

令和4年度

「地域医療構想」の取組と進捗状況

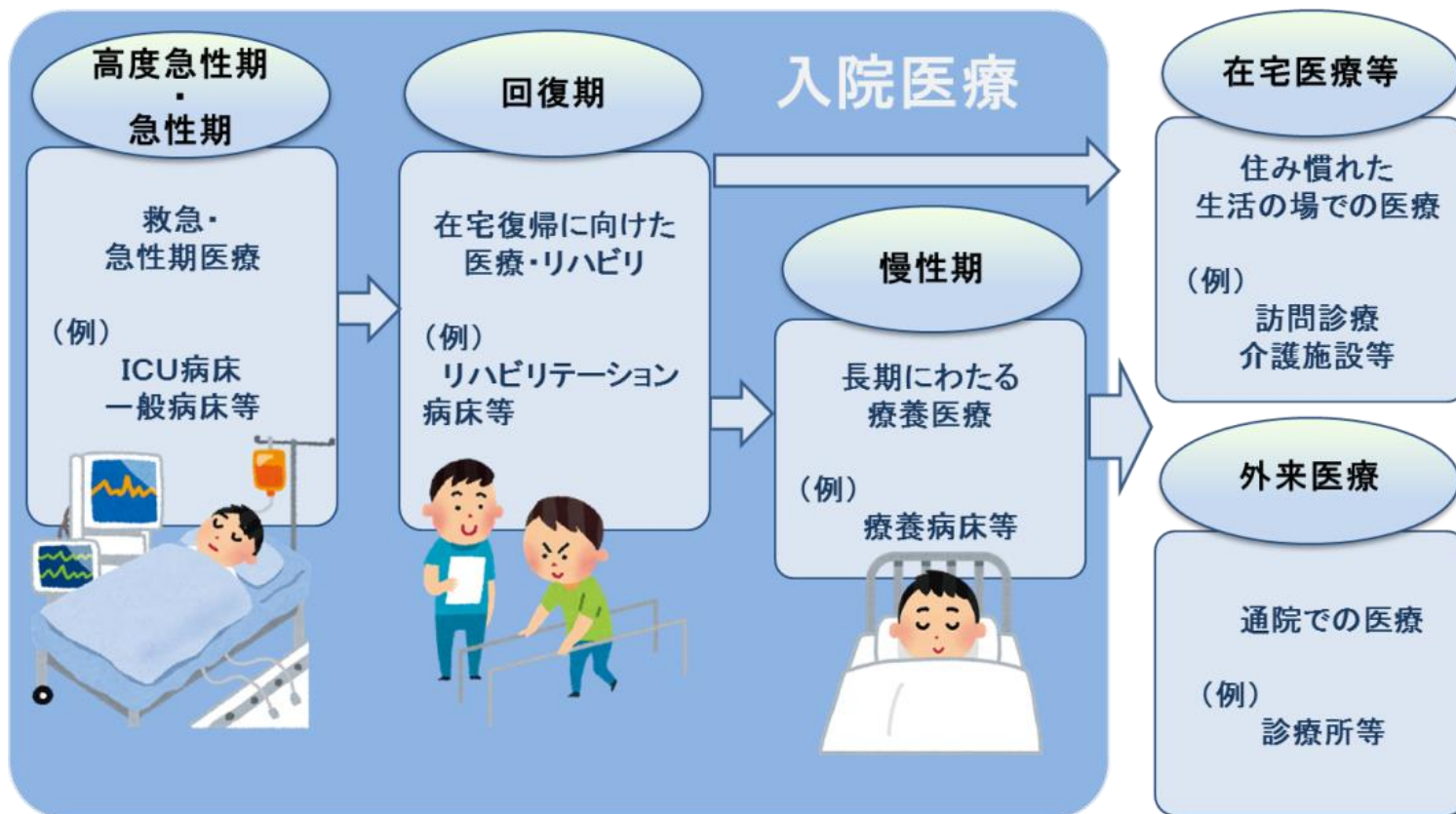
● 地域医療構想の目的

地域医療構想の目的は、2025年に向けた疾病構造の変化を踏まえ、
病床機能の分化・連携による「切れ目のない医療提供体制の構築」を図ること

● 地域医療構想を進めるうえでの大阪府の主な課題

- 課題 1 【病床機能】 回復期病床の不足が見込まれる
＜高齢化の進展等に伴い、医療需要は、2030年ごろまで増加すること、疾患別では、特に高齢者特有の疾患が増加することが見込まれている。＞
- 課題 2 【診療機能】 将来的な疾病構造の変化に対応した病院の役割分担について検討が必要

● 治療経過毎の医療機能



Contents

- 1 大阪府における地域医療構想の進め方(大阪アプローチの推進)
- 2 大阪府における地域医療構想の進捗状況
- 3 令和4年度の実組スケジュール
- 4 【令和4年度の新たな取組①】病床機能の報告基準設定
- 5 【令和4年度の新たな取組②】病院機能の見える化
- 6 【令和4年度病院プラン】2025年に向けた各病院の検討状況
- 7 保健医療協議会の協議の結果
- 8 【令和4年度の新たな分析】地域医療構想における推計値と入院実績の比較
- 9 令和5年度の実組予定

1 大阪府における地域医療構想の進め方（大阪アプローチの推進 — 全病院参加型の取組）

2018年度より、毎年、医療実態データ(NDB、病床機能報告等)及び各病院の具体的対応方針(病院プラン)を共有しながら、医療機関の自主的な機能分化を支援

ポイント1 独自の診療実態分析

- ・地域医療構想調整会議等で意見を踏まえたデータ分析を実施

例：病床機能報告等の定量的分析等
各医療機関の診療実績の可視化
地域医療構想の推計と診療実績との比較 等

STEP 1

ポイント3 全病院参加型会議の実施

- ・「病院連絡会」を圏域毎に開催し、各病院の具体的対応方針を説明いただき、地域医療構想の推進について意見交換。

<病院連絡会 概要>

- ・病床機能の分化の状況の共有
- ・各病院の具体的対応方針の共有

STEP 3

保健医療協議会
(地域医療構想調整会議)

地域医療構想を
踏まえた
「具体的対応方針」
の協議

診療実態分析の結果を踏まえ、すべての関係医療機関と機能分化の方向性を共有

STEP 2

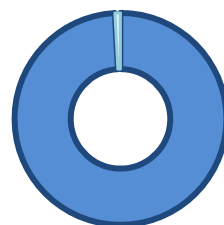
ポイント2 全病院に具体的対応方針(病院プラン)提出を依頼

- ・病床機能報告の内容では、2025年に向けた病院の体制把握が不十分なため、独自に病院プランの作成を依頼

令和4年度病院プラン
【対象病院数466の内訳】
公立病院：22
公的病院：48
民間等病院：396

●病院プランの提出率

99.8%



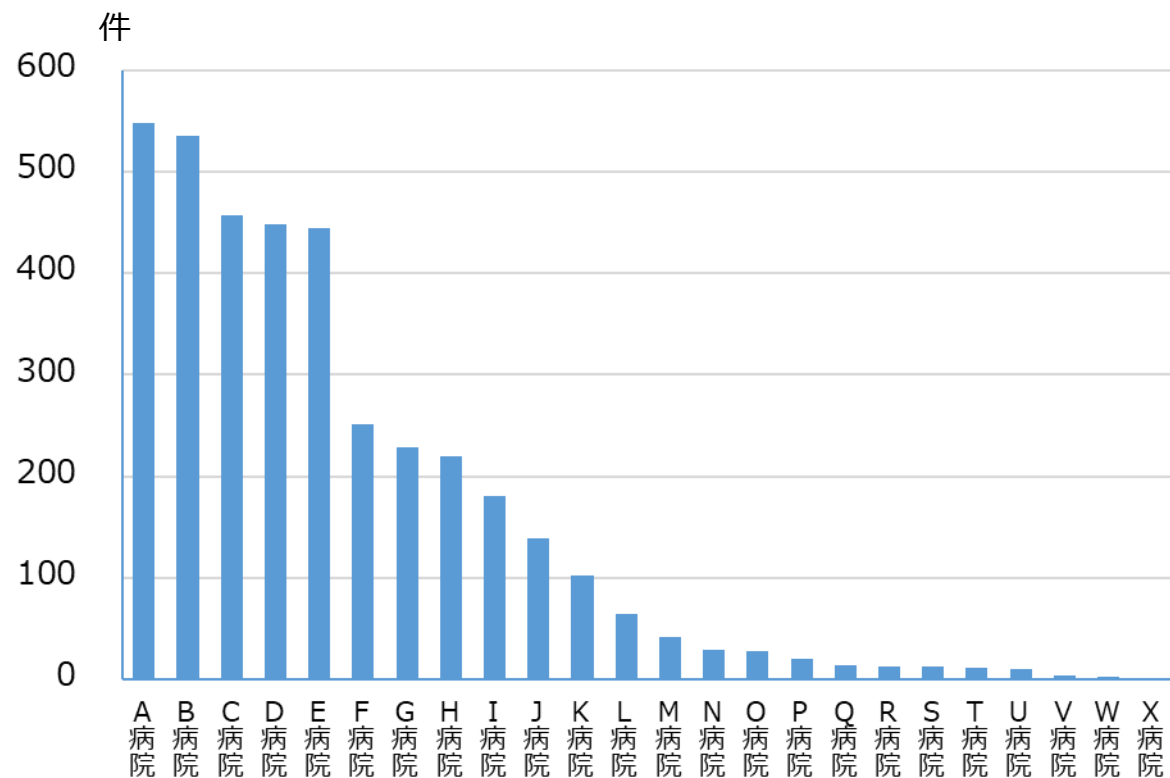
病院プランの主な記載内容

- 現状の病床機能等
 - ・病棟別の病床機能、稼働率、人員体制、診療実績等
- 2025年に向けた検討内容等
 - ・病棟別病床機能別病床数（算定予定の入院料含む）
 - ・新興・再興感染症の対応
 - ・5疾病4事業の対応
 - ・建物の設備改修の予定
 - ・診療科目の見直しの予定

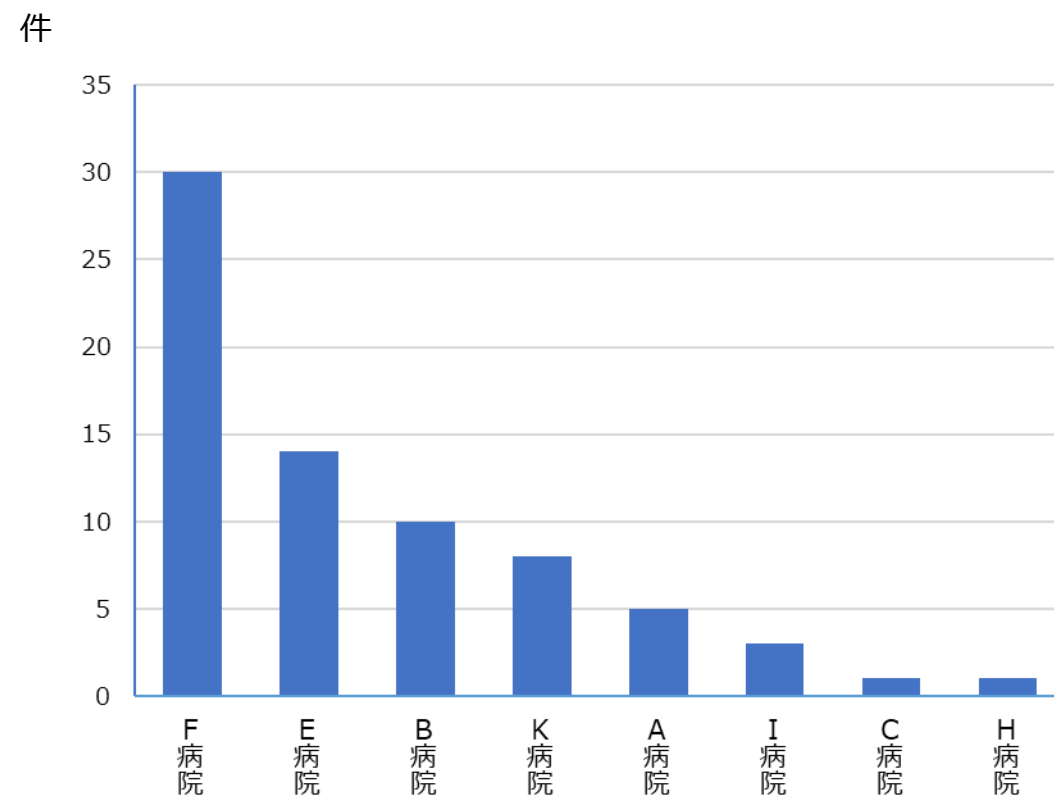
1 大阪府における地域医療構想の進め方（大阪アプローチの推進 — 各医療機関の診療実績の可視化）

診療実態の見える化により、二次医療圏内の医療体制の詳細が把握可能に

（〇〇二次医療圏）令和3年8月救急車の受入件数



（〇〇二次医療圏）令和3年8月心筋梗塞等心血管疾患レセプト件計



2 大阪府における地域医療構想の進捗状況

回復期病床への転換が必要な割合は、約6.6%となっている

● 病床機能報告と病床数の必要量の比較

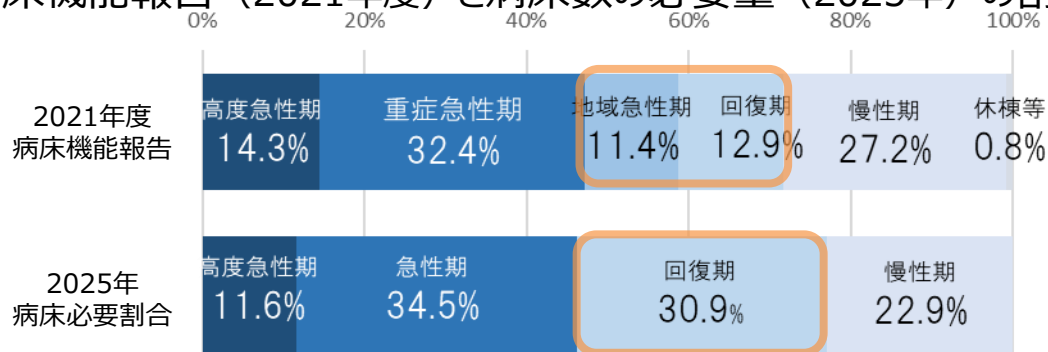
区分	年度	高度急性期	急性期※	急性期			回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
				重症急性期	急性期(不明)	地域急性期					
病床機能報告	2021	12,534	39,429	28,470	916	10,043	11,298	23,875	722	117	87,975
病床数の必要量	2025	11,789	35,047				31,364	23,274			101,474

※急性期報告病棟については、下記方法により定量的分析を行い、「重症急性期」と「地域急性期」に分類

対象析	病床機能報告において、急性期で報告している病棟 ※ただし、急性期一般入院料1～3の急性期報告病床は、下記診療実態に関わらず、重症急性期として扱う
診療実態分析	病棟あたりの下記実施件数について算出 ①月あたり救急医療管理加算レセプト件数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ②月あたり手術総数レセプト算定回数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ③月あたり呼吸心拍監視(3時間を超え7日以内)レセプト算定回数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ④月あたり化学療法レセプト算定日数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数)
分類	重症急性期：①1以上 or ②1以上 or ③2以上 or ④1以上 地域急性期：その他

【参考】
基準病床数
60,890床

● 病床機能報告(2021年度)と病床数の必要量(2025年)の割合の比較



サブアキュート・ポストアキュート・リハビリ機能 現状と将来必要となる病床機能の割合の比較

① 病床機能報告(地域急性期+回復期)

2021年度 24.3%

② 病床数の必要量(回復期)

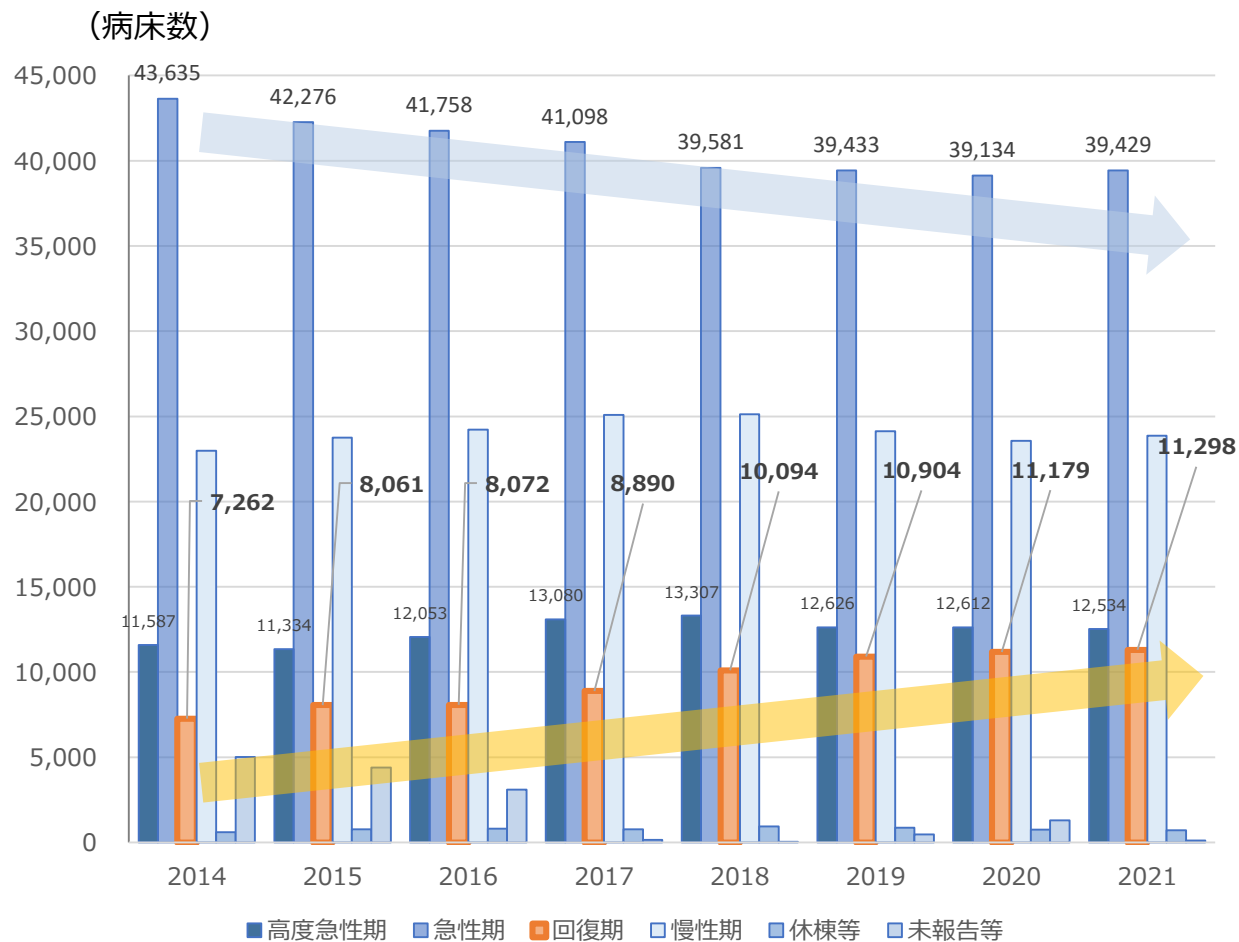
30.9%

割合の差
6.6%(約5,800床)
※2020年度の
約10%から4%改善

2 大阪府における地域医療構想の進捗状況

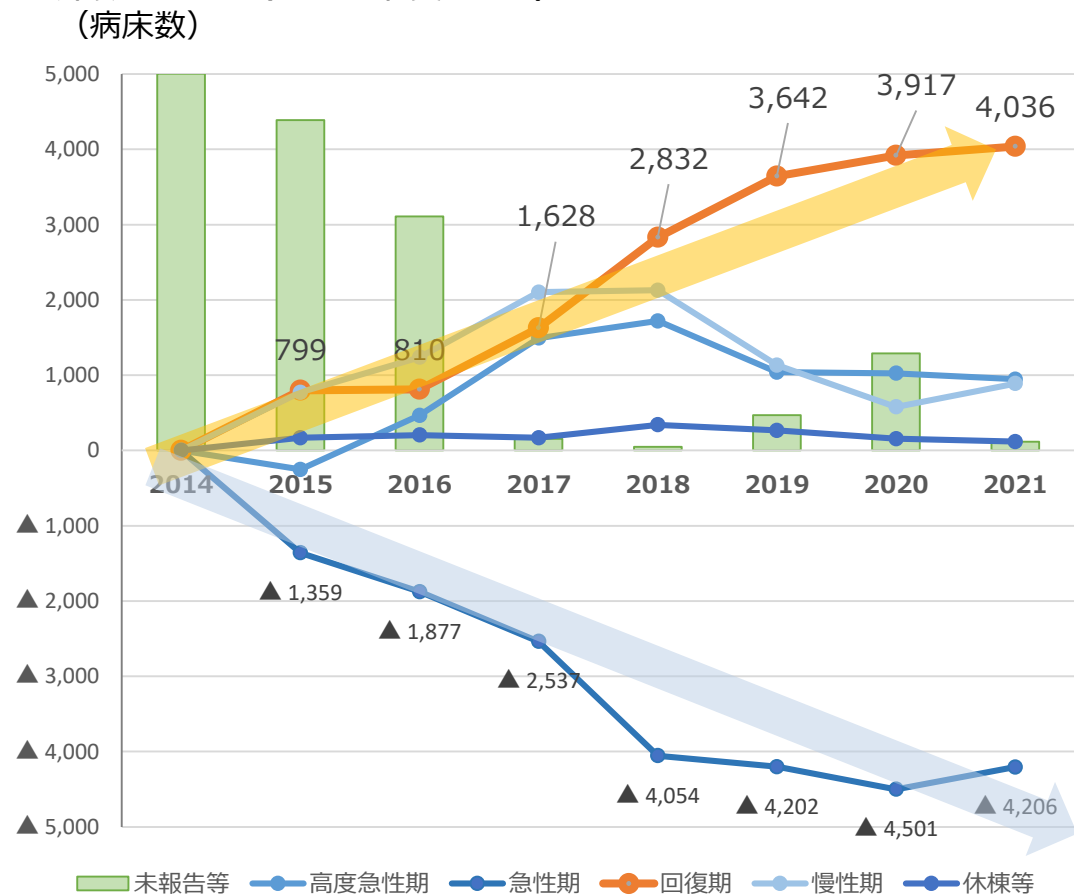
2014年から、急性期報告病床数は、約4,000床減少し、回復期報告病床数は、約4,000床増加する等、病床機能の分化が進んでいる

● 病床数の推移



2016年に地域医療構想策定

● 病床数の増減 (2014年度との差)

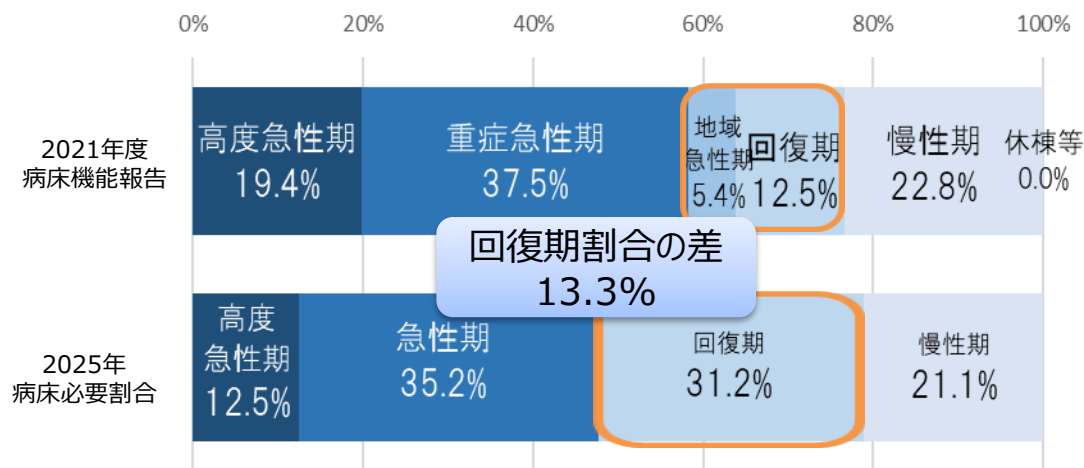


<出典> 病床機能報告

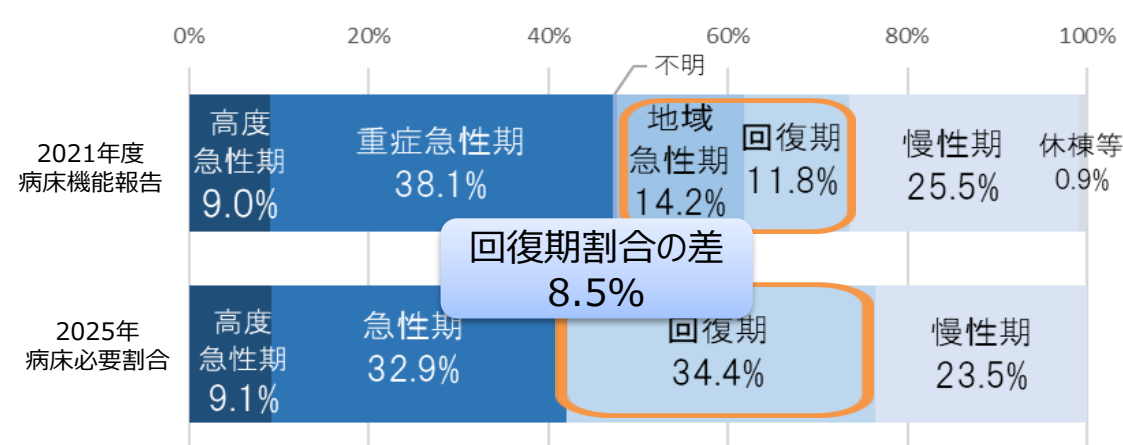
2 大阪府における地域医療構想の進捗状況（各圏域の病床機能の分化の状況）

病床機能の分化の状況と回復期への転換が必要な割合は各構想区域ごとに差異がある

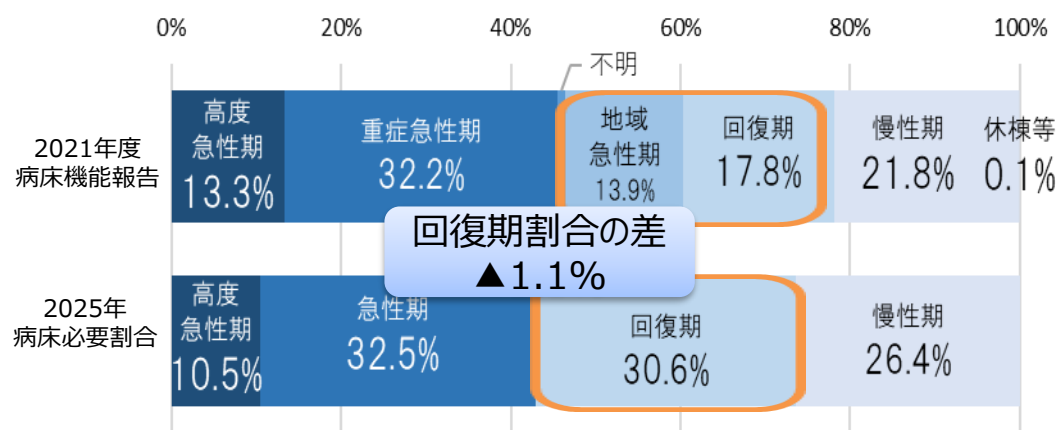
(1) 豊能二次医療圏(8,994床)



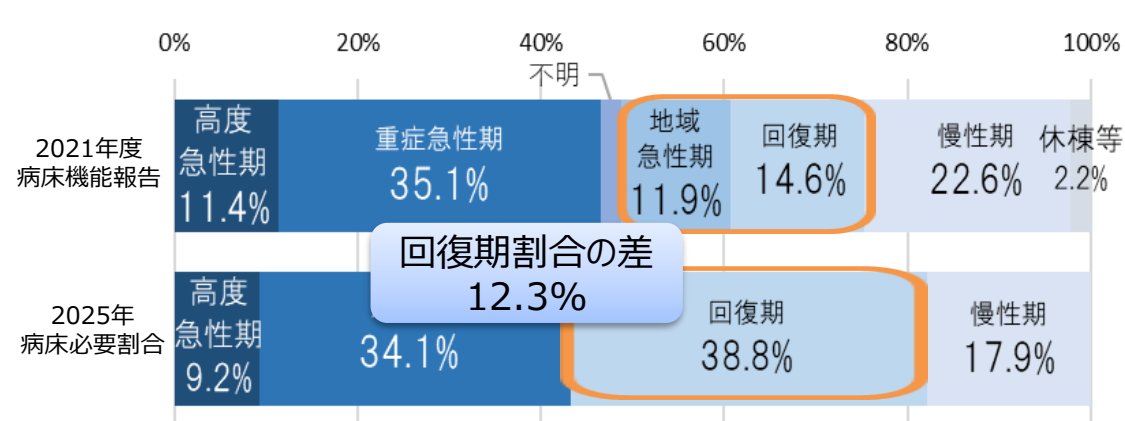
(3) 北河内二次医療圏(10,231床)



(2) 三島二次医療圏(6,433床)



(4) 中河内二次医療圏(5,742床)

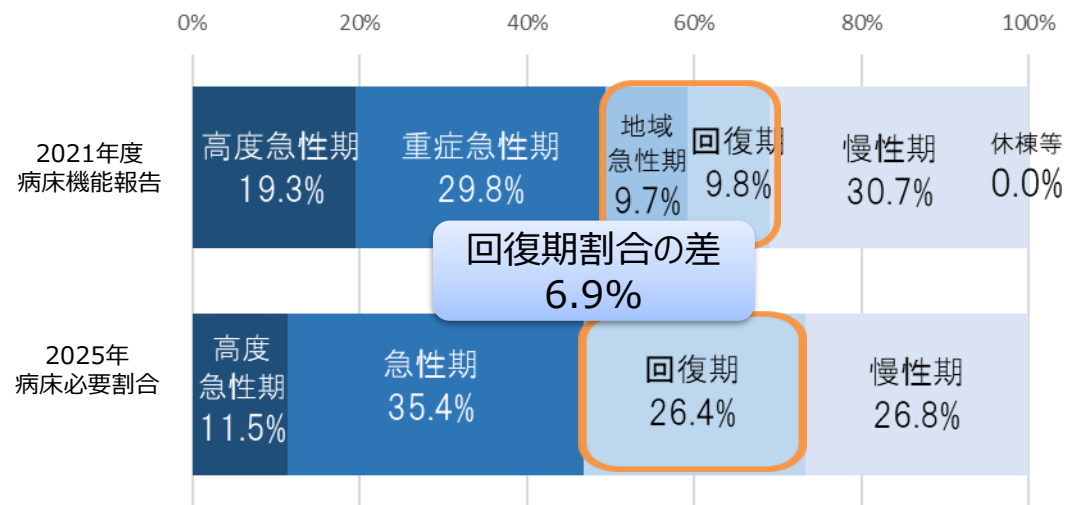


※二次医療圏毎の「過剰な病床の状況」の詳細：「資料1-2」参照

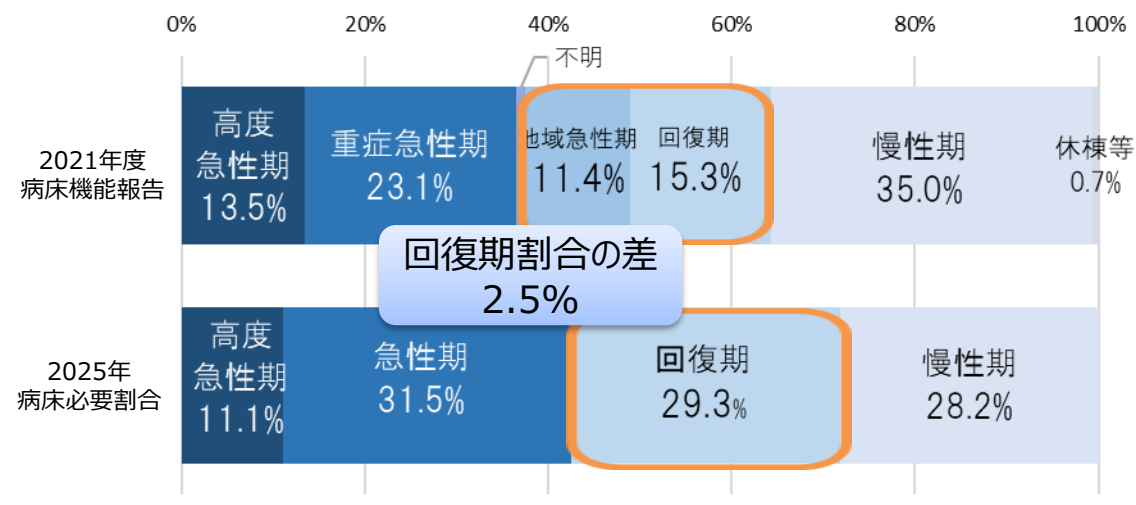
2 大阪府における地域医療構想の進捗状況（各圏域の病床機能の分化の状況）

病床機能の分化の状況と回復期への転換が必要な割合は各構想区域ごとに差異がある

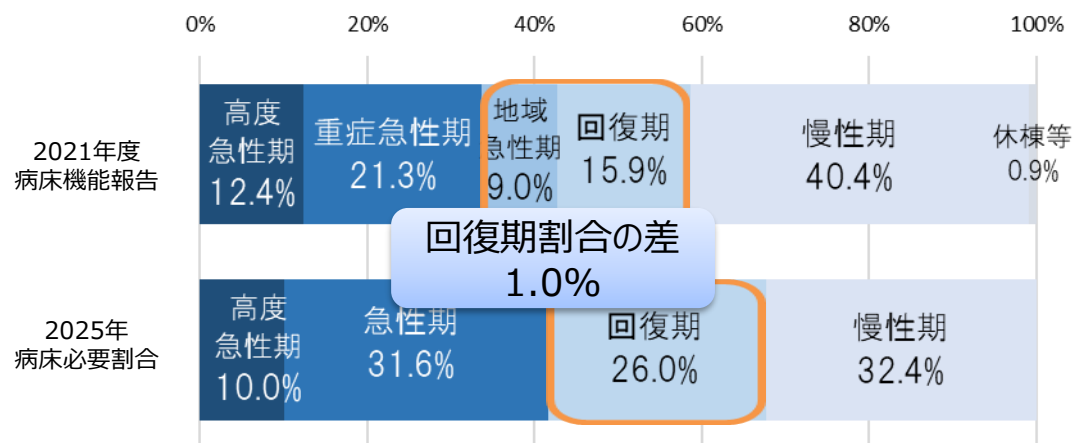
（5）南河内二次医療圏（6,501床）



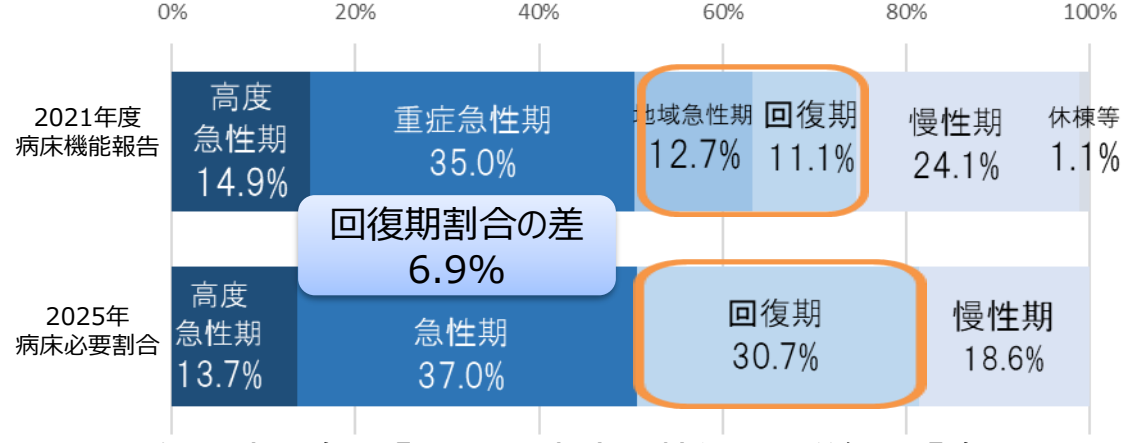
（7）泉州二次医療圏（8,585床）



（6）堺市二次医療圏（9,311床）

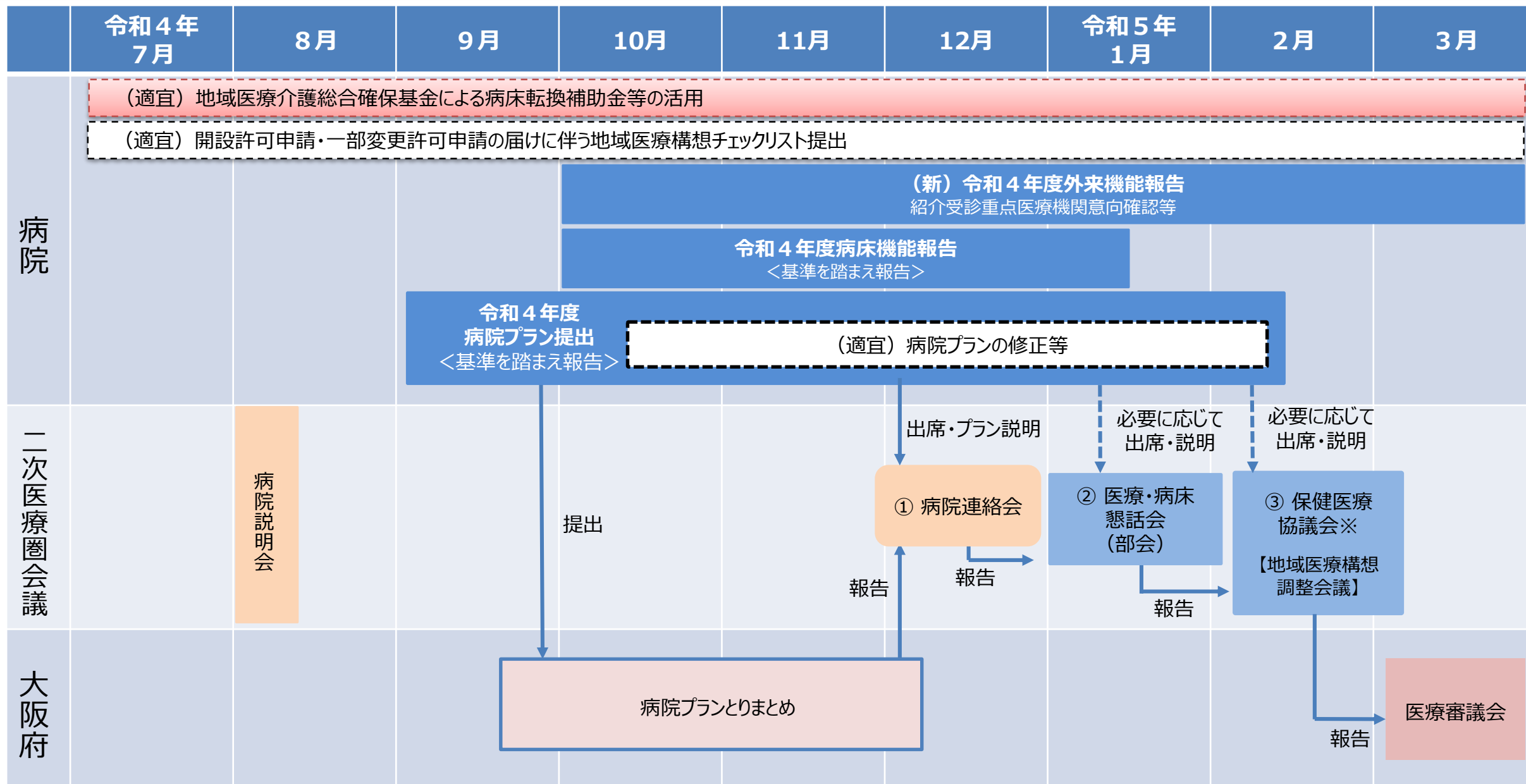


（8）大阪市二次医療圏（32,178床）



※二次医療圏毎の「過剰な病床の状況」の詳細：「資料1-2」参照 9

3 令和4年度の取組スケジュール



※令和4年度に予定していた紹介受診重点医療機関の選定にかかる協議については、外来機能報告の報告期限の延期に伴い令和5年度に実施予定。

また、保健医療協議会は、その他案件（地域医療支援病院の認定の件等）に応じて、別途開催する場合もある。

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	—	—

「人員配置」と「診療実績」の両方の基準を満たす

「人員配置」と「患者像」の両方の基準を満たす

<入院料毎の病床機能の報告基準①>

(1) 報告基準を設定しない入院料（入院料と病床機能が1対1となっている入院料）

	病床機能	報告基準
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 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	高度急性期	—
回復期リハビリテーション病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	回復期	—
療養病棟入院基本料 療養病棟特別入院基本料 特殊疾患病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 介護療養病床	慢性期	—

上記入院料の病床機能は、基本的には、病床機能報告マニュアルに基づき設定。緩和ケア病棟入院料（※）については、地域医療介護総合確保基金事業における「病床転換等促進事業」との整合性を図るため、「回復期」として位置づけ。

(2) 「高度急性期」もしくは「急性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
特定機能病院 7対1 入院基本料 専門病院 7対1 入院基本料 小児入院医療管理料 急性期一般入院料 1～3	高度急性期	「医師数/病床数：0.62以上」 or 「看護師数/病床数：0.69以上」 and 「救急医療管理加算 1 及び 2 /病床数：29以上」 or 「手術総数/病床数：8以上」 or 「呼吸心拍監視/病床数：21以上」 or 「化学療法/病床数：1以上」
	急性期	高度急性期の基準を満たさない病棟

<入院料毎の病床機能の報告基準②>

(3) 「急性期」もしくは「回復期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
特定機能病院10対1入院基本料 専門病院10対1入院基本料 急性期一般入院料4～7	急性期	「看護師数/病床数：0.4以上」 and 「平均在棟日数：21日以内」
	回復期	急性期の基準を満たさない病棟

(4) 「急性期」もしくは「回復期」もしくは「慢性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
専門病院13対1入院基本料 地域一般入院料1～2 特定一般病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料1～4 地域包括ケア入院医療管理料1～4	急性期	「看護師数/病床数：0.4以上」 and 「平均在棟日数：21日以内」
	回復期	急性期の基準を満たさない病棟のうち、「平均在棟日数」：180日以内
	慢性期	急性期の基準を満たさない病棟のうち、「平均在棟日数」：180日超

(5) 「回復期」もしくは「慢性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
地域一般入院料3 一般病棟特別入院基本料	回復期	「平均在棟日数」：180日以内
	慢性期	「平均在棟日数」：180日超

5【令和4年度の新たな取組②】病院機能の見える化

- 病床機能の分化を推進するためには、病院機能を踏まえ地域において協議していくことが重要。
- 大阪府独自に病院の分類や機能・役割の見える化を図り、役割分担の議論を促進。

各病院の役割の基本的なイメージ

病院の主な役割	特定機能病院 (7病院)	急性期病院 (101病院)	急性期 ケアミックス 型病院 (127病院)	地域急性期 病院 (28病院)	後方支援 ケアミックス 型病院 (80病院)	回復期 リハビリ病院 (14病院)	慢性期病院 (105病院)
		-	高度急性期と急性期の病床の合計割合が病床（一般・療養）の9割以上	高度急性期または急性期の病床を有するが、当該病床の割合が病床（一般・療養）の9割未満	回復期病床（地域（リハビリ以外））の割合が病床（一般・療養）の9割以上	いずれの区分にも属しない病院	回復期病床（リハビリ）の割合が病床（一般・療養）の9割以上
①高度医療の提供及び研修、高度医療技術開発等							
②重症患者の救急受入機能 (脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療等)							
③地域診療拠点機能 (がん、災害、小児、周産期等)							
④サブアキュート機能 (大腿骨骨折や肺炎等軽度の急性期患者の受入【救急、在宅医療の後方支援機能】)							
⑤ポストアキュート機能 (回復期リハビリ患者の受入)							
⑥長期入院が必要な患者の受入							

各病院は役割に応じた機能の維持・強化を図ることが期待され、**特に、現在回復期（サブアキュート・ポストアキュート）を担っている病院に対し、回復期機能を強化していくことを働きかけ。**

<参考> 公立病院経営強化プランにおける役割・機能の最適化と連携の強化について

【公立病院経営強化プラン策定にあたり、「（１）役割・機能の最適化と連携の強化」への記載の検討をお願いしたい内容】

1 特定機能病院・急性期病院・急性期ケアミックス型病院（200床以上）

病院分類	①地域医療構想等を踏まえた病院の役割・機能	②地域包括ケアシステム構築に向けた役割・機能	③連携・機能強化の方向性
特定機能病院			
急性期病院	<p>【高度急性期・急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度専門的・不採算部門の手術や治療の提供（がん、脳卒中、心血管疾患、妊産婦、新生児、小児等） ・高度医療の提供及び研修、高度医療技術開発等（特に、<u>特定機能病院</u>） 		
急性期 ケアミックス型病院 (200床以上)	<p>※回復期リハビリ病床・地域包括ケア病床を有し、引き続き確保していくことを記載する場合 ⇒当該病床が民間病院で担えない政策医療であるかを検証の上、その必要性について記載。 <u>政策医療に当たらない場合は、緩和ケア病床（回復期）等への転換についてプランへの記載を検討。</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・休日・夜間を含め二次以上の救急患者受入（在宅療養者の緊急時における後方病床の確保等） ・退院支援のための体制整備、関係機関との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係病院間のネットワーク形成（診療情報の共有、転院先医療機関との連携等） ・<u>基幹病院以外の医療機関への医師・看護師等の派遣</u>（特に、<u>特定機能病院、地域医療支援病院</u>）

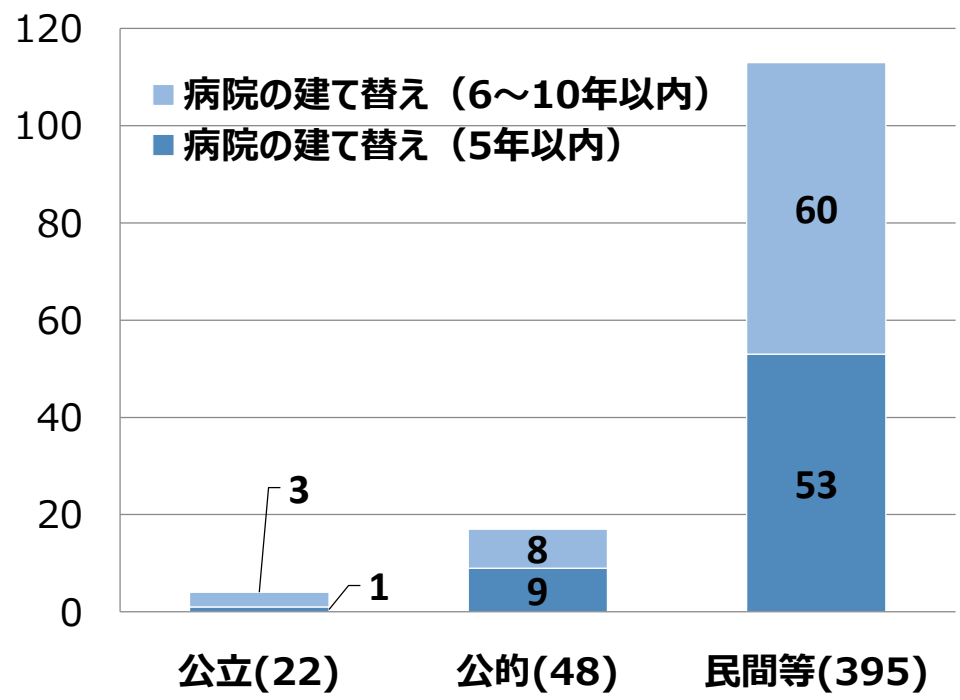
2 急性期ケアミックス型病院（200床未満）・地域急性期病院

病院分類	①地域医療構想等を踏まえた病院の役割・機能	②地域包括ケアシステム構築に向けた役割・機能	③連携・機能強化の方向性
<p style="text-align: center;">急性期 ケアミックス型 病院 (200床未満)</p>	<p>【急性期・回復期（サブアキュート）】 ・需要の増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）の治療、一部二次救急患者に対応した手術提供</p> <p>【回復期（リハビリ）】 リハビリの実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・休日・夜間を含め 二次救急患者受入 (在宅療養者の緊急時における後方病床の確保等) ・退院支援のための体制整備、 関係機関との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係病院間のネットワーク形成 (診療情報の共有、転院先医療機関との連携等)
<p style="text-align: center;">地域急性期 病院</p>	<p>【回復期（サブアキュート）】 ・需要の増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）の治療、必要性が高い場合の 小手術提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日中の救急患者受入 (在宅療養者の緊急時における後方病床の確保等) ・退院支援のための体制整備、 関係機関との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係病院間のネットワーク形成 (診療情報の共有、転院先医療機関との連携等)

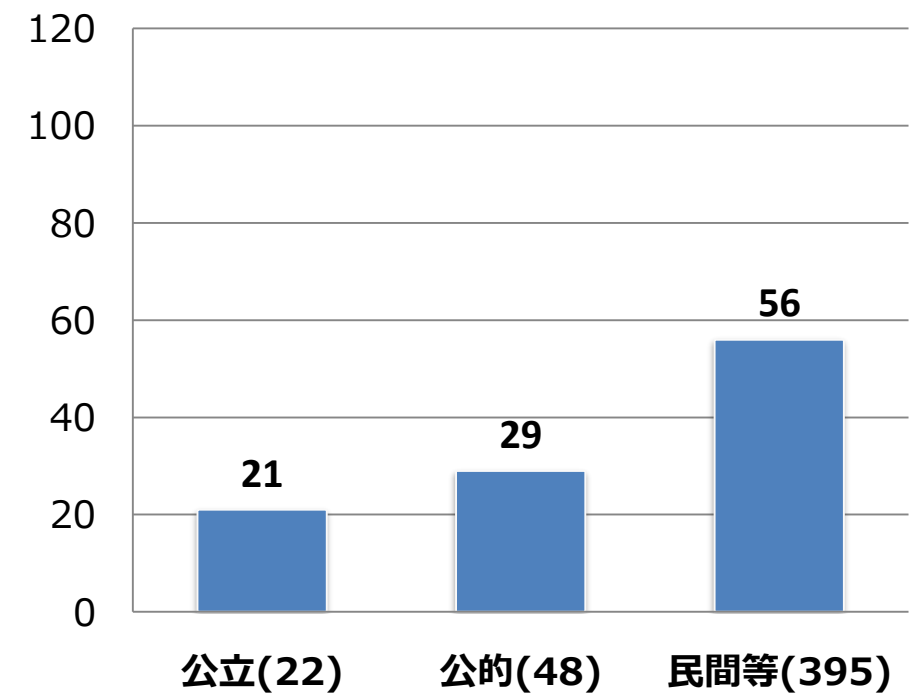
6【令和4年度病院プラン】2025年に向けた各病院の検討状況（建て替え、新興・再興感染症）

- 10年以内の病院建て替えを134病院(約29%)が検討している。
- また、新興・再興感染症等の対応については106病院(約23%)が検討している。

● 病院の建て替え予定の有無



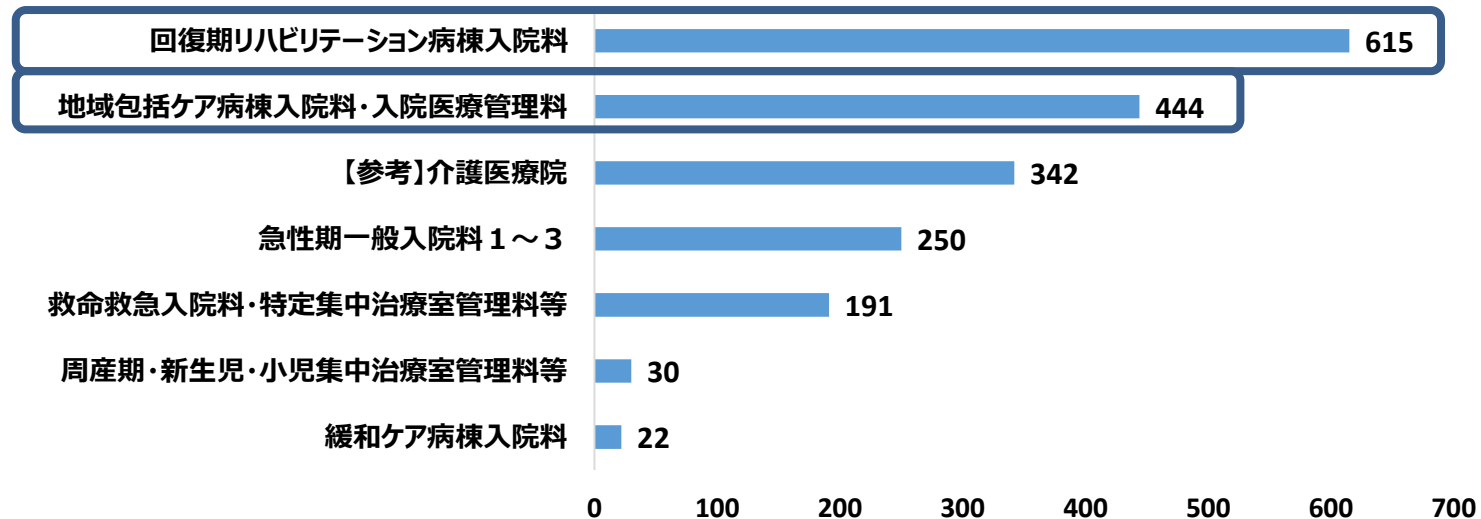
● 2025年に向け検討している診療機能（新興・再興感染症等）



6【令和4年度病院プラン】2025年に向けた各病院の検討状況（入院料）

各病院が検討している病床機能等の変更は、地域医療構想がめざす病床機能の分化の方向性と概ね一致

●入院料別の検討状況※



＜2025年に向けた検討状況＞
各病院の2025年に検討している入院料別（病床機能別）病床数総計から各病院の現在の入院料別（病床機能別）病床数の総計を差し引いて算出

7 保健医療協議会の協議の結果

9割を超える病院の方向性について、合意されたが、一部継続協議となっている医療機関がある

- 2022年度の地域医療構想調整会議における具体的対応方針（病院プラン）の合意状況（資料1-3参照）

結果	公立	公的	民間等	合計
合意	21	48	393	462
(内) ①過剰病床への転換を含む計画（2021年度までに合意済みの計画除く）	8	12	30	50
(内) ②過剰病床への転換を含む計画（2021年度までに合意済みの計画）	3	5	11	19
(内) ③不足する機能への転換等の計画（①②以外の病床機能の増減のある計画）	1	7	47	55
(内) ④病床機能の増減を含まない計画（現状の病床機能維持）	9	24	305	338
継続協議	1	0	2	3
合計（未提出の1医療機関除く）	22	48	395	465

- 過剰病床への転換計画の内訳（2021年度までに合意済みの計画除く）

	合計	主にコロナ影響による一時的な転換を元の機能に戻す転換	主にコロナによる影響と関係なく計画している転換	入院料の変更のない転換	入院料の変更のある転換				
						10床未満	10~49床	50~99床	100床以上
再編統合を伴う転換 ＜単位：医療機関数＞ ※（）内は再編統合事例数＞	12 (5)	0 (0)	12 (5)	2 (1)	10 (4)	0 (0)	6 (2)	2 (1)	2 (1)
単独医療機関による転換 ＜単位：医療機関数＞	41	23	18	9	9	5	3	1	0

7 保健医療協議会の協議の結果（地域医療構想の今後の進め方に関する主な意見）

● 地域医療構想の今後の進め方に関する主な意見（資料1－3参照）

【地域医療構想の検証・見直し等】

○新型コロナウイルス感染症対応の現状からみても、病床数の必要量が妥当かどうかの検討が必要。

【病床機能の分化・連携の進め方】

○地域医療構想は病床機能別に今後の機能を検討しているが、診療科別での検討も必要。

【回復期病床の転換にかかる課題等】

○診療報酬の算定要件が厳しくなり回復期での患者集めに苦労している医療機関もあり、診療報酬算定の要件緩和が必要。

○回復期の増床には施設の建て替えや設備の変更等が必要であり、簡単に増やせるわけではない。

また、回復期から在宅等、維持期への連携が必要であり在宅医療の充実も必要。

【病床機能の報告基準に関する意見】

○コロナ禍のため少し混乱を招いたが、基準の提示の必要性は一定理解ができる。今後は必要に応じた修正が必要。

○緩和ケア病棟は診療実態からは急性期ではないか。

○地域包括ケア病棟を看護師数等によっては急性期と位置付けているが、医療提供内容からは、違和感を感じる。

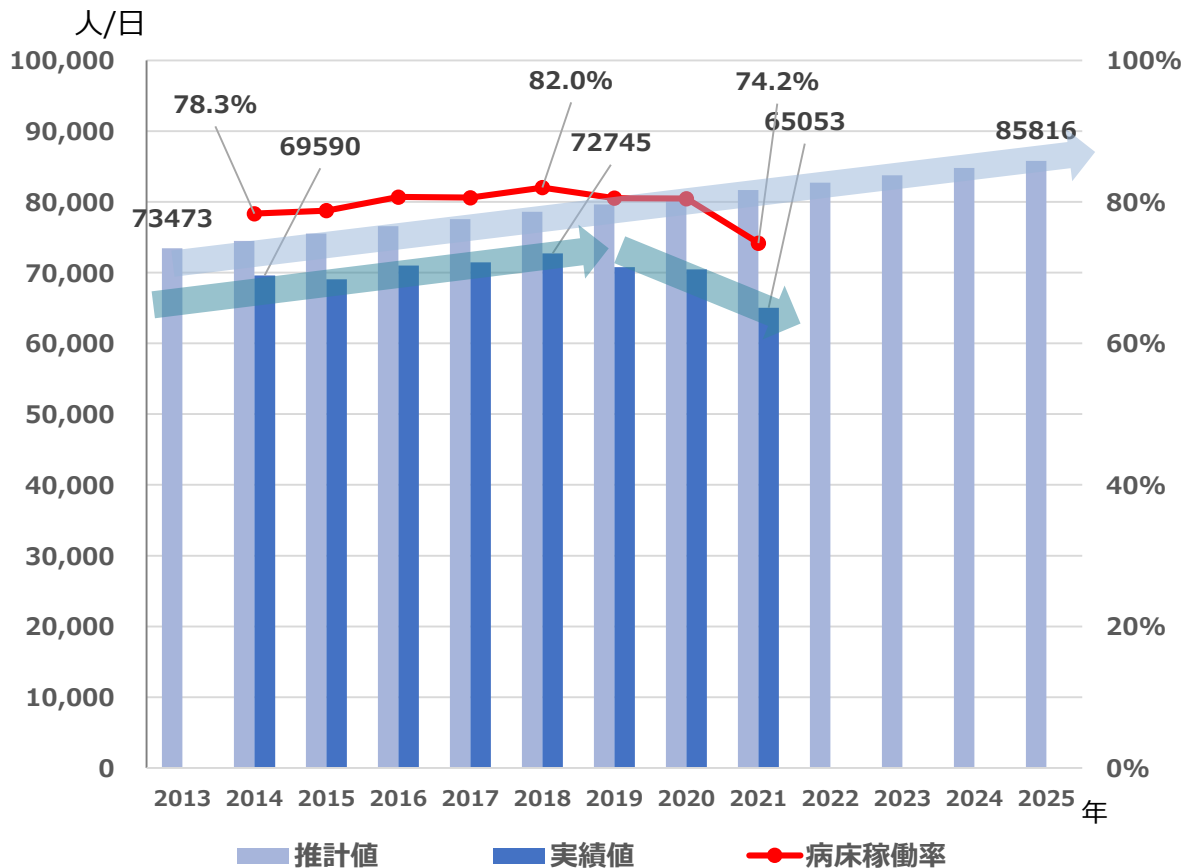
以前は、地域包括ケア病棟は回復期というコンセンサスがあったと思う。

8 【令和4年度の新たな分析】地域医療構想における推計値と入院実績の比較①

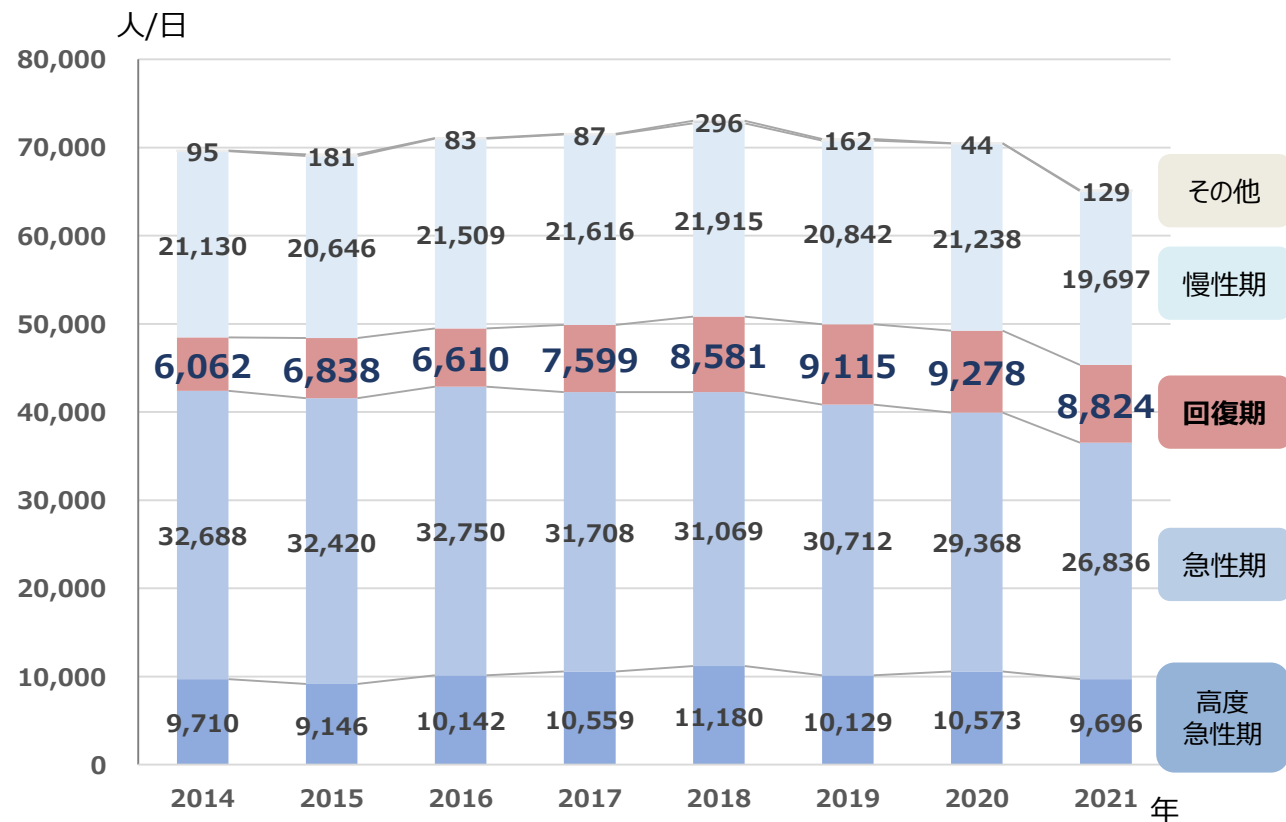
入院実績は、推計値を下回り推移している。

コロナ禍前は増加傾向で推移していたが、コロナ禍以後は減少傾向に転じている

●入院患者数推移（1日当たりの在院患者数）



●4機能別入院患者数推移（1日当たりの在院患者数）



<出典>

推計値：2016年地域医療構想策定による推計値、実績値及び病床稼働率：病床機能報告

<2021年/2014年比> 合計 0.93倍
 高度急性期 1.00倍 急性期 0.82倍
 回復期 1.46倍 慢性期 0.93倍

8 【令和4年度の新たな分析】地域医療構想における推計値と入院実績の比較②

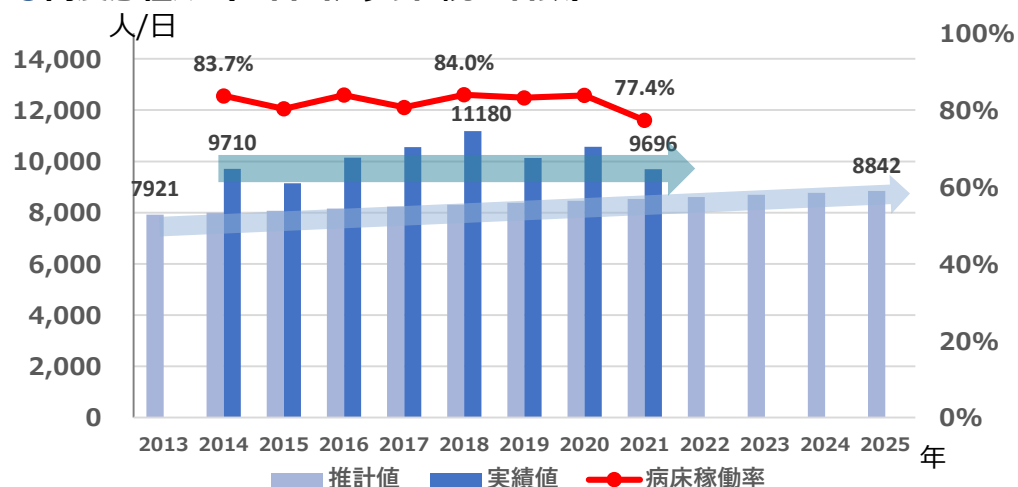
＜高度急性期＞ 推計値を上回り推移している。コロナ禍前は増加傾向で推移していたが、コロナ禍以後は減少傾向に転じている。

＜急性期＞ コロナ禍前は、推計値と同程度で推移していたが、コロナ禍以後に大幅に減少している。

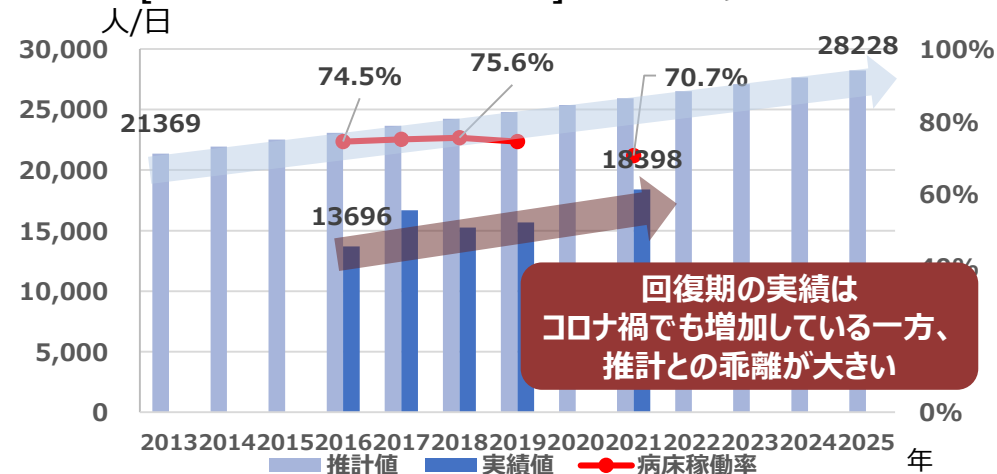
＜回復期＞ 推計値を下回り推移している。コロナ禍前・コロナ禍以後、いずれも増加傾向で推移している。

＜慢性期＞ 推計値を下回り減少傾向で推移している。

●高度急性期（1日当たりの在院患者数）

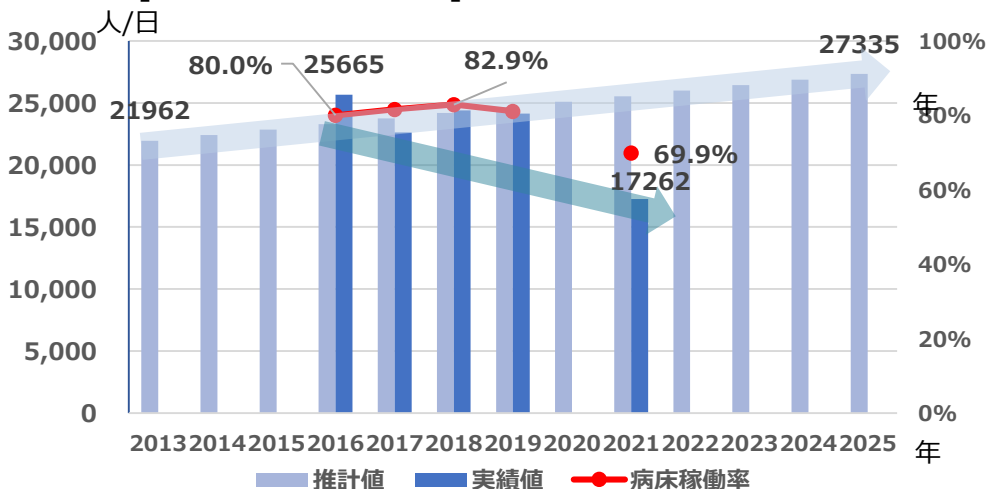


●回復期[実績には地域急性期を含めて比較]（1日当たりの在院患者数）

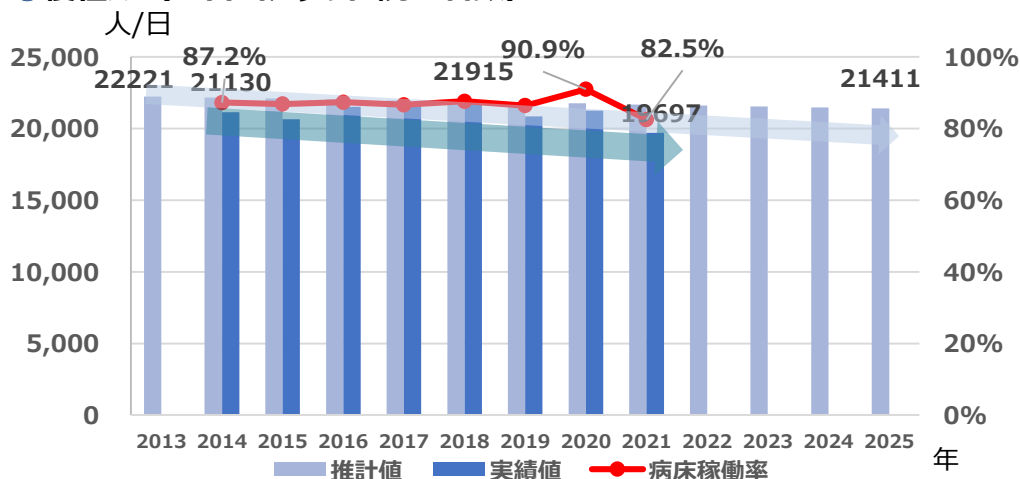


回復期の実績は
コロナ禍でも増加している一方、
推計との乖離が大きい

●急性期[実績は重症急性期と比較]（1日当たりの在院患者数）



●慢性期（1日当たりの在院患者数）



＜出典＞ 推計値：
2016年地域医療構
想策定による推計
値、実績値・病床稼
働率：病床機能報
告

①病床機能の報告基準

- 今年度設定した病床機能の報告基準について、関係機関と協議の上、必要に応じてブラッシュアップを行い、令和5年度の病院プラン実施までに考えを示す。

②病床機能の分化・連携にかかる協議の充実

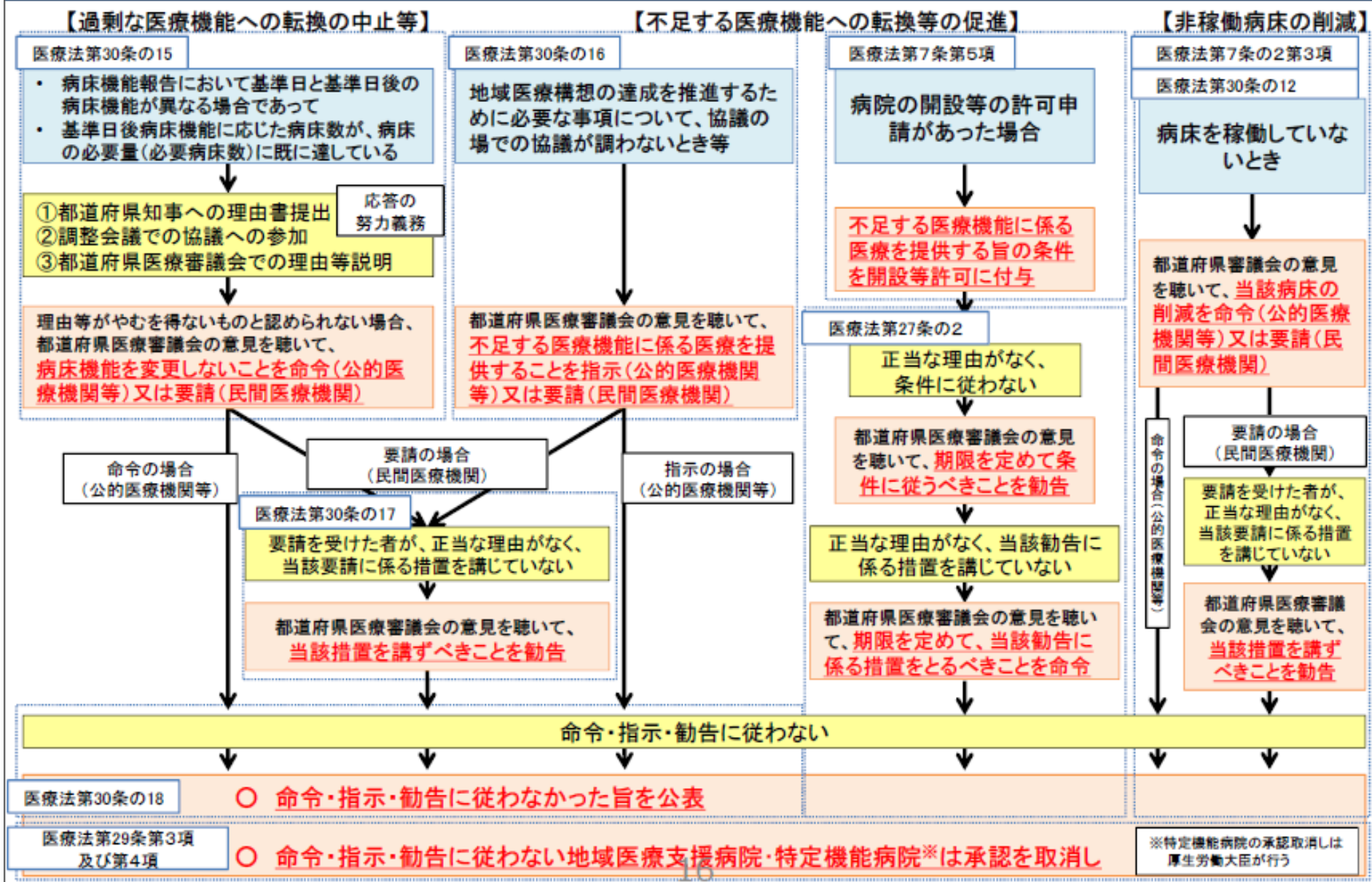
- 新たに「地域医療提供体制構築に向けた調査及びデータ分析事業」を実施予定。地域医療体制にかかるデータについて詳細に分析の上、可視化を図ることにより、病床機能の分化・連携にかかる協議の充実を図る。
- 圏域においては、第8次医療計画策定にかかる協議と地域医療構想にかかる協議を一体的に行う。

※国は、地域医療構想について2025年度まで見直しをしない方向性を示しているが、府から国に対し、病床数の必要量を適宜見直すよう、引き続き働きかけていく。

<参考資料>
厚生労働省

都道府県知事の権限の行使の流れ【厚生労働省資料】

都道府県知事の権限の行使の流れ



2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、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年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、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る必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

○ 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、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、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

地域医療構想調整会議における検討状況の概要

- 令和2年以降、医療機関や都道府県が目下の新型コロナウイルス感染症対応を最優先に対応する中において、地域医療構想調整会議の開催回数は令和元年度以前ほどには開催ができておらず、地域医療構想の検討を進めることが難しい状況にあり、各医療機関における対応方針の策定状況は医療機関単位で36%、病床単位で61%に留まっている。
- 一方で、再検証対象医療機関については、措置済を含む「検証済」の医療機関の割合が53%となっており、昨年9月時点と比べ、進捗が認められる。
- 地域医療構想調整会議については、構想区域における医療提供体制や外来医療・在宅医療など入院医療以外の議論を行っているところもあり、また、データに基づく議論が行われるなど議論の活性化が一定程度進んでいると認められる。一方で、そのような取組が行われていない地域もあり、今後、地域医療構想を進めていくためには、地域医療構想調整会議における更なる議論の活性化を推進することが重要。

2025年に向けた地域医療構想の推進に係る課題と取組について

- 地域医療構想調整会議における検討状況などを踏まえ、引き続き、2025年に向けて地域医療構想を着実に進めるために、以下のような取組を行うべきではないか。

課題	取組
○新型コロナウイルス感染症対応の影響もあり、対応方針の策定や検証・見直しの実施が不十分。	○都道府県が、対応方針策定率をKPIとして、年度ごとに、PDCAサイクルに沿って、地域医療構想調整会議を運営することとしてはどうか。
○地域医療構想調整会議について、議論の透明性を確保する観点から、資料や議事録の公表を行うことは重要であるが、一部の構想区域では、公表が行われていない。	○都道府県は資料や議事録を公表するものであることを明確化してはどうか。
○病床機能報告は病棟単位で行っていること等により、病床数と将来の病床数の必要量が完全に一致することはないが、そうしたデータの特徴では説明できないほど病床数と将来の病床数の必要量に差が生じている構想区域もある。	○都道府県は、そのような構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、それに基づき必要な方策を講じることとしてはどうか。具体的には、病床機能報告の報告率を100%とすることで、病床が全て稼働していない病棟等の実態を把握し、必要な対応を行うこととしてはどうか。
○地域医療構想を進める上では、データに基づいた議論を行うことが重要であるが、必ずしも全ての都道府県において、十分にデータを活用した議論が行われていない。	○国は、都道府県におけるデータの活用等に係る支援を行うこととし、特に、病床数と将来の病床数の必要量の差が大きい構想区域を有する都道府県を優先して、支援を行うこととしてはどうか。

意見のとりまとめ（案）

- 第8次医療計画等に関する検討会の「意見のとりまとめ」の項目I-6-(2)「地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方」については、以下のとおりとしてはどうか。

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場(地域医療構想調整会議)が構想区域ごとに設置されている。

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(病床の必要量の推計・考え方など)を維持しつつ、着実に取組を進めていく。特に再検証対象医療機関については、これまでの方針に従って確実に取組を行う。

具体的には、都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における協議の実施状況の公表を行うこととする。さらに、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、データの特性だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、適正な病床機能報告に基づき、当該構想区域の地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、病床が全て稼働していない病棟等への対応など必要な方策を講じることとする。

また、国は、当該構想区域を有する都道府県を優先して、データの活用等に係る支援を行うなど、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。

なお、現在の地域医療構想は、2025年までの取組として進めているが、第8次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定進んできていることに鑑みれば、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくことが必要と考えられ、その在り方については、今後、中長期的課題について整理し、検討する。