

令和5年度山梨県地域医療構想調整会議 (富士・東部構想区域)

日時 令和6年2月15日(木)
午後4時30分～
場所 富士吉田合同庁舎 2階 大会議室

次 第

1 開 会

2 富士・東部保健所長あいさつ

3 議 題

- (1) 地域医療構想と令和4年度病床機能報告 資料1
- (2) 各医療機関から課題・今後の方針について1分程度で簡潔にご説明いただきます
- ・民間医療機関の具体的対応方針について
 - ・公的医療機関2025プラン
 - ・公立病院経営強化プラン 資料2
- (3) 有床診療所の2025年における
具体的対応方針等について 資料3
- (4) 該当医療機関から1分程度で簡潔にご説明いただきます
- ・紹介受診重点医療機関について 資料4

4 情報提供

- ・地域医療介護総合確保基金事業の概要 資料5

5 その他

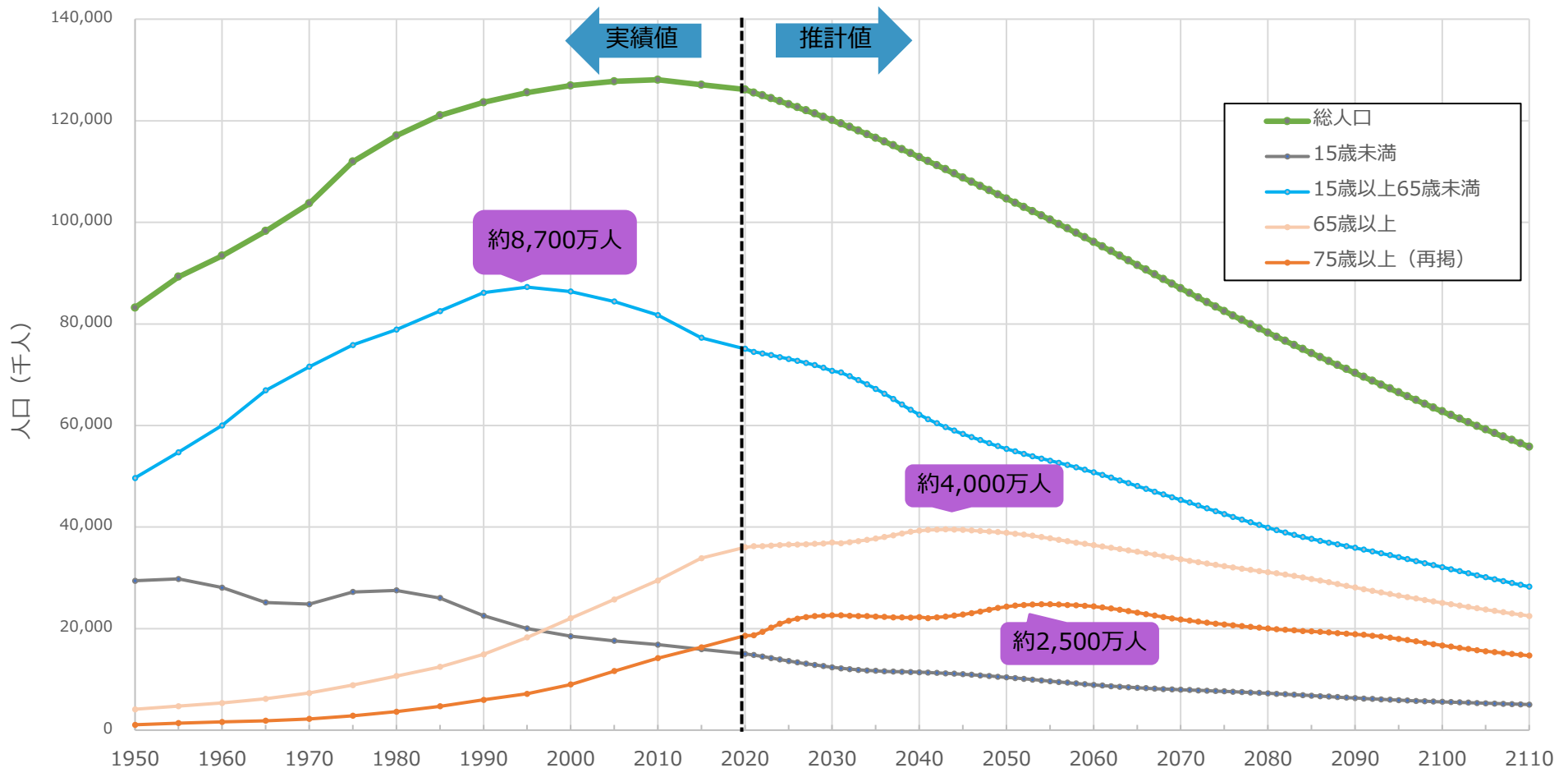
6 閉 会

地域医療構想の 必要性

山梨県庁福祉保健部医務課

人口動態 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



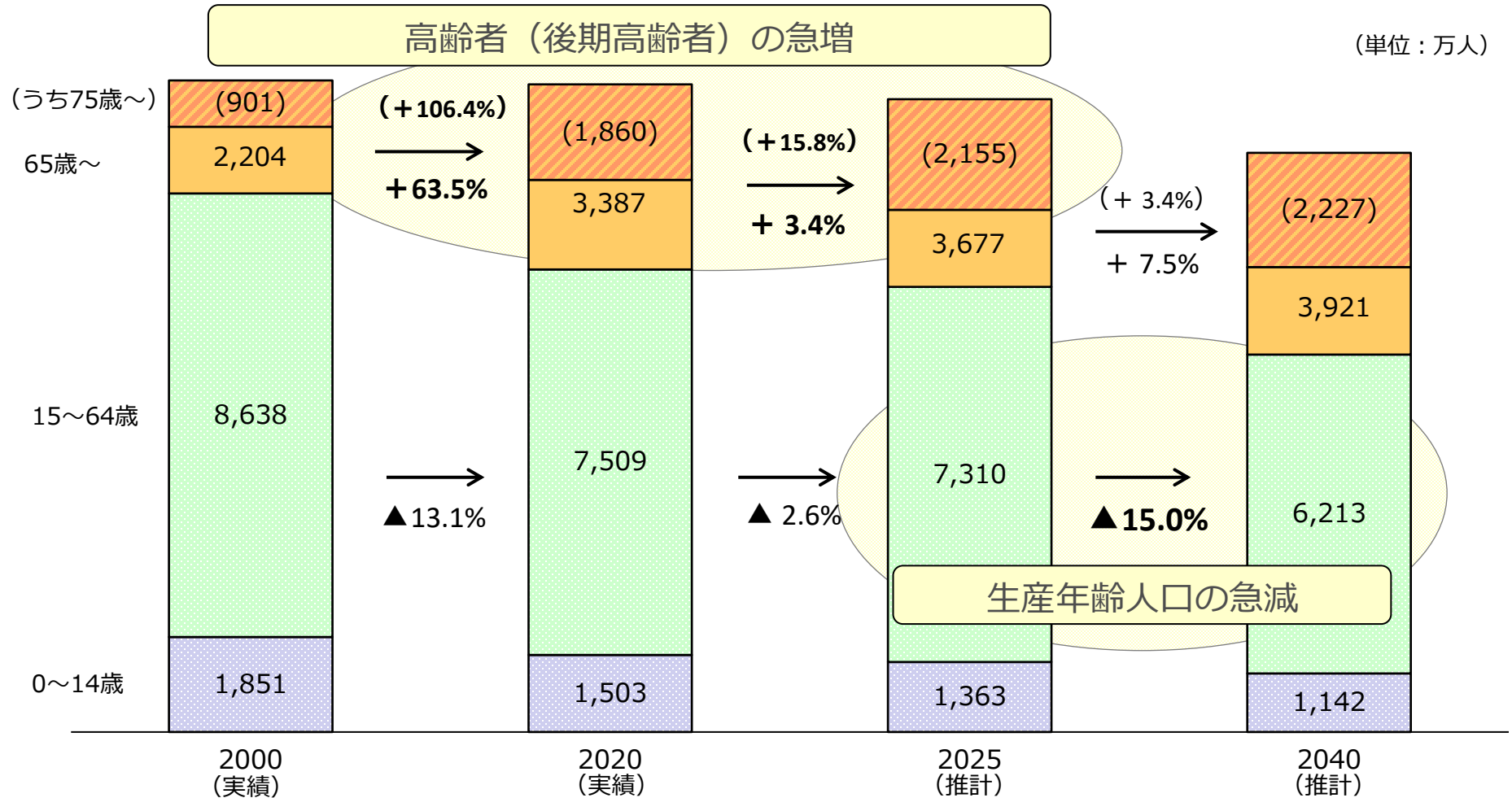
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年推計）

※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

人口動態：「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化

○ 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】

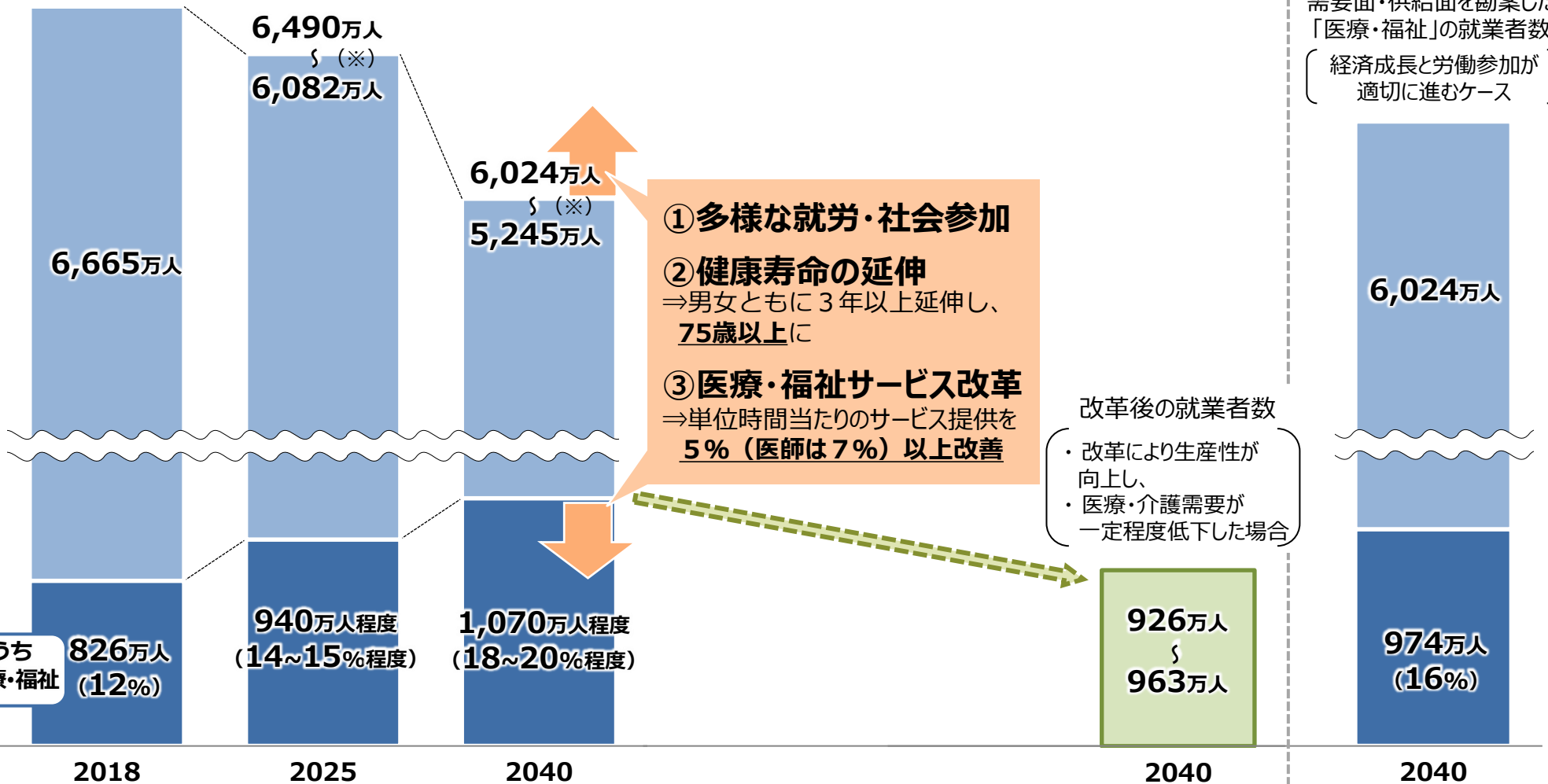


(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

供給面： 2025年以降、人材確保がますます課題

○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

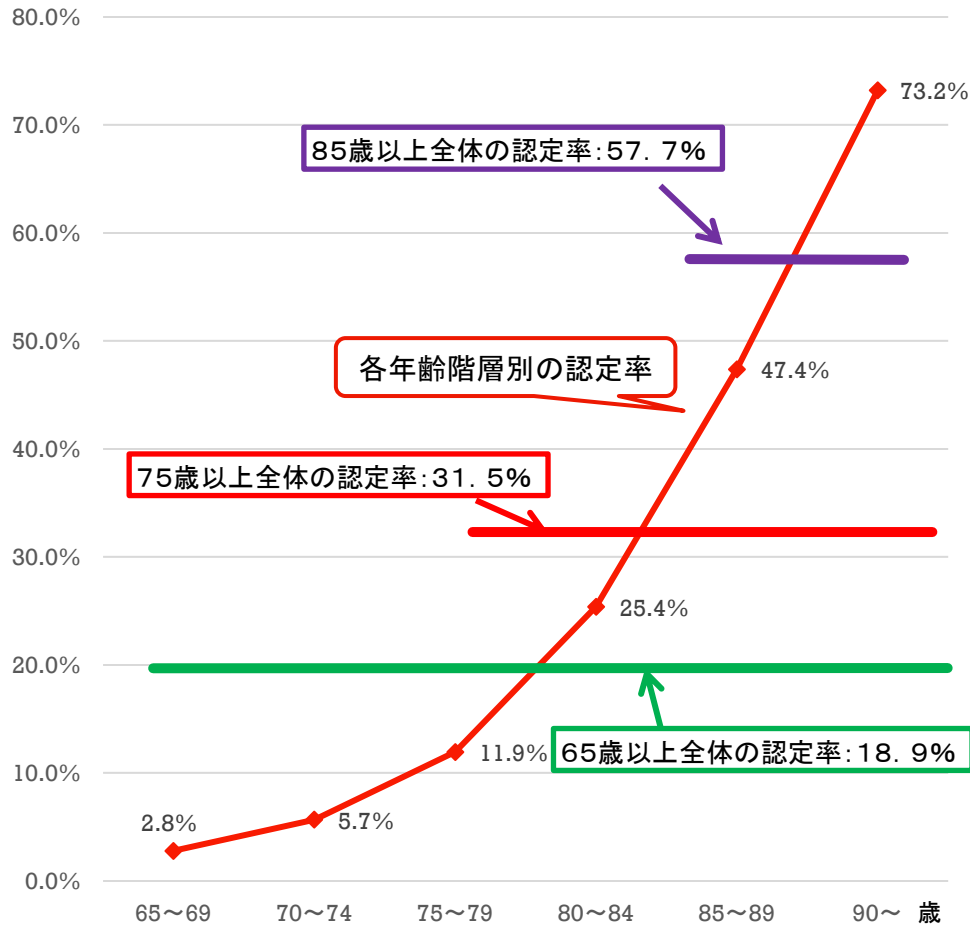


※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。
総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

需要面：医療と介護の複合ニーズが増加

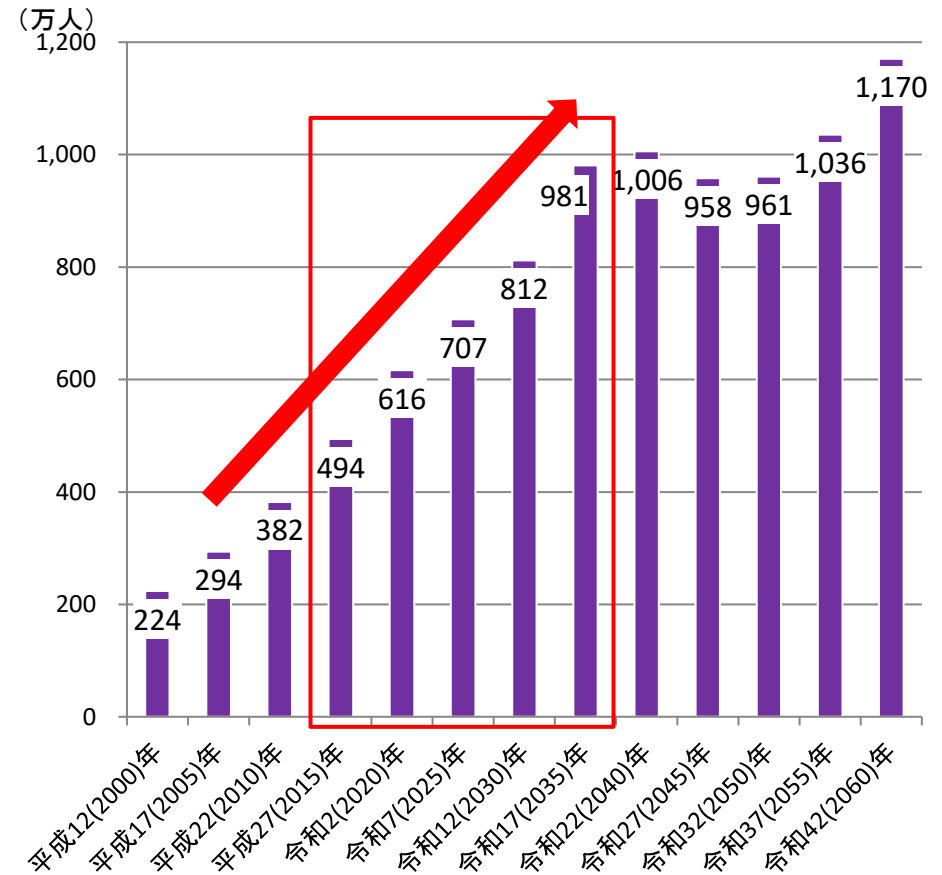
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

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

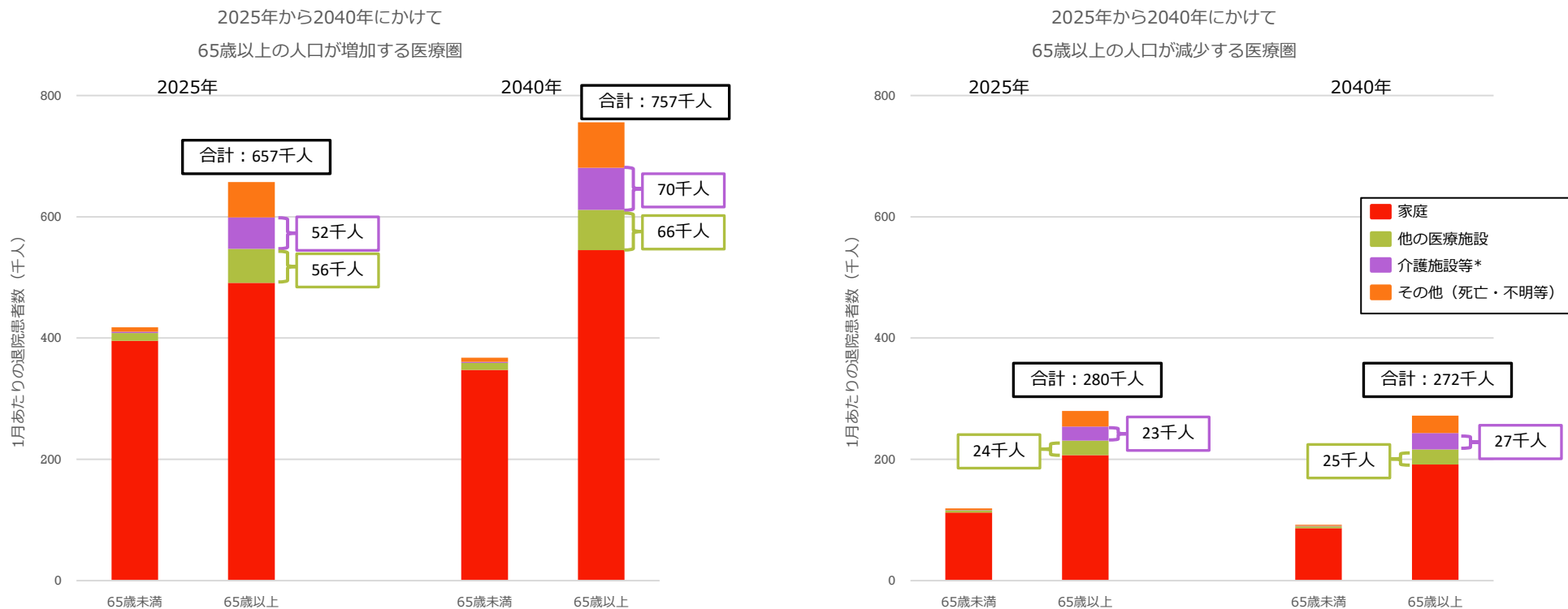


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

需要面： 介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数が増加

- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が増加する医療圏（135の医療圏）では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて15%増加するが、そのうち、介護施設等（介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設）へ退院する患者数は34%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は18%増加すると見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が減少する医療圏（194の医療圏）では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて減少するが、そのうち、介護施設等へ退院する患者数は16%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は微増すると見込まれる。

退院患者の退院先の推移



出典：患者調査（平成29年）「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」 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）」

*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設

※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。

※ 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集計。

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。

山梨県の地域医療構想

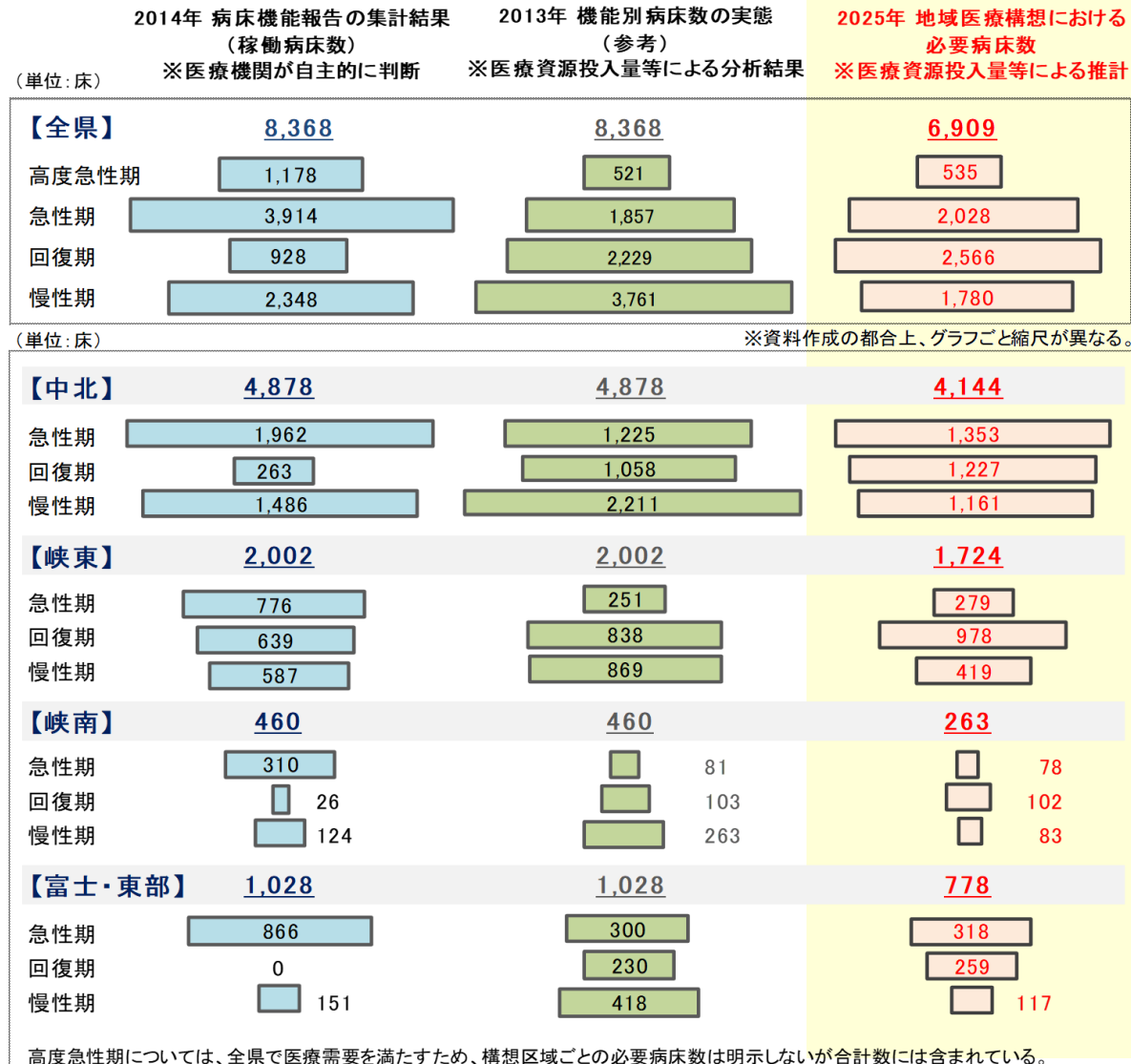
- 平成28年5月に「**山梨県地域医療構想**」を策定
- 地域医療構想の内容（医療法による）
 1. 構想区域
 2. 2025年の構想区域における機能区分ごとの必要病床数
 3. 2025年の構想区域における在宅医療の必要量（医療需要）

地域医療構想の考え方

- 将来の医療ニーズ・受療動向を踏まえた、患者の状態に見合った機能の病床で、ふさわしい医療を提供するための方向性を示すもの
- 「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」、そして「在宅医療」まで切れ目なく提供するため、不足する機能をいかに充実させていくか
- あくまで個々の医療機関による自主的な取組が基本

地域医療構想の内容 (2025年の構想区域における機能区分ごとの必要病床数)

- 病床数全体を8,368床⇒6,909床へ削減
- 増やす機能：回復期 / 減らす機能：高度急性期、急性期、慢性期



山梨県地域医療構想における富士・東部の2025年の必要病床数

- 策定当時と比べて全体の病床数は減っているが、2025年の予定病床数は必要病床数を上回っている
- 数字上では、特に急性期病床が過剰になる一方、回復期・慢性期病床が不足することが見込まれる



医療提供体制をめぐる課題

- 現状、2025年の必要病床数に対して病床数全体として過剰であり、回復期病床は少ない
- 一方で、病床の機能別構成割合を見ると回復期病床の割合は2025年の割合と近い
- それぞれの地域でどの病床がいくつ必要なのか、地域全体で検討していく必要がある

○ 新興感染症対応に関する課題

- ・人材面を始めとした高度急性期対応
- ・地域医療を面として支える医療機関の役割分担・連携
- ・チーム・グループによる外来・在宅医療の強化 など

○ 2040年を見据えた人口構造の変化への対応

- ・生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保
- ・人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応
- ・超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化 など

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

非稼働病床を有する医療機関への対応

○ 平成30年2月7日厚生労働省通知「地域医療構想の進め方について」における取扱い

- 非稼働病棟＝病床が全て稼働していない病棟(過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟をいう)を有する医療機関を把握した場合には、速やかに当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、
 - ①病棟を稼働していない理由、
 - ②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求める
- 再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様と見なし、より慎重な議論を進めること

地域医療構想の今後の進め方①

○ 令和4年3月24日厚生労働省通知「地域医療構想の進め方について」

○ 2022年度及び2023年度において、**公立・公的・民間医療機関における対応方針の策定や検証・見直しを行うこととする**

○ 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。

○ 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**

※ 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

地域医療構想の今後の進め方②

- 12月8日までに各種プランや具体的対応方針等について素案をご提出いただき、地域医療構想調整会議に向けて調整を進めていく

○ 地域医療構想調整会議

- ・令和6年2月頃、各圏域ごとに対面開催予定。
 - ・令和5年度外来機能報告を踏まえた「紹介受診重点医療機関」に関する協議
 - ・各「**公立病院経営強化プラン**」「**公的医療機関2025プラン**」「**具体的対応方針**」「**再検証シート**」「**単独病床機能再編計画書**」等について協議。
- ⇒令和5年度中に協議がととのい「合意済」となった医療機関が100%になることを目指す



- 引き続き地域医療構想について話し合いを続け、さらなる病床の機能分化・連携に向けて、地域医療構想調整会議よりも小さな単位による協議を開催することを検討
- **2025年に2026年以降の新たな「地域医療構想」を策定予定**

病床が担う医療機能について

資料1

毎年の病床機能報告においては、各医療機関のご判断で、病棟ごとに病床が担う医療機能を下記4つの中から1つ選択してご報告いただいております。

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、当該患者の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

病床機能別の集計結果の概要

資料1

(単位:床)

構想区域	医療機能	平成26年 (2014年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)	※ 【参考】 増減 C-A	【参考】 平成37年 (2025年) 地域医療構想 における 必要病床数 F
		(7月1日現在)	(7月1日現在)	(7月1日現在)		
		病床機能報告 (稼働病床数) A	病床機能報告 (最大使用病床数) B	病床機能報告 (最大使用病床数) C		
中北	高度急性期	1,167	800	736	△ 431	403
	急性期	1,962	1,663	1,753	△ 209	1,353
	回復期	263	759	777	514	1,227
	慢性期	1,486	1,396	1,312	△ 174	1,161
	計	4,878	4,618	4,578	△ 300	4,144
峡東	高度急性期	0	87	0	0	48
	急性期	776	412	503	△ 273	279
	回復期	639	848	876	237	978
	慢性期	587	368	363	△ 224	419
	計	2,002	1,715	1,742	△ 260	1,724
峡南	高度急性期	0	0	0	0	0
	急性期	310	275	251	△ 59	78
	回復期	26	38	35	9	102
	慢性期	124	137	136	12	83
	計	460	450	422	△ 38	263
富士 ・東部	高度急性期	11	14	14	3	84
	急性期	866	642	611	△ 255	318
	回復期	0	236	179	179	259
	慢性期	151	82	81	△ 70	117
	計	1,028	974	885	△ 143	778
総計	高度急性期	1,178	901	750	△ 428	535
	急性期	3,914	2,992	3,118	△ 796	2,028
	回復期	928	1,881	1,867	939	2,566
	慢性期	2,348	1,983	1,892	△ 456	1,780
	計	8,368	7,757	7,627	△ 741	6,909

➤ 医療機能を未選択の病床は含まず。

※ 時点の異なる病床機能報告の数値については、以下の点から、単純に比較すべき性質のものではないと考えられるため、「増減」は「参考」扱いとする。

・ 医療機能の区分の基準は定性的なものであり、あくまでも医療機関の自主的な判断によるものであること。

Ⅱ 集計結果【富士・東部医療圏】〔病院ごと〕

病院	病棟	R3年度病床機能報告・・・(A)					R4年度病床機能報告・・・(B)					B-A	
		病床機能		種別	病床数		病床機能		種別	病床数		病床数	
		R3.7.1時点	4年経過日		許可	最大使用	R4.7.1時点	3年経過日		許可	最大使用	許可	最大使用
富士吉田市立病院	01 ICU	高度急性期	高度急性期	一般	6	6	高度急性期	高度急性期	一般	6	6	0	0
	02 3階東病棟	急性期	急性期	一般	50	46	急性期	急性期	一般	50	48	0	2
	03 3階西病棟	回復期	回復期	療養	50	28	回復期	回復期	療養	50	29	0	1
	04 4階東病棟	急性期	急性期	一般	54	50	急性期	急性期	一般	54	33	0	▲17
	05 4階西病棟	急性期	急性期	一般	50	49	急性期	急性期	一般	50	49	0	0
	06 5階東病棟	急性期	急性期	一般	50	48	急性期	急性期	一般	50	49	0	1
	07 5階西病棟	回復期	回復期	一般	50	48	回復期	回復期	一般	50	49	0	1
	計	高度急性期			6	6	高度急性期			6	6	0	0
	急性期			204	193	急性期			204	179	0	▲14	
	回復期			100	76	回復期			100	78	0	2	
	合計			310	275	合計			310	263	0	▲12	
山梨赤十字病院	01 HCU	高度急性期	高度急性期	一般	8	8	高度急性期	高度急性期	一般	8	8	0	0
	02 2階東病棟	急性期	急性期	一般	53	51	急性期	急性期	一般	53	53	0	2
	03 2階西病棟	急性期	急性期	一般	61	47	急性期	急性期	一般	61	56	0	9
	04 3階東病棟	急性期	急性期	一般	53	40	急性期	急性期	一般	53	33	0	▲7
	05 3階西病棟	回復期	回復期	一般	49	54	回復期	回復期	一般	49	49	0	▲5
	06 長期療養型病棟	慢性期	慢性期	療養	45	43	慢性期	慢性期	療養	45	40	0	▲3
	計	高度急性期			8	8	高度急性期			8	8	0	0
		急性期			167	138	急性期			167	142	0	4
	回復期			49	54	回復期			49	49	0	▲5	
	慢性期			45	43	慢性期			45	40	0	▲3	
	合計			269	243	合計			269	239	0	▲4	
大月市立中央病院	01 東3階病棟	急性期	急性期	一般	42	40	急性期	急性期	一般	42	40	0	0
	02 東4階病棟	慢性期	慢性期	療養	42	39	慢性期	慢性期	療養	42	41	0	2
	03 南2階病棟	(休棟)	(休棟)	一般	60	0	(休棟)	(休棟)	一般	60	0	0	0
	04 南3階病棟	急性期	(休棟)	一般	15	13	急性期	(休棟)	一般	20	20	5	7
	計	急性期			57	53	急性期			62	60	5	7
	慢性期			42	39	慢性期			42	41	0	2	
	(休棟)			60	0	(休棟)			60	0	0	0	
	合計			159	92	合計			164	101	5	9	
都留市立病院	01 北病棟	急性期	急性期	一般	30	21	急性期	急性期	一般	30	20	0	▲1
	02 3階病棟	急性期	回復期	一般	55	51	急性期	急性期	一般	55	43	0	▲8
	03 4階病棟	急性期	急性期	一般	55	48	急性期	急性期	一般	55	49	0	1
	計	急性期			140	120	急性期			140	112	0	▲8
上野原市立病院	01 2階東病棟	急性期	急性期	一般	53	53	急性期	急性期	一般	53	33	0	▲20
	02 3階東病棟	回復期	回復期	一般	50	50	回復期	回復期	一般	50	33	0	▲17
	03 3階西病棟	急性期	急性期	一般	32	32	急性期	急性期	一般	32	32	0	0
	計	急性期			85	85	急性期			85	65	0	▲20
	回復期			50	50	回復期			50	33	0	▲17	
	合計			135	135	合計			135	98	0	▲37	
ツル虎ノ門外科・リハビリテーション病院	01 一般病棟	急性期	急性期	一般	37	37	急性期	急性期	一般	37	37	0	0
	02 回復期病棟	回復期	介護施設等	療養	37	37						▲37	▲37
	計	急性期			37	37	急性期			37	37	0	0
		回復期			37	37						▲37	▲37
	合計			74	74	合計			37	37	▲37	▲37	
富士・東部合計		高度急性期			14	14	高度急性期			14	14	0	0
		急性期			690	626	急性期			695	595	5	▲31
		回復期			236	217	回復期			199	160	▲37	▲57
		慢性期			87	82	慢性期			87	81	0	▲1
		(休棟)			60	0	(休棟)			60	0	0	0
	合計			1,087	939	合計			1,055	850	▲32	▲89	

Ⅲ 集計結果【富士・東部医療圏】〔有床診療所ごと〕

有床診療所	R3年度病床機能報告…(A)					R4年度病床機能報告…(B)					B-A	
	病床機能		種別	病床数		病床機能		種別	病床数		病床数	
	R3.7.1 時点	4年 経過日		許可	最大 使用	R4.7.1 時点	3年 経過日		許可	最大 使用	許可	最大 使用
富士厚生クリニック	急性期	急性期	一般	16	16	急性期	急性期	一般	16	16	0	0
東桂メディカルクリニック	回復期	回復期	一般	19	19	回復期	回復期	一般	19	19	0	0
宮下医院	回復期	回復期	一般	4	0	急性期	急性期	一般	4	0	0	0
加賀谷医院	[対象外]	[対象外]				急性期	急性期	一般	4	0	4	0
ことぶき診療所	(休棟)	(休棟)	一般	19	0	(休棟)	(休棟)	一般	19	0	0	0
武者医院	[対象外]	[対象外]				(休棟)	(廃止予定)	一般	6	0	6	0
富士・東部合計	急性期			16	16	急性期			24	16	8	0
	回復期			23	19	回復期			19	19	▲4	0
	(休棟)			19	0	(休棟)			25	0	6	0
	合計			58	35	合計			68	35	10	0
富士・東部総計 (病院+診療所)	高度急性期			14	14	高度急性期			14	14	0	0
	急性期			706	642	急性期			719	611	13	▲31
	回復期			259	236	回復期			218	179	▲41	▲57
	慢性期			87	82	慢性期			87	81	0	▲1
	(休棟)			79	0	(休棟)			85	0	6	0
合計			1,145	974	合計			1,123	885	▲22	▲89	

紹介受診重点医療機関に係る協議 (富士・東部医療圏)

※R6.1.3時点 外来機能報告暫定データより

外来機能報告制度（紹介受診重点医療機関）について

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

- 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（外来機能報告）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（紹介受診重点医療機関）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

かかりつけ医機能を担う医療機関



紹介受診重点医療機関



〈「医療資源を重点的に活用する外来」〉

- 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）

選定の基準

【紹介受診重点外来の基準】

初診に占める重点外来の割合：40%以上

かつ再診に占める重点外来の割合：25%以上

【上記を満たさない場合】

紹介率：50%以上かつ逆紹介率40%以上

いずれの場合も「**紹介受診重点医療機関の役割を担う意向がある**」ことが必要

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

別紙

		意向あり	意向なし
紹介受診重点外来の基準	満たす	1 紹介受診重点医療機関 * 「外来医療に係る協議の場」での確認	2 「外来医療に係る協議の場」での協議 ・富士吉田市立病院
	満たさない	3 「外来医療に係る協議の場」での協議	4

「外来医療に係る協議の場」での協議

1

【「基準を満たす・意向あり」本県の考え方】
 特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関として選定する

2

【「基準を満たす・意向なし」本県の考え方】
 当該医療機関に「意向なし」の理由を確認した上で、紹介受診重点医療機関に選定しない

3

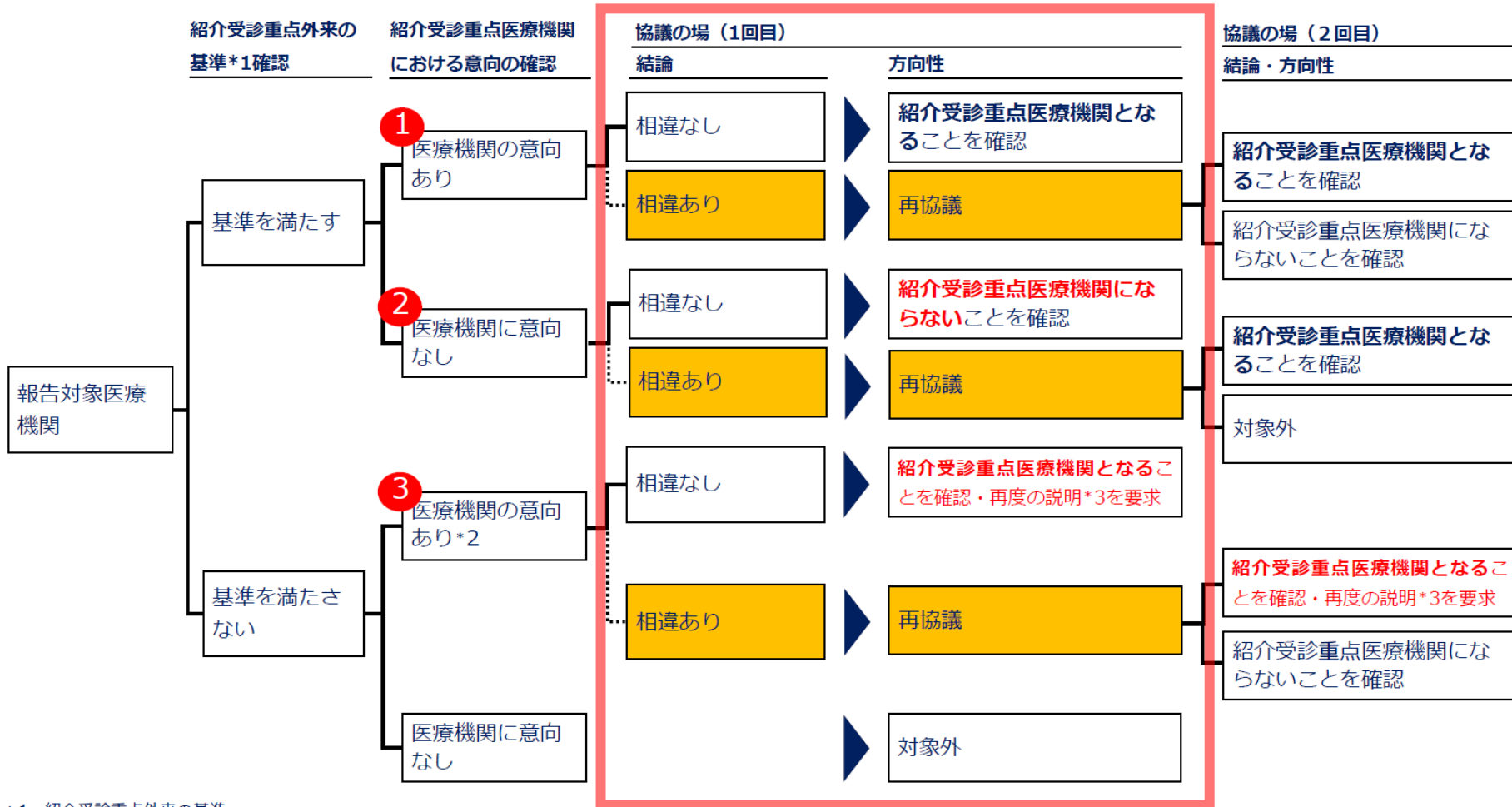
【「基準未達成・紹介率達成・意向あり」本県の考え方】
紹介率・逆紹介率の基準を達成している場合は、当該医療機関が将来紹介受診重点外来の基準を達成するための具体策を確認した上で、紹介受診重点医療機関として選定する

4

【「基準未達成・意向なし」本県の考え方】
 協議の対象としない

協議フローについて

協議の場での再協議が求められる



*1 紹介受診重点外来の基準：
 ・初診基準：40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 ・再診基準：25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 *2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。
 *3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

（参考）「外来機能報告等に関するガイドライン」

協議を行い、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限り、紹介受診重点医療機関として公表を行う

紹介受診重点医療機関の公表

- **結果通知**

ご意見取りまとめ後、知事→医療機関管理者宛てに
通知

- **公表（県ホームページ）**

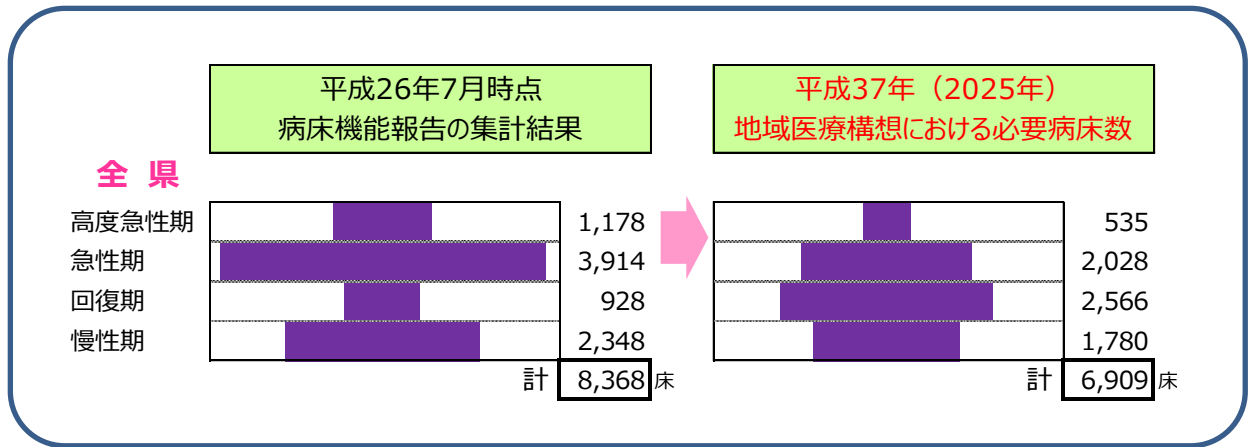
1日付けで**紹介受診重点医療機関リスト**を公表

（例：1月中に選定⇒2月1日に公表）

⇒**診療報酬の起算日と公表日が一致**

また、地域医療構想調整会議の資料及びいただいたご
意見等についても公表

地域医療介護総合確保基金事業の概要



地域医療構想推進事業費補助金

※該当する場合は事前に医務課へご相談ください。

区 分	[施設整備]	[設備整備]
補助事業者	病院	病院、有床診療所
対象事業	平成26年7月2日以降に該当する診療報酬施設基準の届出を行った又は届出に向けて準備中の場合、回復期機能の病棟等として必要な施設整備（病室、処置室、機能訓練室、廊下等）	回復期リハビリテーション機能、急性期を経過した患者の受入機能又は在宅患者の急変時の受入機能の強化のための設備整備（機械浴槽、リハビリ機器、患者搬送車両等） ※1品30千円以上
補助率	1/2	1/2
基準額	①病床機能転換に係る施設整備 【新・増改築】 9,000千円/病床 【改修等】 6,288千円/病床 ×転換病床数×補助率 ②病床削減に伴う施設整備 5,022千円/病床 ×削減病床数×補助率	12,000千円/施設 (患者搬送車両は5,000千円) ×補助率 ※過去に当該補助金を受けた場合は、総額の事業費12,000千円までが対象となります。 単年度ごとに12,000千円ではありません。

病床機能再編支援事業給付金の概要

1 事業概要

令和3年5月28日に、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和3年法律第49号）が公布・一部施行され、厚生労働省において「病床機能再編支援事業」が創設されました。

地域医療構想に基づき、以下に掲げる事業を行う県内医療機関に対し給付金を支給することにより、地域医療構想の実現に向けた取組を支援します。該当する場合は詳細をお伝えしますので、医務課医療企画担当（055-223-1480）へお問い合わせください。

2 対象事業者

①単独支援給付金

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」）を選択した病棟の稼働病床数を報告し、いずれかの病床を削減する医療機関

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。

②統合支援給付金

複数の医療機関が、地域の関係者間の合意の上、地域医療構想に即した病床機能再編を実施し統合する（統合関係医療機関のうち1以上の病院が廃止（有床診療所化又は無床診療所化も含む。）となる）場合、当該統合に参加する医療機関

支給要件

- ① 地域医療構想を達成するために必要な統合であるとして、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 統合関係病院等のうち1以上の病院が廃止（有床診療所化、診療所化も含む）となること。
- ③ 2025年度中までに統合が完了する計画であり、全ての統合関係病院等が計画に合意していること。
- ④ 統合関係病院等の対象3区分の**総病床数の10%以上削減**すること。

③債務整理支援給付金

地域医療構想に即した病床削減を実施し統合する複数の医療機関のうち、統合によって廃止となる医療機関の未返済の債務を返済するために金融機関から新たに融資を受けた統合後に存続する医療機関