

福井県医療審議会	資料3
令和4年3月22日(火)	

地域医療構想について

第8次医療計画、地域医療構想等の検討・取組に当たって

- 医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、これまで、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ医療機能の充実等の取組を進めてきた。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。
- 当面、まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注ぐとともに、今般の新型コロナウイルス感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応できるよう、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を引き続き着実に進めることが必要である。
- 一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、人口構造の変化への対応を図ることが必要である。

人口構造の変化への対応

これまでの対応状況

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、地域医療構想に関する取組の進め方については、都道府県に可能な限りの対応をお願いする一方で、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしていた。
- 地域における外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れの円滑化を図るため、外来機能報告・紹介受診重点医療機関を導入。

今後の検討・取組の進め方

- 地域医療構想については、高齢化・人口減少が加速化することや、2024年度から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いることを踏まえれば、着実に推進する必要がある。
- 令和3年12月10日の地域医療確保に関する国と地方の協議の場において、各都道府県で、第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業と併せて、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・見直しを行うとともに、検討状況について定期的に公表を行うことについて確認がなされた。
- 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」等により支援していくこととしている（今後、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聞く）。
- また、外来機能の明確化・連携に向けて、かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について検討を進める。

医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	…	2030年度	…	2036年度	…	2040年度
医療計画	検討会・各WGでの議論・とりまとめ、基本方針・作成指針等の改正		各都道府県での計画策定	第8次医療計画 (2024～2029)		第9次医療計画 (2030～2035)	第10次医療計画 (2036～2041)			
新型コロナ対応	政府において対応のとりまとめ (6月)	とりまとめ結果を踏まえた対応								
地域医療構想	地域医療構想 (～2025)									
外来医療・かかりつけ医機能	外来機能報告の実施準備 (～9月頃)	報告の実施・集計 (～12月頃)	地域の協議の場での協議・紹介受診拠点医療機関の公表 (～3月)	各都道府県での外来医療計画の策定	外来医療計画 (第8次医療計画)		外来医療計画 (第9次医療計画)	外来医療計画 (第10次医療計画)		
	かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策の検討				検討結果を踏まえた対応					
医師の働き方改革	医療機関の準備状況と地域医療への影響についての実態調査 (複数回) の実施			(B) 水準 : 実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討		2035年度末を目途に解消予定				
	実態調査を踏まえ、都道府県が圏域単位で地域医療への提供を検証し、地域の医療関係者間で地域医療の確保について協議・調整			(C) 水準 : 研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証						
	2024年度より施行									

外来医療の機能の明確化・連携

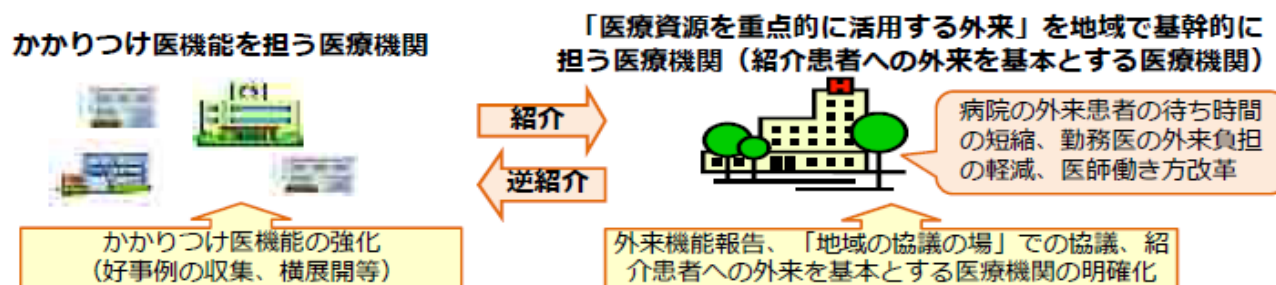
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



＜「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ＞

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

重点支援区域について

1 背景

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い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。

2 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。

3 選定対象・募集時期

- 「重点支援区域」における事例としての対象は、「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

※ 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等

- 重点支援区域申請は、当面の間、随時募集する。

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。

- ① 複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
- ② できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統合を検討する事例
- ③ 異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
- ④ 人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 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予定。

【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

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

5 選定区域

これまでに以下の12道県17区域の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）に選定した重点支援区域】

- ・ 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）に選定した重点支援区域】

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

【3回目（令和3年1月22日）に選定した重点支援区域】

- ・ 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）に選定した重点支援区域】

- ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・ 広島県（尾三区域）

- 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合意を踏まえ、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】

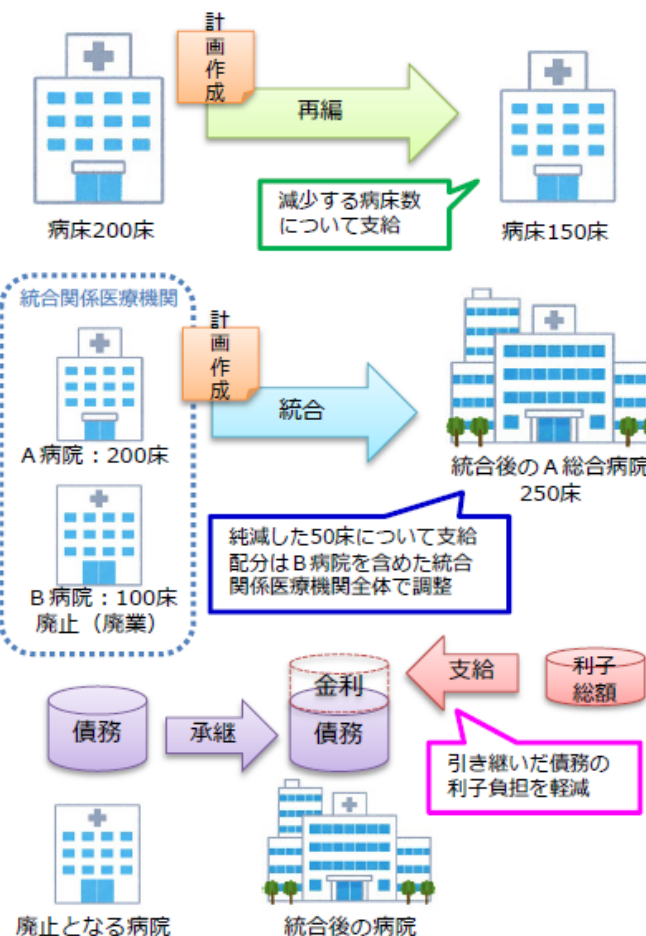
統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）

※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

1. 医療機能の分化・連携に必要な病床削減支援

地域医療構想の実現のため、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものが、病床数の適正化に必要な病床数の削減を行う場合、削減病床に応じた給付金を支給する。

支給対象

平成30年度病床機能報告において、平成30年7月1日時点の機能について、高度急性期機能、急性期機能及び慢性期機能（以下「対象3区分」）のいずれかの医療機能を選択した病棟の稼働病床数を1床以上報告し、令和2年4月1日から令和3年3月31日までの間に対象3区分のいずれかの病床削減を行う病院等（以下「病床削減病院等」という。）の開設者又は開設者であった者。

支給要件

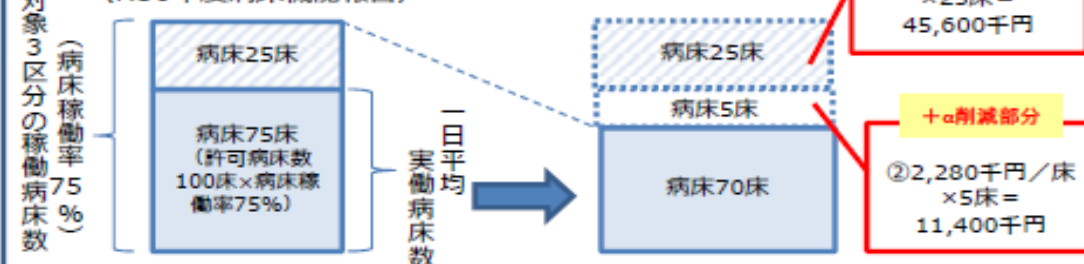
- ① 地域医療構想を実現するため、病床削減の対象病院等について、病床の機能分化・連携に必要な病床数の削減を行うものであるという、地域医療構想調整会議の議論の内容及び都道府県医療審議会の意見を踏まえ、都道府県が必要と認めたもの。
- ② 病床削減病院等における**病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の90%以下**であること。
- ③ 同一年度内に病床削減支援給付金の支給を受けていないこと。
- ④ 同一年度内に病床削減病院等の開設者が、同じ構想区域内で開設する病院を増床していないこと。

支給額の算定方法

- ① 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の削減について、対象3区分の病床稼働率に応じ、削減病床1床あたりの額を支給。
- ② 一日平均実働病床数以下まで削減する場合は、一日平均実働病床数以下の削減病床については2,280千円/床を交付。
- ③ 上記①及び②の算定にあたっては、**回復期機能への転換病床数及び介護医療院への転換病床数を除く。**

【イメージ】

(H30年度病床機能報告)



※補助金の算定の計算には休床分は含めない

病床稼働率	削減した場合の1床あたり単価
50%未満	1,140千円
50%以上60%未満	1,368千円
60%以上70%未満	1,596千円
70%以上80%未満	1,824千円
80%以上90%未満	2,052千円
90%以上	2,280千円

➡ ① (45,600千円) + ② (11,400千円) = 57,000千円の交付

県内における病床機能再編支援補助金を活用した病床の削減(令和3年度)

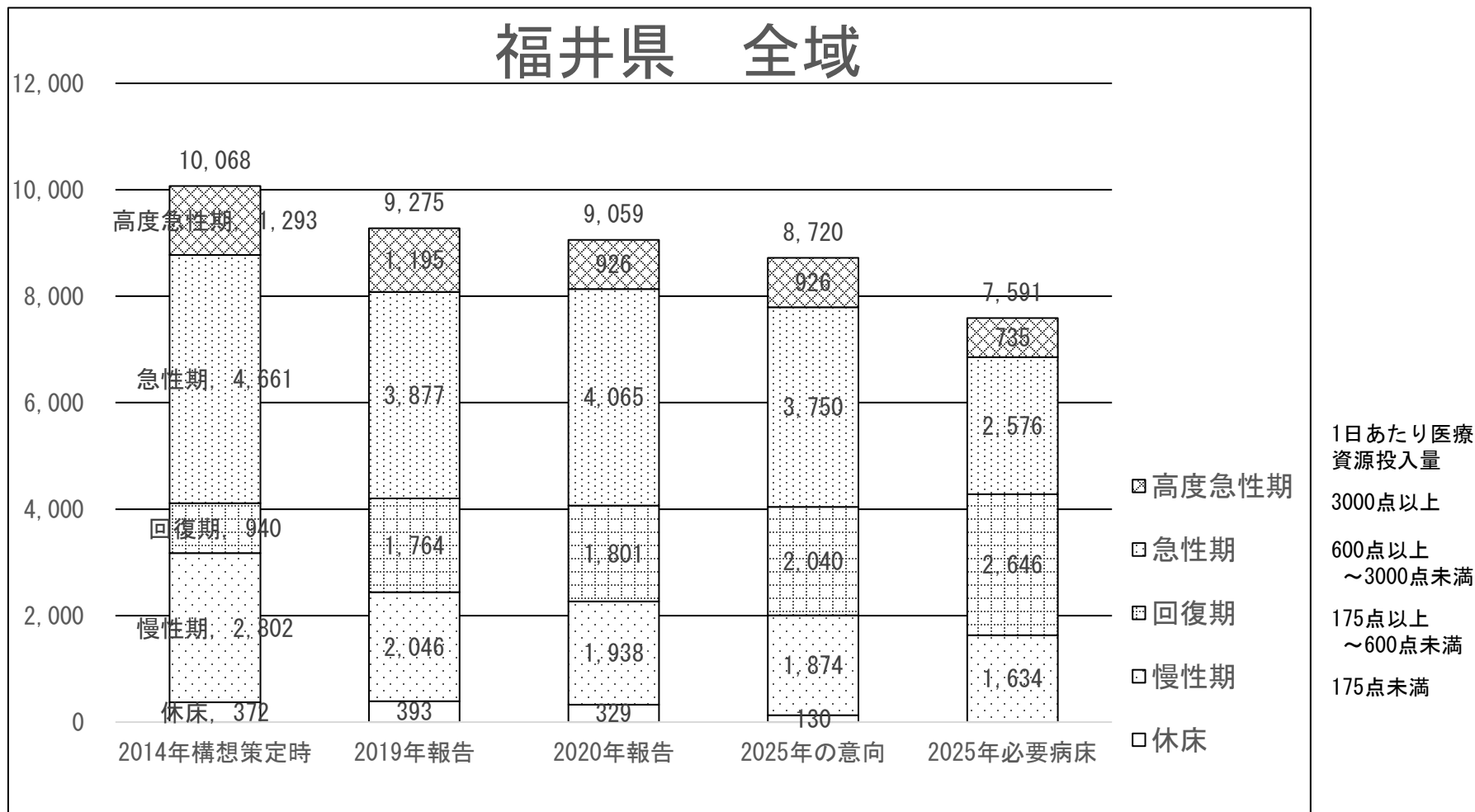
医療機関	開設者	管理者	病床削減の内容	
			削減前	削減後
藤田記念病院 (福井市宝永)	財団医療法人 藤田記念病院	藤田 知三	急性期 7 4床	急性期 5 9床 (Δ 1 5床)
			回復期 0床	回復期 0床
			慢性期 0床	慢性期 0床
			休 床 0床	休 床 床
			合 計 7 4床	合 計 5 9床 (Δ 1 5床)
荒川整形外科医院 (福井市高木町)	医療法人社団 緑泉会	荒川 弥二郎	急性期 1 9床	急性期 1 7床 (Δ 2床)
			回復期 0床	回復期 0床
			慢性期 0床	慢性期 0床
			休 床 0床	休 床 0床
			合 計 1 9床	合 計 1 7床 (Δ 2床)

地域医療構想策定時と令和3年度病床数の増減（見込み含む。）（一般病床＋療養病床）

（単位：床）

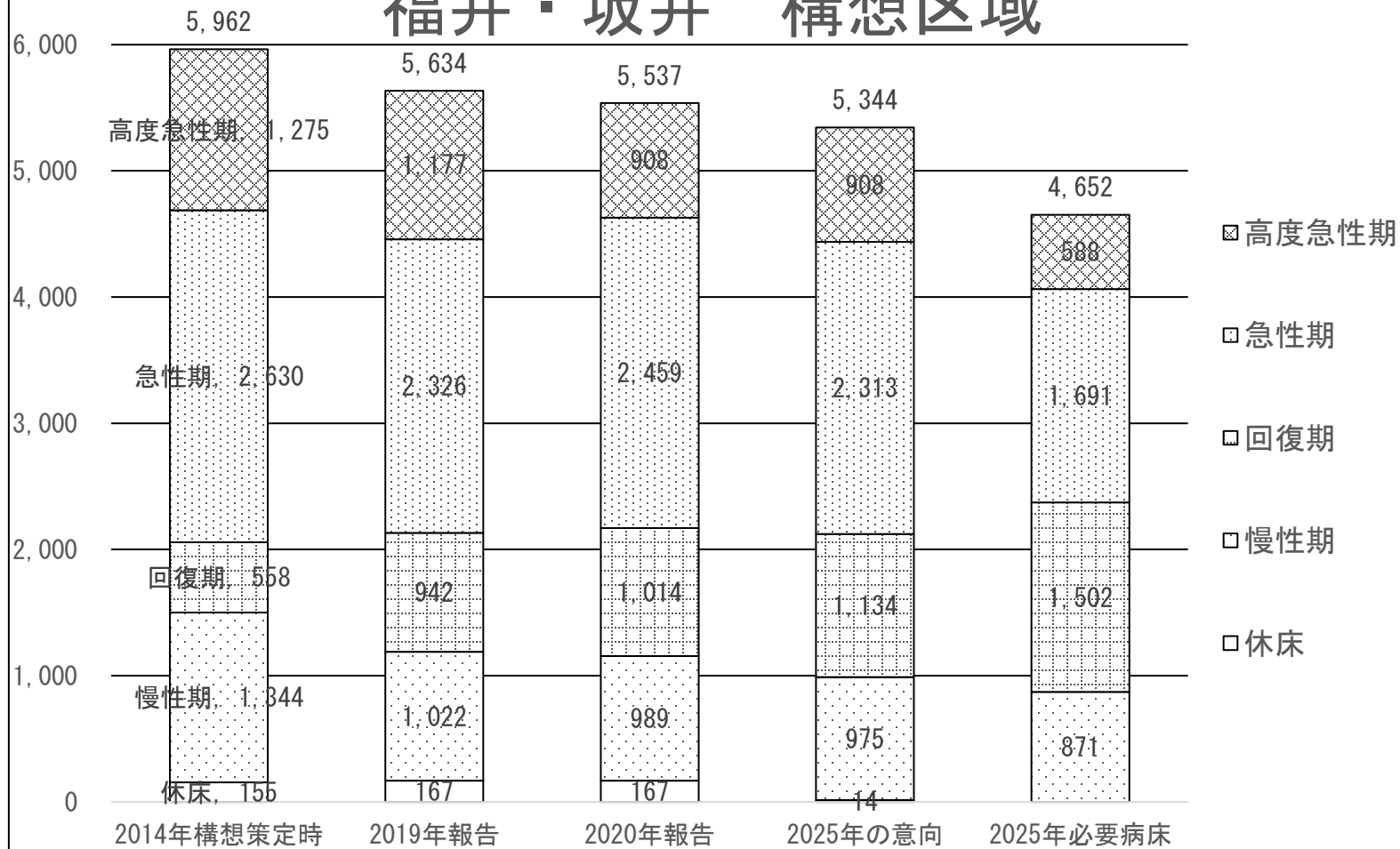
医療圏	医療機能	2014年 （平成26年） 7月1日時点 （構想策定時）	2021年 （令和3年） 3月31日時点	2021年（令和3年度の増減）				【2025年必要病床数】	
		病床数 A	病床数 B	2021年度 病床増減数 C	増減内訳（見込み含む） D	2021年度末 病床数 E(B-C)	2014年7月 からの増減 F(E-A)	病床数 G	2014年 からの増減 I(G-A)
福井・ 坂井	高度急性期	1,275	908			908	△ 367	588	△ 687
	急性期	2,630	2,452	△ 37	福井中央クリニック⇒転換△20 藤田記念病院⇒削減△15 荒川整形外科⇒削減△2	2,415	△ 215	1,691	△ 939
	回復期	558	1,014	20	福井中央クリニック⇒転換+20	1,034	476	1,502	944
	慢性期	1,344	977	△ 12	いわき医院⇒介護医療院転換△12	965	△ 379	871	△ 473
	休床等	155	101	△ 19	藤田医院⇒削減△19	82	△ 73		△ 155
	計	5,962	5,452	△ 48		5,404	△ 558	4,652	△ 1,310
奥越	高度急性期	0	0			0	0	16	16
	急性期	303	260			260	△ 43	129	△ 174
	回復期	68	109			109	41	181	113
	慢性期	80	44			44	△ 36	93	13
	休床等	93	15			15	△ 78		△ 93
	計	544	428	0		428	△ 116	419	△ 125
丹南	高度急性期	0	0			0	0	55	55
	急性期	874	666			666	△ 208	423	△ 451
	回復期	255	380			380	125	577	322
	慢性期	720	496	△ 32	笠原病院⇒介護医療院転換△32	464	△ 256	386	△ 334
	休床等	65	110			110	45		△ 65
	計	1,914	1,652	△ 32		1,620	△ 294	1,441	△ 473
嶺南	高度急性期	18	18			18	0	76	58
	急性期	854	634			634	△ 220	333	△ 521
	回復期	59	291			291	232	386	327
	慢性期	658	405			405	△ 253	284	△ 374
	休床等	59	29			29	△ 30		△ 59
	計	1,648	1,377	0		1,377	△ 271	1,079	△ 569
合計	高度急性期	1,293	926	0		926	△ 367	735	△ 558
	急性期	4,661	4,012	△ 37		3,975	△ 686	2,576	△ 2,085
	回復期	940	1,794	20		1,814	874	2,646	1,706
	慢性期	2,802	1,922	△ 44		1,878	△ 924	1,634	△ 1,168
	休床等	372	255	△ 19		236	△ 136		△ 372
	計	10,068	8,909	△ 80		8,829	△ 1,239	7,591	△ 2,477

※ 2014年の数は病床機能報告 2021年の数は地域医療課調べ



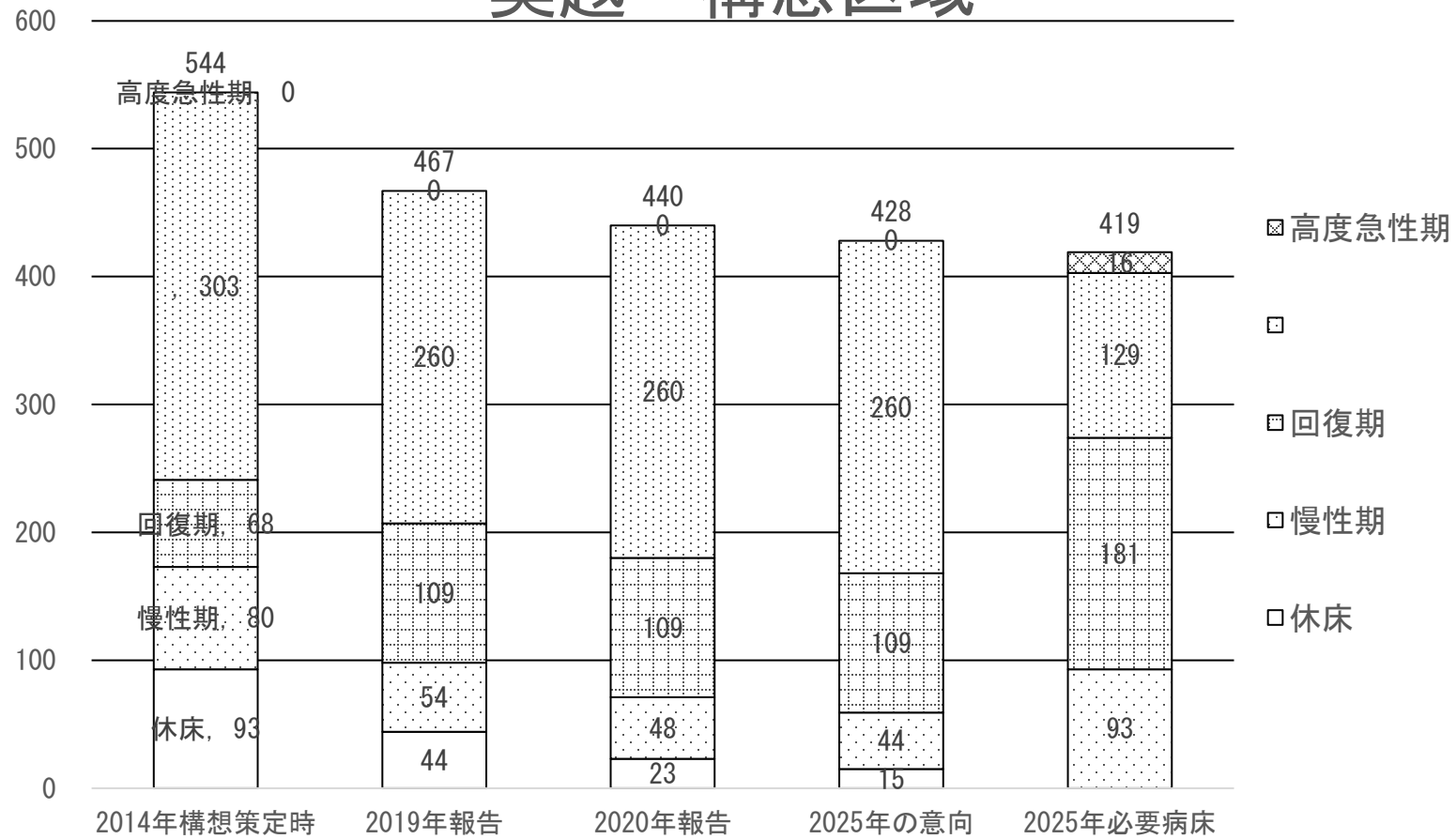
病床機能	2019年→2020年病床増減	2020年→2025年病床増減	2025年必要病床との比較
高度急性期	△ 269床	+0床	+191床超過
急性期	+188床	△ 315床	+1,174床超過
回復期	+37床	+239床	△ 606床不足
慢性期	△ 108床	△ 64床	+240床超過
休床	△ 64床	△ 199床	+130床超過
計	△ 216床	△ 339床	+1,129床超過

福井・坂井 構想区域



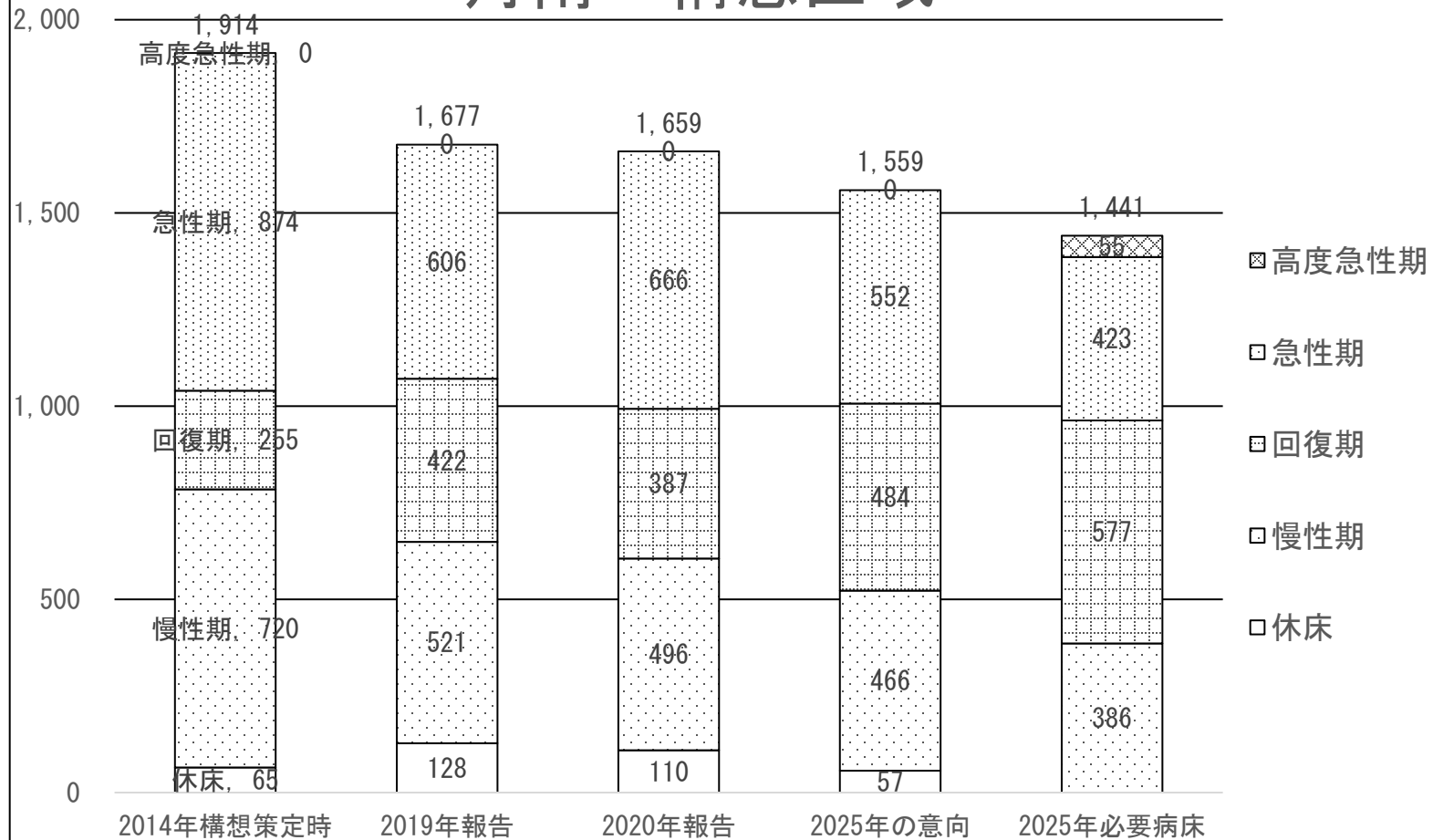
病床機能	2019年→2020年病床増減	2020年→2025年病床増減	2025年必要病床との比較
高度急性期	△ 269床	+0床	+320床超過
急性期	+133床	△ 146床	+622床超過
回復期	+72床	+120床	△ 368床不足
慢性期	△ 33床	△ 14床	+104床超過
休床	+0床	△ 153床	+14床超過
計	△ 97床	△ 193床	+692床超過

奥越 構想区域



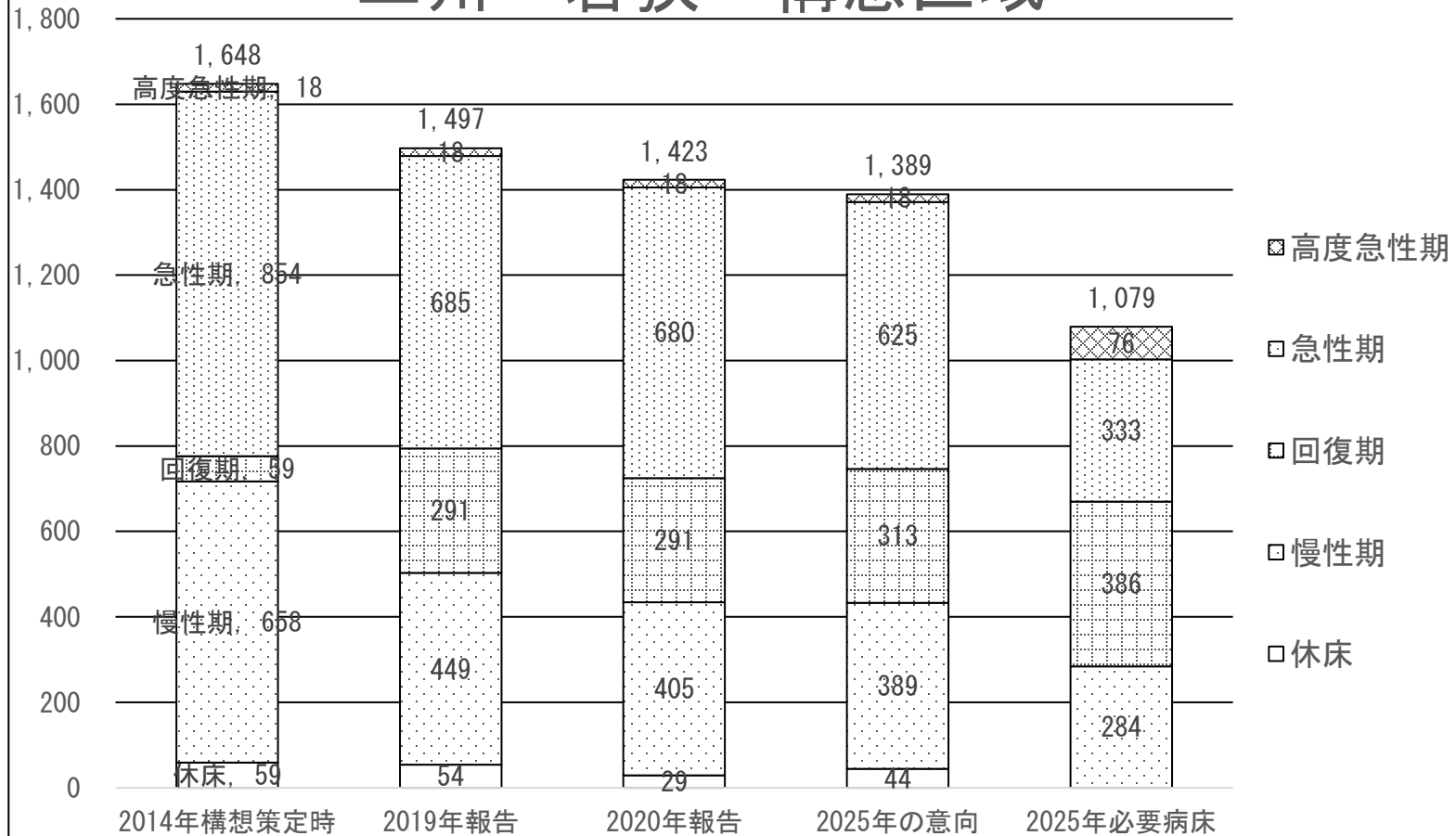
病床機能	2019年→2020年病床増減	2020年→2025年病床増減	2025年必要病床との比較
高度急性期	+0床	+0床	△ 16床不足
急性期	+0床	+0床	+131床超過
回復期	+0床	+0床	△ 72床不足
慢性期	△ 6床	△ 4床	△ 49床不足
休床	△ 21床	△ 8床	+15床超過
計	△ 27床	△ 12床	+9床超過

丹南 構想区域



病床機能	2019年→2020年病床増減	2020年→2025年病床増減	2025年必要病床との比較
高度急性期	+0床	+0床	△ 55床不足
急性期	+60床	△ 114床	+129床超過
回復期	△ 35床	+97床	△ 93床不足
慢性期	△ 25床	△ 30床	+80床超過
休床	△ 18床	△ 53床	+57床超過
計	△ 18床	△ 100床	+118床超過

二州・若狭 構想区域



病床機能	2019年→2020年病床増減	2020年→2025年病床増減	2025年必要病床との比較
高度急性期	+0床	+0床	△ 58床不足
急性期	△ 5床	△ 55床	+292床超過
回復期	+0床	+22床	△ 73床不足
慢性期	△ 44床	△ 16床	+105床超過
休床	△ 25床	+15床	+44床超過
計	△ 74床	△ 34床	+310床超過