

【資料1－1】

地域医療構想の進め方について



和歌山県福祉保健部健康局医務課

令和6年8月29日

令和4年度の取組

(1) 今後の方針についてアンケートを実施

質問項目

- ・ 今後担う予定の役割
- ・ 2025年における機能別の病床数 など



(2) アンケートの結果を受け、以下の医療機関から対応方針を確認(令和5年3月調整会議)

対象機関と確認時期

- ・ 地域医療構想を策定した平成28年5月以降で不足する医療機能への転換、病床の廃止を行った医療機関、又は今後の計画が具体的に決まっていますと発表できる医療機関については確認済



(3) (2) 以外の医療機関

対象機関と確認時期

- ・ 平成28年5月以降で不足する医療機能への転換や病床の廃止を行っておらず、今後も現状維持を予定する医療機関（今後の対応について検討はしているものの、具体的な計画がない医療機関も含む）
- ・ 令和5年7月以降の調整会議で説明していただいた上で確認

令和5年度、6年度の取組(令和5年国通知抜粋)

(1) 年度目標の設定

対応方針の策定率、実施率

- ・ 構想区域毎の地域医療構想の推進に係る目標は、2023年度当初に対応方針の策定率が100%に達していない場合は、対応方針の策定率。
 - ・ 2023年度当初において、既に対応方針の策定率が100%に達している場合の同年度、2024年度以降の目標は、合意した対応方針の実施率。
- ※和歌山保健医療圏構想区域は、対応方針の策定率が100%に達していないので、策定率100%を目指す必要がある。

(2) 地域医療構想の進捗状況の検証

病床数と将来の病床数の必要量の差

- ・ 病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データのみでは説明できない差異が生じている構想区域においては、当該構想区域の調整会議で要因の分析及び評価を行い、その結果を公表し必要な対応を行う。

(3) 必要な対応

非稼働病床等への対応

- ・ データ等に基づく説明を尽くしたうえで、なお生じている差異として非稼働病床等の影響が考えられるので、当該病床の今後の見通しについて確認。
- ・ 調整会議において差異の要因の分析及び評価を行った結果、非稼働病床等への対応のみによっては、生じている差異への対応が不十分であると認められる場合には、2025年の医療提供体制について改めて協議を行い、各医療機関の役割分担の方向性等について議論し、各構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、課題を解決するための年度毎の工程表を策定し公表。

令和6年度、7年度の取組(令和6年国通知抜粋)

モデル推進区域及び推進区域を設定しアウトリーチの伴走支援の実施(新たな取組)

国の取組

- ・2024年度前半に都道府県当たり1～2か所の推進区域(仮称)及び当該推進区域(仮称)のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域(仮称)を設定した上で2024年度及び2025年度にモデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施する。

都道府県の取組

- ・2024年度に、推進区域(仮称)の地域医療構想調整会議で協議を行い、当該区域における医療提供体制上の課題、当該課題の解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む推進区域対応方針(仮称)を策定し、2025年度に推進区域対応方針(仮称)に基づく取組を実施する。

医療機関の取組

- ・2024年度及び2025年度に、都道府県が策定した推進区域対応方針(仮称)に基づき、各医療機関の対応方針について改めて必要な検証・見直しを行う。

第14回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
令和6年3月13日 資料1

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"> ●2025年に向けた取組の通知発出 新 ・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 ・地域別の病床機能等の見える化、好事例の周知等を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●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 新 ●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 新 	<ul style="list-style-type: none"> ●区域対応方針の進捗状況の確認・公表 新
都道府県	<ul style="list-style-type: none"> ●調整会議で医療機関対応方針の協議 	<ul style="list-style-type: none"> ●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 新 ●医療機関対応方針の進捗管理 	<ul style="list-style-type: none"> ●区域対応方針の推進 新
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関対応方針の策定・検証・見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ●区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し 新 ●医療機関対応方針の取組の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し 新 ●医療機関対応方針の取組の実施

推進区域（仮称）の設定について（案）

推進区域（仮称）の設定の考え方

- 地域医療構想については、各医療機関の対応方針の策定率等の年度目標の設定、進捗状況の検証、当該検証を踏まえた必要な対応等によるPDCAサイクルを通じて推進している。
- こうした中、都道府県に対して、取組状況の調査を行うとともに、病床数の変化等を分析したところ、病床機能報告の合計病床数は2025年の必要量と同程度の水準となり、機能別の病床数は急性期が減少し、回復期が増加するなど、全体として必要量の方向に進捗している。一方で、全ての構想区域において医療提供体制上の課題があること、構想区域別にみると必要量との大きい乖離が残っている区域があること等が明らかになった。
- こうしたことから、これまでのPDCAサイクルの取組を更に推進するため、令和6年3月に厚生労働省医政局長通知を発出し、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区域について、**厚生労働省において、都道府県にご相談した上で、推進区域（仮称）として都道府県あたり1～2か所設定**し、都道府県においては、地域医療構想調整会議で協議を行い、推進区域（仮称）における医療提供体制上の課題、当該課題解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む区域対応方針（仮称）を策定することとした。
- 推進区域（仮称）については、これまでの取組状況等を踏まえ、以下の区域から設定することとしたい。
 - ① **データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じている区域**
 - ② **データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じている区域**
 - ③ **令和5年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関がある区域**
 - ④ **その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられる区域**

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の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。

※ 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。

モデル推進区域（仮称）の設定によるアウトリーチの伴走支援について（案）

モデル推進区域（仮称）の設定の考え方

- モデル推進区域（仮称）については、厚生労働省において、推進区域の中から、都道府県にご相談した上で、全国に10～20か所程度設定するものであり、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区域を設定する。
- 具体的には、必要量より多くなっている機能別病床について、2015年と比べて、病床数が増加かつ病床利用率※が低下している、医療提供体制上の課題の分析や地域医療連携推進法人制度の活用等を行い、将来に向けて地域医療構想を進めようとしているなど、医療提供体制上の課題があつて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することとしたい。

（※）病床利用率については、病床機能報告の数値を活用し、医療施設調査等と同様の考え方により、「 $\frac{\text{年間在棟患者延数}}{\text{病床数} \times 365} \times 100$ 」として算出。

伴走支援

○技術的支援（例）

（下線は従来の重点支援区域における技術的支援では実施していない支援策）

- ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析
- ・ 構想区域からの依頼に基づき議論の場・講演会、住民説明会などへの国職員の出席
- ・ 関係者との議論を行う際の資料作成支援
- ・ 関係者の協議の場の設定
- ・ 都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置
- ・ 地域医療構想を進めるための構想区域内の課題把握
- ・ 分析結果を踏まえた取組の検討に関する支援
- ・ 定量的基準の導入に関する支援
- ・ 地域の枠組みを超えた構想区域や都道府県間の意見交換会の設定
- ・ 区域対応方針（※）の作成支援

（※）「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）において示した、構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するために年度毎に策定する工程表を含む。

○財政的支援

モデル推進区域（仮称）が属する都道府県に対しては、重点支援区域への支援と同様に、地域医療介護総合確保基金について事業区分Ⅱ・Ⅳについて優先配分を行うほか、個別医療機関の再編統合を実施する場合には上乗せの財政支援を行う。

- ※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の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。
- ※ 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。

都道府県	推進区域、モデル推進区域	都道府県	推進区域、モデル推進区域
北海道	調整中	滋賀県	湖北（●）
青森県	青森	京都府	丹後（●）
岩手県	両磐	大阪府	南河内
宮城県	石巻・登米・気仙沼	兵庫県	調整中
秋田県	能代・山本（●）、大館・鹿角（●）	奈良県	中和
山形県	庄内（●）	和歌山県	有田、新宮
福島県	会津・南会津	鳥取県	調整中
茨城県	土浦、鹿行、取手・竜ヶ崎	島根県	松江、雲南、出雲、大田、浜田、益田、隠岐
栃木県	宇都宮（●）	岡山県	真庭
群馬県	伊勢崎（●）、藤岡（●）	広島県	呉
埼玉県	北部	山口県	宇部・小野田（●）
千葉県	香取海匝	徳島県	東部
東京都	区中央部、区南部、区西南部、区西部、区西北部、区東北部、区東部、西多摩、南多摩、北多摩西部、北多摩南部、北多摩北部、島しょ	香川県	東部
神奈川県	県西	愛媛県	松山
新潟県	中越	高知県	中央（●）
富山県	新川	福岡県	京築
石川県	能登北部（●）	佐賀県	中部、南部
福井県	嶺南	長崎県	長崎（●）
山梨県	峡南（●）	熊本県	熊本・上益城
長野県	上小	大分県	東部、北部
岐阜県	飛騨、東濃	宮崎県	西諸
静岡県	駿東田方	鹿児島県	姶良・伊佐
愛知県	東三河北部	沖縄県	中部、南部
三重県	松阪（●）		

※（●）は推進区域かつモデル推進区域

地域医療構想の進め方(案)

○平成28年5月以降、病床の転換・廃止を行っていない医療機関に対して、令和5年7月以降の地域医療構想調整会議で、今後の方針を確認

○2025年に向けての課題

- ・必要病床数に対して病床過剰（+616）
- ・非稼働病床が370床
- ・回復期病床の不足（△570）



（１）2025年に向けての課題を解決するためにこれまでの取り組みを継続(強化)

これまでの取り組み(継続)

- ・非稼働病床については、病床の廃止や他施設への転換について引き続き依頼(【具体的な対応】ヒアリングを実施)
- ・病床機能に係る定量的基準①②を参考に、病床機能の報告を依頼(【具体的な対応】医大、日赤に定量的基準に基づいた報告を依頼)
- ・今後の対応方針への実施状況を確認

- ・急性期病床を、急性期(救急拠点型)・急性期(地域密着型)に整理する閾値により整理し、回復期の医療需要について、急性期(地域密着型)と回復期で対応

（２）令和6年3月の会議で作成した、急性期を整理するしきい値を、定量的基準の和歌山基準②として採用(新規)

- ・前回の会議で作成したしきい値は、病床機能報告の報告後に事務局で急性期病床を整理し、回復期需要に対して病床が不足することなく対応することを目的として作成した。
- ・しかし、病床機能報告の際に参考にする、急性期を整理する定量的基準も既に存在しており、ダブルスタンダードになっている。
- ・また、しきい値を作成する際に救急件数だけで整理してしまうと、救急件数は少ないが手術件数が多い医療機関もあるので実情と合わない意見を頂いた。
- ・上記の理由から、従来の定量的基準の和歌山基準②を廃止し、前回の会議で作成したしきい値を、定量的基準の和歌山基準②として採用したい。

病床機能報告における和歌山県の「定量的な基準」

(平成30年度地域医療構想調整会議資料より)

「定量的な基準」の導入意義

- ① 一般病棟(7対1基準)に関して、高度急性期並みか急性期並みかの客観的な目安を提示するもの。
- ② 一般病棟(10対1、13対1、15対1基準)及び地域包括ケア病棟に関して、急性期機能と名乗るに相応しい機能を果たしているのか否かの、客観的な目安を提示するもの。

「定量的な基準」の目的・狙い

- ① 各医療機関が病床機能報告を行うにあたっての**報告基準を新たに設けるものではない。**
- ② 各医療機関が、地域における**自らの医療機能**(例:地域医療に必要な救急受入件数など急性期機能の充足度を評価する)に関する**立ち位置をより正確に把握することによって、実態に合った自主的な病床機能報告につなげようとする趣旨。**
- ③ 「定量的な基準」を、医療機能や供給量を把握するための**客観的な目安として地域医療構想調整会議の議論に活用することによって、議論の活性化につなげようとするもの。**

- 「定量的な基準」によって病床機能の見える化を図り、機能分化を進める。
- 並行して、『公的病院を中心とした再編・ネットワーク化』や『長期にわたる非稼働病床(病棟)の整理』などの取組を引き続き、進めていく。

区分	基準の対象となる医療機能	定量的な基準																				
和歌山基準①	高度急性期・急性期	●ICUなどの4対1基準の病棟はすべて「高度急性期」																				
		●7対1基準の一般病棟のうち、県全体において果たす役割を考慮した上で、下記A～Jの10項目のうち1項目以上が基準超えの病棟(※)は「高度急性期」																				
		<table><tr><td>項目A) 全身麻酔手術</td><td>2回／床／月</td></tr><tr><td>項目B) 胸腔鏡・腹腔鏡下手術</td><td>0.5回／床／月</td></tr><tr><td>項目C) 悪性腫瘍手術</td><td>0.5回／床／月</td></tr><tr><td>項目D) 超急性期脳卒中加算</td><td>(レセプト件数)あり</td></tr><tr><td>項目E) 脳血管内手術</td><td>(算定回数)あり</td></tr><tr><td>項目F) 経皮的冠動脈形成術</td><td>0.5回／床／月</td></tr><tr><td>項目G) 救急搬送診療料</td><td>(算定回数)あり</td></tr><tr><td>項目H) 救急諸項目</td><td>0.2回／床／月</td></tr><tr><td>項目I) 重症患者対応(救急)</td><td>0.2回／床／月</td></tr><tr><td>項目J) 全身管理への対応</td><td>8回／床／月</td></tr></table>	項目A) 全身麻酔手術	2回／床／月	項目B) 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回／床／月	項目C) 悪性腫瘍手術	0.5回／床／月	項目D) 超急性期脳卒中加算	(レセプト件数)あり	項目E) 脳血管内手術	(算定回数)あり	項目F) 経皮的冠動脈形成術	0.5回／床／月	項目G) 救急搬送診療料	(算定回数)あり	項目H) 救急諸項目	0.2回／床／月	項目I) 重症患者対応(救急)	0.2回／床／月	項目J) 全身管理への対応	8回／床／月
		項目A) 全身麻酔手術	2回／床／月																			
項目B) 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回／床／月																					
項目C) 悪性腫瘍手術	0.5回／床／月																					
項目D) 超急性期脳卒中加算	(レセプト件数)あり																					
項目E) 脳血管内手術	(算定回数)あり																					
項目F) 経皮的冠動脈形成術	0.5回／床／月																					
項目G) 救急搬送診療料	(算定回数)あり																					
項目H) 救急諸項目	0.2回／床／月																					
項目I) 重症患者対応(救急)	0.2回／床／月																					
項目J) 全身管理への対応	8回／床／月																					
●上記以外の7対1基準の一般病棟は「急性期」																						
和歌山基準②	急性期・回復期	●救急搬送件数が下記のいずれにも満たない病院は「急性期」と報告しない。																				
		<table><tr><td rowspan="2">項目) 救急搬送件数 (消防統計)</td><td>年間300件以上</td></tr><tr><td>中等症以上件数が100件以上</td></tr></table>	項目) 救急搬送件数 (消防統計)	年間300件以上	中等症以上件数が100件以上																	
項目) 救急搬送件数 (消防統計)	年間300件以上																					
	中等症以上件数が100件以上																					

※特定機能病院・救命救急センター・周産期母子医療センターである病院で、過去3年間の実績を定量的な基準に当てはめた結果、基準を超える病棟

注)小児・周産期・緩和ケアなど、地域医療に不可欠であって特殊性の強い病棟は、上記の基準とは切り分けて考えるものとする。

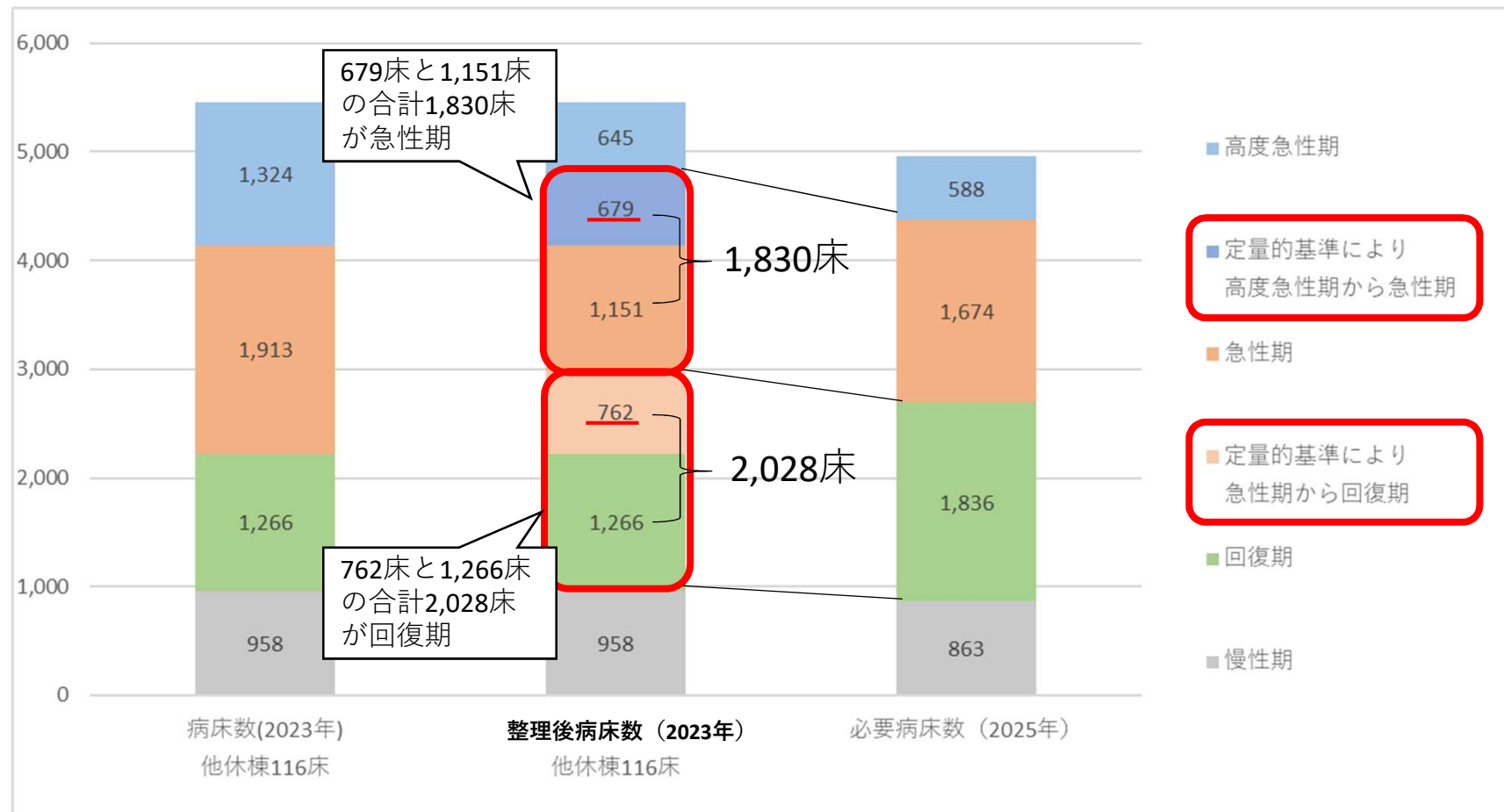
急性期と回復期を整理する定量的基準（案）

○以下の基準を定量的基準の和歌山基準②として採用したい。基準を参考にし、1つでも基準を満たしている場合は「急性期」と報告。

具体的な医療の内容		定量的な基準
幅広い手術の実施状況	A手術総数(算定回数) 【50床あたり】	1.2回／日 【病棟単位】
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	B化学療法(算定日数) 【50床あたり】	0.5回／日 【病棟単位】
救急医療の実施 (病院はCかつDを満たす必要あり)	C救急医療管理加算1及び2(算定回数) 【50床あたり】	3回／日 【病棟単位】
	D初診医評価が中等症以上の救急搬送件数 【1病院あたり】 ※(病院のみ対象)	100件／年 【病院単位】

高度急性期・急性期を定量的基準に基づいて整理(和歌山圏域)

○定量的基準で整理すると高度急性期から679床急性期へ、急性期から762床回復期へ



※定量的基準は病床機能を報告する際の参考の基準であるが、2025年の総括に向けて病床の姿を整理したいと考えているので、定量的基準に基づいた報告をお願いしたい。

工程表

ステージ	取り組み内容	2023年7月	2024年3月	2024年	2025年
第1ステージ (医療機関それぞれの取り組み)	非稼働病床への取り組み (これまでの取り組み(強化))	非稼働病床については、病床の廃止や他施設への転換を引き続き依頼			
	定量的基準を参考に した病床機能の報告 (これまでの取り組み(強化))	高度急性期、急性期病床については、定量的基準を参考に病床機能の報告を依頼			
	具体的対応方針への合意 (これまでの取り組み(継続))	2023年度中に100%に達することが目標		2024年度も引き続き 取り組む	
	具体的対応方針の 実施状況の確認 (これまでの取り組み(継続))	合意した具体的対応方針を2025年までに実施			
	急性期病床を整理し、 回復期需要への対応 (新たな取り組み)	12月～：急性期病床を重症急性期、軽症急性期に整理 軽症急性期と回復期病床で将来的には回復期の医療需要に対応することとし、 特に軽症患者の救急受け入れや在宅復帰へ向けた医療への機能分化・連携強化に取り組む			
第2ステージ (地域としての取り組み)	機能分化・連携強化 への取り組み (新たな取り組み)	1月：アンケート実施		3月～：アンケートで見える化された、各医療機関の課題等をもとに、より深化した機能分化・連携強化の議論を実施	