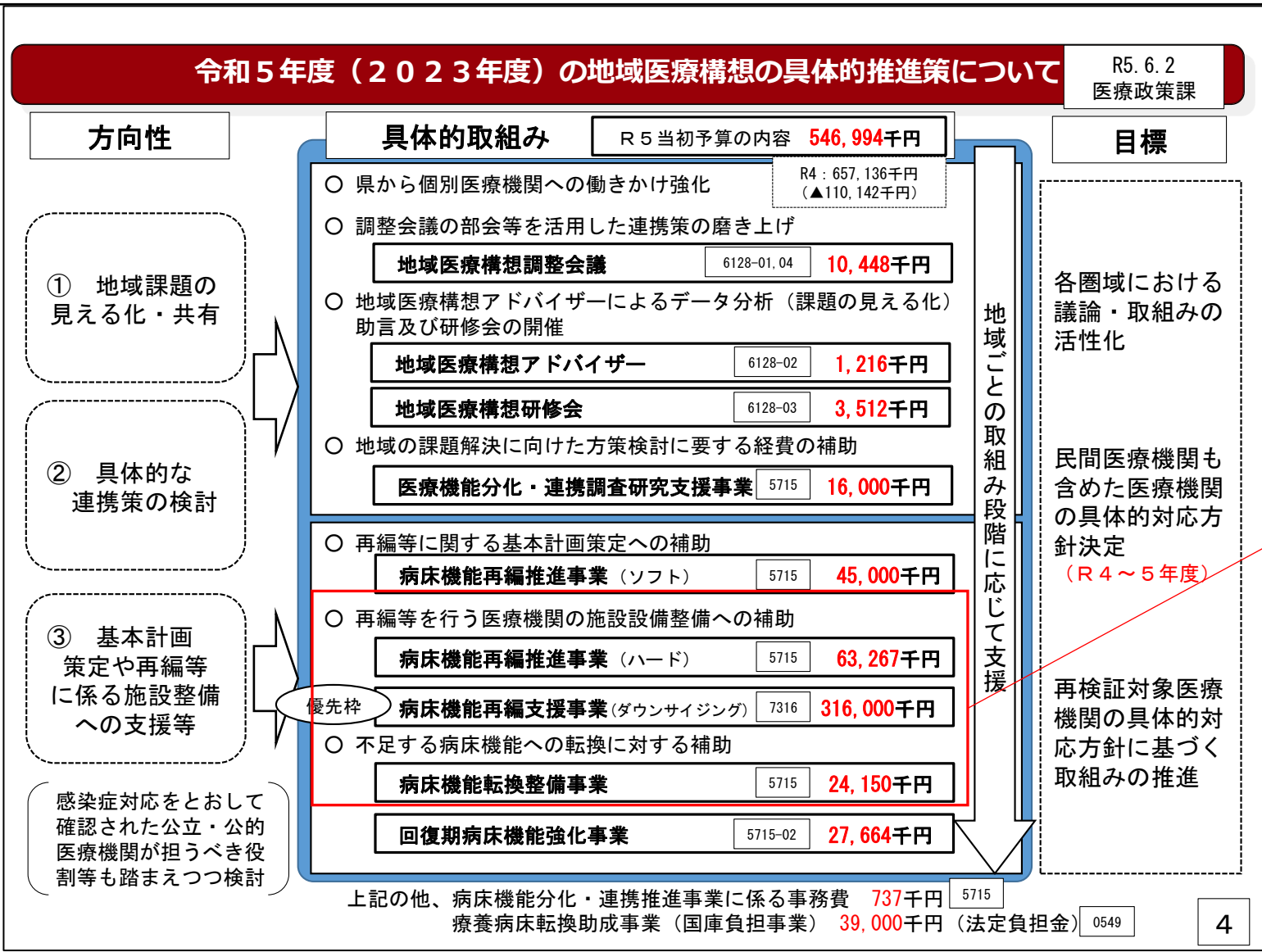
※臨時開催や書面開催等あり

**原則として全ての地域調整会議  
 に県庁医療政策課職員も参加**

# 県調整会議と地域調整会議の役割（積極的な情報提供）

「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日付医政局長通知）別添6「1.熊本県の取組」より抜粋

- 関連県予算や、医療機関が活用可能な地域医療介護総合確保基金事業について、県から積極的な情報提供を実施し、各医療機関の地域医療構想に沿った取組みを後押し。



# 県調整会議と地域調整会議の役割（議論内容の均質化）

「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日付医政局長通知）別添6「1.熊本県の取組」より抜粋

- 保健所職員向け説明会の開催や、**医療機関の具体的対応方針に関する説明資料の統一（記載項目を明記した説明資料のひな型を医療機関に提供）**により、各地域調整会議間での議論内容の均質化を志向。
- 「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）を踏まえ、説明資料の項目に新たに「新興感染症への対応」「医師の働き方改革を踏まえた医療従事者の確保対策」を追加し、令和4年度から令和5年度にかけて、具体的対応方針の検証を実施。限られた会議時間で論点を絞った議論を行うことができた。

令和4年度（2022年度）地域医療構想調整会議に係る保健所職員研修会資料  
資料1

## 新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想の進め方について

令和4年（2022年）6月 熊本県健康福祉部医療政策課

【統一様式】

<記入要領>  
□ これまでに作成したものについて、新たな留意事項を踏まえ、「今後の方針」、「具体的な計画」を再検証してください。

## 〇〇病院が担う役割について

平成 年 月 〇〇病院

### 3 具体的な計画 (2) 数値目標

	現時点( 年 月 時点)	2025年
①病床稼働率	<記入要領> □ 公的医療機関等は、病床稼働率、紹介率、逆紹介率を2025プランから転記してください。 □ 公立病院及び民間医療機関は、次の算定式により上記の数値を算出し、記入してください。 ※ 紹介率、逆紹介率は当該データがあれば記入してください。 > 病床稼働率(%) = (病床機能報告における) 在床患者延べ数 / (許可病床数 × 365) × 100 > 紹介率(%) = 紹介患者の数 / 初診患者の数 × 100 > 逆紹介率(%) = 逆紹介患者の数 / 初診患者の数 × 100	
②紹介率		
③逆紹介率		

(保健所説明会資料表紙)

- ・保健所説明会では、県調整会議で決定された全県的な地域医療構想の進め方を踏まえ、各地域調整会議における協議の進め方等を共有

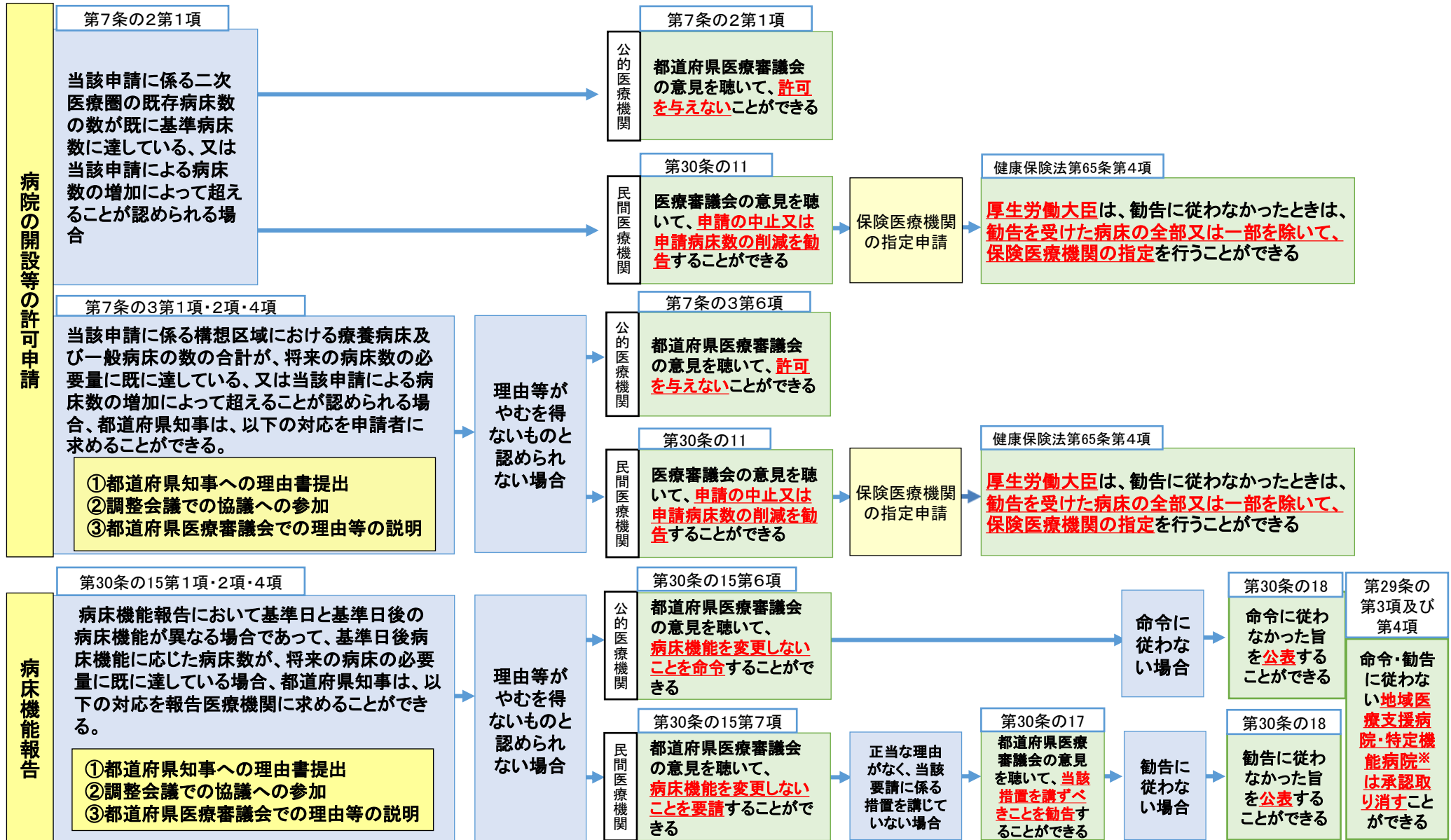
(具体的対応方針の説明資料 = 通称「統一様式」)

- ・統一様式では、「医療機関や構想区域の現状と課題」「地域において今後担うべき役割」「新興感染症への対応」「医師の働き方改革を踏まえた医療従事者の確保対策」「病床機能ごとの推移(現状、2025年)診療科の推移」「病床稼働率や紹介率・逆紹介率(数値目標)」などの項目ごとに説明資料のひな型を作成

# 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

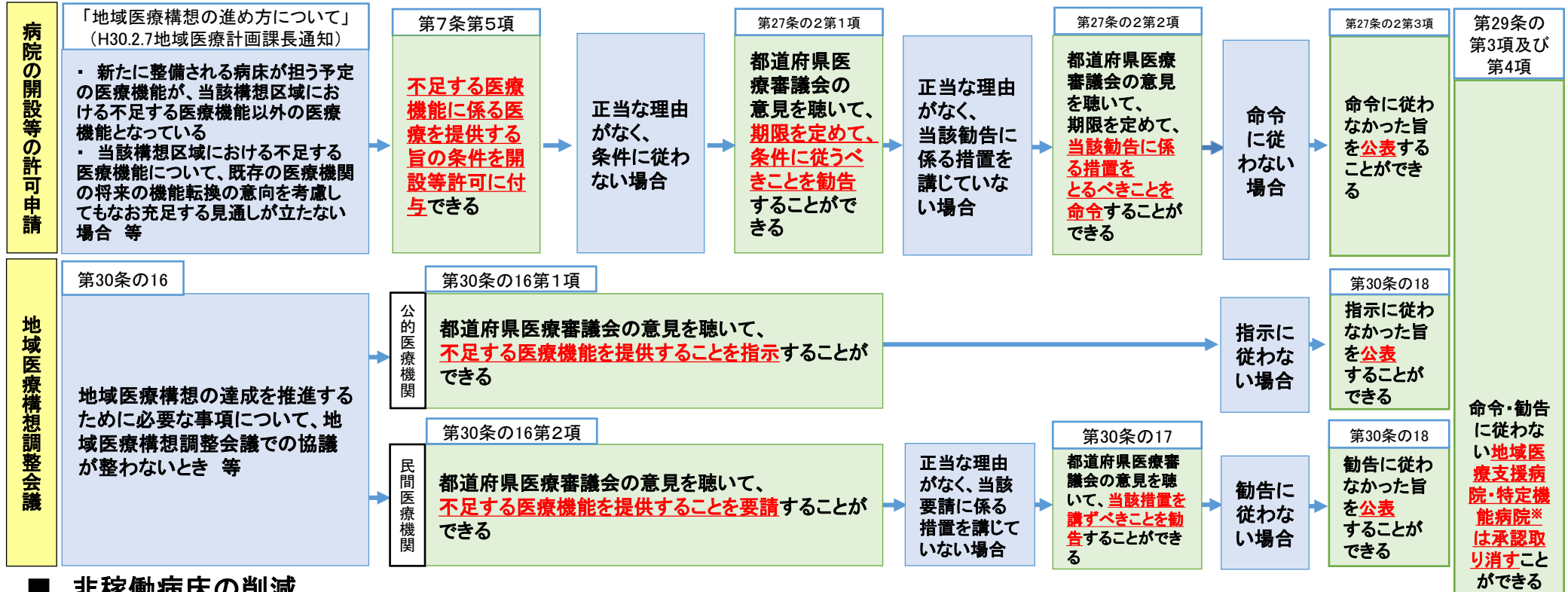


※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

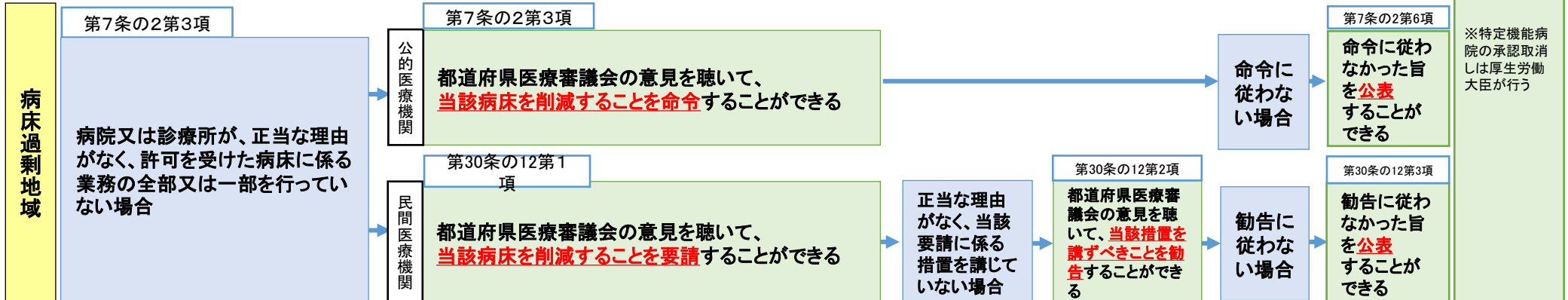
# 病床に関する都道府県知事の権限と行使の流れ②

○ 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。

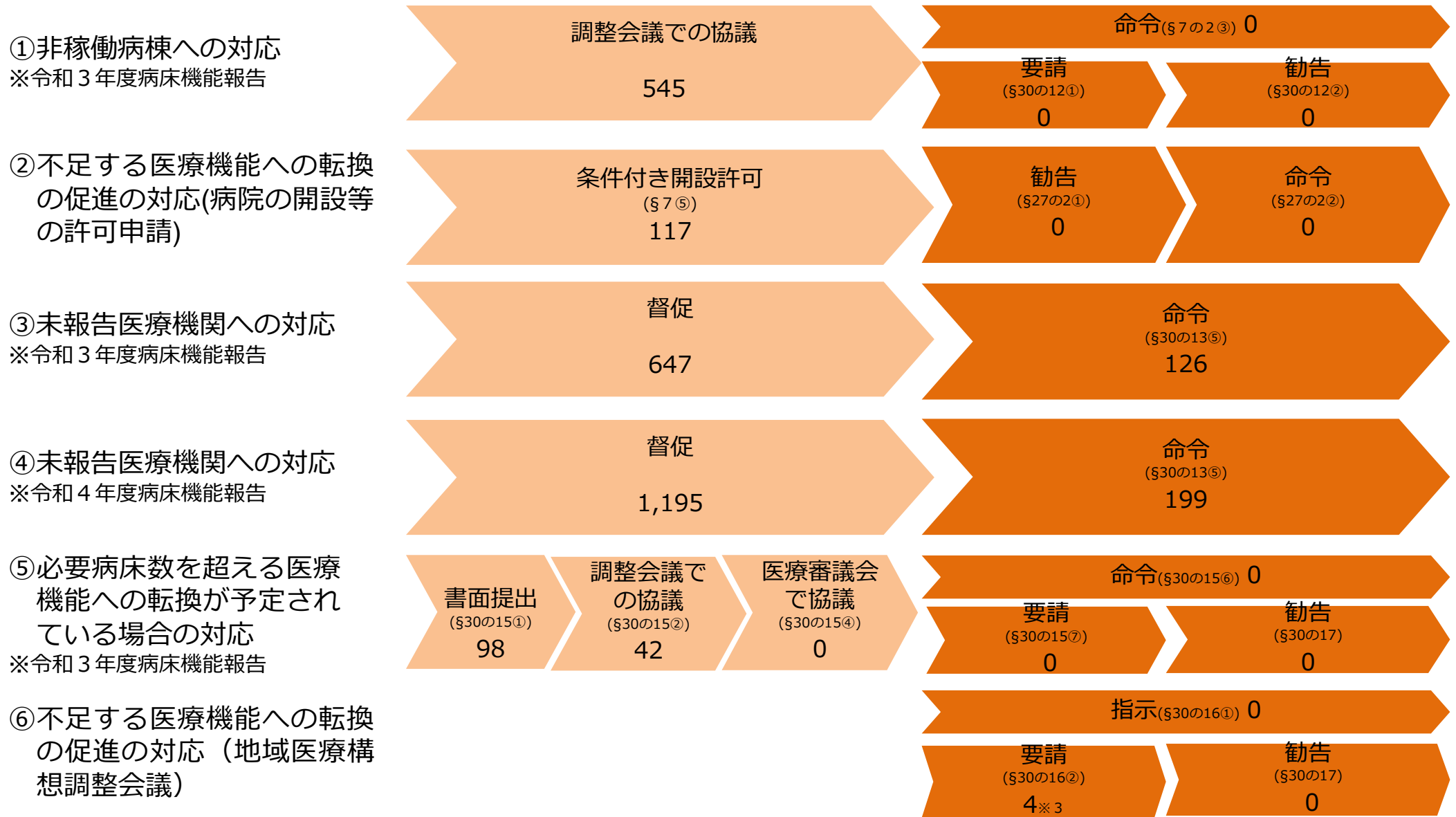
## ■ 不足する医療機能への転換等の促進



## ■ 非稼働病床の削減



# 都道府県知事の権限行使の状況



※1 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。

### (3) 病床数の変化の状況等

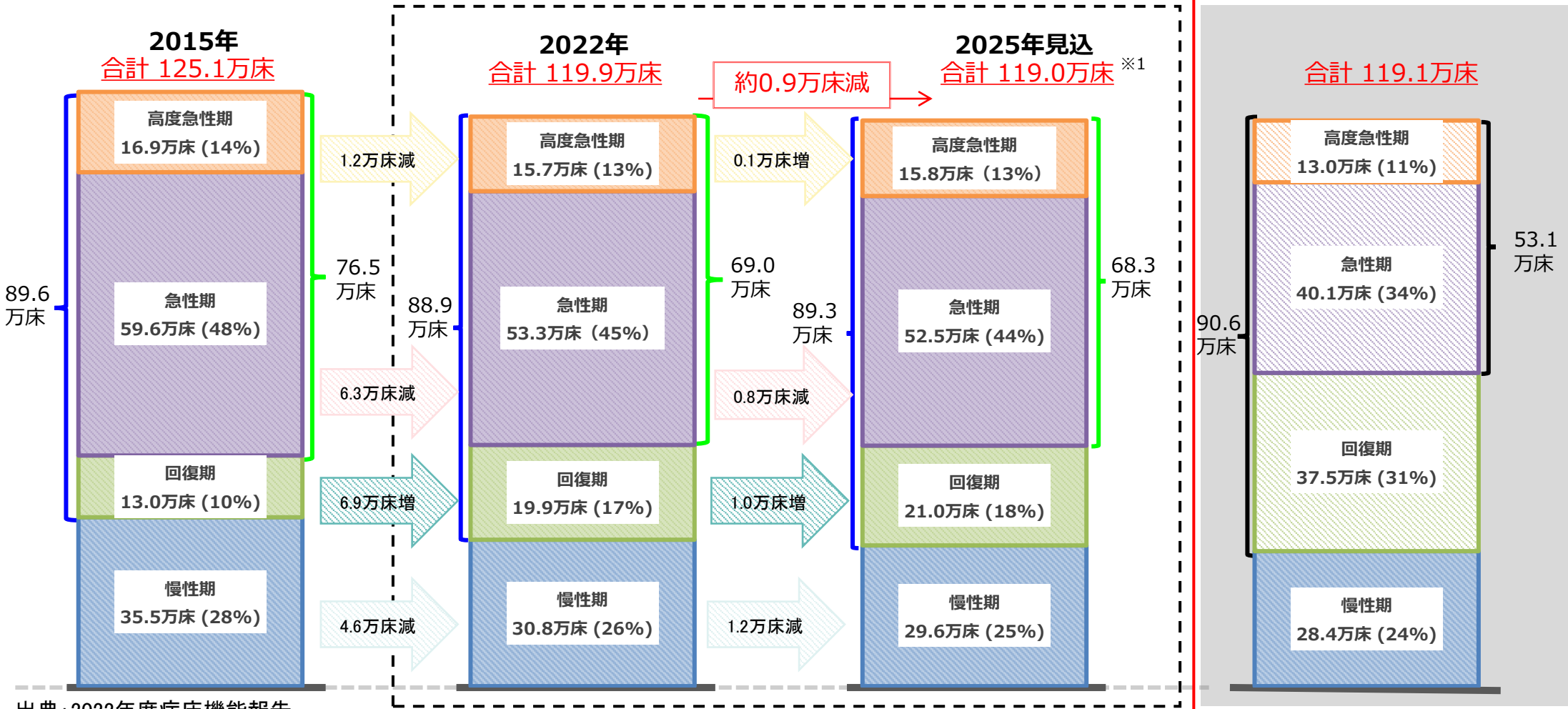


# 2022年度病床機能報告について

## 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

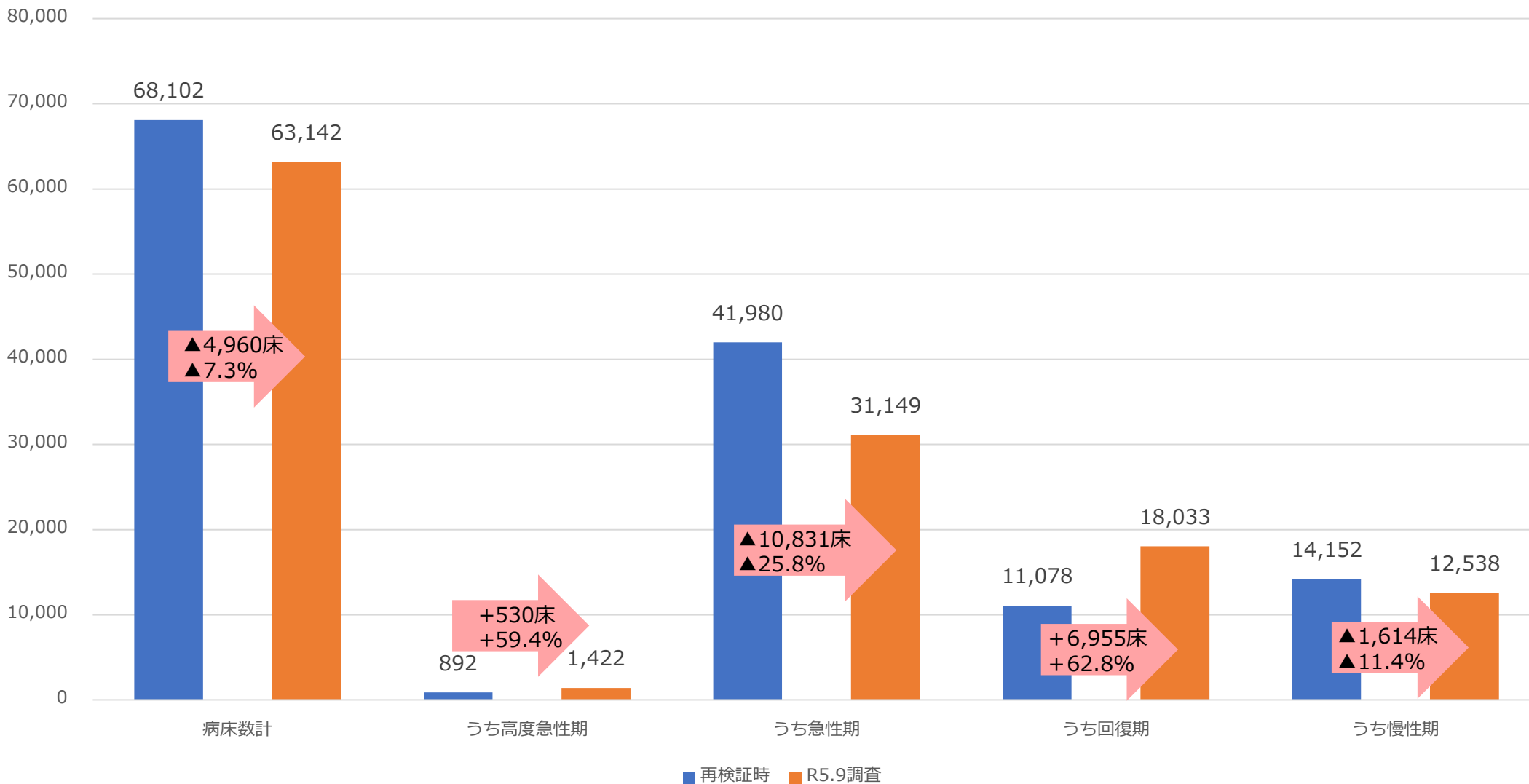
※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 18,399床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

\*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。

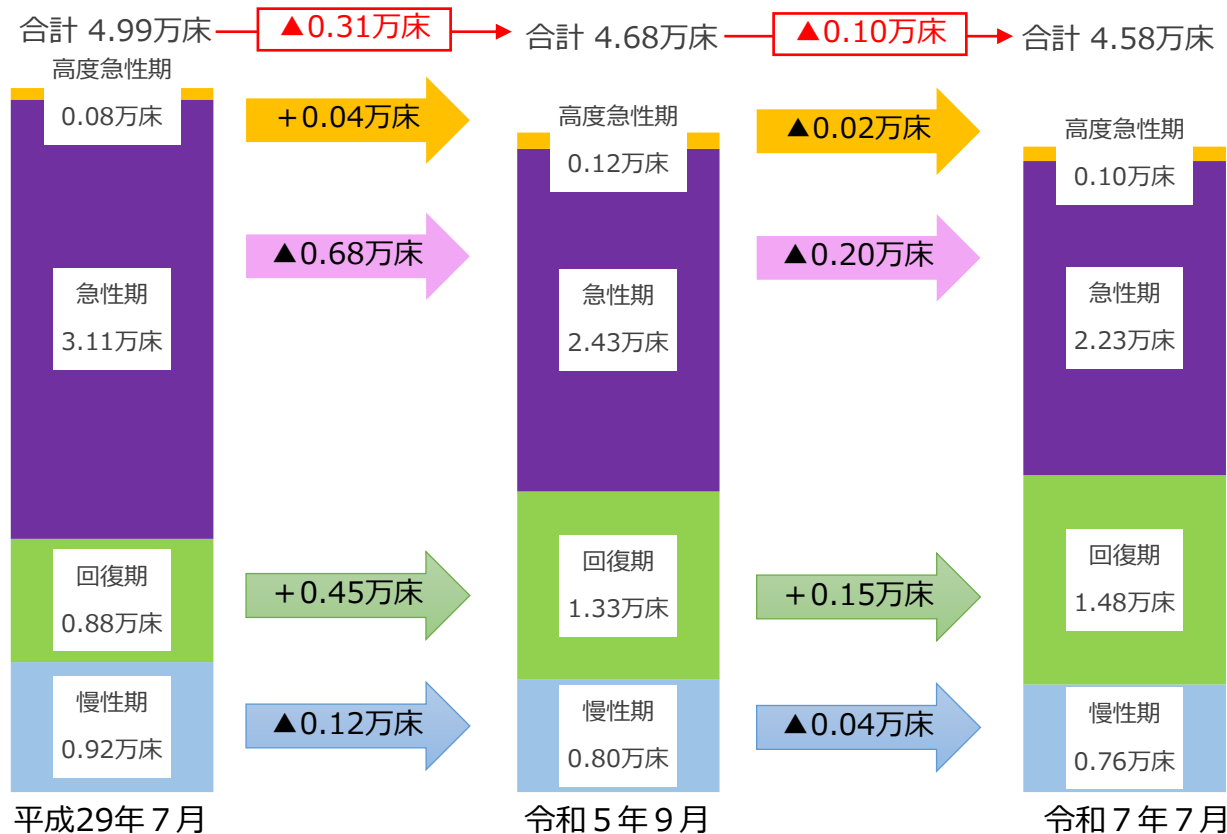
# 再検証対象医療機関における病床数の変化

- 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%)

# 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）	乖離率 (②/⑤)	病床数 ③	必要量との乖離 ④（③-⑤）	乖離率 (④/⑤)		変化率 (⑥/①)		
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%）

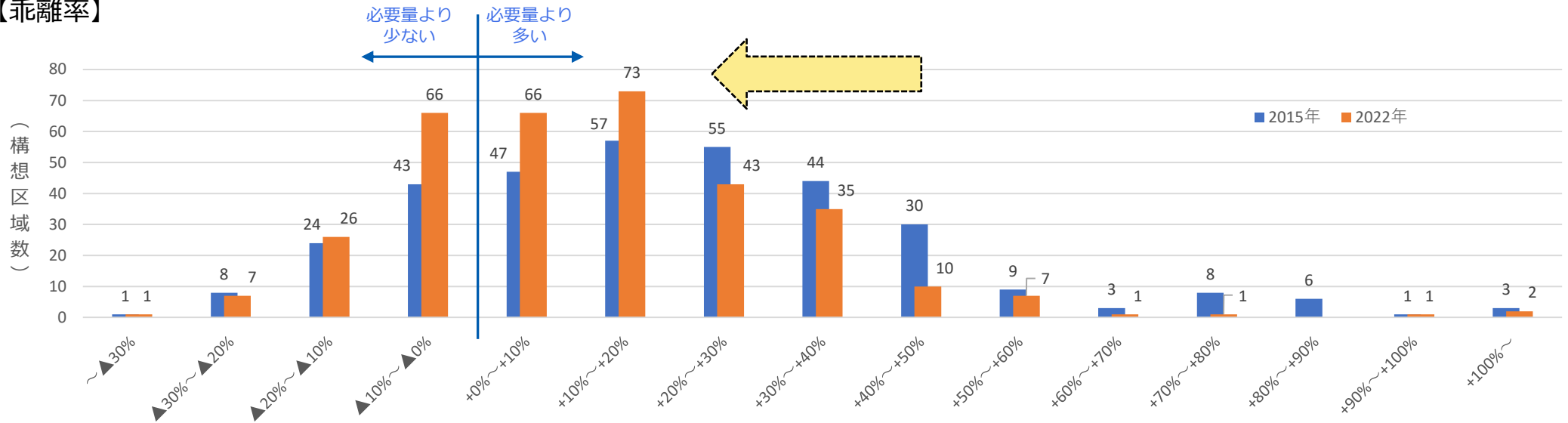
※2 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※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。

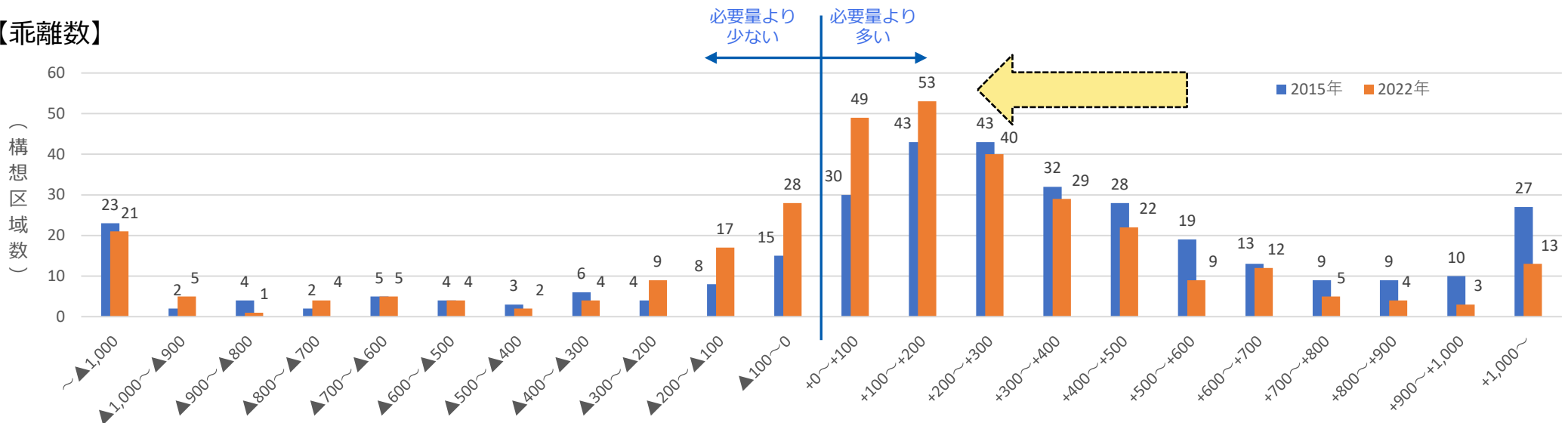
# 2025年の必要量との乖離（構想区域別/病床機能計）

○ 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

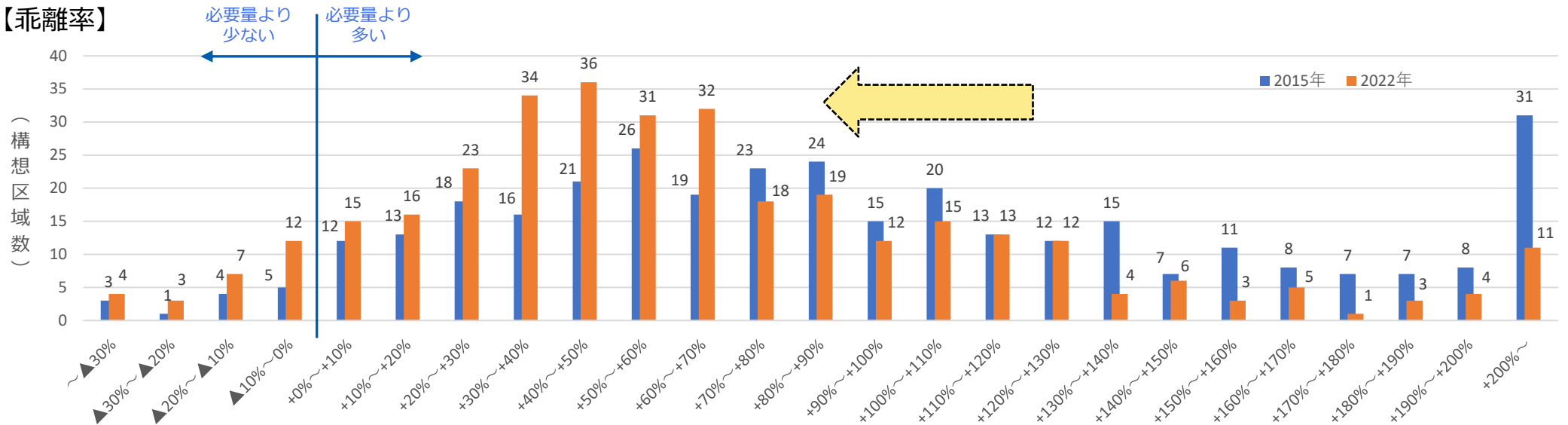
※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

※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。

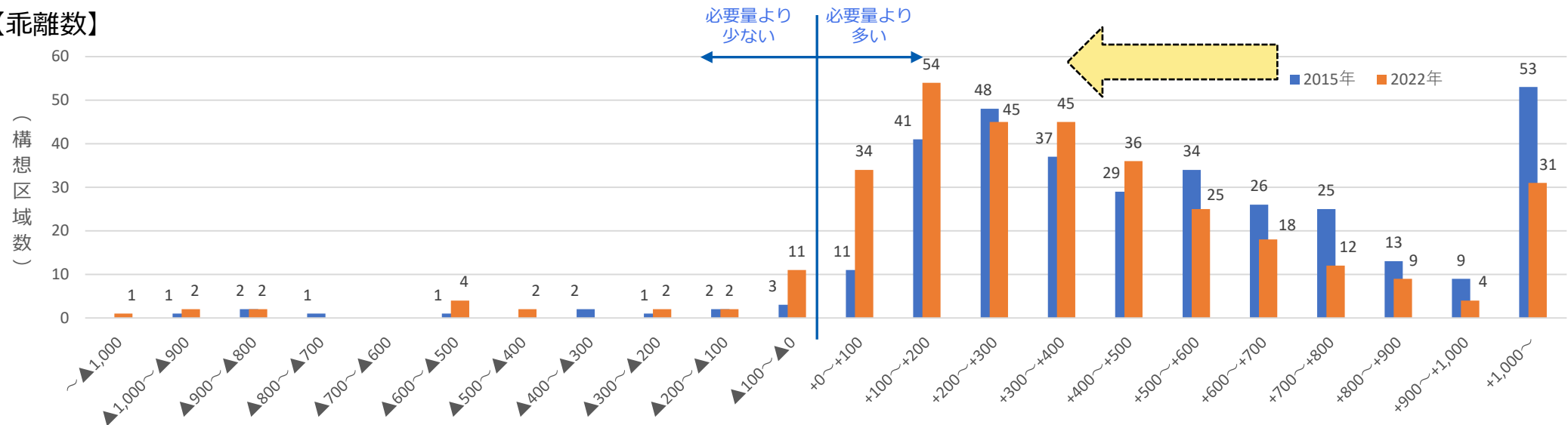
# 2025年の必要量との乖離（構想区域別/急性期）

○ 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

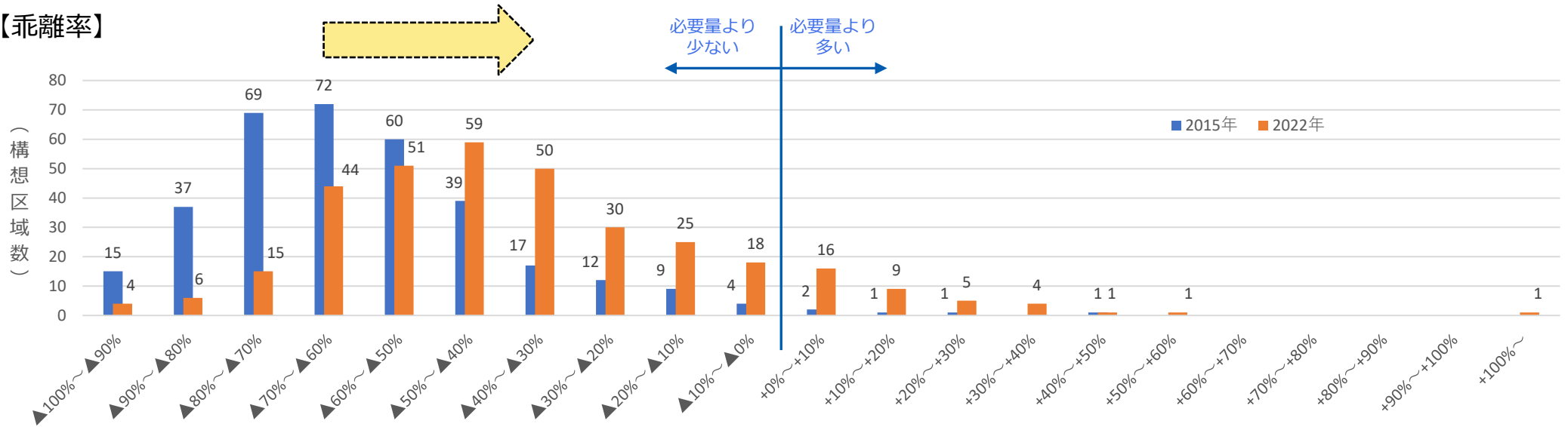
※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

※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。

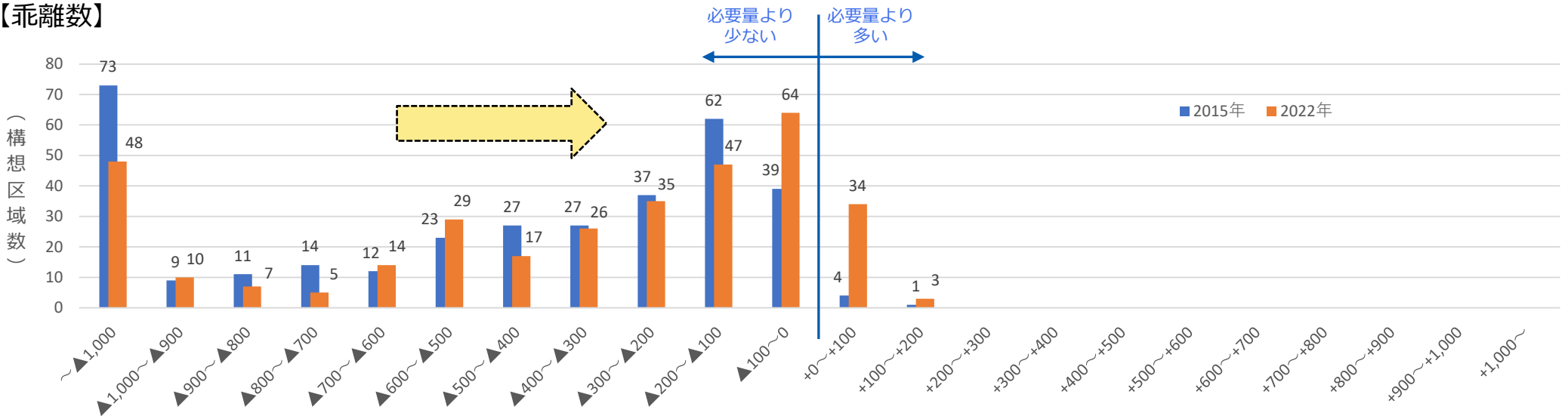
# 2025年の必要量との乖離（構想区域別/回復期）

○ 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。

# 病床が全て稼働していない病棟の現状

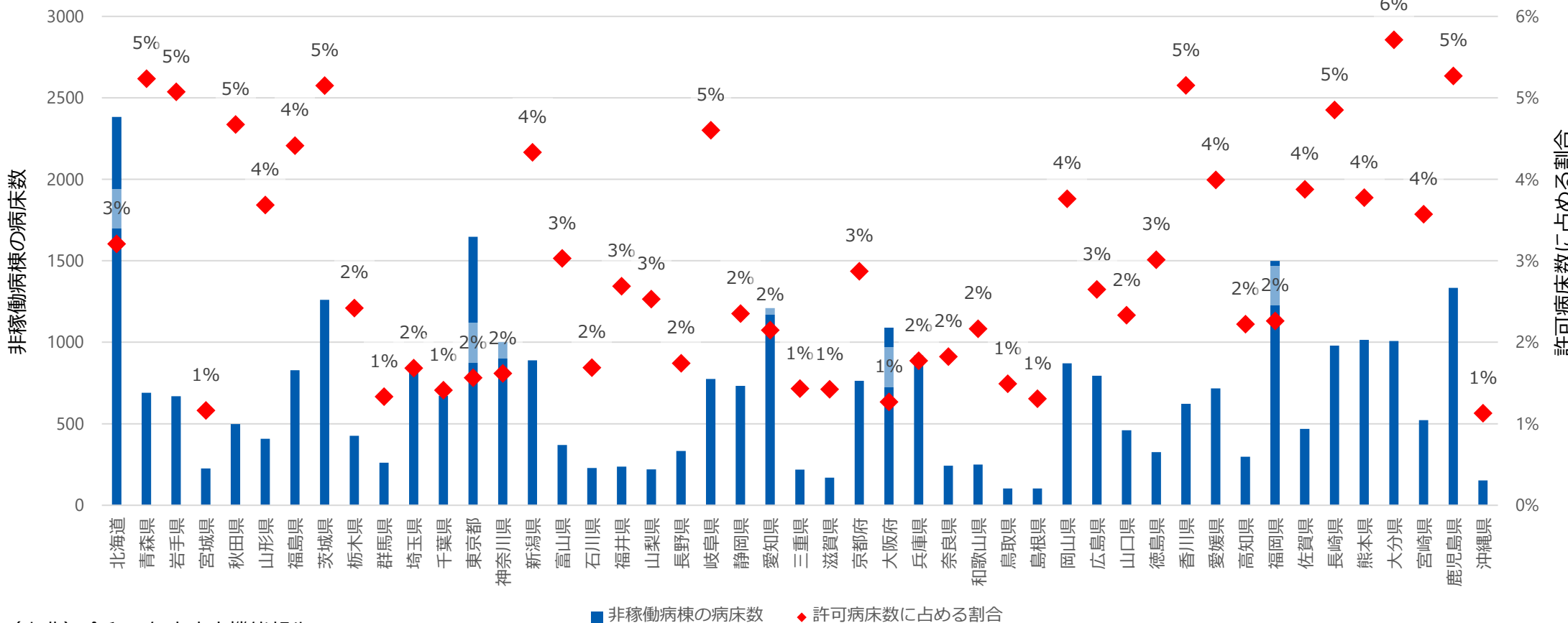
確定値

第12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5年5月25日  
資料1  
(一部  
改)

- 令和4年度病床機能報告において、病棟単位（有床診療所の場合は診療所単位）で休棟と報告されている病床は31,743床存在した。
- 非稼働病棟の病床数は都道府県によってばらつきがあるが、病床機能報告上の許可病床数に占める割合として、最大の県は約6%であった。
- 非稼働病棟に対しては、令和5年3月の通知（※）で示したとおり、都道府県は必要に応じて地域医療構想調整会議において詳細な説明を求め、十分に議論する等の適切な対応が求められる。

※「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）

非稼働病床の病床数



（出典）令和4年度病床機能報告

※「非稼働病棟」は、病院は病棟単位で休棟と報告されている病床、有床診療所は診療所単位で休棟と報告されている病床を指す。

※「許可病床数」は、病床機能報告において医療機関ごとに報告されたものの総和（一般病床及び療養病床のみ）である。



- 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・乖離数いずれでみても、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。

# 【概要】PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進に関する進捗状況調査

## (1) 調査目的

地域医療構想については、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PDCAサイクルを通じた推進を求めているところであり、当該状況等の調査を行うもの。

## (2) 調査時点

令和5年11月末時点（調査期間：令和5年12月1日から令和6年1月12日）

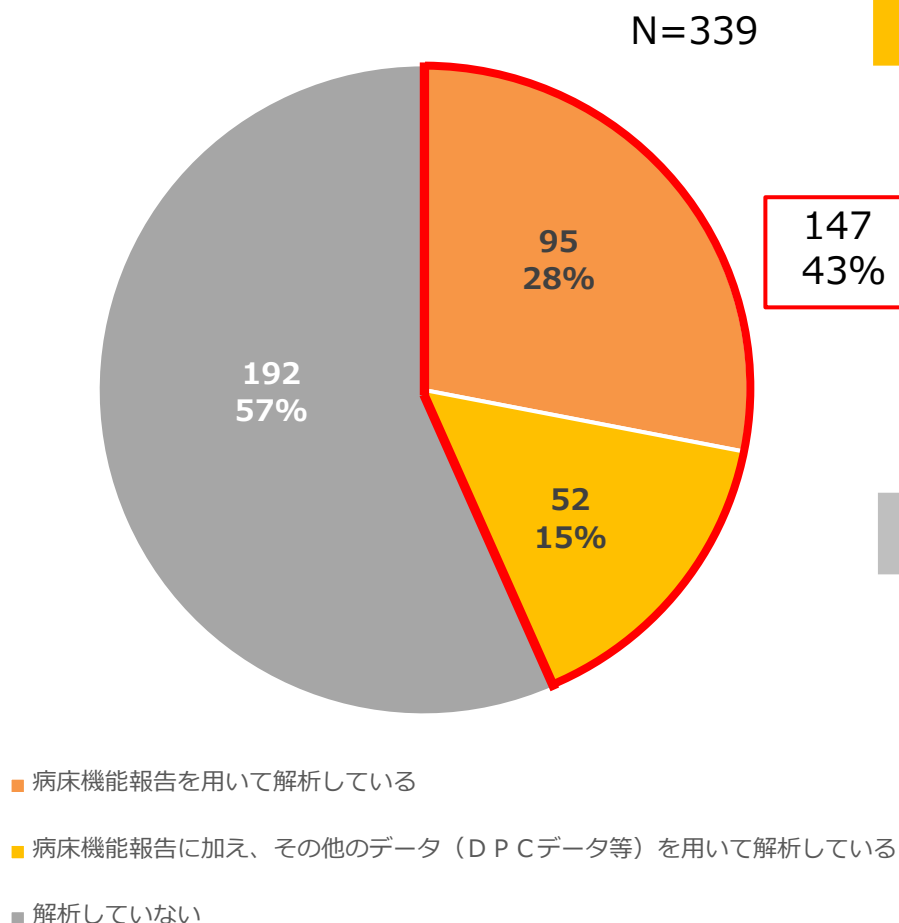
## (3) 主な調査項目

- ① 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」との差違の状況
  - ・「2025年の病床数の見込み」と「病床数の必要量」に生じている差異について、データ等による解析の実施状況
  - ・生じている差異の要因及び当該要因に係る病床数の状況
  - ・「データの特性だけでは説明できない差異」が生じている要因の分析及び評価等の状況
  - ・「データの特性だけでは説明できない差異」が生じている場合の対応の状況
- ② 構想区域の医療提供体制上の課題
  - ・医療提供体制上の課題の状況
  - ・課題について、「2025年の病床数の見込み」と「病床数の必要量」に生じている差異との関連
  - ・課題の解決のための取組予定

# 地域医療構想の進捗状況の検証①（将来の病床数の必要量との差異）

- 「2025年の病床数の見込み」と「病床数の必要量」に生じている差異について、解析している区域は147区域、このうち、「病床機能報告を用いて解析している区域」は95区域、「病床機能報告に加え、その他のデータ（DPCデータ等）を用いて解析している区域」は52区域。
- 一方、「解析していない区域」は192区域あり、解析していない主な理由としては、「解析中」、「有床診療所を含む各医療機関の対応方針の策定を今年度中に行い、その内容を踏まえて解析予定のため」、「今年度にデータ分析構築支援事業により解析できる体制を構築し、来年度に本格的な解析を実施する予定のため」であった。

## 各構想区域の差異の解析状況



## その他のデータの主な種類

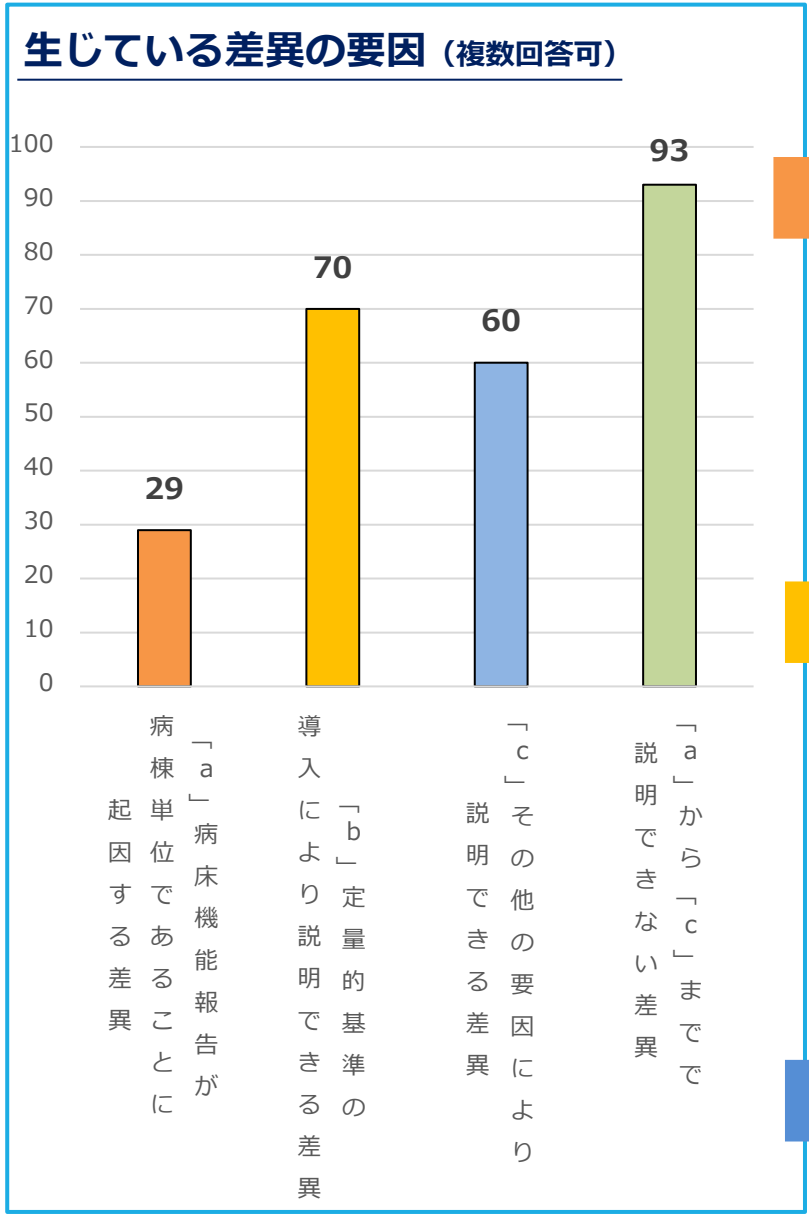
- DPCデータ
- 国保データベース（KDB）
- 都道府県独自調査（病床単位での病床機能の調査等）

## 解析していない主な理由

- 解析中（データ分析の方法について検討中を含む）。
- 有床診療所を含む各医療機関の対応方針の策定を今年度中に行い、その内容を踏まえて解析予定のため。
- 今年度にデータ分析構築支援事業により解析できる体制を構築し、来年度に本格的な解析を実施する予定のため。

# 地域医療構想の進捗状況の検証②（生じている差異の要因）

○ 差異を解析している構想区域（147区域）について、生じている差異を要因別にみると、「病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異がある区域」は29区域、「定量的基準の導入により説明できる差異がある区域」は70区域、「その他の要因により説明できる差異がある区域」は60区域、「これらの要因では説明できない差異がある区域」が93区域あった。



### a 具体的な主な解析方法

- 医療機関へのアンケート調査
- 各医療機関の対応方針における2025年の機能別病床数との比較

### b 定量的基準の主な内容

- 急性期病棟のうち、50床あたり「手術+救急入院>1日2件」を目安に条件を満たさない病棟を回復期に計上。
- 「急性期・慢性期病棟のうち、地域包括ケア入院管理料を算定している病床」及び「将来回復期に転換予定として報告している病棟」を回復期に計上。
- 以下の入院料を算定する病棟を回復期に計上。  
(急性期一般入院料4~6、地域一般入院料、小児入院医療管理料4, 5、回復期リハ入院料、地域包括ケア入院料、緩和ケア入院料、特定一般病棟入院料)

### c その他の主な要因

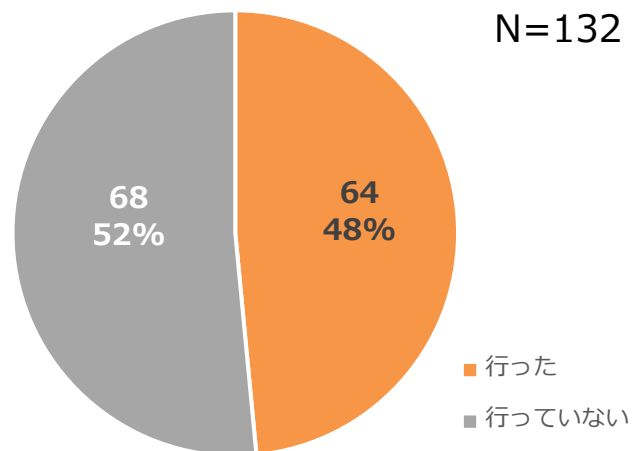
- 医療機関において、令和4年度病床機能報告後に、病床の廃止や病床機能の見直しに関する方針を変更したため。

# 地域医療構想の進捗状況の検証③ (地域医療構想調整会議における要因の分析及び評価)

- 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(132区域)について、「地域医療構想調整会議において要因の分析及び評価を行っている区域」は64区域、このうち「その結果を公表している区域」は55区域あった。
- 一方、「行っていない区域」は68区域あり、行っていない主な理由としては「各医療機関の対応方針の策定を今年度中に行い、その内容を踏まえて分析及び評価を行う予定のため」、「病床数のみに着目した議論をすべきではないとの指摘を受けるおそれがあるため」であった。

(※) 「病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異」及び「定量的基準の導入により説明できる差異」以外の差異

## 地域医療構想調整会議における要因の分析及び評価



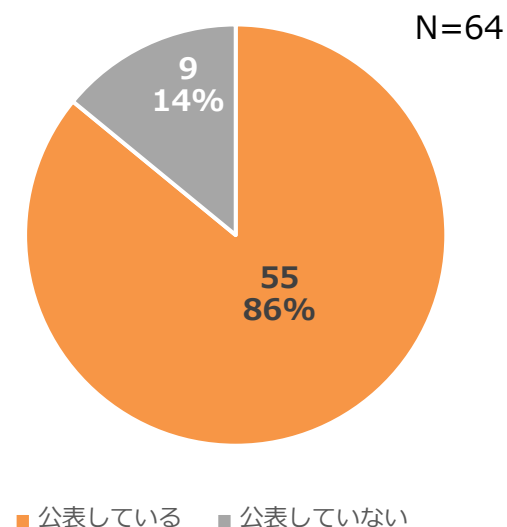
## 行っていない主な理由

- 各医療機関の対応方針の策定を今年度中に行い、その内容を踏まえて分析及び評価を行う予定のため。
- 病床数のみに着目した議論をすべきではないとの指摘を受けるおそれがあるため。

## 主な評価

- 急性期であるが、回復期相当の病床として柔軟に利用されている。
- 差異は生じているが、概ね病床機能の分化・連携は進んでいる。
- 医療従事者が不足し、必要な病床機能を整備できない。

## 結果の公表



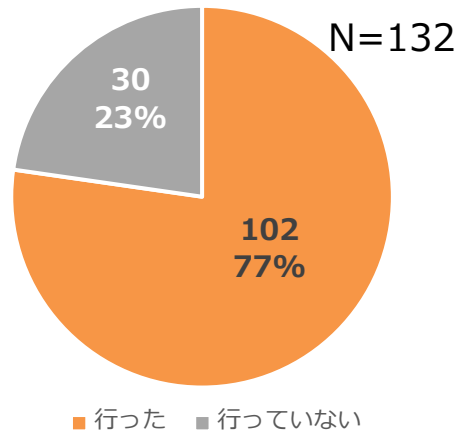
# 検証を踏まえて行う必要な対応①

## (2025年の医療提供体制についての地域医療構想調整会議での協議等)

- 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(132区域)について、「構想区域全体の2025年の医療提供体制についての調整会議での協議を行った区域」は102区域、「行っていない区域」は30区域あり、行っていない主な理由としては「今後、協議予定のため」、「各医療機関の対応方針に係る協議を優先しているため」であった。
- 協議を行った構想区域(102区域)について、「2025年の各医療機関の役割分担の方向性等について調整会議で議論を行った区域」は67区域、「行っていない区域」は35区域あり、行っていない主な理由としては「今後、議論予定のため」、「現状の共有までで、具体的な役割分担の方向性等まで議論が至らないため」であった。
- 議論を行った構想区域(67区域)について、「年度ごとの工程表を策定している区域」は20区域、「策定していない区域」は47区域あり、策定していない主な理由としては「策定中のため」、「議論が深まっていないため」であった。

(※) 「病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異」及び「定量的基準の導入により説明できる差異」以外の差異

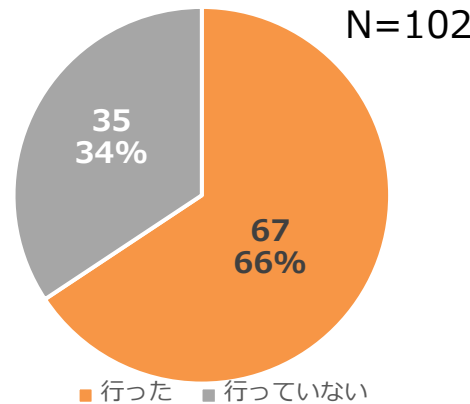
構想区域全体の2025年の医療提供体制についての地域医療構想調整会議での協議



### 行っていない主な理由

- 今後、協議予定のため。
- 各医療機関の対応方針に係る協議を優先しているため。

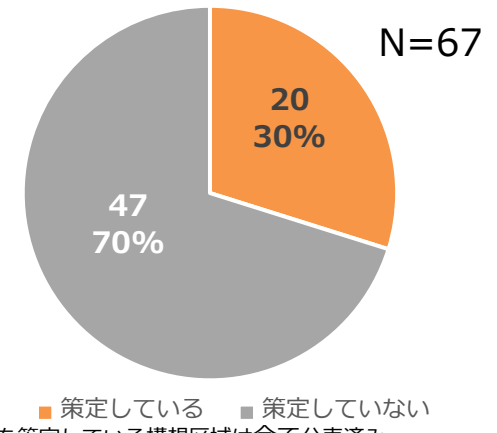
協議を踏まえた2025年の各医療機関の役割分担の方向性等についての地域医療構想調整会議での議論



### 行っていない主な理由

- 今年度とりまとめる医療機関の対応方針等を活用し、今後、議論予定のため。
- 現状の共有までで、具体的な役割分担の方向性等まで議論が至らないため。

課題解決のための年度ごとの工程表の策定



### 策定していない主な理由

- 策定中のため。
- 工程表の策定に至るまで議論が深まっていないため。

※ 工程表を策定している構想区域は全て公表済み

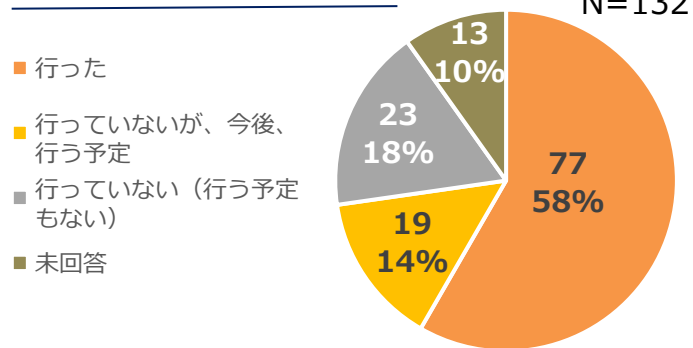
# 検証を踏まえて行う必要な対応②

## (非稼働病棟等への対応、地域医療構想調整会議の意見を踏まえた対応)

- 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(132区域)について、「非稼働病棟等への対応を行った区域」は77区域、「今後行う予定の区域」は19区域、「行う予定はない区域」は23区域あり、行っていない主な理由としては、「今後、必要に応じて調整会議において報告予定のため」、「改修による休棟等、非稼働病棟である理由が明らかなため」であった。
- 「調整会議の意見を踏まえた必要な対応を行った区域」は60区域あり、主な対応としては、「データ分析(医療提供体制や医療需要等)」、「医療機関への個別ヒアリング」であった。一方、「今後行う予定の区域」は16区域、「行う予定はない区域」は43区域あり、行っていない主な理由としては、「協議中」、「医師の働き方改革による影響を調査し、その影響を踏まえて必要な対応を協議する予定のため」であった。

(※) 「病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異」及び「定量的基準の導入により説明できる差異」以外の差異

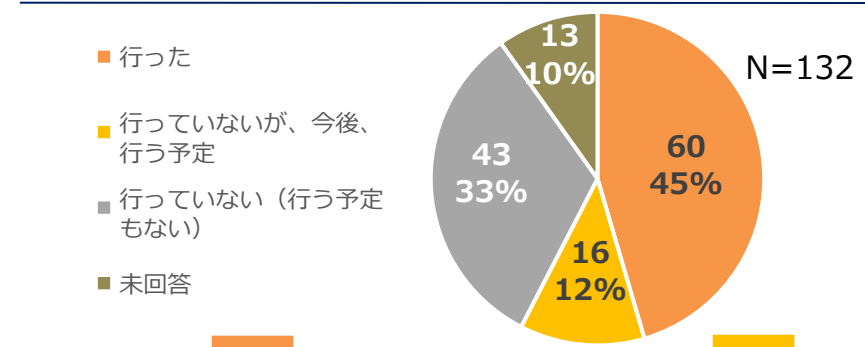
### 非稼働病棟等への対応



### 行っていない主な理由

- 非稼働病棟等の対応方針について、医療機関に聞き取りを行った段階であり、今後、必要に応じて、地域医療構想調整会議において報告予定のため。
- 今年度とりまとめる医療機関の対応方針等を活用し、対応予定のため。
- 改修による休棟等、非稼働病棟である理由が明らかなため。

### 非稼働病棟等への対応等のほか、地域医療構想調整会議の意見を踏まえた必要な対応



### 具体的な主な対応

- データ分析(医療提供体制や医療需要等)
- 全ての病院・有床診療所の院長が参集する会議の開催
- 医療機関への個別ヒアリング(具体的な患者像、提供する医療の内容等)
- 過剰病床機能への転換を希望する医療機関との再協議
- 金融機関と連携したセミナーの開催
- 病床転換促進事業の活用

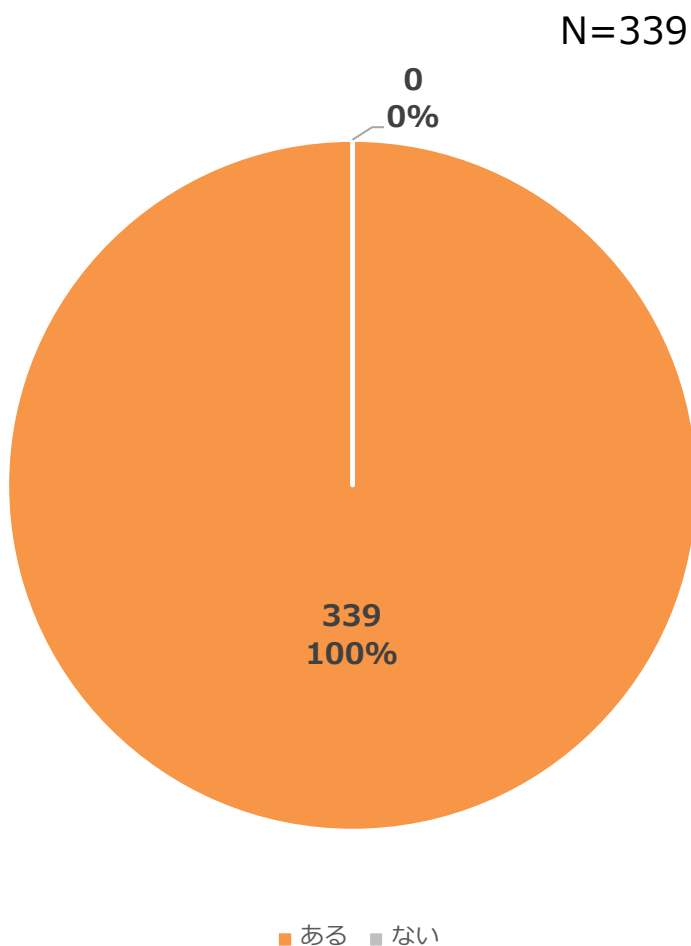
### 行っていない主な理由

- 協議中。
- 医師の働き方改革による影響を調査し、その影響を踏まえて必要な対応を協議する予定のため。
- 今年度とりまとめる医療機関の対応方針等を活用し、議論予定のため。

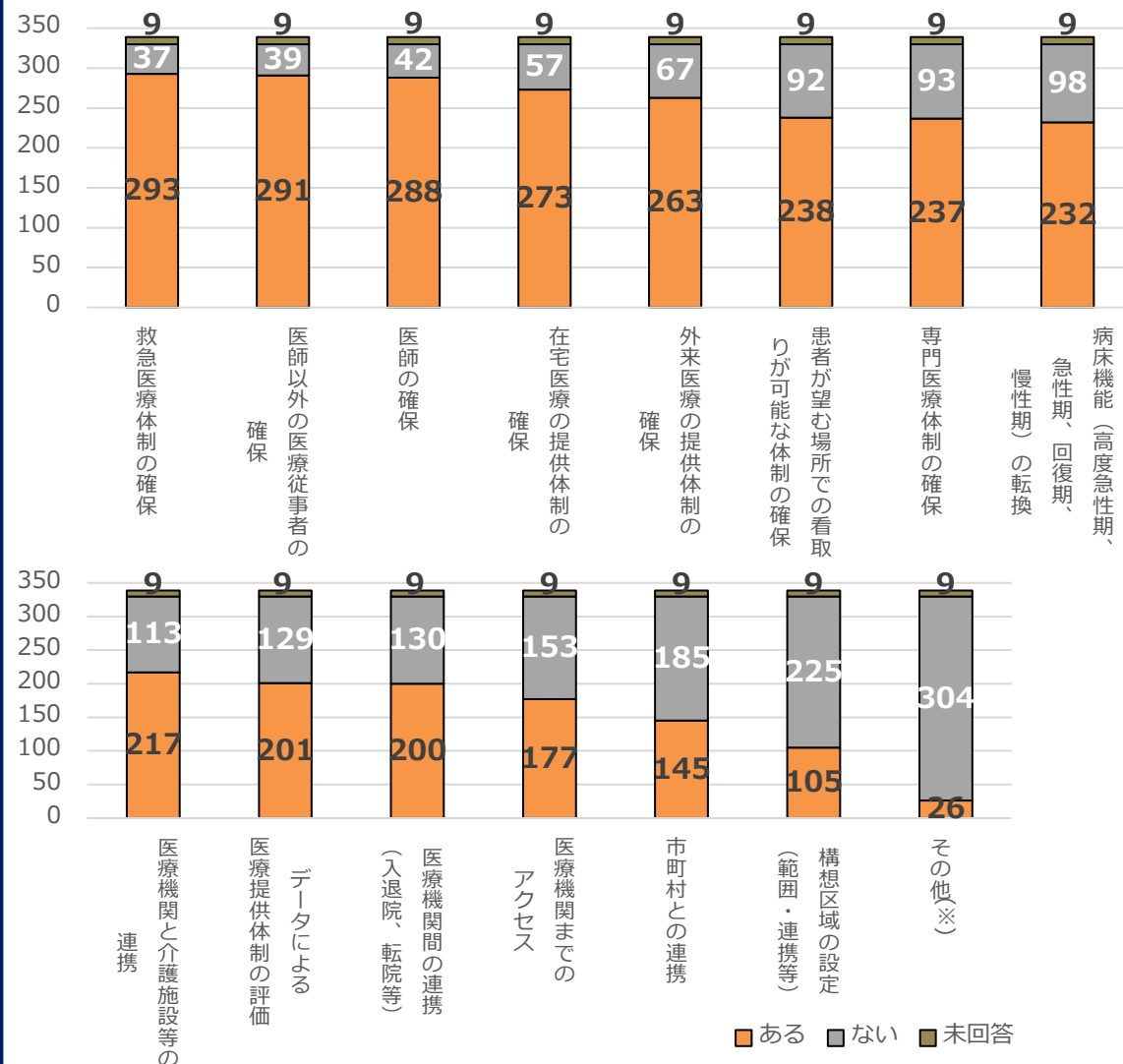
# 構想区域の医療提供体制上の課題①

○ 「医療提供体制上の課題がある区域」は339区域あり、このうち、「課題あり」と回答した構想区域が多い順に、個別の課題をみると、「救急医療体制の確保」が293区域、「医師以外の医療従事者の確保」が291区域、「医師の確保」が288区域となっている。

## 課題の有無の状況



## 個別の課題



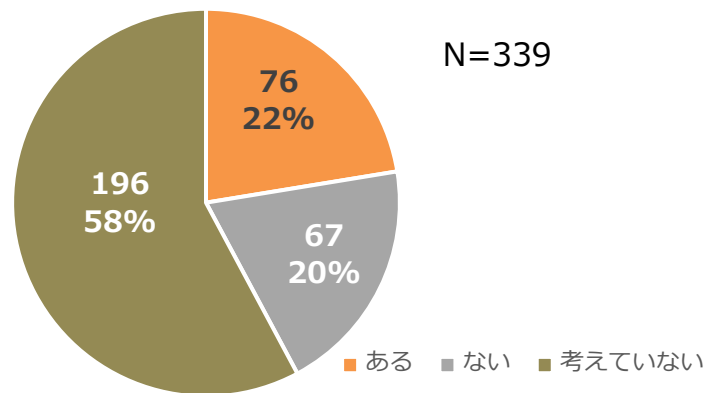
※ 医療機関における介護従事者の不足、無薬局地区等における医薬品の供給手段の確保 等



# 構想区域の医療提供体制上の課題②

- 「課題」と「生じている差異」との関連があると回答した区域は76区域あり、関連の主な具体的な内容としては、「回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している」、「慢性期の病床数が過剰となっており、課題として、受け皿となる在宅医療や介護系施設の提供体制が不足している」であった。
- 一方、「課題と生じている差異との関連がない」と回答した構想区域は67区域、「関連について考えていない」と回答した構想区域は196区域あった。
- 課題解決のための取組予定としては、多い順に「地域医療構想調整会議における協議」が289区域、「データ分析」が281区域、「構想区域の関係者の勉強会等」が141区域となっている。

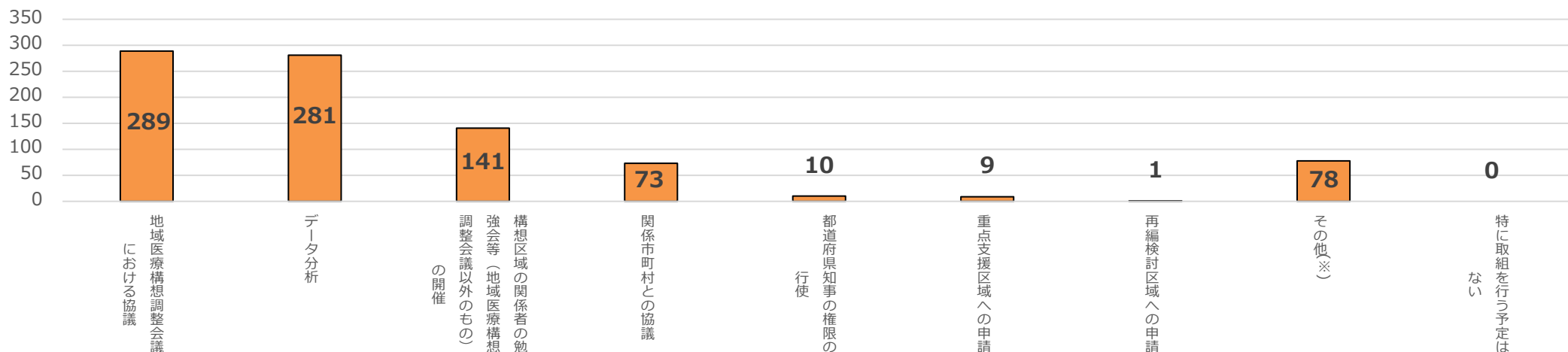
## 「課題」と「生じている差異」との関連の有無



## 関連の主な具体的な内容

- 回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している。
- 慢性期の病床数が過剰となっており、課題として、受け皿となる在宅医療や介護系施設の提供体制が不足している。
- 病床機能の転換を進めるための医師の確保が困難。

## 課題解決のための取組予定（複数回答可）



※ 医療計画に基づく取組、地域医療構想調整会議以外の協議の場合における関係機関との協議 等

- 令和5年3月の改正告示・通知において、都道府県に対して、構想区域ごとに年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、検証を踏まえて行う必要な対応等により、PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進を求めている。
- これまでのPDCAサイクルを通じた取組等により、**年度目標の設定や調整会議の検討状況、病床数の変化等から、地域医療構想の一定の進捗が認められる**ものの、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、令和5年12月に「**PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進に関する進捗状況調査**」を行った。調査の結果、
  - ・ 差異の解析を実施していない構想区域が192区域あり、構想区域ごとの取組にばらつきがあることが示され、引き続き、**データ分析や要因の評価等を行っていく必要**
  - ・ データの特性だけでは説明できない差異がある構想区域が132区域あり、**調整会議において構想区域全体の医療提供体制や各医療機関の役割分担の協議等を進めていく必要**
  - ・ 全ての構想区域で様々な医療提供体制上の課題を抱えており、**地域医療構想の推進を通じて課題の解決につなげていく必要**等が示唆された。
- また、「新経済・財政再生計画改革工程表2023」及び「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」において、**2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化**し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進めることなどが定められている。
- **2025年に向けて、PDCAサイクルを通じた地域医療構想の取組が更に推進**されるよう、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ことなどを含め、**国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化**するとともに、**病床機能等のデータの見える化、好事例の周知、アウトリーチの伴走支援など、国による積極的な支援**を講じることとしてはどうか。

## (4) 地域医療構想の推進に向けた支援

## 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21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）

【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）

【8回目（令和6年1月16日）選定】

- ・宮城県（仙台区域）

## 再編検討区域について

### (「地域医療構想の進め方について」令和5年3月31日付け地域医療計画課長通知)

#### 〈基本的な考え方〉

- 2023年度末までに重点支援区域の設定の要否を判断した都道府県の割合を100%にすることが求められているが、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の合意を得るため、**協議前の再編の要否を含めた検討段階においても、一定程度のデータを用いた地域の医療提供体制の分析等が必要**である。

重点支援区域の申請の要否を判断するまでの支援として、**再編の検討の初期段階における複数医療機関の再編を検討する区域の支援を行う。**

再編検討区域の支援に係る依頼をする段階において、**重点支援区域への申請を前提とする必要はない。**

#### 〈支援対象〉

- **複数医療機関の再編を検討する事例を対象**とし、単一医療機関の再編を検討する事例は対象としない。

#### 〈支援内容〉

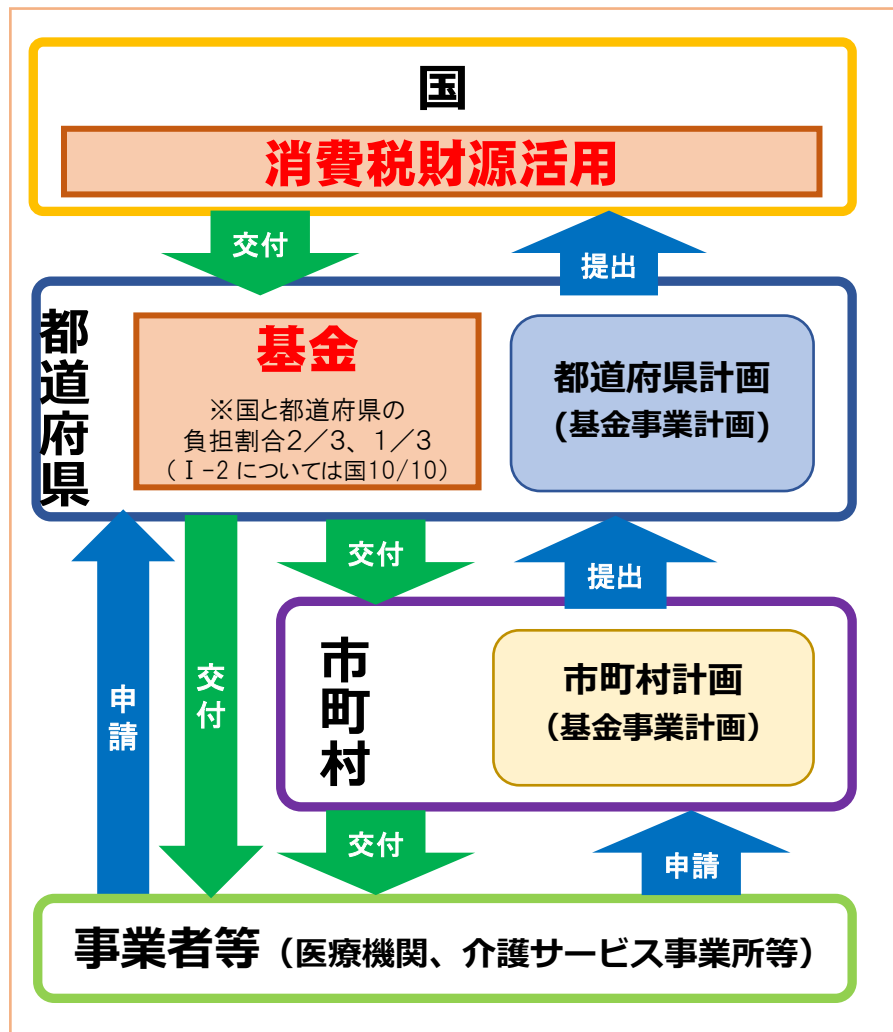
- **重点支援区域の申請の要否を判断するまでの支援を行うことが目的**であり、技術的な支援はその目的に必要な範囲で適切に行う。

#### 〈留意事項〉

- 支援を行っていることについて厚生労働省から公表することは差し控える。今後、**全ての都道府県に対して申請の意向を聞くことを予定。**

# 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

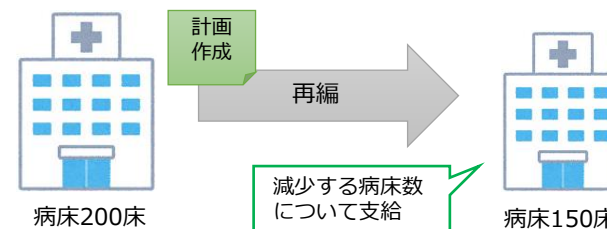
- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援\*1を実施する。
- 令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10/10）】

## 「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



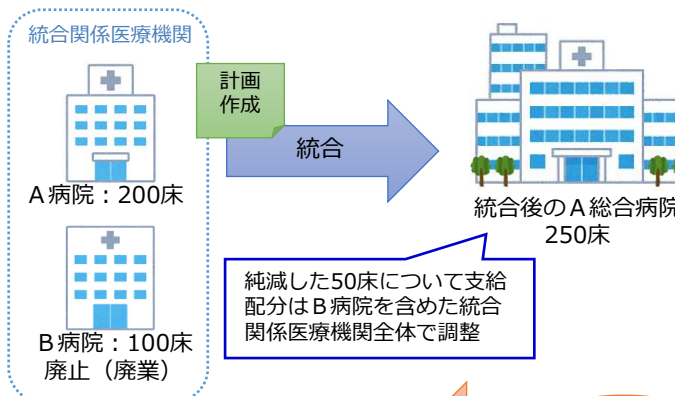
## 「複数医療機関」の取組に対する財政支援

### 【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 ……用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

支援策

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  
(令和6年度予算額 公費200億円(区分I-1))

- A 再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費
- B 再編統合と一体的に行う宿舍・院内保育所の施設整備費
- C 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
- D 不要となる建物(病棟・病室等)・医療機器の処分(廃棄、解体又は売却)に係る損失
- E 早期退職制度の活用により上積みされた退職金の割増相当額
- F 開設者が異なる医療機関の再編時における現給保障に係る経費
- G 地域医療連携推進法人の立ち上げに係る経費(設立前後3年間を上限)
- H 再編統合等後の施設の基本設計・実施設計を行う際に必要となる経費
- I 医療機関の再編統合に伴う研修経費
- J 再編統合等の際に必要なとなる経費
  - ・医療機器やベッド等の備品を移転するために必要となる経費
  - ・患者搬送、退院支援等を行うために必要となる経費

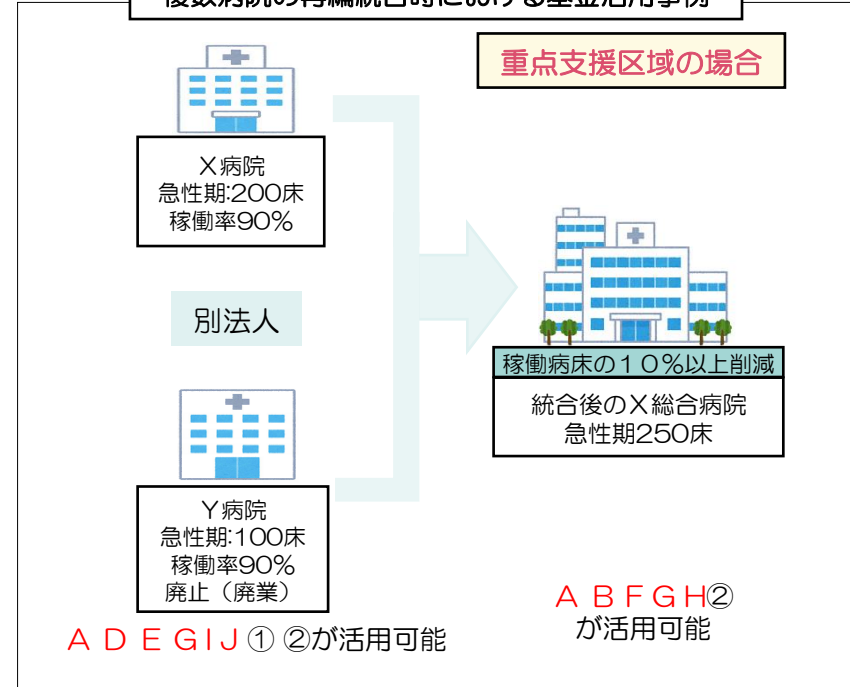
施設・設備の整備に係る費用が基本(医療機能の分化・連携の取組と一体的に行われるソフト事業を含む)

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  
(令和6年度予算額 全額国費142億円(区分I-2))

- ① 「単独医療機関」の取組に対する財政支援  
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
  - ② 「複数医療機関」の取組に対する財政支援
    - (ア) 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  
※関係医療機関全体へ交付し、配分は関係医療機関間で調整  
※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
    - (イ) 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
- ※①②ともに稼働病床の10%以上削減することが条件

事業区分I-1では対処できない課題について対処

複数病院の再編統合時における基金活用例



《事業区分I-1による支援(例)》

X病院・・・A, G, I, J

Y病院・・・D, E, I, J

統合後のX総合病院・・・A, B, F, G, H

の活用が想定される

《事業区分I-2の給付額(例)》

X病院を代表病院として

・・・②の活用 171百万円(最大)※1,2

Y病院・・・・・・①の活用 228百万円(最大)※1

※1 重点支援区域のため1.5倍の加算となる

※2 病床稼働率によって単価は変動(上記は最大で計算)



## 【事業区分Ⅰ】 標準事業例5 「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」 関係

### 病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備

**急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、病床の機能分化、連携を推進するための施設・設備整備を行う。**

※補助額は都道府県が定める「基準単価」×「1床当たり平米数」×「補助率」等により算定。

- 回復期病床への転換に限定されるものではなく、病床の機能分化・連携に特に必要な整備であれば医療機関の再編統合に係る整備や、病床のダウンサイジングに係る整備等も対象
- 複数医療機関により病床機能の再編等を進める際の医療機関の施設・設備整備費において、以下のような場合等であって、地域医療構想調整会議において合意が得られている場合においては病床機能の変更を伴わない病床についても、病床機能の分化・連携に向けた取組として当該病床機能の集約に必要な施設・設備の整備費に限り補助対象

構想区域内で、複数医療機関が、同一のある病床機能を担っているケースにおいて、地域医療構想調整会議における合意に基づき、ある医療機関に当該病床機能を集約（病床機能の変更や病床数の減少を伴わない）するとともに、他の医療機関は別の病床機能に転換する場合

※ ただし、補助対象となる医療機関は、実際に病床機能が集約される医療機関に限ること。

また、再編等に伴い集約された医療機関は、病床機能の集約に関する内容を都道府県に対して明らかにすること。

- 再編統合等に付随して一体的に行う医療従事者の宿舍、院内保育所等の施設設備整備費も対象
- 自治体病院の施設・設備整備の費用に関し、地域医療介護総合確保基金の標準事業例「5. 病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」と併せて、病院事業債の活用が可能であり、その起債額の算出方法は次のとおり。
  - ① 総事業費に対する地域医療介護総合確保基金における補助額を算出
  - ② その他の補助金等収入の算出
  - ③ ①及び②を除いた自己負担額（補助裏）の算出
  - ④ ④の補助裏について、病院事業債を充当

### 建物の改修整備費

○ **対象経費**：自主的なダウンサイジングに伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更（機能転換以外）するために必要な改修費用

※ 建物の改修整備の一環として行う設備整備や備品の購入に要する費用も対象

○ **対象建物**：各都道府県の地域医療構想公示日までに取得（契約）したもの

○ **標準単価**：1㎡当たり単価：（鉄筋コンクリート）200,900円 / （ブロック）175,100円

## 【事業区分Ⅰ】 標準事業例5 「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」 関係

### 建物や医療機器の処分に係る損失

#### ○対象経費

自主的なダウンサイジングに伴い、不要となる建物（病棟・病室等）や不要となる医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失（財務諸表上の特別損失に計上される金額に限る）

※ 再編統合等により建替や廃止等を行う医療機関の損失も対象

#### ○対象となる建物及び医療機器

各都道府県の地域医療構想公示日まで取得（契約）したもの

※ 医療機器については、廃棄又は売却した場合に発生する損失のみを対象（「有姿除却」は対象外）。

建物については、廃棄又は売却した場合に発生する損失を対象とするが、法人税法上「有姿除却」として認められる場合に限り、廃棄又は売却を伴わない損失についても対象。この場合、翌年度以降、解体する際に発生する損失についても対象。

#### ○対象となる勘定科目

- ・ 固定資産除却損：固定資産を廃棄した場合の帳簿価額及び撤去費用
- ・ 固定資産廃棄損：固定資産を廃棄した場合の撤去費用
- ・ 固定資産売却損：固定資産の売却価額がその帳簿価額に不足する差額

### 再編統合等の際に必要な経費

- 再編統合等に当たって、医療機器やベッド等の備品を移転するために必要となる経費
- 再編統合等に当たって、患者の搬送、退院支援等を行うために必要となる経費

### 病床機能再編に伴う早期退職制度の活用にかかる退職金

○**対象経費**：早期退職制度（法人等の就業規則等で定めたものに限る）の活用により上積みされた退職金の割増相当額

○**対象職員**：地域医療構想の達成に向けた機能転換やダウンサイジングに伴い退職する職員

○**上限額**：600万円／人

### 開設者が異なる医療機関の再編時における現給保障

○ 開設者が異なる医療機関の再編時における現給保障に係る経費

当該再編に伴い、新たに雇用契約を締結する職員（再編を行う病院間の職員異動に限る）の現給保障に係る給与（法定福利費を除く）

- ・ 補助期間の上限 雇用契約締結後3年間
- ・ 補助総額の上限 計600万円／人

## 【事業区分Ⅰ】 標準事業例5 「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」 関係

### 再編統合等の計画の策定に当たって必要となる経費

- 再編統合等を行おうとする医療機関が、都道府県が地域医療構想に精通していると認め、都道府県が選定した中小企業診断士等の専門家に相談等を行う際に必要となる経費
- 再編統合等を行おうとする医療機関が、都道府県立ち会いの下で再編統合等に関する協議を行う際に必要となる経費
- 再編統合等を行おうとする医療機関が、再編統合等後の施設の基本設計・実施設計を行う際に必要となる経費

### 地域医療連携推進法人の立上げに係る経費

- 地域医療構想調整会議において合意が得られた複数医療機関が関わる病床機能の分化・連携に係る計画や方針を踏まえ、病床機能の転換・病床数の減少・複数医療機関の再編について具体的な取組を進めていくことを目的として地域医療連携推進法人を立ち上げる場合の立上げ時に必要となる費用
  - ・補助期間の上限 法人設立前後の3年間
  - ・補助の対象 会議費、説明会費、旅費、法人事務局経費（法人設立経費を含む）、共同研修に係る経費、調査分析、事業計画策定・監査などの委託費、職員の異動や派遣等に伴う経費

### 医療機関の再編に伴う研修経費

- 医療機関の再編統合により統合先医療機関に異動予定となった職員が、統合先医療機関における研修を受けるために要する費用（旅費等）も対象
- ※基金による支援は、地域医療構想調整会議において再編統合が合意された日から再編統合前日までを基本とする

### 地域医療連携の促進のための説明会の開催経費

- 都道府県や医師会、医療法人等が、医療機関等の関係者に対して地域医療連携の促進を図るために開催する説明会や相談会等の運営等に要する費用も対象
- ※地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の取組につながるよう、都道府県が説明会や相談会等に関与すること

## 【事業区分Ⅰ】 標準事業例5 「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備」 関係

### 地域医療構想調整会議が主催した地域医療構想セミナーの開催費用

#### ○対象となる経費

医療機関や金融機関等の関係者に地域医療構想を理解してもらうために、地域医療構想調整会議が主催するセミナー、会議等の開催に必要となる経費

※ 医療機関が将来を見据えた投資を行う場合や、金融機関が医療機関に融資を行う場合には、関係する医療機関と金融機関とが、地域医療構想の考え方や議論の状況等に共通の認識を持ち、地域医療構想に沿った事業計画に基づき適切な投資・融資が行われる必要がある。

#### 【具体的な対象経費】

人件費、諸謝金、旅費、通信運搬費、会場借料、委託料等

※ 本事業について、医療機関だけでなく、金融機関にも効果的な周知がなされるような方策について、金融庁と協議中。

### 都道府県主催研修会の開催経費

#### ○都道府県主催研修会とは

地域医療構想の進め方について、各構想区域の地域医療構想調整会議の参加者や議長、事務局を含む関係者間の共有を図るために都道府県で開催する研修会

※都道府県医師会等の関係者と十分に協議を行い、共催も含め、より実効的な開催方法について検討

#### ○研修内容

地域医療計画課が実施する「都道府県医療政策研修会」等を参考に、行政からの説明、事例紹介、グループワーク等を実施

※行政からの説明や事例紹介の実施に当たり、厚生労働省の担当者を派遣することが可能

#### ○対象者

地域医療構想調整会議の議長、その他の参加者、地域医療構想調整会議の事務局担当者

### 地域医療構想アドバイザーの活動に係る経費

#### ○地域医療構想アドバイザーとは

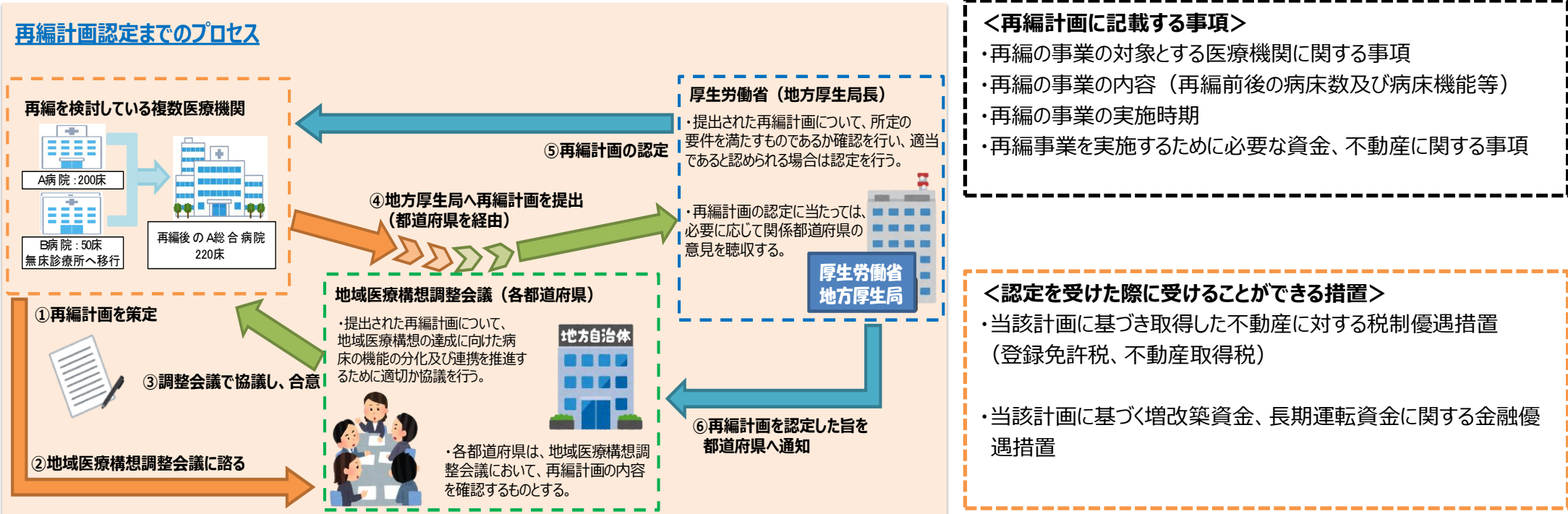
地域医療構想の進め方に関して地域医療構想調整会議の事務局に助言を行う役割や、地域医療構想調整会議に参加し、議論が活性化するように参加者に助言を行う役割を担う

厚生労働省は都道府県の推薦を踏まえて都道府県ごとに「地域医療構想アドバイザー」を選出した上で、その役割を適切に果たせるよう、研修の実施やデータの提供などの技術的支援を実施する

# 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

## 1. 再編計画の認定について

医療介護総合確保法に基づく、地域医療構想調整会議の合意を得た複数医療機関の再編計画について、地方厚生（支）局長が認定する制度。



## 2. 税制上の優遇措置について

医療機関の開設者が、医療介護総合確保法に規定する認定再編計画に基づく医療機関の再編に伴い取得した一定の不動産に係る登録免許税、不動産取得税を軽減する特例措置を講ずる。

【登録免許税】 ※令和3年度創設（令和5年3月31日まで） ※令和8年3月31日まで延長

土地の所有権の移転登記 1,000分の10（本則：1,000分の20）

建物の所有権の保存登記 1,000分の2（本則：1,000分の4）

【不動産取得税】 ※令和4年度創設（令和6年3月31日まで） ※令和6年度税制改正大綱において、令和8年3月31日まで延長する旨明記

課税標準について価格の2分の1を控除

# 医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度 (所得税、法人税)

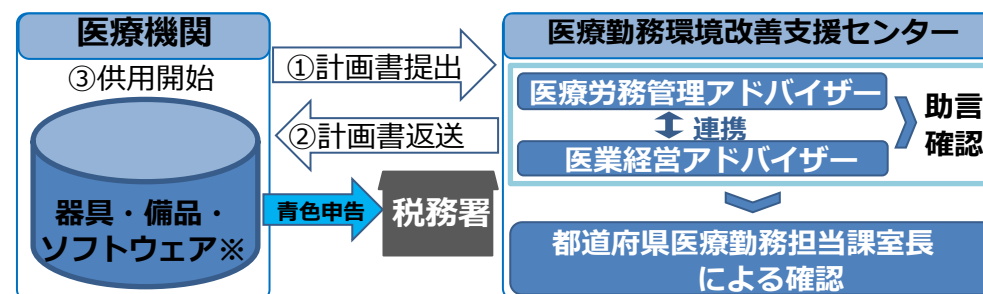
## 概要

### ① 医師及びその他の医療従事者の労働時間短縮に資する機器等の特別償却制度

医師・医療従事者の働き方改革を促進するため、労働時間短縮に資する設備に関する特別償却が出来る。

【対象設備】医療機関が、医療勤務環境改善支援センターの助言の下に作成した医師労働時間短縮計画に基づき取得した器具・備品（医療用機器を含む）、ソフトウェアのうち一定の規模（30万円以上）のもの

【特別償却割合】**取得価格の15%**



### ② 地域医療構想の実現のための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、特別償却が出来る。

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

【特別償却割合】**取得価格の8%**

### ③ 高額な医療用機器に係る特別償却制度

取得価格500万円以上の高額な医療用機器を取得した場合に特別償却が出来る。

【対象機器】高度な医療の提供に資するもの又は医薬品医療機器等法の指定を受けてから2年以内の医療機器

【特別償却割合】**取得価格の12%**



# 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の概要

## 概 要

(独)福祉医療機構では、地域医療構想の達成に向けた取り組みを行う病院及び診療所に対し、引き続き安定的な運営を行っていただけるよう、建築資金及び長期運転資金について融資率の引き上げや貸付利率引き下げ等の優遇措置を講じた融資を実施している。

## 建築資金

	(参考) 病院・診療所の通常融資	地域医療構想を推進するための優遇融資 (地域医療介護総合確保基金対象事業の場合)	複数医療機関の再編等に係る優遇融資
対象施設	病院、診療所	病院、診療所 (都道府県知事の証明を受けたもの)	病院、有床診療所 (厚生労働大臣等が認定した再編計画に限る)
融資率	60～90%	90%～95%	95%
貸付利率	基準金利～基準金利+0.5% 基準金利：0.7～1.6% (R6.3.1時点)	基準金利同率 減床を伴う場合、当初5年間は 基準金利▲0.1%～▲0.3%	基準金利同率 地域医療介護総合確保基金対象事業の場合 据置期間中無利子
償還期間 (据置期間)	病院：30年以内 (3年以内) 診療所：20年以内 (2年以内)	病院：30年以内 (3年以内) 診療所：20年以内 (2年以内)	病院：30年以内 (3年以内) 診療所：20年以内 (2年以内)
融資限度額	病院：7.2億円～12億円 診療所：5億円	限度額なし	限度額なし

## 長期運転資金

	(参考) 病院・診療所の通常融資	地域医療構想を推進するための優遇融資 <sup>(※)</sup>	複数医療機関の再編等に係る優遇融資 <sup>(※)</sup>
対象施設	診療所 (新設に伴い必要な場合)	病院、診療所 (都道府県知事の証明を受けたもの)	病院、有床診療所 (厚生労働大臣等が認定した再編計画に限る)
融資率	80%	100%	100%
貸付利率	基準金利+0.8% 基準金利：0.3% (R6.3.1時点)	基準金利+0.3% 基準金利：0.8% (R6.3.1時点)	基準金利同率 基準金利：0.8% (R6.3.1時点)
償還期間 (据置期間)	3年以内 (6ヵ月以内)	10年以内 (4年以内)	10年以内 (4年以内)
融資限度額	300万円	病院：5億円 診療所：3億円	病院：5億円 有床診療所：3億円

(※) 廃止される病院の残債に対して融資する場合 (必要な補助が交付される場合に限る) は、協調融資の利用を原則として、償還期間及び限度額について更なる優遇措置を実施。

# 地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携支援事業

令和6年度予算額 1.7億円 (1.7億円) ※ ()内は前年度予算額

## 1 事業の目的

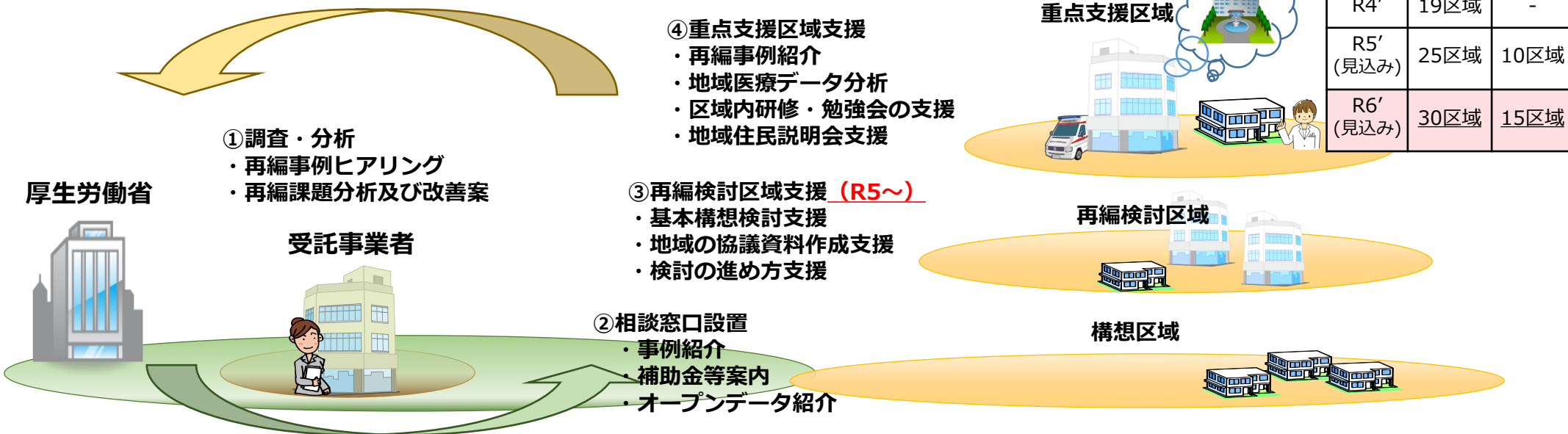
- 地域医療構想の中で特に実施が困難な複数医療機関の再編について、その検討段階から、相談、事例紹介、調査・分析等を通じて、実現までの支援を行う。
- 重点支援区域への支援で得られた知見や過去の再編事例等の調査を通じて、地域医療構想を推進する上での課題に対し、参考となる有効な分析、制度等の活用・改善方を検討する。

## 2 事業の概要

- ① 地域医療構想を推進するための課題の調査・分析
- ② 再編等を検討している医療機関等からの相談窓口の設置
- ③ 重点支援区域への申請の前段階の再編を企画・検討する区域に対する支援（重点支援区域の設定の要否を判断するまで支援）
- ④ 国が重点的に支援する重点支援区域への再編の支援（事例紹介、データ分析 等）

## 3 事業スキーム・実施主体・事業実績等

実施主体：委託事業（コンサル等）





# 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) ※( )内は前年度当初予算額  
 ※令和4年度第二次補正予算額 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

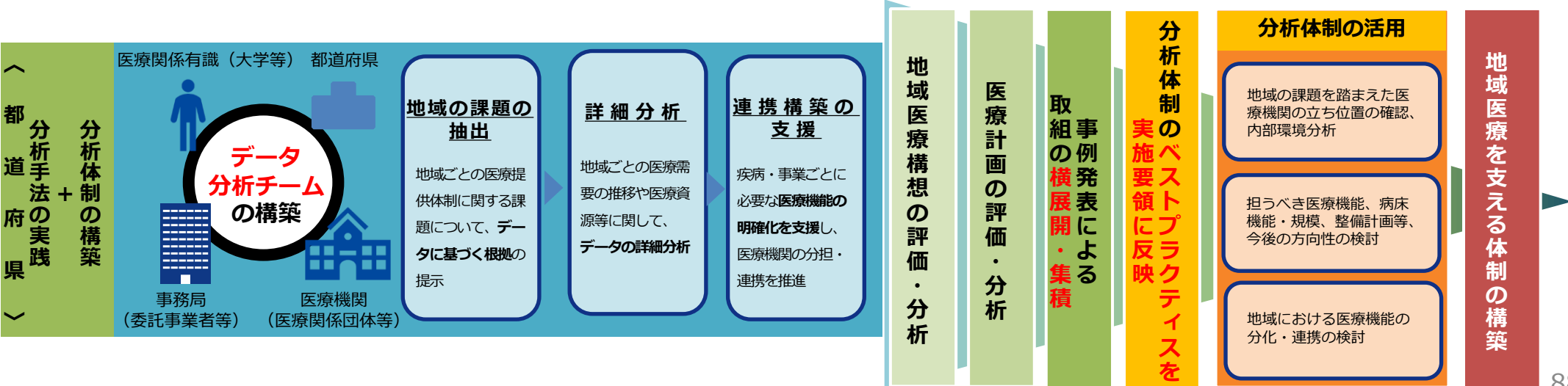
- 都道府県を対象に、**都道府県におけるデータ分析チームの構築**を支援する。
- 都道府県は、データ分析チームを活用して、地域（二次医療圏、構想区域）の詳細分析を実施することにより、**一層地域の実情に即した地域医療構想の評価**が可能となる。
- 都道府県は、分析体制や分析結果、計画策定におけるデータに基づく議論の成果について事例発表を行い、**取組の横展開**や**事例の集積**を図り、次年度の実施要領に反映。

## 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



## (5) 2025年に向けた取組

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）	24	25	26
<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>○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>○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>39. 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> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>a. 地域医療構想については、2025年までの取組をより一層推進するため、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。</p> <p>b. 国においては、以下の取組を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化</li> <li>・構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等の周知）</li> <li>・地域医療介護総合確保基金やデータ分析チーム構築支援等の効果的な活用方法の周知</li> <li>・地域医療構想の取組の進め方に関するチェックリストの作成</li> <li>・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の乖離等を踏まえ、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モデル構想区域等を設定して、アウトリーチの伴走支援の実施</li> <li>・地域医療構想調整会議の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</li> </ul> <p>c. 都道府県に対し以下の取組を求める。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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等を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</li> <li>・国において設定したモデル構想区域等において、地域医療構想調整会議で構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議し、対応方針を策定するなど、必要な方策を講じること</li> </ul> <p>d. 2026年度以降の地域医療構想について、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。また、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。</p> </div>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>		

# 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄） （令和5年12月22日 閣議決定）

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

## 2. 医療・介護制度等の改革

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

### ◆ 医療提供体制改革の推進

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

### ◆ 医師偏在対策等

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

# 2025年に向けた地域医療構想の更なる推進（案）

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

## 2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月予定）

### 1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- ・ 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。
  - ※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域（仮称）を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域（仮称）のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定。なお、設定方法等については、追って通知。
- ・ 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

### 2. 国による積極的な支援

#### ①地域別の病床機能等の見える化

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

#### 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

#### 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。

#### 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




#### 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

#### ⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

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

# 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化（案）

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

# 都道府県別・構想区域別の病床機能等に見える化（イメージ）

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

○ 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数及び地域医療構想における将来の病床数の必要量等を整理したのものについて、厚生労働省ホームページに掲載。

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

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

具体的には、以下のデータを掲載。なお、データについては随時更新を予定。

- 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

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

※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。

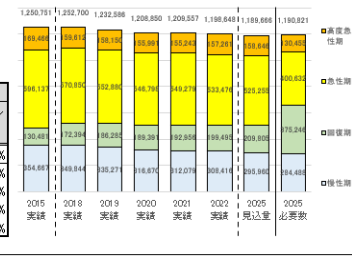
### ○基礎情報

都道府県	0	全国
2020国勢調査人口		12,614.6万人
2020面積		372,953km <sup>2</sup>

### ○病床数の状況

	2015年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2025年	
	2015実績	2005年必要量に対する比	2018実績	2019実績	2020実績	2021実績	2022実績	2015年に2015年との差	2025見込	2025必要量	見込み/必要量			
合計	1,290,781	105%	1,292,700	1,232,586	1,208,280	1,208,587	1,188,648	96%	▲52,103	1,188,666	1,190,821	100%		
高度急性期	169,466	130%	159,612	158,150	155,991	155,243	157,261	93%	▲12,285	158,646	130,455	122%		
急性期	596,137	149%	570,850	552,880	546,798	549,279	533,476	89%	▲82,661	525,255	400,632	131%		
回復期	130,481	35%	172,394	186,285	189,391	192,956	199,495	153%	+69,014	209,805	375,246	56%		
慢性期	354,667	125%	349,844	335,271	316,670	312,079	308,416	87%	▲46,251	295,960	284,488	104%		
(報告率)	95.4%		97.0%	97.5%	96.2%	96.8%	96.7%							

### ○(全国)

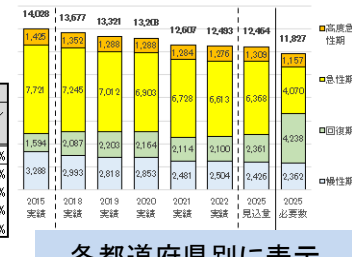


### ○基礎情報

都道府県	●	●●●●
2020国勢調査人口		●●●●
2020面積		●●

### ○病床数の状況

	2015年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2025年	
	2015実績	2005年必要量に対する比	2018実績	2019実績	2020実績	2021実績	2022実績	2015年に2015年との差	2025見込	2025必要量	見込み/必要量			
合計	14,028	119%	13,677	13,321	13,208	12,607	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	90%	▲149	1,309	1,157	113%		
急性期	7,721	190%	7,245	7,012	6,903	6,728	6,613	86%	▲1,108	6,368	4,070	156%		
回復期	1,594	38%	2,087	2,203	2,164	2,114	2,100	132%	+506	2,361	4,238	56%		
慢性期	3,288	139%	2,993	2,818	2,853	2,481	2,504	78%	▲784	2,426	2,362	103%		
(報告率)	96.5%		95.3%	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。

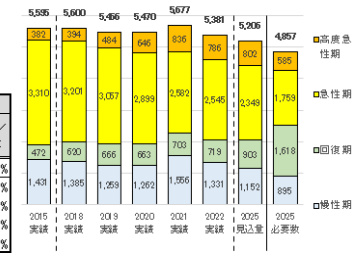
### ○基礎情報

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

### ○病床数の状況

	2015年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2025年	
	2015実績	2005年必要量に対する比	2018実績	2019実績	2020実績	2021実績	2022実績	2015年に2015年との差	2025見込	2025必要量	見込み/必要量			
合計	5,595	115%	5,600	5,466	5,470	5,677	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%	1,385	1,259	1,262	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%							

(一般病床患者流出)  
(+5.2%)



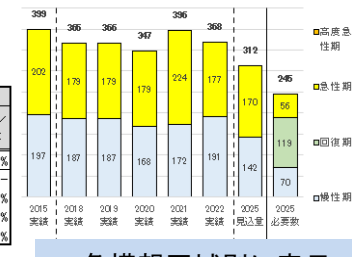
### ○基礎情報

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

### ○病床数の状況

	2015年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年		2025年	
	2015実績	2005年必要量に対する比	2018実績	2019実績	2020実績	2021実績	2022実績	2015年に2015年との差	2025見込	2025必要量	見込み/必要量			
合計	399	163%	366	366	347	396	368	92%	▲31	312	245	127%		
高度急性期	0	0%	0	0	0	0	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%	0	119	0	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%							

(一般病床患者流出)  
(▲63.7%)



### 各構想区域別に表示

# 構想区域別の病床機能等の見える化 (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のについて、厚生労働省ホームページに掲載。

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

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

具体的には、以下のデータを掲載。なお、データについては随時更新を予定。

(1) 構想区域の状況

- ① 人口 (2020年10月1日時点)
  - ※ 総務省「国勢調査」(2020年)による
- ② 面積 (2020年10月1日時点)
  - ※ 国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」による
- ③ 対象医療機関数 (2022年度病床機能報告対象医療機関数)
  - ※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ
- ④ 病床機能報告上の病床数 (2022年実績)
  - ※ 2022年度の病床機能報告による
- ⑤ 地域医療構想における将来の病床数の必要量 (2025年必要量)
  - ※ 地域医療構想による
- ⑥ 医師数 (常勤・非常勤別及び一般病床・療養病床100床当たり常勤換算)
  - ※ 2022年度の病床機能報告による
- ⑦ 機能別医療機関数 (特定機能病院、地域医療支援病院、三次救急、二次救急、在宅療養支援病院・診療所)
  - ※ 特定機能病院、地域医療支援病院、三次救急は、厚生労働省医政局地域医療計画課調べ
  - ※ 二次救急、在宅療養支援病院・診療所は、2022年度の病床機能報告による
- ⑧ 診療実績 (救急車の受入件数、全身麻酔手術件数、分娩件数、手術総数及び平均在棟日数\*)
  - ※ 2022年度の病床機能報告による
- ⑨ 一般病床患者流出入 (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		②一般・療養病床計(休養中等除く)										③医療機関機能				④診療実績(オープンデータ)							
都道府県	構想区域	人口(万人)	面積(km <sup>2</sup> )	一般病床	療養病床	休養中等	常勤	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	平均在棟日数				
				高急性	急性	回復期													高急性	急性	回復期	慢性	
1	●●	35.9	2,671	32	22		116	579	68	118	2	1	15	4	19,600	9,852	1,822	22,648	9	14	44	163	
		(報告率) 94.4%																					
※前年度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。																							
②区域内の医療機関(病床数の多い順)		③一般・療養病床					④医師数			⑤医療機関機能				⑥診療実績(オープンデータ)									
①医療機関名	②所在地	休養中等	高急性	急性	回復期	休養中等	常勤	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	平均在棟日数				
			高急性	急性	回復期														高急性	急性	回復期	慢性	
1	●●●	582	292	274		16	125	2	21.8		地	三次	二次		5,674	1,509	100	4,891	10	11	-	-	
2	●●●	527	35	492			87	6	17.7						3,368	2,638	591	4,755	7	11	-	-	
3	●●●	480	432	48			119	4	25.7						2,981	3,069	109	6,350	10	13	-	-	
4	●●●	378		135	45	178	20	15	6	5.4					1,812	126		340	-	14	15	229	
5	●●●	360	6	247	47	60		30		8.3					1,653	424		1,412	3	10	19	531	
6	●●●	286		48	90	149		10	3	4.5									-	103	39	62	
7	●●●	204				204		3	2	2.9									-	-	-	-	
8	●●●	199	106	42	51		19	0	9.8		地		二次		795	272		425	-	13	36	566	
9	●●●	199	49	100	50		3	1	4.4										-	37	163	261	
10	●●●	179	60	60	59		9	3	6.6					在宅					-	20	73	883	
11	●●●	168	48	60	60		9	1	6.2										-	26	104	1,746	
12	●●●	155	12	93	50			14	6	12.6					1,192	349		505	6	15	54	-	
13	●●●	150		108			42	7	2	5.7					10			233	-	21	-	-	
14	●●●	135				135		4	1	3.6									-	-	-	157	
15	●●●	128	9	84	35		10	3	9.8						1,253	239		192	5	16	25	-	
49	●●●																						
50	●●●																						
51	●●●																						
52	●●●																						
53	●●●																						
54	●●●																						

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の。



## 2. 医療提供体制をとりまく状況

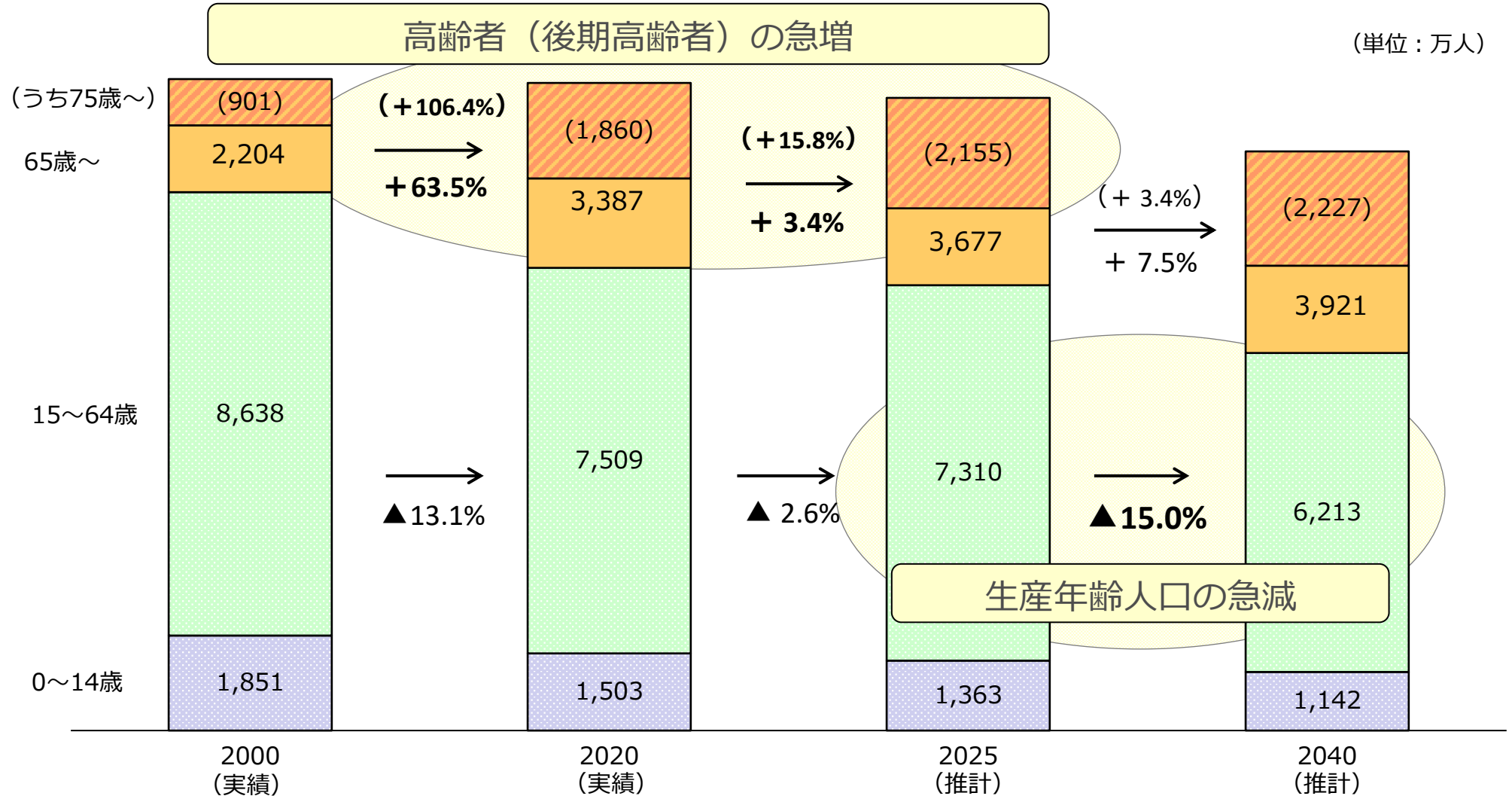
# (1) 人口動態・医療ニーズの変化等

# 人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

## 【人口構造の変化】



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

# 2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

○ 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。

- ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

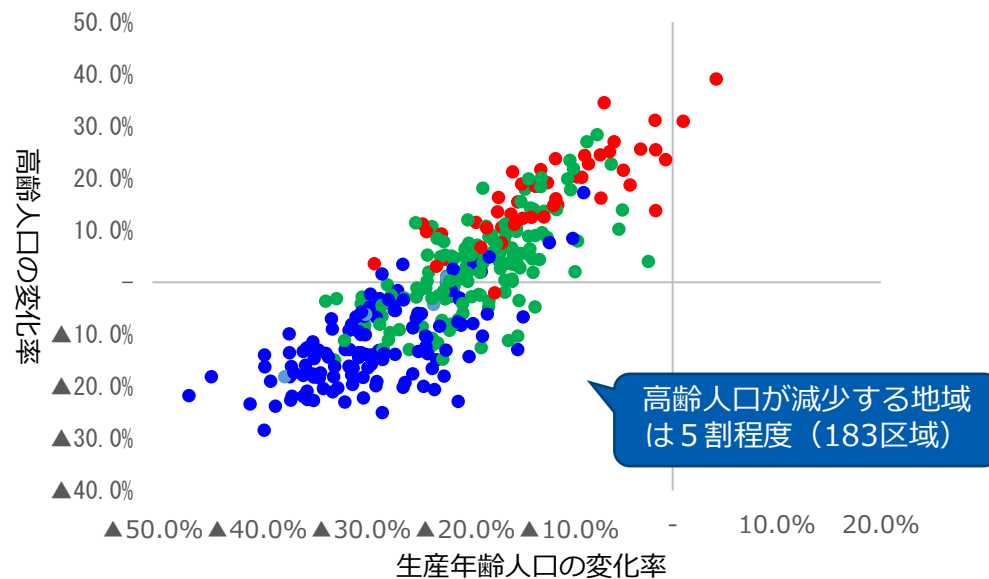
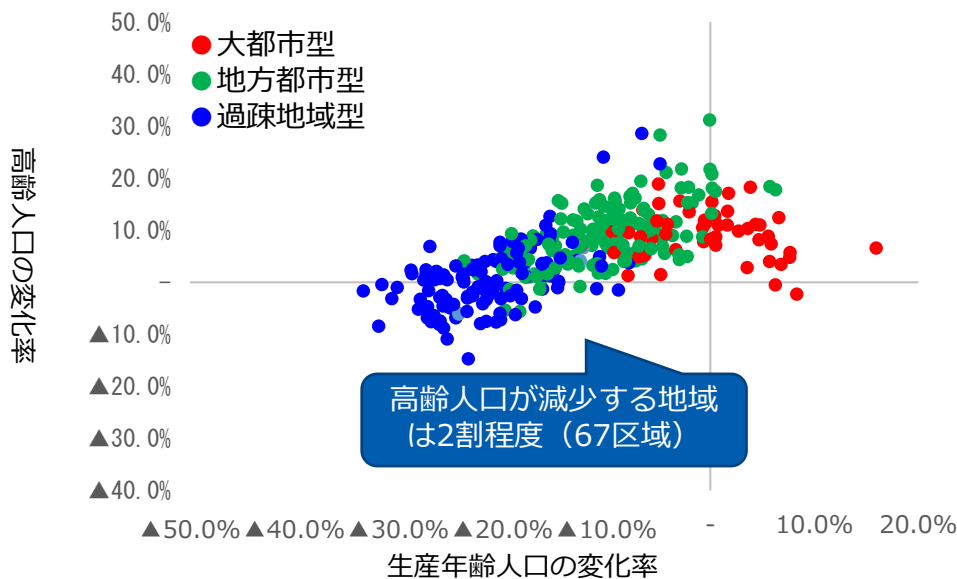
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上  
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上  
 過疎地域型：上記以外

＜2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	0.6%

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%



出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

## 2025年以降の変化②：人口動態（地域別）

- 各構想区域を構成する市町村が変化しないと仮定すると、今後、2040年にかけて、人口規模の小さい構想区域が増加する。
- 2040年には人口20万人未満の構想区域が過半数を超え、5万人未満の構想区域は、2015年と比較すると約3倍となる。

	2015		2025		2040	
	構成割合	構成割合	構成割合	構成割合		
合計	337	100.0%	337	100.0%	337	100.0%
以上 ～ 5万人未満	20	5.9%	34	10.1%	58	17.2%
5万人～ 10万人	61	18.1%	60	17.8%	57	16.9%
10万人～ 20万人	77	22.8%	73	21.7%	75	22.3%
20万人～ 30万人	47	13.9%	42	12.5%	31	9.2%
30万人～ 40万人	28	8.3%	30	8.9%	27	8.0%
40万人～ 50万人	25	7.4%	26	7.7%	23	6.8%
50万人～ 60万人	15	4.5%	9	2.7%	10	3.0%
60万人～ 70万人	9	2.7%	12	3.6%	12	3.6%
70万人～ 80万人	17	5.0%	15	4.5%	13	3.9%
80万人～ 90万人	9	2.7%	9	2.7%	3	0.9%
90万人～ 100万人	4	1.2%	2	0.6%	4	1.2%
100万人～	25	7.4%	25	7.4%	24	7.1%

出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

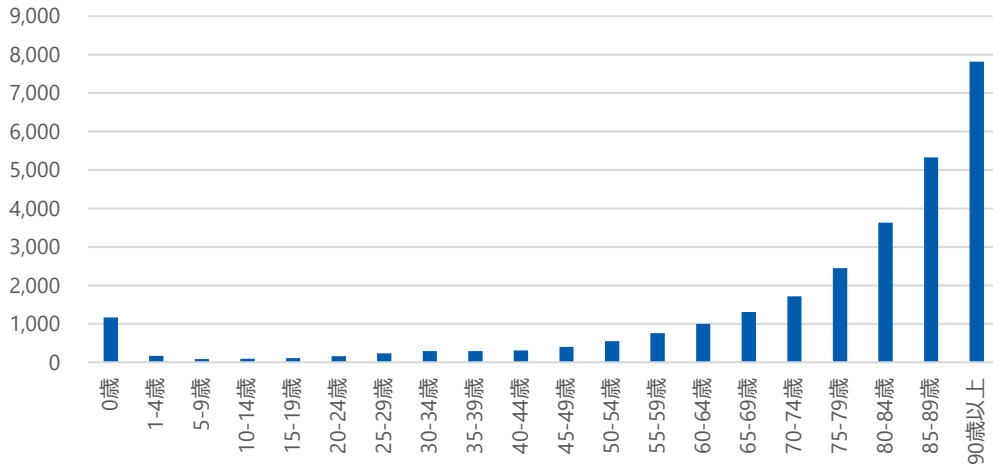
※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

# 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

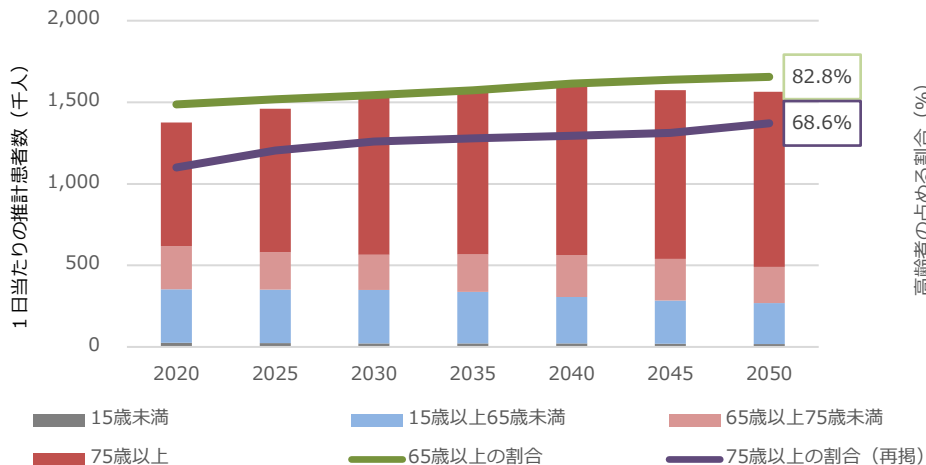
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約8割となることが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

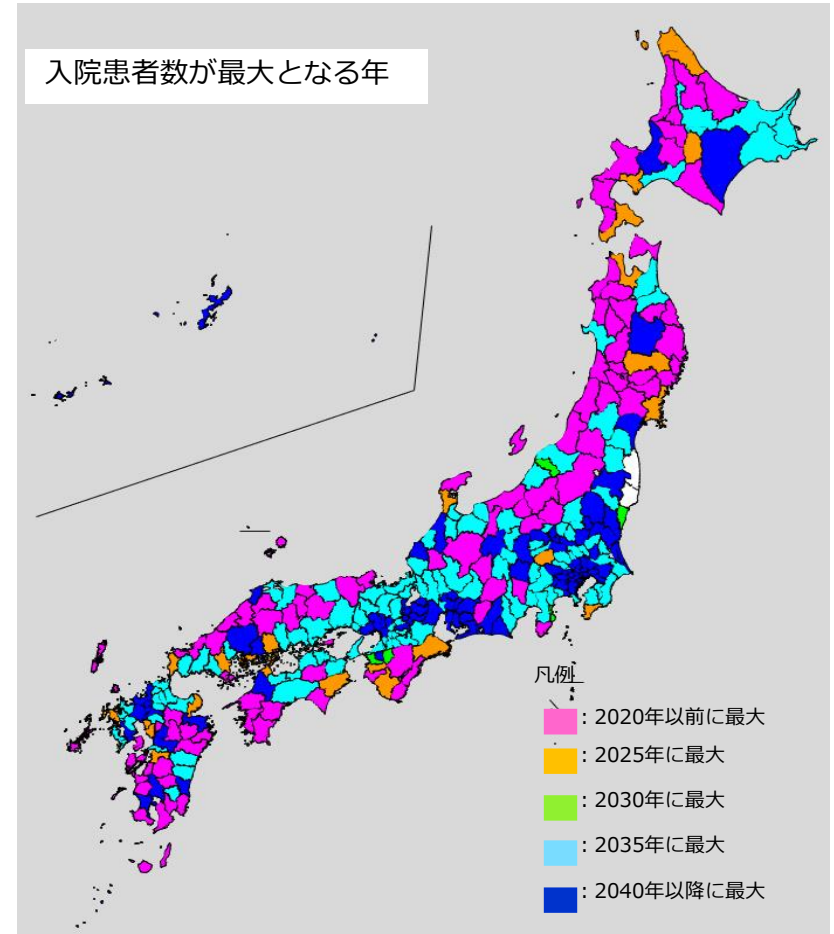
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

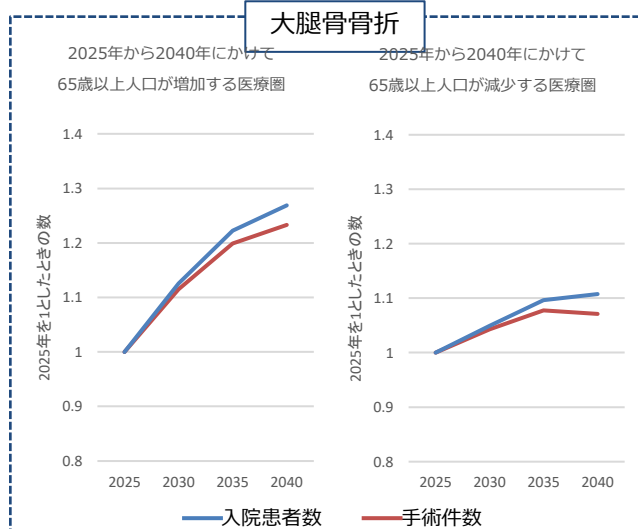
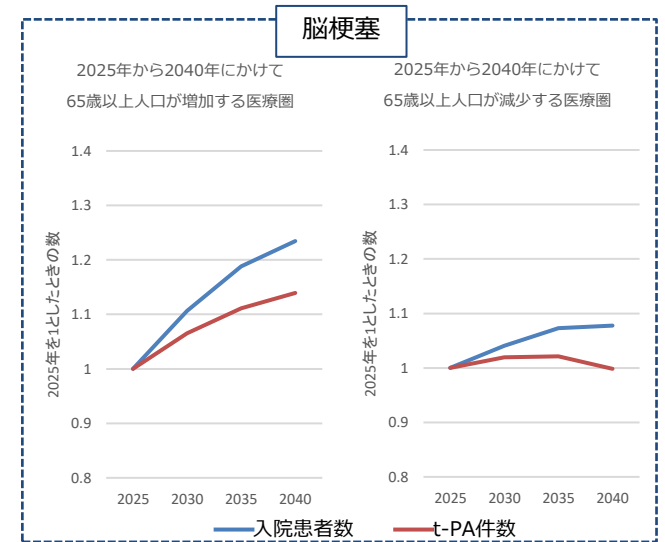
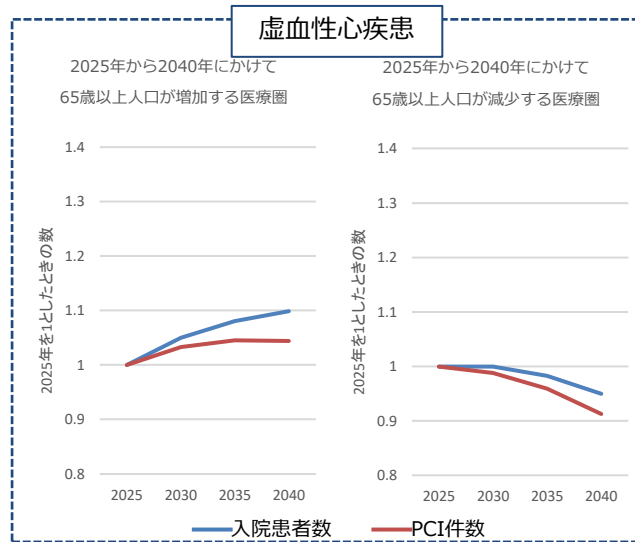
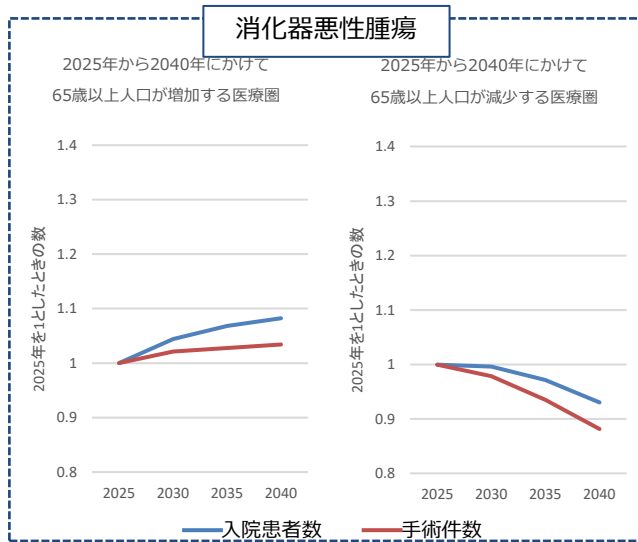
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

# 需要面： 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏（135の医療圏）では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏（194の医療圏）では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）

患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」

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30（2018）年推計）」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

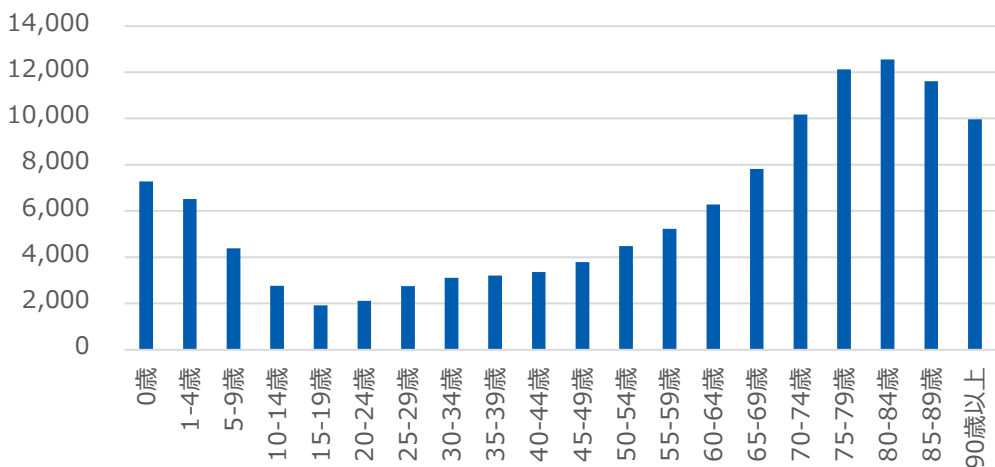
- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆脾等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

# 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

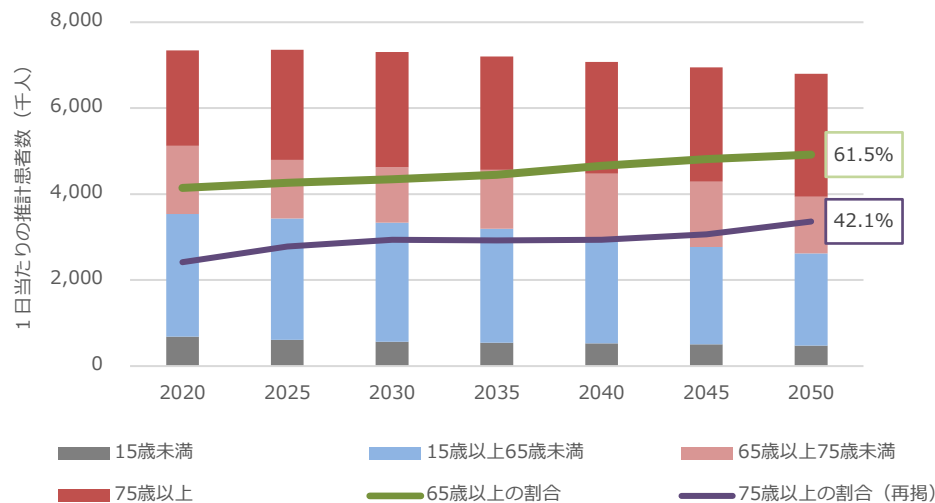
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに218の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

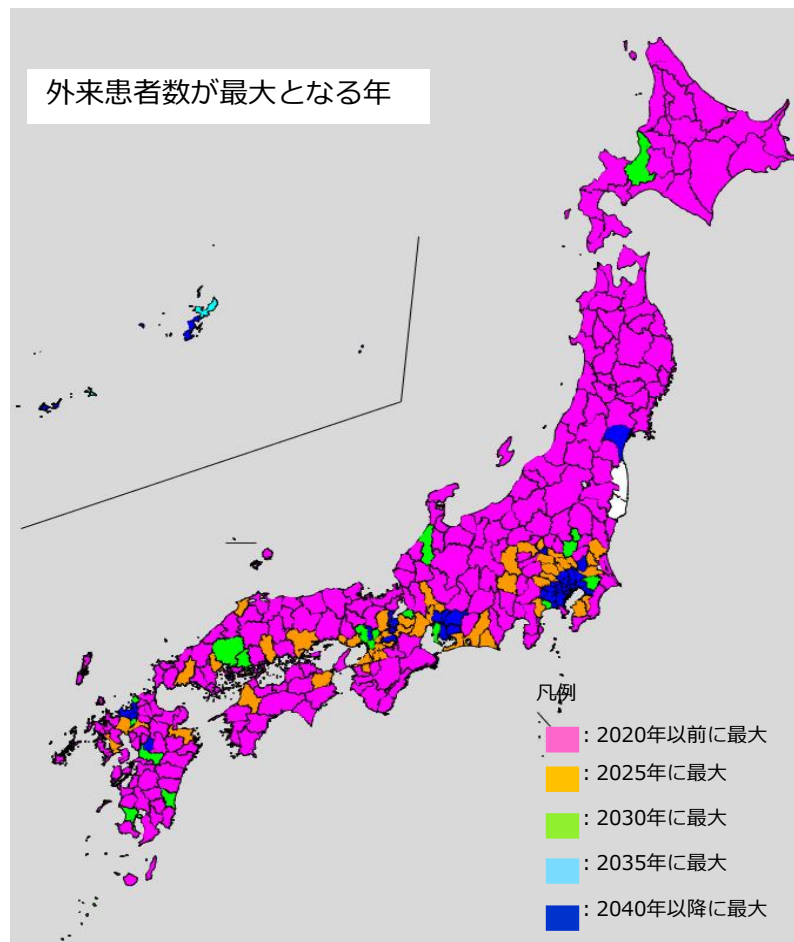
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

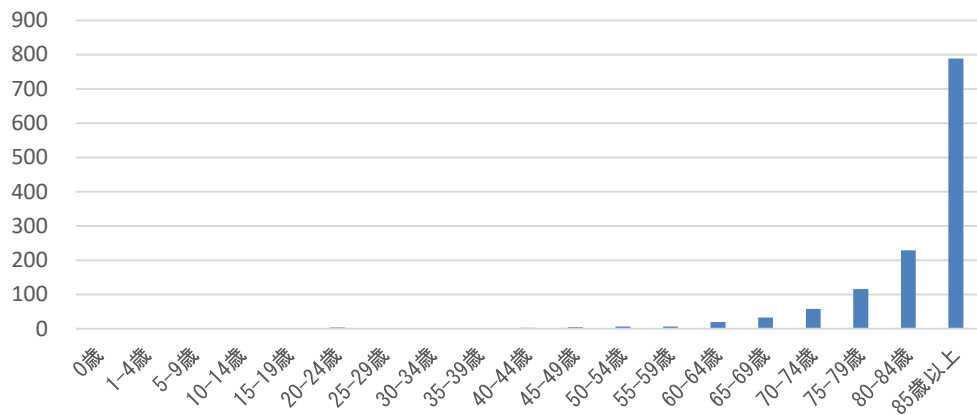


# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

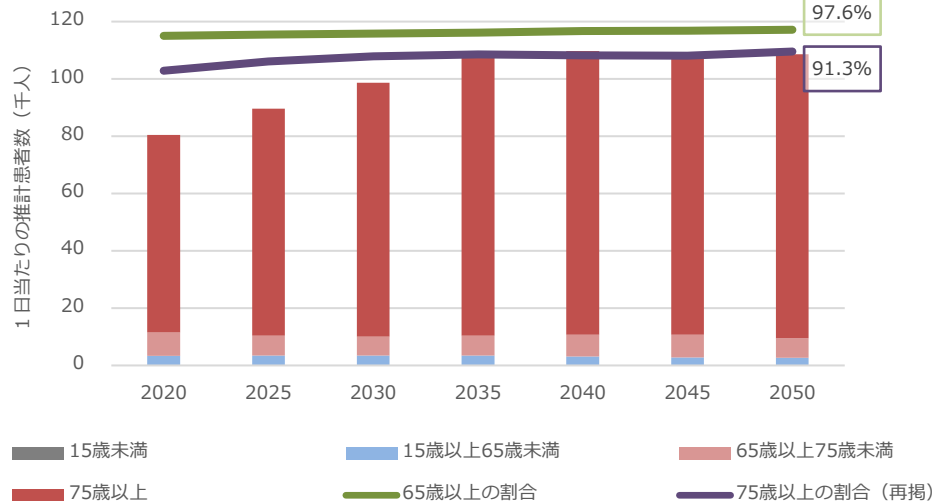
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

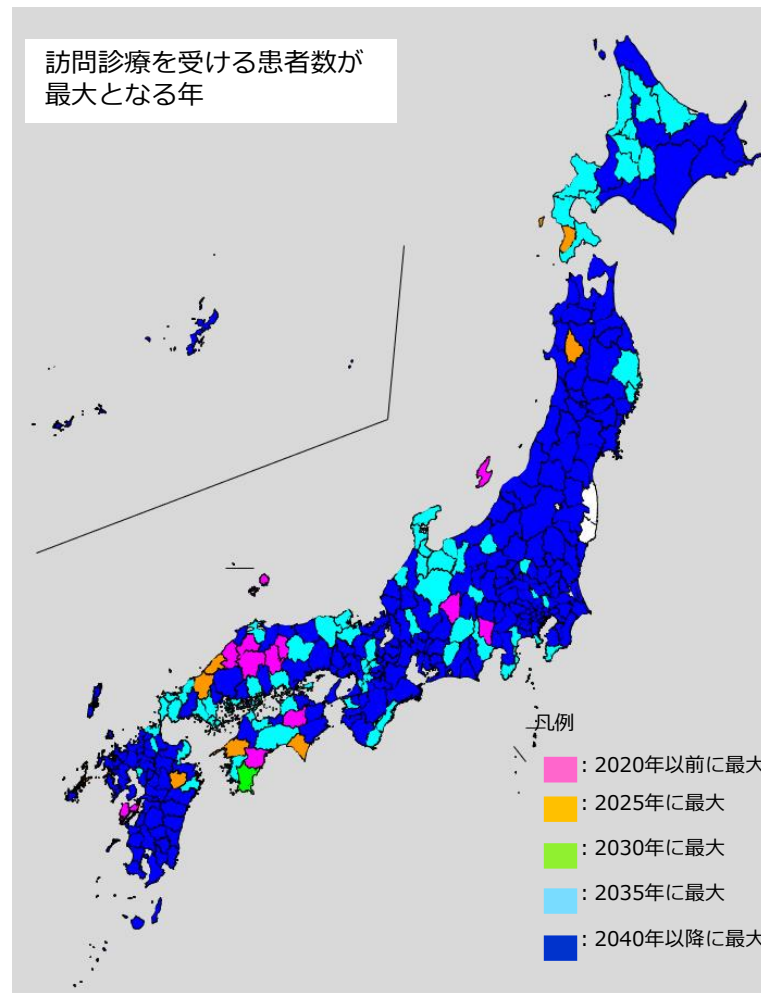
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

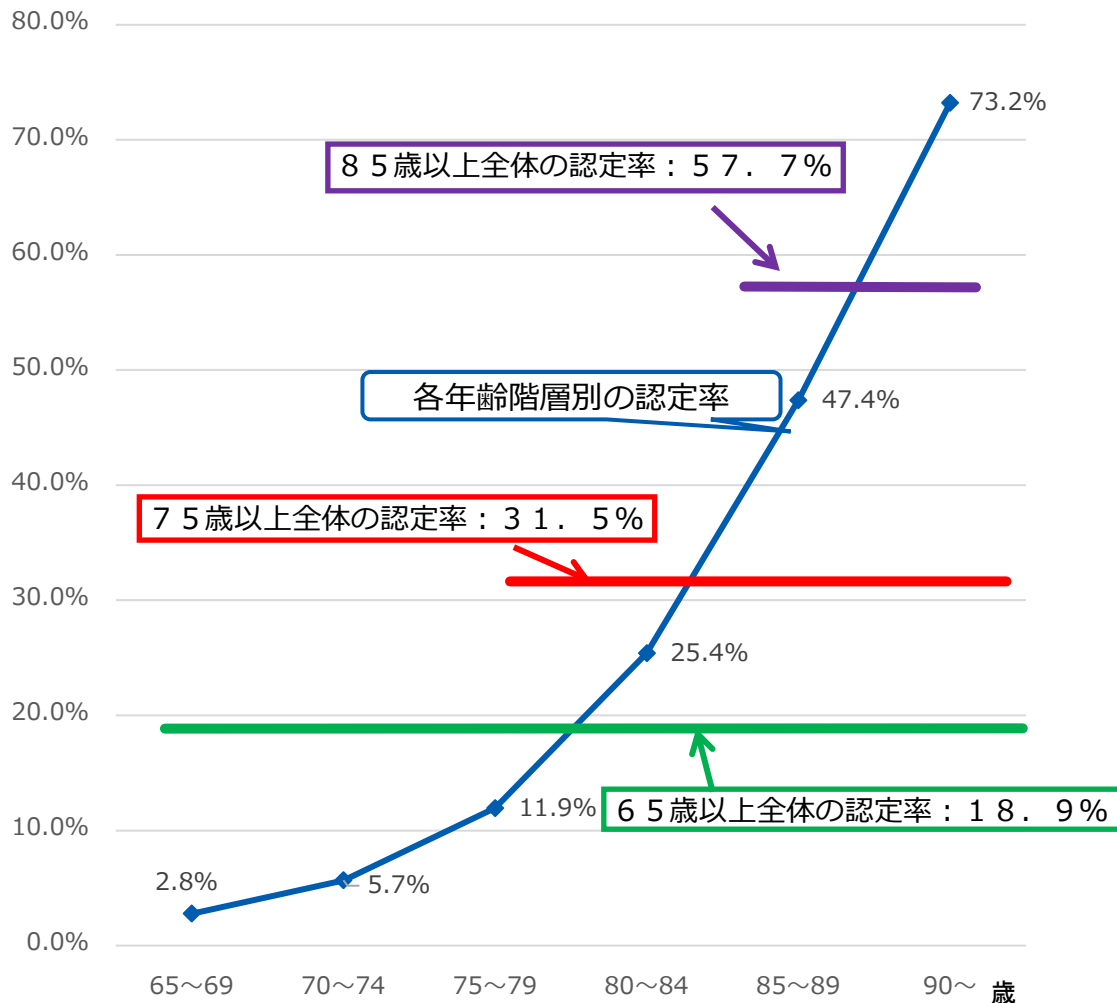
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

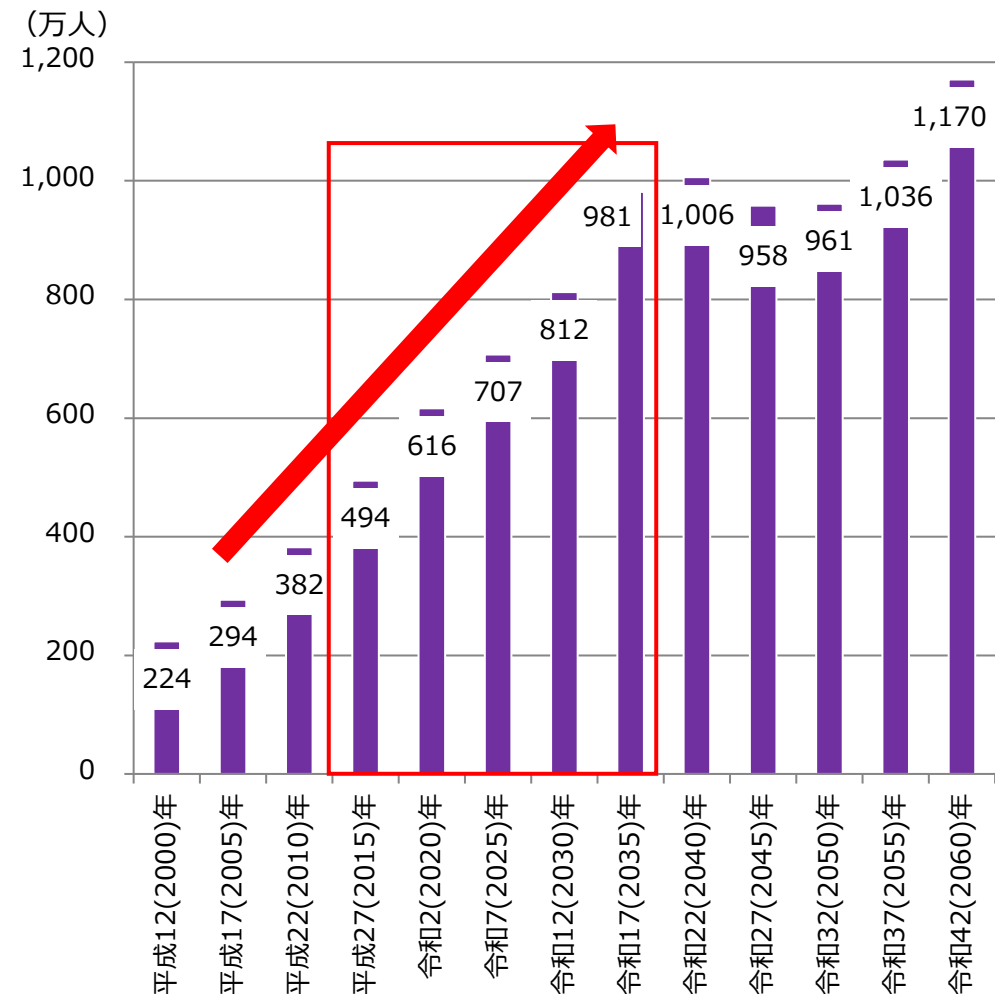
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

### 年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

### 85歳以上の人口の推移



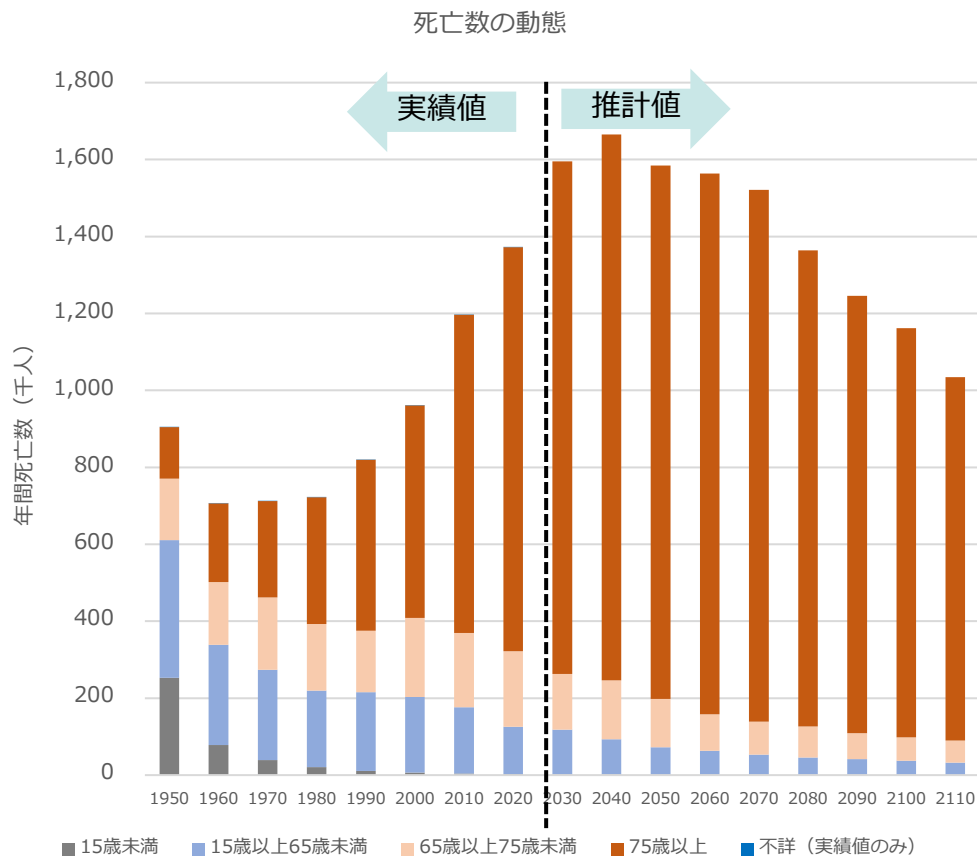
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計

2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 医療需要の変化⑤ 死亡数が一層増加する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

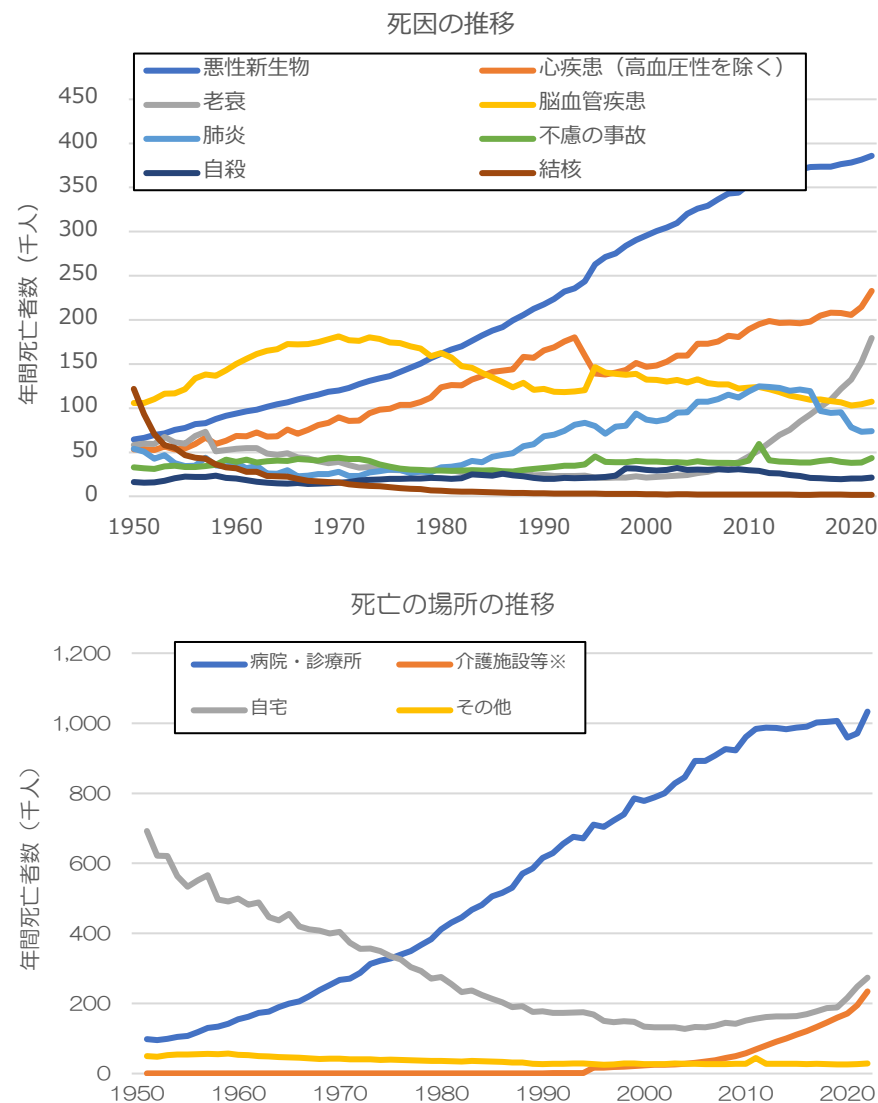


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）厚生労働省「人口動態統計」

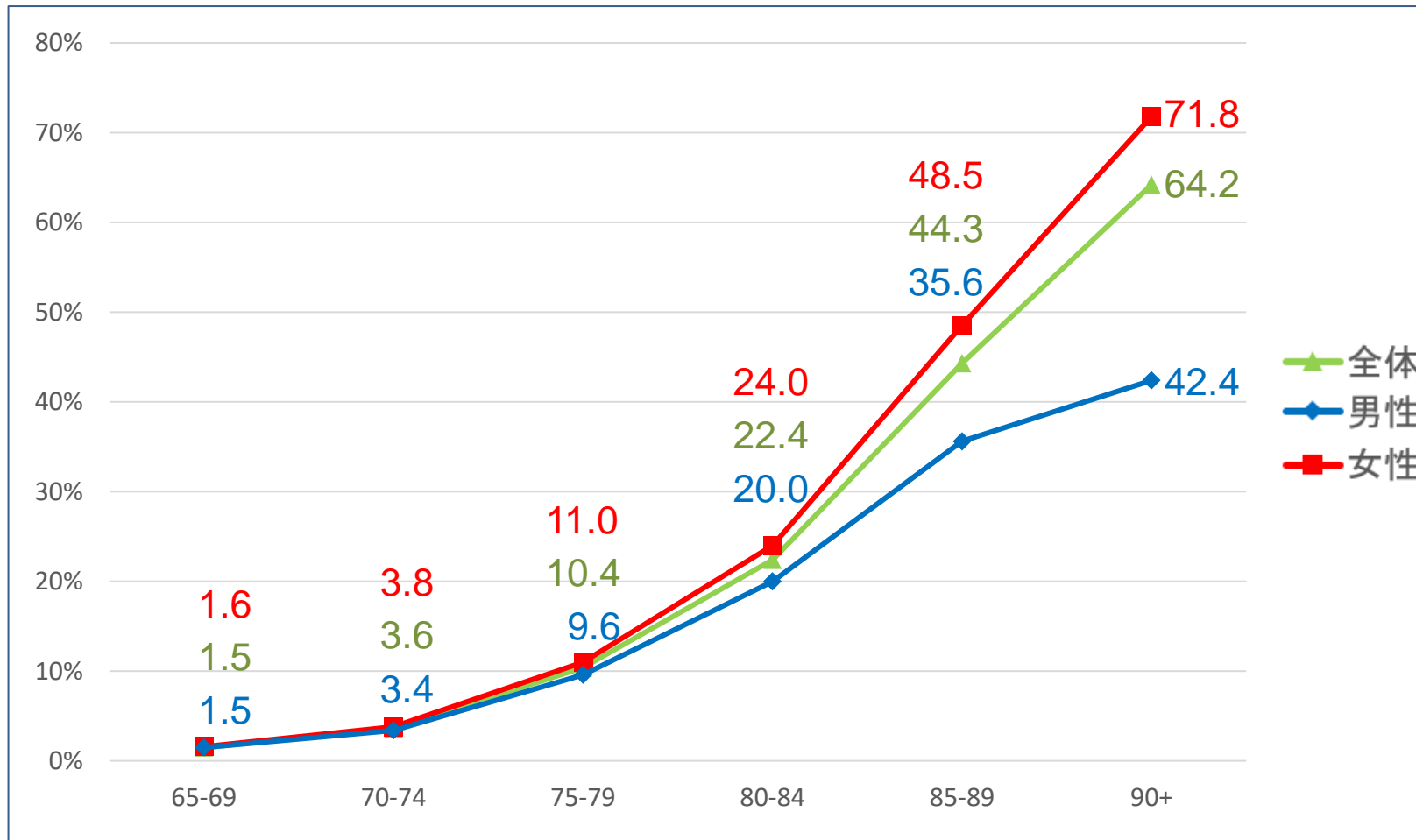
※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム

※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。



# 認知症① 一万人コホート年齢階級別の認知症有病率



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(2016年~2020年)」  
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果  
(2017年 解析対象 5,073人)

研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより2019年4月時点に厚生労働省が作図

## 認知症② 単独世帯の認知症高齢者数の推計

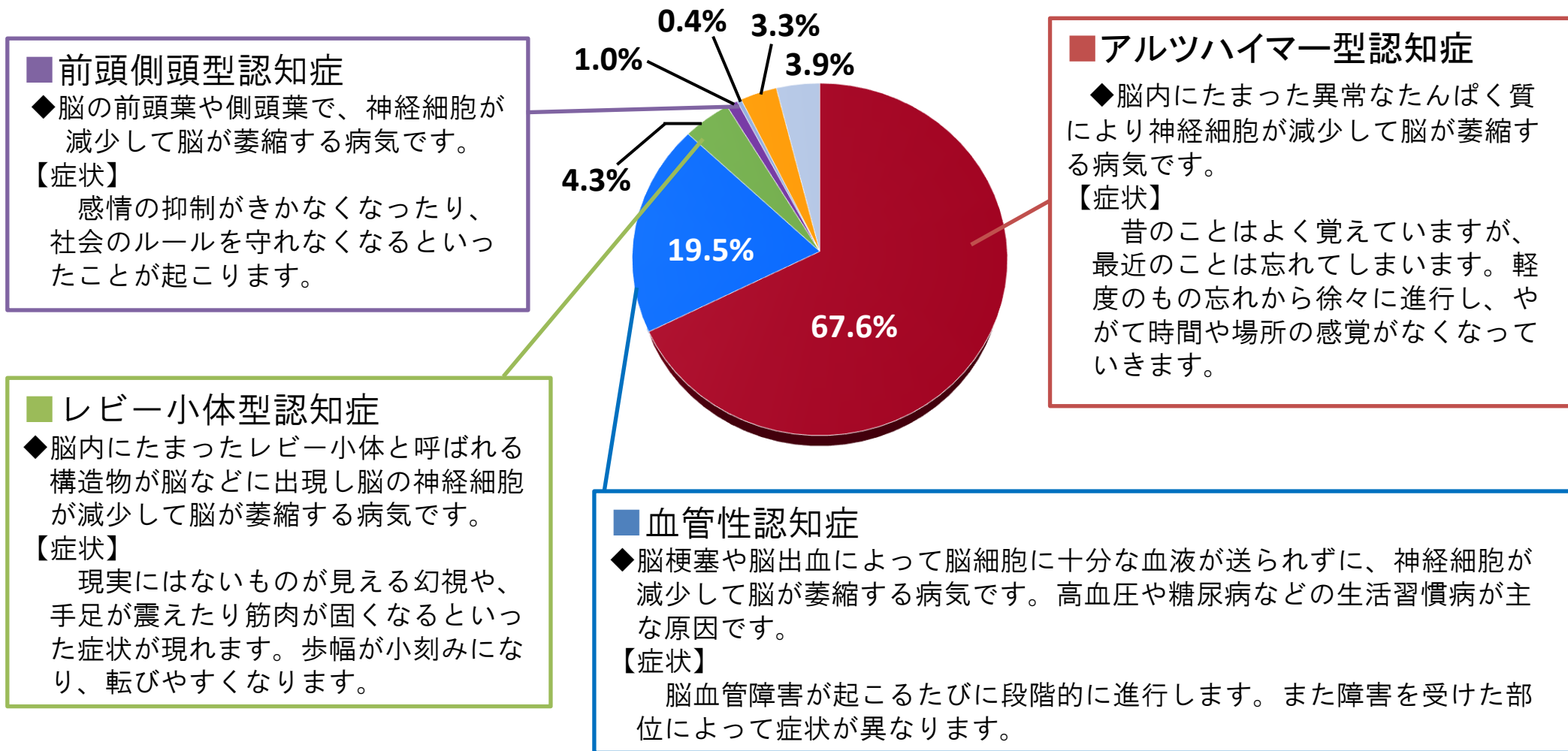
- 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
- 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
- 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

		人口(千人)						割合(%)						2015-2040 増加率
		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2015	2020	2025	2030	2035	2040	
男	65~69歳	14	14	13	15	18	20	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	1.41
	70~74歳	20	29	27	26	30	35	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	1.0	1.72
	75~79歳	32	40	56	52	50	58	1.1	1.3	1.4	1.6	1.7	1.9	1.80
	80~84歳	52	61	75	101	94	91	2.6	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	1.73
	85歳以上	96	130	161	196	251	269	6.5	6.6	6.9	7.1	7.3	7.7	2.80
女	65~69歳	19	16	15	17	20	23	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	1.22
	70~74歳	44	50	43	39	43	50	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.14
	75~79歳	103	114	133	113	101	110	2.9	2.9	2.9	2.9	3.0	3.1	1.07
	80~84歳	225	238	265	312	263	234	7.5	7.5	7.5	7.4	7.4	7.5	1.04
	85歳以上	453	593	688	785	931	921	13.1	14.0	14.2	14.2	14.2	13.7	2.03

※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。

# 認知症③ 認知症の種類（主なもの）

認知症にはその原因などにより、いくつか種類があります。



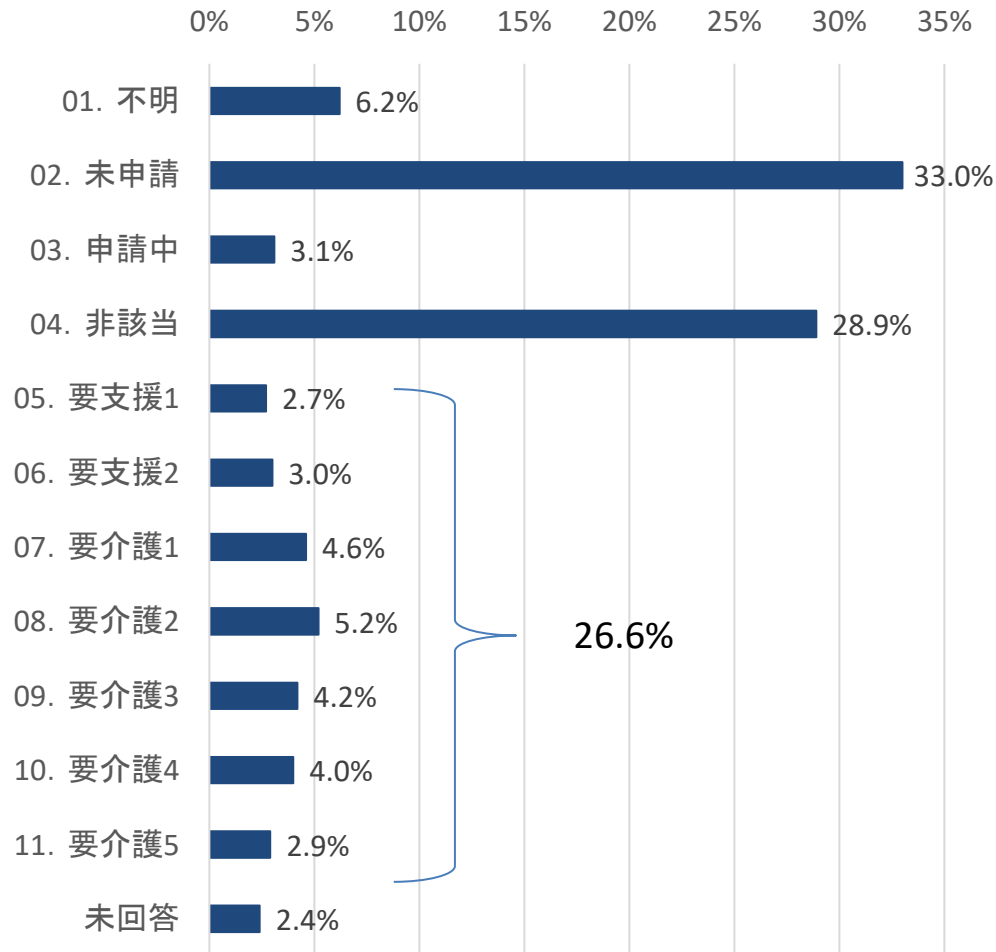
各説明は、全国国民健康保険診療施設協議会「認知症サポーターガイドブック」を元に作成  
データは、「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』(H24.8公表)を引用

# 入院患者に占める要介護者等の割合

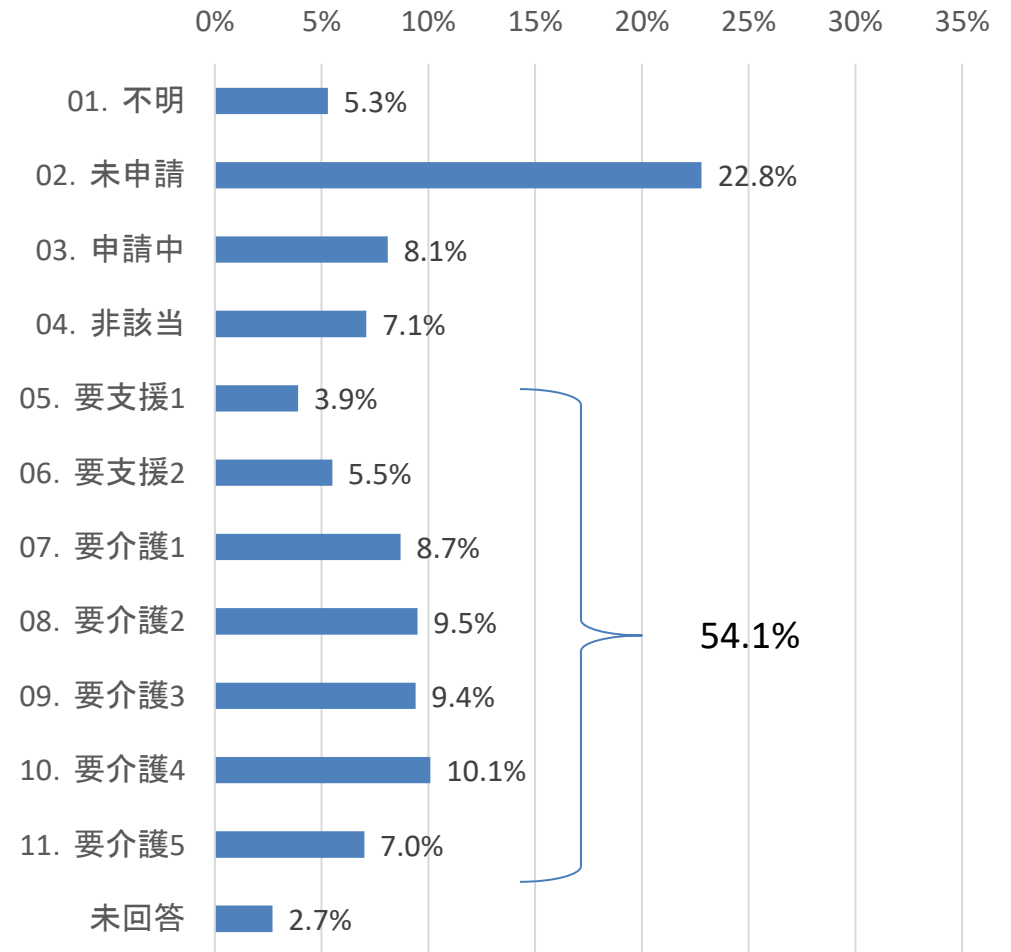
意見交換 資料-5参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

## ■急性期一般入院料等



## ■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等

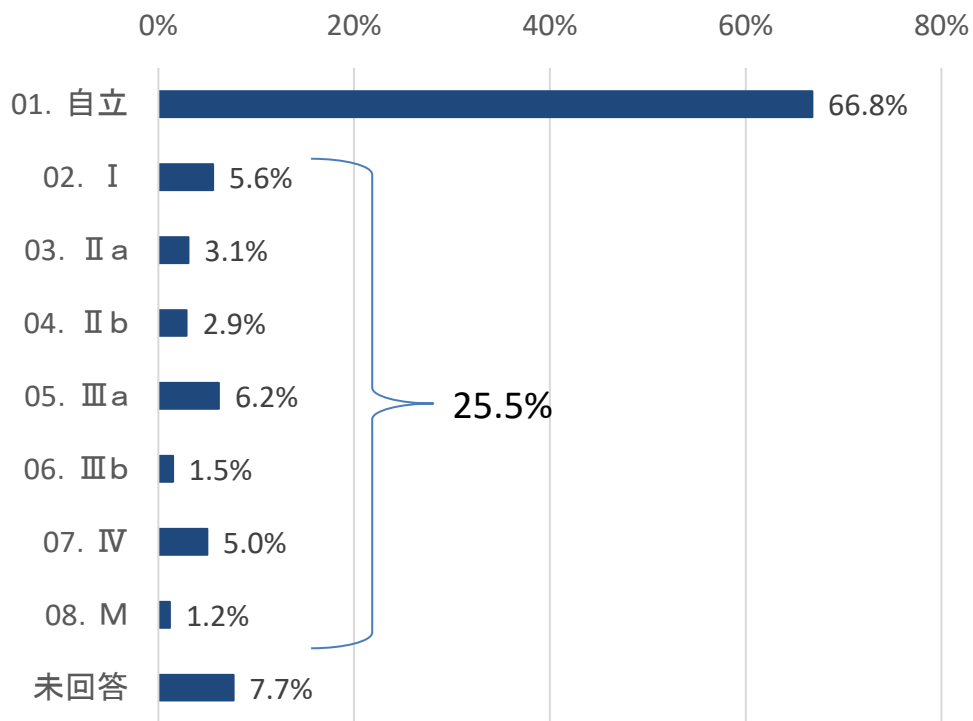


# 入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

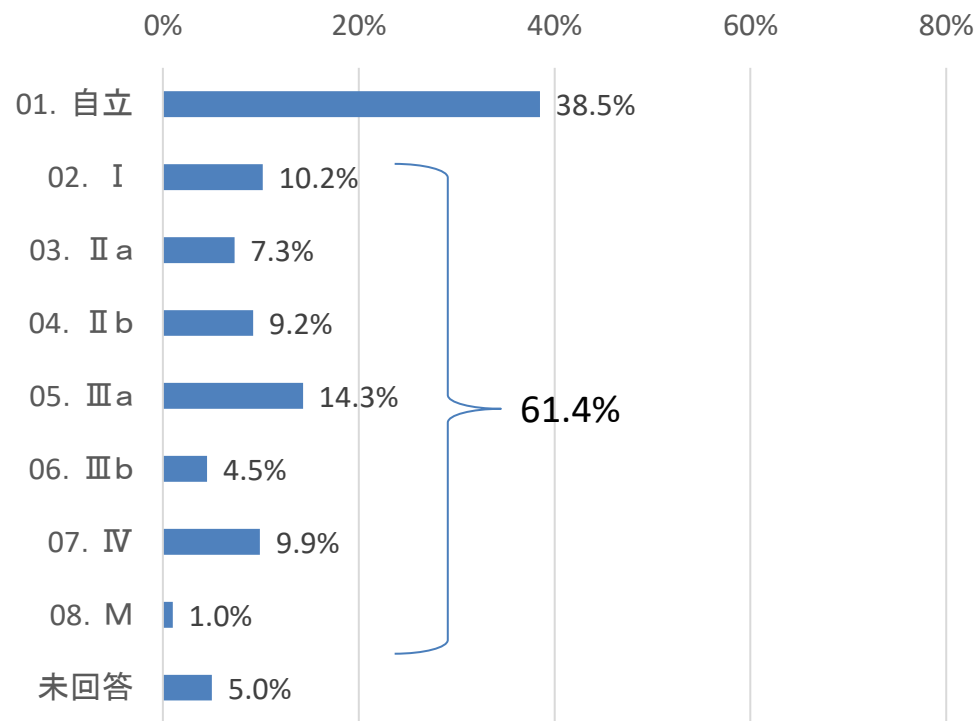
意見交換 資料-5 参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度が I 以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

## ■急性期一般入院料等



## ■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
<b>I</b>	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
<b>II</b>	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
<b>II a</b>	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
<b>II b</b>	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
<b>III</b>	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
<b>III a</b>	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
<b>III b</b>	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
<b>IV</b>	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
<b>M</b>	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

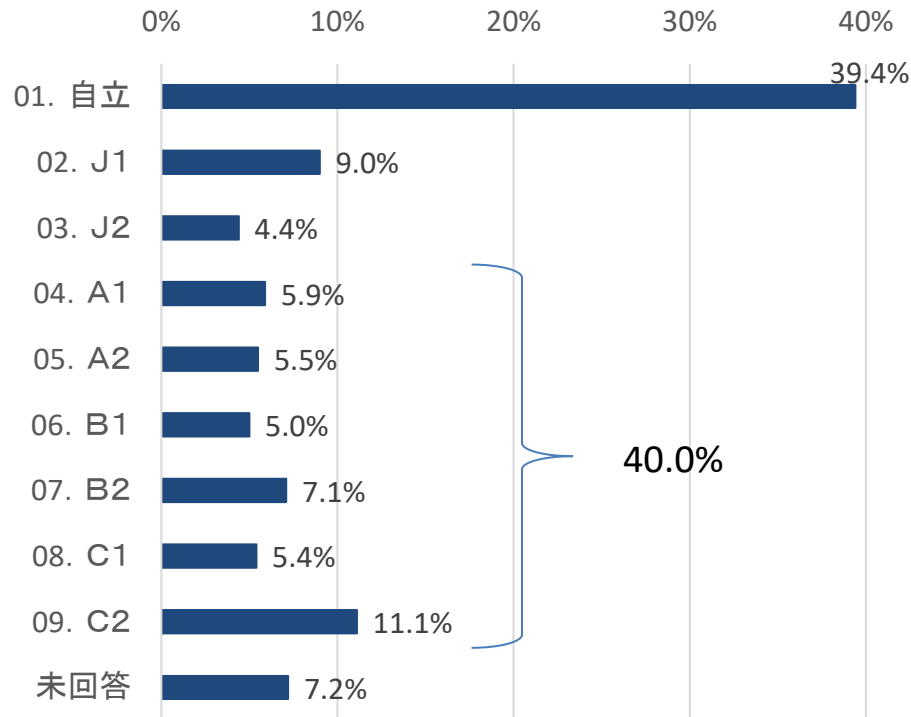


# 入院患者における障害高齢者の日常生活自立度

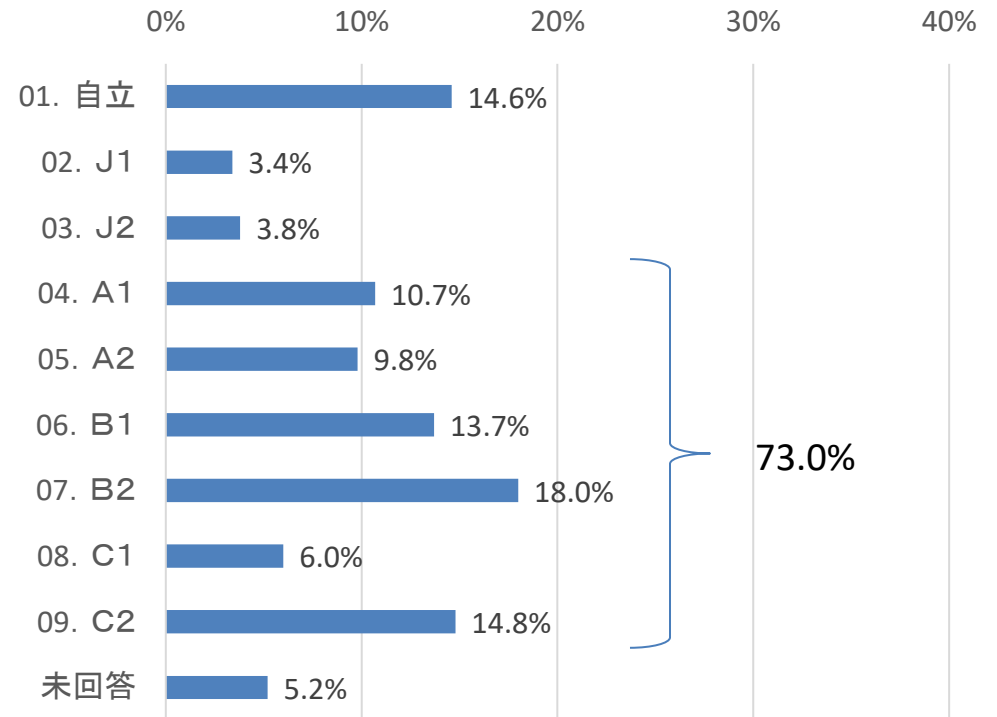
意見交換 資料-5 参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

○ 入院患者に占める障害高齢者の日常生活自立度がA1以上の患者の割合は急性期一般入院料等では53.4%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では80.2%であった。

## ■急性期一般入院料等



## ■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



### 障害高齢者の日常生活自立度

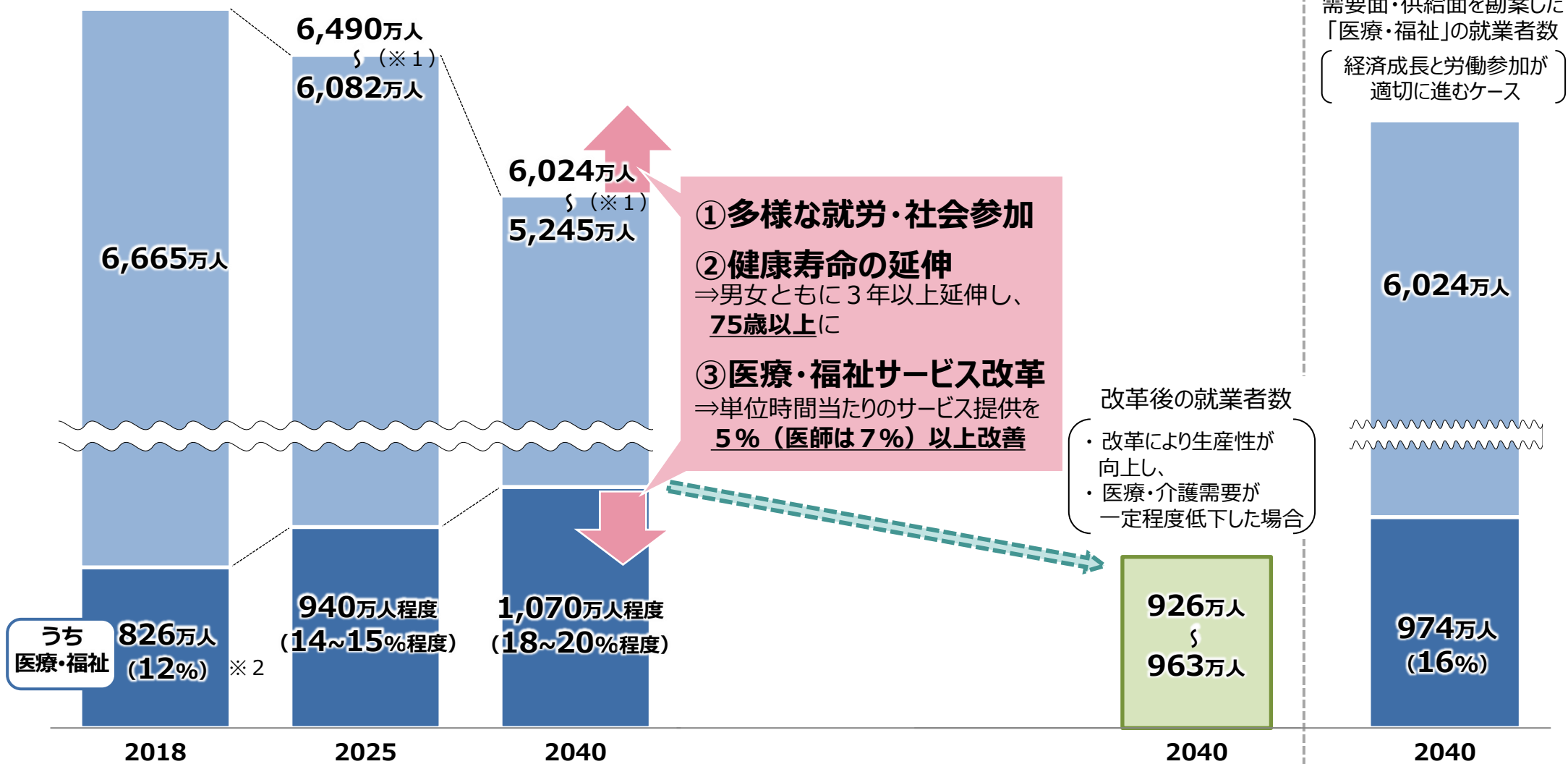
J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもたない

# マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 一部改

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

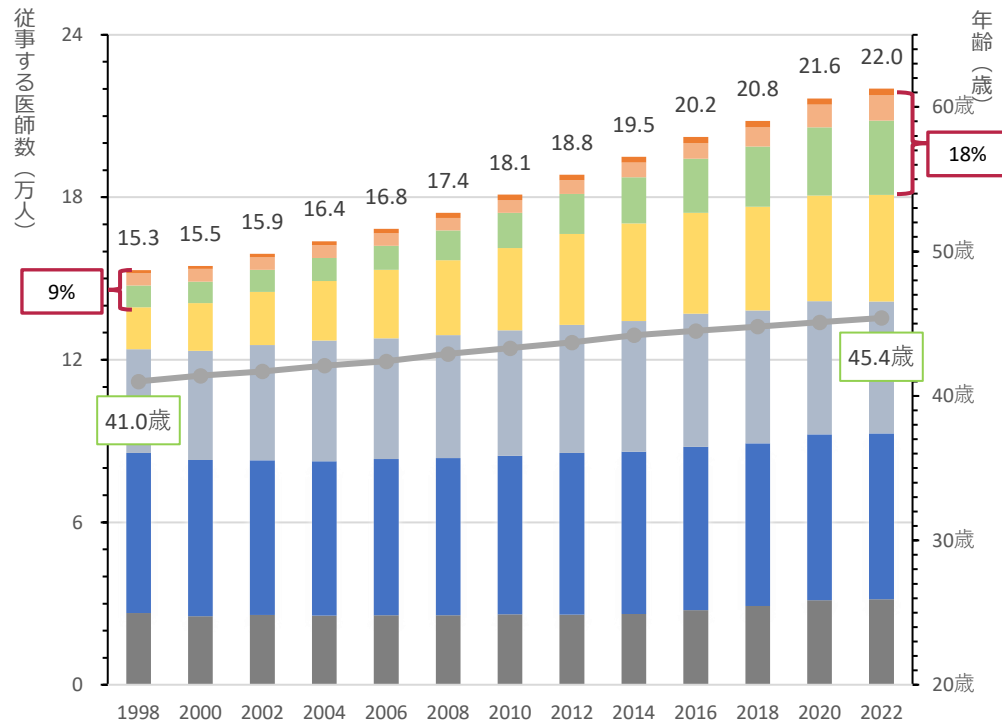
# マンパワー② 提供者側（医師）の高齢化も進展している

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

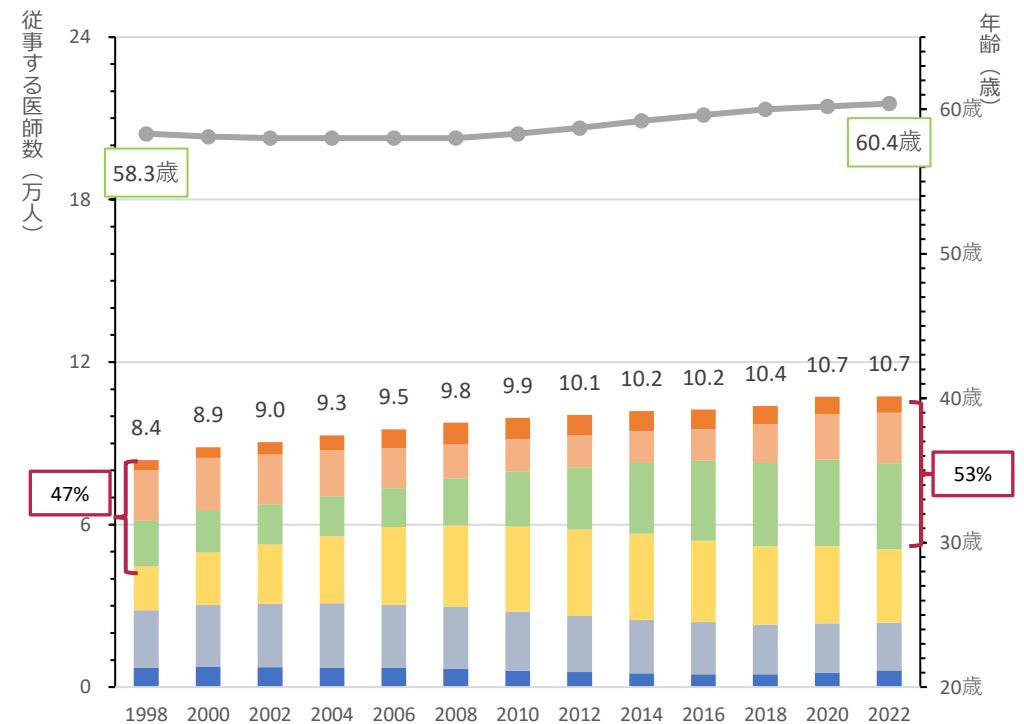
- 病院に従事する医師数は、ここ20年で6.1万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は18%に増加しており、平均年齢は45.4歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で1.7万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は53%程度で、平均年齢は60.4歳まで上昇している。

## 年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移

病院



診療所



## (2) 医師の働き方改革

# 医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

## 現状

### 【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

## 目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する**



**全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする**



**質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供**

## 対策

### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

**医療施設の最適配置の推進**

(地域医療構想・外来機能の明確化)

**地域間・診療科間の医師偏在の是正**

**国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進**

### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

**適切な労務管理の推進**

**タスクシフト/シェアの推進**

(業務範囲の拡大・明確化)

**一部、法改正で対応**

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）

**法改正で対応**

#### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	
<b>A</b> （一般労働者と同程度）	<b>960時間</b>	<b>義務</b>	努力義務	
<b>連携B</b> （医師を派遣する病院）	<b>1,860時間</b> ※2035年度末を目標に終了		<b>義務</b>	<b>義務</b>
<b>B</b> （救急医療等）				
<b>C-1</b> （臨床・専門研修）				
<b>C-2</b> （高度技能の修得研修）	<b>1,860時間</b>			

#### 医師の健康確保

##### 面接指導

健康状態を医師がチェック

##### 休息時間の確保

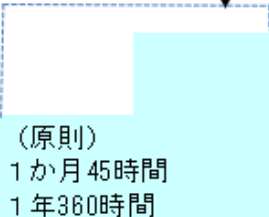
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

- (例外)
- ・年720時間
  - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
  - ・月100時間未満 (休日労働含む)
  - 年間6か月まで

【時間外労働の上限】



※この(原則)については医師も同様。

## 2024年4月～

- 年1,860時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む
- 年1,860時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む ⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

**A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準**

連携B (医療機関を指定)

B 地域医療確保暫定特

C-1 (医療機関を指定)

C-2 集中的技能向上水準 (医療機関を指定)

C-1：臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

将来 (暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

A

C-1 C-2

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

勤務間インターバルの確保  
(始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか  
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

勤務間インターバルの確保  
(始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか  
及び代償休息のセット (義務)

勤務間インターバルの確保  
(始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか  
及び代償休息のセット (義務)

注)臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に24時間のいずれかとなる。

< A水準 >  
勤務間インターバルの確保  
(始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に18時間  
のいずれか  
及び代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

< C水準 >  
上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)  
臨床研修医の勤務間インターバルは、始業から  
①24時間以内に9時間  
②46時間以内に24時間のいずれかとなる。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

【追加的健康確保措置】

# 医師の働き方改革施行に向けた取組

視点	これまでの取組と課題	施行に向けたこれまでの対応
① 診療体制の維持	<p>○ これまで、各種施策（※）を実施し医療機関による特定労務管理対象機関（連携B・B・C水準医療機関）の指定申請は進んでいるが、診療体制縮小・医師引き揚げの不安があるとの指摘。</p> <p>※・勤務環境改善（労働時間の把握、業務効率化、タスク・シフト/シェア） ⇒診療報酬や基金による支援、医療勤務環境改善支援センター（以下「勤改センター」）による相談支援、都道府県や都道府県労働局との連携、トップマネジメント研修、好事例紹介</p> <p>・特定労務管理対象機関指定の支援 ⇒勤改センターの支援、都道府県との連携、文部科学省やAJMC等を通じた受審勧奨</p>	<p><b>&lt;実態調査・個別対応&gt;</b></p> <p>○ <u>全病院と産科の有床診療所を対象に第5回準備状況調査を行い、時間外・休日労働が年1,860時間を超えると見込まれる医師が所属する医療機関や医師の引き揚げによる影響がある医療機関に対しては、都道府県と協力して個別に対応。</u></p> <p><b>&lt;働き方改革に伴う体制整備&gt;</b></p> <p>○ <u>医療介護総合確保基金（公費 143 億円）で、新たにメニュー追加</u> ・寄付講座運営費等による長時間労働医療機関への医師派遣の補助 ・大学病院等、医師の育成・教育研修を行う医療機関への勤務環境改善の補助 等</p> <p><b>&lt;文部科学省&gt;</b></p> <p>○ <u>大学病院に対して文科省より予算措置</u> (R5補正：140 億円 / R6：21 億円(※予算(案))/年/6年間)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">別途、引き続き、医療計画や医師確保計画による、地域における医師確保対策を含めた地域医療提供体制の確保を支援</p>
② 労務管理	<p>○ これまで、勤改センターの支援や労働基準監督署の助言により、必要な宿日直許可の取得や研鑽ルールの明確化の取組は進歩。</p> <p>⇒<u>宿日直や研鑽に係る理解が不十分な医療機関があるとの指摘</u></p>	<p><b>&lt;労務管理&gt;</b></p> <p>○ <u>宿日直や研鑽を含めた労働時間の適切な取扱いに関して、勤改センターによる重点的な周知、労働基準監督署による説明会の実施等の継続。</u></p> <p>○ <u>労務管理等に関する意識を醸成するための病院長等向けのトップマネジメント研修の実施。</u></p>

# 「医師の勤務環境把握に関する研究」調査概要

## 1. 調査背景

令和6年4月の医師に対する時間外休日労働の上限時間規制の適用前において、医師の時間外労働の状況やその分布等の実態把握は不可欠であることから、平成28年、令和元年に実施した厚生労働科学特別研究事業である「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者：井元清哉）」及び「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池創一）」と同等規模の勤務実態調査を行った。

## 2. 研究班

研究課題名：「医師の勤務環境把握に関する研究」

研究代表者：小池 創一（自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門・教授）

研究分担者：谷川 武（順天堂大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座・主任教授）

和田 裕雄（順天堂大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座・教授）

福井 次矢（東京医科大学 茨城医療センター・病院長）

片岡 仁美（岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター・教授）

吉村 健佑（千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター・特任教授）

佐藤 香織（明治大学 商学部 専任准教授）

井出 博生（東京大学未来ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット・特任准教授）

種田 憲一郎（国立保健医療科学院 国際協力研究部・上席主任研究官）

## 3. 調査期間

令和4年7月11日（月）～17日（日）

## 4. 調査対象

①施設調査 全国全ての病院と無作為抽出された診療所並びに介護老人保健施設等。

配布施設18,974施設（令和元年調査（R1調査）19,112施設）

②医師調査 全国全ての病院数の半数（4,087病院）を病床規模に応じて層化無作為抽出した病院に勤務する医師、またそれ以外の医療機関においては、上記全施設に勤務する医師を対象に調査票を配布した（WEBでも回答可能とした。）。

## 5. 調査内容

病院・常勤勤務医の1週間の労働時間、診療科別の時間外・休日労働時間等の調査を行った。

## 6. 回収数

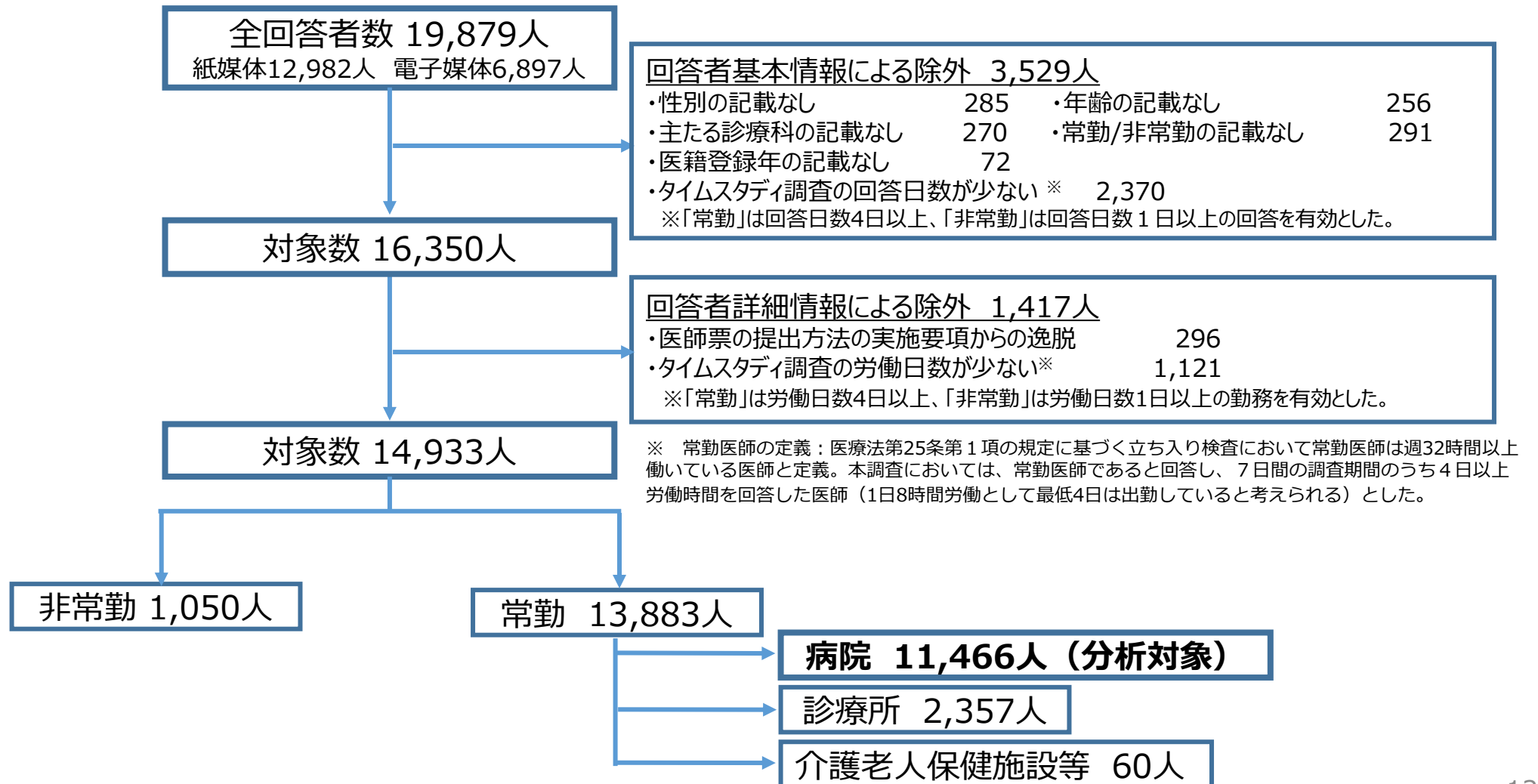
【施設票】5,424施設（回収率28.6%、（R1調査）3,967施設）【医師票】19,879人（WEB回答者含む、（R1調査）20,382人）



## 「医師の勤務環境把握に関する研究」分析対象データについて

- 今回調査（R4調査）は平成28年、令和元年の医師の勤務実態調査と同様に、全回答者のうち、病院勤務の常勤医師を分析対象とした。
- H28調査、R1調査と同様、兼業先の労働時間も含めて調査を行った。
- 全回答者数（19,879人）は平成28年（15,677人）とR1調査（20,382人）と同等の規模であった。

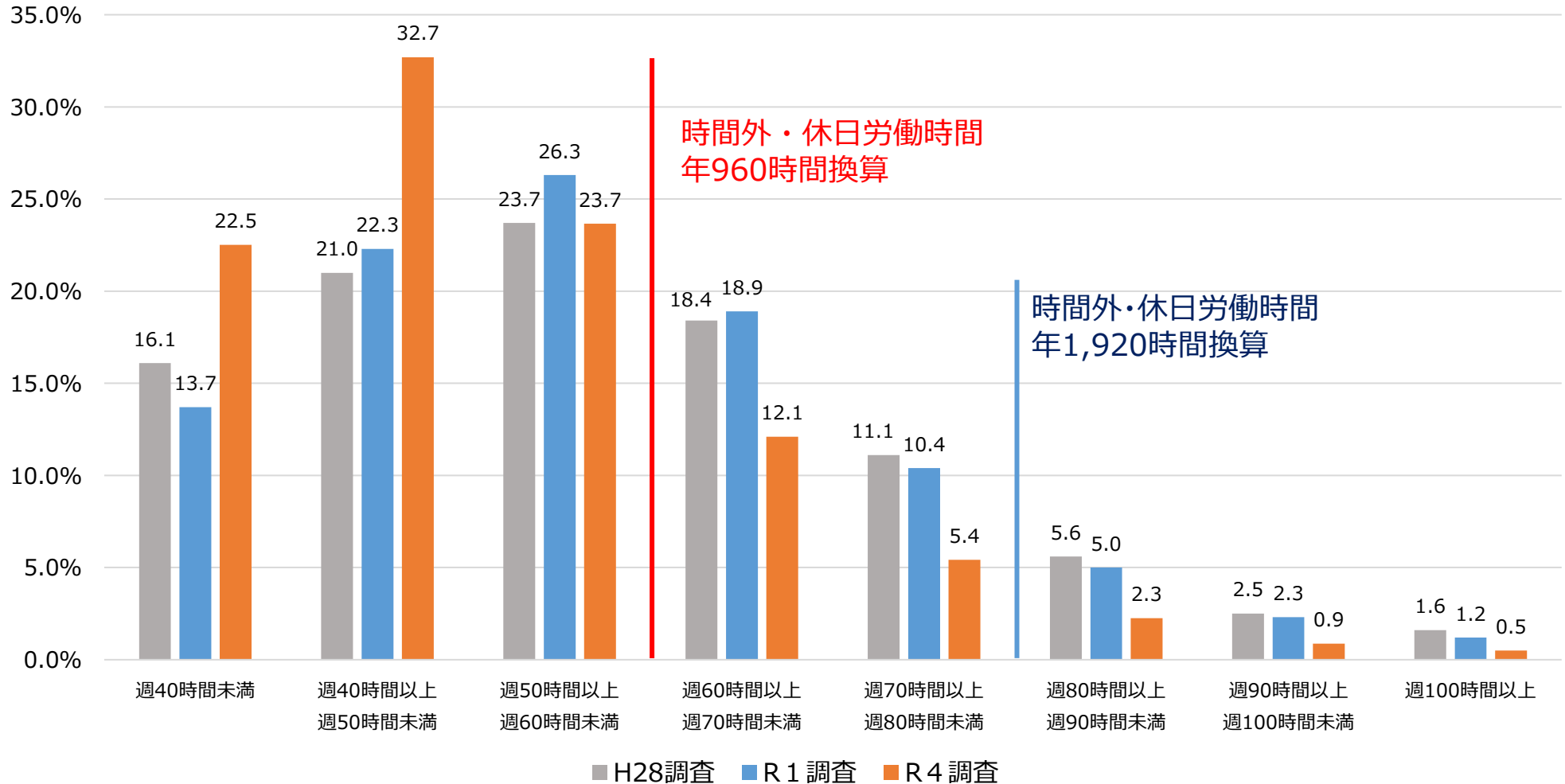
- ※ H28調査：平成28年厚生労働科学特別研究事業「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者：井元清哉）」
- ※ R1調査：令和元年度厚生労働科学研究事業「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池創一）」
- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。



## 週労働時間区分と割合 <病院・常勤勤務医>

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間を週労働時間区分と割合で集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,920時間換算を超える医師の割合は9.7%（H28調査）、8.5%（R1調査）、3.6%（R4調査）と減少していた。



※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。

※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。

※ R4調査では、宿日直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。

※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。

※ R1調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。

※ 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している。

※ R4調査で時間外・休日労働時間年1,920時間換算を超える医師の割合について、各労働時間区分の四捨五入後の数字を合計すると3.7%であるが、全体の数から集計し、四捨五入すると3.6%となる。

## 第5回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査

令和6年4月時点における、副業・兼業先も含めた年通算時間外・休日労働時間が1,860時間超見込みとなる医師数が、医師の労働時間短縮等の取組によって着実に減少していることを明らかとするとともに、医師の引き揚げ予定等、医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小や地域医療提供体制への影響について、大学病院本院を除く全ての病院及び分娩を取り扱う産科有床診療所を対象に調査（第5回調査）を行った。その概要は以下のとおりである。

### 調査対象

全ての病院（大学病院本院を除く）及び分娩を取り扱う産科の有床診療所（院長のみが診療を行う診療所を除く）

### 調査時期

令和5年10月30日～令和5年11月30日

令和6年1月及び3月にフォローアップを行い、データを更新

### 調査方法

各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計

### 調査事項

- ① 医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小見込みの有無
- ② 自院の診療体制の縮小による地域医療提供体制への影響の有無（①で縮小見込み有りとは回答した医療機関のみ回答）
- ③ 令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数
- ④ 大学・他医療機関から派遣されている医師の、働き方改革に関連した引き揚げの予定があり、令和6年4月以降、診療体制の縮小または地域医療提供体制への影響が見込まれる医療機関数

### 結果の概要

（令和6年3月13日時点）

#### 回答数

都道府県：①②④ 46 都道府県 ③ 47 都道府県  
医療機関数：①②④ 7,326 医療機関 ③ 7,918 医療機関

#### 結果

- ① 医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小見込みの有無  
見込み有り：457 医療機関 見込み無し：6,869 医療機関
- ② 自院の診療体制の縮小による地域医療提供体制への影響の有無（①で縮小見込み有りとは回答した457医療機関の内訳）
  - ・ 影響あり：132 医療機関
  - ・ 影響なし：77 医療機関
  - ・ 不明：248 医療機関
- ③ 宿日直許可の取得や医師の労働時間短縮の取組を実施しても、令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間が年通算1,860時間相当超見込みの医師数  
1人（病院：1人、産科有床診療所：0人）
- ④ 医師の引き揚げによる診療体制への縮小が見込まれる医療機関数  
49 医療機関  
（うち、21医療機関は自院の診療体制の縮小により地域医療提供体制への影響もありと回答）

# 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 (地域医療介護総合確保基金 事業区分VI)

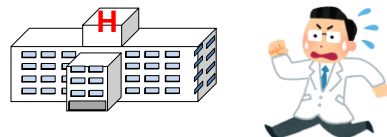
令和6年度予算額：95億円（公費143億円）  
※地域医療介護総合確保基金（医療分）1,029億円の内数

勤務医の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。（医療機関が行う事業に対し都道府県が補助を実施）

## I 地域医療勤務環境改善体制整備事業

### 補助の対象となる医療機関

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。



< 具体的な要件（いずれかを満たす） >

※診療報酬上の「地域医療体制確保加算」を取得している医療機関は補助対象外。

- ①救急用の自動車等による搬送件数が年間1,000件以上2,000件未満
- ②救急搬送件数が年間1,000件未満のうち、
  - ・夜間・休日・時間外入院件数が年間500件以上で地域医療に特別な役割がある医療機関
  - ・離島、へき地等で同一医療圏内に他に救急対応可能な医療機関が存在しない等、特別な理由の存在する医療機関
- ③地域医療の確保に必要な医療機関であって、
  - ・周産期医療、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している医療機関
  - ・脳卒中や心筋梗塞等の急性期医療を担う医療機関で、一定の実績を有するなど、5疾病6事業で重要な医療を提供している医療機関
- ④在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

< 公布要件 >

- 年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関
- 「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること

### 補助対象経費

医師の労働時間短縮に向けた取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業に係る経費

### 補助基準額

最大使用病床数 × 133千円

※「更なる労働時間短縮の取組」を実施する医療機関は、1床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。

※区分VIの他の事業とは別に支援可能

### （医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組）

医療機関において医師の労働時間短縮計画を策定し、勤務環境改善の体制整備として次のような取組を総合的に実施

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和
- ・複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
- ・これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組



# 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

(地域医療介護総合確保基金 事業区分VI)

R 6 新規事業

勤務医の働き方改革を推進するため、大学病院等からの長時間労働医師が所属する医療機関に対する医師派遣や、多領域の研修を行うなど一定の要件を満たす専門研修基幹施設等の勤務環境改善の取組を支援

## II 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業 (R 6年度新規事業)

(教育研修体制を有する医療機関への勤務環境改善支援)

医療機関としての指導体制を整備し、基本的な診療能力に加え、最新の知見や技能又は高度な技能を修得できるような医師を育成する医療機関等において、当該教育研修のための勤務環境改善を診療に関する勤務環境改善と一体的かつ効果的に行うための取組等を支援。

**補助の対象となる医療機関** ※時間外労働が年720時間超の医師がいる医療機関

- 基幹型臨床研修病院または専門研修基幹施設であって、100床あたりの常勤換算医師数が40人以上等の医療機関
- 基幹型臨床研修病院かつ基本19領域のうち10以上の領域において専門研修基幹施設である等の医療機関

### 補助対象経費

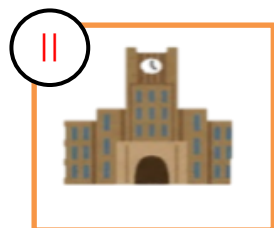
医師の労働時間短縮に向けた取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業に係る経費

### 補助基準額

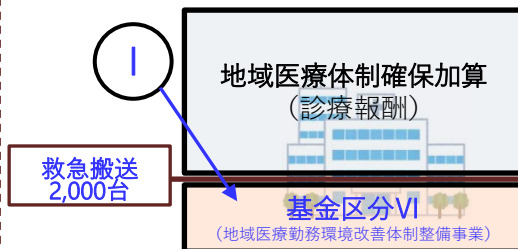
1床当たりの標準単価： 133千円

※「更なる労働時間短縮の取組」を実施する医療機関は、1床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。

※区分VIの他の事業や地域医療体制確保加算とは別に補助可能。



研修基幹施設



一般的な病院

## III 勤務環境改善医師派遣等推進事業 (R 6年度新規事業)

(長時間労働医療機関への医師派遣支援)

長時間労働医師が所属し、地域において重要な役割を担う医療機関の医師の時間外・休日労働時間を短縮すること及び地域医療提供体制を確保することを目的に、長時間労働医療機関への医師派遣等を行う医療機関等の運営等に対する支援を行う。

**補助の対象となる医療機関**

年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関に医師派遣を行う医療機関 等

### 補助対象経費

- 医師派遣に係る逸失利益補填
- 医師派遣を目的とした寄附講座 等

### 補助基準額

標準事業例通知における標準事業例26及び医師派遣推進事業の標準単価に準じて、都道府県において定める額

※派遣医師1人当たり1,250千円×派遣月数 等

※区分VIの他の事業や地域医療体制確保加算とは別に補助可能。



医師派遣医療機関



※同一法人間は対象外



医師派遣受入医療機関

### (3) かかりつけ医機能

# 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

## 改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### 1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。  
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

### 2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。  
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

### 3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

### 4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

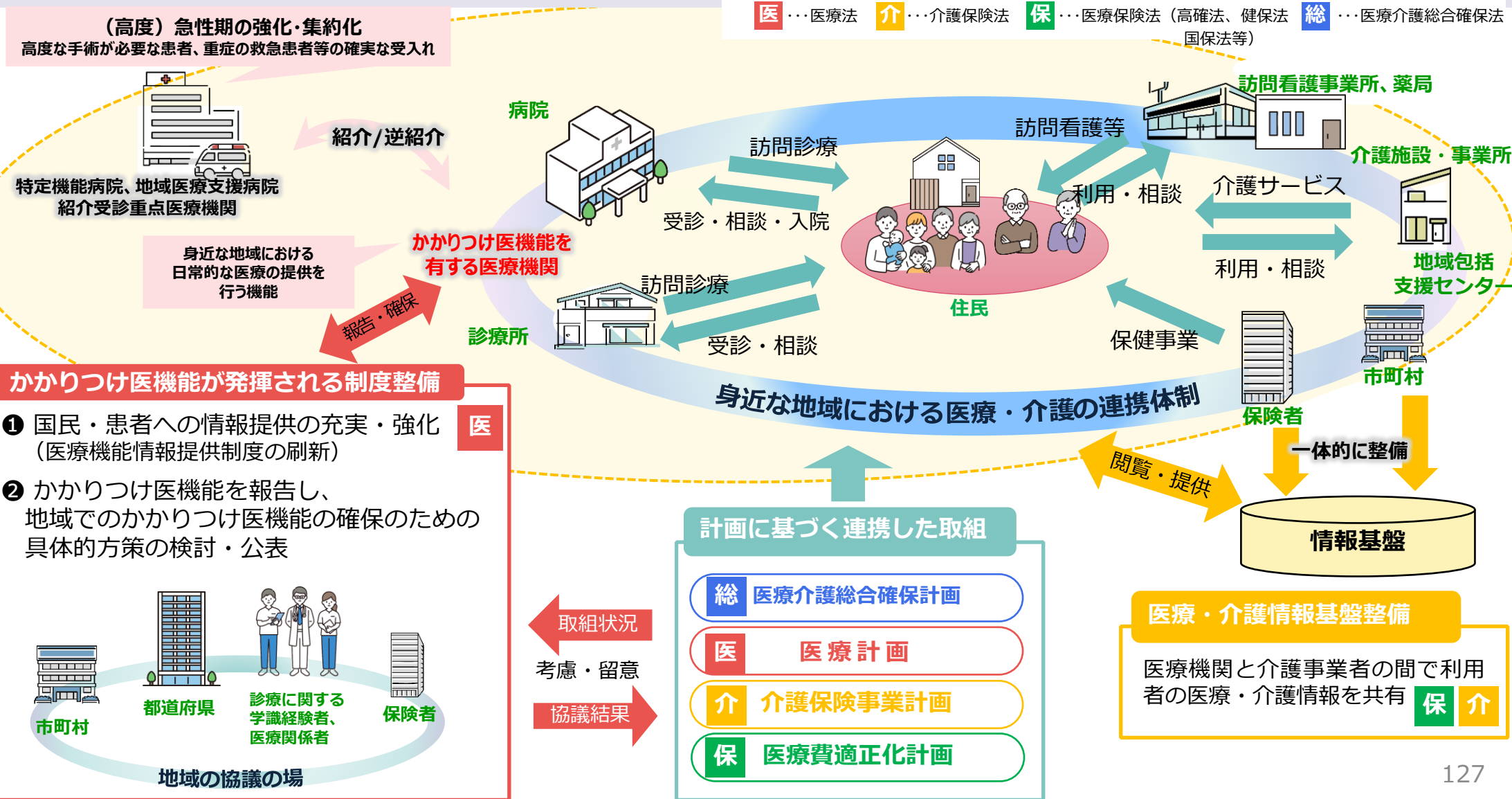
等

## 施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

# 地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。





# かかりつけ医機能が発揮される制度整備

## 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

## 概要

### (1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

### (2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

### (3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

# 医療機能情報提供制度の刷新

➤ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」(※)の充実・強化を図る。

(※) 医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報(診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等)について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

## 【見直しのポイント】

① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

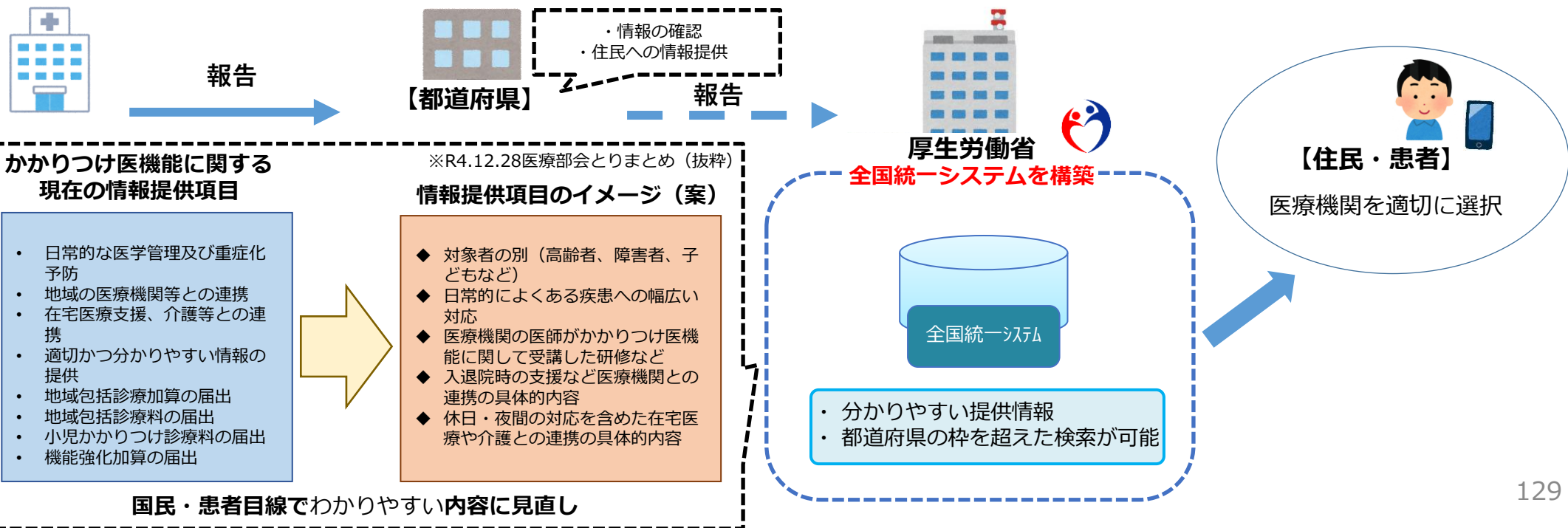
<かかりつけ医機能>

**身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義**

② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**(厚生労働省令)

(具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。)



# かかりつけ医機能報告の創設

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

## 【報告対象となる医療機関】

- 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの  
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

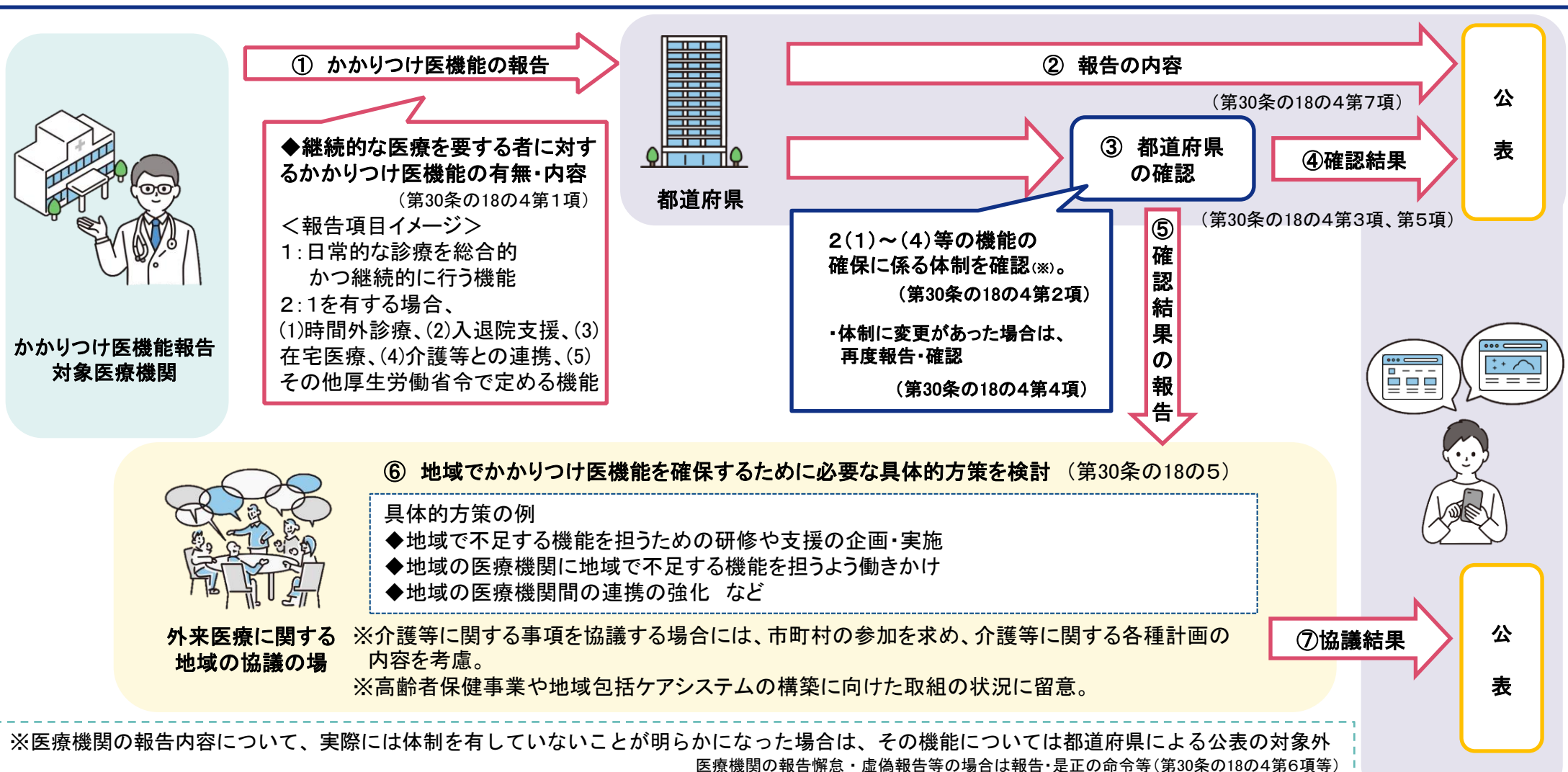
## 【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
  - ①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る）
  - ②：①を有する場合は、(1)通常の診療時間外の診療、(2)入退院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供、(5)その他厚生労働省令で定める機能（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）
    - ・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした医療機関がその機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより公表する。
- 都道府県知事は、医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。

## かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



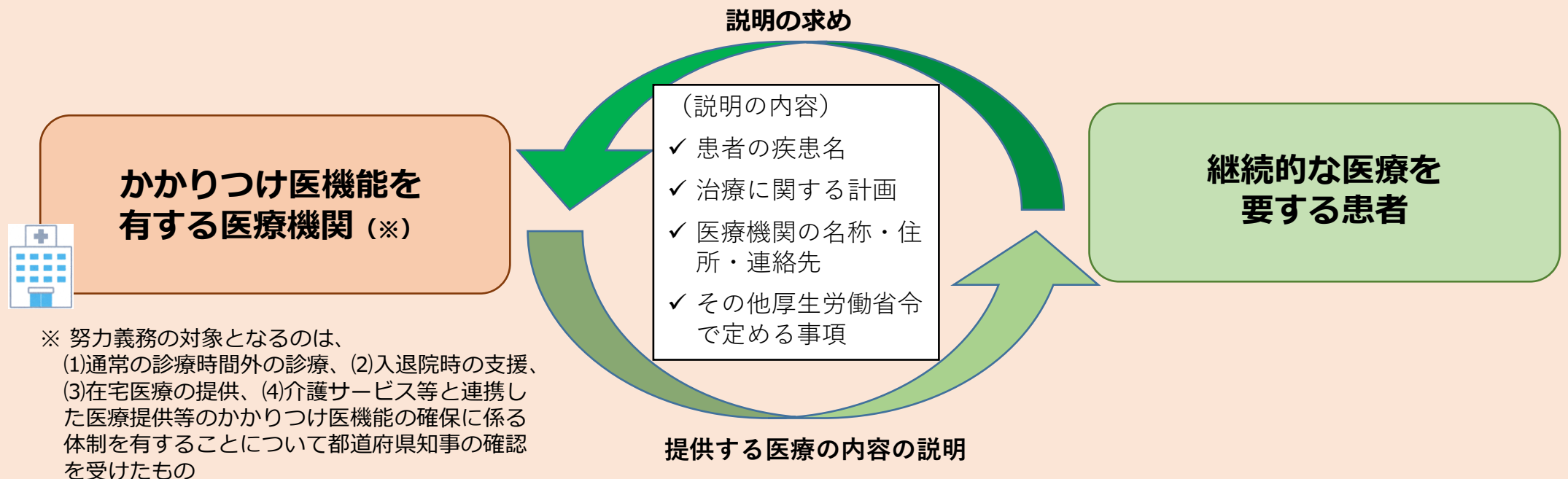
※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

➤ かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



※ 努力義務の対象となるのは、(1)通常の診療時間外の診療、(2)入退院時の支援、(3)在宅医療の提供、(4)介護サービス等と連携した医療提供等のかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けたもの

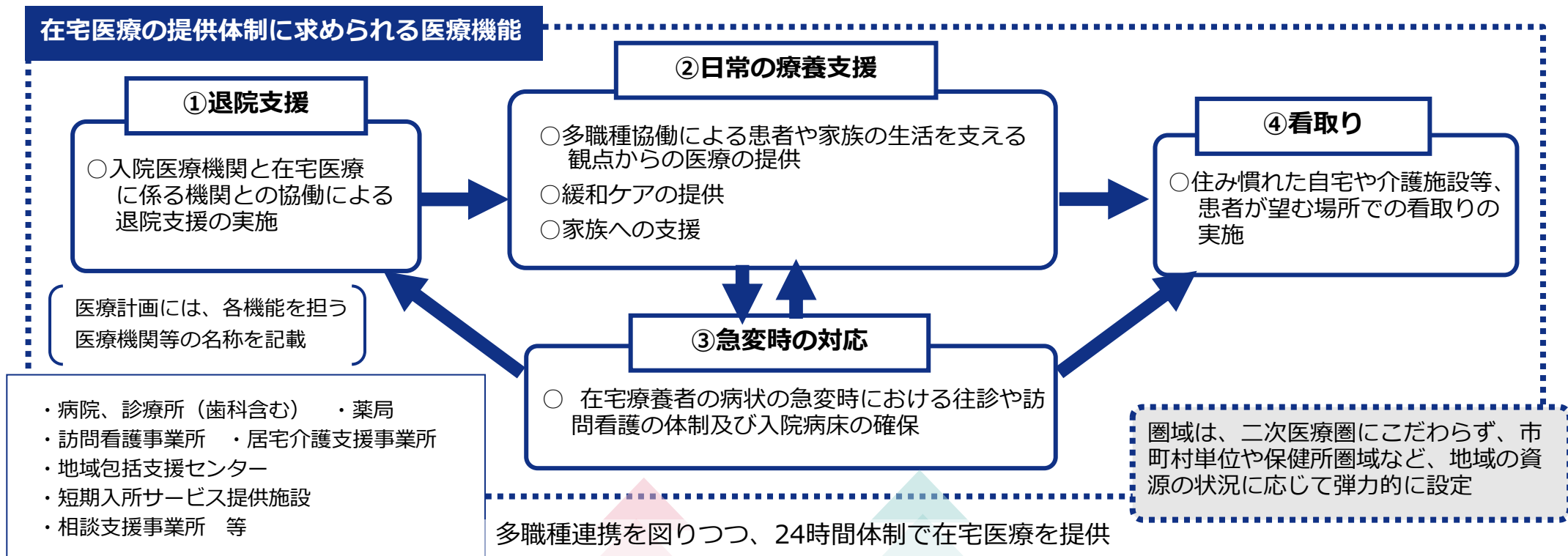
※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

## (4) 在宅医療

# 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

**在宅医療に必要な連携を担う拠点**

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・市町村
- ・保健所
- ・医師会等関係団体 等

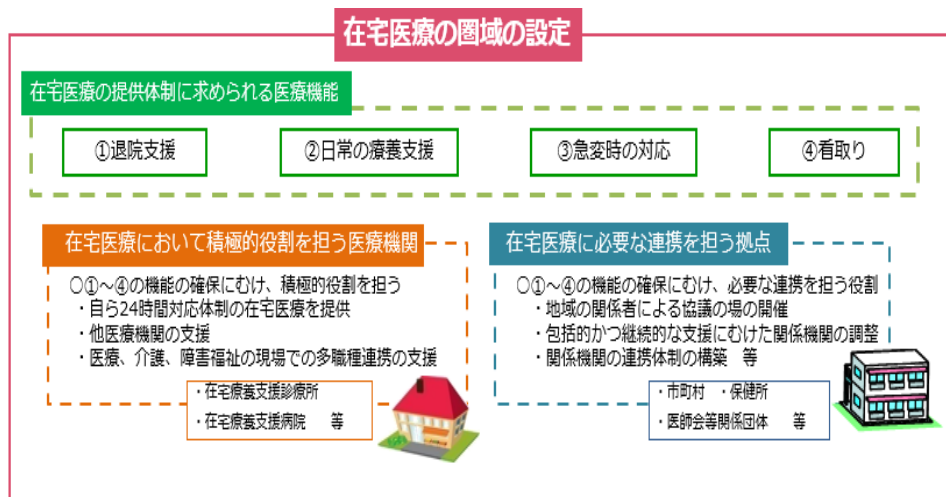
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

# 在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

## 概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

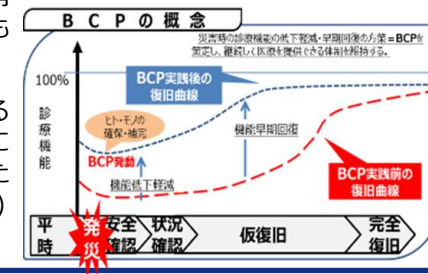
## 在宅医療の提供体制



- ◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- ◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

## 急変時・看取り、災害時等における整備体制

- ◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- ◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



## 在宅医療における各職種の関わり

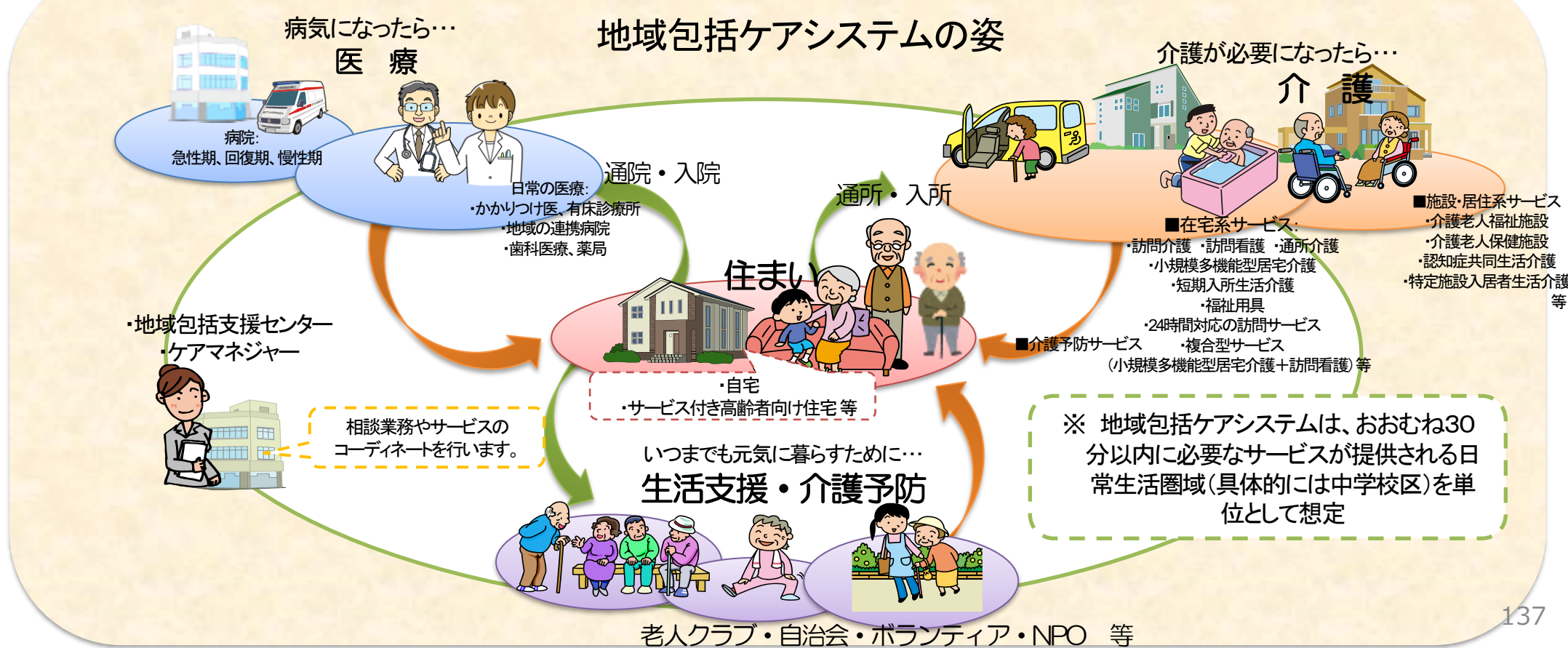
- ◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- ◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- ◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- ◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- ◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。



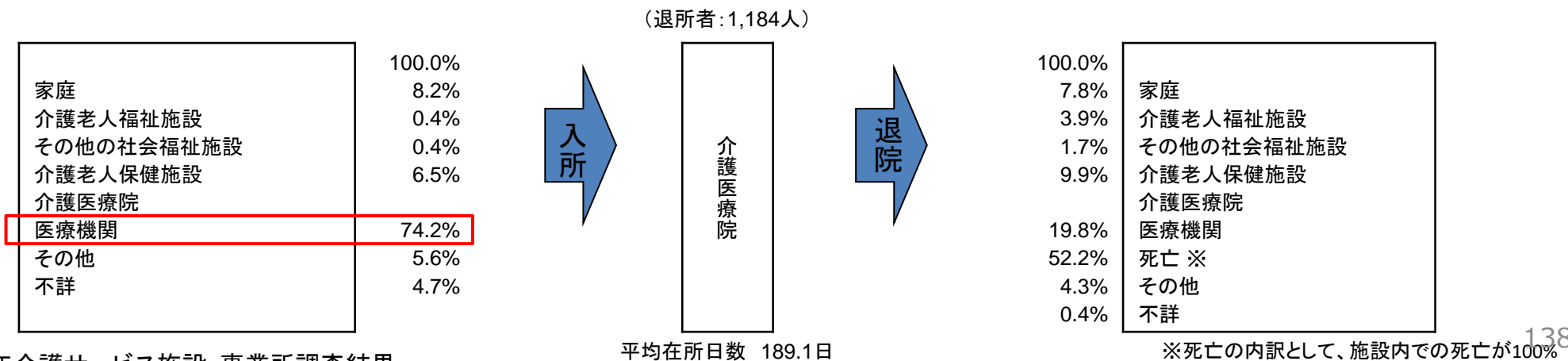
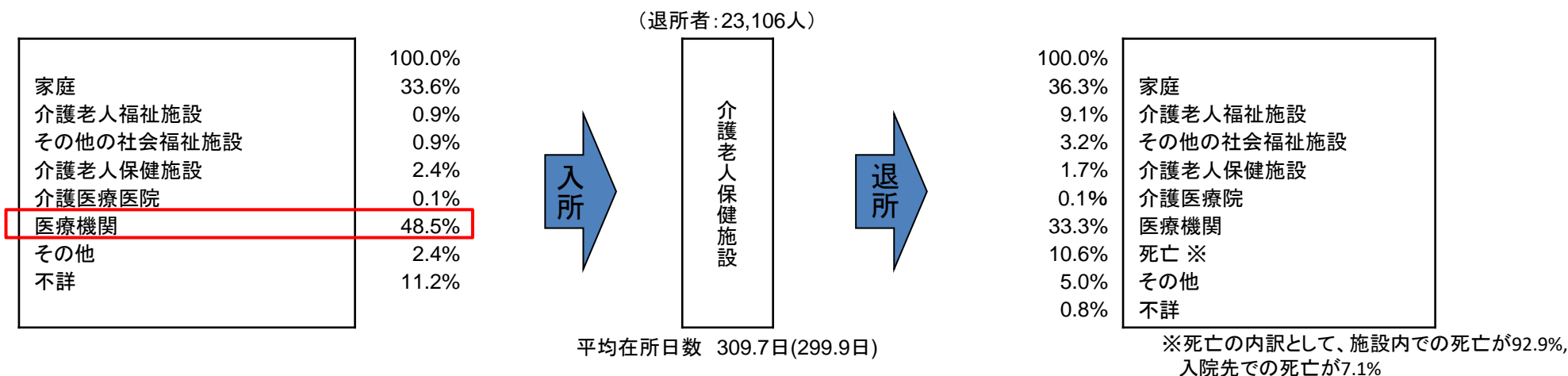
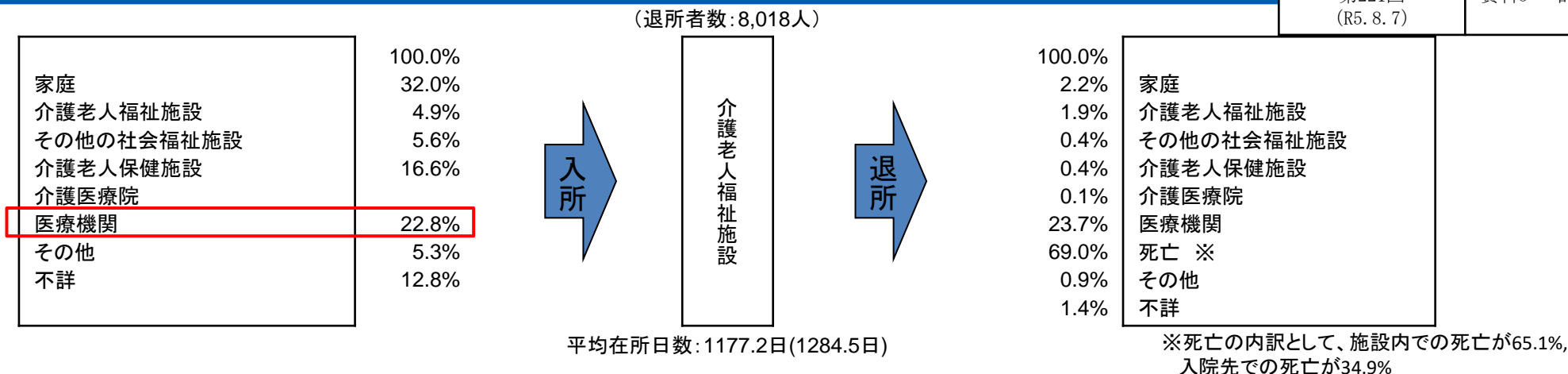
## (5) 医療・介護連携

# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



# 介護保険三施設における入所者・退所者の状況



# 介護老人保健施設の概要

## (定義)

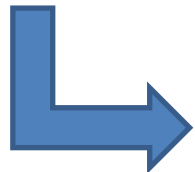
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

## (基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

# 介護医療院の概要

## (定義)

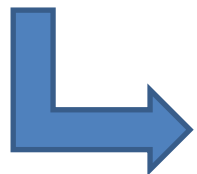
介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第29項)

## (基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成30年厚生省令第5号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設



# 介護保険施設の比較

		介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院	
基本的性格		要介護高齢者のための生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
定義		老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	
主な設置主体※1		社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）	
施設数※2		10,982 件	4,192 件	803件	
利用者数※2		644,700 人	351,200人	46,100人	
居室面積・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
「多床室」の割合※3		19.7%	53.3%	71.9%	
平均在所(院)日数※4		1,177日	310日	189日	
低所得者の割合※4		68.6%	52.5%	50.1%	
医師の配置基準		必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	
医療法上の位置づけ		居宅等	医療提供施設	医療提供施設	

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和5年11月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）  
※4 は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2及び※3の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

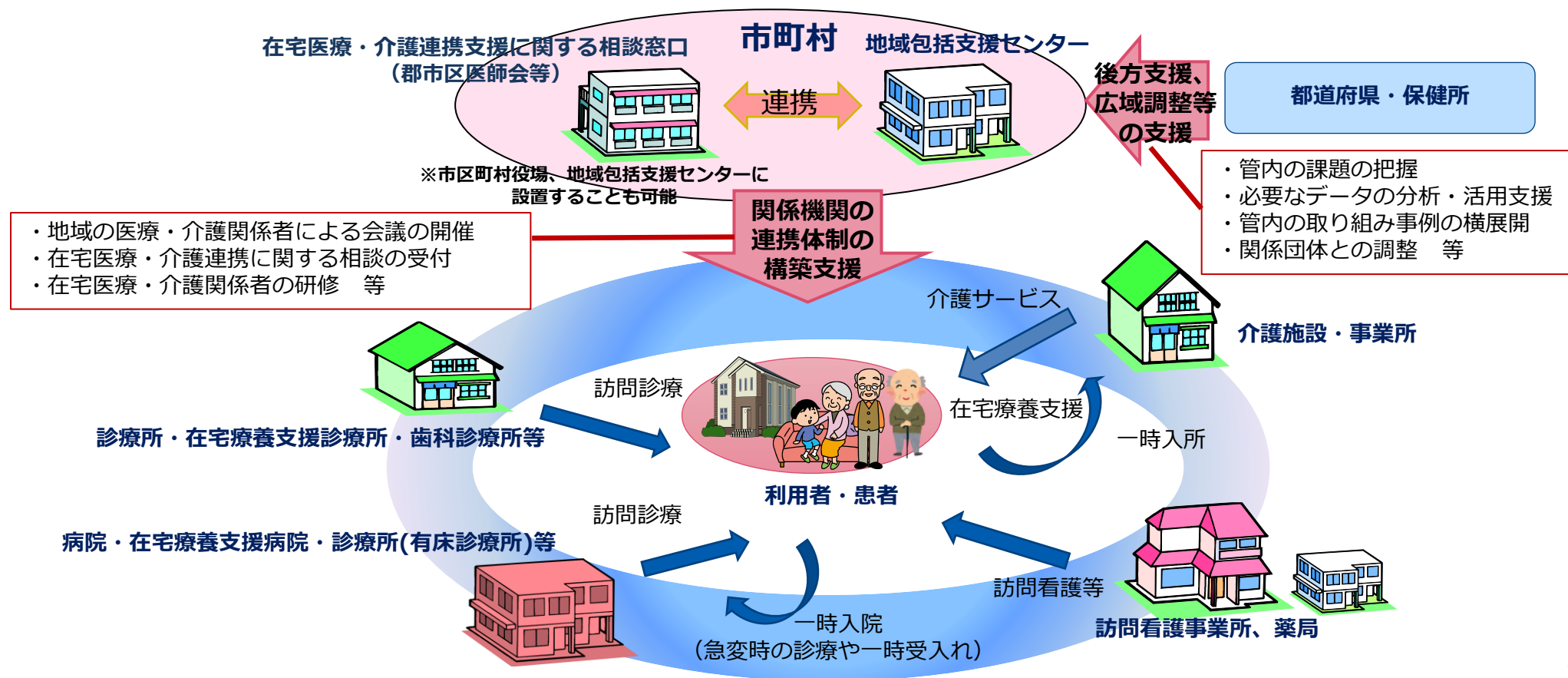
# 在宅医療・介護連携の推進

○ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

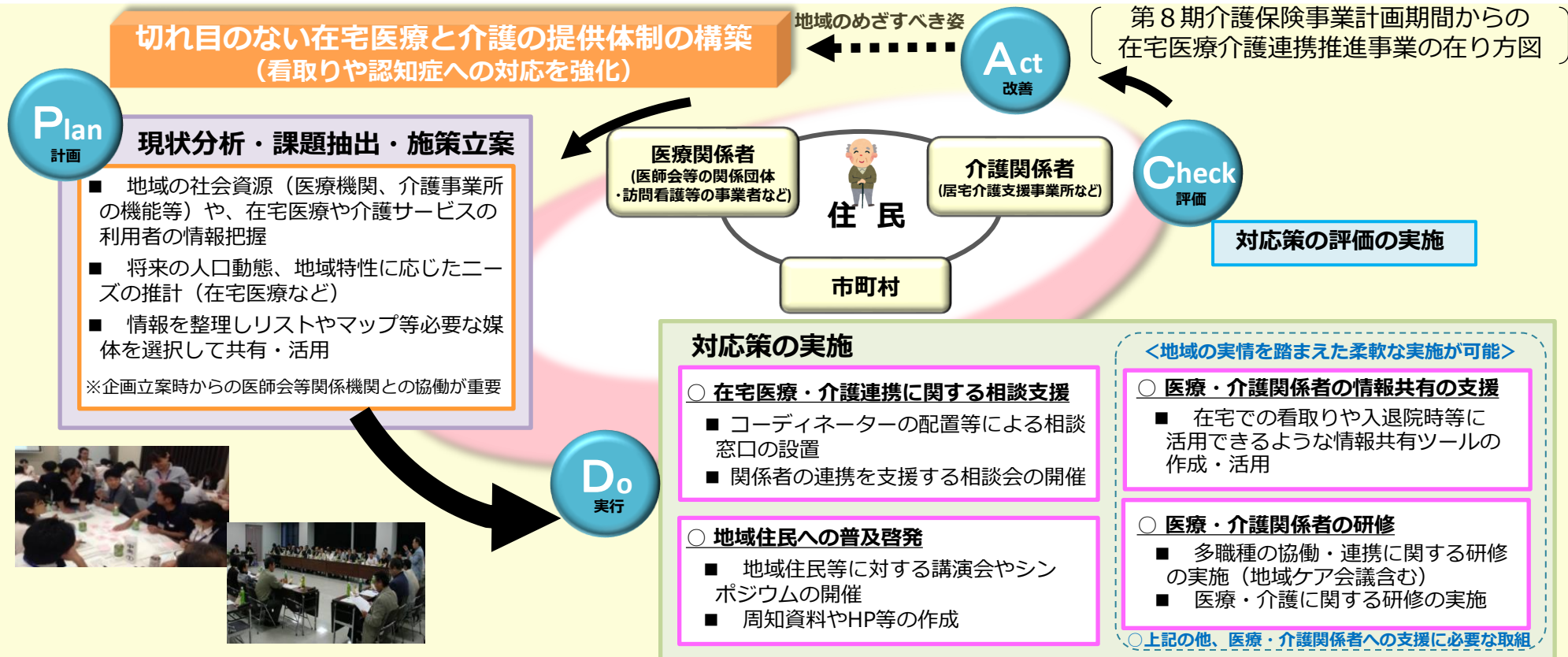
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



# 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。



＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

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



# 在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



# 在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

## 国の取組み

### ①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

### ②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援

- ・ 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

### ③好事例の横展開

- ・ 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

## 都道府県の取組み

### ①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等

- ・ 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- ・ 他市町村の取組事例の横展開
- ・ 必要なデータの分析・活用支援
- ・ 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- ・ 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

### ②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

- ・ 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- ・ 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- ・ 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

### ③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について

## 市町村の取組み

### 在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

#### ①現状分析・課題抽出・施策立案

- ・ 地域の医療・介護の資源の把握
- ・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

#### ②対応策の実施

- ・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・ 地域住民への普及啓発
- 加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

# 第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

## <「在宅医療の体制構築に係る指針」>

### 第2 医療体制の構築に必要な事項

#### 2 各医療機能と連携

#### (6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

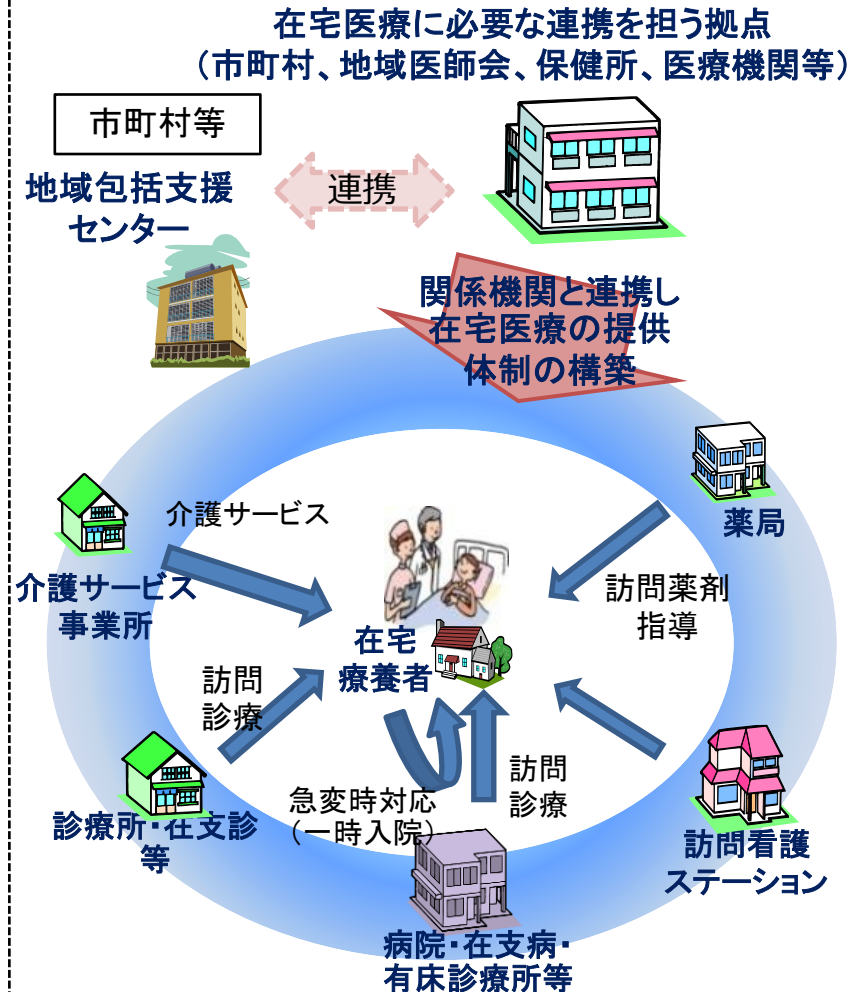
なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

#### ① 目標

- 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

#### ② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

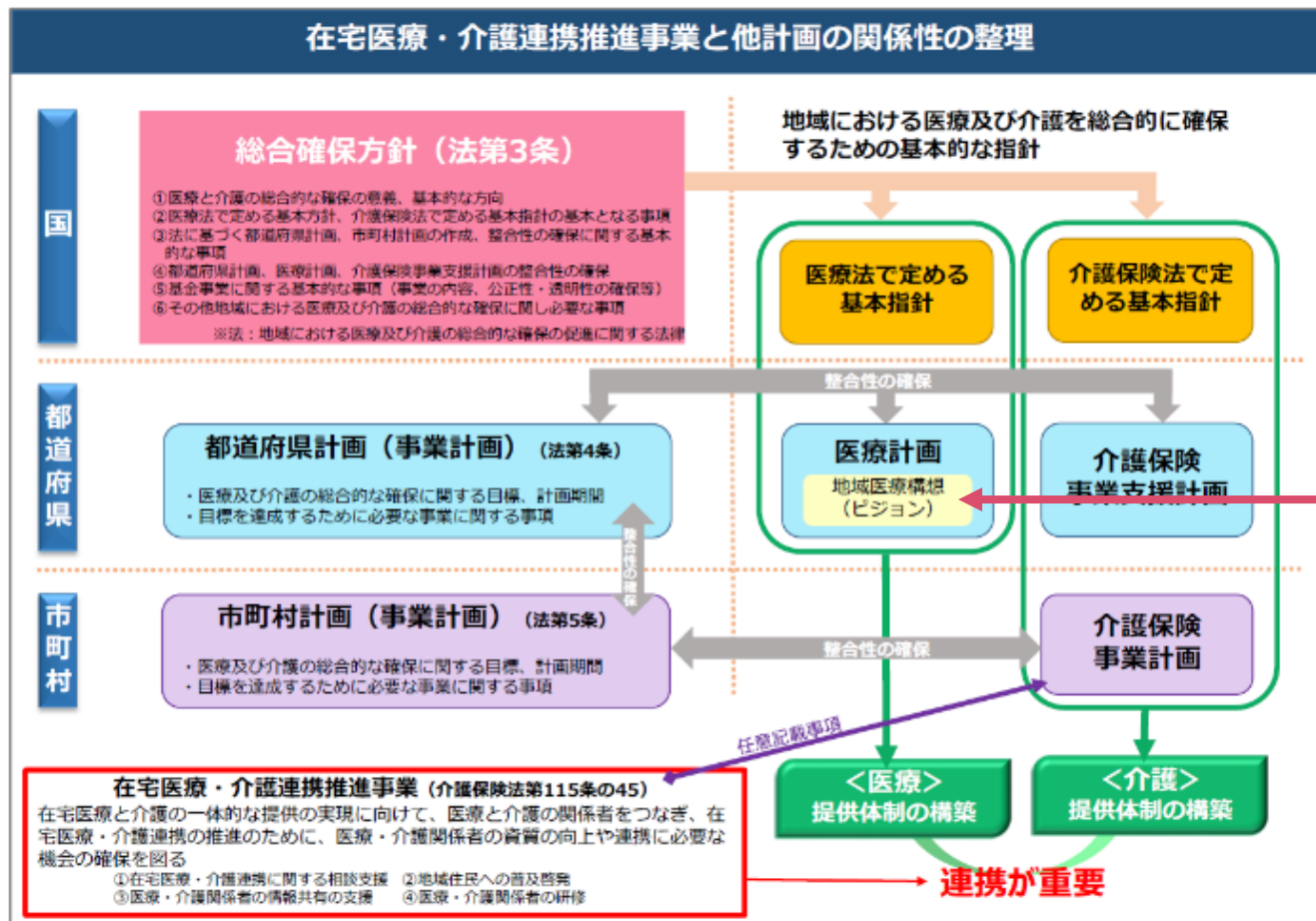
- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること



※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

# 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わり

- 第8次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である」と記載されている。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。



## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること  
（関係機関の例）
  - ・ 病院・診療所
  - ・ 薬局
  - ・ 訪問看護事業所
  - ・ 居宅介護支援事業所
  - ・ 訪問介護事業所
  - ・ 介護保険施設
  - ・ その他の介護施設・事業所
  - ・ 地域包括支援センター
  - ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
  - ・ 消防機関

※ 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3（令和2年9月）

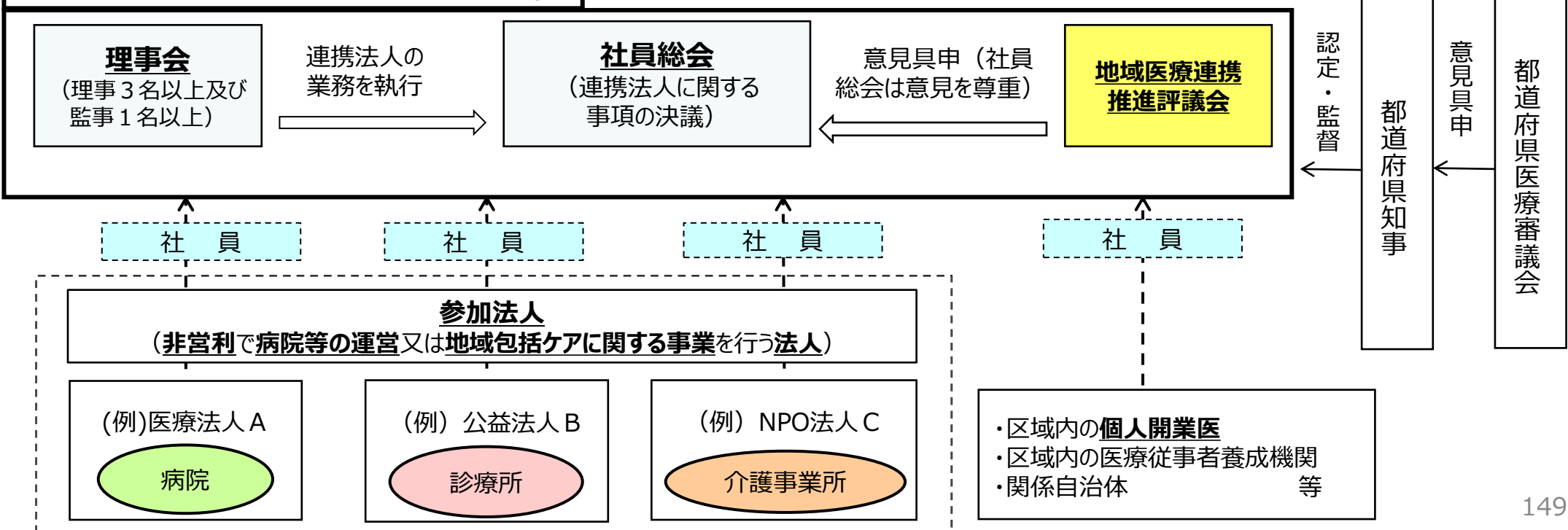
## (6) 地域医療連携推進法人制度

# 地域医療連携推進法人制度の概要（現行）

- **地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的**とする一般社団法人について、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定
  - ＜認定基準の例＞
    - ・ 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する**法人が2以上参加**すること
    - ・ 医師会、患者団体その他で構成される**地域医療連携推進評議会**を法人内に置いていること
    - ・ **参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求める**ことを定款で定めていること
- **医療連携推進区域**（原則、地域医療構想区域内）を定め、**医療連携推進方針**（区域内の病院等の機能分化・業務連携の方針）を決定
- **医療連携推進業務等**の実施
 

医療機能・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入、参加法人への資金貸付（基金造成を含む）、連携法人が議決権の全てを保有する関連事業者への出資等

## 地域医療連携推進法人（一般社団法人）

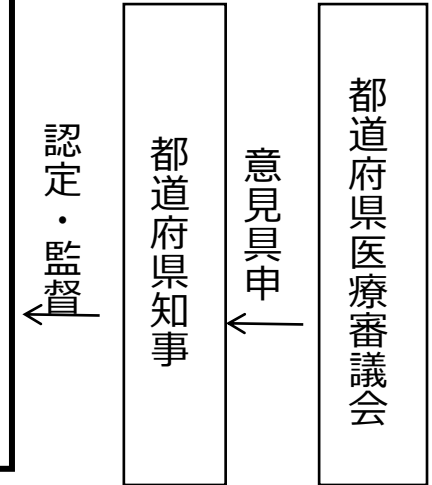
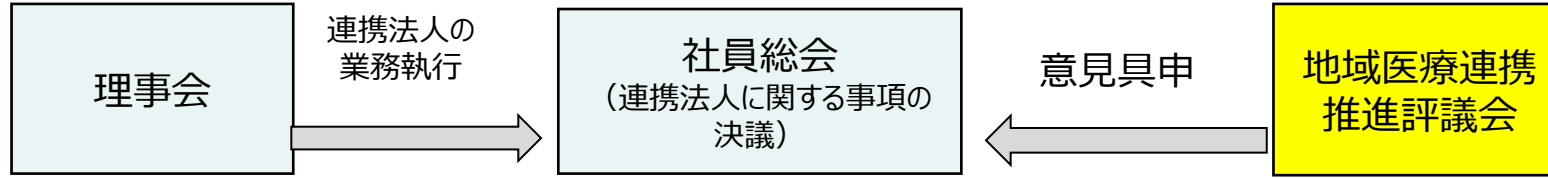


# 「地域医療連携推進法人制度」の見直し

※令和6年4月1日施行

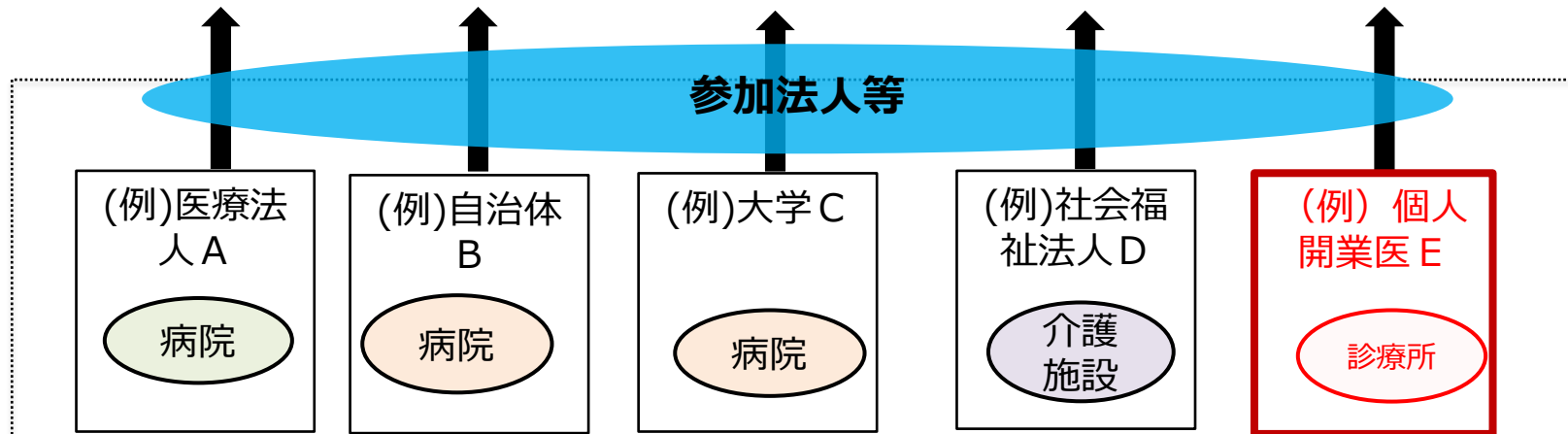
## 地域医療連携推進法人(新たな仕組み)

※赤字箇所が現行との相違点



個人立の医療機関・介護事業所等が参加法人等である新たな仕組みは、

- 診療科・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入等の医療連携推進業務を行うが、**参加法人等への資金貸付や関連事業者への出資は不可**
- 外部監査の実施**等といった、**連携法人の一部の事務手続きを緩和**



参加法人が重要事項を決定する場合に行う、連携法人への意見照会について、**新たな仕組みの地域医療連携推進法人の参加法人等は、意見照会を一部(※)不要とする。**

(※) **参加法人等**は、区域内の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を開設する法人又は個人のほか、介護事業その他地域包括ケアシステムの構築に資する事業に係る施設を開設する法人又は個人（営利を目的とする法人等を除く）。

※①予算の決定又は変更、②借入金借り入れ、③定款又は寄付行為の変更。

## 1. 法制度上のメリット

(1) **病床融通**…病床過剰地域においても、地域医療構想の達成のために必要な病床融通を、参加法人間で行うことを可能とする

【現行制度上の扱い】

- ・病床の地理的偏在を是正するため、都道府県は、各医療圏の基準病床数を算定し医療計画に規定
- ・病床過剰地域では、病床再編に伴い地域全体の病床数が増加しない場合にも病床の融通を行うことは認められない

(2) **資金貸付**…地域医療連携推進法人から参加法人への資金貸付を可能とする

【現行制度上の扱い】

- ・医療法人は、医療法上、剰余金の配当が禁じられており、剰余金の貸付は、原則として認めない取扱い

(3) **出資**…一定の要件により介護サービス等を行う事業者に対する出資を可能とする

## 2. 法人運営上のメリット（医療連携推進業務の一例）

(4) **患者紹介・逆紹介の円滑化**…カルテの統一化、重複検査の防止、スムーズな転院

(5) **医薬品・医療機器等の共同購入**…経営効率の向上

(6) **医療従事者の共同研修**…医療の質の向上

(7) **医師等医療従事者の再配置**…法人内の病院間での適正配置



## 病床融通について

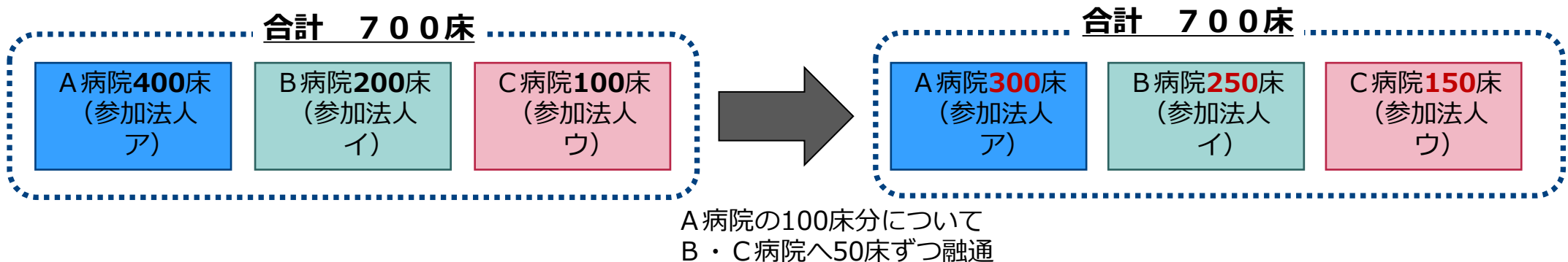
- 都道府県は、医療計画の公示後に地域医療連携推進法人の参加法人から病院・診療所の開設・増床等の許可申請があった場合、地域医療構想の達成を推進するために必要である等の要件を満たすものであれば、病床過剰地域であっても許可を行うことができる（厚生労働大臣への協議は不要）

### <要件>

- ① 地域医療構想の達成のために必要なものであること
- ② 病床数の合計が増加しないこと
- ③ あらかじめ地域医療連携推進評議会の意見を聴いた上で行われるものであること
- ④ 病床数の合計が減少する場合は、医療連携推進区域における医療提供体制の確保に支障を及ぼさないこと

※都道府県は必要な病床数を認めるにあたっては、

- ・ 地域医療構想調整会議の協議の方向性に沿ったものであることを確認するとともに、
- ・ 都道府県医療審議会に諮ること



### ※これまでに実施された事例

- ・ 機能分化を推進するため、急性期を担う病院の休床病床を回復期を担う病院へ融通。
- ・ 地域で不足する機能の強化のため、有床診療所の病床を急性期機能を担う病院等へ融通。

# 地域医療連携推進法人の設立事例（設立順）

令和6年1月1日現在 連携法人数:36法人

※ ④はりま姫路総合医療センター整備推進機構は令和4年5月31日付解散



### 3. 新たな地域医療構想の検討

## 1 基本的な考え方

- 今般の新型コロナウイルス感染症への対応においては、行政による事前の準備が十分でなかったため、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面し、それぞれの地域において、通常医療との両立を含め機能する保健医療提供体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を連携やネットワークにより提供していくことの重要性が改めて認識された。
- 一方、この間も少子高齢化は着実に進みつつあり、今後、さらなる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあることを踏まえ、地域によって大きく異なる「人口構造の変化」に対し、機能分化と連携、人材の確保を一層重視した国民目線での提供体制の改革を進め、コロナ禍における関係者の密接な意思疎通や役割分担・連携の模索の経験・教訓も活かしながら、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくことが喫緊の課題である。
- このため、2040年頃まで続く高齢化への対応とあわせて、人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくという基本理念の下で医療提供体制の改革を推進する必要がある。

## (2) 人口構造の変化への対応

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を一体的に推進するとともに、DX等の技術革新を医療分野に確実に取り込むなど、総合的な医療提供体制改革を推進する必要がある。
- ① **地域医療構想**については、新型コロナ禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深める必要がある。
  - ・ 現在は2025年までの取組となっているが、**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、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある。**
  - ・ このため、「**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するとともに、これまでの地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進(急性期～回復期～慢性期)に加え、在宅を中心に入退院を繰り返す、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、**かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。**(略)

2. 具体的な改革の内容について

(3) 地域医療構想の推進

(地域医療構想 2025)

- 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めていく必要がある。
- 地域医療構想の推進にあたっては、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年までの取組を地域の実情を踏まえつつ着実に進めるために、対応方針の策定率を目標とした PDCA サイクルの強化や構想区域の評価・分析など都道府県の責務の明確化により取組を進めるべきではないか。
- また、第8次医療計画の策定作業と併せて、各都道府県において、2022年度及び2023年度において、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や検証・見直しを進めるべきではないか。
- 厚生労働省においては、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、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援を行うべきではないか。

(今後の取組)

- 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年頃までを視野に入れつつ、**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べきではないか。**
- そのため、**現在の取組を確実に進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向け、現状と課題を分析し、課題の整理・検討を行うべきではないか。**
- なお、**今後の取組については、必要な医療を面として提供するための医療機関ごとの機能分化と連携が重要であるかかりつけ医機能や在宅医療を取り込むため、外来医療、在宅医療の整備計画の中で新たな方向性や目標を踏まえながら、2025年、以降の入院需要を推計していくべき、新たな地域医療構想を踏まえて、看護職員の需給推計を実施すべき、医師の働き方改革への各医療機関の対応を踏まえた上で、地域医療構想における医療機関の役割分担と連携の在り方を議論すべき、構想区域の規模や在り方を議論すべきとの意見を踏まえて、検討を深めるべきではないか。**

## 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、都道府県が地域の実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。

# 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

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 令和5年11月9日	資料1 (一部 改)
--	------------------

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

# 経済財政諮問会議 経済・財政一体改革推進委員会

## 第48回社会保障ワーキンググループ（R5.11.14）議事要旨【抜粋】

- 7年間で進捗率はざっと2～3割（略）。特に急性期と回復期について課題が極めて大きいことが明白であるように思う。ここはやはり都道府県の権限強化とその権限の行使ということについて議論を前進させていただく必要があるのではないかなと思う。
- 病床機能報告で急性期だとか回復期だとかというように報告しているのはあくまで病院の正直言うと自己判断的なところがある。必ずしも定量的な基準ではなくて、診療報酬での算定などを見ると大分差異がある（略）ぜひ病床機能報告における急性期病床の基準というのも例えば診療報酬の基準に準拠していただくとか（略）を考えられるような資料にさせていただけるとよい。

公立病院は今回コロナで多くの補助金を得て経営状態は非常に改善したにもかかわらず、（略）僻地医療等々を含めた様々な繰入金というのがまだ残っており、逆に経営が潤ってしまった分、改革意欲がそがれているというようなところもある。これは公、民、問わずだとは思いますが、ぜひせつかく地域医療構想で必要なものを集約していこうという流れがあるにもかかわらず、何か様々な別のルートの補助金等によってうやむやにならないように全体として流れを整えていただきたい。
- マクロでは病床数は落ちているが、やはり急性期の数字はなかなか減らないというのが大きな問題である。診療報酬改定でも（略）工夫してやっているが、むしろ急性期一般の数字は上昇しているというような傾向があって、なかなか難しい印象がある。今回はダブルの報酬改定であり、介護と連携する形で、特に急性期には高齢者の要介護状態の人が結構入っているということで、何らかの形で連携する形でここをできるだけ効率的に運営するというような仕掛けが必要ではないかなと思う。
- 医療と介護をやはり一体的に考えることが必要。地域医療構想においても、これから何が大きな課題になってくるかということ、基本的には高齢者救急である。日本全体の救急の推計をすると（略）特に85歳以上が2倍ぐらい増えていく。その増加内訳としては、肺炎とか骨折とか心不全とか尿路感染症とかそのようなものだが、そういった疾患で急性期病院に運ばれてくる人たちの多くが（略）介護保険を使っている。（略）メディカルな予防的ケアマネジメントをいかに今の医療・介護の中に入れ込んでいくかということが、実はQOLの視点からも、それから、医療費、介護給付費の抑制、増加という点からも非常に重要であり、だからこそ、高齢者救急をどのように見ていくかということ地域医療構想の調整会議でしっかりと話し合っていたいただきたい。結局それが病床機能のところの急性期、回復期の見直しということにつながっていくと思うので、その議論をぜひ具体的に進めいただきたい。（略）

医師会の休日・夜間診療所みたいなところがきちんと機能しているところでは、そこで一次患者を診ることによって病院の二次患者、三次というのを防いである程度抑制できており、それは医療費の適正化だけではなくて、医師の働き方改革とか医療職の過剰な労働を予防することにもつながる。そうすると、この救急の在り方のところで診療所と病院の在り方、協力関係をどのようにつくっていくかという、そういった視点が重要なのだろうと思う。（略）病院と診療所がやはり協力できるような形の診療報酬のつくり方、また、それを可能にするような病診連携の在り方を地域医療構想で話し合っていたいただくことが大事。（略）アメリカみたいに診療所の先生が病院に行って手術をやる、といった病診連携のようなことも促進するような、何かそういうことを診療報酬とか地域医療構想調整会議とか地域医療計画の中で少し具体的に議論していただけたらいいのではないかな。（略）

地方のほうでは実は診療所がなくなるということが病院の負荷を非常に高めている。したがって、地方におけるプライマリケアをいかに維持するかということは非常に大事で、それが可能になるような診療報酬体系とか地域医療計画の在り方というのを具体的に考えていただきたい。



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）	24	25	26
<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>○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>○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>39. 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. 地域医療構想については、2025年までの取組をより一層推進するため、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。</p> <p>b. 国においては、以下の取組を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化</li> <li>・構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等の周知）</li> <li>・地域医療介護総合確保基金やデータ分析チーム構築支援等の効果的な活用方法の周知</li> <li>・地域医療構想の取組の進め方に関するチェックリストの作成</li> <li>・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の乖離等を踏まえ、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モデル構想区域等を設定して、アウトリーチの伴走支援の実施</li> <li>・地域医療構想調整会議の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</li> </ul> <p>c. 都道府県に対し以下の取組を求める。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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等を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</li> <li>・国において設定したモデル構想区域等において、地域医療構想調整会議で構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議し、対応方針を策定するなど、必要な方策を講じること</li> </ul> <p>d. 2026年度以降の地域医療構想について、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。また、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>

# 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄） （令和5年12月22日 閣議決定）

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

## 2. 医療・介護制度等の改革

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

### ◆ 医療提供体制改革の推進

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

### ◆ 医師偏在対策等

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

# 地域医療構想の検討体制（案）

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

## ＜現行の地域医療構想＞

### 第8次医療計画等に関する検討会【既設】

（敬称略。五十音順）

#### 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人日本医師会副会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会

○：座長

## ＜新たな地域医療構想＞

### 新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）【新設】

（敬称略。五十音順）

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 國分 守 福島県保健福祉部長
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 佐藤 博文 岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
- 高橋 泰 国際医療福祉大学教授
- 土居 丈朗 慶應義塾大学教授
- 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

# 新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

## 【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金等**を活用して支援。

など

## 【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等**を含めた、**医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供**する必要。その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

## 【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
  - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
  - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
  - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
  - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
  - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
  - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
  - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限
  - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

# 地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）

## 現行の地域医療構想

### 3/13 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

議題：地域医療構想の更なる推進について

→ 年度内に2025年に向けた取組の通知を发出

### 夏頃 推進区域・モデル推進区域（仮称）の設定

アウトリーチ  
の伴走支援

地域医療構想の取組  
状況について、随時、  
調査を実施した上で、  
WGにおいて、進捗  
状況の評価等を行う。

報告

WGの議論の内容を新  
検討会に報告し、現行  
の地域医療  
構想の評  
価・課題を  
踏まえ、新  
たな地域医  
療構想の検  
討を進める。

## 新たな地域医療構想

### 3月下旬 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）

※ 検討会を月1～2回程度開催

※ 医療部会に報告しながら検討を進める

1巡目の議論

・関係団体等からのヒアリング  
・論点の提示、議論

### 夏～秋頃 中間まとめ（予定）

2巡目の議論

・制度改正の具体的な内容に関  
する議論

### 年末 最終まとめ（予定）

令和7年度（2025年度）

・新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・发出

令和8年度（2026年度）

・新たな地域医療構想の検討・策定

令和9年度（2027年度）

・新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）