

地域医療構想の取組について

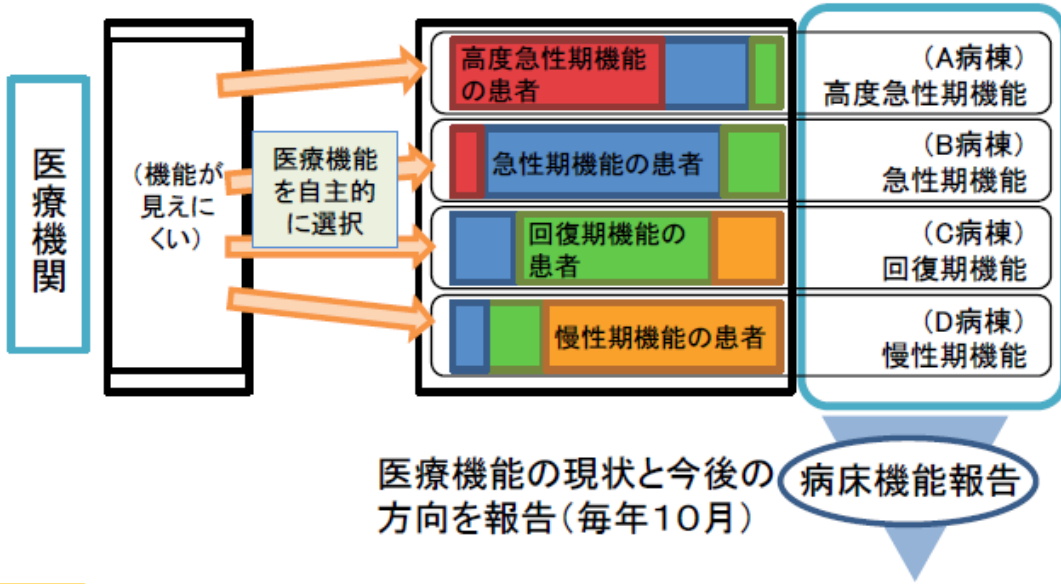
INDEX

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

令和6年3月
長崎県医療政策課

地域医療構想について

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



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

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

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

地域医療構想の実現プロセス

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

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

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

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

STEP2「地域医療介護総合確保基金」により支援

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

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

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

- ※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。
- ※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

2. PDCAサイクル等による地域医療構想の推進について

PDCAサイクル等による地域医療構想の推進について

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

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

（1）年度目標の設定

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

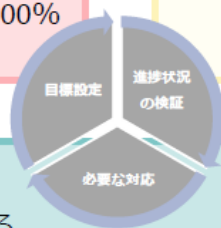
（2）地域医療構想の進捗状況の検証

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

定量的基準の再検討を実施

（3）検証を踏まえて行う必要な対応

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



3. 定量的基準の再検討

病床機能報告制度

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

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

病床機能報告の限界

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

定量的な基準の検討について

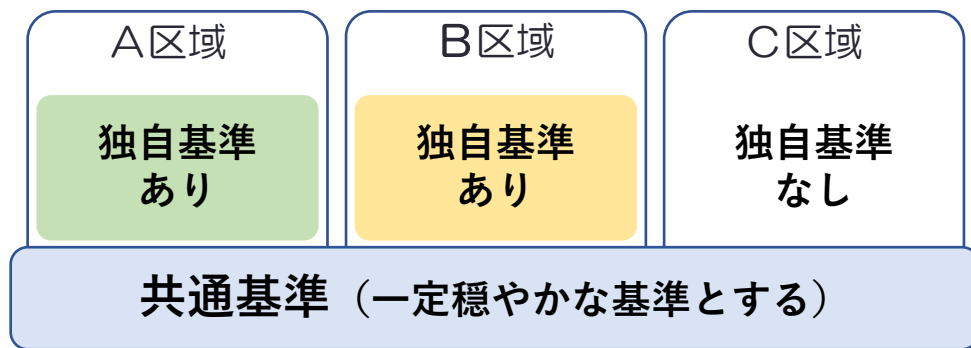
地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい（医政地発0816 第1号平成30年8月16日課長通知）

本県の対応

※平成30年度導入

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

【イメージ図】



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

共通基準

①急性期、慢性期病棟のうち地域包括ケア入院管理料算定病床を回復期へ分類

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

【理由】

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

各区域の実情を反映させるための独自の基準 （区域で設定可能）

パターン1 平均在棟日数

平均在棟日数を基準として設定

事例)

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

パターン2 具体的な医療の提供内容

手術件数やその内容、がん・救急など提供した医療の内容等を基準として設定

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

佐世保県北

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

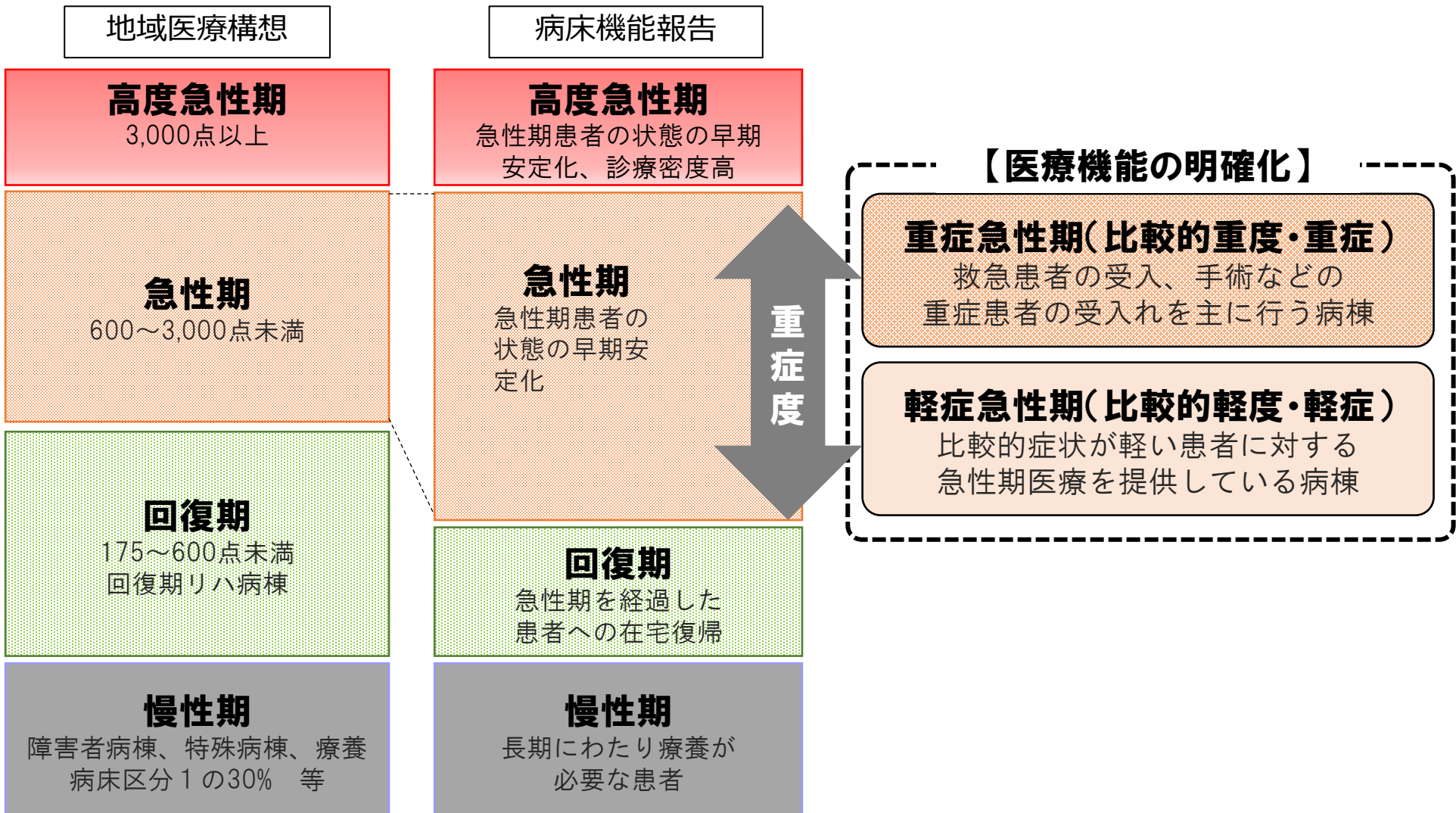
パターン3 その他

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

佐世保県北区域における定量的な基準

◆ 佐世保県北ルール

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



佐世保県北区域における定量的な基準

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

（参考）病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と病床機能との関連性(厚生労働省資料から抜粋)

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

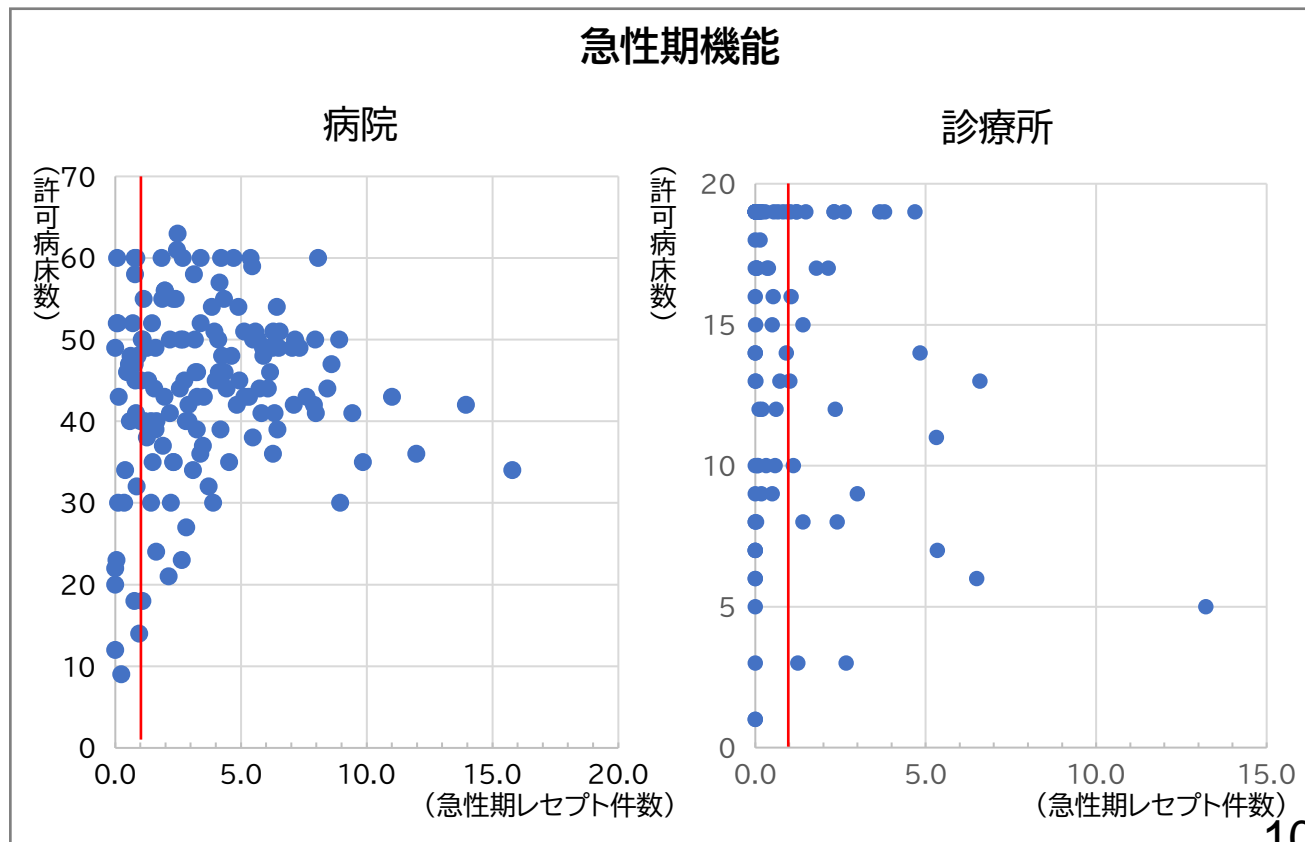
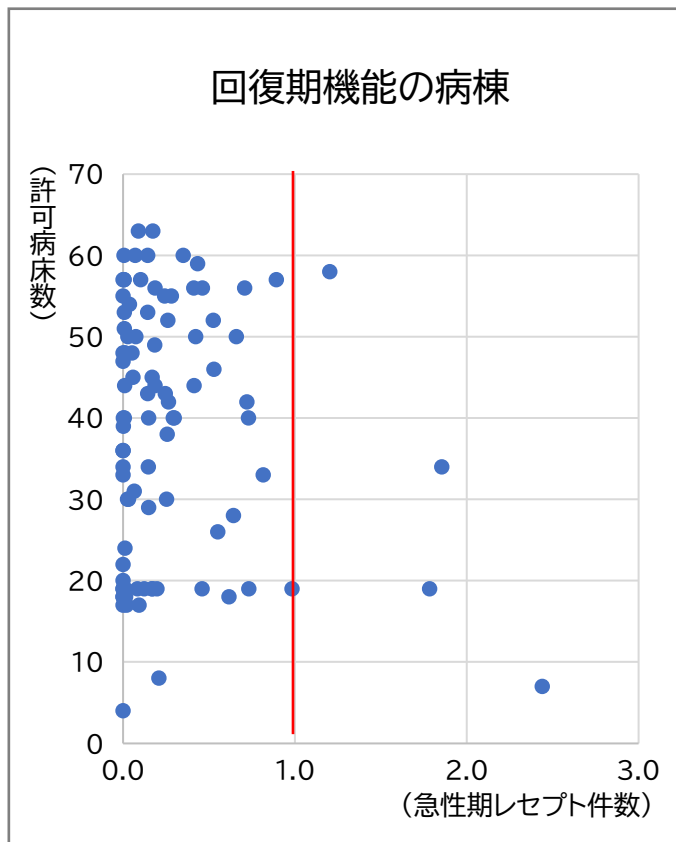
▶ 差異の要因の分析・評価を行うため、佐世保県北ルールを他の構想区域にも適用してはどうか

【参考】佐世保県北ルールにおけるしきい値の検討

- 病棟(有床診療所)ごとに、許可病床1床あたり「高度急性期・急性期に関連する項目のレセプト件数」(件/月)(以下、急性期レセプト件数という。)を算出
- 回復期機能病棟の急性期レセプト件数が、ほぼすべて範囲内となる「1」を「しきい値」に設定
(注意)許可病床で割り戻した場合、休止中の病床がある病棟は急性期レセプト件数の値が低くなることに注意が必要
- 急性期機能のうち、病院については約2割、有床診療所については約7割が軽症急性期に該当

◆急性期レセプト係数の分布(医療機能別)

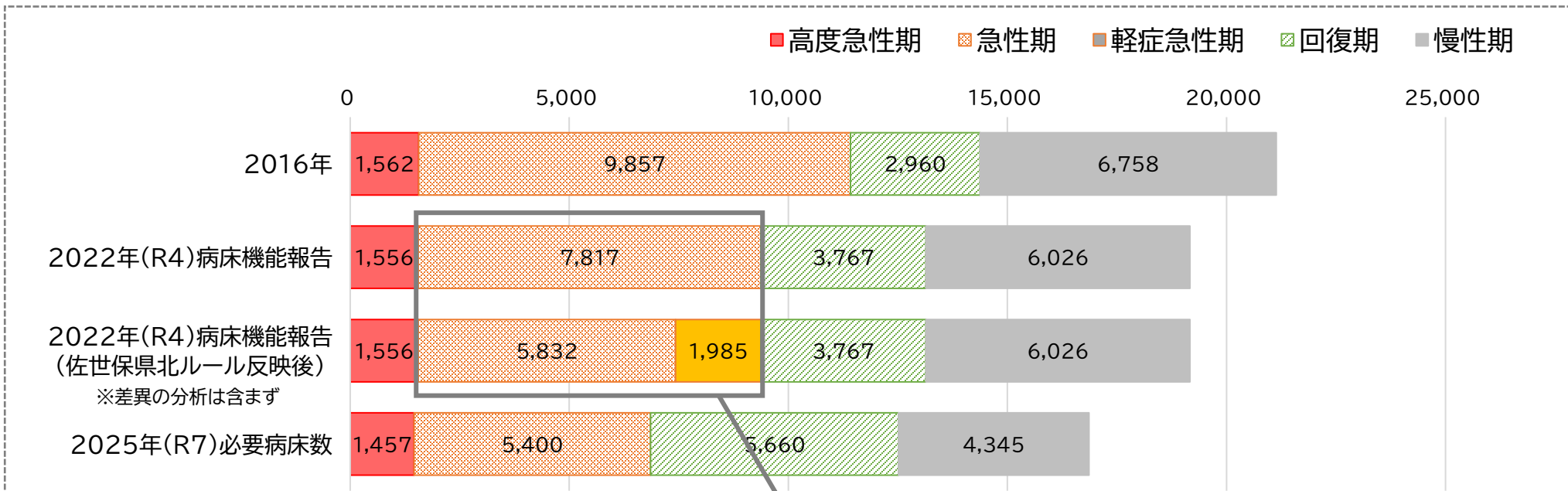
※令和4年度病床機能報告より作成



佐世保県北ルールによる急性期機能の分析(県全体)

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

◆病床機能報告と病床の必要量との比較



(急性期機能の内訳)

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

※令和4年度病床機能報告より作成

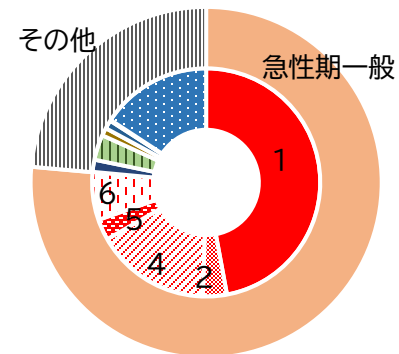
佐世保県北ルールによる急性期機能の分析(入院基本料別)

◆急性期機能の分類(入院基本料等別)

入院基本料	急性期合計		重症急性期		軽症急性期	
		割合		割合		割合
急性期一般入院料1	3,680	43.9%	3,471	55.8%	209	9.6%
急性期一般入院料2	264	3.3%	221	3.7%	43	2.1%
急性期一般入院料4	1,271	16.2%	1,098	18.5%	173	9.4%
急性期一般入院料5	232	2.9%	186	3.1%	46	2.2%
急性期一般入院料6	532	6.7%	218	3.7%	314	15.3%
地域一般入院料	134	1.7%	0	0.0%	134	6.5%
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料	280	6.7%	157	7.0%	123	6.0%
小児入院医療管理料	86	1.1%	86	1.5%	0	0.0%
緩和ケア病棟入院料	95	1.2%	18	0.3%	77	3.8%
一般病床特別入院基本料	9	0.1%	0	0.0%	9	0.5%
有床診療所	1,234	16.2%	377	6.4%	857	44.6%
合計	7,817	100%	5,832	100%	1,985	100%

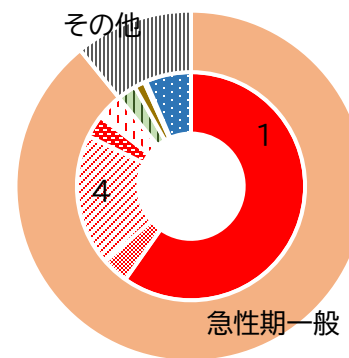
※病棟における主たる入院基本料により算定。病室単位での届出については反映していない。

急性期全体



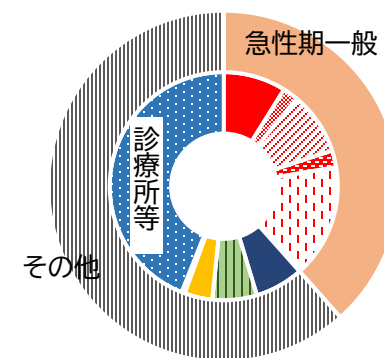
- ・急性期機能の約8割が急性期一般入院料を取得
- ・急性期一般入院料1が4割を占める
- ・有床診療所では、外科系・産婦人科での急性期報告が高い

うち重症急性期



- ・重症急性期の約9割が急性期一般入院料を取得
- ・約6割が入院基本料1を算定

うち軽症急性期



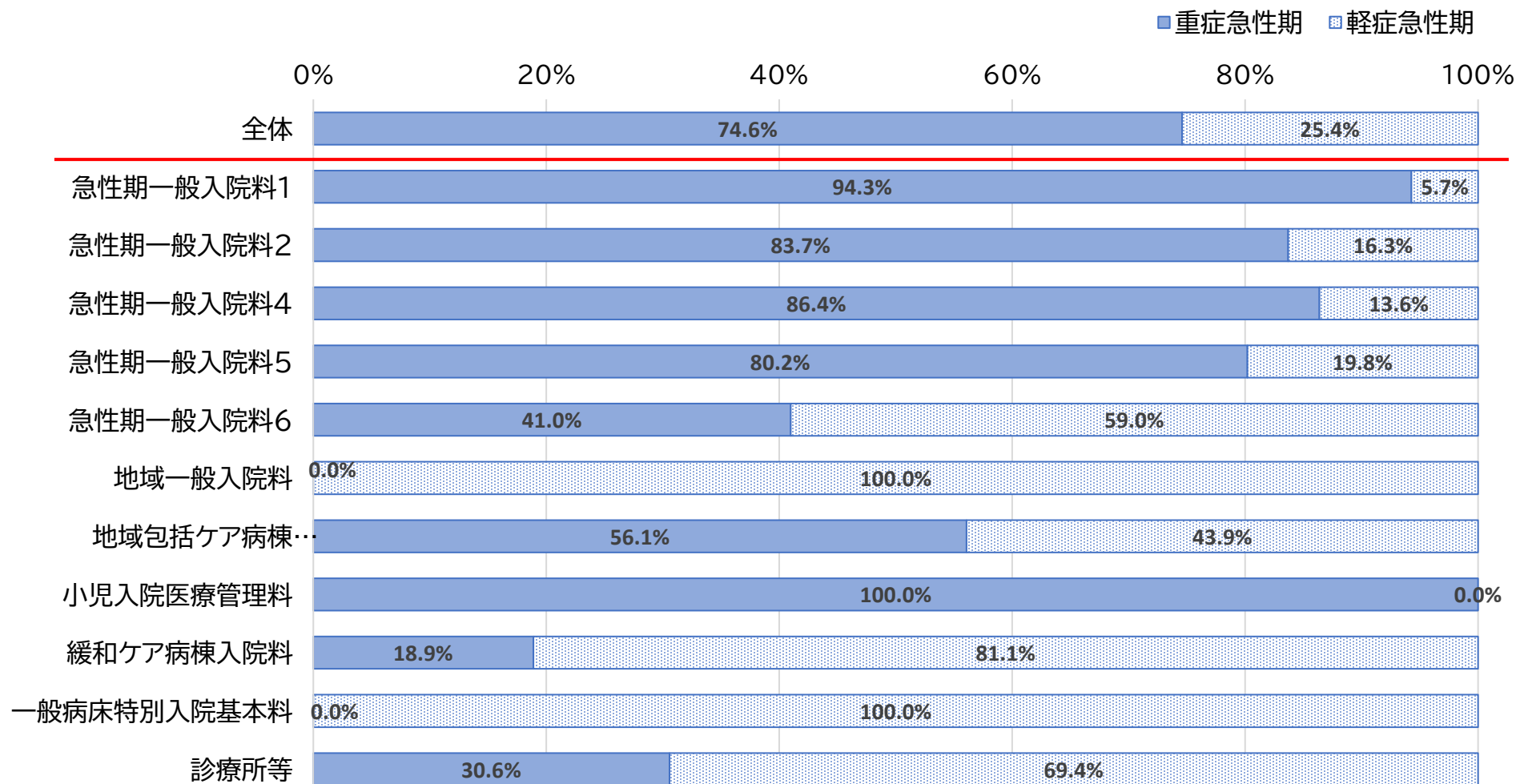
- ・軽症急性期の約4割が有床診療所等の病床

※令和4年度病床機能報告より作成

佐世保県北ルールによる急性期機能の分析(入院基本料別)

- 重症急性期に分類される病棟は、看護師の配置人数が多い病棟の割合が高い

◆急性期機能の分類(入院基本料等別)

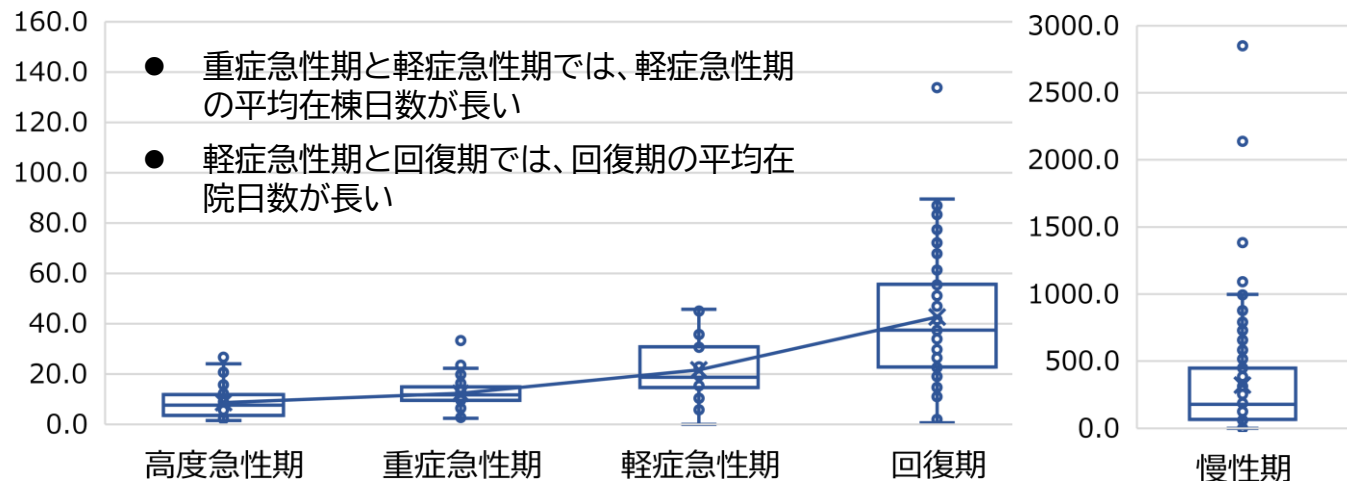


※病棟における主たる入院基本料により算定。病室単位での届出については考慮していない。

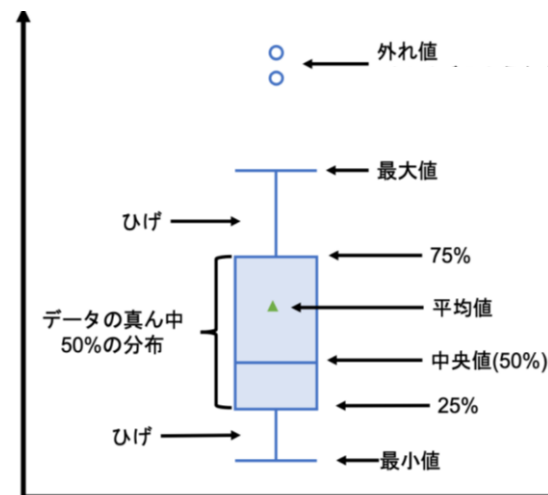
※令和4年度病床機能報告より作成

● 入院基本料や平均在棟日数などで、重症急性期・軽症急性期グループ内の類似性がみられる

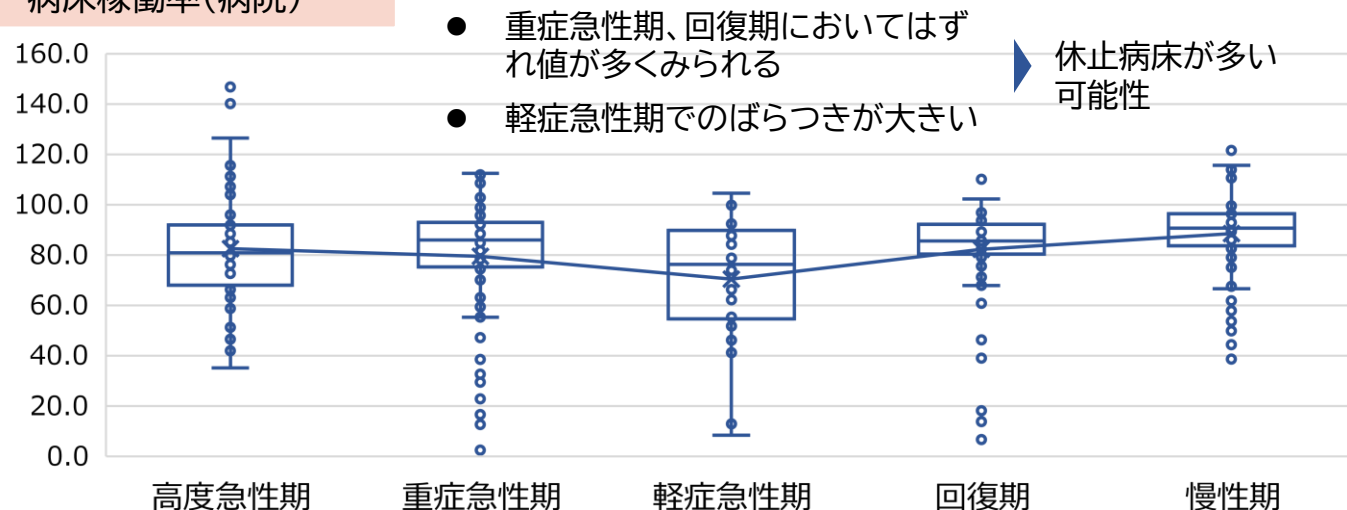
◆ 平均在棟日数(病院)



(参考)箱ひげ図の見方



◆ 病床稼働率(病院)



【平均在棟日数及び病床稼働率】

- 平均在棟日数

$$\frac{\text{在棟患者延べ数}}{\text{(新規入棟・入院患者数+退棟・退院患者数)}}$$

- 病床稼働率

$$\frac{\text{(在棟患者延べ数+退棟・退院患者数)}}{\text{許可病床数} \times 365 \text{日}}$$

※令和4年度病床機能報告より作成

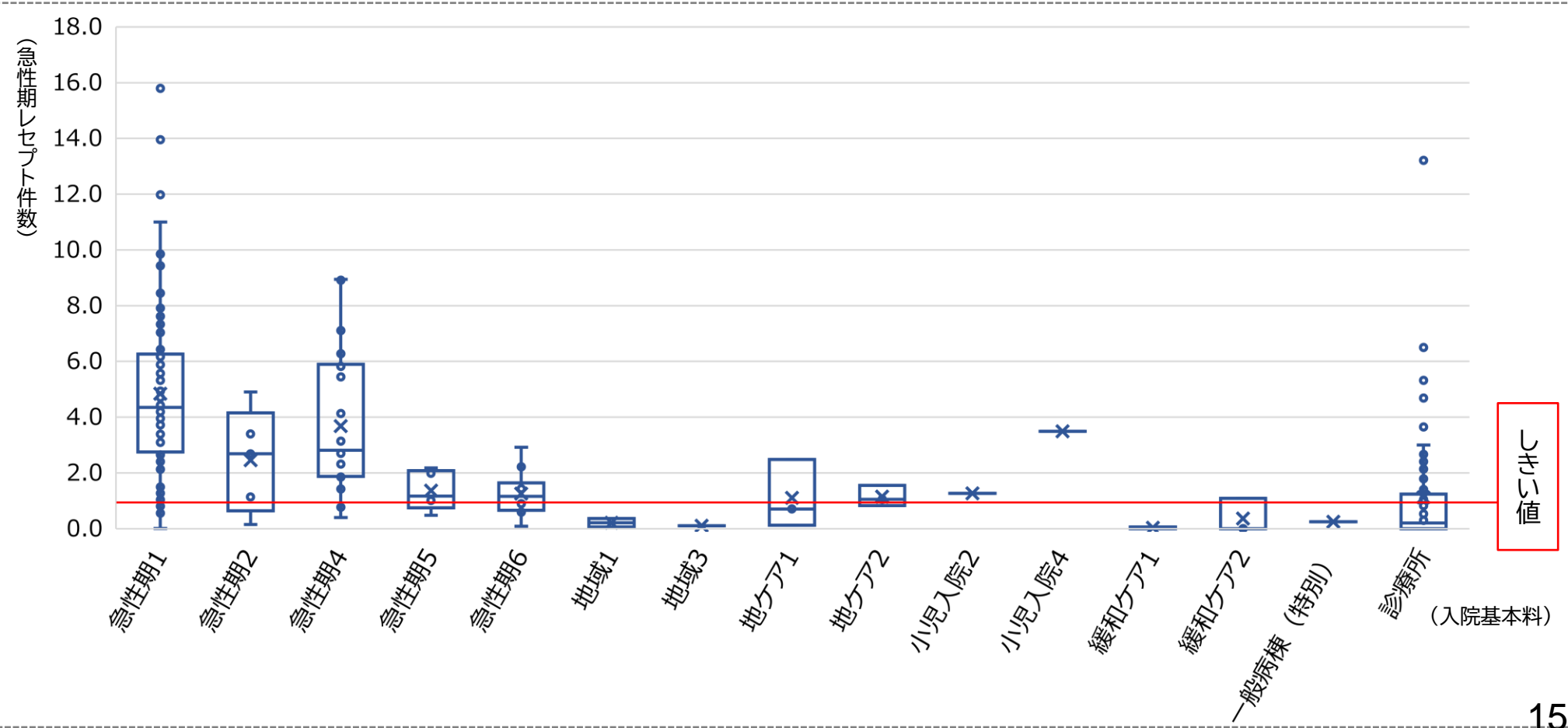
佐世保県北ルールによる急性期機能の分析(入院基本料別急性期レセプト件数の分布状況)

- 急性期一般病棟でデータのばらつきが大きく、同じ入院基本料であっても、診療密度には、大きな違いがあると推測される

➡ 急性期レセプト件数が低い病棟には、回復期等の患者が多く混在し、機能分化が十分ではない可能性がある (病床の稼働状況と併せて検証する必要あり)

◆急性期機能の分類(入院基本料等別)

※令和4年度病床機能報告より作成

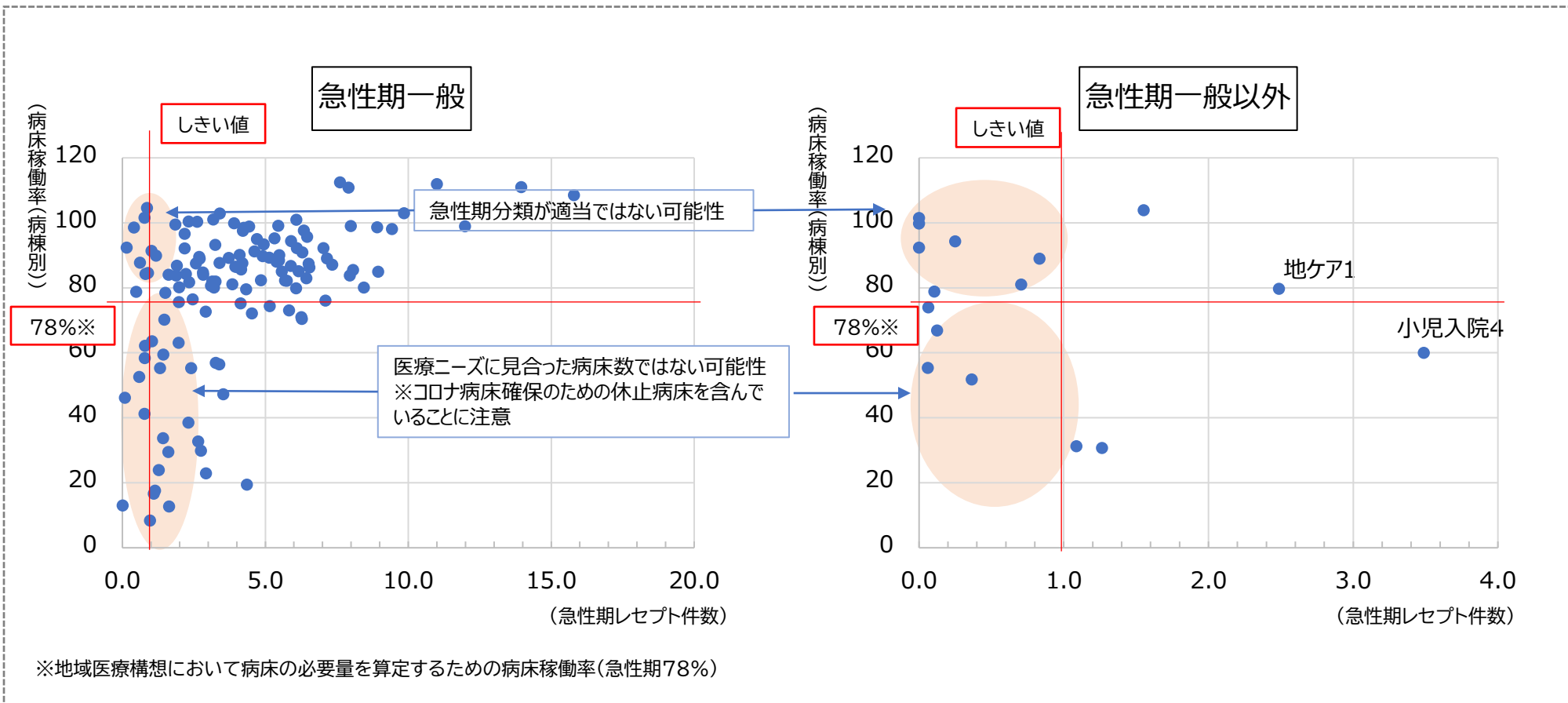


佐世保県北ルールによる急性期機能の分析(急性期レセプト件数×病床稼働率)

- 急性期病棟には、手術等の急性期のニーズに対応できていない病床が一定存在している可能性がある

※ コロナの影響について検証が必要

◆急性期レセプト件数×病床稼働率(病院のみ)



【主な意見】

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

【参考】調整会議の開催状況

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

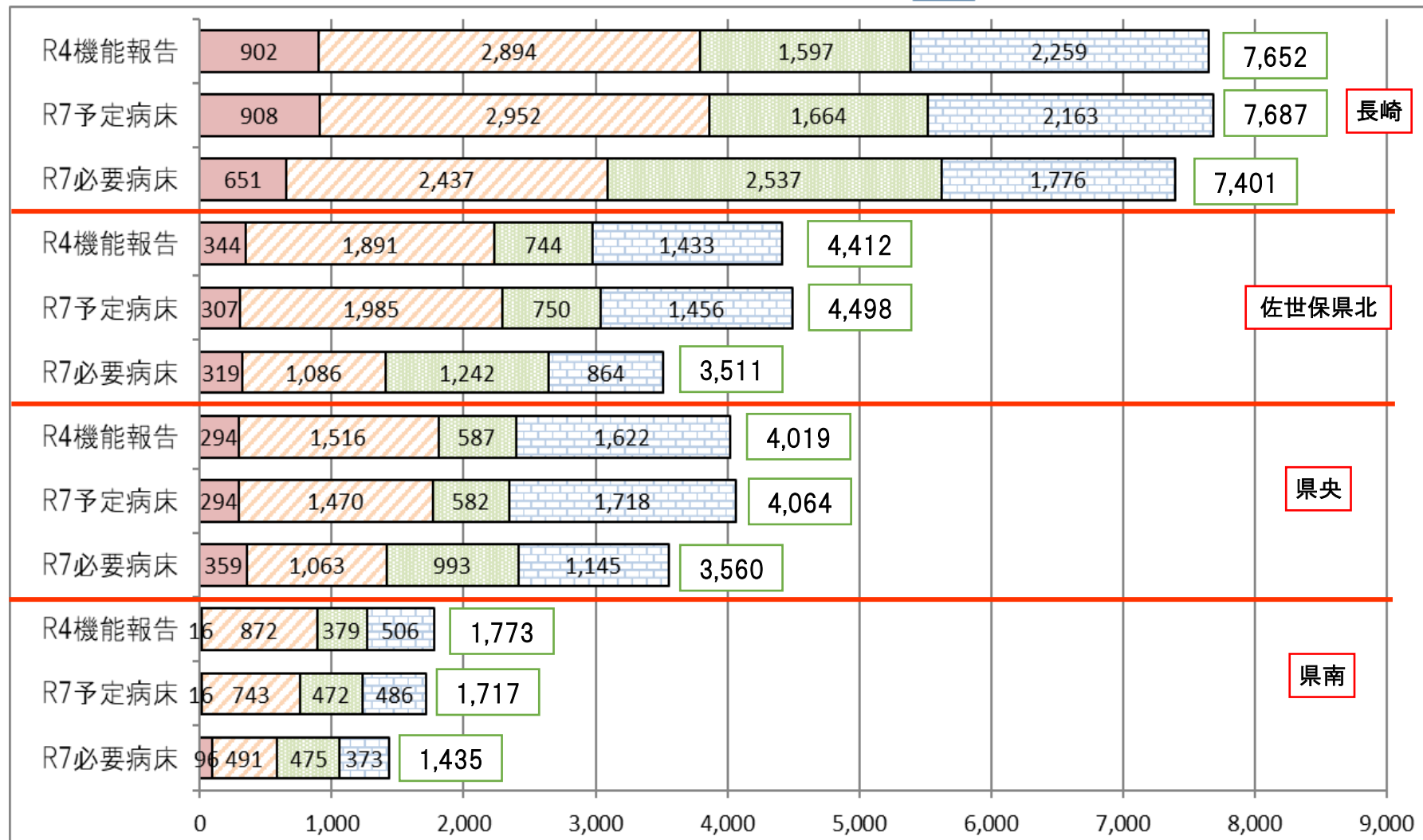
- 整理すべき課題はあるものの、佐世保県北ルールは、医療提供体制の可視化に有効と考えられることから、今回の分析結果も踏まえ、今後の方向性について協議を行う

4. 地域医療構想の進捗状況の検証

● 令和4年度病床機能報告（確定値）〔医療圏別：本土地区〕

R 4 年の病床機能報告（確定値）と将来の必要病床数との比較

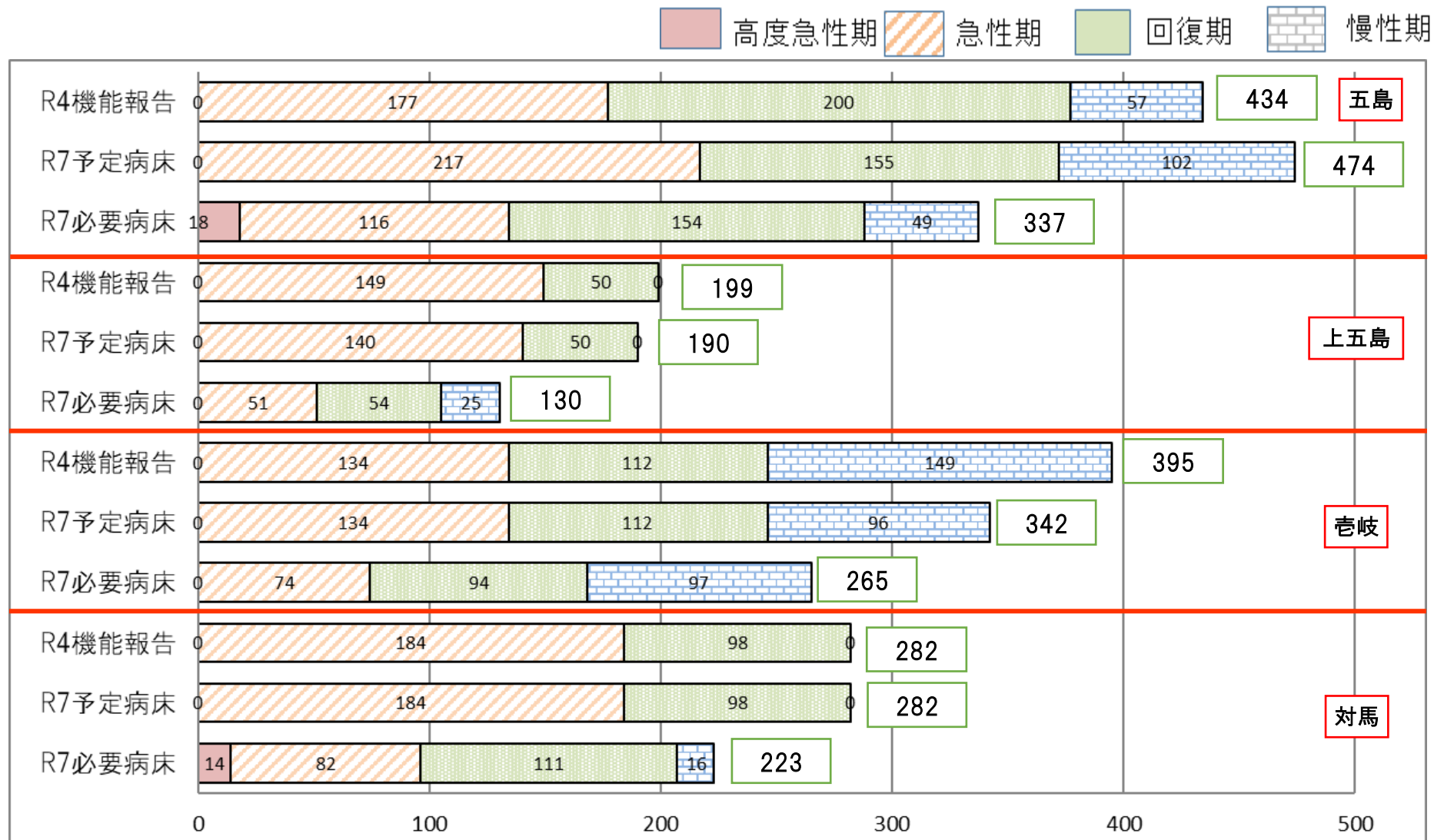
高度急性期
 急性期
 回復期
 慢性期



4. 地域医療構想の進捗状況の検証

● 令和4年度病床機能報告（確定値）〔医療圏別：離島地区〕

R 4 年の病床機能報告（確定値）と将来の必要病床数との比較



4. 地域医療構想の進捗状況の検証

差異の分析



- R4病床機能報告結果

STEP1

- ①定量的基準による分析（県）

STEP2

- ②非稼働病床等調査（県）

STEP3

- ③地域医療構想に関するアンケート調査（県）

STEP4

- ④介護療養型医療施設の移行先に関する調査（国）

佐世保県北ルール

STEP5

- ⑤レセプトに基づいた「重症度」による急性期病床の分析

- 2025年の病床必要量と比較

4. 地域医療構想の進捗状況の検証

①定量的基準による分析(県)

主な内容

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

②非稼働病床等調査(県)

主な内容

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

③地域医療構想に関するアンケート調査(県)

主な内容

- 2025年の病床数の方針により、今後の病床数削減見込みを集計

④介護療養型医療施設の移行先に関する調査(国)

主な内容

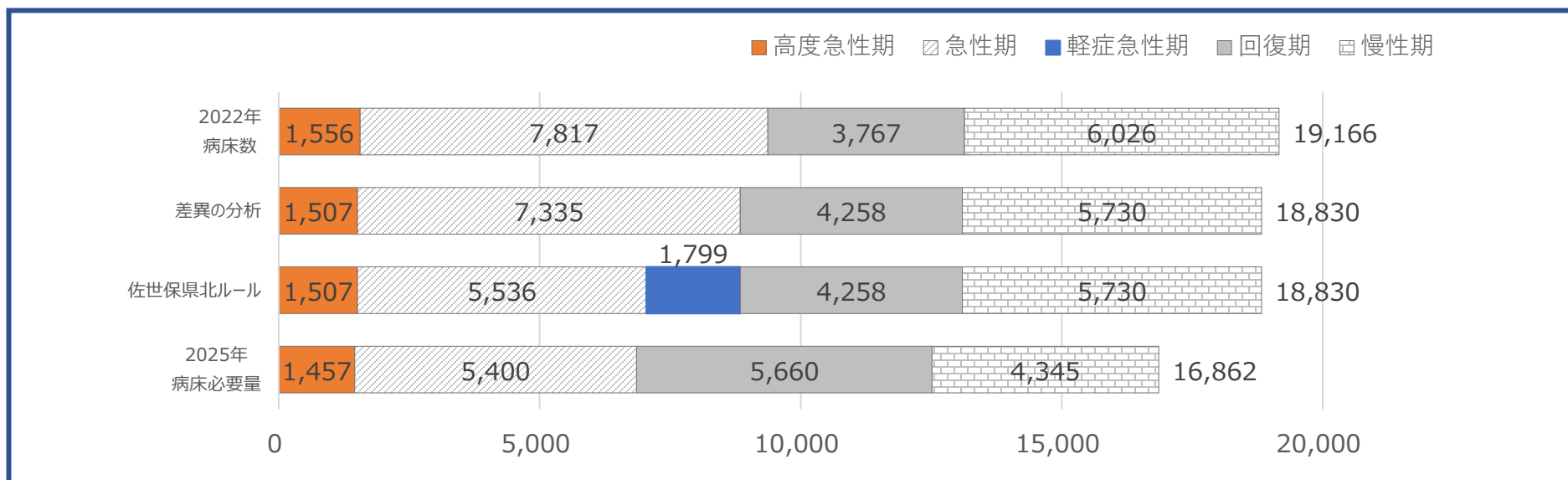
- 令和5年度末で制度が廃止される介護療養病床について、国が実施した移行先に関する調査結果(廃止や介護医療院への転換予定)を活用

⑤佐世保県北ルール

主な内容

- レセプトに基づいた「重症度」による急性期病床の分析

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（県全体）



【差異の分析結果について】

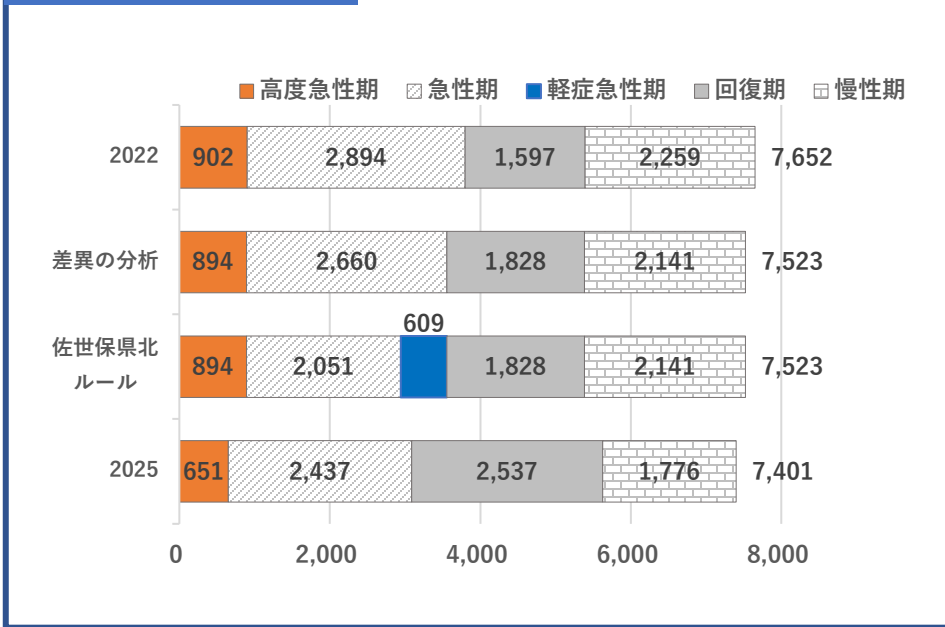
- 県全体として急性期及び慢性期が過剰で、回復期が不足という傾向は変わらず。

【佐世保県北ルールによる分析結果について】

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

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（長崎区域）

1. 分析結果(グラフ)



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

※軽症急性期を回復期とした場合

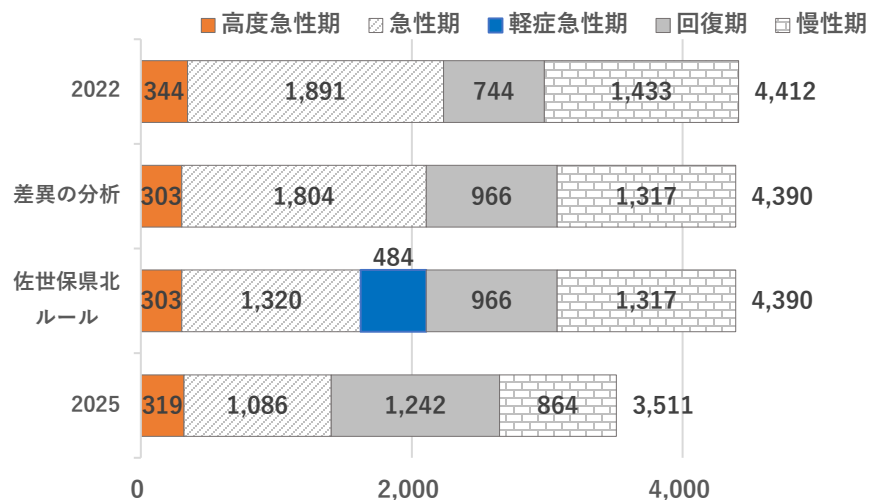
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	894	2,051	2,437	2,141	7,523
2025との差	243	▲386	▲100	365	122

2. 概要

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

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（佐世保県北区域）

1. 分析結果(グラフ)



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

※軽症急性期を回復期とした場合

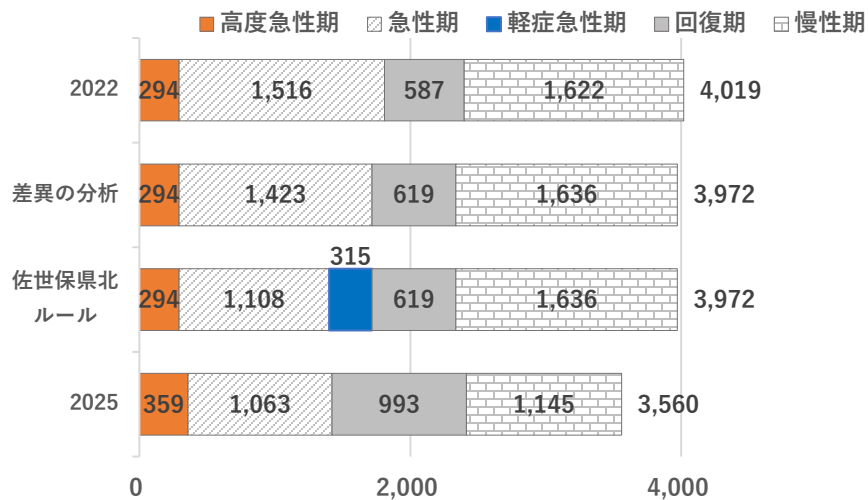
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	303	1,320	1,450	1,317	4,390
2025との差	▲16	234	208	453	879

2. 概要

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

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（県央区域）

1. 分析結果(グラフ)



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

※軽症急性期を回復期とした場合

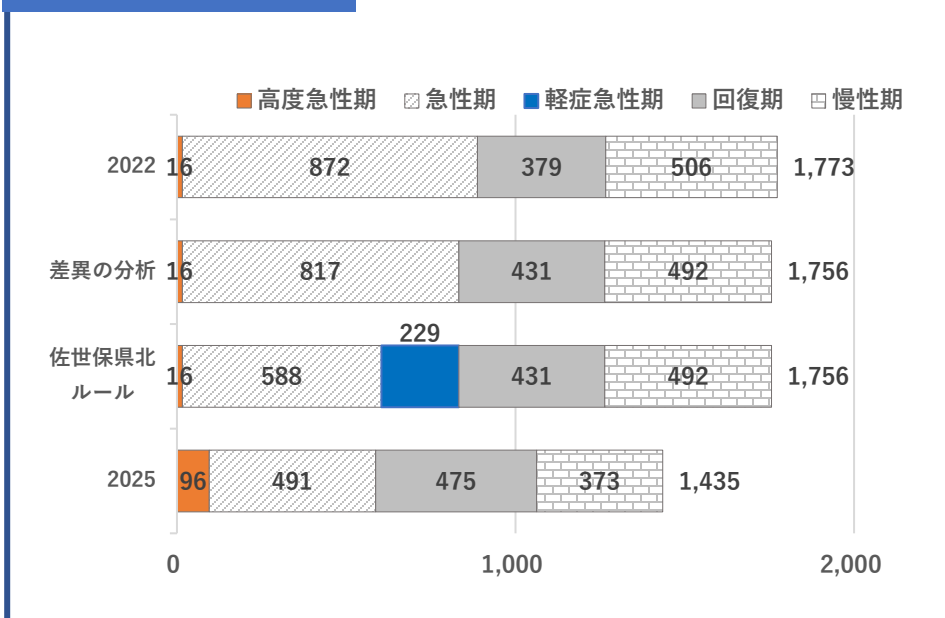
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	294	1,108	934	1,636	3,972
2025との差	▲65	45	▲59	491	412

2. 概要

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

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（県南区域）

1. 分析結果(グラフ)



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

※軽症急性期を回復期とした場合

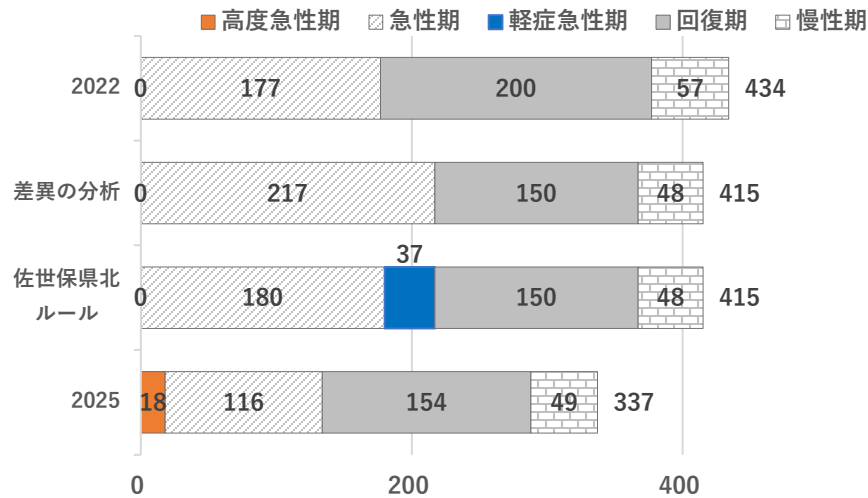
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	16	588	660	492	1,756
2025との差	▲80	97	185	119	321

2. 概要

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

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（五島区域）

1. 分析結果(グラフ)



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

※軽症急性期を回復期とした場合

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

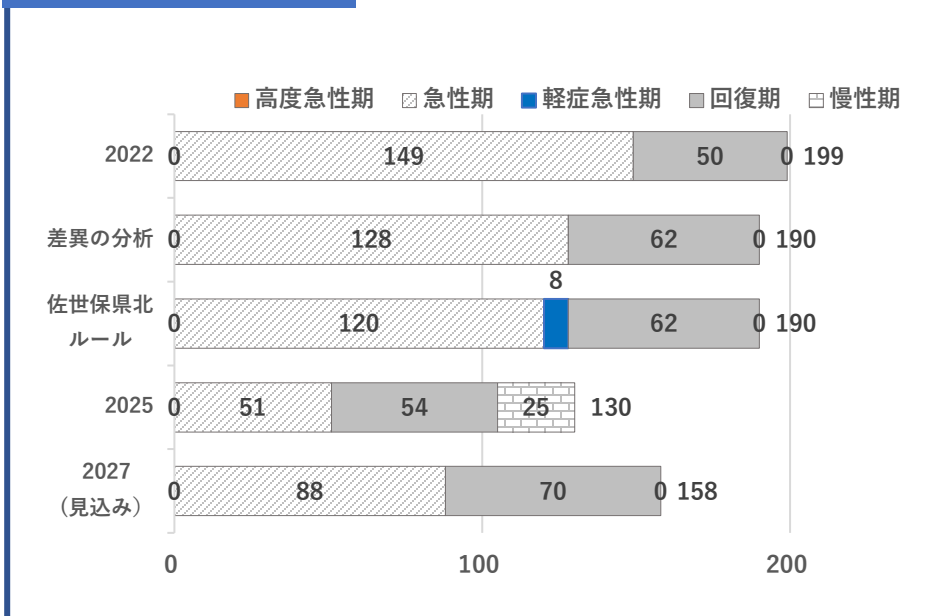
2. 概要

○差異の分析後は急性期が過剰という傾向は変わらないものの、回復期及び慢性期は一定、2025年の病床必要量を充足すると見込まれる。

○佐世保県北ルールによる軽症急性期を回復期とした場合も、急性期が過剰という傾向は変わらず。

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（上五島区域）

1. 分析結果(グラフ)



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

※軽症急性期を回復期とした場合

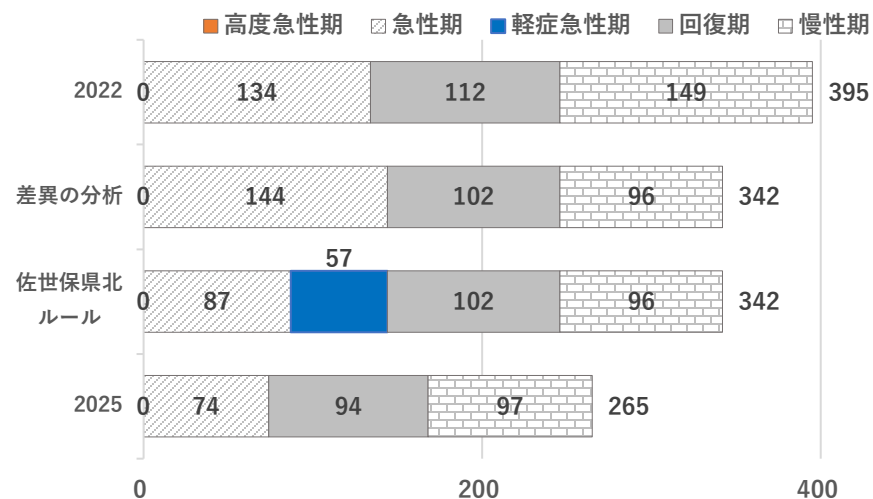
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	0	120	70	0	190
2025との差	0	69	16	▲25	60

2. 概要

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

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（吉岐区域）

1. 分析結果(グラフ)



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

※軽症急性期を回復期とした場合

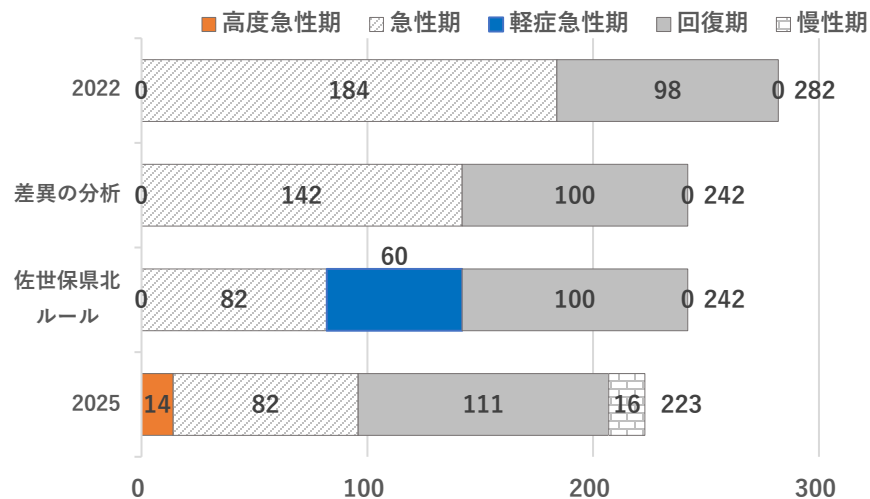
(比較表)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
佐世保県北ルール	0	87	159	96	342
2025との差	0	13	65	▲1	77

2. 概要

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

4. 地域医療構想の進捗状況の検証（対馬区域）

1. 分析結果(グラフ)



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

※軽症急性期を回復期とした場合

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

2. 概要

○差異の分析後も急性期が過剰という傾向は変わらず。

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

5. 令和6年度における取組の方向性(案)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
	急性期患者の状態の早期安定化、診療密度高	急性期患者の状態の早期安定化	急性期を経過した患者への在宅復帰	長期にわたり療養が必要な患者
現状	<ul style="list-style-type: none"> ● 推計手術件数は既にピークアウトの予測 ● コロナ禍以降、病床利用率が低下 ● 医師の地域・診療科偏在や、看護師の不足感の強まり ● 三次・二次救急医療機関では、後期高齢者の救急搬送・入院が増加 		<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅など急変時の患者の受入れに十分に対応できない医療機関の存在 ● 急性期の後方支援病院の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ● エリアによっては、病床稼働率が低下 ● 医療必要度が高い患者の受入れ調整困難
今後の方向性(案)	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e6f2ff;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">診療科や手術症例等の集約化</p> </div>			
	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; display: inline-block;">急性期から回復期への転換</div>		<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; display: inline-block;">回復期機能の充実</div>	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; display: inline-block;">回復期機能、介護医療院等への転換</div>
	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; display: inline-block; width: 100%;">医療ニーズを踏まえた病床の適正化</div>			
	<div style="border: 1px dashed blue; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e6f2ff;"> <p style="margin: 0;">医療機関の地域連携の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者救急への対応力の強化（救急医療体制の運用の検討など） ● 急性期病院からの円滑な転院・退院の促進 </div>			
	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; background-color: #e6f2ff; margin-top: 10px;"> <p style="margin: 0;">令和6年度(案)</p> <p style="margin: 0;">個別医療機関の機能転換等に対する支援を行うほか、医療機関の地域連携の強化に向けた検討を実施</p> <p style="margin: 0;">➔ 構想区域ごとに、今後の方向性(案)について協議・検討</p> </div>			

5. 令和6年度における取組の方向性（案）

令和6年度取組(案)

現状の把握

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

課題に関する意見交換

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

具体的な取組の推進

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

地域医療構想調整会議に係る取扱要領の改正（案）

現状に合わせて取扱要領を改正(R6.4.1)

①長崎県地域医療構想調整会議における協議等の取扱い要領

	(新)	(旧)
協議が必要な事項	<ul style="list-style-type: none"> ① 特定機能病院及び地域医療支援病院の機能の変更 ② 医療機関の新規開設 ③ 医療機関の統合 ④ 非稼働病棟の再稼働 ⑤ <u>医療機関</u>の病床設置に関する特例等の適用 ⑥ <u>紹介受診重点医療機関の指定及び変更</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ① 特定機能病院及び地域医療支援病院の機能の変更 ② 医療機関の新規開設 ③ 医療機関の統合 ④ 非稼働病棟の再稼働 ⑤ <u>有床診療所</u>の病床設置に関する特例の適用
協議を行うことができる事項	<ul style="list-style-type: none"> ⑦ 区域内の医療機関の医療機能の変更等により、地域医療に大きな影響がでる場合 ⑧ 区域内の医療機関が、過剰な医療機能への変更を行う場合 ⑨ 地域医療構想の達成の推進に関する事項等について、協議が必要である場合 	<ul style="list-style-type: none"> ⑥ 区域内の医療機関の医療機能の変更等により、地域医療に大きな影響がでる場合 ⑦ 区域内の医療機関が、過剰な医療機能への変更を行う場合 ⑧ 地域医療構想の達成の推進に関する事項等について、協議が必要である場合

※ただし、⑥については書面決議によることも可能とする。

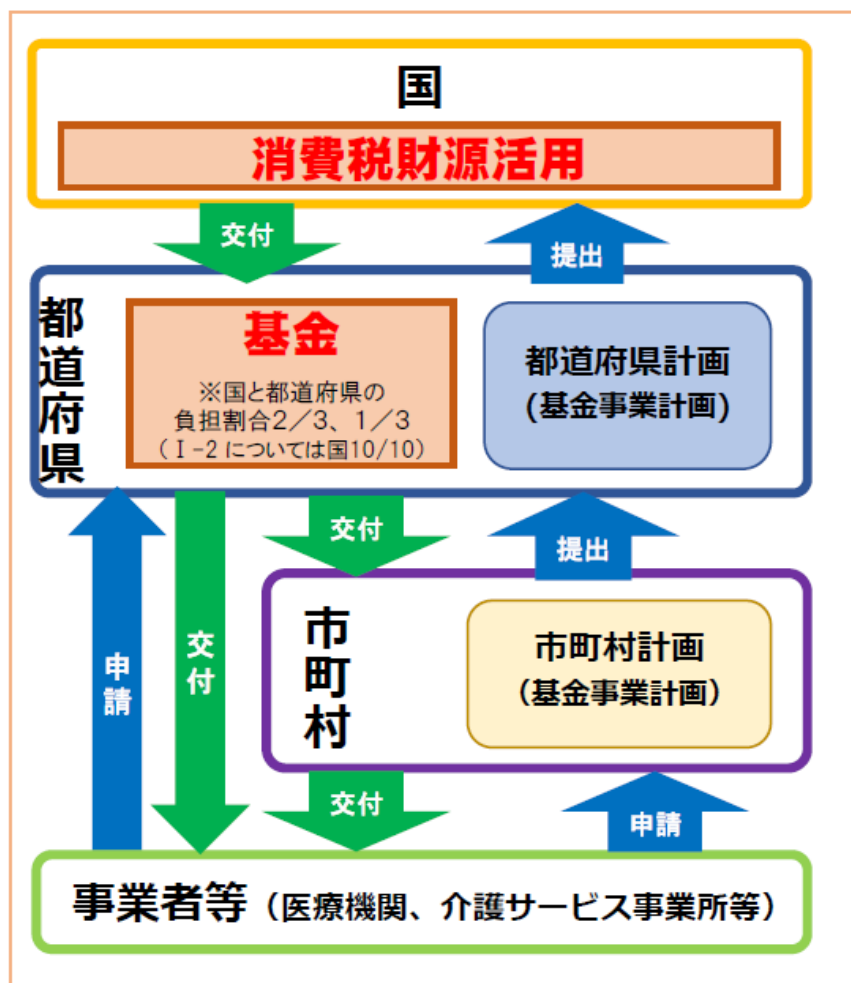
②長崎県地域医療構想調整会議における専門部会の取扱い要領

	(新)	(旧)
協議事項	<ul style="list-style-type: none"> ① <u>地域医療構想の実現に向けた取組の協議</u> ② <u>その他、地域医療構想の推進に関する事項等について、必要な協議</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ① <u>公的医療機関等2025プランに関する意見の整理</u> ② <u>地域医療構想の実現に向けた取組の協議（地域医療介護総合確保基金事業検討等）</u>

地域医療介護総合確保基金

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

- 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】

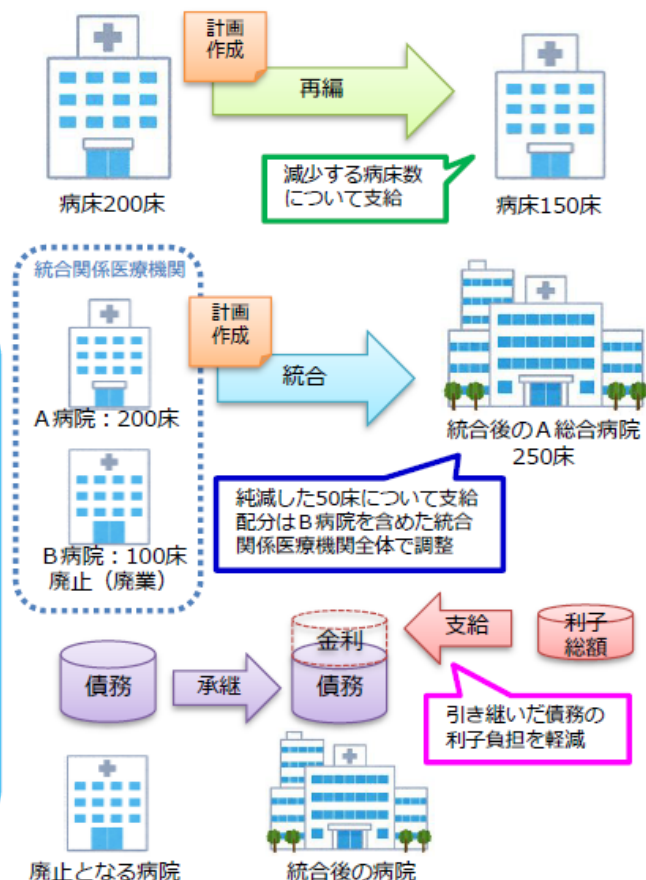
統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）

※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息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

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年度当初予算案 1.7億円 (1.7億円) ※ ()内は前年度当初予算額

1 事業の目的

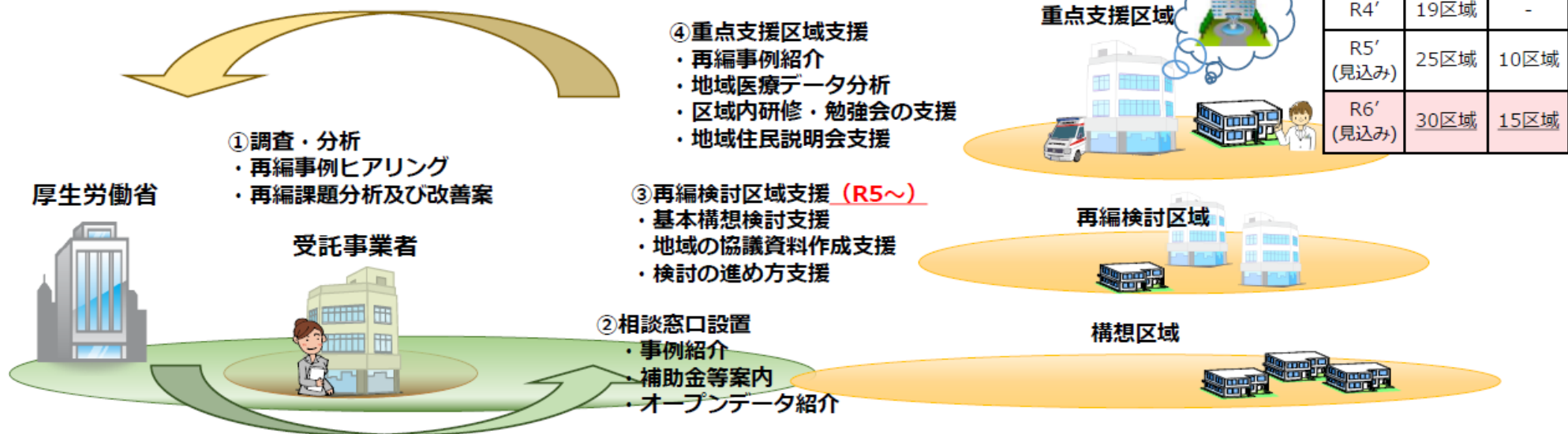
- 地域医療構想の中で特に実施が困難な複数医療機関の再編について、その検討段階から、相談、事例紹介、調査・分析等を通じて、実現までの支援を行う。
- 重点支援区域への支援で得られた知見や過去の再編事例等の調査を通じて、地域医療構想を推進する上での課題に対し、参考となる有効な分析、制度等の活用・改善方を検討する。

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）



重点支援区域について

1 基本的な考え方

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

2 選定対象

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

3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を実施。

【技術的支援】

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

【財政的支援】

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

4 重点支援区域設定の要否

- 全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

5 選定区域

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

【1回目（令和2年1月31日）選定】

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

【2回目（令和2年8月25日）選定】

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

【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

【4回目（令和3年12月3日）選定】

- ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・ 広島県（尾三区域）

【5回目（令和4年4月27日）選定】

- ・ 山口県（下関区域）

【7回目（令和5年9月8日）選定】

- ・ 熊本県（阿蘇区域）

【6回目（令和5年3月24日）選定】

- ・ 青森県（青森区域）

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。**

重点支援区域と再編検討区域の違いについて

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

【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
 - ・「データの特徴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
 - ・「データの特徴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
- ③ 重点支援区域の申請見込み
- ④ 再編検討区域の申請見込み
- ⑤ 都道府県知事の権限行使の状況

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

【調査項目の例】

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

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

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

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」

（令和5年12月22日 閣議決定）（抄）

2. 医療・介護制度等の改革

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

◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ **地域医療構想については、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。**その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の实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

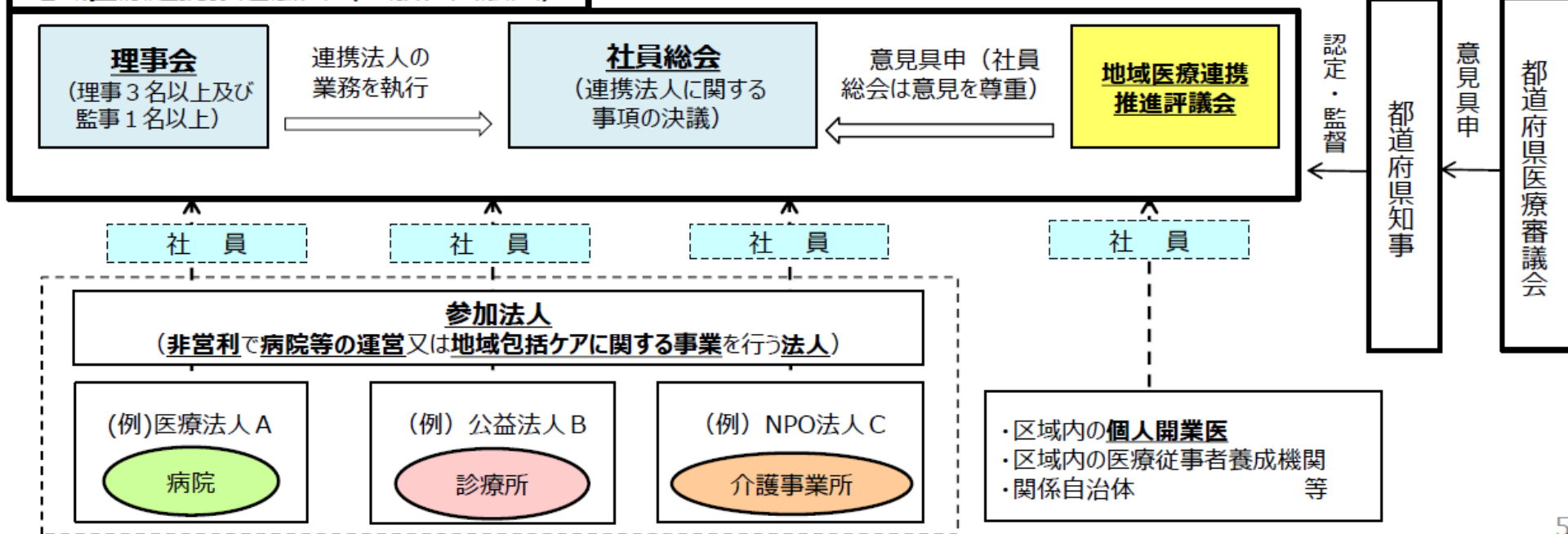
- ・ **医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。**あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト/シェアの推進を図る。
- ・ **医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。**

(現行) 地域医療連携推進法人制度の概要

- **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

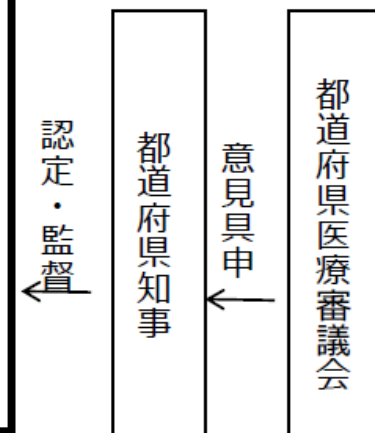
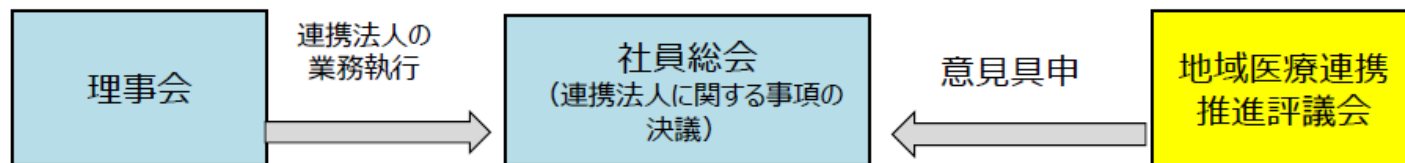
地域医療連携推進法人（一般社団法人）



改正医療法による「地域医療連携推進法人制度」の見直し

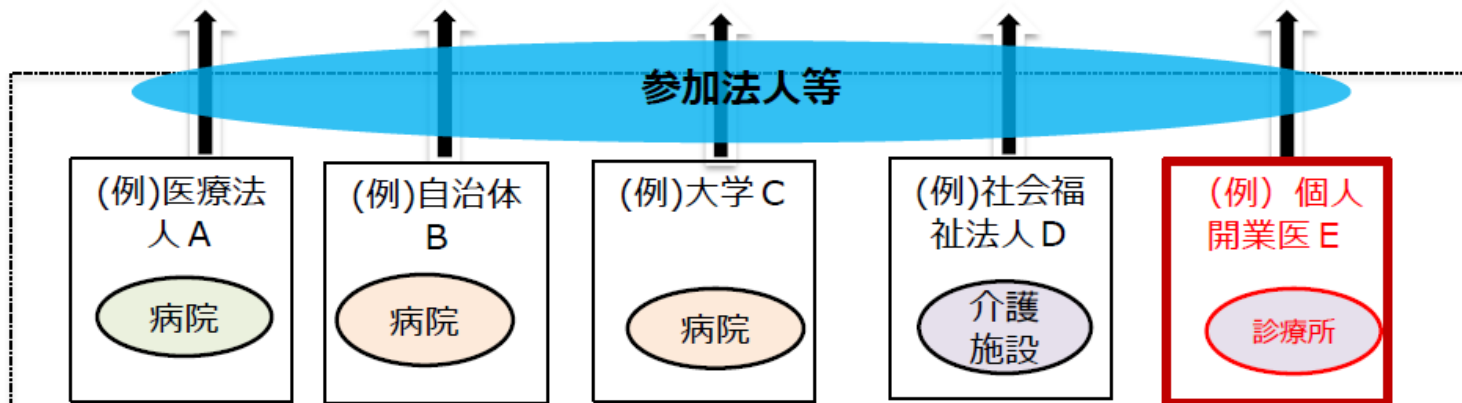
地域医療連携推進法人(新たな仕組み)

※赤字箇所が現行制度との相違点



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。**

※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。

(※) **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. 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