

令和6年度 第1回 愛媛県宇摩構想区域地域医療構想調整会議 次第

日時：令和6年9月3日（火） 19:00～

場所：四国中央市福社会館 4階 多目的ホール
(四国中央市三島宮川4-6-55)

1 開会

2 四国中央保健所長 あいさつ

3 議題

(1) 病床機能報告について

- ①地域医療構想 と 地域医療構想調整会議の権能
- ②病床機能報告

(2) 各医療圏の課題分析 と 詳細分析の医療圏について

(講演) 講師 株式会社日本経営

リサーチ&インテリジェンス事業部 部長 角谷 哲

(3) 新中核病院建設について

- ①新中核病院整備事業に係るこれまでの経緯
- ②新中核病院の建設計画

(4) 地域医療介護総合確保基金について

- ①地域医療介護総合確保基金事業の概要
- ②地域医療構想調整会議での議論・調整
- ③令和6年度基金事業の報告
- ④令和7年度基金事業の選定

4 閉会

〈参考資料〉

参考資料1 (議題1、4関係)

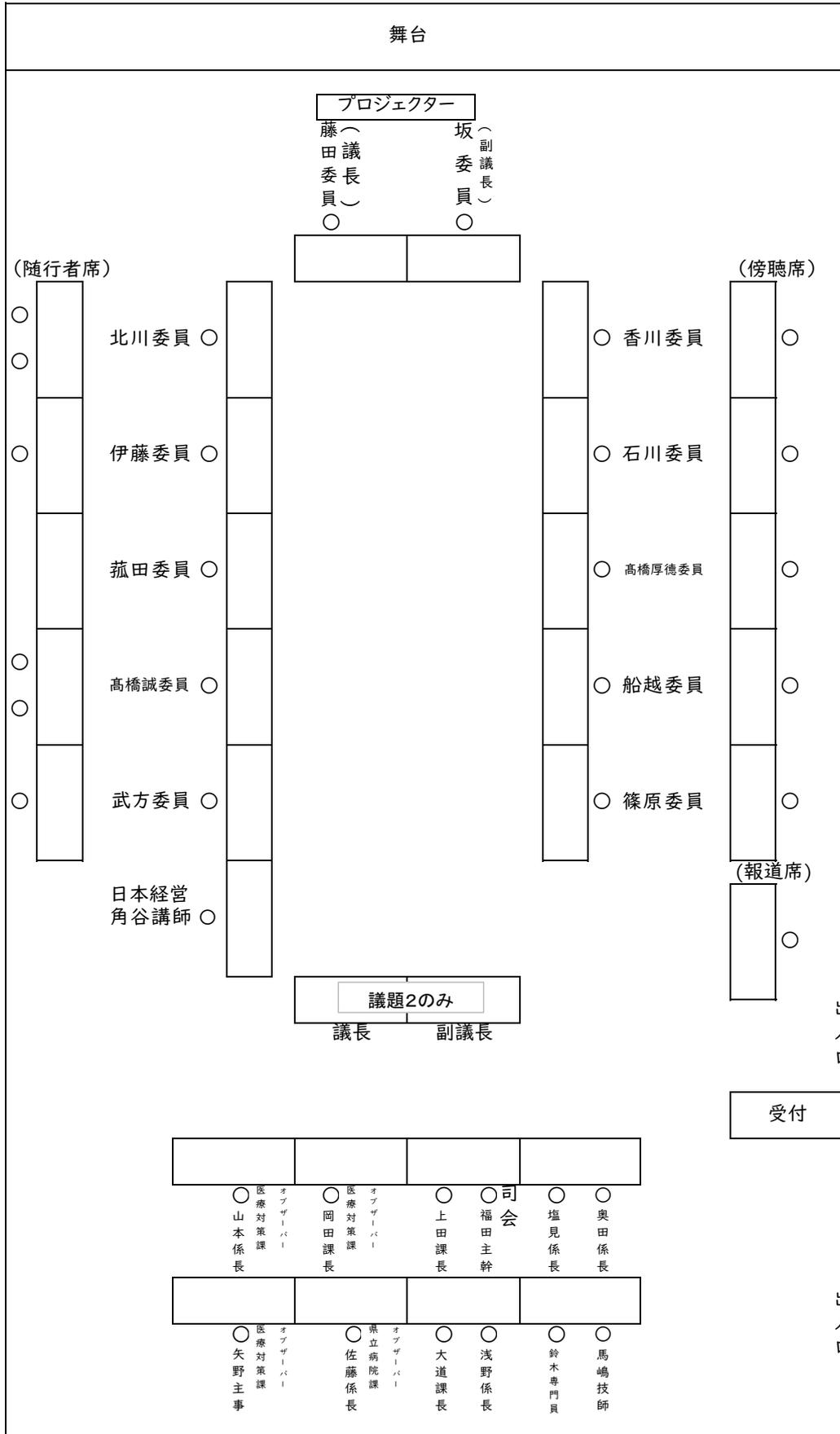
H26.11.21 第4回 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会資料

参考資料2 (議題4関係)

【国通知】地域医療介護総合確保基金(医療分)に係る標準事業例の取扱いについて

令和6年度 第1回 愛媛県宇摩構想区域地域医療構想調整会議 配席図

日時:令和6年9月3日(火) 19:00から
 場所:四国中央市福社会館 4階 多目的ホール



令和6年度 第1回 愛媛県宇摩構想区域地域医療構想調整会議

【委員名簿】

【委員】

任期(令和5年6月1日～令和7年5月31日)

	所 属	役 職	氏 名	備 考
1	一般社団法人 宇摩医師会	会長	藤 田 新	随行1名
2	宇摩歯科医師会	在宅歯科医療連携室 室長	坂 宗 尚	
3	一般社団法人 愛媛県薬剤師会	宇摩支部長	香 川 七 俊	
4	公益社団法人 愛媛県看護協会	四国中央地区理事	石 川 美 保	
5	四国中央市社会福祉協議会	会長	高 橋 厚 徳	
6	四国中央市介護支援専門員連絡協議会	会長	船 越 友 香	【新任】
7	公立学校共済組合 四国中央病院	院長	北 川 哲 也	随行2名
8	社会医療法人石川記念会 HITO病院	院長	伊 藤 彰	【新任】 随行1名
9	医療法人明生会 長谷川病院	院長	菰 田 敬 三	
10	大王製紙健康保険組合	常務理事	篠 原 義 幸	
11	四国中央市	副市長	高 橋 誠	随行2名
12	四国中央保健所	所長	武 方 誠 二	
愛媛県地域医療構想アドバイザー			久 野 悟 郎	(WEBにて参加)
愛媛県地域医療構想オブザーバー			杉 山 隆	(WEBにて参加)
事務局 愛媛県四国中央保健所	企画課長	上 田 陽 一 郎		
	保健課長	大 道 誠 子		
	企画課主幹	福 田 裕 子		
	企画課 担当係長	塩 見 隆		
	企画課 担当係長	奥 田 幸 男		
	保健課 係長	浅 野 由 紀 子		
	企画課 専門員	鈴 木 美 子		
	企画課 技師	馬 嶋 眞 子		
オブザーバー 愛媛県	医療対策課長	岡 田 義 弘		
	医療対策課 担当係長	山 本 晃 嗣		
	医療対策課 主事	矢 野 佑 香		
	県立病院課 係長	佐 藤 秀 人		

愛媛県宇摩構想区域地域医療構想調整会議設置要綱

(設置)

第1条 宇摩構想区域の医療提供体制を確保することを目的に、宇摩構想区域における地域医療構想の策定及び実現に向けた関係者との協議及び調整等を行うため、愛媛県宇摩構想区域地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

(任務)

第2条 調整会議では、次に掲げる事項について協議及び調整等を行う。

- (1) 地域医療構想の策定及び実現に関する事項
- (2) 構想区域内における医療提供体制の課題に関する事項
- (3) 医療計画に関する事項
- (4) その他目的を達成するために必要な事項

(組織)

第3条 調整会議は、委員15人以内で組織し、委員は、次に掲げる者のうちから愛媛県東予地方局長が委嘱し、又は任命する。

- 一 郡市医師会の代表者
- 二 歯科医師会の代表者
- 三 薬剤師会の代表者
- 四 看護関係者の代表者
- 五 介護関係者の代表者
- 六 医療機関の代表者
- 七 保険者の代表者
- 八 市町の代表者
- 九 保健所の代表者
- 十 その他議長が必要と認めた者

2 調整会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。

3 議長は、調整会議を代表し、会務を総理する。

4 議長は、あらかじめ副議長を指名することとし、必要に応じて副議長がその職務を代行する。

(任期)

第4条 調整会議の委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 補欠による委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会議)

第5条 調整会議は、議長が必要の都度招集し、これを主宰する。

2 議長は、必要に応じて調整会議に委員以外の者を出席させることができるほか、一部の委員及び有識者等からなる部会を設置し特定課題の検討を行わせることができる。

(代理出席)

第6条 委員は、やむを得ない事情により調整会議に出席できないときは、代理者を出席させることができる。

2 代理者は、委員と同一の機関に属する者で委員が指名する者とする。

3 第1項の代理者は、委員とみなす。

(事務局)

第7条 調整会議の事務局は、四国中央保健所企画課に置く。

(雑則)

第8条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は、地方局長が別に定める。

附則

この要綱は、平成27年6月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成28年6月22日から施行する。

1. 愛媛県地域医療構想とは

- この構想は、地域保健医療計画とともに医療計画を構成するもので、
 - 一体の区域として、地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を「構想区域」と設定したうえで、
 - 国が定める推計方法を用い、それぞれの構想区域において、機能区分（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）別の2025年の医療需要、さらには2025年の必要病床数を明らかにするとともに、
 - 2025年の必要病床数（推計値）等を踏まえ、必要な医療提供体制の確保を進めるための、病床の機能分化・連携、在宅医療の充実、医療従事者の確保・養成に係る施策を示し、医療関係者の主体的な取組み等につなげていくことをめざしています。
- また、目標年次（2025年）における医療提供体制の確保に向け、各構想区域に協議の場として設けた「調整会議」、全県的な視点での司令塔となる「推進戦略会議」において、毎年の病床機能報告制度の結果などを元に、地域医療構想のPDCAサイクルを効果的に機能させていくこととしています。

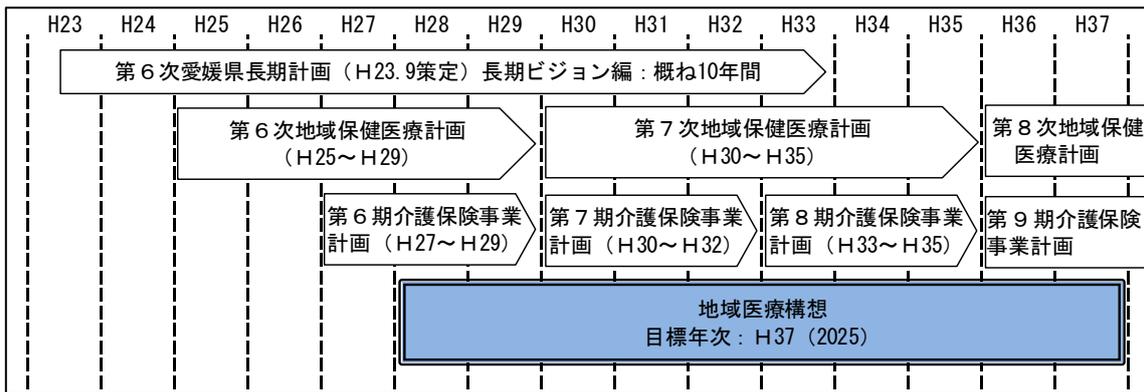
構想区域	構成市町名	構想区域人口（人）	
		2010年総人口 （同年75歳以上人口）	2025年総人口 （同年75歳以上人口）
宇摩	四国中央市	90,187 (12,522)	79,432 (16,166)
新居浜・西条	新居浜市、西条市	233,826 (33,547)	211,721 (43,523)
今治	今治市、上島町	174,180 (26,222)	146,927 (34,197)
松山	松山市、伊予市、東温市、久万高原町、松前町、砥部町	652,485 (76,429)	610,640 (112,126)
八幡浜・大洲	八幡浜市、大洲市、西予市、内子町、伊方町	156,534 (30,635)	123,084 (32,095)
宇和島	宇和島市、松野町、鬼北町、愛南町	124,281 (22,937)	97,647 (25,575)



2025年の医療需要算出方法
構想区域の2025年の医療需要 = [当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を 総和したもの
2025年の必要病床数算出方法
必要病床数 = 医療需要 ÷ 病床稼働率

医療機能	医療資源投入量	病床稼働率
高度急性期	3000点～	75%
急性期	600～2999点	78%
回復期	175～599点	90%
慢性期、在宅医療等	～174点	92%

(注) 必要病床数は、全国一律に、一定の仮定を元に算出した推計値であり、稼働病床に変更を強いるものではありません



2. 各構想区域の医療需要、必要病床数（推計値）

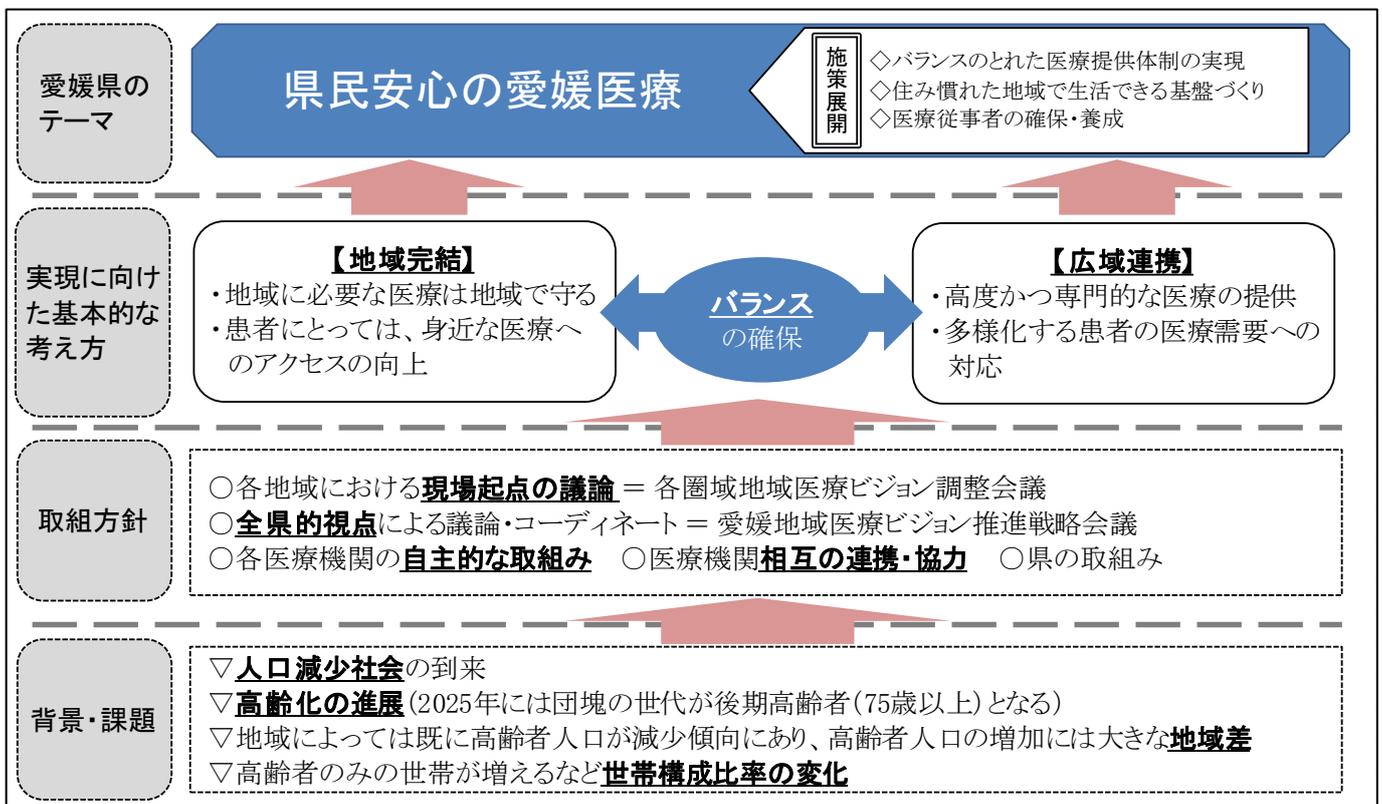
構想区域	医療需要 (単位:人/日)					必要病床数 (単位:床)			
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅等	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
宇摩	38	247	265	200	933	51	317	294	217
新居浜・西条	147	644	609	596	3,425	196	826	677	648
今治	89	532	637	396	2,263	119	682	708	430
松山	586	1,556	1,860	1,689	11,986	781	1,995	2,067	1,836
八幡浜・大洲	44	379	624	408	2,680	59	486	693	443
宇和島	90	326	409	281	1,862	120	418	454	305

(参考) 高度急性期機能は医療機関所在地を元に、急性期・回復期・慢性期機能は患者住所地を元に医療需要を算出

3. 2014年7月1日現在の病床機能報告制度の報告状況（無回答を除く。許可病床による推計）

構想区域	現状 (単位:床)				→	6年後の予定 (単位:床)			
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期		高度急性期	急性期	回復期	慢性期
宇摩	10	586	86	526		10	551	121	526
新居浜・西条	10	1,821	146	947		10	1,883	296	902
今治	17	1,432	255	674		17	1,432	236	693
松山	2,136	2,859	895	3,034		2,163	2,596	1,364	2,801
八幡浜・大洲	0	927	203	602		0	959	226	634
宇和島	20	1,219	198	591		20	1,115	302	591

4. 愛媛らしい医療提供体制の姿（イメージ）



5. 将来あるべき医療提供体制を実現するために

◆◆◆ 全県 ◆◆◆

- ・ 構想区域ごとに病床の機能の分化・連携を推進するとともに、広域救急連携など、本県の特性を踏まえた全県的な連携の一層の促進を図り、バランスのとれた医療提供体制を実現します。
- ・ 可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる環境を整備します。
- ・ 県民の誰もが適切な医療を受診でき、安心して住み慣れた地域で生活できるよう、医療従事者を確保・養成します。

施策体系

事業区分	効果（目的）	目的達成のための手段（施策）
I 病床の機能分化及び連携の推進	不足する医療機能を、構想区域内に創出するための機能分化等の推進	・ 病床機能の転換に必要な施設・設備の整備 ・ 不足する医療機能に特化した、専門医療人材の確保 等
	不足する医療機能を、構想区域内外で相互補完するための連携体制の構築	・ ICTを活用した地域ネットワーク基盤の整備 ・ 医科歯科連携による入院患者の口腔健康管理等 等
II 在宅医療の充実	入院患者の在宅医療への円滑な移行の促進	・ コーディネーターの育成確保、入院患者への相談体制の整備 ・ 多職種の関係機関における連携体制の整備 等
	在宅医療を支える医療環境等の充実	・ 在宅医療を支える医師・歯科医師・薬剤師・看護師等の確保 ・ 医療機関における急変時受入体制の整備 ・ 地域包括ケアシステムの構築 等
	在宅療養者及びその家族等への支援	・ 在宅医療に係る情報提供、相談体制の整備 ・ 看取りができる体制の整備 等
III 医療従事者の確保・養成	地域ニーズに応える医療人材の確保（離職防止、定着支援を含む）	・ 奨学金制度等を通じた医療人材の養成確保 ・ 医療人材養成機関の施設・設備の整備や運営の支援 ・ 医療勤務環境改善支援センターの設置運営 等
	医療人材に係るQOLの向上	・ スキルアップ支援、キャリア形成支援につながる教育研修機会の提供 ・ 患者を適切な受療行動に導くための情報提供 等
	医療人材の偏在是正	・ 県内医療従事者不足状況の把握 ・ 救急医療機関等への診療支援、運営支援 等

◆◆◆ 宇摩構想区域 ◆◆◆

- ・宇摩構想区域では、住民の地域医療に対する信頼や安心を確保するため、区域にふさわしい医療機能の分化と連携を適切に推進し、バランスのとれた医療提供体制を実現します。
- ・宇摩構想区域内には、典型的な山村である新宮・嶺南地区があり、同地区は大部分が急傾斜の山林で、集落は谷あいには分散していることから、大規模災害時における災害医療、平時における救急医療が受けられる医療提供体制を実現します。

2014年7月1日現在（病床機能報告制度）		2025年必要病床数	
高度急性期	10床	高度急性期	51床
急性期	586床	急性期	317床
回復期	86床	回復期	294床
慢性期	526床	慢性期	217床
[病棟ごとに主たる機能を医療機関が自主的に報告したもの]		在宅等	933人/日

※2025年における医療需要を基にした必要病床数と毎年度実施される病床機能報告制度の結果を比較することにより、各地域で不足すると見込まれる機能を補いながら、各地域の実情に即した医療提供体制を整備します。

施策の方向

県は、関係者が情報を共有し、円滑な連携体制の構築を進めるため、調整会議等を開催します。

各医療機関、関係団体、県及び市は、連携してそれぞれの役割に応じて下記の施策に取り組み、または支援することとします。

I 病床の機能の分化及び連携の推進

- ・各医療機関は、病床の機能の分化及び連携を促進するため、病床機能の転換等に必要施設・設備の整備に取り組みます。
- ・医師会をはじめとする各種団体や各医療機関は、医療機関等の円滑な連携を図るため、ICTを活用した地域ネットワーク基盤の整備に取り組みます。
- ・へき地診療所とへき地医療拠点病院・二次救急医療施設との連携による地域医療の確保、へき地診療所を中心とした効率的なへき地等医療体制の整備に努めます。
- ・活用予定の無い病床については、許可病床の返還等の促進に努めます。（在宅医療支援機能として有効に活用する場合などは許可病床の返還を求めない等）
- ・二次医療を担う病院の機能分化と連携を促進するとともに、二次救急医療体制の強化に取り組みます。
- ・入院患者の口腔健康管理（口腔機能管理、口腔衛生管理及び口腔ケアを含む。）及び周術期の口腔機能管理を実施するため、在宅歯科医療連携室から歯科医師及び歯科衛生士を派遣できる体制を構築します。また、病院は、在宅歯科医療連携室に対応できるような施設整備や体制整備に努めます。

II 在宅医療の充実

- ・各医療機関や関係団体は、地域住民が居宅等において安心して医療を受けることができるよう、在宅医療等に必要人材の確保や機器等の整備を進めるとともに、多職種の連携体制を構築します。
- ・各医療機関は、入院患者がスムーズに在宅医療等に移行できるよう、施設・設備や相談等の体制を整備するとともに、関係機関との連携体制を構築します。
- ・各医療機関は、在宅医療等を受けている患者の容態等が急変した時に備え、受入体制を構築するとともに、関係機関との連携体制を整備します。
- ・県や関係団体は、地域住民が安心して居宅等において医療が受けられるよう、各種制度や支援体制などを周知するとともに、相談体制を整備します。
- ・在宅療養者及び介護施設入所者の口腔健康管理（口腔機能管理、口腔衛生管理及び口腔ケアを含む。）を推進するため、医療機関や介護施設との連携、受診の相談、歯科医療機関との診療応需体制の構築、在宅歯科医療に関する広報・啓発、在宅歯科医

療機器の管理を主たる業務とする在宅歯科医療連携室を設置します。

- ・訪問看護、訪問服薬指導など、へき地における在宅医療を支える体制の構築に努めます。
- ・在宅医療を担う、医師・歯科医師・薬剤師・看護師等の確保に努めます。
- ・住み慣れた自宅や介護施設等、患者や家族が望む場所での看取りができる体制の確保に努めます。
- ・医療従事者・介護従事者と市民が自助・互助・共助を知る機会の場として、介護予防教室、リハビリテーションケア勉強会、かかりつけ医推進の講演会等を開催するなど地域包括ケアシステムの推進に努めます。
- ・認知症相談や認知症サロン等、市民が気軽に利用できる窓口の設置等に取り組みます。
- ・多職種協働による在宅医療提供体制の整備を図るため、在宅医療・介護連携に関する会議や多職種連携のための研修を開催します。
- ・在宅医療・介護の連携のリーダーシップを担うことができる人材育成に努めます。
- ・在宅医療・介護サービスに関する住民への普及啓発に取り組みます。

III 医療従事者の確保・養成

- ・県や関係団体、各医療機関では、女性医師をはじめとする女性医療従事者の離職防止・復職支援を図るため、相談窓口などの支援体制の構築や働きやすい施設の整備等に取り組みます。
- ・県や関係団体は、医療従事者の質の向上や県内定着を促進するため、連携しながら、各種研修会やセミナー等の開催など学習環境の整備に取り組みます。
- ・県や市町、関係団体は、地域住民の適切な受診行動を促進するため、適切に情報を公表するとともに、普及啓発に取り組みます。
- ・大学医学部との連携による寄附講座を開設し、派遣医師による診療支援のほか、当構想区域内の医師に対する救急時の初期診療の指導や、医学生・研修医等に対する教育等を行うことにより、既存医療資源を活用した人材の養成や確保を図ります。
- ・歯科診療者の派遣や歯科医療従事者に対する研修会を開催するなど、人材育成や確保に努めます。
- ・特定行為に係る看護職の研修制度を行える体制を整えます。

5. 地域医療構想の実現に向けた取組方針

- ・地域医療構想の実現に向けては、各医療機関自らが積極的に各種施策に取り組んでいくことが重要です。
- ・また、各構想区域に設置した調整会議を中心に、将来の病床の必要量や将来あるべき姿を実現について、関係者間で協議・連携を図る必要があります。
- ・知事は、地域医療の実情を把握し、医療審議会や推進戦略会議、調整会議の円滑な運営等により、適切に対応します。
- ・なお、地域医療構想を実現するための施策においては、地域医療介護総合確保基金を活用することとしており、当該基金を活用した事業が位置付けられる県計画は、地域医療構想の目標等と連動しつつ、地域医療構想を含む医療計画と県計画の方向性は一致することとなります。

(1) 各医療機関における自主的な取組み

- ・各医療機関は、自らが行う医療やその体制について、将来目指す姿を検討する必要があります。
- ・病床機能報告制度等の情報を活用し、各医療機関自身の地域における役割や病床機能の相対的な位置付けを客観的に把握した上で、それに応じた必要な体制の構築など自主的な取組を進めることとなります。

(2) 調整会議を活用した医療機関相互の取組み

- ・調整会議では、関係者が積極的に連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策やその他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行います。

【想定される内容】

- ①地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
 - ②病床機能報告制度による情報等の共有
 - ③地域医療介護総合確保基金の県計画に盛り込む事業に関する協議
 - ④その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議
- ・各医療機関の自主的な取組みを踏まえ、調整会議における医療機関相互の協議により、各地域の病床機能の分化と連携に応じた各医療機関の位置付けを確認するとともに、地域で求められる役割に必要な取組みについて協議することとなります。

(3) 県の取組み

- ・各構想区域の構想に掲げた施策について、各保健所が、地域の関係者と連携し、主体的に取り組めます。
- ・関係者が円滑に連携できる体制を構築するとともに、住民に対して各種情報を公表します。
- ・医療審議会や調整会議等を適切に運営し、各種施策の推進や関係機関の支援に努めます。
- ・医療法に規定されている地域医療構想に係る県知事の権限については、医療審議会等の意見を聞きつつ、地域の実情に配慮しながら適切に検討・対応します。

(4) PDCAサイクル

- ・地域医療構想の実現に向けては、各種施策の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要です。
- ・関係者が参画する各構想区域の調整会議等を定期的に開催し、各種データを有効に活用しながら、現状分析や課題把握、進捗管理を適切に行います。
- ・調整会議等の議論では、毎年度実施される病床機能報告制度の報告結果も活用し、状況把握に努めます。
- ・調整会議等の議論の結果や病床機能報告制度の報告結果等は、ホームページ等により積極的に住民に対して広報し、医療提供体制に対する理解や適切な受療行動の促進を図ります。

議題 1 病床機能報告について

1. 地域医療構想と地域医療構想調整会議の権能

(1) 地域医療構想

地域医療構想について

- 地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
- ①各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」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、②各医療機関の現在の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により把握、③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。
- 都道府県は、④「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、⑤「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

(厚生労働省ホームページ抜粋)

地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。

病床機能報告
医療機能の現状と今後の方向を報告(毎年10月)

(「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。

(厚生労働省ホームページ抜粋)

(2) 地域医療構想調整会議の権能（設置・運営）について

①地域医療構想調整会議

医療法上、都道府県は医療関係者、医療保険者その他の関係者との「協議の場」を設け、将来の必要な病床数の必要量を達成するための方策その他地域医療構想の達成するための必要な協議を行う。

地域医療構想達成については、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることが前提。

②議事について

医療法上、「協議の場の場」では、「将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進する」ために必要な協議を行う。

- ①各病院・有床診療所が担うべき病床機能及びその病床数に関する協議
- ②病床機能報告制度による情報等の共有
- ③医療計画（地域医療介護総合確保基金）に関する協議
- ④その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議
（地域包括ケア、人材確保、診療科ごとの連携）

「協議の場」の議事、開催時期、参加者について

		議事	開催時期	参加する関係者
通常 の 開 催 (法30の14②)	病床 の 機 能 分 化 連 携 の 推 進	①各病院・有床診療所が担うべき 病床機能及びその病床数に 関する協議	地域の実情に応じて、都道府県が 随時開催	議事等に応じ、都道府県が選定
		②病床機能報告制度による情報等 の共有	病床機能報告制度や地域医療介護 総合確保基金のスケジュールを念頭 に定期的に開催	医師会、歯科医師会 病院団体 医療保険者 等 を都道府県が選定
	③都道府県計画（地域医療介護 総合確保基金）に関する協議			
	その他	④その他の地域医療構想の達成 の推進（地域包括ケア、人材の 確保、診療科ごとの連携など） に関する協議	地域の実情に応じて、都道府県が 随時開催（定期的に開催もあり得る）	議事等に応じ、都道府県が選定
医療 機 能 の 転 換 の 対 応	病院の開設・増床、 医療機能の転換	⑤開設・増床等の許可申請の内容 に関する協議 (法30の14③)	医療機関が開設・増床等の許可申請 をした場合に開催	許可申請をした医療機関及び当該申請に 係る利害関係者 等 を都道府県が選定
		⑥過剰な医療機能への転換 に関する協議 (法30の15②)	医療機関が過剰な医療機能に転換 しようとする場合に開催	転換をしようとする医療機関及び当該転換 に係る利害関係者 等 を都道府県が選定

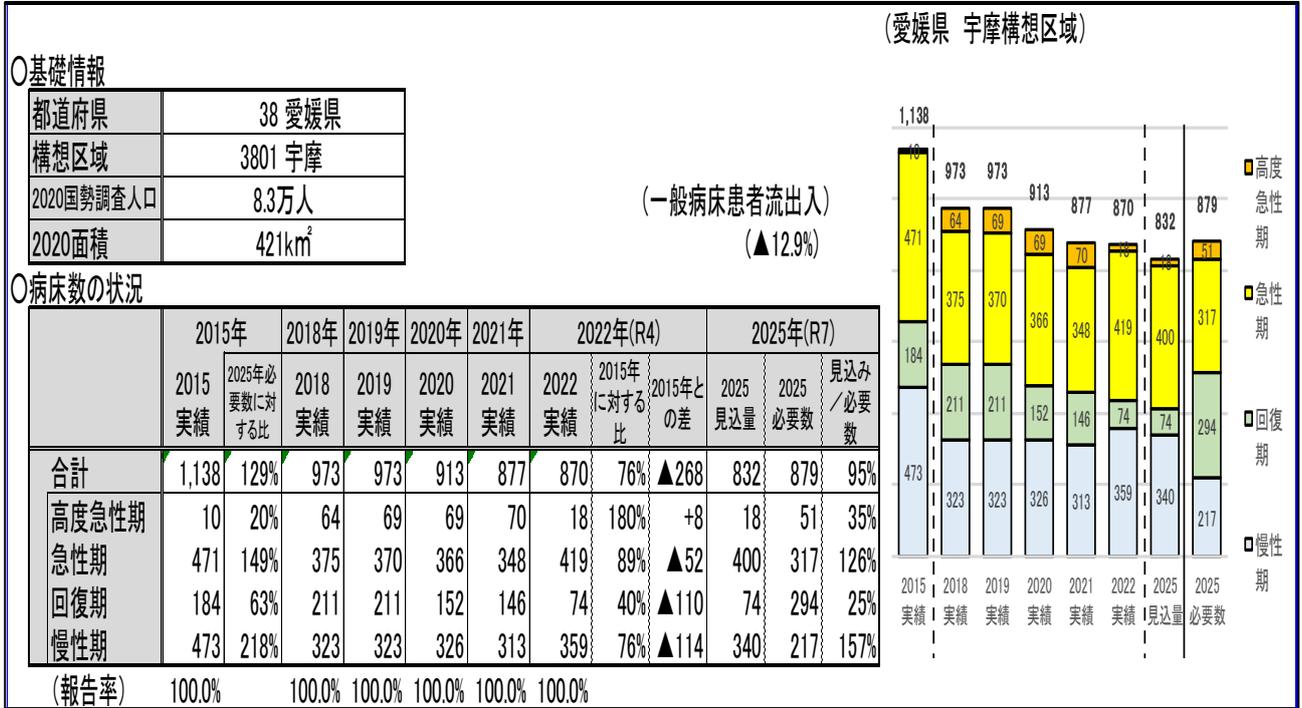
(H26. 11. 21 第4回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会資料抜粋)

議題 1 病床機能報告について

2. 病床機能報告

(1) 病床機能報告上の病床数及び将来の病床数の必要量等

(国分析結果 2022 病床機能報告)



(2) 医療機関の病床機能報告上の病床数、診療実績、医師数等

(国分析結果 2022 病床機能報告)

(1)構想区域の状況

都道府県	構想区域	①人口(万人)	②面積(km ²)	③対象医療機関数		④一般・療養病床計(休棟中等除く)					⑥医師数(常勤換算)					⑦医療機関機能					⑧診療実績(オープンデータ)						
				一般病院	有床診療所	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	常勤	非常勤	100床当たり	特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	救急車の受入件数	全身麻酔手術件数	分娩件数	手術総数	平均在棟日数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
267	愛媛県	宇摩	8.3	421	8	3	870	18	419	74	359	34	103	50	16.9					3,425	1,315	231	2,137	4	12	46	49
3801							879	51	317	294	217																

⑨一般病床流出率: ▲12.9%

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は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。

(2)区域内の医療機関(病床数の多い順)

①医療機関名	②所在地	③一般・療養病床					④医師数		⑤医療機関機能					⑥診療実績(オープンデータ)								
		休棟中等含む計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	常勤	非常勤	100床当たり	特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	救急車の受入件数	全身麻酔手術件数	分娩件数	手術総数	平均在棟日数	高度急性期	急性期
1 社会医療法人石川記念会HITO病院	四国中央市	257	18	119	50	70	42	10	20.2				二次	2,268	444		1,116	4	13	58	23	
2 公立学校共済組合四国中央病院	四国中央市	229		229			30	8	16.8				二次	1,071	871	231	1,021	-	10	-	-	
3 長谷川病院	四国中央市	100		52		48	8	0	8.1				二次	86				-	25	-	276	
4 一般財団法人新居浜精神衛生研究所附属豊岡台病院	四国中央市	82				48	34	4	2	7.4								-	-	-	499	
5 医療法人慶尚会 恵康病院	四国中央市	60				60	3	3	5.0									-	-	-	214	
6 医療法人康仁会 西岡病院	四国中央市	60			24	36	3	3	9.3									-	-	2	3	
7 栗整形外科病院	四国中央市	40				40	3	13	40.0									-	-	-	2	
8 松風病院	四国中央市	23				23	4	13	73.9									-	-	-	132	
9 医療法人愛生会 井上整形外科医院	四国中央市	19		19			2		10.5									-	1	-	-	
10 医療法人柏寿会 福田医院	四国中央市	19				19	2		10.5				在支					-	-	-	241	
11 医療法人社団恵仁会三島クリニック	四国中央市	15				15	2	1	17.3									-	-	-	-	

病床機能報告(許可病床による集計)

2014.7.1病床機能報告						
医療機関名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟ほか	計
公立学校共済組合四国中央病院		209				209
社会医療法人石川記念会 HITO病院	10	180	50	17		257
医療法人康仁会西岡病院			36	24		60
栗整形外科病院				40		40
長谷川病院		52		108		160
松風病院				45		45
医療法人慶尚会恵康病院				60		60
一般財団法人新居浜精神衛生研究所附属豊岡台病院				194		194
医療法人社団恵仁会三島胃腸科クリニック		19				19
医療法人愛生会井上整形外科医院		17				17
公立学校共済組合三島医療センター		90				90
相引医院					19	19
矢部内科					17	17
白石循環器科		19				19
川崎会中央クリニック				19		19
医療法人柏寿会福田医院				19		19
計	10	586	86	526	36	1244

2023.7.1病床機能報告						
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟ほか	計	
	229				229	
18	115	103	17		253	
		24	36		60	
			40		40	
	52		48		100	
			23		23	
			60		60	
			48	34	82	
		15			15	
		19	0		19	
				66	66	
					0	
					0	
					0	
					0	
			19		19	
18	396	161	291	100	966	

2024.7.1 許可病床数	
一般病床	療養病床
229	
174	50
	60
40	
52	48
	23
	60
	82
15	
19	
66	
0	
595	323
918	

2023.7.1病床機能報告における2025見込み						
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟ほか	計	
	229				229	
18	86	103	17		224	
		24	36		60	
			40		40	
	52		48		100	
			23		23	
			60		60	
			34	48	82	
		15			15	
		19	0		0	
				66	66	
					0	
					0	
					0	
					0	
					0	
18	367	142	258	114	899	

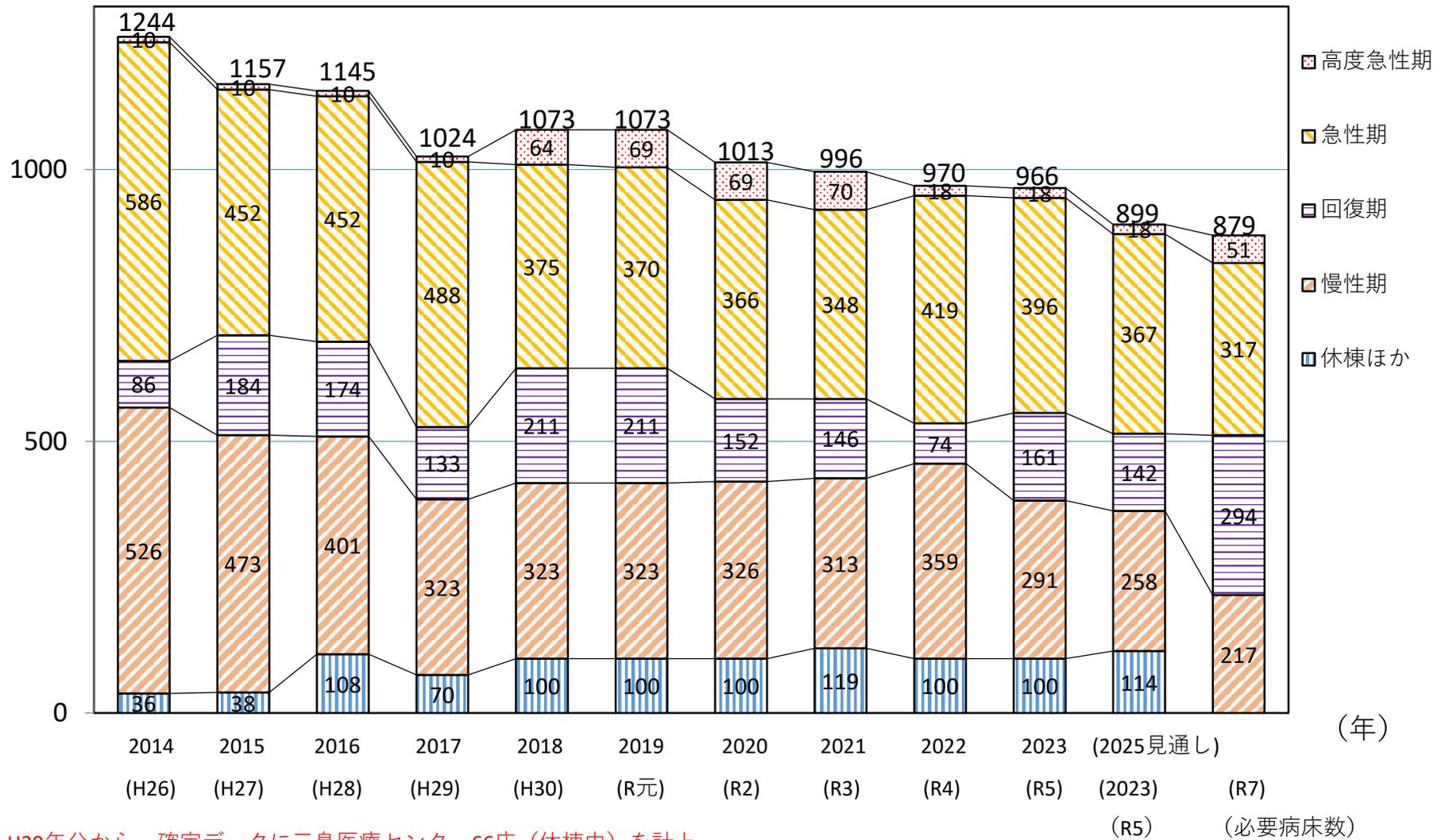
2025年必要病床数					
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	
51	317	294	217	879	

区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	0
2023報告	18	396	161	291	100	966
2025必要病床数	51	317	294	217		879
2023年報告-2025年必要病床数	▲ 33	79	▲ 133	74	100	87

区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	0
2023報告における2025見込み	18	367	142	258	114	899
2025必要病床数	51	317	294	217		879
2023年報告-2025年必要病床数	▲ 33	50	▲ 152	41	114	20

病床機能報告の経年変化（確定データを一部修正）

(床)



H29年分から、確定データに三島医療センター66床（休棟中）を計上。

医政発 0731 第 1 号
令和 6 年 7 月 31 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について

地域医療構想については、「2025 年に向けた地域医療構想の進め方について」(令和 6 年 3 月 28 日付け医政発 0328 第 3 号厚生労働省医政局長通知)(以下「令和 6 年通知」という。)において、2025 年に向けた地域医療構想の取組を進める際に留意いただく事項として、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こと等をお示しするとともに、モデル推進区域及び推進区域の設定方法及び推進区域対応方針等の詳細については、追って通知することとしていたところである。

今般、その詳細について、下記のとおり整理したので、貴職におかれては、これらの整理について御了知いただいた上で、引き続き、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるとともに、本通知の趣旨を貴管内市区町村、関係団体、関係機関等に周知いただくようお願いする。

なお、本通知は、地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

1. 推進区域及びモデル推進区域について

(1) 基本的な考え方

地域医療構想については、構想区域単位で、医療提供体制上の課題を分析し、医療機関、関係団体、市町村等と連携して、地域医療構想調整会議において協議を行い、当該課題の解決に向けた取組を進めることが重要である中、これまでの PDCA サイクルを通じた取組等により、一定の進捗が認められるところである。

こうした中、医療提供体制上の課題の解決に向けて、地域の実情に応じた取組を更に推進するため、2024 年度からの新たな取組として、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構想区域を推進区域及びモデル推進区域に設定した上で、区域対応方針の策定等を通じた取組の推進を図るとともに、厚生労働省において、モデル推進区域に対するアウトリーチの伴走支援を実施する。

なお、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。

(2) 推進区域の設定について

推進区域については、地域の実情に応じた地域医療構想の取組を更に推進する区域として、厚生労働省において、都道府県との調整を踏まえ、次の事項等を総合的

に勘案し、別添1のとおり設定する。

- 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こと
- 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こと
- 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こと
- 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こと

(3) モデル推進区域の設定について

モデル推進区域については、厚生労働省において、都道府県との調整を踏まえ、(2)の推進区域のうち、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組状況等を総合的に勘案して、別添1のとおり設定する。

2. 推進区域における取組について

都道府県においては、2024年度中に、推進区域の地域医療構想調整会議で協議を行い、当該区域における将来のあるべき医療提供体制、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区域対応方針を策定した上で、区域対応方針に基づく取組を推進する。区域対応方針の策定に当たっては、必要に応じて別添2の様式例を参考とされたい。なお、2つ以上の構想区域が推進区域として設定された都道府県であつて、複数の構想区域にまたがる課題の解決等に取り組む場合には、これらの推進区域の区域対応方針をまとめて作成することも差し支えない。ただし、この場合であっても、構想区域ごとに状況が異なるものと考えられるため、構想区域ごとの現状、課題、取組等が明らかとなるよう、記載を工夫されたい。

医療機関においては、都道府県が2024年度中に策定する区域対応方針に基づき、各医療機関の対応方針の検証を行い、必要に応じて見直しを行う。検証に当たっては、都道府県と医療機関が連携し、これまでに策定した医療機関の対応方針における病床機能の見直し等の内容と区域対応方針に定める取組等との整合性が確保されているかどうかの確認を行った上で、医療機関の対応方針の見直しの要否を含め、推進区域の地域医療構想調整会議で合意・確認すること。

また、厚生労働省においては、推進区域における区域対応方針の策定状況や区域対応方針に基づく取組の進捗状況について、随時、調査を実施した上で、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等に報告することを予定している。

3. モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援について

厚生労働省において、モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援を行う。伴走支援の内容については、次の(1)及び(2)の支援を想定しているが、各推進区域における課題等は異なることから、実際の支援に当たっては、都道府県との調整を踏まえ、地域の実情に応じた必要な支援を行うこととする。

(1) 技術的支援

技術的支援として想定している支援の例は、次のとおり。

- ・ 都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置
- ・ 区域対応方針の作成支援
- ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析
- ・ 定量的基準の導入に関する支援
- ・ 構想区域内の課題の把握

- ・分析結果を踏まえた取組の検討に関する支援
- ・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
- ・関係者の協議の場の設定
- ・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
- ・関係者との議論を行う際の資料作成支援 等

(2) 財政的支援

財政的支援については、重点支援区域への支援と同様、地域医療介護総合確保基金（医療分）による次の支援を行う。

- ・地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和6年度配分方針等について、地域医療構想の評価項目・方法^{*}に「モデル推進区域が属する都道府県は配分額を加算」を追加する。
- ※ 「令和6年地域医療介護総合確保基金（医療分）の配分方針及び調査票等の作成について」（令和6年3月4日事務連絡）別添「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和6年度配分方針等について」2-2. 評価項目・評価方法
- ・個別医療機関の再編統合を実施する場合における統合支援給付金支給事業の上乗せを行う。

【担当者】

厚生労働省医政局地域医療計画課

医師確保等地域医療対策室 計画係

03-5253-1111（内線 2663）

E-mail iryo-keikaku@mhlw.go.jp

(別添1)

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

〇〇構想区域
区域対応方針

様式例

令和6年 〇月 策定

【1. 構想区域のグランドデザイン】

--

【2. 現状と課題】

① 構想区域の現状及び課題（課題が生じている背景等を記載）

--

② 構想区域の年度目標（医政地発0331第1号令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「地域医療構想の進め方について」）

--

③ これまでの地域医療構想の取組について

--

④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法（地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等）

--

⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法（地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等）

--

⑥各時点の機能別病床数

	2015年 病床数	2023年度 病床機能報告 (A)	2025年の 予定病床数 (B) ※	2025年 病床数の必要量 (C)	差し引き (C) - (A)	差し引き (C) - (B)
高度急性期						
急性期						
回復期						
慢性期						

※ 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計又は各医療機関における対応方針の予定病床数の合計

【3. 今後の対応方針】 ※2を踏まえた具体的な方針について記載

① 構想区域における対応方針

--

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

--

③ 必要量との乖離に対する取組

--

④ 3. ②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

	2025年の 予定病床数 (時点)
高度急性期	
急性期	
回復期	
慢性期	

【4. 具体的な計画】 ※【3. 今後の対応方針】を踏まえた具体的な工程等について記載

	取組内容	到達目標
2024年度		
2025年度		

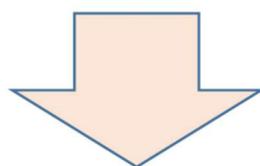
【令和 6 年度愛媛県地域医療構想推進支援業務】

令和 6 年度の愛媛県地域医療構想に係る取組み

愛媛県地域医療構想の推進に向け、県内医療機関の医療機能の分化・連携を促進するため、各医療圏の課題を抽出・分析するとともに、医療機関間の議論を支援する。

医療圏課題分析 6 圏域で実施 4~6 月

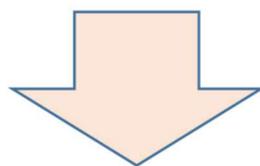
各医療圏の課題分析を行い、地域における優先課題を抽出
・ オープンデータや国保データ、医療関係法人の事業報告書等を活用



最大 3 圏域を抽出

医療圏詳細分析 7~9 月

医療圏課題分析で抽出された優先課題について、詳細分析を実施
・ 関係する医療機関から情報提供があれば、個別の DPC データや財務情報も活用

関係する医療機関の
希望がある場合

医療機関間連携促進 最大 3 圏域で実施 10~2 月

医療圏詳細分析で抽出された課題について、関係医療機関の間で役割分担・連携の在り方等について議論し、方向性を見出す

各医療圏の課題分析と詳細分析の医療圏について

2024年9月3日

株式会社日本経営

地域医療構想における病床の必要量との乖離について

地域医療構想における病床の必要量との乖離について

全体の概要

- 2025年の病床の必要量は、2013年時点の受療率および2015年国勢調査結果による推計人口など、地域医療構想策定時点の統計数値により推計された。
- 当時と比べ、愛媛県の入院受療率は低下している。要因は主に平均在院日数の短縮（詳細は次頁）
- 患者の流出入は、当時と現在では状況が異なっていると推察する（詳細は別途調査）
- 病床の必要量を算出した設定稼働率と実態の稼働率が大きく異なっており、2025年の病床の必要量と現在の病床数の乖離について最大の要因となる。

	2025年の必要量算出	直近の動向（差異の要因）
推計患者数	2013年時点の受療率を使用	<ul style="list-style-type: none">愛媛県の入院受療率（人口10万人当たり患者数）は低下2015年対2022年において、一般病床▲6.0% 療養病床▲17.4%要因は平均在院日数の短縮
	2013年時点の受療率×2015年国勢調査結果による2025年の推計人口	<ul style="list-style-type: none">各地域において当時の推計と差異がある
	2015年の通知発出時点の流出入の影響	<ul style="list-style-type: none">各圏域にある病院の活動結果により、流出入に変化が生じていると考えることが妥当。
病床の必要量	以下の稼働率を想定し、推計患者数を割り戻し 高度急性期：75% 急性期：78% 回復期：90% 慢性期：92%	<ul style="list-style-type: none">病院が報告した機能別の病床稼働率（2023年）は以下の通り。当初の設定稼働率と比べ、低い値となる。高度急性期：74%（-1%）急性期：66%（-12%）回復期：72%（-18%）慢性期：81%（-11%） <p>また、病床機能別の必要量の推計は1日点数により国が区分しているが、実態の病床は病院の自主報告であることも乖離要因となっている。</p>

地域医療構想における病床の必要量との乖離について 愛媛県の患者数、平均在院日数の指標動向

(愛媛県の人口10万人あたりの患者数について)

- 2015年と2022年の比較では、1日患者数は減少しており一般病床において▲6.0%、療養病床において▲17.4%
- なお、一般病床の新規入院患者数に大きな変化はなく、療養病床においては+12.5%となり新規入院患者数は増加している。
- 平均在院日数は一般病床において▲5.9%、療養病床において▲25.1%となっている。
- 上記より、一般病床、療養病床の両方において、1日患者数の減少（受療率の低下）は、平均在院日数短縮化の影響となる。
- 平均在院日数短縮の背景は、医療技術の進歩、医療提供体制の向上、診療報酬改定などの影響と思われる。

人口10万人当たりの1日患者数（愛媛県）		2015年	2022年	差異	増減率
患者数／日…a	一般病床	637.9	599.4	-38.5	-6.0%
	療養病床	325.5	268.8	-56.7	-17.4%
	計	963.4	868.2	-95.2	-9.9%
新規入院／日…b	一般病床	35.9	35.8	-0.1	-0.3%
	療養病床	1.6	1.8	0.2	12.5%
	計	37.5	37.6	0.1	0.3%
退院／日…c	一般病床	35.3	35.3	0.0	0.0%
	療養病床	2.3	2.5	0.2	8.7%
	計	37.6	37.8	0.2	0.5%
推計平均在院日数 …a/((b+c)/2))	一般病床	17.9	16.9	-1.1	-5.9%
	療養病床	166.9	125.0	-41.9	-25.1%
	計	25.7	23.0	-2.6	-10.2%

地域医療構想における病床の必要量との乖離について

医療圏別の1日入院患者数・病床数・病床稼働率の乖離状況一覧

		推計1日入院患者数				病床数				稼働率		
		2023年 報告	2025年 推計	差異	乖離率	2023年 報告	2025年 推計	差異	乖離率	2023年 報告	2025年 推計	差異
宇摩構想 区域	高度急性期	14	38	-24	-62.0%	18	51	-33	-64.7%	80%	75%	5.8%
	急性期	287	247	40	16.2%	396	317	79	24.9%	73%	78%	-5.4%
	回復期	129	265	-136	-51.4%	161	294	-133	-45.2%	80%	90%	-10.1%
	慢性期	166	200	-34	-16.8%	272	217	55	25.3%	61%	92%	-31.0%
	計	597	750	-153	-20.4%	847	879	-32	-3.6%	70%	85%	-14.9%
新居浜・西条 構想区域	高度急性期	25	147	-122	-83.1%	49	196	-147	-75.0%	51%	75%	-24.2%
	急性期	806	644	162	25.2%	1,355	826	529	64.0%	60%	78%	-18.5%
	回復期	320	609	-289	-47.5%	516	677	-161	-23.8%	62%	90%	-28.0%
	慢性期	547	596	-49	-8.2%	702	648	54	8.3%	78%	92%	-14.1%
	計	1,698	1,996	-298	-14.9%	2,622	2,347	275	11.7%	65%	85%	-20.3%
今治構想 区域	高度急性期	18	89	-71	-80.2%	26	119	-93	-78.2%	68%	75%	-7.0%
	急性期	790	532	258	48.4%	1,146	682	464	68.0%	69%	78%	-9.1%
	回復期	255	637	-382	-59.9%	313	708	-395	-55.8%	82%	90%	-8.4%
	慢性期	431	396	35	8.8%	559	430	129	30.0%	77%	92%	-15.0%
	計	1,494	1,654	-160	-9.7%	2,044	1,939	105	5.4%	73%	85%	-12.2%
松山構想 区域	高度急性期	788	586	202	34.5%	1,036	781	255	32.7%	76%	75%	1.1%
	急性期	2,347	1,556	791	50.8%	3,431	1,995	1,436	72.0%	68%	78%	-9.6%
	回復期	1,143	1,860	-717	-38.5%	1,504	2,067	-563	-27.2%	76%	90%	-14.0%
	慢性期	1,733	1,689	44	2.6%	2,078	1,836	242	13.2%	83%	92%	-8.6%
	計	6,011	5,691	320	5.6%	8,049	6,679	1,370	20.5%	75%	85%	-10.5%
八幡浜・大洲 構想区域	高度急性期	0	44	-44	-100.0%	0	59	-59	-100.0%		75%	-74.6%
	急性期	506	379	127	33.4%	825	486	339	69.8%	61%	78%	-16.7%
	回復期	237	624	-387	-62.0%	354	693	-339	-48.9%	67%	90%	-23.0%
	慢性期	292	408	-116	-28.4%	333	443	-110	-24.8%	88%	92%	-4.4%
	計	1,035	1,455	-420	-28.9%	1,512	1,681	-169	-10.1%	68%	87%	-18.1%
宇和島構想 区域	高度急性期	16	90	-74	-82.0%	30	120	-90	-75.0%	54%	75%	-21.1%
	急性期	577	326	251	76.9%	874	418	456	109.1%	66%	78%	-12.0%
	回復期	211	409	-198	-48.4%	331	454	-123	-27.1%	64%	90%	-26.4%
	慢性期	344	281	63	22.3%	409	305	104	34.1%	84%	92%	-8.1%
	計	1,147	1,106	41	3.7%	1,644	1,297	347	26.8%	70%	85%	-15.5%
計	高度急性期	862	994	-132	-13.3%	1,159	1,326	-167	-12.6%	74%	75%	-0.6%
	急性期	5,312	3,684	1,628	44.2%	8,027	4,724	3,303	69.9%	66%	78%	-11.8%
	回復期	2,295	4,404	-2,109	-47.9%	3,179	4,893	-1,714	-35.0%	72%	90%	-17.8%
	慢性期	3,513	3,570	-57	-1.6%	4,353	3,879	474	12.2%	81%	92%	-11.3%
	計	11,982	12,652	-670	-5.3%	16,718	14,822	1,896	12.8%	72%	85%	-13.7%

地域医療構想における病床の必要量との乖離について

医療圏別の1日患者数・病床数・病床稼働率の乖離状況について

(2023年度病床機能報告結果 ※病床機能の自主報告結果)

■推計1日患者数で見た場合

- ・ 愛媛県合計では、2025年の推計値を▲5.3%下回る。
- ・ 松山区域と宇和島区域を除き、2025年の推計値を下回る。
- ・ 全区域において急性期機能と報告した病床の推計1日患者数は2025年の推計値を上回る。
- ・ 松山区域については、高度急性期機能と報告した病床の推計1日患者数も2025年の推計値を上回る。

■病床数で見た場合

- ・ 愛媛県合計では、2025年の推計値を12.8%上回る。
- ・ 宇摩区域と八幡浜大洲区域を除き、2025年の推計値を上回る。
- ・ 全区域において急性期機能と報告した病床数は2025年の推計値を上回る。
- ・ 全区域において回復期機能と報告した病床数は2025年の推計値を下回る。

■地域医療構想策定時の設定稼働率と実際の稼働率の差異

- ・ 宇摩区域と松山区域の高度急性期を除き、2023年報告の稼働率が設定稼働率より低い。

■全体的な傾向への考察

- ・ 1日患者数では2025年推計を下回っているため、2025年の病床必要量と2023年報告病床数の乖離要因は、病床稼働率（患者が入院していない病床量）である。

病床数の乖離に関する今後の検討について（案）

■ 病床数乖離の是正だけを目的とする場合

- 全病院の全病棟において、地域医療構想策定時の設定稼働率になるように、1日患者数に合わせた病床数にダウンサイズ（病床返還）を行う。

例：回復期病床なら 35人／50床（70%） → 35人／40床（約90%）

→ **非現実的**であり、かつ検討すべきことの本筋ではない。

→ 対応すべき課題は病床数ではなく、将来に亘り安定的な医療提供体制の構築。

■ 愛媛県において、将来に亘り安定的な医療提供体制の構築をするために

- 医療提供体制の効率化による受療率の低下（1日患者数の減少）は、人手不足が予想される今後においてはむしろ歓迎すべきことであり、更に当数値が健全に低下するように努めるべき。
- 但し、患者数は病院経営に直結する指標であるため、安定的な経営を継続できるような役割分担や機能の転換が必要になる。
- 様々な視点から考えた場合、医師・看護師等の職員、病院の機能、病院の機能に整合する患者層などを適切に集約（役割分担）することと、各病院の連携を促進すること（医療体制の効率化）が必要であり、それにより経営の視点を含めた安定的な医療提供体制の構築が行える。
- その為に、現状の機能（診療実績）、救急などの受入状況、病院間連携の状況、各病院のマンパワー等について現状の整理と詳細の展望についての可視化を行い、今後の役割分担について議論を行うことが必要。
- 上記の結果、医療の質と経営の安定性を維持した状態で全体的に病床数をスリムにすることが、地域医療構想における本質的な議論であると考えられる。

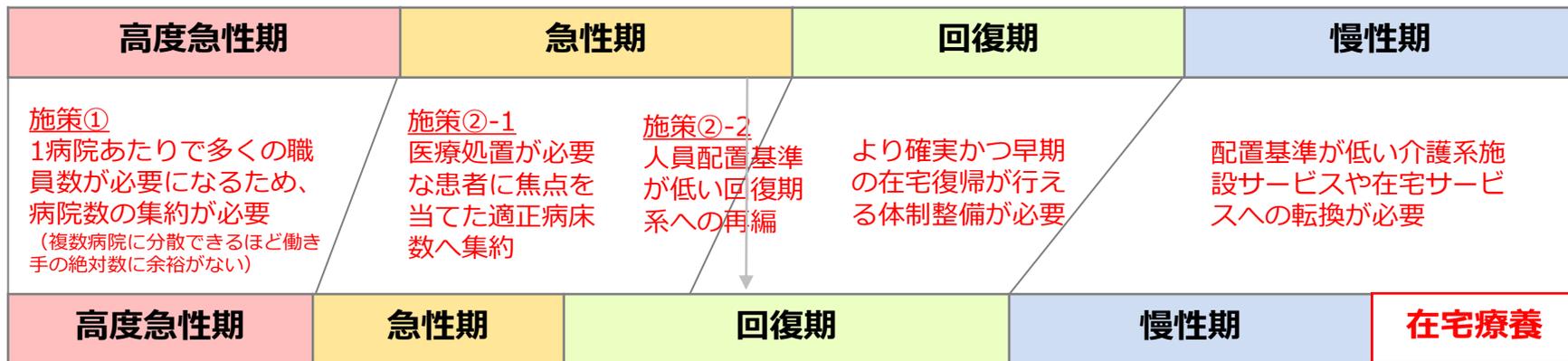
役割分担や機能転換により病床数を減少させるイメージ

■ 需要と供給力（経営資源）から見た集約の必要性について

✓ 病院の機能からみた職種別職員・設備の必要性（大まかな特徴）

職種別職員・設備	必要性
医師、看護師、技師等のコメディカル	医師・看護師については重症患者に対応する場合は手厚い配置が必要。救急体制（24時間体制）を行う場合や手術を行う場合は、外来や入院診療に加え、それらに対応する職員を確保する必要があり、急性期医療や救急医療に対応する医療機関ほど人員を必要とする。
セラピスト	在宅復帰の支援を行うにあたり、重要な役割を担う。濃密なリハビリを行うには、職員の集約が必要。
その他職員	各病院において必要な役割を担うが、事務員等の職員であっても既に採用難となっている病院がある。
施設設備	設備投資について、需要にあわせた視点だけでなく、職員数にあわせた視点を持たなければ過剰投資となる。

■ 解決の方向性



入院医療を支えるためには、在宅サービスを含めた地域包括ケアシステムの完成が必要



オープンデータによる需要推計

使用するデータについて

項目	出典等
推計人口	国立社会保障人口問題研究所「都道府県・市区町村別の男女・年齢（5歳）階級別将来推計人口-『日本の地域別将来推計人口』（令和5（2023）年推計）（2020年は国勢調査による実績値）」
受療率	厚生労働省「令和2年患者調査結果」都道府県編 閲覧第33表（その2）および都道府県編 閲覧第33表（その3） 受療率（人口10万対）、性・年齢階級（10歳）×傷病大分類×入院-外来・都道府県別
推計1日患者数	上記推計人口と受療率の掛け合わせによるもの
推計1日入院患者数（DPC）	厚生労働省「DPC退院患者調査」（2022年度）より、DPC別年齢区分別のDPC症例発生率（全国）を推計。DPC発生率×上記推計人口×DPC別平均在院日数÷365日により推計
推計手術数	厚生労働省「第9回NDB NDBオープンデータ手術算定数」（2022年度）より、手術別、性・年齢別の手術発生率（全国）を推計。手術発生率×上記推計人口により推計
DPC発生率及び手術発生率の推計に用いた人口	総務省 性・年齢別人口（2022年10月1日時点）

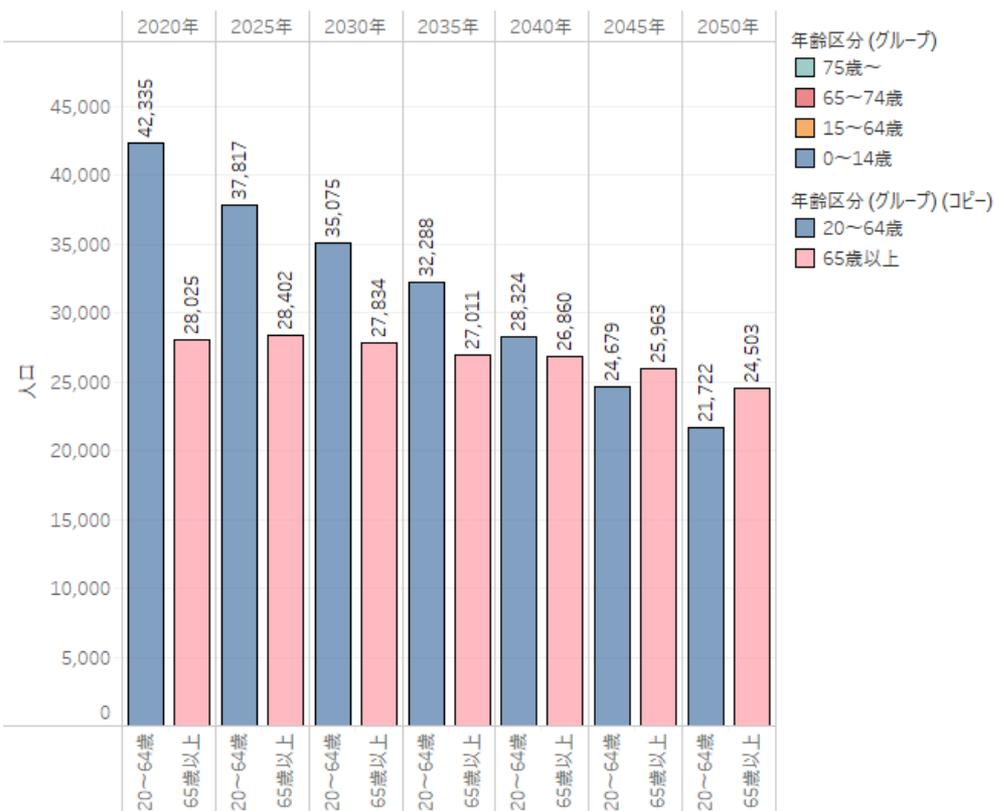
将来推計人口

- 2020年以降、人口総数は減少を続ける見込み。
- 75歳以上人口のピークは2030年になり、これら高齢者層の増減が医療需要に強く影響する。
- 2020年以降、就労世代は減少を続ける一方、65歳以上人口は横ばいに近い緩やかな減少となる。病院事業では、患者数はほぼ減らず、働き手が減少していくものと予想する。
- 需給の変化への対応では、需要に合わせた病床数だけでなく、働き手の数から見た医療体制を考える必要がある。

人口動態



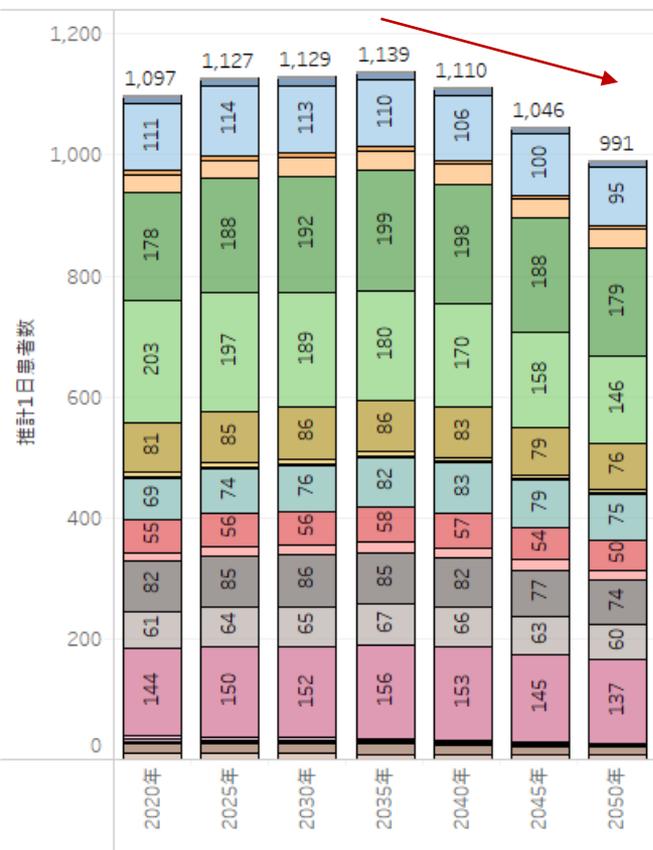
人口動態 (就労世代と65歳以上)



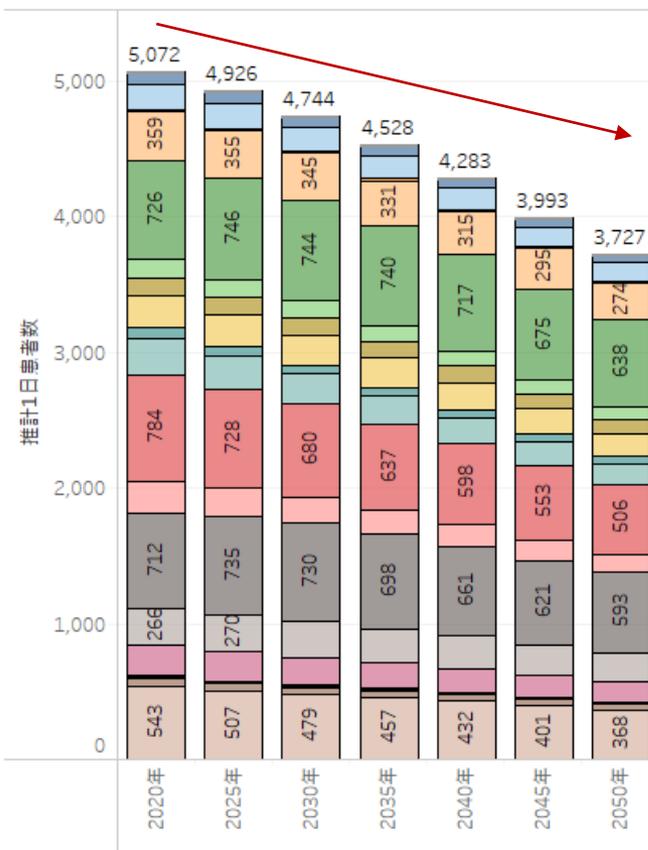
推計1日患者数 | 総数

- 推計1日入院患者数のピークは2035年になり、2040年以降は大幅な減少が生じる見込み。
- 推計1日外来患者数は既にピークを越えて減少が続く見込みである。
- 外来医療の需要が入院医療の需要よりも早くピークアウトとなる背景は、80歳頃より通院困難により在宅医療等に需要が変わることの影響である。

推計1日患者数_入院



推計1日患者数_外来



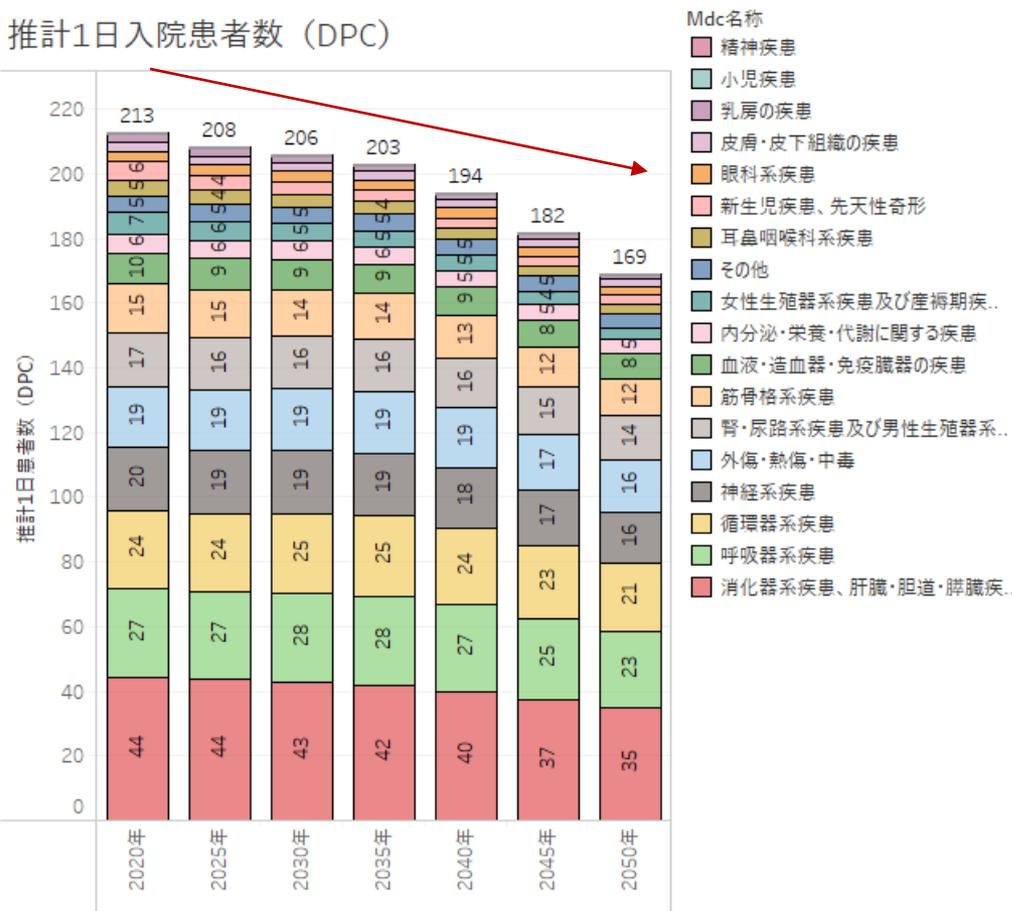
Icd分類

- I 感染症及び寄生虫症
- II 新生物<腫瘍>
- III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害
- IV 内分泌、栄養及び代謝疾患
- IX 循環器系の疾患
- V 精神及び行動の障害
- VI 神経系の疾患
- VII 眼及び付属器の疾患
- VIII 耳及び乳様突起の疾患
- X 呼吸器系の疾患
- XI 消化器系の疾患
- XII 皮膚及び皮下組織の疾患
- XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患
- XIV 腎尿路生殖系系の疾患
- XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響
- XV 妊娠、分娩及び産後
- XVI 周産期に発生した病態
- XVII 先天奇形、変形及び染色体異常
- XVIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分.
- XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用
- XXII 特殊目的用コード

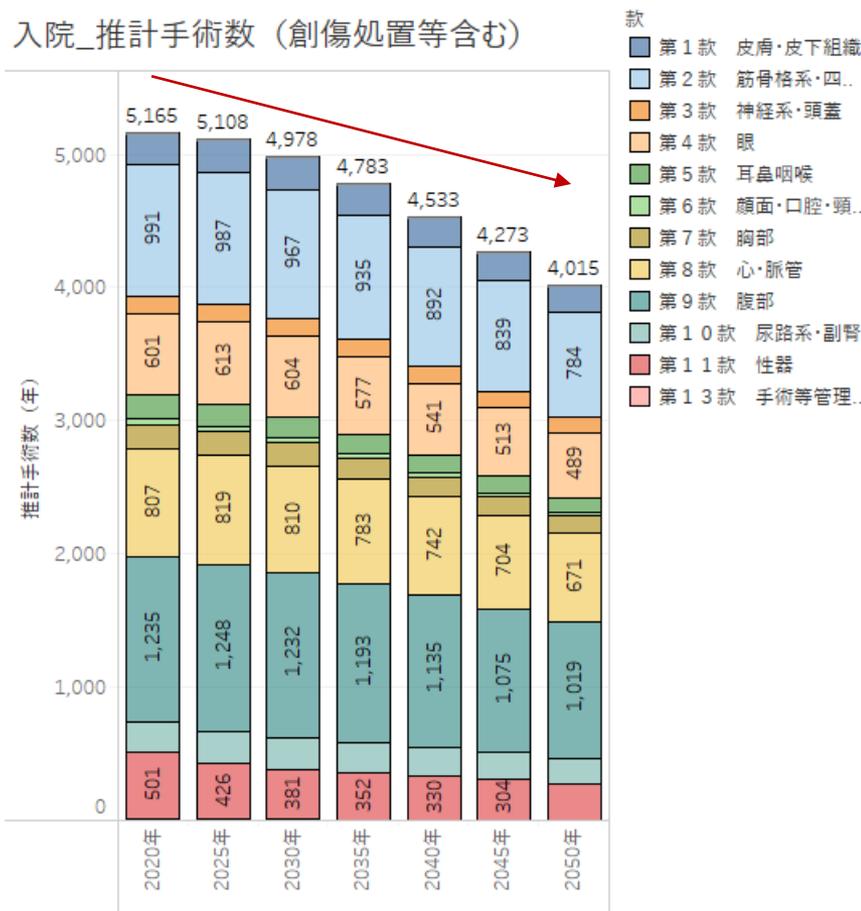
推計1日患者数 | DPC請求を行う患者・手術実施（算定）回数

- DPC請求を行う1日推計患者数（≒一般病棟における急性期以上の患者）は今後減少となる見込み。
- 入院を伴う手術需要も既にピークを過ぎており、急性期の入院需要は既にピークを過ぎている様子。
- 需要のピークにつき、入院総数より急性期系の方が早まる理由は、高齢患者が占める割合が高まることにより急性期医療より回復期系医療の需要が主となるため。

推計1日入院患者数（DPC）



入院_推計手術数（創傷処置等含む）

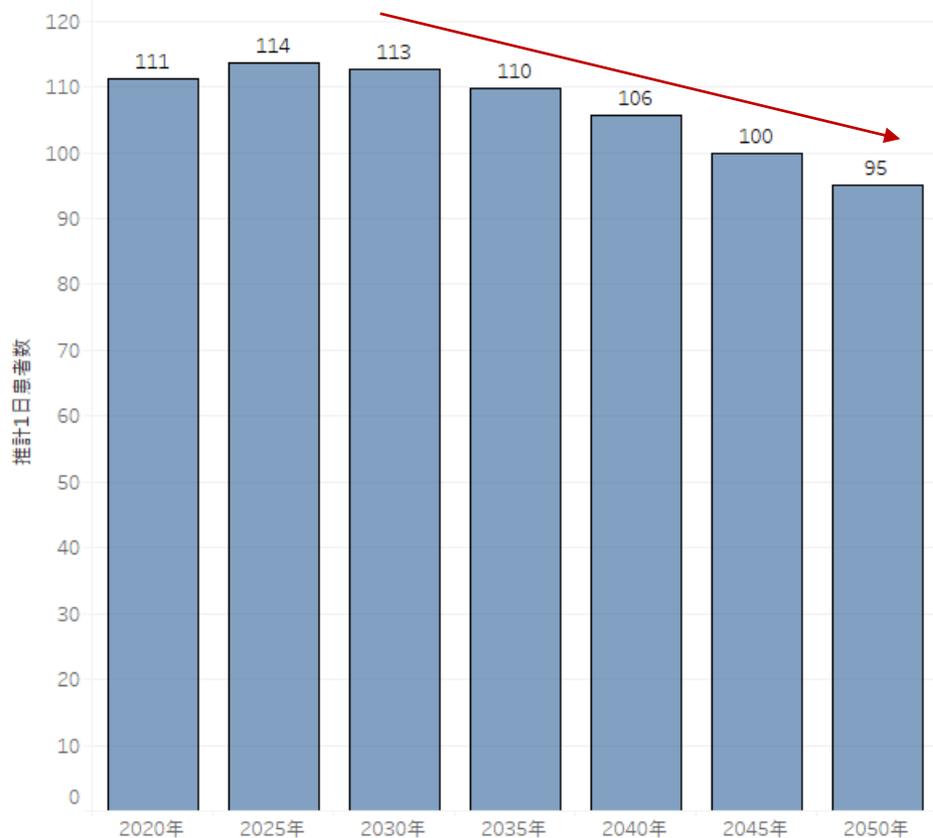


疾病別の需要推計 | がん

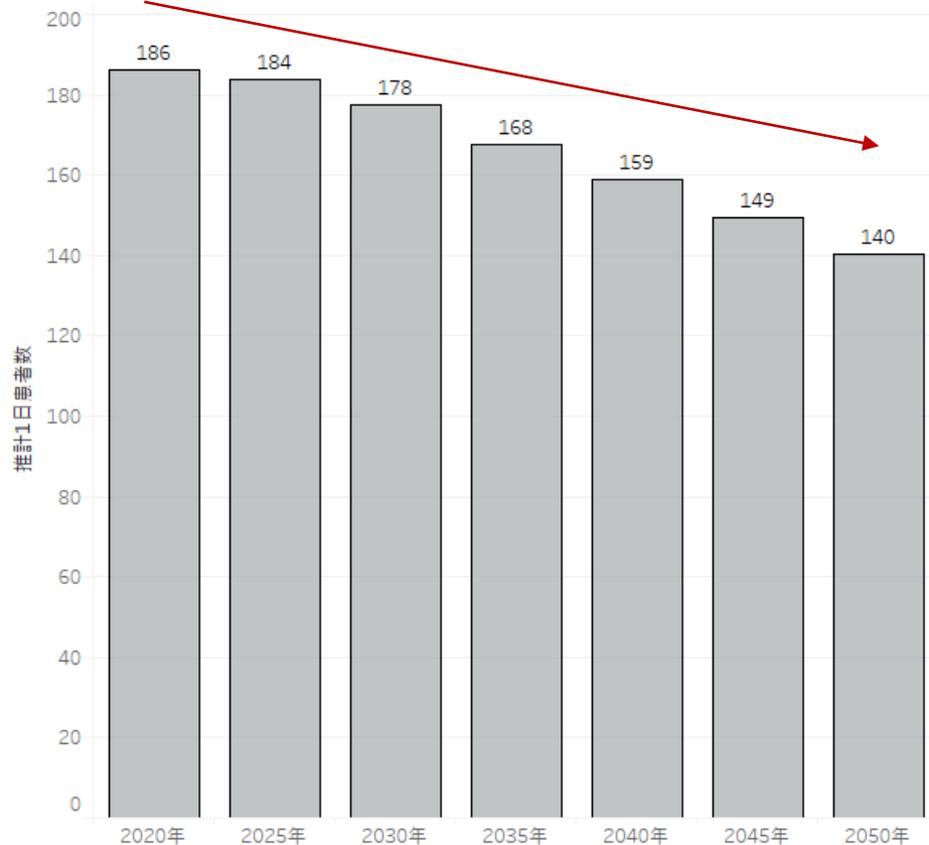
推計1日患者数 | 入院・外来

- 推計1日入院患者数のピークは2030年になり、2040年以降は減少のペースが速まる。
- 推計1日外来患者数は既にピークを越えて減少が続く見込みである。

推計1日患者数_入院 (新生物)



推計1日患者数_外来 (新生物)

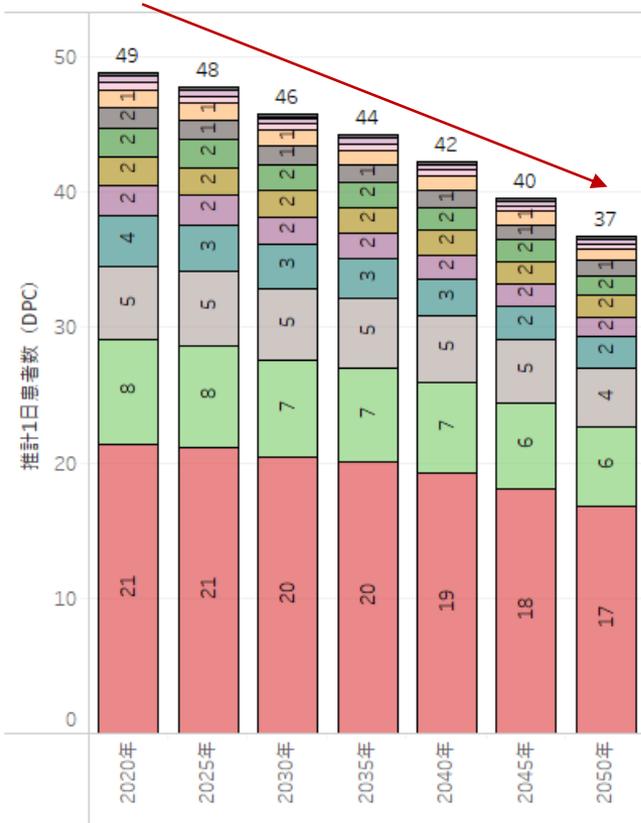


疾病別の需要推計 | がん

推計1日患者数 | DPC請求を行う患者・手術実施（算定）回数

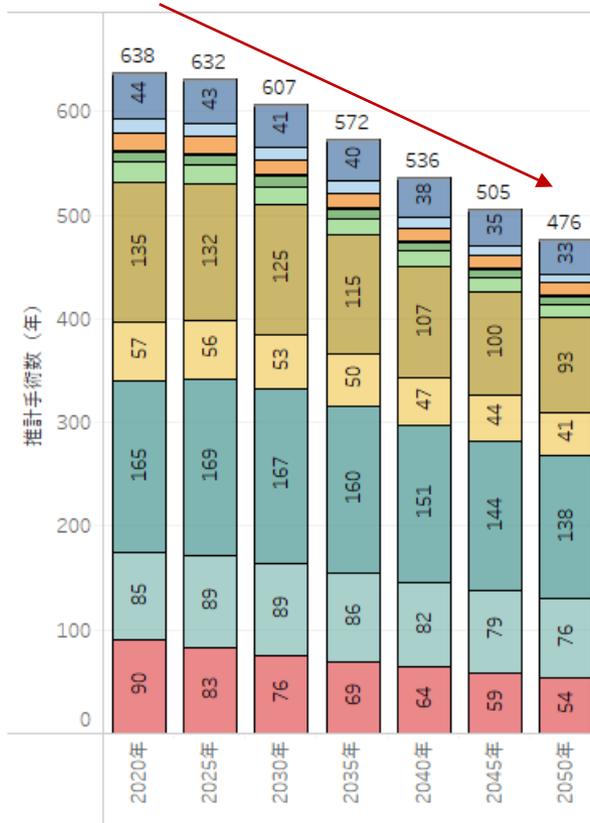
- DPC請求を行う推計1日入院患者数は既にピークを越えており、減少を続ける見込み。
- がんに関する手術も、既にピークを越えており、減少を続ける見込み。

推計1日入院患者数（DPC傷病別）傷病名に腫瘍・白血病有



- Mdc名称
- 循環器系疾患
 - 眼科系疾患
 - その他
 - 皮膚・皮下組織の疾患
 - 内分泌・栄養・代謝に関する疾患
 - 筋骨格系疾患
 - 神経系疾患
 - 血液・造血器・免疫臓器の疾患
 - 耳鼻咽喉科系疾患
 - 乳房の疾患
 - 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異...
 - 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
 - 呼吸器系疾患
 - 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患

入院_推計手術数（創傷処置等含むがん）_行為名称に腫瘍・痛・郭清あり・リンパ節摘出



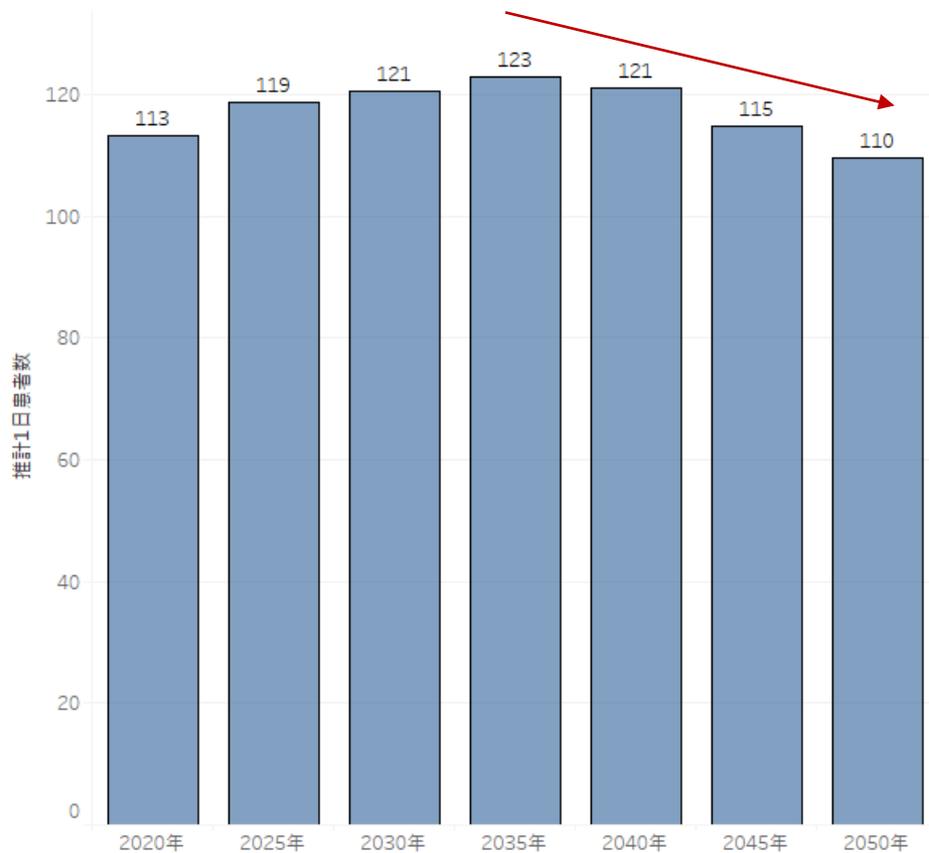
- 款
- 第1款 皮膚・皮下組織
 - 第2款 筋骨格系・四...
 - 第3款 神経系・頭蓋
 - 第4款 眼
 - 第5款 耳鼻咽喉
 - 第6款 顔面・口腔・頸...
 - 第7款 胸部
 - 第8款 心・脈管
 - 第9款 腹部
 - 第10款 泌尿系・副腎
 - 第11款 生殖器

疾病別の需要推計 | 脳血管疾患

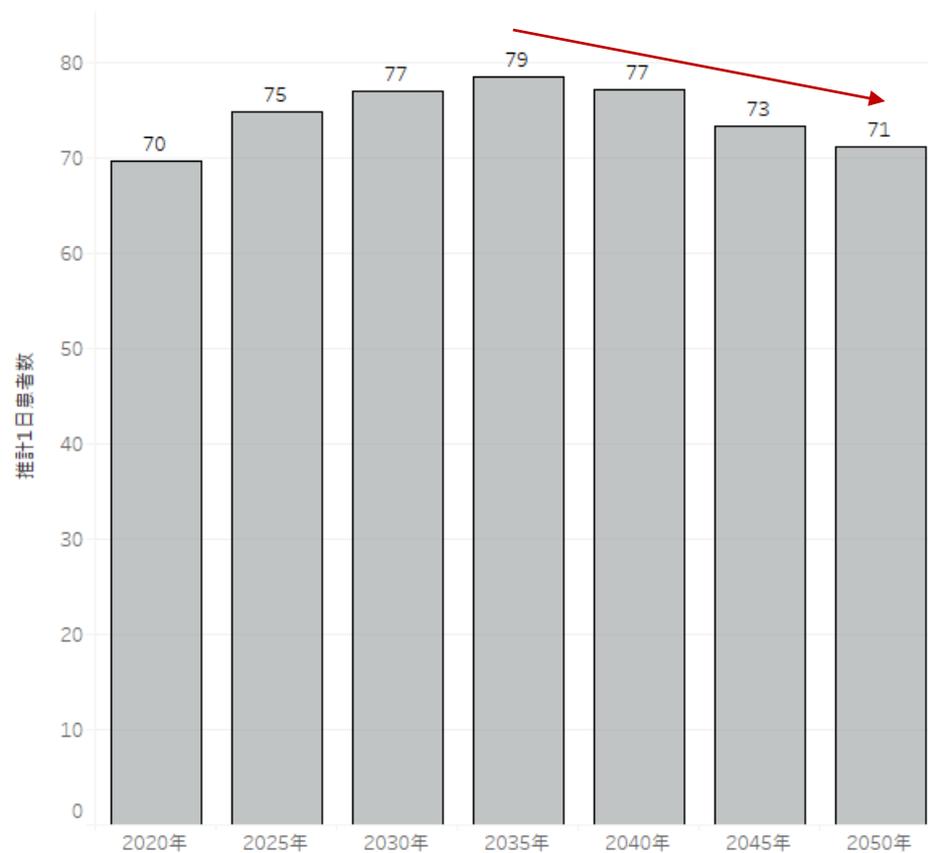
推計1日患者数 | 入院・外来

- 推計1日入院患者数のピークは2035年になり、その後緩やかに減少する見込み。
- 推計1日外来患者数のピークも2035年になり、その後緩やかに減少する見込み。

推計1日患者数_入院(脳血管疾患)



推計1日患者数_外来(脳血管疾患)

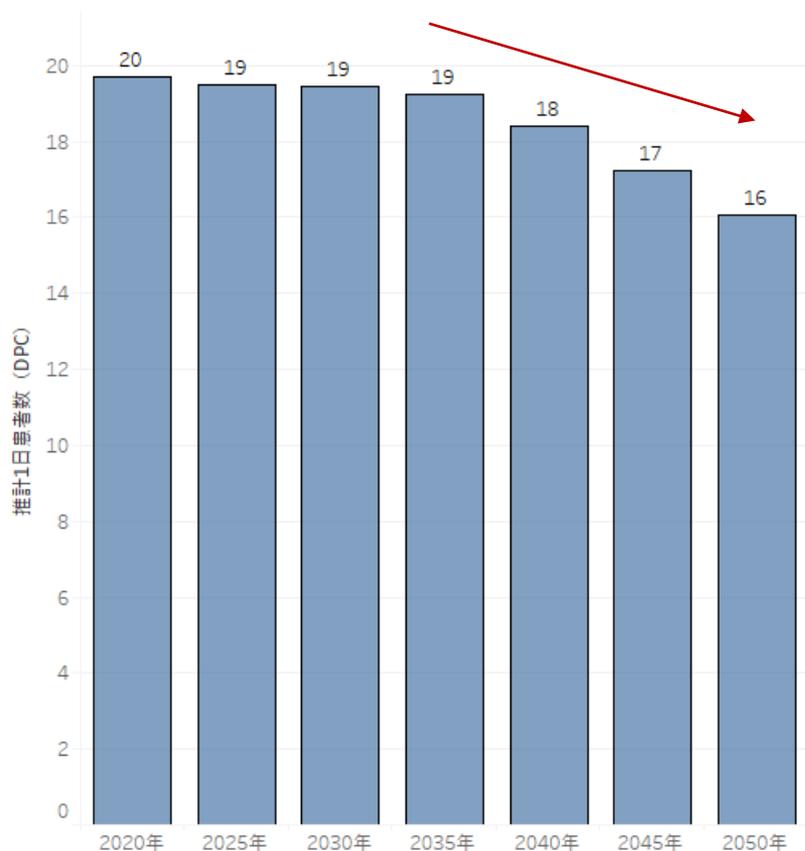


疾病別の需要推計 | 脳神経系

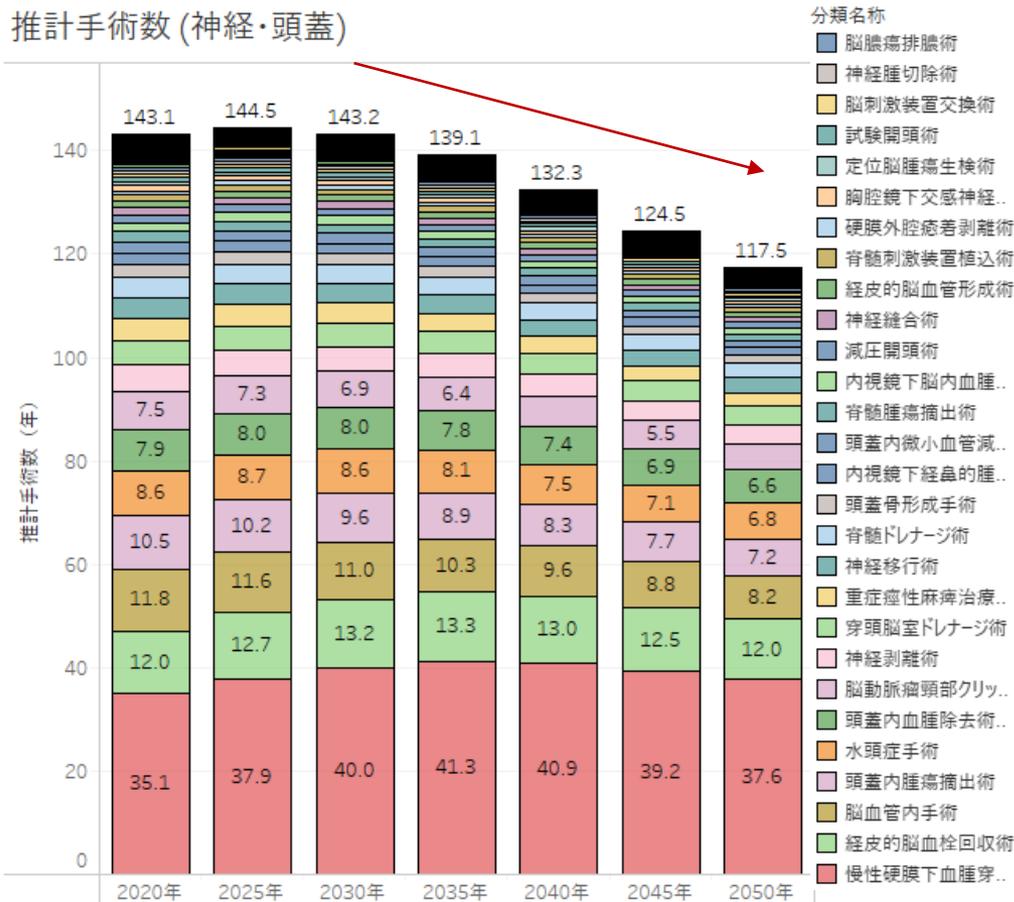
推計1日患者数 | DPC請求を行う患者・手術実施（算定）回数

- DPC請求を行う推計1日入院患者数は2035年まで横ばいの後に減少となる見込み。
- 手術需要は2030年まで横ばいの後に減少となる見込み。

推計1日患者数（DPC） MDC01神経系疾患



推計手術数（神経・頭蓋）

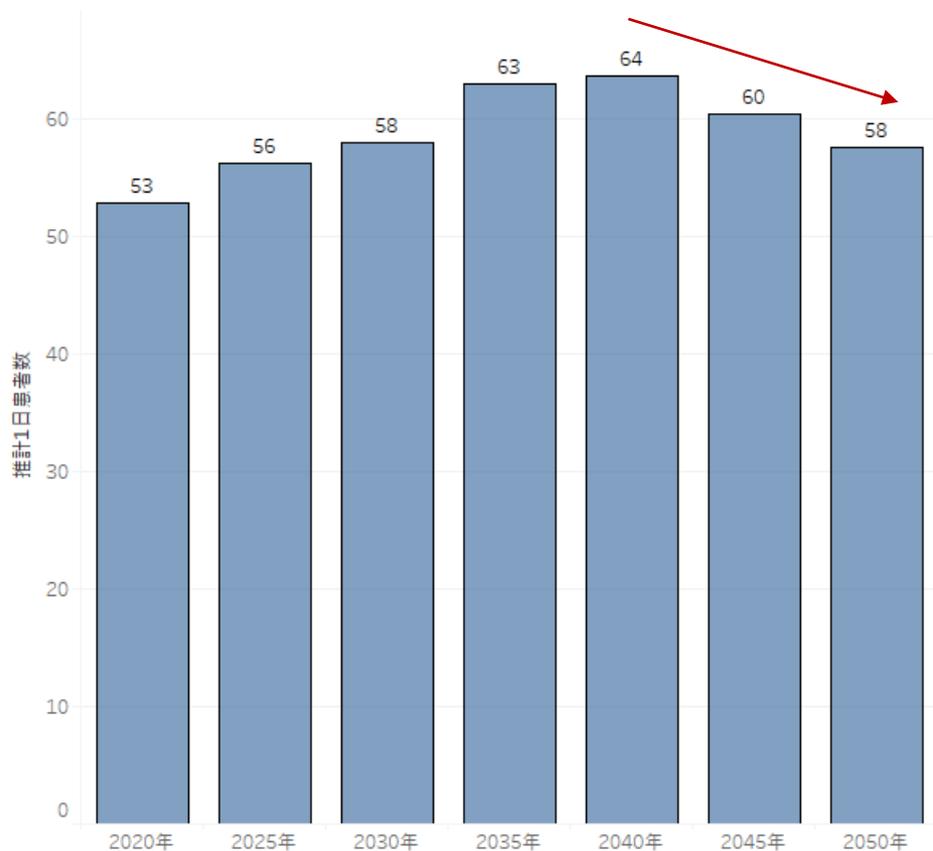


疾病別の需要推計 | 心疾患

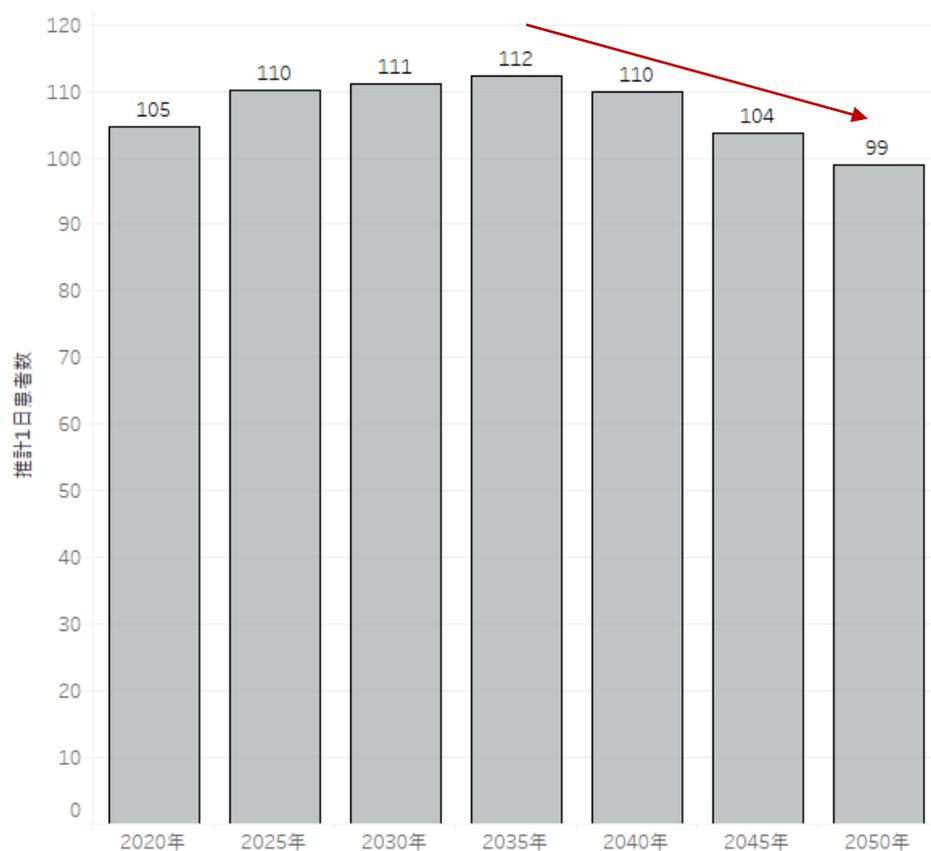
推計1日患者数 | 入院・外来

- 推計1日入院患者数のピークは2035年になり、その後緩やかに減少する見込み。
- 推計1日外来患者数のピークも2035年になり、その後緩やかに減少する見込み。

推計1日患者数_入院 (心疾患)



推計1日患者数_外来 (心疾患)

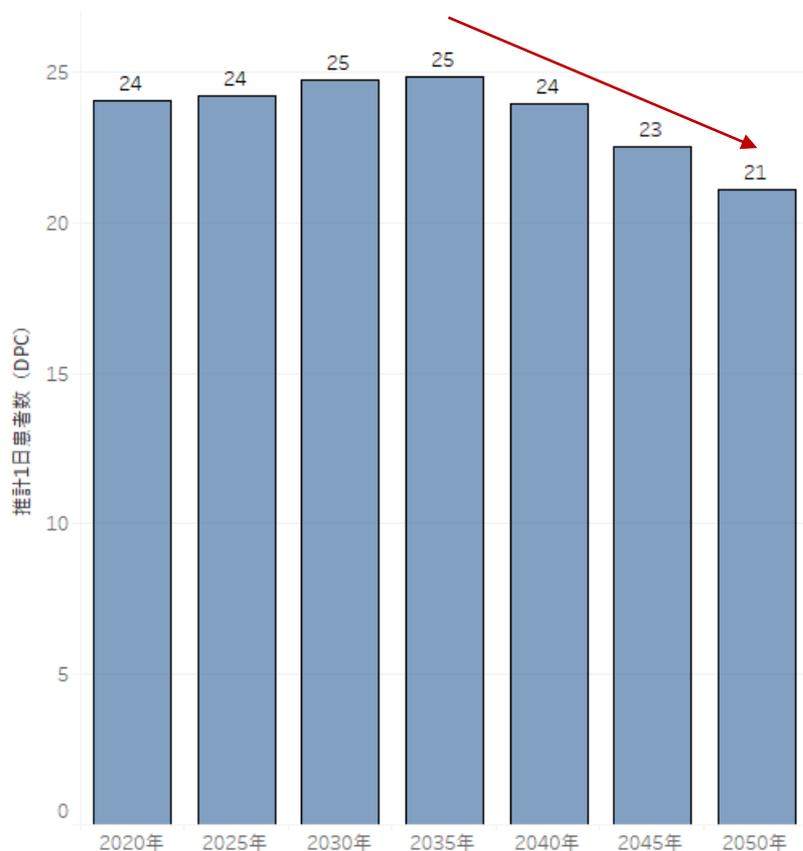


疾病別の需要推計 | 心疾患系

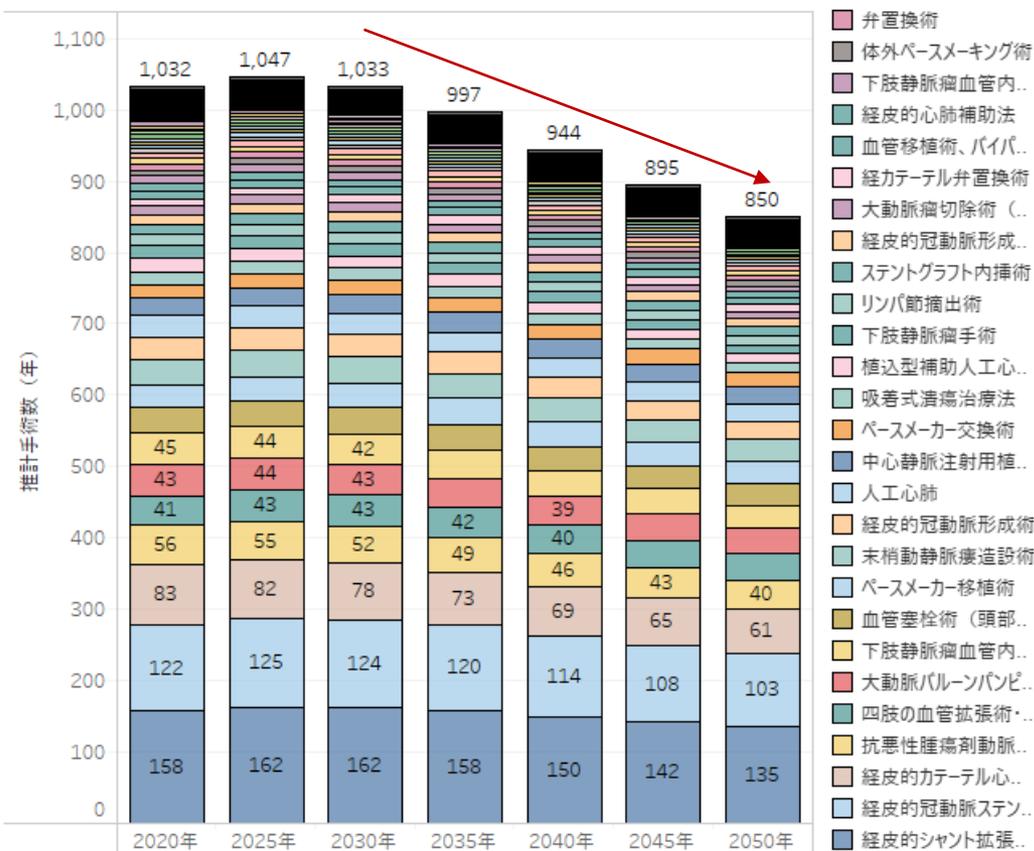
推計1日患者数 | DPC請求を行う患者・手術実施（算定）回数

- DPC請求を行う推計1日入院患者数は2035年まで緩やかに増加し、その後に減少となる見込み。
- 手術需要は2030年まで横ばいの後に減少となる見込み。

推計1日患者数（DPC） MDC05循環器系疾患



推計手術数（心・脈管）



病床機能報告結果（2022年度）による供給体制の特徴

機能別必要病床数と報告数の概況 | 入院料別・医療機関別

- 2025年の必要病床数に対して、総病床数は32床下回る。
- 内訳では、高度急性期と回復期の病床が不足し、急性期と慢性期が余剰となる。
- 高度急性期機能は、緊急患者や重症患者に対して手厚い人員配置を要する。機能が分散することにより高度急性期の体制を構築出来ない場合は役割分担と機能の集約についての議論が必要になる。
- 高齢患者の増加が予想される今後において、在宅復帰等の対応力を強化した回復期機能の病床の整備は必須である。



病床機能報告結果を提出する病院一覧

- HITO病院の病床数および医師数、救急車の受入数や手術数が最多となり、地域の急性期医療の中核であることが分かる。なお、救急車受入と手術の両方に対応しているため、地域内で最も医師数が多いとは言え医師の負担への配慮は必要である。
- 病床機能報告におけるエラーの可能性はあるが、病床稼働率が低い医療機関が多い。
- 需要に対する供給量の整合が図れていない場合、経営状況が今後ますます厳しくなる可能性がある。

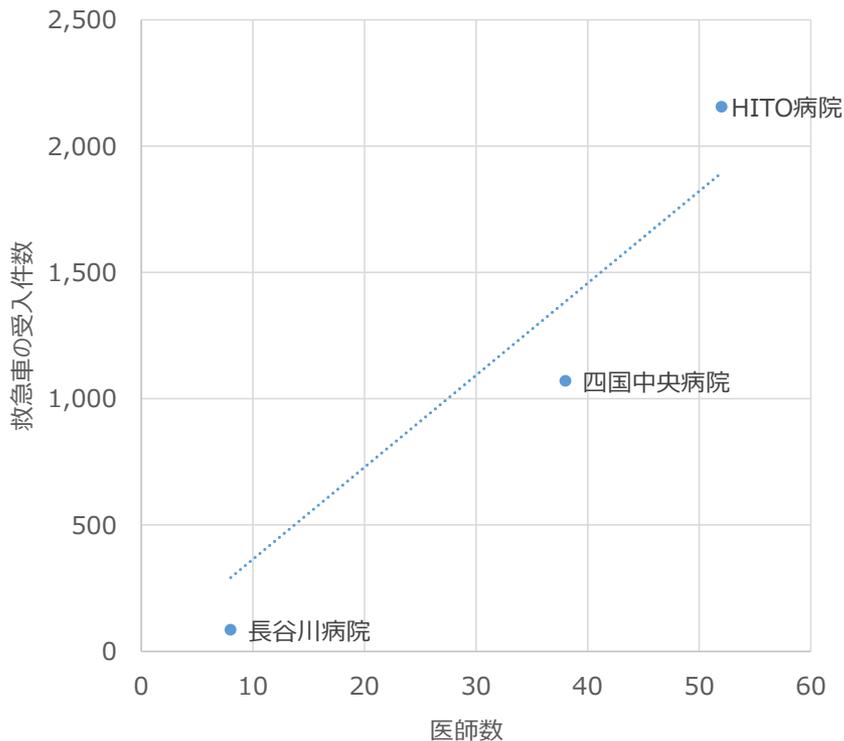
※ 病院の並びは医師数による降順

	H I T O病院	四国中央病院	松風病院	栗整形外科 病院	長谷川病院	新居浜精神衛 生研究所附属 豊岡台病院	西岡病院	恵康病院
病床数（一般+療養）	257	229	23	40	100	82	60	60
医師数（常勤換算数）	52	38	17	16	8	6	6	3
看護師数（常勤換算数）	205	190	82	8	45	34	22	3
PT/OT/ST（常勤換算数）	70	11	9	9	15	6	19	2
推計1日患者数	222	146	15	-	93	30	-	33
推計病床稼働率	86%	64%	67%	-	93%	37%	-	56%
新規入院患者数	3,317	4,283	39	270	692	16	204	60
退院患者数	3,071	4,331	45	272	681	22	193	54
推計平均在院日数	25	12	134	-	50	578	-	214
救急車の受入数	2,156	1,071	0	0	86	0	0	0
手術総数	1,116	1,021	0	0	0	0	0	0
全身麻酔の手術総数	277	599	0	0	0	0	0	0

2022年度病床機能報告より作成 ※病床機能報告においてエラーの可能性が高いものは「-」にて表示
 ※HITO病院のみ病床機能報告の救急搬送受入数が空白であったため、HPより引用

救急医療の体制 | 救急車受入数と常勤換算医師数

- HITO病院の医師数及び救急車の受入数が地域内で最多となるが、前述の通り手術数も多いため医師への負担については懸念がある。
- 医師1人当たり救急車受入数が多い病院においては、医師の働き方改革への適応や今後のマンパワー確保などの論点を踏まえ、将来的に救急受け入れ体制を維持できるか確認が必要。



	救急車の受入件数	医師数	医師1人当たり救急車受入数
HITO病院	2,156	52	41
四国中央病院	1,071	38	28
長谷川病院	86	8	11
計	3,313	98	34

救急医療の体制 | 二次救急病院の所在と高度急性期系施設基準の届出状況

- 宇摩圏域にて救急車受入を行う医療機関は東側に固まっている。
- 当地域において高度急性期系の施設基準を届け出る医療機関は、HITO病院のみである。

二次救急病院地図



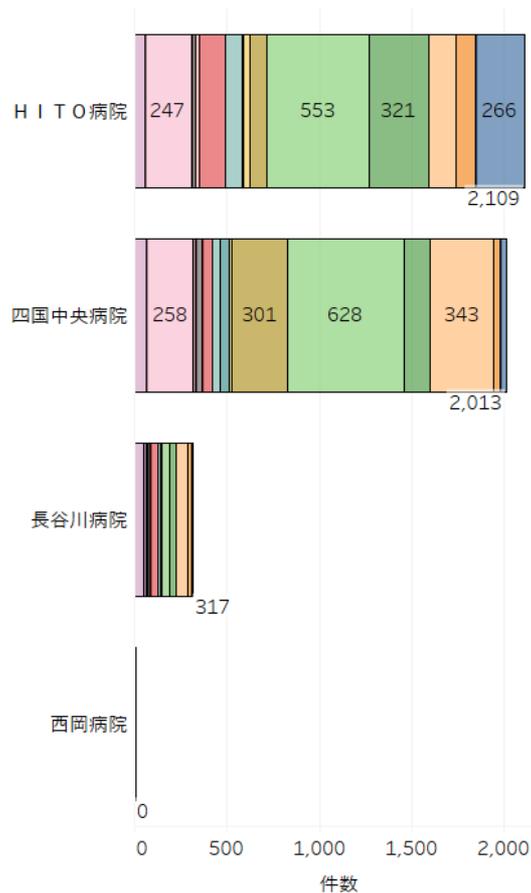
高度急性期特定入院料

2. 医療圏	5. 医療機関名称	総病床数	G05.救急車の受入..	高度急性期系特定入院料	
				ハイケアユニット入院医療管理料1	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
宇摩	HITO病院	257床	0件	●	●

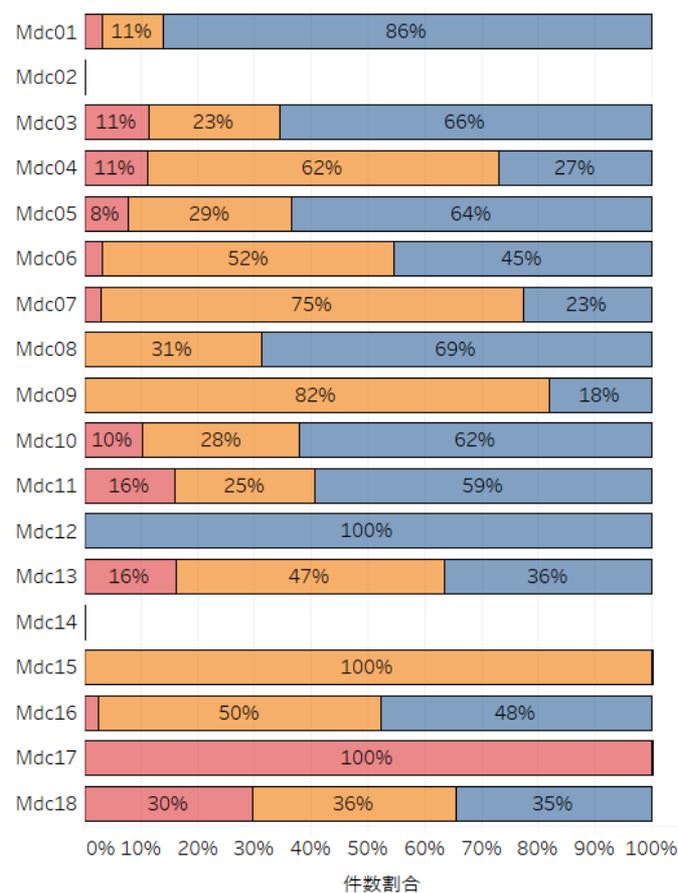
急性期医療 | MDC別の症例数

- DPC症例数はHITO病院が最多となる。MDC14と15（周産期系）を除き、住友別子病院の占有率の高さが目立つ。
- MDC01（神経系）や05（循環器系）はHITO病院、MDC04（呼吸器系）や07（筋骨格系）、MDC09（乳房の疾患）、MDC15（小児疾患）は四国中央病院に役割分担がされている様子。

MDC別件数



MDC別割合



出典：厚生労働省 退院患者調査

回復期機能 | 回復期機能を想定する入院料を届け出る病棟の状況

- 各病棟の役割は、自院の後方支援病棟としての活用か、家庭等からの入院を受け入れるための病棟かに大きく分かれる。
- 退院先はいずれの病棟も家庭への退院割合が多いが、病棟によっては介護施設との連携を行っている様子。

報告する機能	急性期	回復期	回復期	慢性期
届出入院料	地域包括ケア病棟 入院料 2	回復期リハビリテーション病棟 入院料 1	回復期リハビリテーション病棟 入院料 4	地域一般入院料 3
医療機関名称	四国中央病院	H I T O病院	西岡病院	栗整形外科病院
許可病床数	59	50	24	40
予定入院・緊急入院の割合				
予定入院・転棟入院の割合	57%	100%	74%	52%
予定外・緊急外の入院の割合	42%	0%	26%	46%
予定外・緊急入院の割合	0%	0%	0%	2%
入院前の場所の割合				
転棟入院の割合	27%	91%	0%	0%
家庭からの入院の割合	63%	0%	23%	44%
転院の割合	1%	9%	74%	29%
介護施設・福祉施設からの入院の割合	2%	0%	3%	27%
介護医療院からの入院の割合	0%	0%	0%	0%
退院後の場所の割合				
家庭への退院割合	91%	82%	48%	60%
他病棟への転棟割合	0%	6%	0%	0%
転院の割合	5%	4%	15%	6%
介護医療院への退院割合	0%	0%	0%	0%
介護施設への退院割合	2%	9%	35%	32%
死亡退院の割合	2%	0%	1%	3%

慢性期機能 | 慢性期機能を想定する入院料を届け出る病棟の状況

- 慢性期機能の病棟では、死亡退院の割合が非常に高い。
- なお、恵康病院の療養病棟では、家庭からの入院と在宅復帰の割合が高く、当指標だけを見れば回復期機能のように見える。

報告する機能	慢性期				
	療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 2
届出入院料	松風病院	新居浜精神衛生研究所附属豊岡台病院	西岡病院	長谷川病院	恵康病院
医療機関名称	松風病院	新居浜精神衛生研究所附属豊岡台病院	西岡病院	長谷川病院	恵康病院
許可病床数	23	48	36	48	60
予定入院・緊急入院の割合					
予定入院・転棟入院の割合	51%	71%	38%	100%	18%
予定外・緊急外の入院の割合	49%	29%	62%	0%	72%
予定外・緊急入院の割合	0%	0%	0%	0%	10%
入院前の場所の割合					
転棟入院の割合	0%	24%	0%	95%	0%
家庭からの入院の割合	69%	24%	48%	0%	82%
転院の割合	8%	48%	38%	3%	18%
介護施設・福祉施設からの入院の割合	15%	5%	14%	0%	0%
介護医療院からの入院の割合	8%	0%	0%	2%	0%
退院後の場所の割合					
家庭への退院割合	17%	17%	19%	2%	69%
他病棟への転棟割合	2%	4%	0%	0%	0%
転院の割合	4%	13%	11%	7%	2%
介護医療院への退院割合	7%	0%	0%	24%	0%
介護施設への退院割合	7%	0%	21%	0%	4%
死亡退院の割合	63%	65%	49%	67%	26%

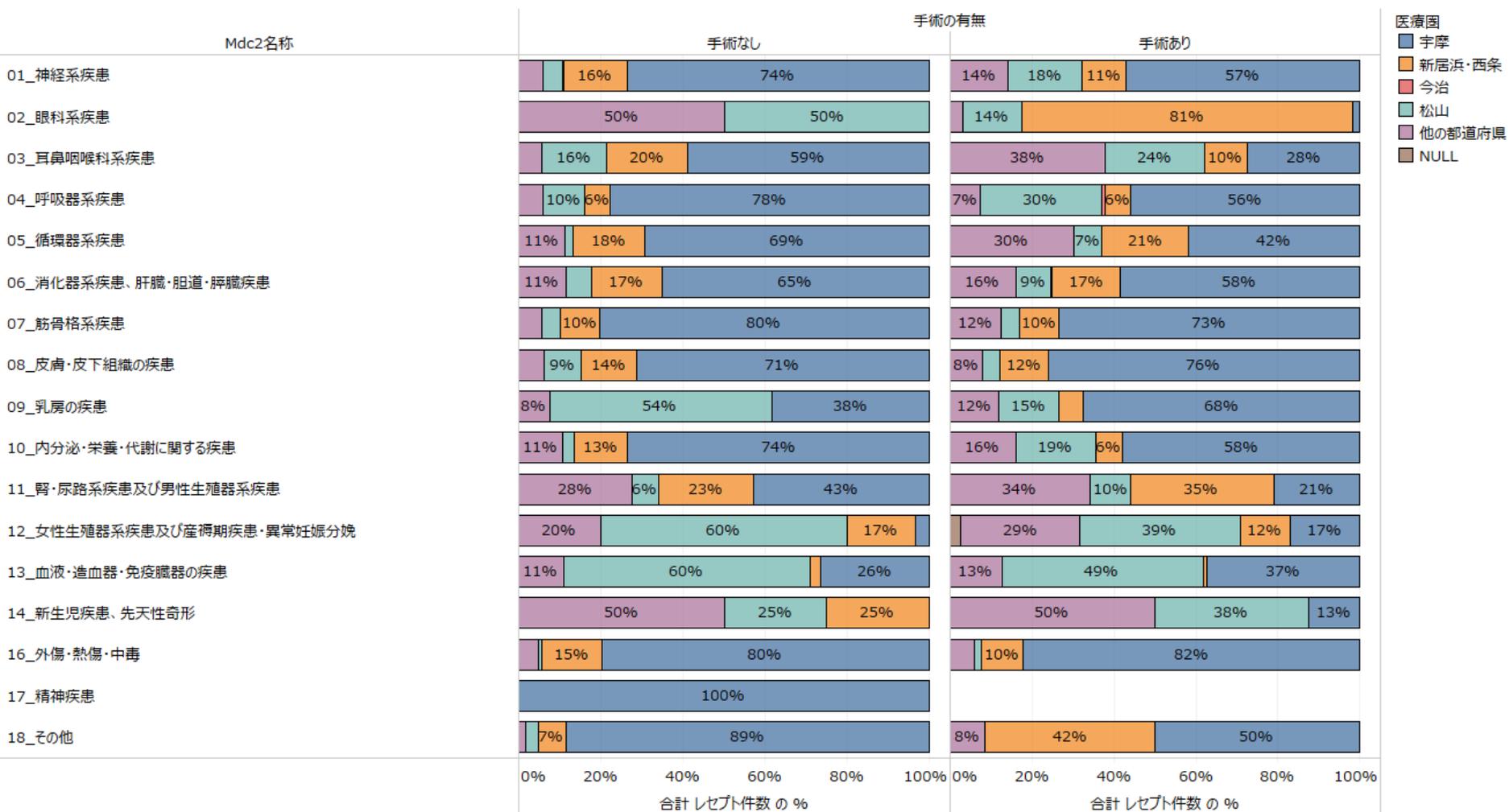
国保データから見た地域完結の状況

※データ期間：2022年4月～2023年3月

MDC別・医療機関所在二次医療圏別の割合

- 宇摩圏域にて対応がされているMDCと、新居浜・西条圏域や松山圏域と分担しているMDCがある。
- MDC01（神経系）やMDC05（循環器系）、MDC12（女性系）など、緊急性が高い疾患が含まれるMDCにおいて、的確な地域完結もしくは広域連携が行われているか確認が必要。

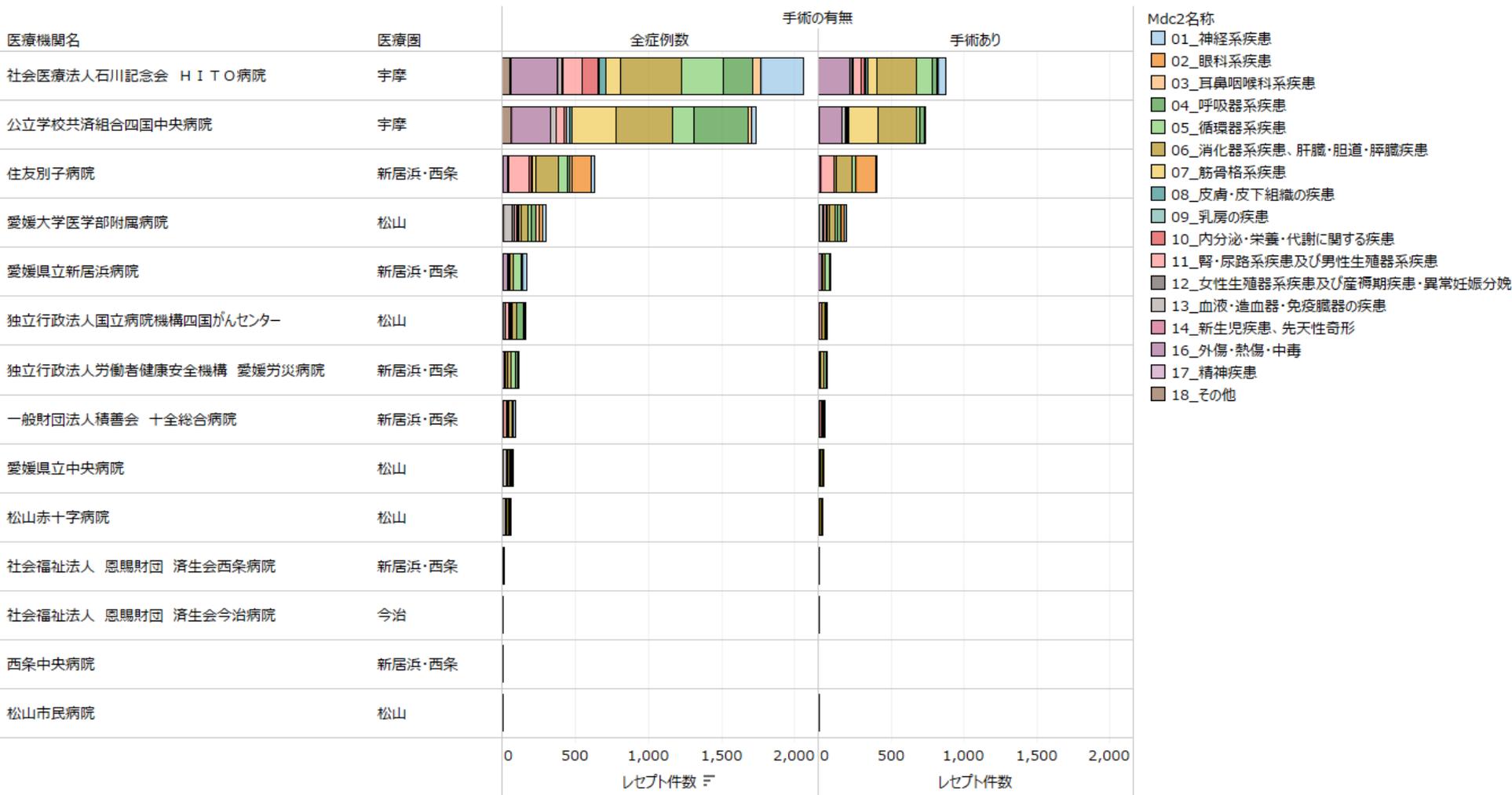
医療機関所在地別MDC割合_DPC(手術有無)_宇摩(入院)



医療機関別・MDC別の症例数（DPC請求を行うもの）

- 医療機関別のMDC数ではHITO病院の症例数が最多である。
- 住友別子病院や愛大医学部付属病院の症例数も多く、疾患に応じて他圏域の急性期病院と連携が行われている様子。

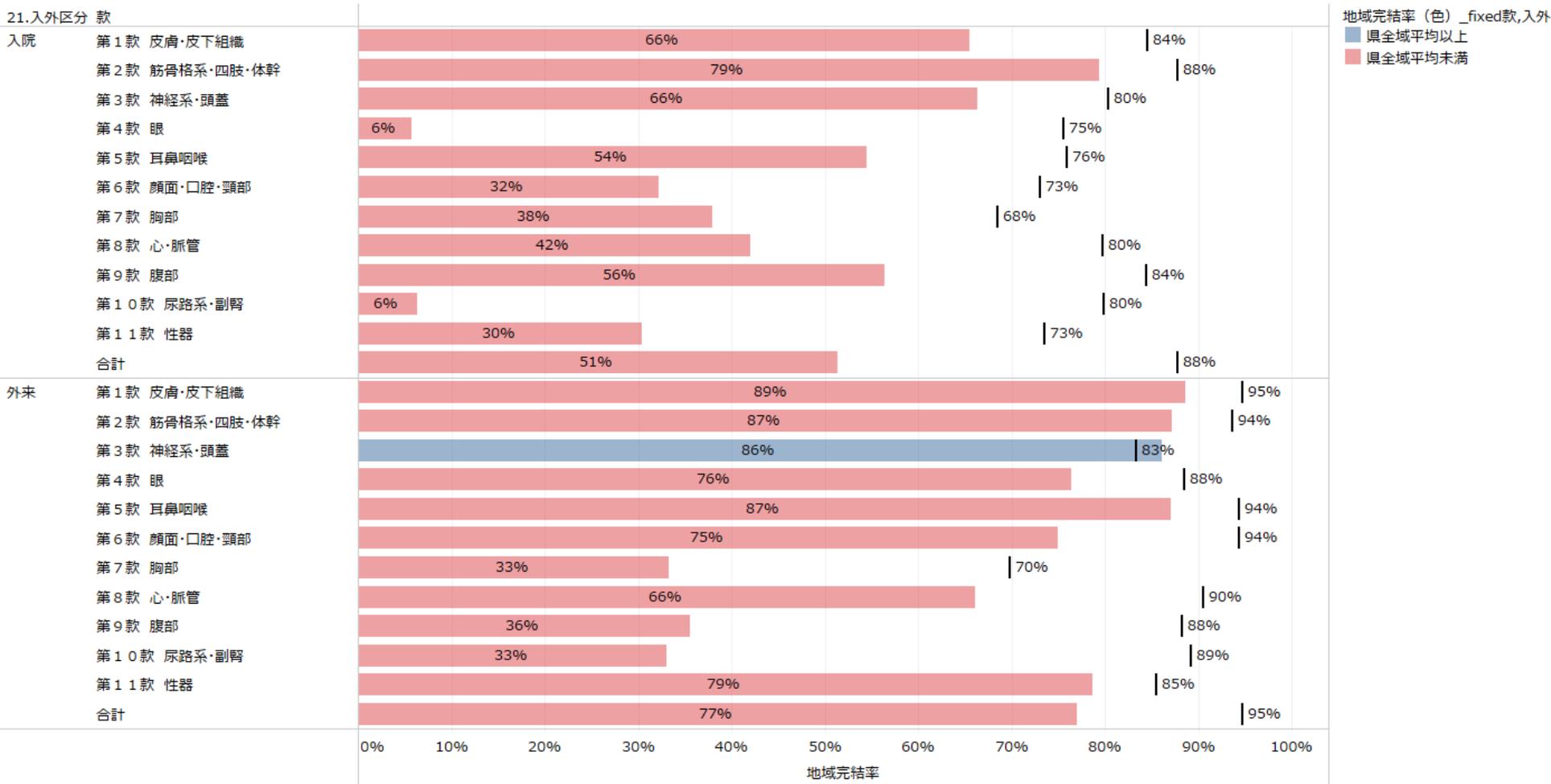
医療機関別MDC別件数_DPC (手術有無)_宇摩(入院)



入院・外来別、款別の手術地域完結率

- 款別の手術地域完結率では、いずれの款（臓器）においても圏域内で対応を行っているが、第4款・目や第10款・尿路系、副腎については、ほぼ他圏域における手術となっている。

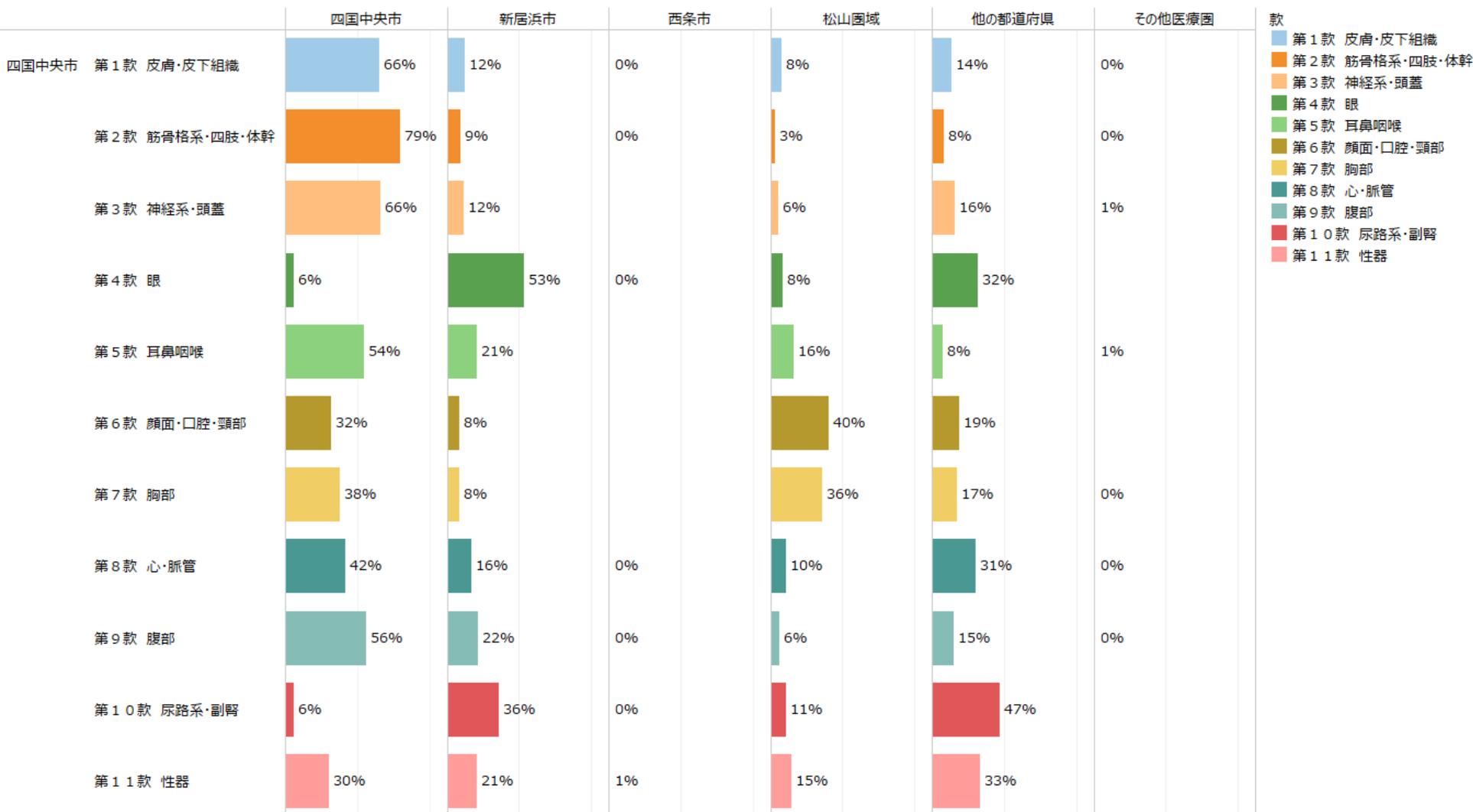
手術（款）別の地域完結率



患者住所地別、款別、受診医療機関所在地別の状況

- 第4款・目は新居浜市の医療機関、第6款・顔面、口腔、頸部は松山圏域の医療機関、第10款・尿路系、副腎は他の都道府県（香川）の医療機関など、部位別に受診先の地域には傾向がある。

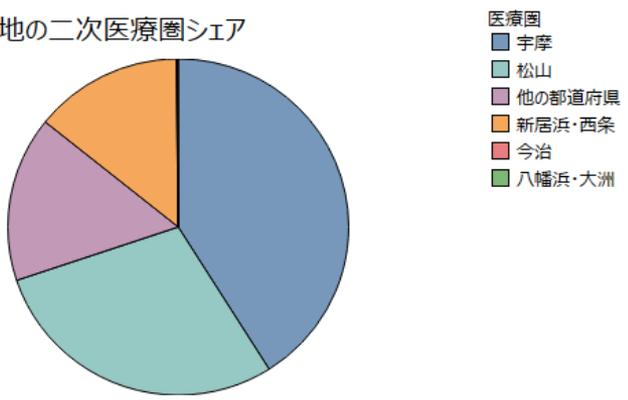
居住市町別/手術実施先の地区



地域完結の状況 | がん

- HITO病院の件数が最多だが、四国がんセンターや大学附属病院への受診が多く、地域完結率は約4割。
- 人口規模が小さい医療圏のため、発生数が少ないがんの手術や急性期医療に関して、必ずしも自圏域による対応にこだわらず、適切な広域連携が行われていることが重要。

施設所在地の二次医療圏シェア

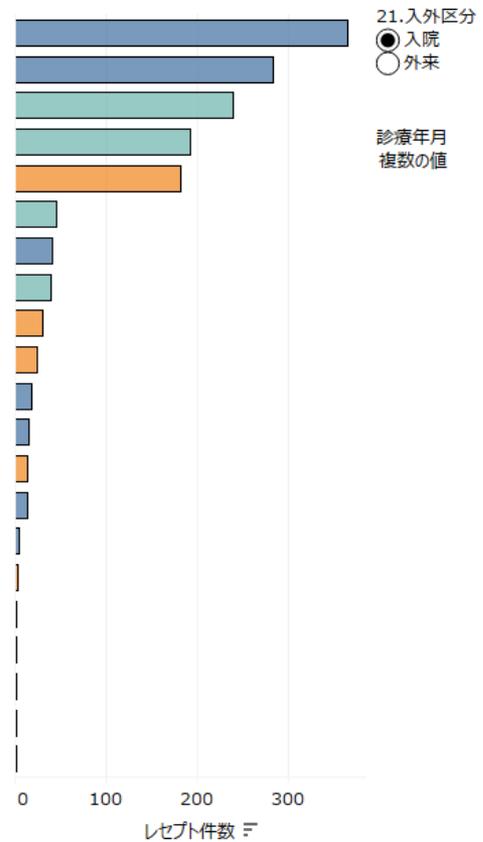


医療機関別レセプト件数_入院

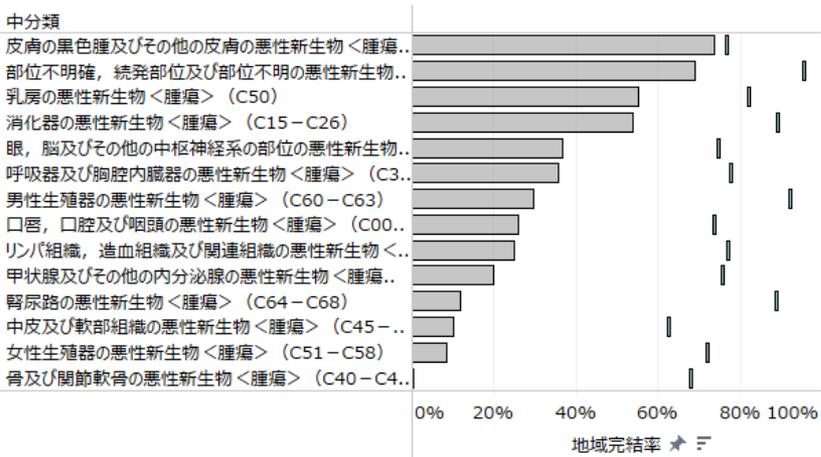
医療機関名

社会医療法人石川記念会 HITO病院
公立学校共済組合四国中央病院
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター
愛媛大学医学部附属病院
住友別子病院
松山赤十字病院
長谷川病院
愛媛県立中央病院
独立行政法人労働者健康安全機構 愛媛労災病院
愛媛県立新居浜病院
松風病院
医療法人 慶尚会 恵康病院
一般財団法人積善会 十全総合病院
医療法人柏寿会 福田医院
医療法人社団恵仁会 三島外科胃腸クリニック
新居浜協立病院
社会福祉法人 恩賜財団 済生会今治病院
南松山病院
松山リハビリテーション病院
社会福祉法人 恩賜財団 済生会西条病院
市立八幡浜総合病院

保険者二次医療圏 宇摩



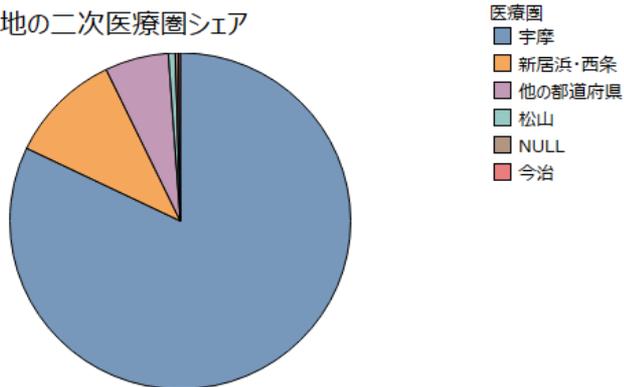
ICD中分類別地域完結率



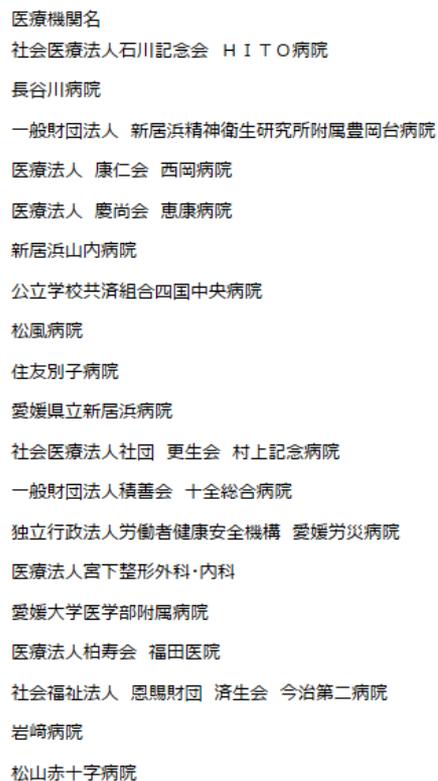
地域完結の状況 | 脳血管疾患

- 症例数の最多はHITO病院であり、基本的に自圏域にて完結をしている。

施設所在地の二次医療圏シェア



医療機関別レセプト件数_入院

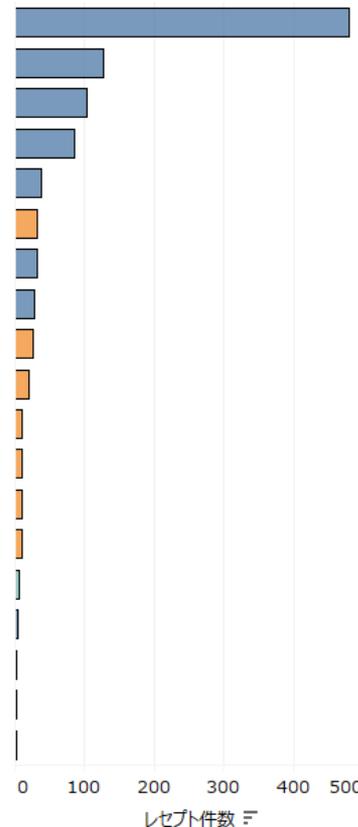


保険者二次医療圏 宇摩

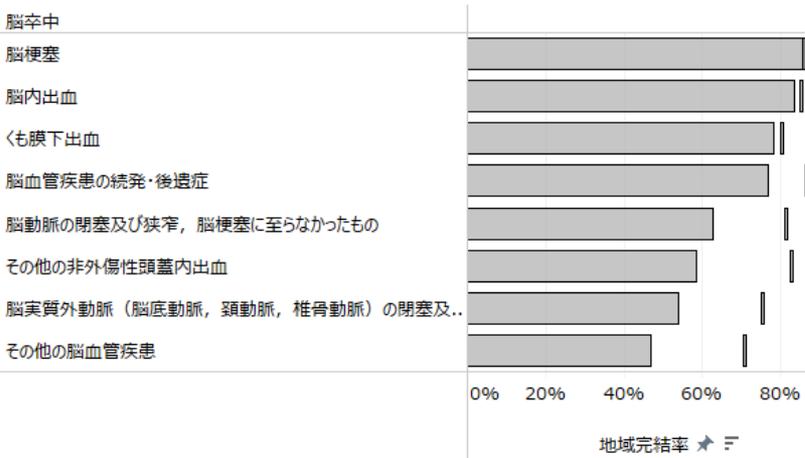
21.入外区分
●入院
○外来

診療年月
複数の値

脳卒中
複数の値



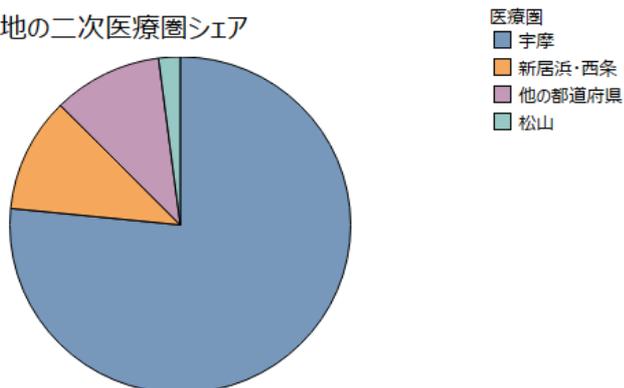
ICD中分類別地域完結率



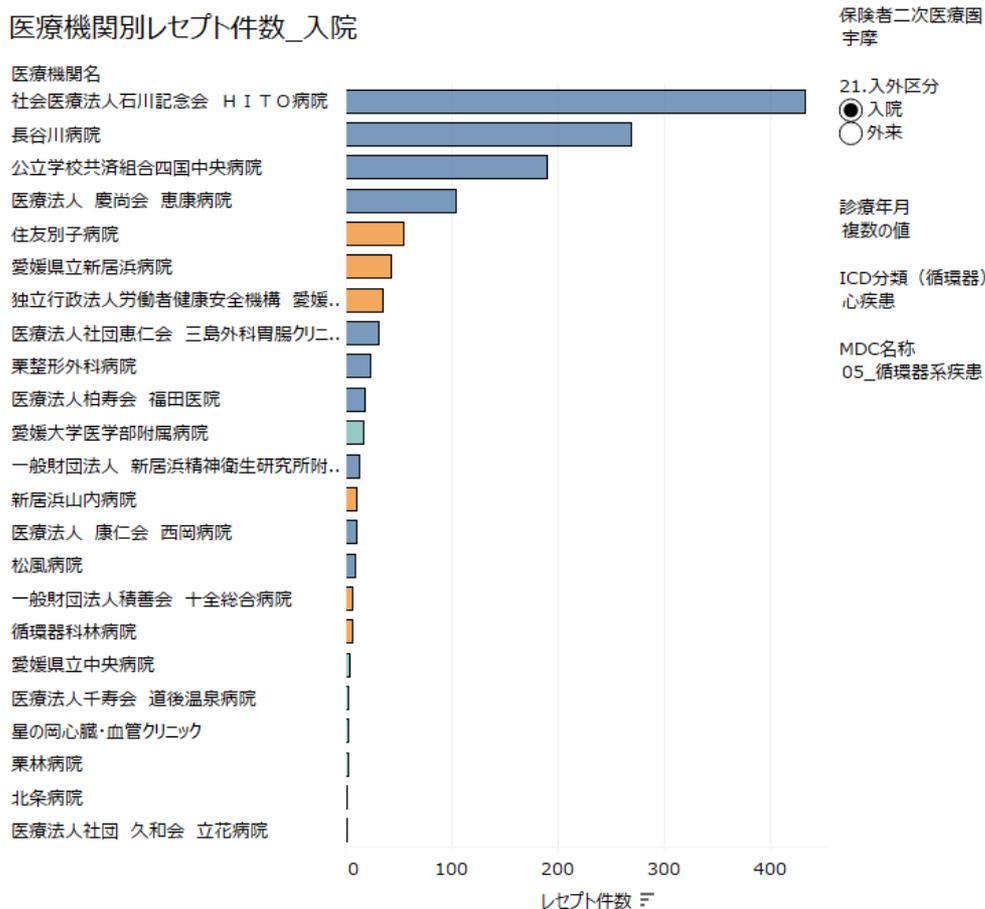
地域完結の状況 | 心疾患

- 症例数の最多はHITO病院であり、基本的に自圏域にて完結をしている。
- なお、心臓血管外科による対応や医師の熟練度を要する症例については、他圏域の医療機関と連携を行っている様子。

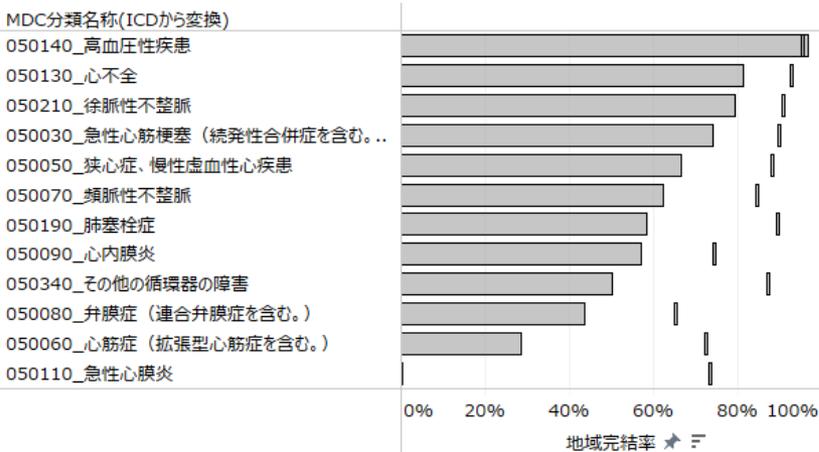
施設所在地の二次医療圏シェア



医療機関別レセプト件数_入院



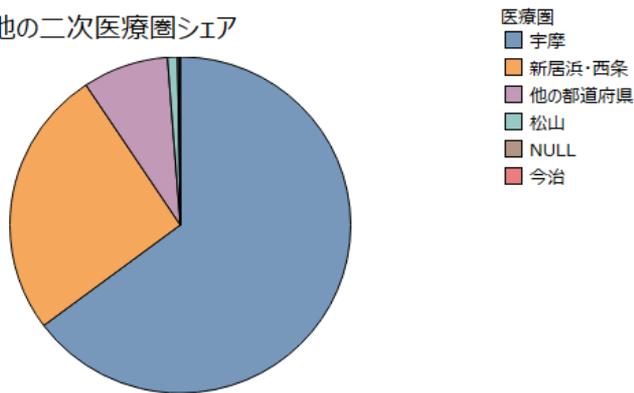
ICD中分類別地域完結率



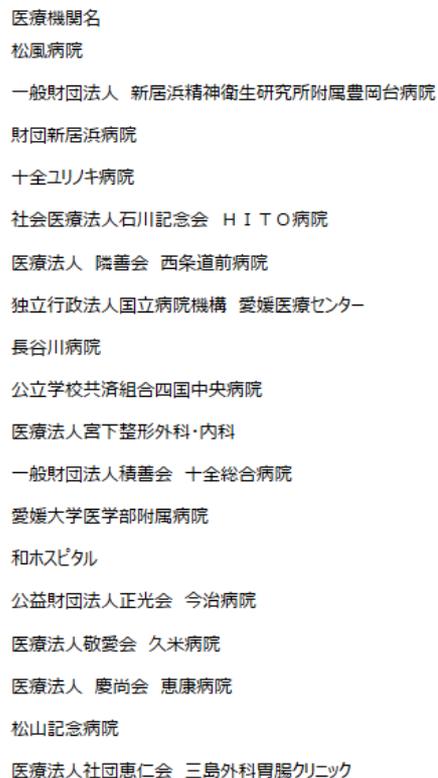
地域完結の状況 | 精神疾患

- 宇摩圏域と新居浜・西条圏域の医療機関にて対応を行っている。

施設所在地の二次医療圏シェア



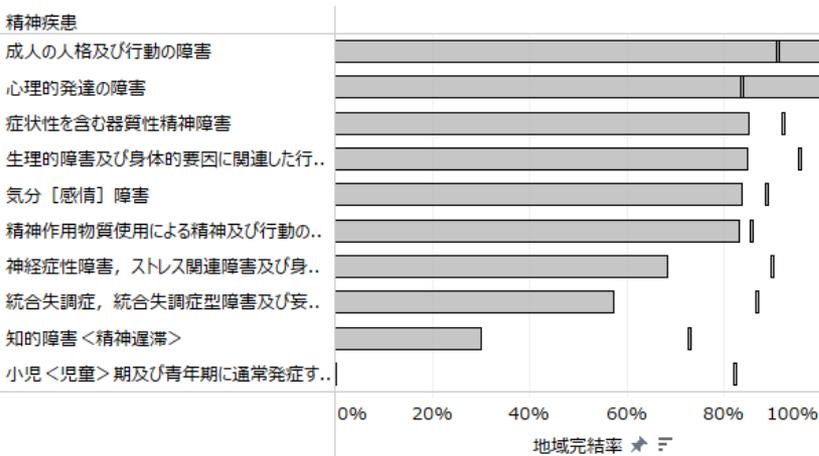
医療機関別レセプト件数_入院



保険者二次医療圏 宇摩



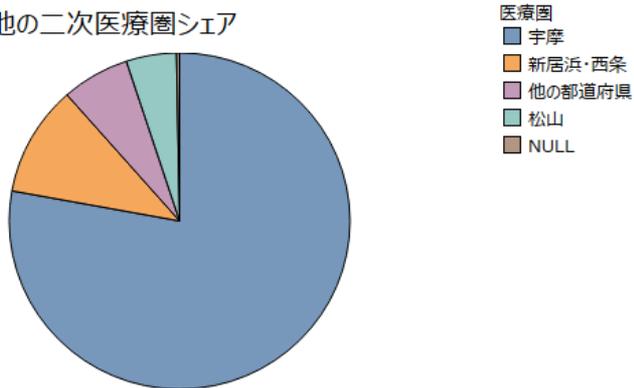
ICD中分類別地域完結率



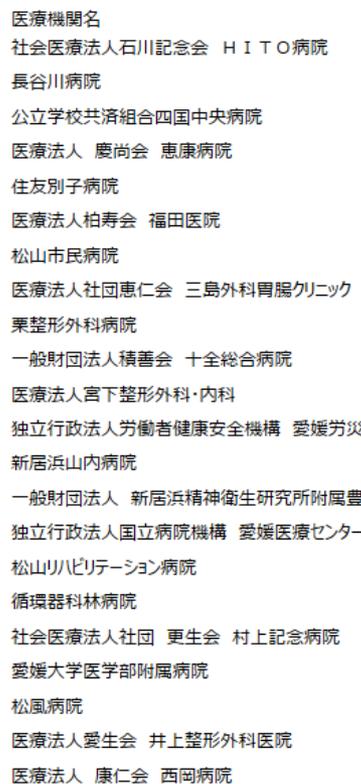
地域完結の状況 | 糖尿病

- 基本的に自圏域にて対応を行っている。

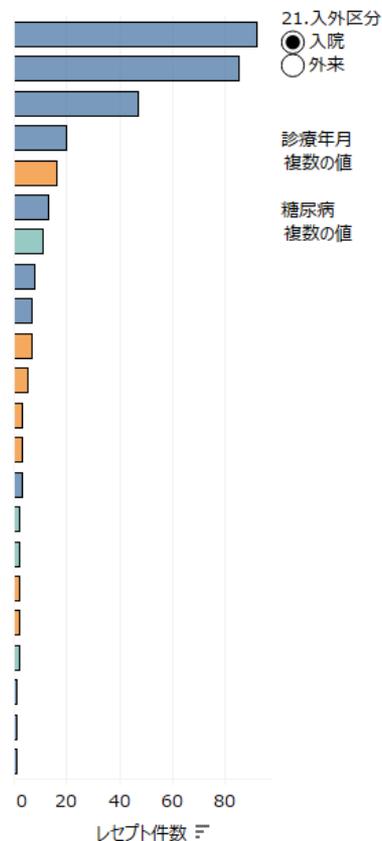
施設所在地の二次医療圏シェア



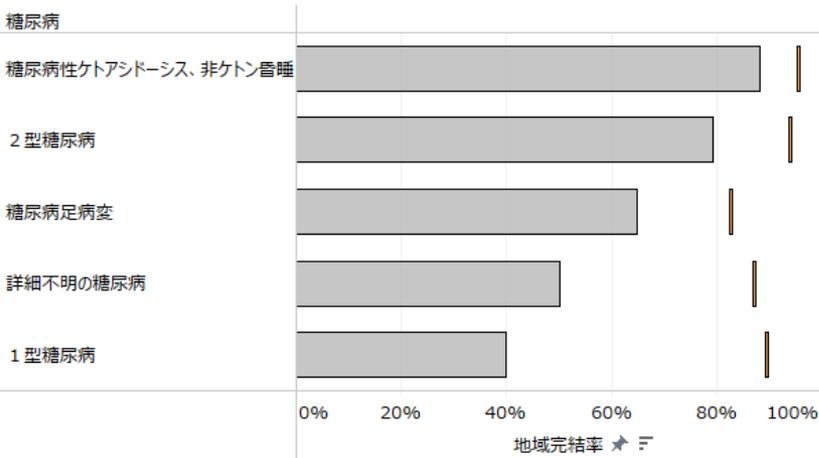
医療機関別レセプト件数_入院



保険者二次医療圏 宇摩



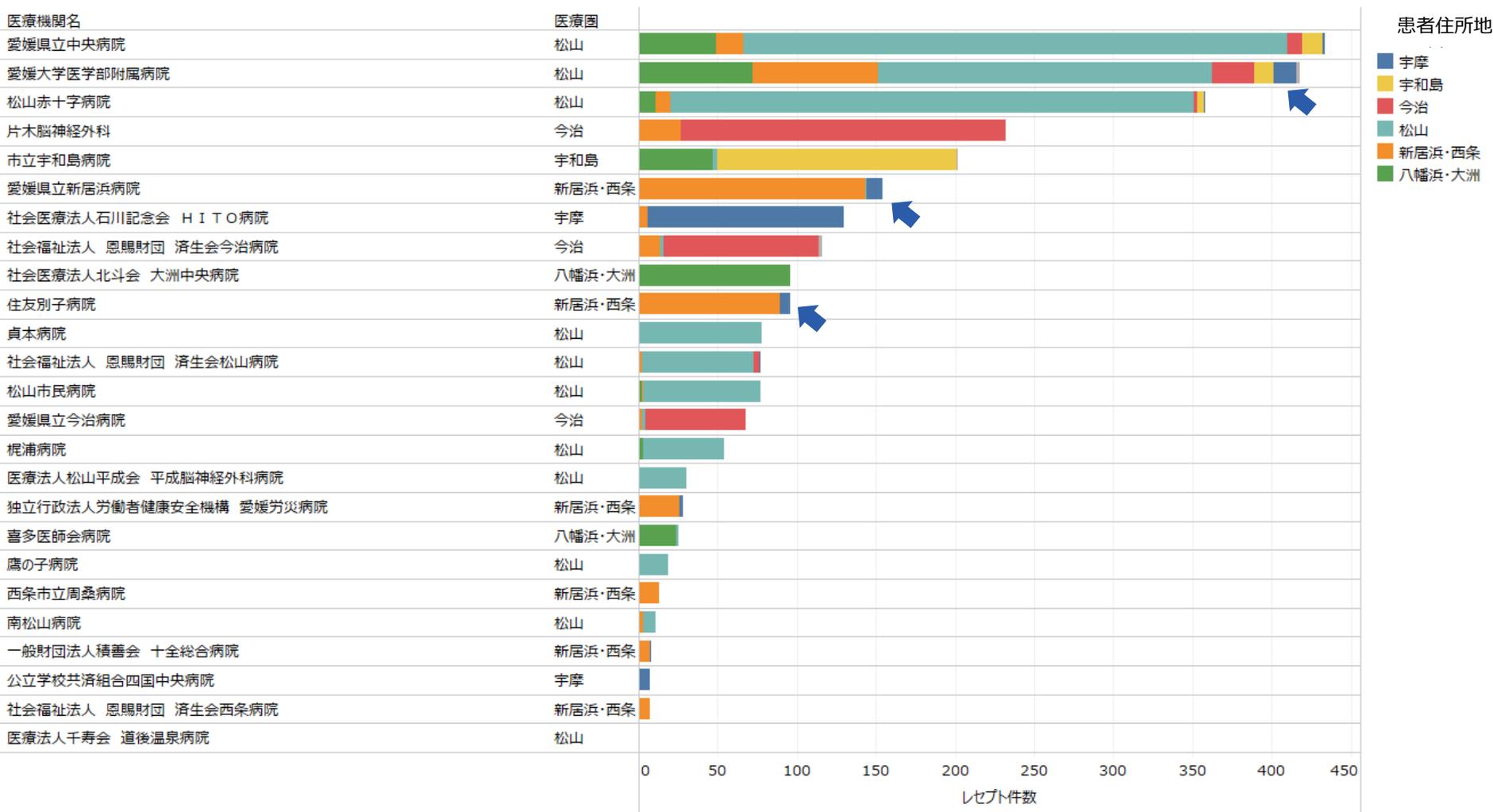
ICD中分類別地域完結率



愛媛県全域 | 医療機関別のMDC01かつ神経系・頭蓋の手術の実施状況

- 基本的にはHITO病院にて対応が行われており、HITO病院には新居浜西条圏域からの受診もある。
- 愛媛大学附属病院、県立新居浜病院、住友別子病院では、宇摩圏域の一部の患者への対応も行っている。

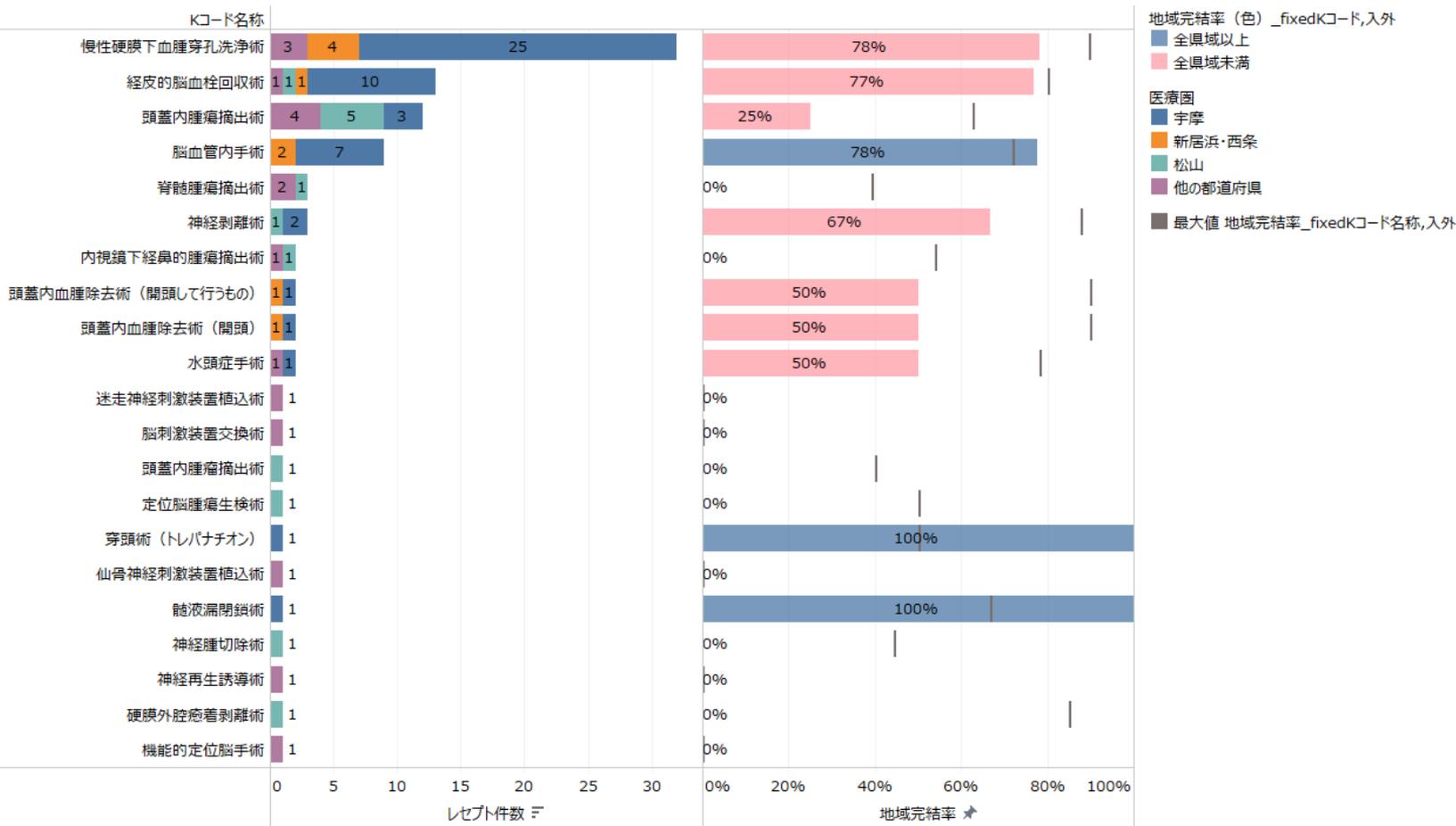
医療機関別手術数①_01_神経系疾患×第3款 神経系・頭蓋



被保険者：宇摩圏域 | 神経系・頭蓋の手術の実施状況

- 手術症例の詳細では、脳腫瘍への対応は松山圏域にて行われており、その他の場合は基本的に宇摩圏域にて行われている。
- 症例に応じた連携が行われている。

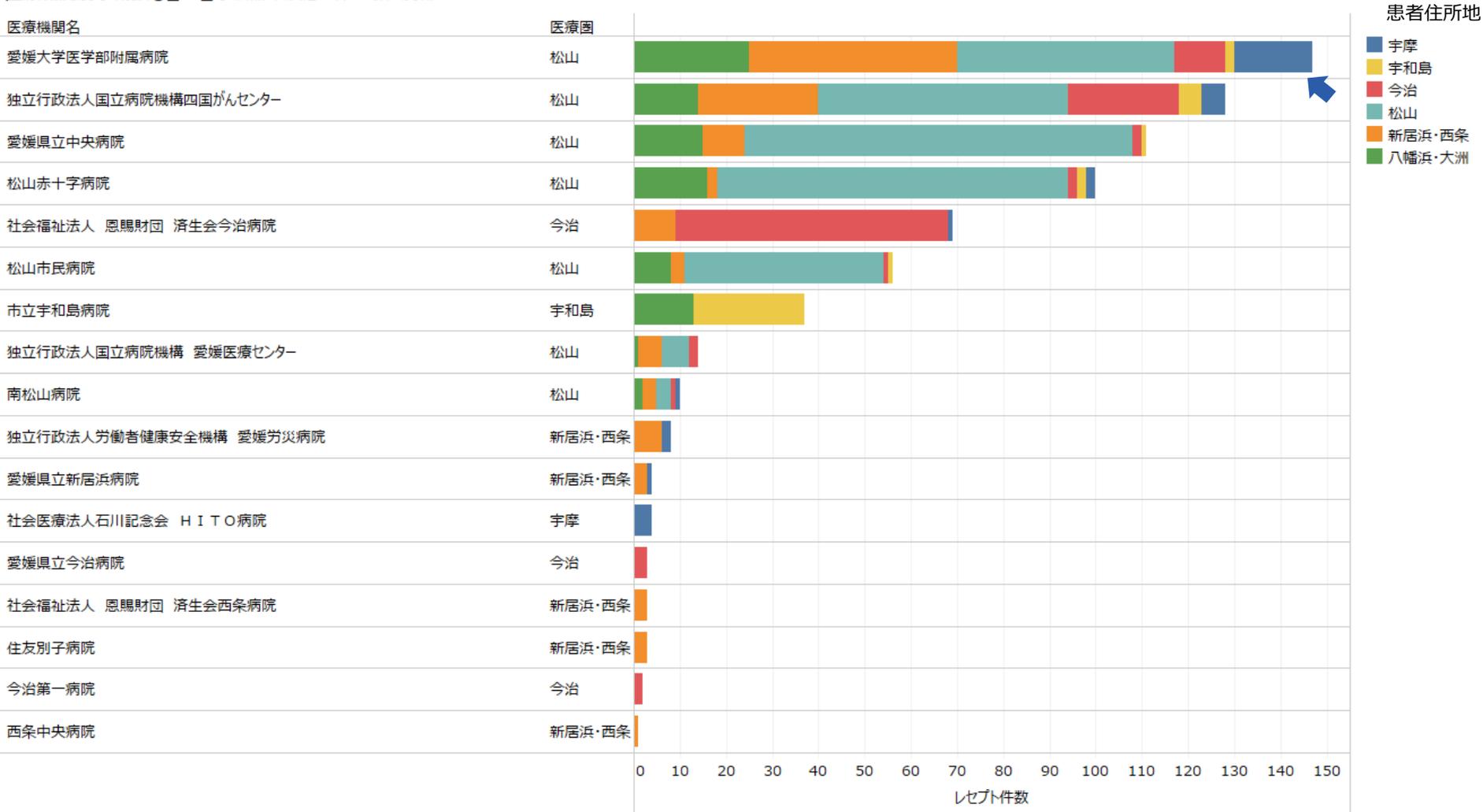
款別手術名称別の手術数と地域完結率①_第3款 神経系・頭蓋（入院）



愛媛県全域 | 医療機関別のMDC04かつ胸部の手術の実施状況

- 呼吸器系の手術の場合は、愛媛大学医学部附属病院との連携が行われている。

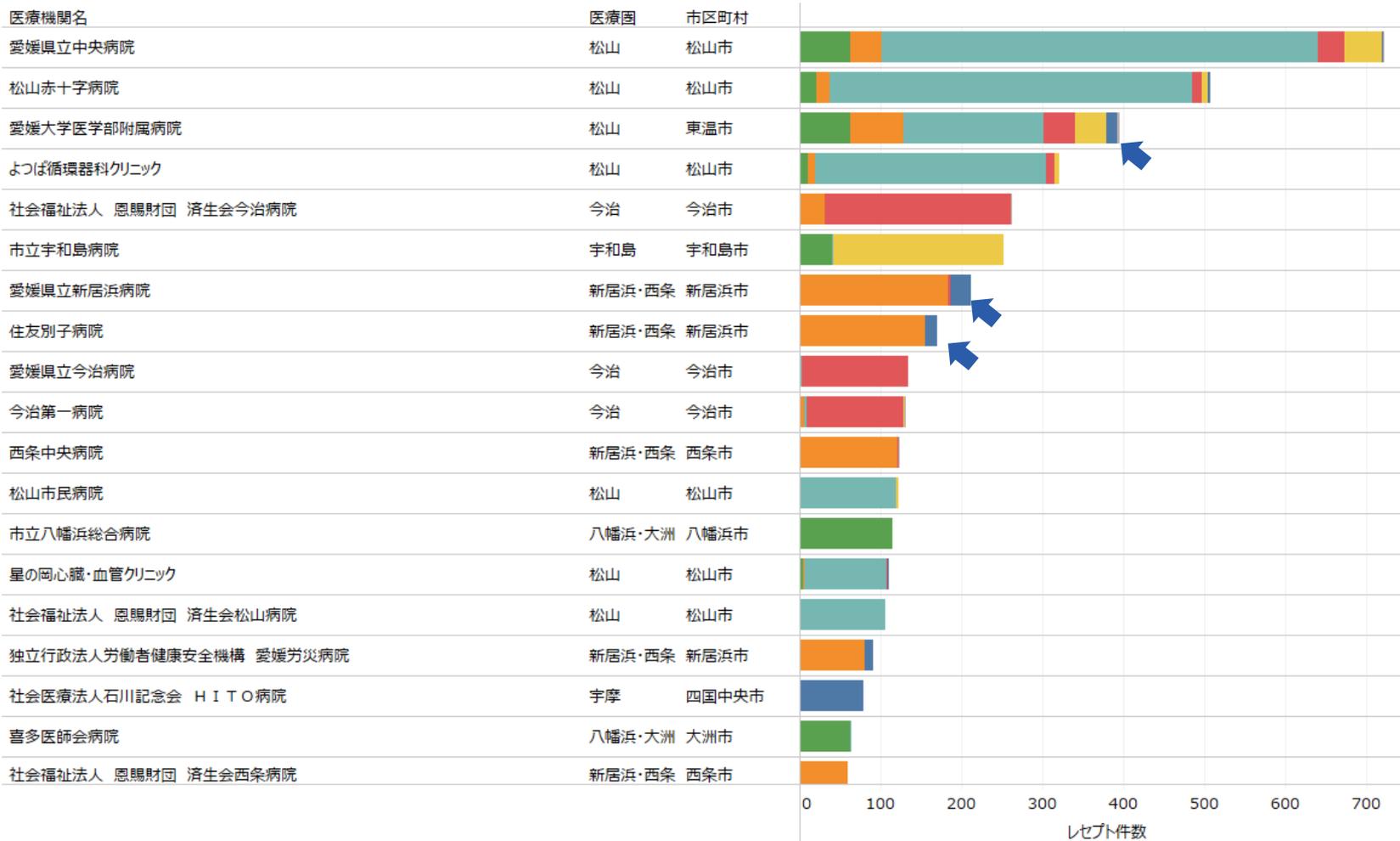
医療機関別手術数②_04_呼吸器系疾患×第7款 胸部



愛媛県全域 | 医療機関別のMDC05かつ心・脈管の手術の実施状況

- 基本的にはHITO病院にて対応が行われている。
- 愛媛大学附属病院、県立新居浜病院、住友別子病院では、宇摩圏域の一部の患者への対応も行っている。

医療機関別手術数③_05_循環器系疾患×第8款 心・脈管



二次医療圏
(すべて)

MDC名称
05_循環器系疾患

21.入外区分
入院

款
第8款 心・脈管

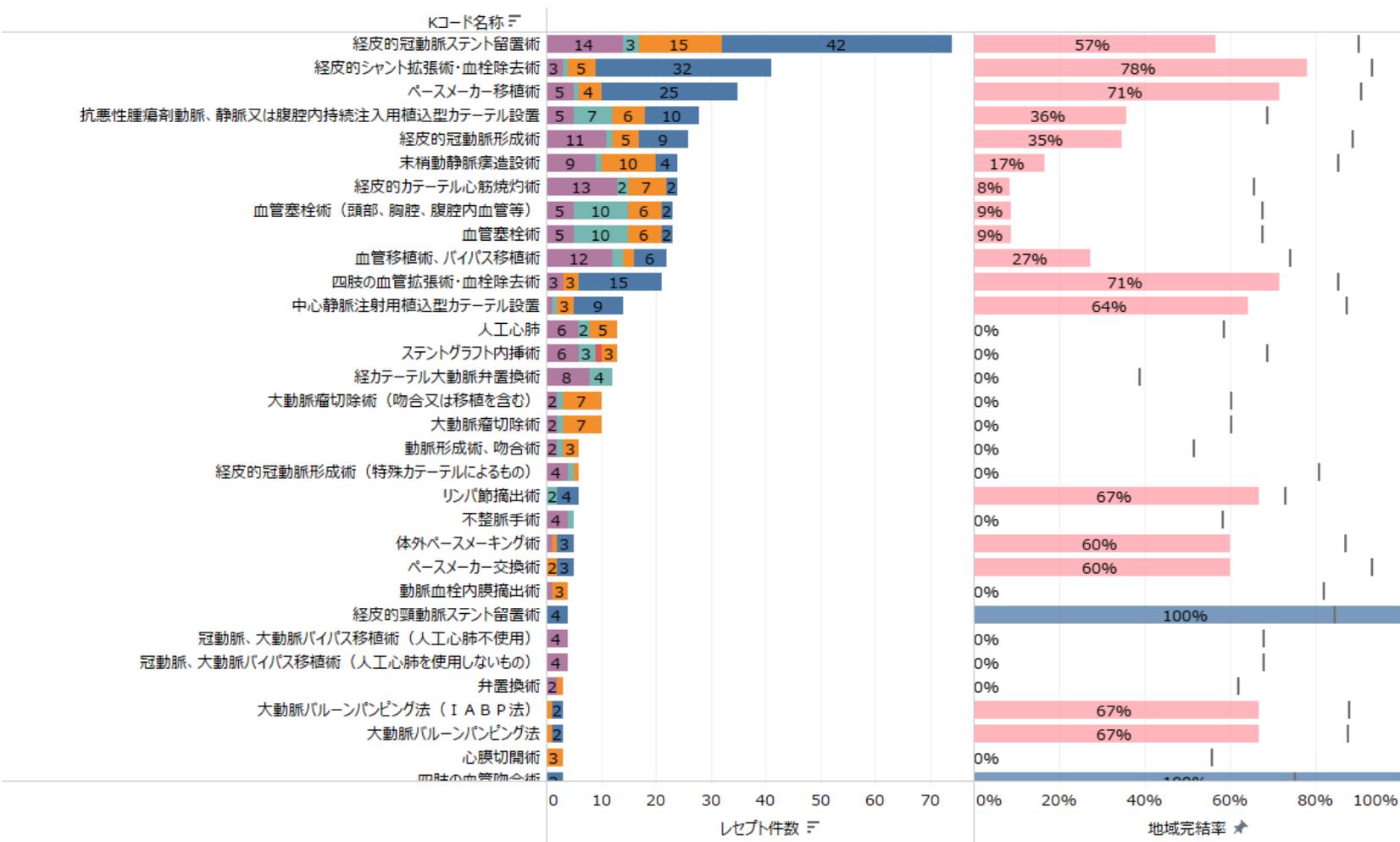
患者住所地

- 宇摩
- 宇和島
- 今治
- 松山
- 新居浜・西条
- 八幡浜・大洲

被保険者：宇摩圏域 | 心・脈管の手術の実施状況

- 手術症例により、宇摩圏域にて対応を行う場合と他圏域の医療機関を受診する場合に明確に分かれており、症例に応じた連携が行われている様子。

款別手術名称別の手術数と地域完結率③_第8款 心・脈管（入院）



21. 内外区分
入院

二次医療圏
宇摩

診療年度
2022

款
第8款 心・脈管

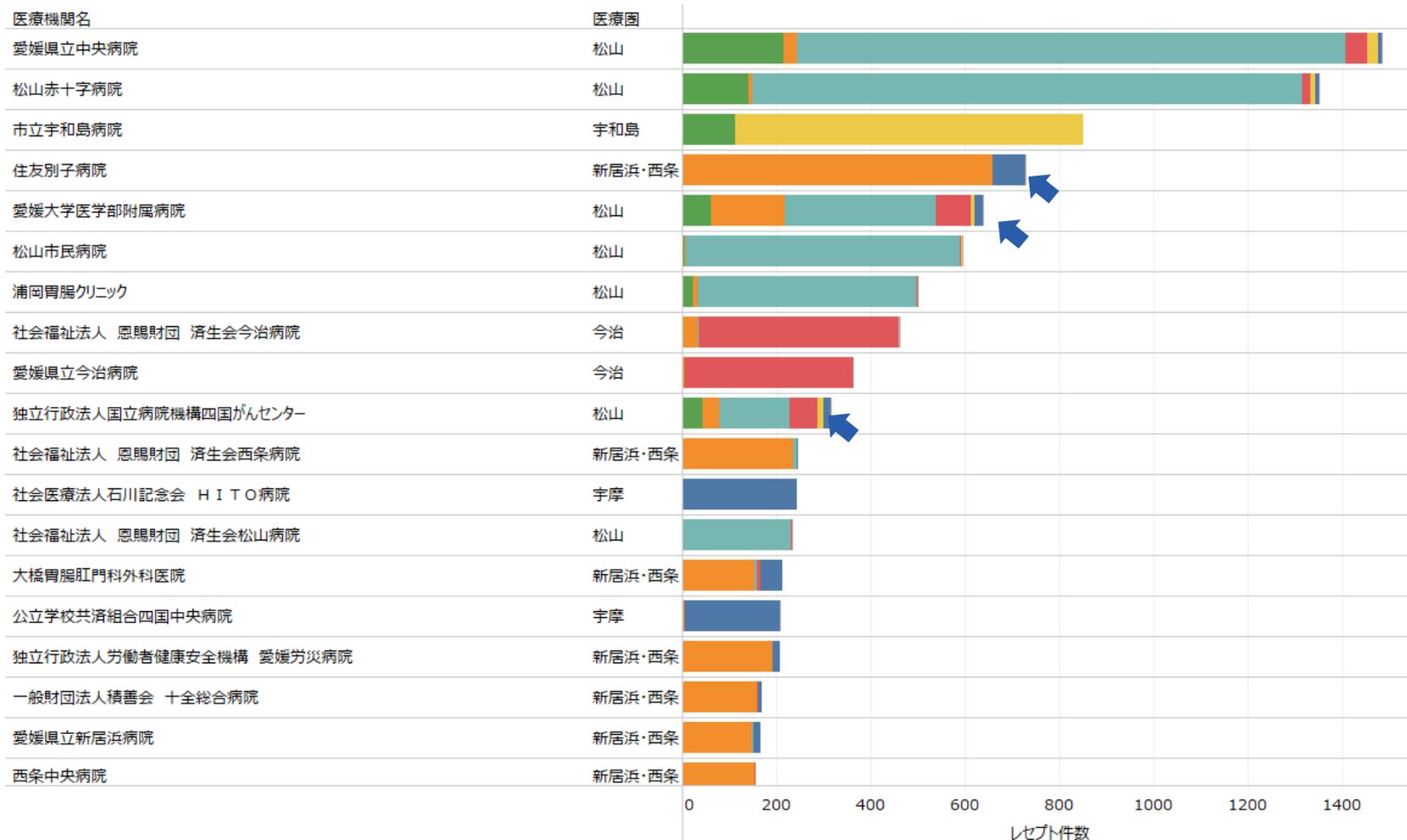
医療圏
 宇摩
 新居浜・西条
 今治
 松山
 他の都道府県

集計(地域完結率(色...
 全領域以上
 全領域未済

愛媛県全域 | 医療機関別のMDC06かつ腹部の手術の実施状況

- 基本的にはHITO病院と四国中央病院にて対応が行われている。
- 住友別子病院、愛媛大学附属病院、四国がんセンターでは、宇摩圏域の一部の患者への対応も行っている。

医療機関別手術数④_06_消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患×第9款 腹部



二次医療圏
(すべて)

MDC名称
06_消化器系疾患、肝...

21.入外区分
入院

款
第9款 腹部

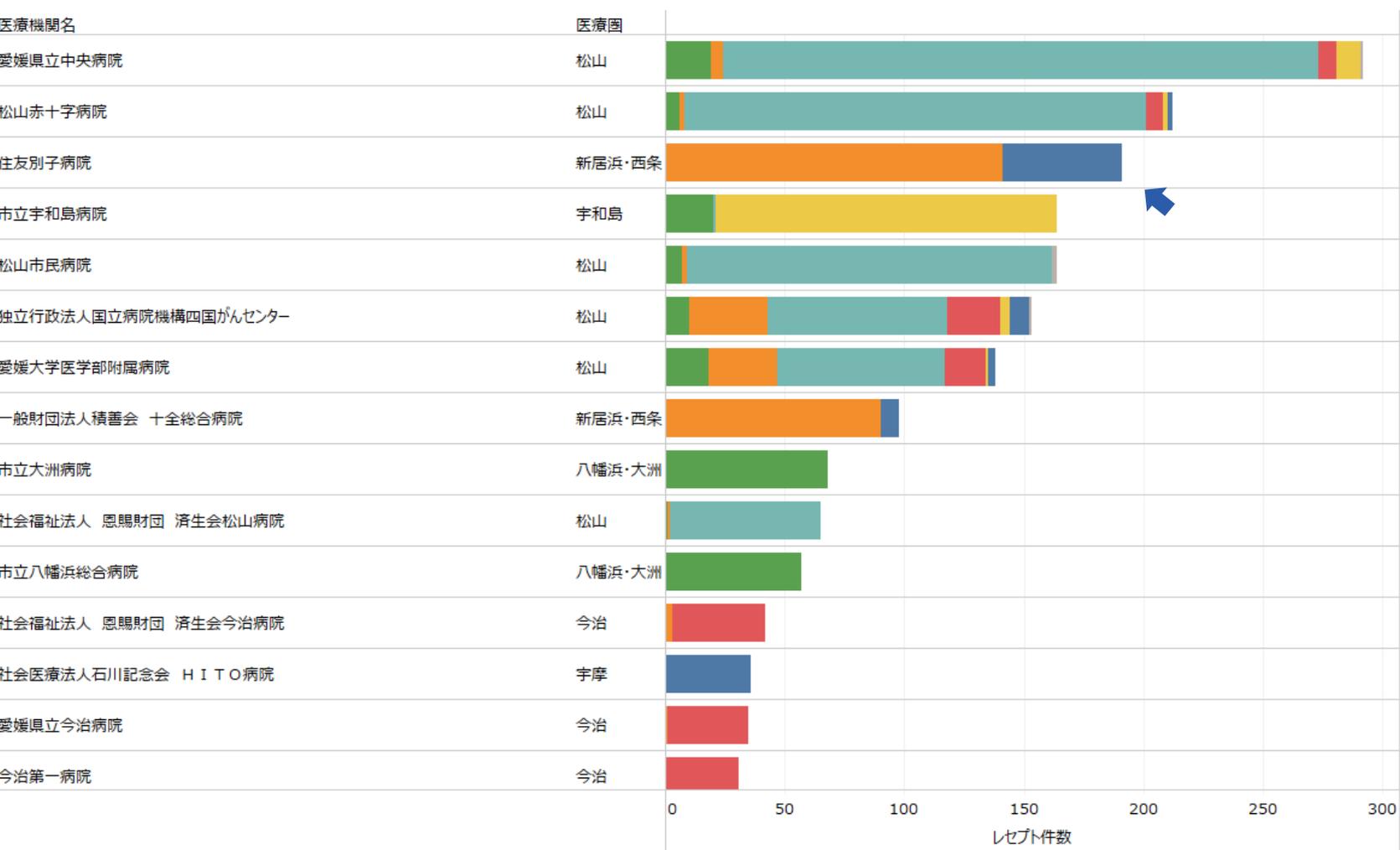
患者住所地

- 宇摩
- 宇和島
- 今治
- 松山
- 新居浜・西条
- 八幡浜・大洲

愛媛県全域 | 医療機関別のMDC11つ尿路系・副腎の手術の実施状況

- 宇摩圏域内ではHITO病院が対応を行っているが、住友別子病院への受診が多い。

医療機関別手術数⑤_11_腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患×第10款 尿路系・副腎



二次医療圏
(すべて)

MDC名称
11_腎・尿路系疾患及び...

21.入外区分
入院

款
第10款 尿路系・副腎

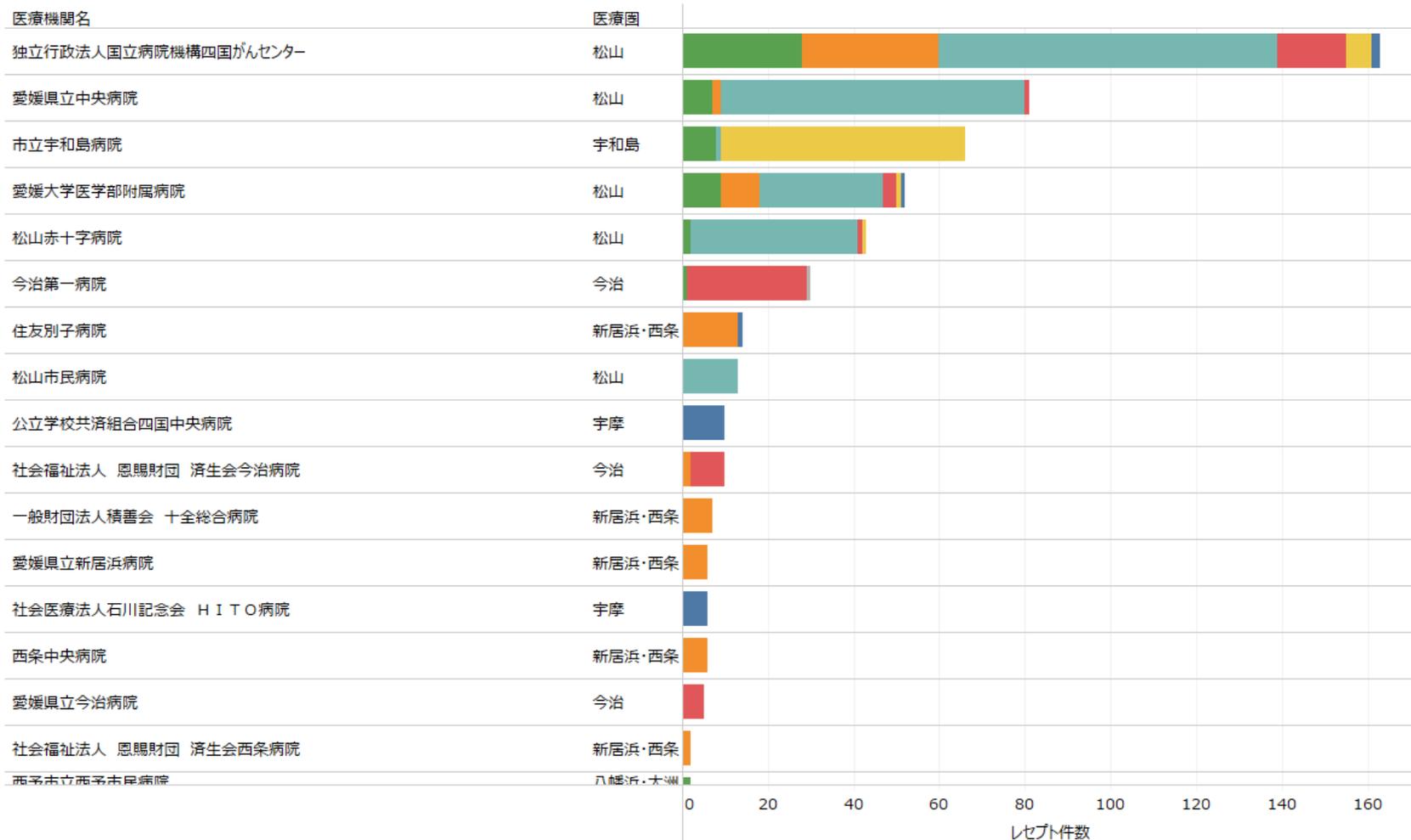
患者住所地

- 宇摩
- 宇和島
- 今治
- 松山
- 新居浜・西条
- 八幡浜・大洲

愛媛県全域 | 医療機関別のMDC09かつ胸部の手術の実施状況

- 基本的にはHITO病院と四国中央病院にて対応が行われている。

医療機関別手術数⑥_09_乳房の疾患×第7款 胸部



二次医療圏
(すべて)

MDC名称
09_乳房の疾患

21.入外区分
入院

款
第7款 胸部

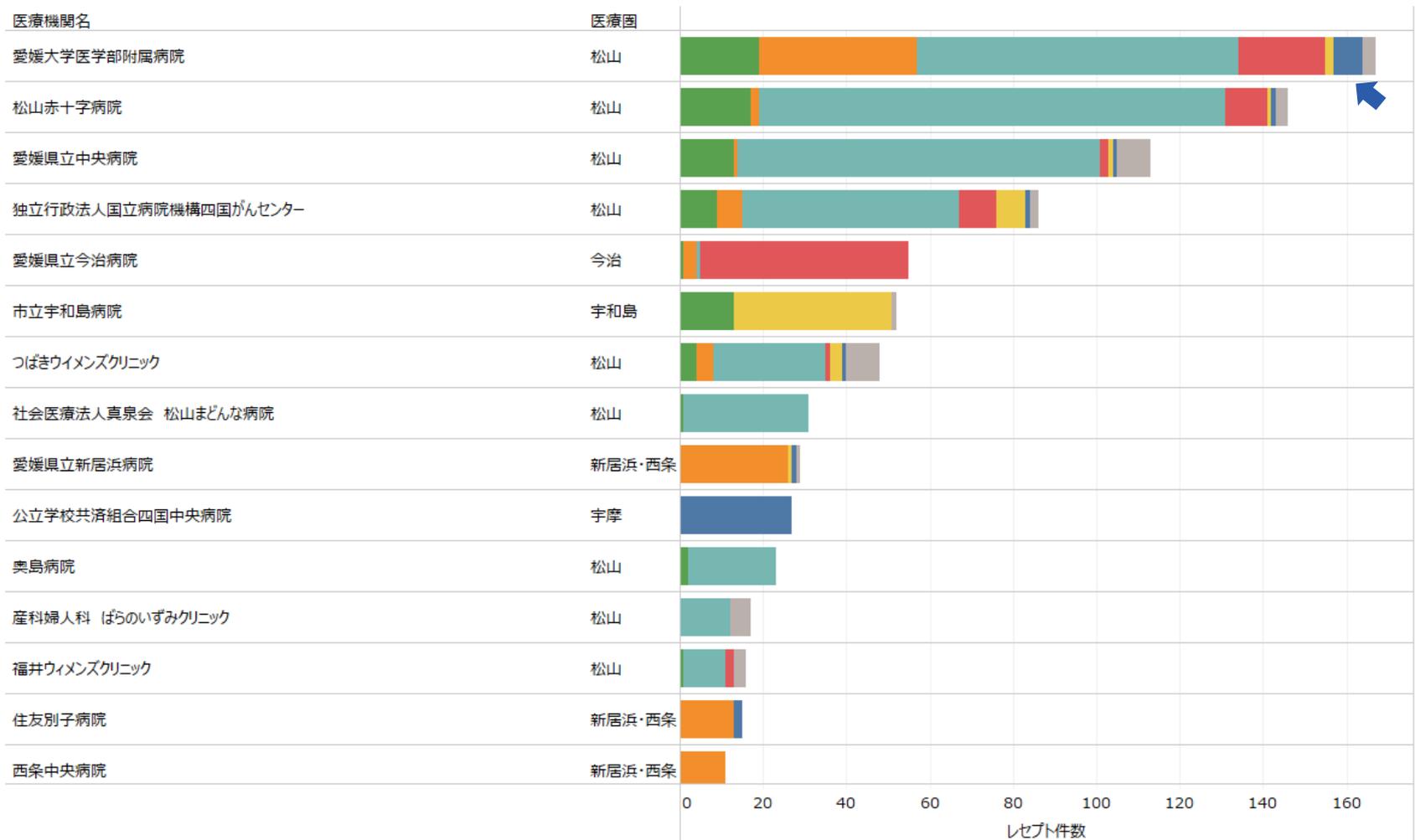
患者住所地

- 宇摩
- 宇和島
- 今治
- 松山
- 新居浜・西条
- 八幡浜・大洲

愛媛県全域 | 医療機関別のMDC12かつ性器の手術の実施状況

- 基本的には四国中央病院にて対応している。
- 症例によっては愛媛大学医学部附属病院と連携を行っている。

医療機関別手術数⑦_12_女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩×第11款 性器



二次医療圏
(すべて)

MDC名称
12_女性生殖器系疾患...

21.入外区分
入院

款
第11款 性器

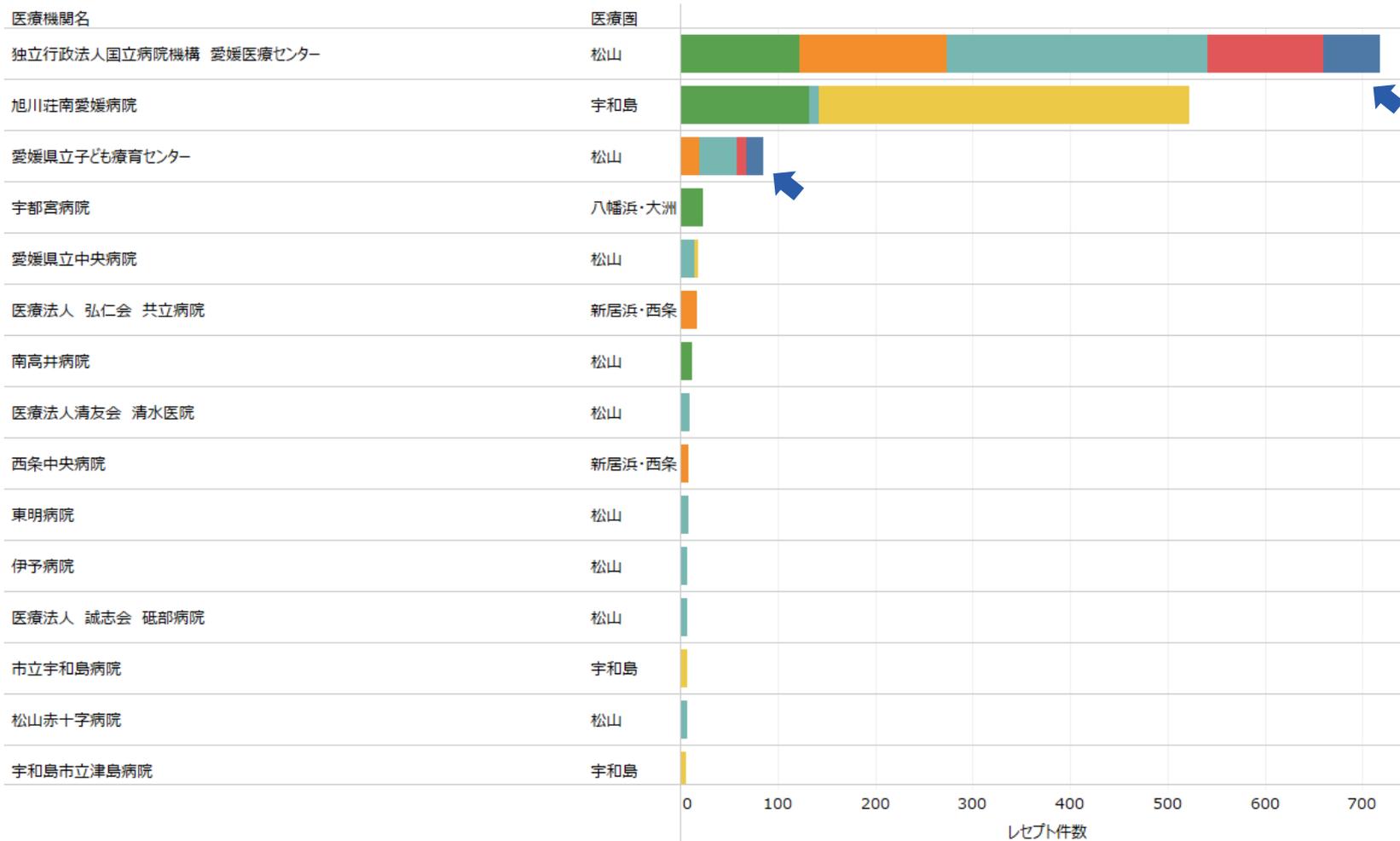
患者住所地

- 宇摩
- 宇和島
- 今治
- 松山
- 新居浜・西条
- 八幡浜・大洲

愛媛県全域 | 医療機関別のMDC15における手術の実施状況

- 小児疾患における手術では、愛媛医療センター並びに県立こども療育センターで対応を行っている。

医療機関別手術数⑧_15_小児疾患×すべて



二次医療圏
(すべて)

MDC名称
15_小児疾患

21.入外区分
入院

款
(すべて)

患者住所地

- 宇摩
- 宇和島
- 今治
- 松山
- 新居浜・西条
- 八幡浜・大洲

各医療圏の優先課題と詳細分析の実施について

愛媛県全域の特徴と課題①

DPC症例から見た地域完結率と各医療圏の高度急性期病院

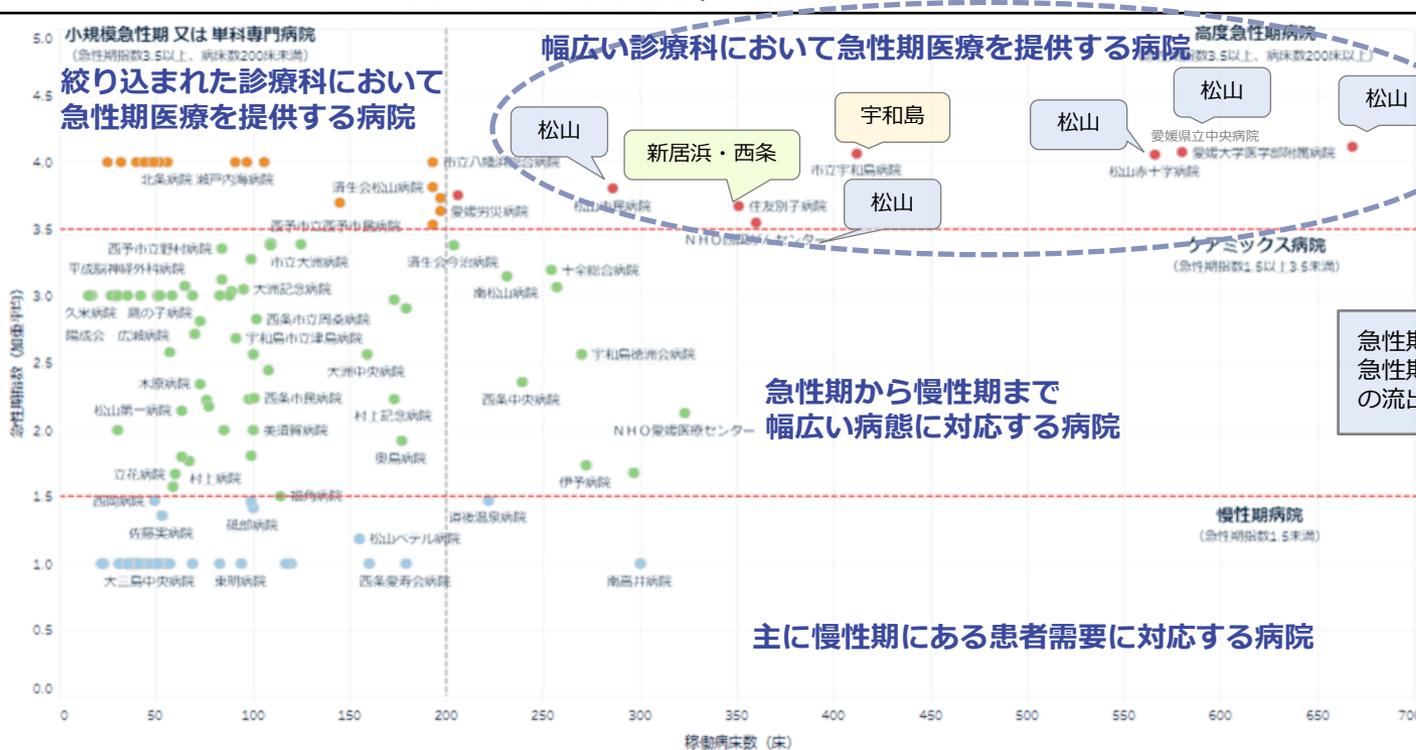
- DPC症例による地域完結率では、松山圏域が突出して高く、八幡浜・大洲圏域と宇摩圏域が突出して低い。
- 松山圏域では愛大附属病院をはじめ、大規模な総合急性期病院があるために愛媛県下より急性期症例が集まり、逆に宇摩圏域と八幡浜・大洲圏域には大規模急性期病院がなく松山圏域等との広域連携を行う必要があるため。

地域完結率
= 医療機関所在地患者数
÷ 患者住所地患者数

図1：医療圏別の患者流出入状況



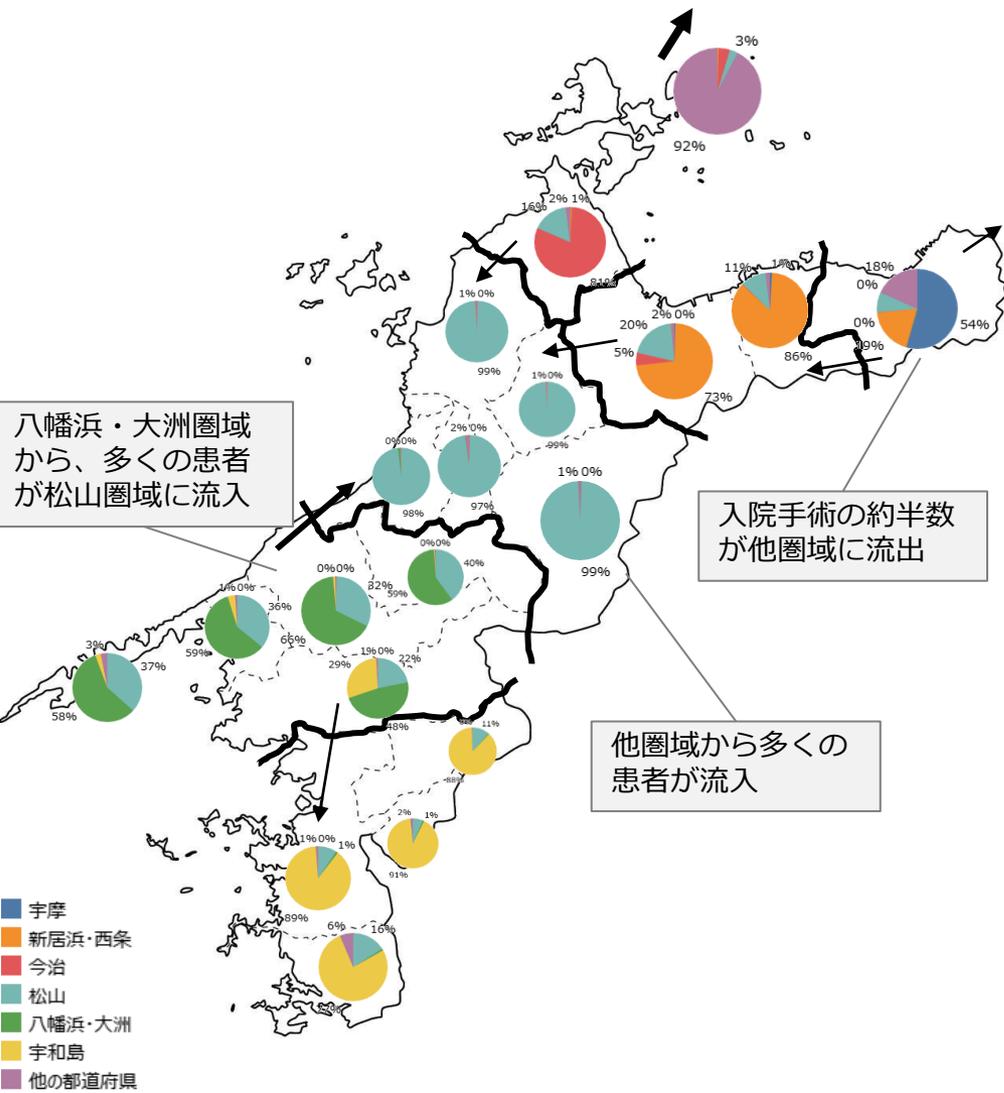
図2：(愛媛県全体) ポジショニングマップ



愛媛県全域の特徴と課題②

KDBデータで見る流入 | 入院手術実施レセプトからみた患者移動

■ 保険者別：入院手術の実施先医療圏の状況



	主に広域連携を行う手術の状況
宇摩	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患はほぼ完結しているが、心疾患は圏域内で高度な症例に対応しているものの、近隣医療圏と分散。他の診療科も新居浜や他の都道府県に分散。 がんの手術は松山圏域と広域連携。
新居浜 西条	<ul style="list-style-type: none"> 新居浜市は肺がんの手術や顔面・口腔の手術は松山圏域との広域連携。その他はほぼ完結状態。 西条市から松山圏域への受診割合は新居浜市のそれよりも高い値。手術により、圏域内もしくは松山圏域のいずれを受診するかが異なる。
今治	<ul style="list-style-type: none"> 肺がん、乳がん、顔面・口腔の一部は松山圏域への受診が生じているがその他は全体的に完結している。 上島町の患者は尾三区域（広島）への受診がほとんどとなる。
松山	<ul style="list-style-type: none"> 脳腫瘍やその他がんの手術、弁膜症など心臓血管外科症例等について広域からの患者に対応している。 松山圏域の患者に対応する高度急性期と、愛媛県内全域に対応する高度急性期病院に二分している。
八幡浜 大洲	<ul style="list-style-type: none"> 緊急性が高い分野では脳梗塞や心筋梗塞に対応する手術への完結率は高いが、くも膜下出血や狭心症などが松山圏域に流出。おそらく医師不足。 がんの圏域外流出が非常に多い。 西予市の流出先は宇和島が最多。
宇和島	<ul style="list-style-type: none"> 基本的に宇和島圏域にて完結。肺がんの手術や心筋焼灼術を実施する場合は松山圏域への受診が高まる。 愛南町は松山への受診率が他の市町より高い。

愛媛県全域の特徴と課題③

構想区域別の医療機関の病床数、診療実績等

- 宇摩区域と八幡浜・大洲区域は人口当たりの医師数が少なく、また3次救急病院（≒大規模な総合急性期病院）がない。
- 上記の2区域は、中小規模の病院が効果的に役割分担と連携を行い、適切な地域完結と広域連携のあり方を検討する必要性が高い。

構想区域	①人口 (万人)	②面積 (km ²)	人口密度	③対象医療機関数		⑥医師数（常勤換算）				⑦医療機関機能				
				一般 病院	有床 診療所	常勤	非常勤	100床 当たり	人口 1万人当 たり	特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養 支援
宇摩	8.3	421	196	8	3	103	50	16.9	12.4	—	—	—	4	1
新居浜・ 西条	22.1	744	296	18	10	265	43	11.1	12.0	—	—	1	12	4
今治	15.8	450	352	27	14	214	45	12.0	13.5	—	—	—	9	9
松山	63.8	1,541	414	44	69	1,299	242	17.9	20.4	1	2	2	18	34
八幡浜・ 大洲	13.2	1,473	89	13	7	119	26	8.8	9.0	—	1	—	8	5
宇和島	10.4	1,048	99	11	10	158	43	10.8	15.2	—	1	1	6	4

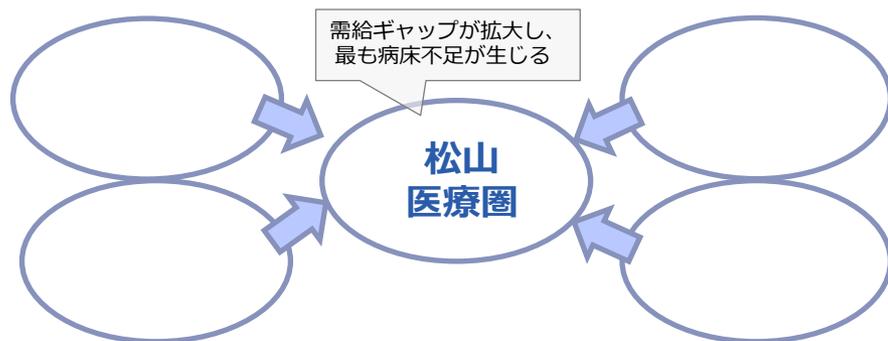
愛媛県全域の特徴と課題④

愛媛県全域による概観と課題

- これまで、松山医療圏が他の医療圏からの流入に対応してきたが、これからは松山医療圏が相対的に最も人手不足（病床不足）に陥る可能性が高い。
- また、松山医療圏には少ない医師で多くの救急搬送に対応する病院（例：5名前後で搬送1500台／年）があるが、働き方改革や医師の高齢化などにより持続性には懸念がある。
- 広域による役割分担と連携を成立させる視点により、自医療圏のあり方について検討する必用に迫られる。

これまでのイメージ

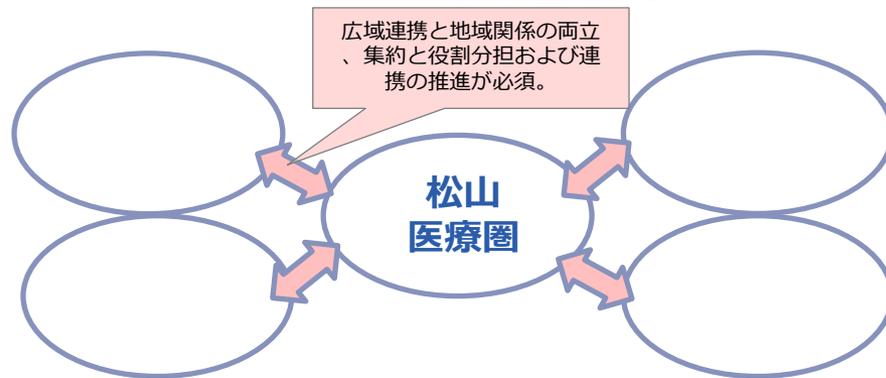
- 松山医療圏は人手が豊富。その他の地域は人手不足
- 松山医療圏の病院に頼った医療体制（流出過多）



- 高度な手術や重症患者の救急搬送だけでなく、一般的な病気であっても松山医療圏に患者が流出
- 流出した患者が回復期以降になっても、松山医療圏に入院し、自医療圏には戻ってこないケースがある
- 医療圏を跨いだ連携（連絡）体制が無く、急性期を脱した後の転院は積極的に行っていない など

これからのイメージ

- 松山医療圏が相対的に最も人手不足になる
- 松山医療圏を頼ったままでは、全域が危機になる



- 一般的な病気は地域で対応できるように体制強化
- 松山医療圏に入院した患者が急性期を脱した後は、自医療圏に円滑に戻れるように広域連携の体制整備
- 急性期以上と回復期以降の役割分担と連携をより積極的に推進し、医療従事者への負担軽減と地域の医療体制維持の両立をする必要がある など

各医療圏の特徴と課題について①

医療圏	宇摩	新居浜・西条	今治
需要推計	入院総需要のピークは2035年 急性期需要のピークは既に超えている 手術需要のピークは既に超えている	入院総需要のピークは2035年 急性期需要のピークは既に超えている 手術需要のピークは既に超えている	入院総需要のピークは2025年 急性期需要のピークは既に超えている 手術需要のピークは既に超えている
供給体制	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患や心疾患など、緊急性が高い症例は地域完結率が高い。 松山圏域等で手術を受けた患者の後方支援連携は円滑な様子。 圏域の人口規模が小さく、大規模な総合急性期病院がないことが背景にあり、地域完結率は低い。 	<ul style="list-style-type: none"> 周産期系を中心にした県立新居浜病院と住友別子病院が中核的な役割を担っている。 全体的に地域完結率は高いが、西条から松山への流出は多く、医療圏内の西側は体制や連携のあり方に確認が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術症例は主に済生会今治病院、県立今治病院、今治第一病院に集まっており、圏域外では愛大附属病院と四国がんセンターの症例が多い。
救急体制について	HITO病院の救急搬送受入数が最多 香川県との流出入の状況は今後精査を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 住友別子病院の受入数が最多。 500台/年以上の救急搬送を受け入れる病院は8/18施設ある。 	<ul style="list-style-type: none"> 県立今治病院と済生会今治病院中心に救急医療車の受入を行っている。 2病院とも規模が小さく済生会今治病院の病床稼働率が非常に高い。また、医師が少数ながら救急車受入を行う病院が複数ある。
医療機関間の役割分担と連携	現状は急性期医療とその他を担う医療機関に役割分担が行われているが、今後の医療需給バランスの変化、四国中央病院建設後の患者動向や地域完結率の状況を踏まえた連携や役割分担の在り方について検討が必要	過去のアンケートでは医師不足を訴える病院が多く、救急機能の分散や働き手の減少を想定し、役割分担の促進について議論の必要性がある。	急性期を担う病院は概ね決まっている一方で、必要病床数では急性期が多く回復期が不足。少ない病床数にて高度急性期や急性期に集中して取り組むには、回復期病院への円滑な後方支援連携が欠かせない。それぞれの役割を再確認のうえ、連携体制の強化が必要。
医療機関の経営状況について	各医療機関における事業報告資料等により整理中		

各医療圏の特徴と課題について②

医療圏	松山	八幡浜・大洲	宇和島
需要推計	入院総需要のピークは2040年 急性期需要のピークは2035年 手術需要のピークは2030年	入院総需要のピークは既に超えている 急性期需要のピークは既に超えている 手術需要のピークは既に超えている	入院総需要のピークは既に超えている 急性期需要のピークは既に超えている 手術需要のピークは既に超えている
供給体制	<ul style="list-style-type: none"> 松山圏域は愛媛県最大の医療圏であり、自圏域と他圏域からの流入のそれぞれへの対応が必要になっている。 各病院における役割分担、広域連携のあり方など、将来にわたって準備をすべきことが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 少数の医師が中小規模病院に分散していることで、中核的な役割を果たす医療機関が無い。 全体的に地域完結率が低い。脳腫瘍、心臓血管外科、消化器系で内科外科の連携が必要なケースは松山医療圏の病院を受診している。 	<ul style="list-style-type: none"> 3次救急病院の市立宇和島病院が救急搬送や急性期医療の中核になっている。 各病院の病床稼働率が低く、需要と働き手の減少を見越した再編の必要性が高まっている。
救急体制について	<ul style="list-style-type: none"> 大学病院や3次救急病院のほかにも大規模総合急性期病院がある。 少ない医師数で多くの救急搬送を受ける民間病院が多数ある。 	<ul style="list-style-type: none"> 大洲中央病院の受入数が最多。 少数医師の中小規模病院に機能が分散しており、救急医療体制の存続に懸念がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 3次救急病院の市立宇和島病院が救急搬送や急性期医療の中核になっているが、看護師をはじめ働き手不足による体制の維持に懸念がある。
医療機関間の役割分担と連携	<ul style="list-style-type: none"> 少数医師で多くの救急搬送を受けている病院が多数あり、永続的に救急体制を維持できるか懸念がある。 自圏域と愛媛県全体を支えるため、急性期と回復期の役割分担と連携を促進させる必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 少数の医師が中小規模病院に分散していることを踏まえ、効率的な連携体制を議論する必要がある。 松山圏域への流出が多いが、回復期以降に自圏域に戻っていない。広域連携の体制構築が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院が3病院があるが、今後の需要と働き手の減少を見越した役割分担の見直しが必要。 急性期の中核病院とその他機能を担う医療機関の円滑な連携体制の構築が必要。
医療機関の経営状況について	各医療機関における事業報告資料等により整理中		

2024年度事業の詳細分析地域について

2024年度の詳細分析対象医療圏			
医療圏	八幡浜・大洲	松山	宇摩
課題	<ul style="list-style-type: none"> マンパワーの視点より現状維持は困難 地域内における役割分担と連携、松山圏域との役割分担と連携にかかる体制整備が急務 	<ul style="list-style-type: none"> 救急医療をはじめとした、今後も増加する医療需要に対する役割分担と連携体制 他圏域からの流入を踏まえた、円滑な広域連携体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 中核2病院間の役割分担と連携 中核病院とその他医療機関の連携 香川県との患者流出入 人口規模が小さい医療圏における、適切な地域完結と広域連携
追加データ追加調査について	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送データ：個別情報を用い、受け入れ体制（病院）、救急車利用（患者）それぞれの視点から課題を整理 DPCローデータ：各医療機関における患者層の分析を行い、役割分担と連携にかかる課題を整理 職員調査票：医師・看護師の人数並びに年齢などから、供給体制にかかるマンパワーの課題を整理 ヒアリング調査（仮）：数値化がされない各病院の個別事情につき、必要に応じてヒアリング調査の実施 		
分析内容	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送ローデータ及びKDBデータによる流出症例の分析 個別調査による各病院の医師・看護師別・年齢別の職員数の分析 <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域完結と広域連携のあり方を議論し、必要な体制構築に向けた方向性を検討。 	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送ローデータの分析による現状の整理 調査票を用いた各医療機関が抱える課題やマンパワーの状況に関する調査と課題の整理 関係機関へのヒアリング 他圏域からの入院患者への対応にかかる調査（DPCローデータ） 役割分担・マンパワー確保・経営状態の視点から課題整理 <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> 将来に亘り安定した医療体制を維持するための方向性を検討 	<ul style="list-style-type: none"> DPCローデータによる個別病院の患者層分析 香川県からの流入状況の分析 中核2病院間の役割分担と連携ならびに中核2病院と他の医療機関との役割分担と連携に関する調査 <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> 人口規模が小さい医療圏における、適切な地域完結と広域連携のあり方について方向性を検討
分析結果の共有範囲	以下のいずれにより情報共有するかは、都度愛媛県庁および各関係者との協議のうえ対応 関係者のみ／各圏域の調整会議／愛媛県が開催する公式会議／一般公開		

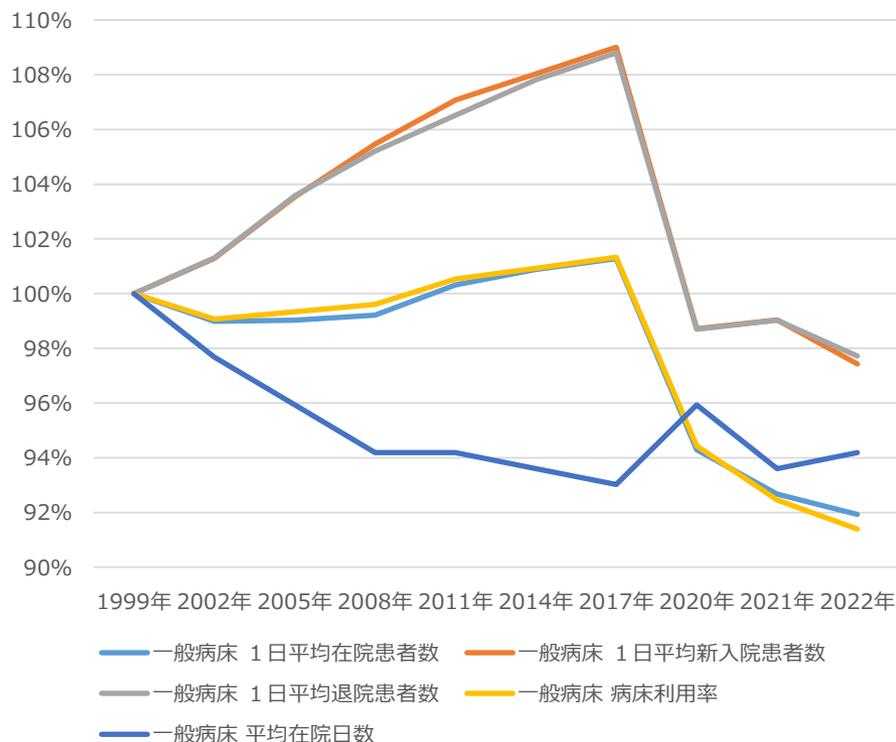
参考資料

地域医療構想における病床の必要量との乖離について (参考) 全国の新患者数、平均在院日数の長期指標推移

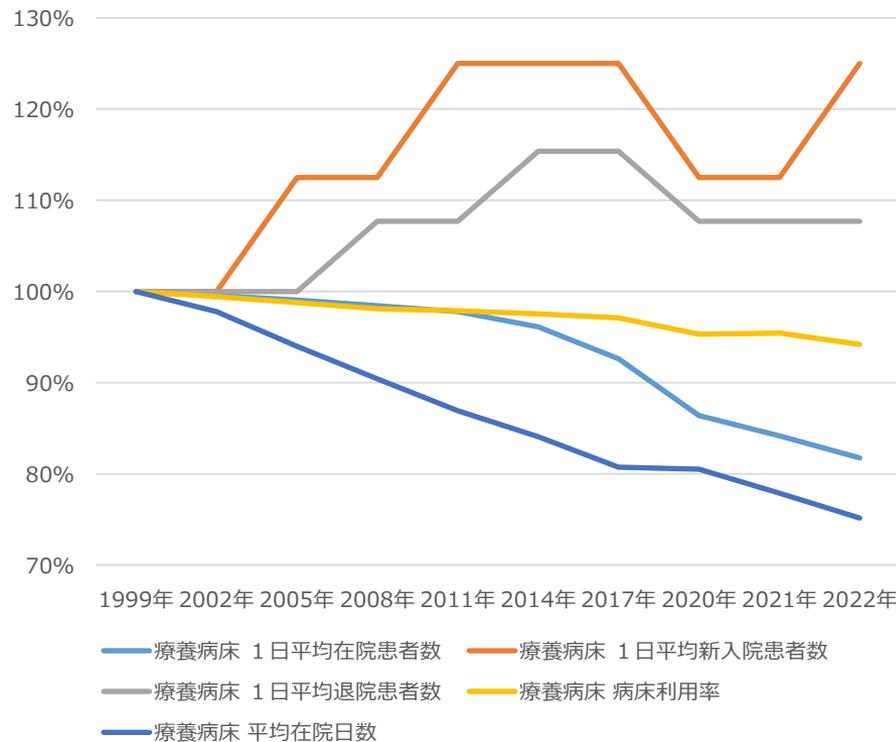
(全国の人口10万人あたりの患者数について：1999年を1とする場合の比較値推移)

- 全国的な傾向では、一般病床と療養病床ともに平均在院日数の短縮が続いている（青線）。なお、一般病床においては、コロナが流行した初年度の2020年に長期化をしているが、これまでの傾向から見て短縮化の傾向にある。
- 一般病床の新規入院患者数は2017年まで増加していたが、2020年に急減し2022年時においても2017年以前の水準には戻っていない（橙線）。
- 一般病床の病床利用率の低下は、期的には平均在院日数の短縮によるもの、2020年以降は新規入院患者の減少によるもの。
- 療養病床の病床利用率の低下は、平均在院日数の短縮によるもの。

一般病床



療養病床



2025年の病床の必要量について | 必要量を算出した計算式について

2025年における医療需要の推計（将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの）

- 地域医療構想では、病床機能報告制度で定められている医療機能別に、医療需要を推計した上で、医療供給量を定めることとなっています。
- また、医療機能別の医療供給量のほか、構想区域ごとに在宅医療等の必要量も定めることとなっています。
- 病床機能報告制度で定められている医療機能は、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能です。（詳細は、病床機能報告制度の項を参照）。
- 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、**2013年度におけるNDBのレセプトデータ及びDPCデータ等に基づき、性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって推計します。**

（算出式）

構想区域の2025年の医療需要 = [当該構想区域の**2013年度**の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の**2025年**の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

受療率の増減や実際の人口動態により、当初の予測とは異なる結果になりえる。
受療率は低下傾向にあるため、当初より必要量は低下している可能性がある。

- 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の区分については、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値「医療資源投入量」で分析することとされています。

〔医療資源投入量〕

医療機能	医療資源投入量
高度急性期	3,000 点以上
急性期	600 点以上 3,000 点未満
回復期	175 点以上 600 点未満
慢性期及び在宅医療等	175 点未満

2025年の病床の必要量について | 流出入の影響

- 厚生労働省令に基づき、厚生労働省が整備したデータを活用して推計した医療需要に対して、各構想区域における医療提供体制の役割分担や体制整備を踏まえて定めた各構想区域内の医療機関が提供する入院医療の供給量を定めます。
- 上記の推計結果を基に、県外との流出入や県内構想区域間の流出入を、将来目指すべき医療提供体制を踏まえながら調整しました。
- 調整のポイントは次のとおりです。

【県外との流出入】

- 都道府県間の調整方法は、平成 27 年 9 月 18 日付け医政地発 0918 第 1 号厚生労働省 医政局地域医療計画課長通知（以下「国通知」という。）により規定されているため、これに基づき二次医療圏単位で 10 人/日以上 の流出入について調整しました。
- 東京都区西部圏域⇒松山圏域 回復期で10人/日の流入があり、東京都との協議の結果、**本県の医療需要として**算出することとなりました。
- 宇摩圏域⇒香川県三豊圏域高度急性期で10人/日、急性期で31人/日、回復期で18人/日の流出があり、香川県との協議の結果、国通知で定める期限までに協議が整わなかったため、国通知に基づき**香川県の医療需要として**算出することとなりました。→仮に当初より流出が低下した場合、また、逆に香川県から流入がある場合、**2024年時点の宇摩圏域の高度急性期や急性期、回復期の患者数（病床数は）当初推計の必要量より多くなる。**
- 今治圏域⇒広島県尾三圏域 急性期で26人/日、回復期で39人/日、慢性期で 12 人/日の流出があり、広島県との協議の結果、**本県の医療需要として**算出することとなりました。→R3年度のKDB調査の結果では、**上島の患者はほぼ全て尾三圏域に受診をしていた。**上島の住民が上記流出数の内訳とした場合、現在においても尾三区域の流出が生じているため、今治圏域の**急性期・回復期・慢性期の必要量は実際の患者数に対して多く設定されたままの可能性**がある。

【構想区域間の流出入】

- 愛媛地域医療構想推進戦略会議（以下、「推進戦略会議」という。）において、県全体の調整方針を定めました。

高度急性期：医療機関所在地ベース（流出入を見込んだもの）	}	患者住所地ベース（流出入は見込まず、地域完結型を目指すもの）
急性期：		
回復期：		
慢性期：		

2025年の病床の必要量について | 病床の必要量について

2025年における必要病床数推計値

- 必要病床数は、前項で推定した医療需要を、地域医療構想策定ガイドラインや平成27年3月31日付け医政発0331第9号厚生労働省医政局長で定められた病床稼働率で割り戻すことにより、算出します。

〔2025年における各構想区域の医療需要〕

(単位：人/日)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	在宅等
宇摩	38	247	265	200	933
新居浜・西条	147	644	609	596	3,425
今治	89	532	637	396	2,263
松山	586	1,556	1,860	1,689	11,986
八幡浜・大洲	44	379	624	408	2,680
宇和島	90	326	409	281	1,862

病床機能区別の推計1日患者数をベースに



病床機能区別に設定した稼働率を用いて割り戻し

〔算出式〕

$$\text{必要病床数} = \text{医療需要} \div \text{病床稼働率}$$

〔病床稼働率〕

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
病床稼働率	75%	78%	90%	92%

〔2025年における必要病床数推計値〕

(単位：床)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
宇摩	51	317	294	217
新居浜・西条	196	826	677	648
今治	119	682	708	430
松山	781	1,995	2,067	1,836
八幡浜・大洲	59	486	693	443
宇和島	120	418	454	305



病床機能区別の必要量を算出

報告病床数と必要病床数のギャップ

<病床機能報告制度の現状と課題>

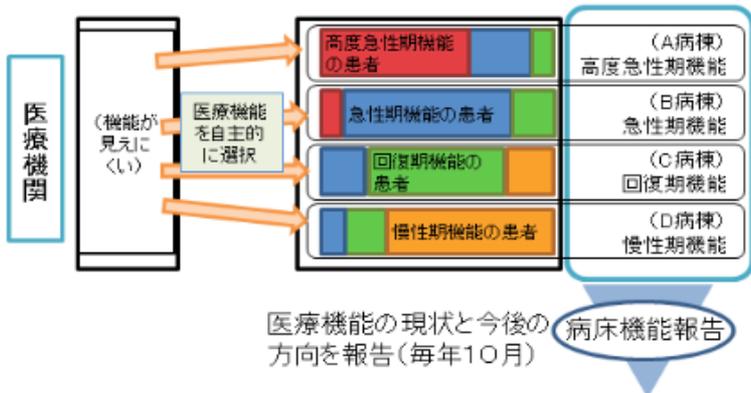
病床機能報告制度は、各医療機関が病床機能を自主的に選択して報告する仕組み。

自主的な選択結果である病床機能報告結果と医療需要の推計により算出された地域医療構想上の必要病床数において著しく過不足が生じることがある。

「病床機能報告制度」と「地域医療構想上の必要病床数の推計」の考え方によりギャップが生じる

病床機能報告制度上の病床数

どの「医療機能」に該当するか定性的な基準を踏まえて、各医療機関が病棟ごとに自主的に判断したもので、つまり、
地域において医療機関が「表示したい機能」



医療機能の現状と今後の方向を報告(毎年10月) **病床機能報告**

地域医療構想上の必要病床数 = 医療需要の推計

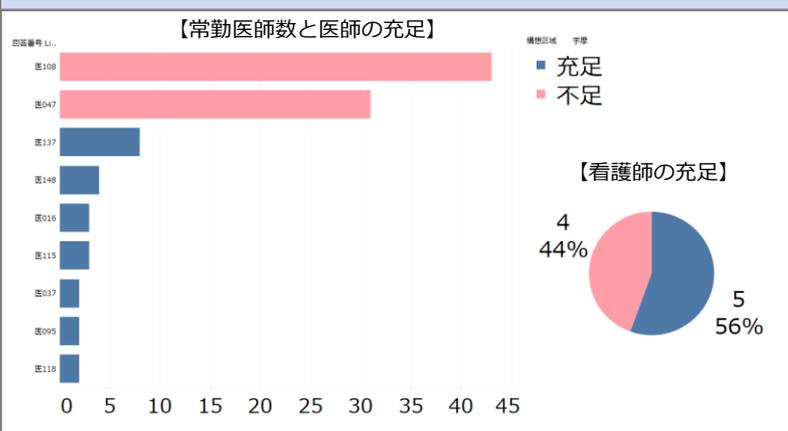
2013年の個々の患者の受療状況をベースに、医療資源投入量に沿って機能ごとに区分したもので、つまり「各病期の患者発生量」を示す。

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

医療圏別の概観と課題 | 宇摩

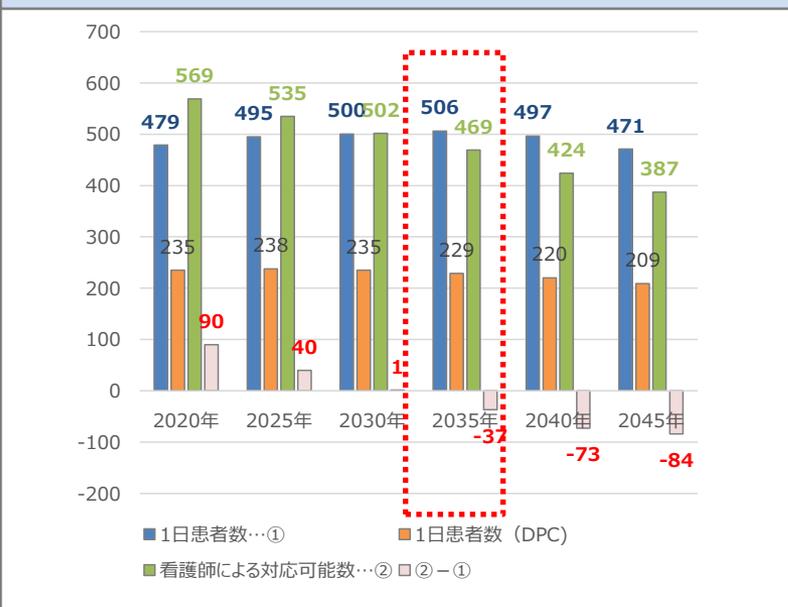
医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 全体的に地域完結率は低いですが、**脳神経系疾患や心血管系疾患など、緊急性が高い傷病についてはHITO病院を中心に圏域内対応を行い、一方で、症例によっては明確に広域連携を行っている様子**がうかがえた。
- なお、今回は入院および手術に関する流出入調査であったが、**圏域外への受診が予定入院か緊急入院（救急搬送）かを確認したうえで、地域完結に向けた課題と広域連携に向けた課題に分けて考える必要がある。**
- 急性期症例における圏域外受診は多いが、回復期以降は自圏域に患者が戻っており、後方支援の視点では円滑に広域連携が行われる体制が構築されている様子。

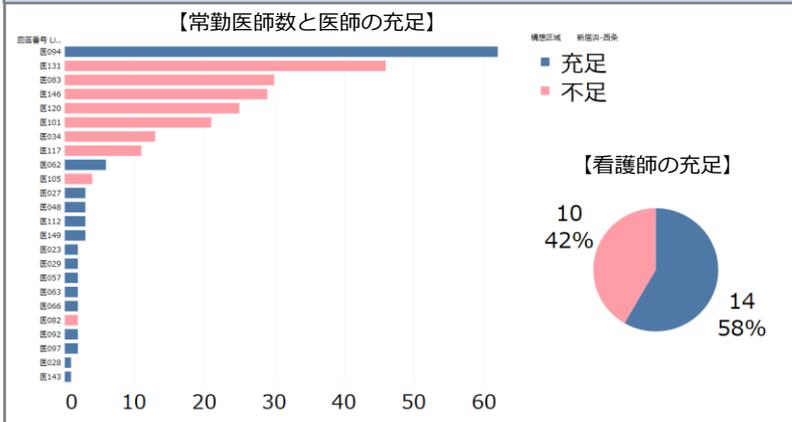
需要量と供給量の推計



今後の課題

- 圏域の人口規模が小さく、大規模な総合急性期病院がないことが背景にあり、地域完結率は低い状態にある。但し、脳血管疾患や心疾患など、緊急性が高い症例への対応は地域完結率を高く保つ取り組みを行っており、また、急性期により圏域外流出を行った後の後方支援についての広域連携体制の構築も進んでいる様子。
- 今後、働き手の人口は減少していくため、**規模の拡大や機能の分散ではなく、集約と連携による効率性の向上という枠組みで考える必要性が高く、宇摩圏域においては隣接医療圏との広域連携体制の整備や自圏域における役割分担と役割への集中と連携が必要性が高まると考える。**
- 上記を進めるには、急性期を担う病院だけでなく、回復期や在宅医療の充実も必要になり、改めて宇摩圏域の認識を統一し、円滑に役割分担と持続可能な医療体制の構築に向けた議論をより具体的に行う必要がある。

医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 全体的に地域完結率は高い。他圏域による手術や入院が行われる一部ケースは傾向が明確であった。
- なお、西条から松山への流出は多く、**医療圏内の西側は体制や連携のあり方に確認が必要。**
- **愛媛県の共通課題を踏まえると、手術による広域連携、回復期以降の広域連携など、病態に応じた連携体制について強化する余地の確認が必要。**

需要量と供給量の推計

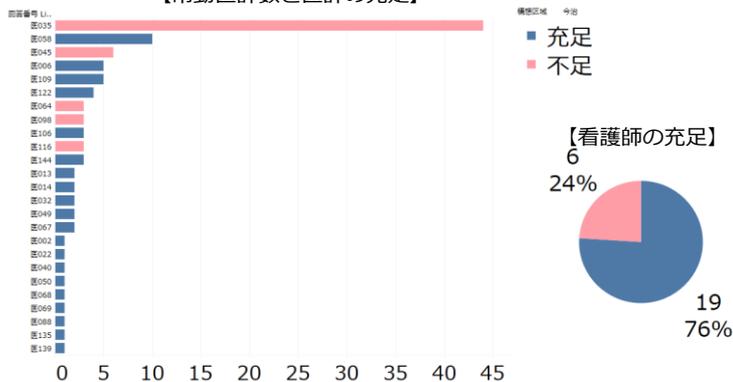


今後の課題

- 現状において、**地域の約半数の病院が医師不足を訴えている。** なお、それら病院は地域内では医師数が多い病院であり、背景には救急や手術を担うには医師が不足してもものと推察する。**500台/年以上の救急搬送を受け入れる病院は8/18施設ある。**
- 新居浜・西条圏域では、**高度急性期が不足**（届出る病院が少ない）しており、背景には機能や役割が重複しつつ分散していることが一因の可能性はある。
- **ケアミックス型の病院は多いが、地域内では回復期機能の病床が不足。** 在宅への連携機能の強化が必要。
- 手術症例は、項目によって松山圏域の医療機関と連携、脳卒中に関しては宇摩圏域や今治圏域への受診も確認できる。
- 地域内完結をすべき範囲、広域連携により対応する範囲を検討し、**地域の実情にあわせた医療体制の構築により、地域医療ならびに個別病院の持続性を高める議論が必要。**

医師・看護師の充足状況

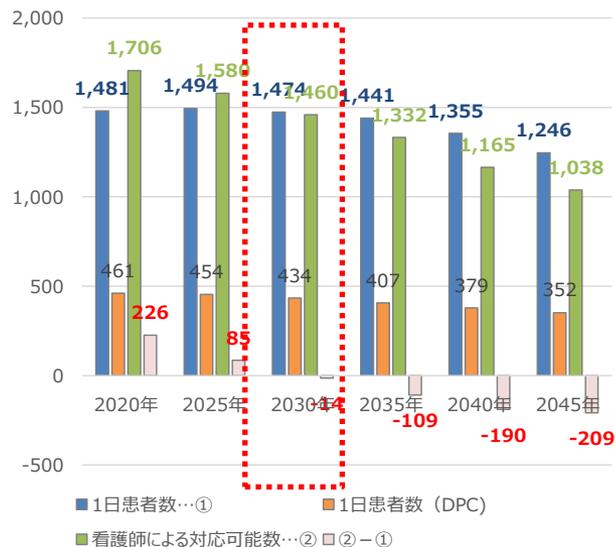
【常勤医師数と医師の充足】



KDB分析結果

- がんの手術を始め難易度が高い症例であっても圏域内で対応が行われている。
- 全体的に主要な手術は圏域内にて対応がされている。なお、上島町の被保険者の多くが他の都道府県（主に広島県）にて受診するため、完結率は全体的に下がってしまう傾向にある。
- 手術症例は主に済生会今治病院、県立今治病院、今治第一病院に集まっており、圏域外では愛大附属病院と四国がんセンターの症例が多い。

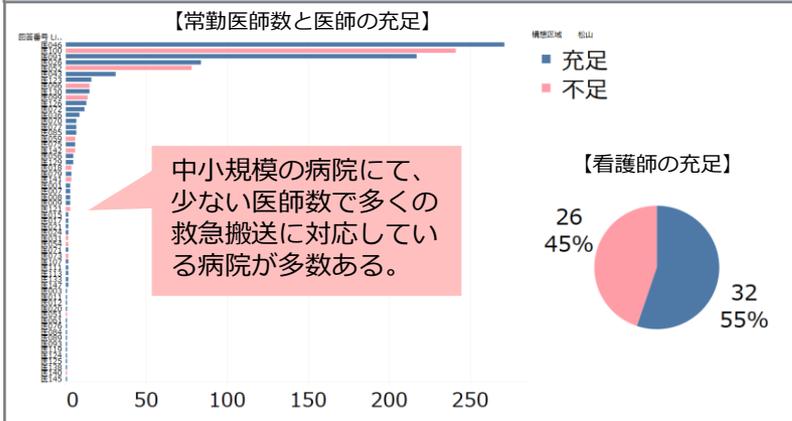
需要量と供給量の推計



今後の課題

- 高度急性期病床は必要数に対して不足。
- 急性期需要は既に縮小しており、需要の縮小（症例の減少）と働き手の減少を見据えた場合に、役割分担のあり方を見直す必要性が高まることを予想する。
- 中小病院のみで対応を行っているため、1病院当たりの医師数は少なく、救急と手術にも対応することについて医師への負担がかかっている様子。
- 手術を実施する病院は概ね決まっているが、一方で必要病床数では急性期が多く回復期が不足。少ない病床数にて高度急性期や急性期に集中して取り組むには、回復期病院への円滑な後方支援連携が欠かせない。それぞれの役割を再確認のうえ、連携体制の強化が必要と思われる。
- 島しょ地区等、医師1人に対応している医療機関において、どのように医師確保や医療体制を維持できるか。

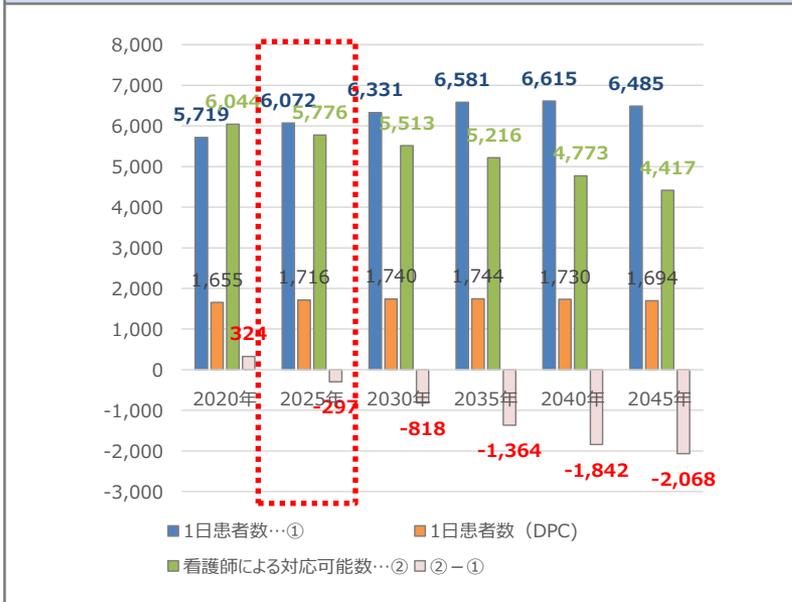
医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 松山圏域の患者はほぼ全件松山圏域にて対応がされている。
- 一方で、他圏域からの患者受け入れが非常に多くあり、急性期のみではなく回復期以降においても松山圏域で対応しているケースも多い様子。
- 松山圏域は愛媛県最大の医療圏であるため、自圏域患者への対応と他圏域患者の対応の2層対応となっており、各病院における役割分担、広域連携のあり方など、将来にわたって準備をすべきことが多い。

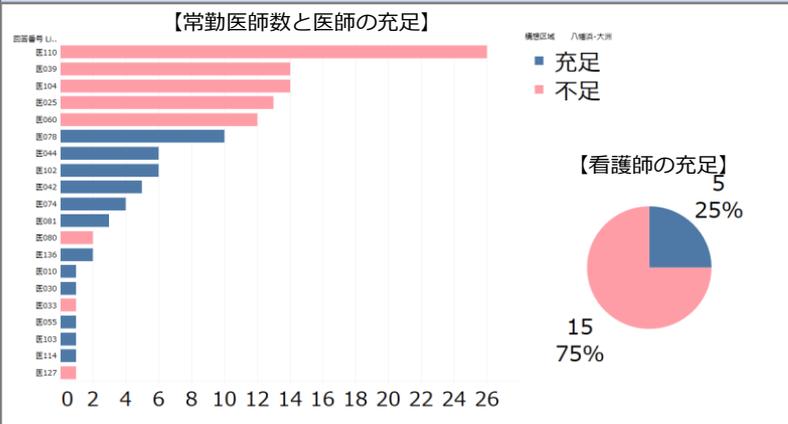
需要量と供給量の推計



今後の課題

- 現状は愛媛県内において最も医療体制が充実している医療圏となる。
- しかし、近い将来は需要の変化や働き手の不足により、医療提供体制を変化させる必要性が最も高い医療圏となる可能性がある。
- 少ない医師数で多くの救急搬送を受けている病院が多数あり、今後の働き方改革や医師の高齢化に対応して永続的に救急体制を維持できるかに懸念がある。
- 現在は、自圏域と他圏域の患者対応の両方を行っているが、将来に亘りこの体制を維持できるかに焦点をあて、役割分担や広域連携のあり方について、松山圏域内の話と他圏域との調整の話を同時並行で進めなければならない。

医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 全体的に地域完結率は低く、他圏域による手術や入院が行われる症例には明確な傾向があった。
- 広域連携（もしくは流出症例）傾向は明確であり、脳腫瘍、心臓血管外科、消化器系で内科外科の連携が必要なケースは松山医療圏にある病院を受診している。その他、自圏域に診療科（専門医）が不在の場合は当然ながら他圏域への受診となる。
- 愛媛県の共通課題を踏まえると、手術による広域連携、回復期以降の広域連携など、病態に応じた連携体制について強化する余地の確認が必要。

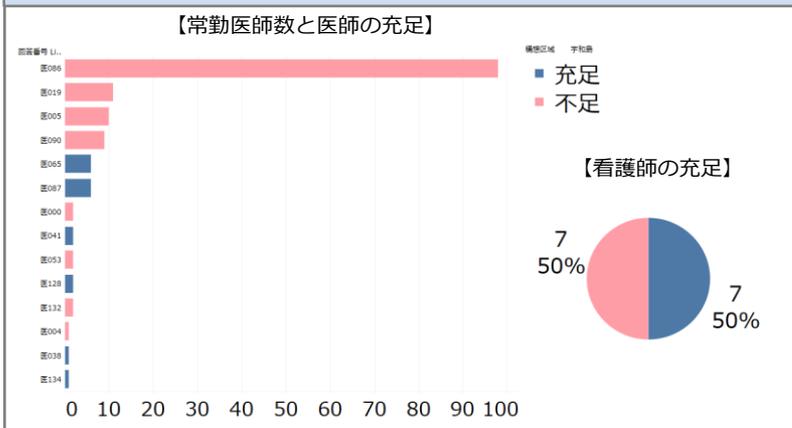
需要量と供給量の推計



今後の課題

- 圏域内にて高度急性期を設けるか、それら疾患は広域連携を主にするのかの判断が必要。人員が分散している状況では重症症例を集めることが困難になる可能性がある。
- 重症な症例について広域連携する場合、下り搬送やUターン・Jターン連携のあり方をどうするか（回復期も他圏域との連携を行うか）。
- 外部に流出している手術は緊急入院もしくは予定入院のいずれかを引き続き分析。
- 地域完結を行うために、症例を具体的に絞り地域の医療機関及び関係者にて協議することが必要。
- 広域連携を行う場合、救急隊や隣接医療圏に負担がかからない方法について、関係者にて協議が必要。あわせて、高齢化により自走が困難な患者が増えた場合の他圏域医療機関の受診方法についても念頭におく必要がある。

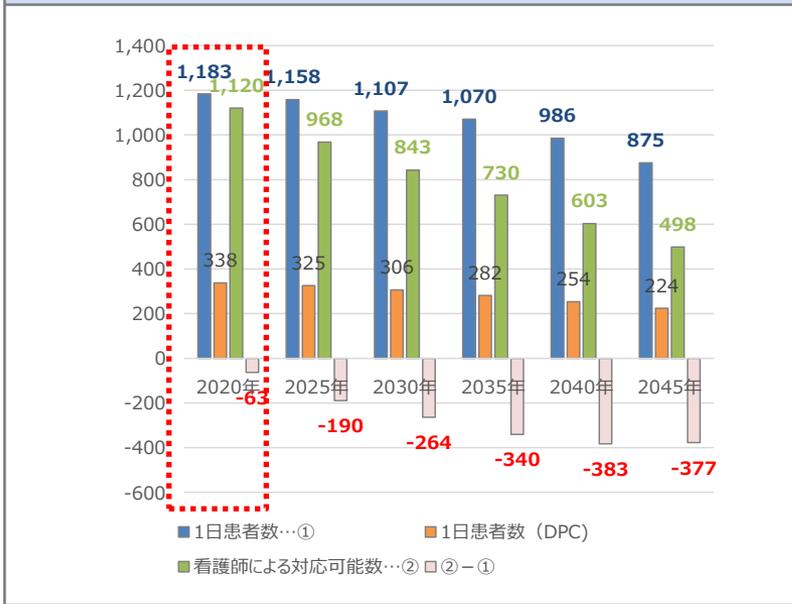
医師・看護師の充足状況



KDB分析結果

- 全体的に地域完結率は高い。他圏域による手術や入院が行われる一部ケースは傾向が明確であった。
- 患者移動では、八幡浜・大洲圏域（西予市）からの流入が多く、実診療圏としての広域連携のあり方についての議論と体制作りが必要。
- 愛媛県の共通課題を踏まえると、手術による広域連携、回復期以降の広域連携など、病態に応じた連携体制について強化する余地の確認が必要。

需要量と供給量の推計



今後の課題

- 現に多くの病院で病床稼働率が低く、需要縮小への対応が必要である。2025年必要病床数は全国値から推計した必要病床数だが、2021年時点は2025年時点必要数の約1.4倍の病床数がある。
- 医師・看護師をはじめとした働き手不足が深刻であり、成り行きでは働き手不足により医療需要に対応出来なくなる恐れも考える。
- 需要と供給の両方の視点から、機能の再編や集約に関する議論は不可避のように見え、地域において守るべき医療とその為の方法論について早い時期からの議論が必要。
- 地域事情により、急性期機能の集約・強化と回復期から在宅まで円滑な連携体制の構築を行う必要性が高まっている。

■ 情報照会先

株式会社日本経営
担当：角谷 哲
Email：tetsu.sumiya@nkgr.co.jp

〒561-8510
大阪府豊中市寺内2-13-3
TEL:06-6865-1373
FAX:06-6865-2502

- 本資料に提供されている内容は万全を期しておりますが、入手し得る資料及び情報に基づいて作成したものであり、その内容の正確性や安全性を保障するものではありません。
- 本資料を弊社に何の断りなく用い、貴社、貴法人が損害等を被った場合において、弊社は一切の責任を負いかねます。
- 本資料は弊社独自のものですので、取り扱いには十分注意していただけますようお願い申し上げます。

【参考：厚生労働省】地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いに関する通知（一覧）

事業区分		標準事業例、事業の概要									
		H29.1.27	H30.9.14	H31.2.19	R3.2.19	R3.8.12	R3.9.28	R5.5.24	R5.12.22	R6.3.8	
I 病床の機能分化・連携のために必要な事業 ①医療機関の施設又は設備の整備 ②病床の機能または病床数の変更	(1)医療提供体制の改革に向けた施設・設備の整備等	1	ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備 病院・診療所間の切れ目のない医療情報連携を可能とするため、医療機関相互のネットワーク構築を図るとともに、津波などによる診療情報流出防止の観点から、防災上安全な地域にデータサーバーを設置し、診療情報等のデータを当該サーバーに標準的な形式で保存することができるよう設備の整備を行う。								
		2	精神科長期療養患者の地域移行を進め、医療機関の病床削減に資するため、精神科医療機関の病床のデイケア施設や地域生活支援のための事業への移行を促進するための施設・設備整備 精神科医療機関の機能分化を進める観点から、病床を外来施設やデイケア施設等新たな用途に供するための改修又は施設・設備の整備を行う。								
		3	がんの医療体制における空白地域の施設・設備整備 がん診療連携拠点病院の存在しない二次医療圏において、新たに設置する「地域がん診療病院」に対して、新たに整備する放射線機器や検査室等の整備を行う。								
		4	地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療の推進 地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対して全身と口腔機能の向上を図るため、病棟・外来に歯科医師及び歯科衛生士を配置又は派遣し、患者の口腔管理を行う。 また、病院内の退院時支援を行う部署(地域医療連携室等)等に歯科医師及び歯科衛生士を配置又は派遣し、退院時の歯科診療所の紹介等を行うための運営費に対する支援を行う。								
		5	病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備 急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、病床の機能分化、連携を推進するための施設・設備の整備を行う。	○	○		○	○			
		6	妊産婦の多様なニーズに応えるための院内助産所・助産師外来の施設・設備整備 院内助産所や助産師外来を開設しようとする産科を有する病院・診療所の増改築・改修や、体制整備に必要な備品の設置に対する支援を行う。								
II 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業	(1)在宅医療を支える体制整備等	7	在宅医療の実施に係る拠点の整備 市町村及び地域の医師会が主体となって、在宅患者の日常療養生活の支援・看取りのために、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師が連携し、医療側から介護側へ支援するための在宅医療連携拠点を整備することにかかる経費に対する支援を行う。								
		8	在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 在宅患者の退院調整や急変時の入院受入整備等に資する病院との医療連携体制の運営に係る人件費（調整等を図るための人員雇用分等）や会議費などに対する支援を行う。								

事業区分		標準事業例、事業の概要								
		H29. 1. 27	H30. 9. 14	H31. 2. 19	R3. 2. 19	R3. 8. 12	R3. 9. 28	R5. 5. 24	R5. 12. 22	R6. 3. 8
	9	在宅医療推進協議会の設置・運営 県内の在宅医療の推進を図るため、在宅医療関係者等で構成する多職種協働による「在宅医療推進協議会」の設置。訪問看護に関する課題、対策等を検討するため訪問看護関係者で構成する「訪問看護推進協議会」を設置し、保健所における圏域連携会議の開催を促進する。 上記協議会を開催するための会議費、諸謝金等に対する支援を行う。								
	10	在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施 在宅医療に取り組む病院関係者への理解を深めるために「在宅医療導入研修」を実施する。また、在宅医療関係者の多職種連携研修や各専門職の質の向上に資する研修、在宅医療・介護の連携を担うコーディネーターを育成するための研修、地域包括ケア体制の構築・推進を担う 保健師（市町村主管部門、保健所等）に対する研修の実施に必要な経費に対する支援を行う。								
	11	かかりつけ医育成のための研修やかかりつけ医を持つことに対する普及・啓発 かかりつけ医の普及定着を推進するため、地域医師会等における、医師に対する研修や、住民に対する広報活動に対する支援を行う。			○					
	12	訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 訪問看護の安定的な提供体制を整備するための機能強化型訪問看護ステーションの設置支援等、訪問看護の人材育成及び人材確保を推進するための退院調整研修や人事交流派遣支援等、訪問看護の認知度を高め、訪問看護の役割を地域に浸透させるための講演会等を実施する。 上記の研修等の実施に必要な経費に対する支援を行う。					○		○	
	13	認知症ケアパスや入退院時の連携パスの作成など認知症ケア等に関する医療介護連携体制の構築 認知症への対応など多職種間の連携を図るため、認知症専門医の指導の下、地域の医療と介護の連携の場を設け、各地域における認知症ケアの流れ（認知症ケアパス）等の検討を支援する。								
	14	認知症疾患医療センター診療所型における鑑別診断の実施 認知症疾患医療センターの一類型として指定された診療所が、他医療機関とネットワークを構築し、認知症の鑑別診断につなげるための経費に対する支援を行う。								
	15	早期退院・地域定着支援のため精神科医療機関内の委員会への地域援助事業者の参画支援等 精神科医療機関の院内委員会へ入院患者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供を行う相談支援事業者等を招聘するなど、地域における医療と福祉の連携体制を整備するための経費に対する支援を行う。								
	(2) 在宅医療（歯科）を推進するために必要	16	在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 在宅歯科医療を推進するため、都道府県歯科医師会等に在宅歯科医療連携室を設置し、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の照会、在宅歯科医療等に関する相談、在宅歯科医療を実施しようとする医療機関に対する歯科医療機器等の貸出の実施にかかる運営費等に対する支援を行う。							

事業区分		標準事業例、事業の概要								
		H29. 1. 27	H30. 9. 14	H31. 2. 19	R3. 2. 19	R3. 8. 12	R3. 9. 28	R5. 5. 24	R5. 12. 22	R6. 3. 8
な事業等	17	在宅歯科医療連携室と在宅医療連携拠点や地域包括支援センター等との連携の推進 現在、都道府県歯科医師会等に設置されている在宅歯科医療連携室を都道府県単位だけでなく、二次医療圏単位や市町村単位へ拡充して設置し、在宅医療連携拠点、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、地域包括支援センター等と連携し、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の照会、在宅歯科医療等に関する相談、在宅歯科医療を実施しようとする医療機関に対する歯科医療機器等の貸出にかかる運営費等に対する支援を行う。								
	18	在宅で療養する疾患を有する者に対する歯科保健医療を実施するための研修の実施 在宅で療養する難病や認知症等の疾患を有する者に対する歯科保健医療を実施するため、歯科医師、歯科衛生士を対象とした、当該疾患に対する知識や歯科治療技術等の研修の実施に必要な経費の支援を行う。								
	19	在宅歯科医療を実施するための設備整備 在宅歯科医療を実施する医療機関に対して在宅歯科医療の実施に必要な、訪問歯科診療車や在宅歯科医療機器、安心・安全な在宅歯科医療実施のための機器等の購入を支援する。								
	20	在宅歯科患者搬送車の設備整備 在宅歯科医療を実施する歯科医療機関（在宅療養支援歯科診療所等）でカバーできない空白地域の患者に対して必要な医療が実施できるよう、地域で拠点となる病院等を中心とした搬送体制を整備する。								
	21	在宅歯科医療を実施するための人材の確保支援 在宅歯科医療を実施する歯科診療所の後方支援を行う病院歯科等の歯科医師、歯科衛生士の確保を行う。								
(3)在宅医療(薬剤)を推進するために必要な事業等	22	訪問薬剤管理指導を行おうとする薬局への研修や実施している薬局の周知 これまで訪問薬剤管理指導に取り組んだ経験のない薬局に対して地域薬剤師会が行う研修の実施を支援する。 また、患者が入院から在宅療養へ円滑に移行するために、地域薬剤師会が訪問薬剤管理指導を実施している薬局の周知・紹介を行うことを支援する。								
	23	在宅医療における衛生材料等の円滑供給の体制整備 在宅医療における衛生材料・医療材料の供給を円滑に行うため、地域で使用する衛生材料等の規格・品目統一等に関する協議を地域の関係者間（地域医師会、地域薬剤師会、訪問看護ステーション等）で行うとともに、地域で使用する衛生材料等の供給拠点となる薬局が設備整備を行うことを支援する。								
	24	終末期医療に必要な医療用麻薬の円滑供給の支援 人生の最終段階の医療の実施に当たり、疼痛コントロールが円滑にできるようになるため、地域で使用する医療用麻薬について、地域の関係者間（地域医師会、地域薬剤師会、訪問看護ステーション等）で品目・規格統一等に関する協議等を実施することを支援する。								

事業区分		標準事業例、事業の概要								
		H29. 1. 27	H30. 9. 14	H31. 2. 19	R3. 2. 19	R3. 8. 12	R3. 9. 28	R5. 5. 24	R5. 12. 22	R6. 3. 8
Ⅲ 医療従事者等の確保・養成のための事業	(1) 医師の地域偏在対策のための事業等	25	地域医療支援センターの運営（地域枠に係る修学資金の貸与事業、無料職業紹介事業、定年退職後の医師の活用事業を含む） 地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に、医師不足病院への医師の配置等を行うための地域医療支援センターの運営に必要な経費に対する支援を行う。			○		○		
		26	医師不足地域の医療機関への医師派遣体制の構築 医療資源の重点的かつ効率的な配置を図ってもなお医師の確保が困難な地域において、都道府県が地域医療対策協議会における議論を踏まえ、医師派遣等を行う医療機関の運営等に対する支援を行う。		○	○			○	
		27	地域医療対策協議会における調整経費 地域医療対策協議会で定める施策について、計画の進捗及び達成状況を関係者間において検証し、次の施策へつなげるための調整を行う。							
	(2) 診療科の偏在対策、医科・歯科連携のための事業等	28	産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援 産科医、救急医、新生児医療担当医等の確保を図るため、これらの医師の処遇改善に取り組む医療機関を支援する。 また、精神保健指定医の公務員としての業務や地域の精神科救急医療体制の確保のための精神科医確保に協力する医療機関の運営等に対する支援を行う。			○				
		29	小児専門医等の確保のための研修の実施 医療機関において、小児の救急・集中治療に習熟した小児科医や看護師の数が不足している状況にあることから、専門性の高い医療従事者の確保のための研修の実施を支援する。							
		30	救急や内科をはじめとする小児科以外の医師等を対象とした小児救急に関する研修の実施 地域医師会等において、地域の小児救急医療体制の補強及び質の向上を図るため、地域の救急医や内科医等の医療従事者を対象とした小児救急に関する研修の実施を支援する。							
		31	医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施 医科・歯科連携を推進するため、がん患者、糖尿病患者等と歯科との関連に係る研修会を開催し、疾病予防・疾病の早期治療等に有用な医科・歯科の連携に関する研修会の実施にかかる支援を行う。							
	(3) 女性医療従事者支援のための事業等	32	女性医師等の離職防止や再就業の促進 出産・育児及び離職後の再就業に不安を抱える女性医師等のための受付・相談窓口の設置・運営、復職研修や就労環境改善の取組を行うための経費に対する支援を行う。							
		33	歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の確保対策の推進 歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士を確保するため、出産・育児等の一定期間の離職により再就職に不安を抱える女性歯科医師等に対する必要な相談、研修等を行うための経費に対する支援を行う。 また、今後、歯科衛生士、歯科技工士を目指す学生への就学支援を行う。							

事業区分		標準事業例、事業の概要								
		H29. 1. 27	H30. 9. 14	H31. 2. 19	R3. 2. 19	R3. 8. 12	R3. 9. 28	R5. 5. 24	R5. 12. 22	R6. 3. 8
(4) 看護職員等の確保のための事業等	34	女性薬剤師等の復職支援 病院・薬局等での勤務経験がある薬剤師（特に女性）の復職支援を促進するため、地域薬剤師会において、地域の病院・薬局等と連携した復職支援プログラムの実施を支援する。								
	35	新人看護職員の質の向上を図るための研修の実施 看護の質の向上や安全な医療の確保、早期離職防止の観点から、新人看護職員に対する臨床研修実施のための経費に対する支援を行う。								
	36	看護職員の資質の向上を図るための研修の実施 看護職員を対象とした資質向上を図るための研修等を開催するための経費に対する支援を行う。						○		
	37	看護職員の負担軽減に資する看護補助者の活用も含めた看護管理者の研修の実施 看護管理者向けに看護補助者の活用も含めた看護サービス管理能力の向上のための研修を実施するための経費に対する支援を行う。						○		
	38	離職防止を始めとする看護職員の確保対策の推進 地域の実情に応じた看護職員の離職防止対策を始めとした総合的な看護職員確保対策の展開を図るための経費に対する支援を行う。						○		
	39	看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備 看護師等養成所における教育内容の向上を図るため、専任教員の配置や実習経費など養成所の運営に対する支援を行う。								
	40	看護職員が都道府県内に定着するための支援 地域における看護職員確保のため、養成所における都道府県内医療機関やへき地の医療機関等への看護師就職率等に応じた財政支援を行う。								
	41	医療機関と連携した看護職員確保対策の推進 地域の医療機関の看護職員確保の支援や看護職員の復職支援の促進を図るため、ナースセンターのサテライト展開、効果的な復職支援プログラム等の実施、都市部からへき地等看護職員不足地域への看護職員派遣など看護師等人材確保促進法の枠組みを活用した看護職員確保の強化を図るための経費に対する支援を行う。								
	42	看護師等養成所の施設・設備整備 看護師等養成所の新築・増改築に係る施設整備や、開設に伴う初度設備整備、在宅看護自習室の新設に係る備品購入、修業年限の延長に必要な施設整備に対する支援を行う。								
	43	看護職員定着促進のための宿舎整備 看護師宿舎を看護職員の離職防止対策の一環として個室整備に対する支援を行う。								
	44	看護教員養成講習会の実施に必要な教室等の施設整備 教員養成講習会の定員数の増加等に伴う教室等の施設整備に対する支援を行う。								
	45	看護職員の就労環境改善のための体制整備 短時間正規雇用など多様な勤務形態等の導入や総合相談窓口の設置、看護業務の効率化や職場風土改善の研修等を行うための経費に対する支援を行う。								

事業区分		標準事業例、事業の概要								
		H29. 1. 27	H30. 9. 14	H31. 2. 19	R3. 2. 19	R3. 8. 12	R3. 9. 28	R5. 5. 24	R5. 12. 22	R6. 3. 8
(5) 医療従事者の勤務環境改善のための事業等	46	看護職員の勤務環境改善のための施設整備 病院のナースステーション、仮眠室、処置室、カンファレンスルーム等の拡張や新設により看護職員が働きやすい合理的な病棟づくりとするために必要な施設整備に対する支援を行う。								
	47	歯科衛生士・歯科技工士養成所の施設・設備整備 歯科衛生士、歯科技工士の教育内容の充実、質の高い医療を提供できる人材を育成するために必要な施設・設備の整備を行う。								
	48	地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援 地域薬剤師会において、求職希望の薬剤師の氏名、勤務希望地域、勤務条件などを登録し、薬剤師の確保が困難な、地域包括ケア等を担う病院・薬局からの求めに対して、周辺地域に勤務する薬剤師の緊急派遣などの協議・調整を行うための体制整備を支援する。			○		○			
	49	勤務環境改善支援センターの運営 医師・看護師等の医療従事者の離職防止・定着促進を図ることを目指し、PDCAサイクルを活用して勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組みを活用して勤務環境改善に取り組む各医療機関に対して総合的・専門的な支援を行うために設置される「医療勤務環境改善支援センター」を都道府県が運営するための経費に対する支援を行う。								
	50	各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援（医療クラーク、ICTシステム導入、院内保育所整備・運営等） 計画的に勤務環境の改善を行う医療機関に対して、医療クラーク・看護補助者の配置などの医療従事者の働き方・休み方の改善に資する取組、専門アドバイザーによる助言指導、業務省力化・効率化など勤務環境改善に資するICTシステムの導入、院内保育所の整備・運営などの働きやすさ確保のための環境整備など、改善計画を進める医療機関の取組を支援する。								
	51	有床診療所における非常勤医師を含む医師、看護師等の確保支援 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療等を提供するため、有床診療所において休日・夜間に勤務する医師・看護師等を配置する。								
	52	休日・夜間の小児救急医療体制の整備 小児救急医の負担を軽減するため、小児科を標榜する病院等が輪番制方式若しくは共同利用型方式により、又は複数の二次医療圏による広域を対象に小児患者を受け入れることにより、休日・夜間の小児救急医療体制を整備するために必要な医師、看護師等の医療従事者の確保に必要な経費及び「小児救急医療拠点病院」の運営に必要な経費に対する支援を行う。								
53	電話による小児患者の相談体制の整備 地域の小児救急医療体制の補強と医療機関の機能分化を推進し、全国どこでも患者の症状に応じた適切な医療が受けられるようにすることを通じ、小児科医の負担を軽減するため、地域の小児科医等による夜間の小児患者の保護者等向けの電話相談体制を整備するための経費に対する支援を行う。				○					

事業区分		標準事業例、事業の概要								
		H29. 1. 27	H30. 9. 14	H31. 2. 19	R3. 2. 19	R3. 8. 12	R3. 9. 28	R5. 5. 24	R5. 12. 22	R6. 3. 8
		54	後方支援機関への搬送体制の整備 救急や小児周産期の医師の負担を軽減するため、高次医療機関において不安定な状態を脱した患者を搬送元等の医療機関に救急自動車等で搬送する際の経費に対する支援を行う。 また、受入医療機関に積極的に受け入れるためのコーディネーターの配置を支援する。							
		-	食事療養を提供する人員体制を確保するための食材料費の高騰に対する支援に必要な経費						○	
その他		-	第8次医療計画に新興感染症等対応が追加されることも見据えた対応			○				
		-	各都道府県のへき地医療支援機構等が中心となって行う事前研修に係る経費					○		

【参考資料1 第4回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会資料
「協議の場」の設置・運営について（案）

1. 「協議の場」の趣旨・目的、名称について

医療法上、都道府県は、医療関係者、医療保険者その他の関係者との「協議の場」を設け、将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされている。

地域医療構想の達成については、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提とすべきであり、こうした取組及び協議を実効的なものとするため、地域の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県の主催の下、医療機関、医療保険者等の関係者が参加し、協議する「協議の場」を設けることとしたものである。

なお、都道府県は、「協議の場」を開催するとともに、参加者として関係者と共に協議を行うことになる。

（「協議の場」の名称について）

以上の趣旨・目的を踏まえ、「協議の場」については、例えば、「地域医療構想調整会議」、「病床機能分化・連携協議会」といった名称が考えられる。

2. 議事及び開催時期について

（1）議事について

医療法上、「協議の場」では、「将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進する」ために必要な協議を行うものとされているが、議事については、具体的には以下のものが考えられる。

- 各病院・有床診療所が担うべき病床機能及びその病床数に関する協議
- 病床機能報告制度による情報等の共有
- 都道府県計画（地域医療介護総合確保基金）に関する協議
- その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議（地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など）

- 1 「協議の場」における病床の機能分化・連携に関する議論の進め方のイメージは、別紙のとおり。
- 2 上記の通常の開催の場合のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な医療機能に転換しようとする場合には、医療法上、都道府県知事は、当該医療機関に対し、「協議の場」における協議に参加するよう求めることができることとされており、その際には、当該許可申請の内容又は転換に関する協議が行われることになる。

(2) 開催時期について

「協議の場」については、病床の機能分化・連携等に関する協議が行われる場合には、地域の実情に応じて、都道府県が、随時開催することが基本となるが、病床機能報告制度による情報等の共有や都道府県計画（地域医療介護総合確保基金）に関する協議が行われる場合には、通年のスケジュールがある程度定まっていることから、定期的を開催することが考えられる。

<参考> 通年のスケジュール（イメージ）

- ・ 3月 病床機能報告制度による情報の取りまとめ
- ・ 6月 都道府県計画の提出（7～8月 内示、交付決定）
- ・ 9月 地域医療介護総合確保基金の積み増し

上記の通常の開催の場合のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な医療機能に転換しようとする場合にも、随時開催する。

3. 設置区域について

「協議の場」については、地域医療構想の達成を推進するために必要な協議が行われる場であることから、地域医療構想を策定する構想区域ごとに設置することを原則とする。

一方で、構想区域内の医療機関の規模・数等は多様であり、地域によっては、構想区域での「協議の場」の設置・運営が困難な場合も想定されることから、こうした事情を勘案し、都道府県知事が協議をするのに

適当と認める区域で設置することも可能とする。

各都道府県において、例えば以下のような柔軟な運用を可能とする。

<例>

広域的な病床の機能分化・連携が求められる場合における複数の「協議の場」の合同開催

議事等に応じ、設置される区域から更に地域・参加者を限定した形での開催

圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催 等

大都市圏における「協議の場」の設置・運営については、関係自治体と相談しながら、別途、検討する。

4．参加者の範囲・選定、参加の担保について

(1) 参加者の範囲・選定について

医療法上、「協議の場」の参加者については、「診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者」とされており、医療法の当該規定に沿って、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者を基本とすることとする。

参加者の中から議長等が選出されることになるが、その役割については、地域の実情に応じて、保健所長等の都道府県の関係機関のほか、医師会、病院団体等の代表などが担うことが考えられる。

一方、地域住民等に対する協議の透明性の観点から、患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱うなど、特段の事情がある場合を除き、会議は公開とする。また、協議の内容・結果については、原則として、周知・広報する。

また、「協議の場」における協議をより効果的・効率的に進めていくためには、都道府県は、議事等に応じ、参加を求める病院・有床診療所を柔軟に選定できるようにすることが適当である。

例えば、通常の実施の場合には、医師会、歯科医師会、医療保険者のほか、病院団体等の代表が参加することが考えられるが、開設・増床等の許可申請の内容や過剰な医療機能への転換に関する協議が行われる

場合には、その当事者及び利害関係者等に限って参加することが考えられる。

また、急性期医療に係る病床の機能分化・連携や地域包括ケアの推進など、特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、「協議の場」の下に専門部会やワーキンググループ等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる。

なお、「協議の場」の参加を求めなかった病院・有床診療所に対しても、書面やメールでの意見提出などにより、幅広く意見表明の機会を設けることが望ましい。

(2) 協議への参加の求めに応じない関係者への対応について

医療法上、開設・増床等の許可申請をした医療機関は、都道府県知事から「協議の場」における協議に参加するよう求めがあったときは、これに応ずる努力義務が課せられており、また、都道府県知事は、開設・増床等の許可に、不足している病床機能に係る医療を担うという条件を付することができるかとされている。

都道府県知事から参加の求めがあったにもかかわらず、当該医療機関が正当な理由なく「協議の場」における協議に参加しない場合には、都道府県知事は当該許可に条件を付することが考えられる。

また、過剰な医療機能に転換しようとする医療機関は、都道府県知事から「協議の場」における協議に参加するよう求めがあったときは、これに応ずる努力義務が課せられており、また、都道府県知事は、「『協議の場』における協議が調わないとき、その他厚生労働省令で定めるとき」は、都道府県医療審議会への出席・説明を求め、さらに都道府県医療審議会の意見を聴いて転換中止の要請・命令をすることができるかとされている。

都道府県知事から参加の求めがあったにもかかわらず、当該医療機関が正当な理由なく「協議の場」における協議に参加しない場合には、「協議の場」における協議が調わないときと同様の措置を講ずることができるようにすることが考えられる。

5 . 合意の方法・履行担保について

(1) 合意の方法について

「協議の場」における協議が調った事項については、医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意に当たっては、都道府県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議が行われることが求められる。

また、特に各病院・有床診療所が担うべき病床機能及び病床数等の合意に当たっては、通常の議事録の作成に加え、参加した病院・有床診療所の署名捺印による合意書等の形で取りまとめておくことが適当である。

(2) 合意事項の履行担保について

関係者は、「協議の場」における協議が調った事項の実施に協力する努力義務が課されているが、関係者の履行がなされない場合には、地域医療構想の達成の推進に支障が生じるおそれがある。

このため、関係者の合意事項の履行を担保する必要があるが、医療法上、都道府県知事は、「『協議の場』における協議が調わないとき、その他厚生労働省令で定めるとき」は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している病床機能に係る医療の提供等を要請・指示することができる」とされている。

関係者が正当な理由なく合意事項を履行しない場合には、「協議の場」における協議が調わないときと同様の措置を講ずることができるようにすることが考えられる。

< 参考 >

医療法（昭和 23 年法律第 205 号）

第七条（略）

2～4（略）

5 都道府県知事は、病院の開設の許可若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可又は診療所の病床の設置の許可若しくは診療所の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可の申請に対する許可には、当該申請に係る病床において、第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分（以下この項において「病床の機能区分」という。）のうち、当該申請に係る病院又は診療所の所在地を含む構想区域（第三十条の四第一項に規定する医療計画（以下この項及び次条において「医療計画」という。）において定める第三十条の四第二項第七号に規定する構想区域をいう。）における病床の機能区分に応じた既存の病床数が、医療計画において定める当該構想区域における同号イに規定する将来の病床数の必要量に達していないものに係る医療を提供することその他の医療計画において定める同号に規定する地域医療構想の達成の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める条件を付することができる。

6（略）

第三十条の十四 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（以下この条において「関係者」という。）との協議の場（第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。）を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

3 第七条第五項に規定する申請をした者は、当該申請に係る病院の開設若しくは病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更又は診療所の病床の設置若しくは診療所の病床数の増加若しくは病床の種別の変更に関して、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため、協議の場における協議に参加するよう都道府県知事から求めがあつたときは、これに応ずるよう努めなければならない。

第三十条の十五 都道府県知事は、第三十条の十三第一項の規定による報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる場合その他の厚生労働省令で定める場合において、当該報告をした病床機能報告対象病院等（以下この条及び次条において「報告病院等」という。）の所在地を含む構想区域における病床機能報告対象病院等の病床の当該報告に係る基準日後病床機能に係る病床の機能区分に応じた数が、医療計画において定める当該構想区域における当該報告に係る基準日後病床機能に応じた将来の病床数の必要量に既に達しているときは、報告病院等の開設者又は管理者に対し、当該報告に係る基準日病床機能と基準日後病床機能とが異なる理由その他の厚生労働省令で定める事項（以下この条において「理由等」という。）を記載した書面の提出を求めることができる。

2 都道府県知事は、前項の書面に記載された理由等が十分でないとき、当該報告病院等の開設者又は管理者に対し、協議の場における協議に参加するよう求めることができる。

- 3 報告病院等の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、これに応ずるよう努めなければならない。
- 4 都道府県知事は、第二項の協議の場における協議が調わないとき、その他の厚生労働省令で定めるときは、当該報告病院等の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができる。
- 5 報告病院等の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう努めなければならない。
- 6 都道府県知事は、第二項の協議の場における協議の内容及び第四項の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、報告病院等（第七条の二第一項各号に掲げる者が開設するものに限る。）の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、第三十条の十三第一項の規定による報告に係る基準日病床機能を当該報告に係る基準日後病床機能に変更しないことその他必要な措置をとるべきことを命ずることができる。
- 7 前項の規定は、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため特に必要がある場合において、第七条の二第一項各号に掲げる者以外の者が開設する報告病院等について準用する。この場合において、前項中「命ずる」とあるのは、「要請する」と読み替えるものとする。

第三十条の十六 都道府県知事は、医療計画において定める地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場における協議が調わないとき、その他の厚生労働省令で定めるときは、構想区域等における病床機能報告対象病院等（第七条の二第一項各号に掲げる者が開設するものに限る。）の開設者又は管理者に対し、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病床の機能区分のうち、当該構想区域等に係る構想区域における病床の機能区分に応じた既存の病床数が、医療計画において定める当該構想区域における将来の病床数の必要量に達していないものに係る医療を提供することその他必要な措置をとるべきことを指示することができる。

- 2 前項の規定は、医療計画において定める地域医療構想の達成の推進のため特に必要がある場合において、第七条の二第一項各号に掲げる者以外の者が開設する病床機能報告対象病院等について準用する。この場合において、前項中「指示する」とあるのは、「要請する」と読み替えるものとする。

医療法等改正に関する意見（平成 25 年 12 月 27 日社会保障審議会医療部会）

具体的な改革の内容について

- (3)地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）

医療機能の分化・連携については、まずは、病床機能報告制度によって、医療機関がその有する病床で担っている医療機能の現状を国及び都道府県が把握・分析し、その結果を踏まえて、都道府県において策定される地域医療ビジョンによって、二次医療圏等ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が示されることで、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、進められることを前提とすべきである。

また、国及び都道府県は、医療機関の自主的な取組を支援し、また、医療機関相互の協議を実効的なものとするために、以下の措置を講ずるべきである。

「協議の場」の設置

- ・ 都道府県は、医療機関や医療保険者等の関係者が参加し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」を設置することとする。

- ・ また、この「協議の場」の協議の実効性を高めるため、医療機関に対して、「協議の場」への参加及び「協議の場」での合意事項への協力の努力義務等を設けることとする。
なお、その組織運営は、公平・公正に行われる必要がある。
～ (略)

医療計画作成指針（平成 24 年 3 月 30 日医政発 0330 第 28 号医政局長通知）

第四 医療計画作成の手順等

(2) 協議の場の設置

都道府県は、5 疾病・5 事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するため、医療審議会もしくは医療対策協議会の下に、5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれについて協議する場（以下「作業部会」という。）を設置する。また必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場（以下「圏域連携会議」という。）を設置する。

作業部会と圏域連携会議は、有機的に連携しながら協議を進めることが重要であり、原則として、圏域連携会議における協議結果は作業部会へ報告すること。また、それぞれの協議の内容・結果については、原則として、周知・広報すること。

作業部会 (略)

圏域連携会議

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。

その際保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

ア 構成

各医療機能を担う全ての関係者

イ 内容

下記の(ア)から(ウ)について、関係者全てが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する。

(ア) 医療連携の必要性について認識の共有

(イ) 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有

(ウ) 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有

また、状況に応じて、地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う。

「協議の場」における病床の機能分化・連携に関する議論の進め方
(イメージ)

STEP 1 . 地域の医療提供体制の現状と将来の目指すべき姿の認識共有

病床機能報告制度の報告や既存の統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される将来の医療需要と各医療機能の必要量について、「協議の場」のメンバーで認識を共有。

STEP 2 . 地域医療構想を実現するための課題の抽出

地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について、議論。

STEP 3 . 具体的な機能分化・連携のあり方について議論

例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論。

現在、急性期機能や回復機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考え、選定したメンバーによって、回復期機能の充足のため、各病院がどのように役割分担を行うか等について議論。

STEP 4 . 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

STEP 3 で議論して合意した内容を実現するために必要な具体的事業について議論。

地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、当該事業を都道府県計画にどのように盛り込むか議論し、都道府県において必要な手続を進める。

「協議の場」の議事、開催時期、参加者について

議事	開催時期	参加する関係者
<p style="text-align: center;">通常の開催(法30の14)</p>	<p style="text-align: center;">病床の機能分化連携の推進</p>	<p style="text-align: center;">各病院・有床診療所が担うべき病床機能及びその病床数に関する協議</p>
<p style="text-align: center;">病床機能報告制度による情報の共有</p>	<p style="text-align: center;">病床機能報告制度や地域医療介護総合確保基金のスケジュールを念頭に定期的に開催</p>	<p style="text-align: center;">医師会、歯科医師会 病院団体 医療保険者等 を都道府県が選定</p>
<p style="text-align: center;">その他の地域医療構想の達成の推進(地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など)に関する協議</p>	<p style="text-align: center;">地域の实情に応じて、都道府県が随時開催(定期的に開催もあり得る)</p>	<p style="text-align: center;">議事等に応じて、都道府県が選定</p>
<p style="text-align: center;">病院の開設 医療機能の増床、 転換への対応</p>	<p style="text-align: center;">医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合に開催</p>	<p style="text-align: center;">許可申請をした医療機関及び当該申請に係る利害関係者等を都道府県が選定</p>
<p style="text-align: center;">過剰な医療機能への転換に関する協議 (法30の15)</p>	<p style="text-align: center;">医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合に開催</p>	<p style="text-align: center;">転換をしようとする医療機関及び当該転換に係る利害関係者等を都道府県が選定</p>

医療法等における会議について

会議の種類	趣旨・目的 設置方法	設置区域	参加者の範囲・ 選定	開催時期	会議・議事の 公開	合意の方法
都道府県医療 審議会 (法71の2)	<ul style="list-style-type: none"> 知事の諮問に 応じ、都道府県に おける医療提供 の体制の確保に 関する重要な 事項を調査審 議 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県ごと に設置 	<ul style="list-style-type: none"> 医師、歯科医 師、薬剤師、医 療を受ける立 場にある者及 び学識経験者 (施行令5の17) 一般的に、県医 師会、薬剤師 会、歯科医師 会、薬剤師会 	<ul style="list-style-type: none"> 年2回程度(年 度末+随時) 地域医療支援 病院の承認、 病院の開設・ 増床等に係る 勧告・不許可、 医療法人の設 立・解散、合 併の認可等 	<ul style="list-style-type: none"> 一般的に、原 則、公開 患者情報や医 療機関の経営 に関する情報 について非公開 としている等の 都道府県もある。 	<ul style="list-style-type: none"> 出席委員の過 半数を持って決 定(施行令第5 の20)
地域医療対策 協議会 (法30の17)	<ul style="list-style-type: none"> 救急医療等確 保事業に係る医 療従事者の確 保その他都道 府県において 必要とされる 医療の確保に 関する協議 都道府県は、 参加者として 関係者と共 に協議し、施 策を策定・公 表 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県ごと に設置 	<ul style="list-style-type: none"> 特定機能病 院、地域医療 支援病院、臨 時的医療機関 、臨床研修指 定病院、診療 に関する学識 経験者の団体 、大学等、社 会医療法人な ど(医療法30 の12) 一般的に、県 医師会、歯 科医師会 	<ul style="list-style-type: none"> 年1~2回程 度 	<ul style="list-style-type: none"> 一般的に、原 則、公開 一般公開はし ていないが、 要望があれば 公開している 等の都道府県 もある。 	<ul style="list-style-type: none"> 一般的に、特 定していない
「協議の場」 (法30の14)	<ul style="list-style-type: none"> 将来の病床数 の必要量を達 成するための 地域医療構 想の推進する ための必要な 事項について 協議 都道府県は、 参加者として 関係者と共 に協議を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 原則として、 構想区域ごと に設置 ただし、構想 区域内の医療 機関の規模、 数等を勘案し 、都道府県知 事と協議する のに適当と認 める区域で設 置することも 可能とする。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療に関する 学識経験者の 団体の他の医 療関係者、医 療保険者その 他の関係者 (医師会、歯 科医師会、都 市医師会、歯 科医師会を念 頭に)、病院団 体、医療保険 者を基本とし る。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の実情に 応じて、随時 開催 病床機能報 告制度や基金 のスケジュール を念頭に、定 期的に開催 このほか、医 療機関が開設 ・増床等の許 可申請をした 場合や過剰な 医療機能に転 換しようとし る場合にも、 随時開催す る。 	<ul style="list-style-type: none"> 原則、公開 患者情報や医 療機関の経営 に関する情報 を扱うなど特 定の事情があ る場合には、 非公開とする。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の経 営を左右する ため、丁寧かつ 十分な協議が必 要 また、特に各 病院・有床診 療所の病床機 能及び病床数 等の合意につ いては、参加 した関係者の 署名捺印によ る合意書の形 での取りまと めが適当であ る。
圏域連携会議 (局長通知により、 必要に応じて 設置)	<ul style="list-style-type: none"> 関係者が各医 療機能を担う 医療機関を 決定すること 等、具体的な 連携等につ いて協議 	<ul style="list-style-type: none"> 2次医療圏 ごとに設置 	<ul style="list-style-type: none"> 各医療機能を 担う全ての関 係者 主に、都市医 師会、歯科医 師会等、病院 団体、公的医 療機関、市町 村等 各医療機関 が参加する 場合、当該医 療機関の開 設者・管理者 等が参加 	<ul style="list-style-type: none"> 年1回程度 	<ul style="list-style-type: none"> 一般的に、原 則、公開 一般公開はし ていないが、 要望があれば 公開している 等の都道府県 もある。 	<ul style="list-style-type: none"> 圏域によ って様々(特 定していない 圏域や、出 席者の過半 数を持って決 定する圏域 など)