



令和4年度石川県医療計画推進委員会 第1回地域医療構想部会

令和4年8月9日
石川県健康福祉部



会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. 地域医療構想の進捗状況
3. 医療提供体制を取り巻く状況の変化
 - (1) 医師の働き方改革
 - (2) 高齢者の増加
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて
5. 病床機能報告について
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. 地域医療構想の進捗状況
3. 医療提供体制を取り巻く状況の変化
 - (1) 医師の働き方改革
 - (2) 高齢者の増加
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて
5. 病床機能報告について
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方(検証・見直し)

「地域医療構想の進め方について」(抄)

(令和4年3月24日付け医政発0324第6号 各都道府県知事充て 厚生労働省医政局長通知)

1. 基本的な考え方

今後、各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が2023年度までかけて進められる際には、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ため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。

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。

また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に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ことに十分留意する。

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. 具体的な取組

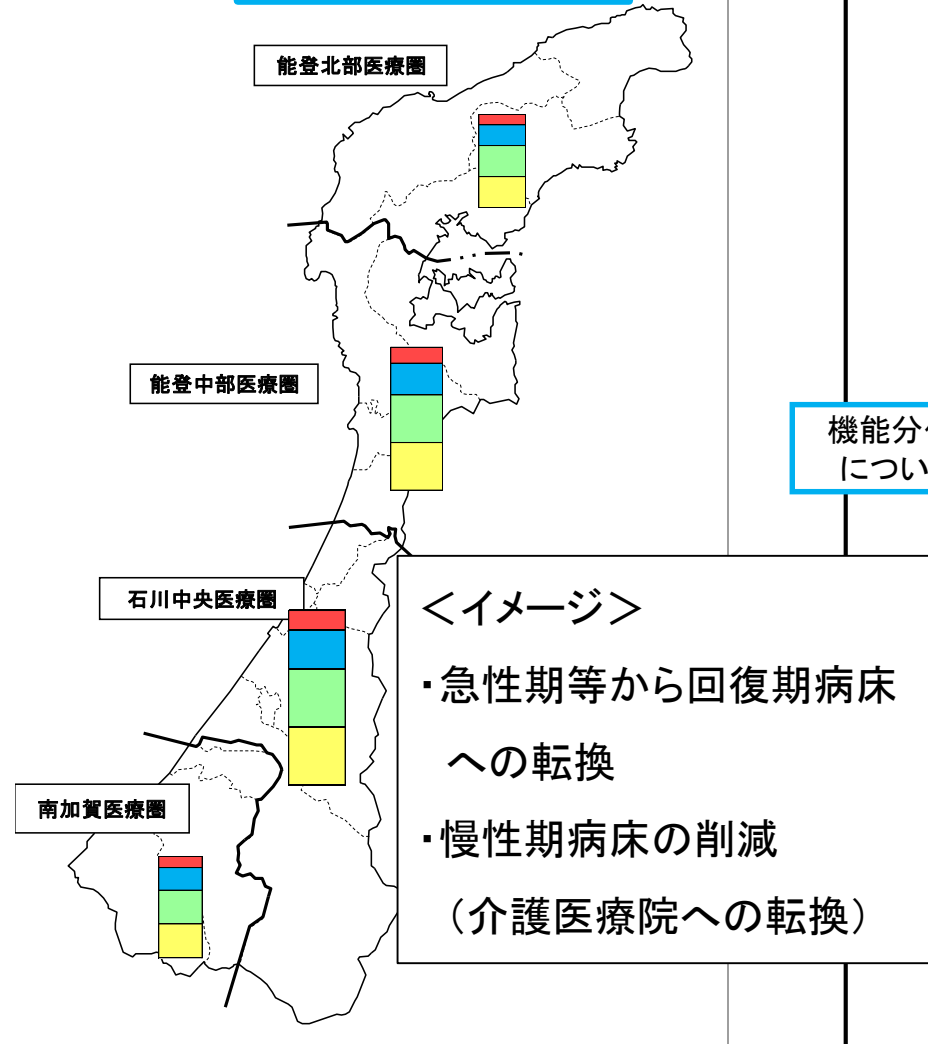
公立病院については、病院事業を設置する地方公共団体は、2021年度末までに総務省において策定する予定の「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を踏まえ、病院ごとに「公立病院経営強化プラン」を具体的対応方針として策定した上で、地域医療構想調整会議において協議する。

また、民間医療機関を含め、議論の活性化を図るため、必要に応じて以下の観点も参照するとともに、重点支援区域の選定によるデータ分析等の技術的支援なども併せて活用し、議論を行う。

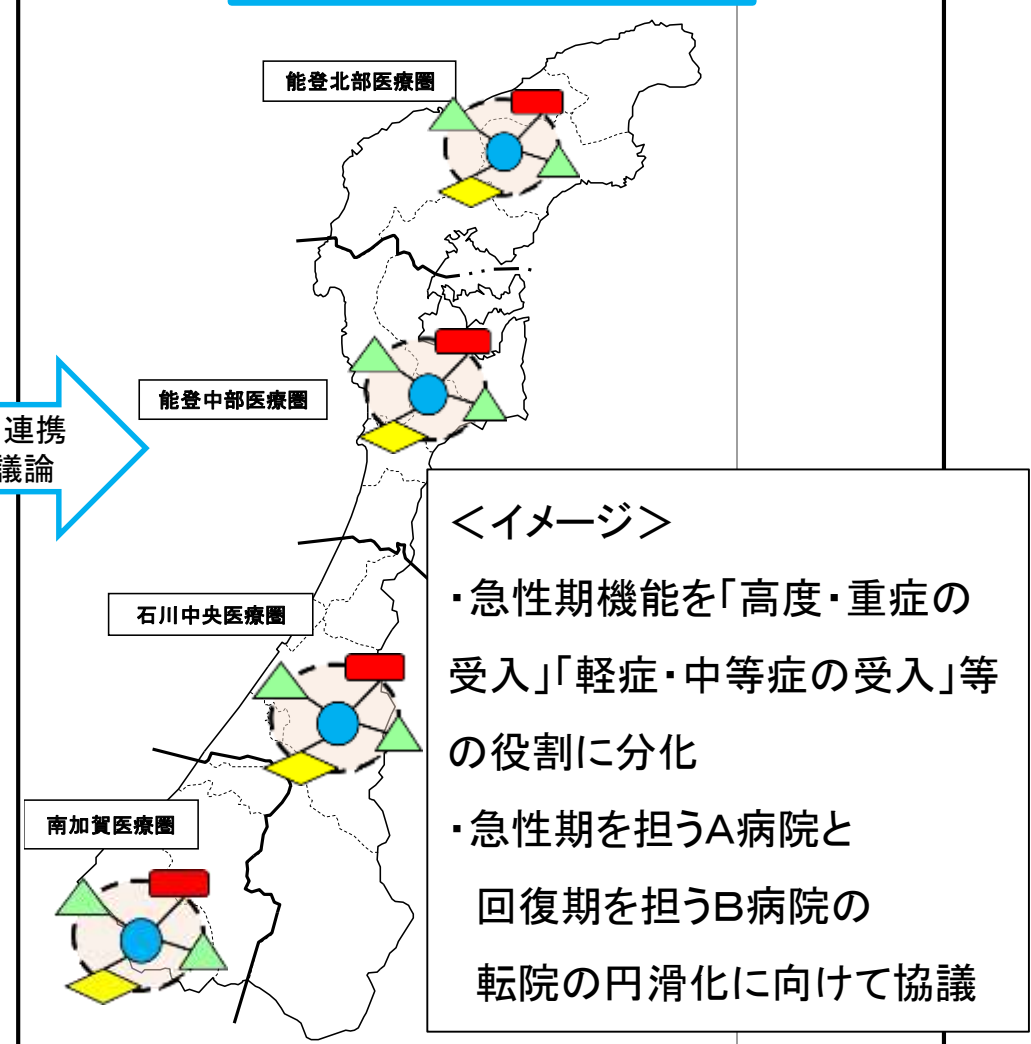
1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方(機能の分化・連携)

- ・これまでの議論では、地域医療構想上の必要病床数に向けた設置主体毎の「病床機能の転換・削減」が中心
- ・今後の議論では設置主体毎の検討に止まらず、医療提供体制の維持に向けた機能分化・連携体制を議論

これまでの議論

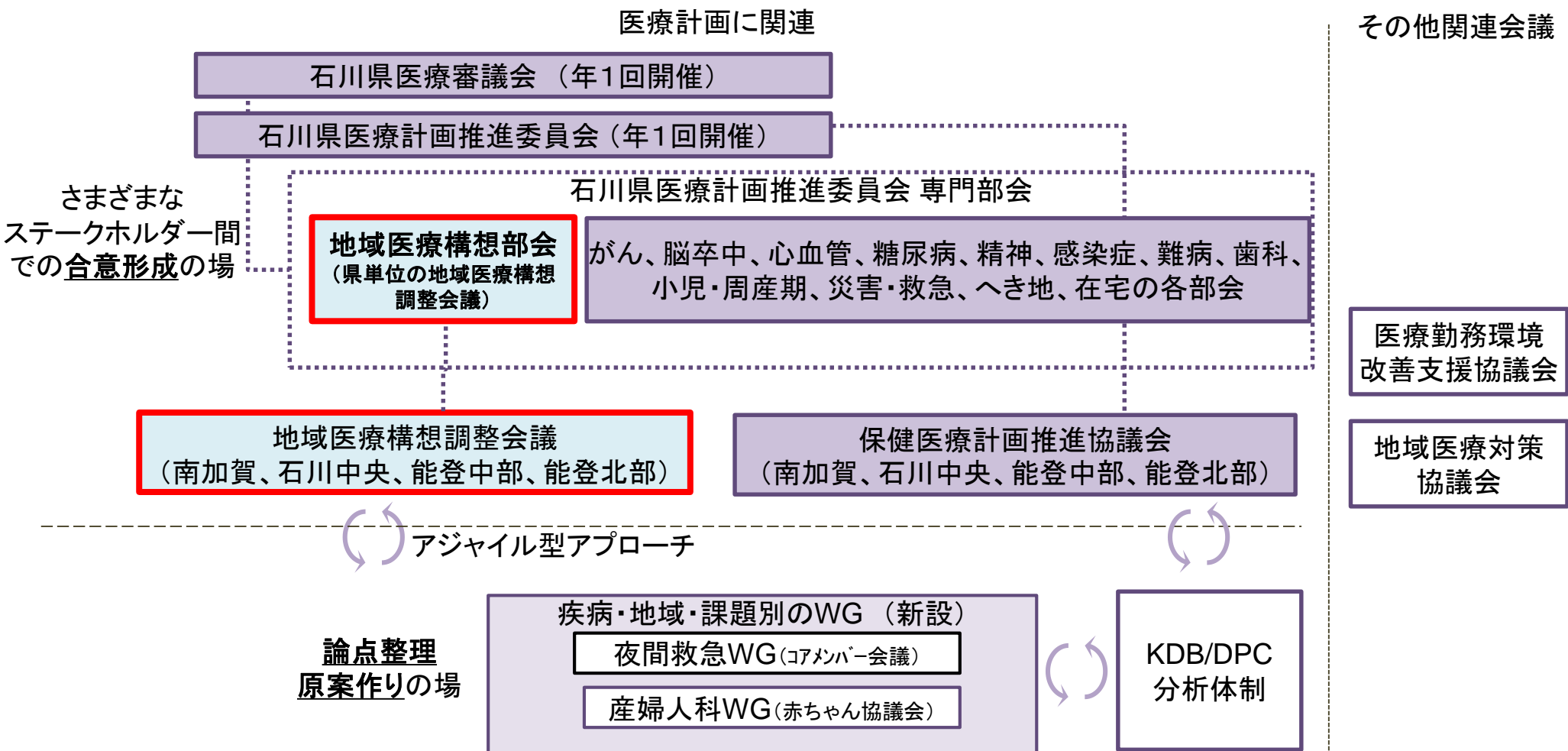


今年度の主な議論(案)



1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方(地域医療の検討体制)

- 2024年4月からの「第8次医療計画」の開始にむけ、2022～23年度は下図のような検討体制を進める
- 2022年度の取組みとして、
 - KDBやDPCのデータを分析体制を整備し
 - 疾病・地域・課題ごとのWGを新設し、機動的に論点整理や方針原案を作成し、合意形成の常設の場に提示



※令和4年度は課題ごとにWG検討。論点整理や方針原案を作成する

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方(地域医療の検討体制)

地域医療構想部会
(県単位の地域医療構想調整会議)

部会長：委員の互選（前は県医師会 安田会長）
委員：医療関係者（医師会推薦、大学、病床機能ごと）
保険者
※今年度より新たに、看護協会、歯科医師会、薬剤師会の代表者が参加

地域医療構想調整会議

会長：地域医療構想アドバイザー
委員：保健医療関係者（郡市医師会・歯科医師会・薬剤師会、基幹病院等）
医療を受ける者（女性団体、民生児童委員等）
行政機関職員（市町、消防機関）

南加賀

地域医療構想アドバイザー

○神野先生

石川中央

地域医療構想アドバイザー

○上田先生

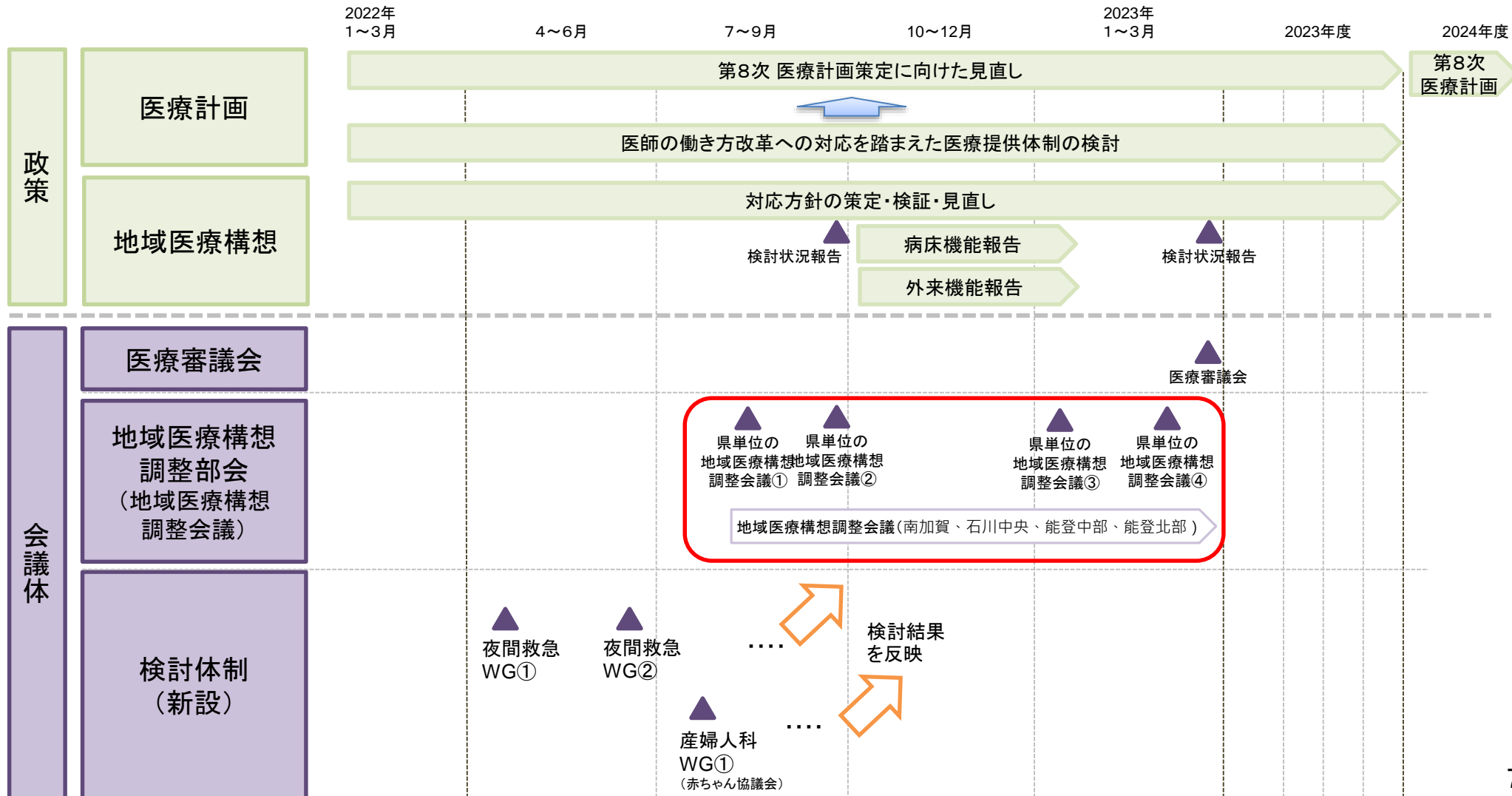
能登中部・北部

地域医療構想アドバイザー

○岡田先生

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方(スケジュール)

- 2024年4月より「第8次医療計画」を開始できるよう、2022～23年度に以下のような検討体制を進める
- 夜間救急や周産期に関する医療提供体制について、既に議論を始めており、今後、検討結果を反映

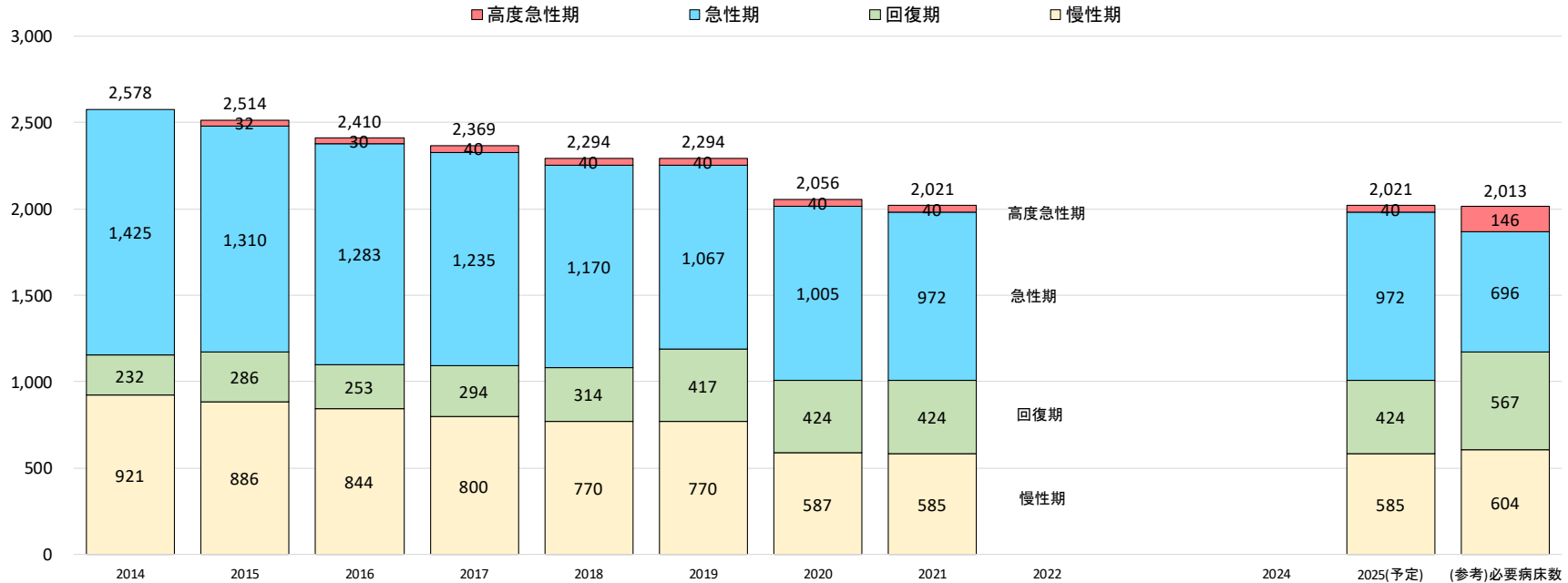


会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. **地域医療構想の進捗状況**
3. 医療提供体制を取り巻く状況の変化
 - (1) 医師の働き方改革
 - (2) 高齢者の増加
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて
5. 病床機能報告について
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

2. 地域医療構想の進捗状況（南加賀）

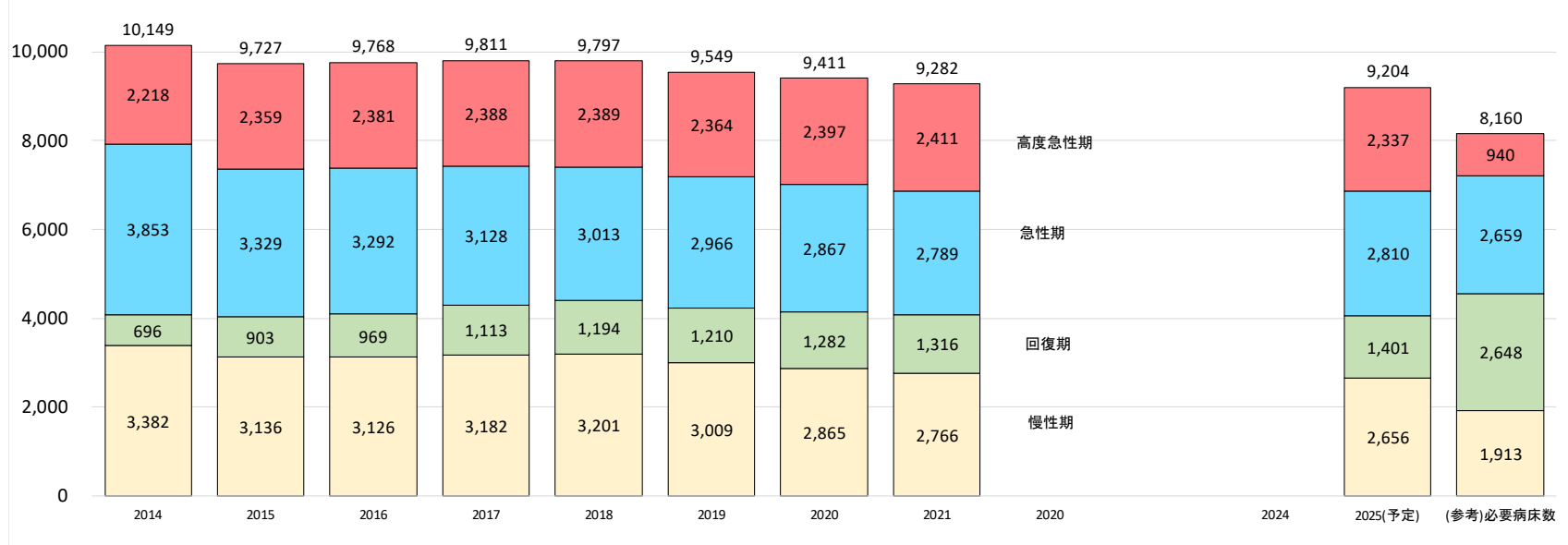
- ・2025年の予定病床数は、地域医療構想上の必要病床数と同程度
- ・高度急性期、回復期、慢性期は必要病床数に比べて不足する見込み
- ・急性期病床のうち、回復期に近い患者が入院している病床が約100～240床ほどある



	病床数の推移(床)			2021年の病床の状況および2020年との比較								
				1日あたり在棟患者数(人/日)			平均在棟日数(日)			病棟稼働率(%)		
	2014	2021	増減 2021-2014	2020	2021	増減 2021-2020	2020	2021	増減 2021-2020	2020	2021	増減 2021-2020
高度急性期	0	40	▲ 40	25.7	15.7	▲ 10.0	4.5	4.7	0.2	64.4	39.2	▲ 25.2
急性期	1,425	972	▲ 453	714.8	630.1	▲ 84.7	11.5	11.6	0.1	71.1	64.8	▲ 6.3
回復期	232	424	▲ 192	345.2	289.9	▲ 55.3	22.9	23.1	0.2	81.4	68.4	▲ 13.0
小計	1,657	1,436	▲ 221	1,085.8	935.7	▲ 150.1	13.1	13.4	0.3	73.9	65.2	▲ 8.7
慢性期	921	585	▲ 336	478.5	489.8	▲ 11.3	144.9	206.8	61.9	81.5	83.7	2.2
合計	2,578	2,021	▲ 557	1,564.3	1,425.5	▲ 138.8	18.1	19.7	1.6	76.1	70.5	▲ 5.6
休棟等	91	83	▲ 8	-	-	-	-	-	-	-	-	-

2. 地域医療構想の進捗状況（石川中央）

- ・2025年の予定病床数は、必要病床数を1,000床程度上回っており、回復期が不足、高度急性期、急性期、慢性期が過剰
- ・高度急性期病床の中に、急性期に近い病床が1,700床ほど、急性期病床の中に、回復期に近い患者が入院している病床が約170～650床ほどある



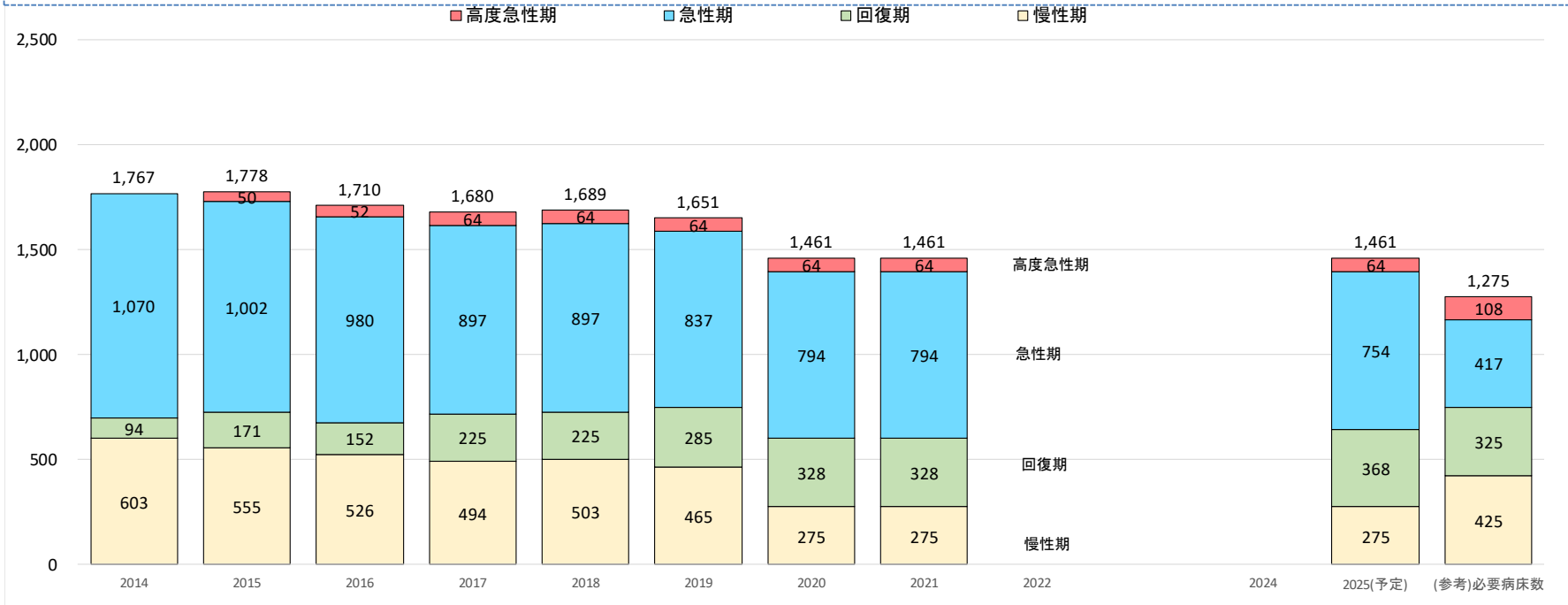
	病床数の推移(床)			2021年の病床の状況および2020年との比較								
	2014	2021	増減 2021-2014	1日あたり在棟患者数(人/日)			平均在棟日数(日)			病棟稼働率(%)		
				2020	2021	増減 2021-2020	2020	2021	増減 2021-2020	2020	2021	増減 2021-2020
高度急性期	2,218	2,411	193	1,825.0	1,652.8	▲ 172.2	11.3	11.2	▲ 0.1	76.1	68.6	▲ 7.5
急性期	3,853	2,789	▲ 1,064	2,167.3	1,918.8	▲ 248.5	12.6	11.2	▲ 1.4	75.6	68.6	▲ 7.0
回復期	696	1,316	620	958.9	1,004.7	45.8	30.2	26.8	▲ 3.4	74.8	76.9	2.1
小計	6,767	6,516	▲ 251	4,951.2	4,576.3	▲ 374.9	13.6	12.9	▲ 0.7	75.6	70.2	▲ 5.4
慢性期	3,382	2,766	▲ 616	2,433.2	2,312.4	▲ 120.8	256.1	236.2	▲ 19.9	84.9	83.6	▲ 1.3
合計	10,149	9,282	▲ 867	7,384.4	6,888.8	▲ 495.6	19.7	18.8	▲ 0.9	78.5	74.2	▲ 4.3
休棟等	75	124	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-

※1 高度急性期4病院(金大、医科大、県中、医療センター)の高度急性期病床について、診療密度に基づく病床区分における高度急性期病床の割合の平均値を割り返し計算。

※2 急性期病床について、2通りの定量的基準(①佐賀方式:地域包括ケア病床および、平均在棟日数が22日超の病棟を回復期にて計算、②埼玉方式:手術等の診療実績が少ない病棟を回復期にて計算)にて計算。

2. 地域医療構想の進捗状況（能登中部）

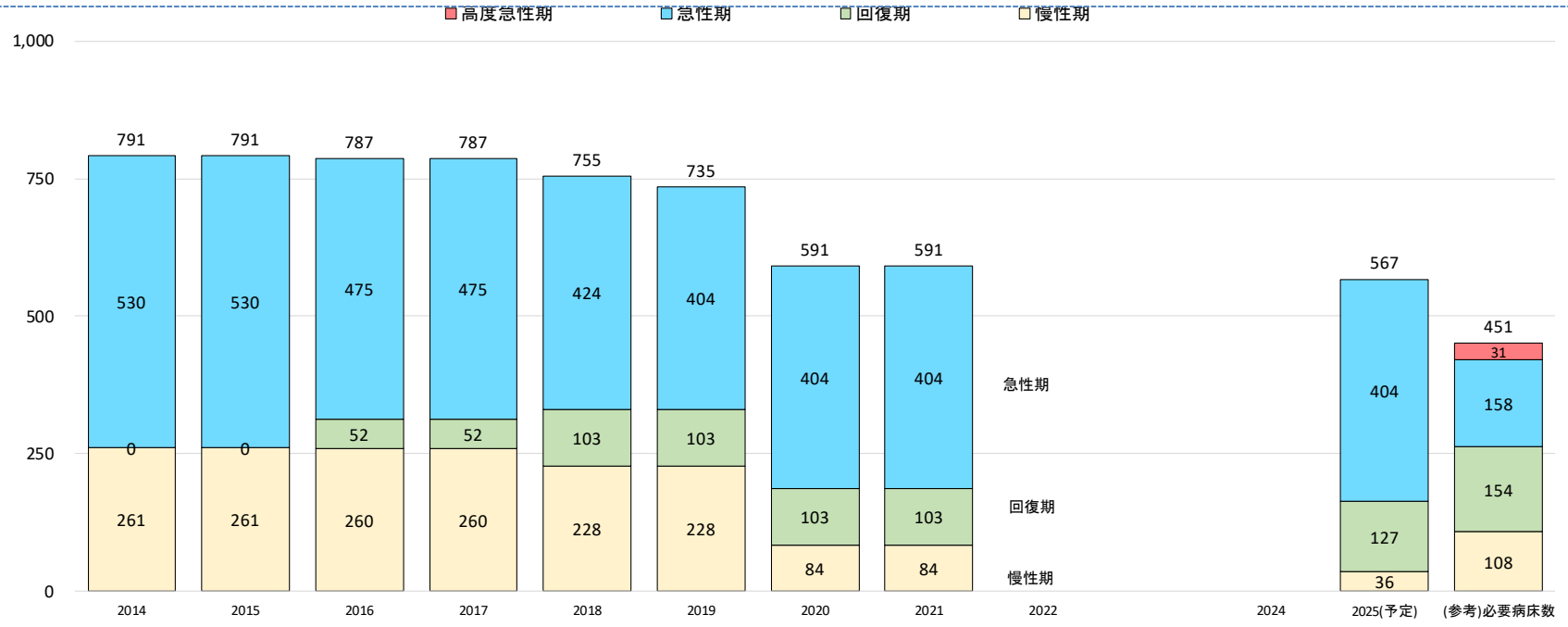
- ・2025年の予定病床数は、必要病床数を200床程度上回っている
- ・高度急性期、慢性期は必要病床数に比べて不足する見込み
- ・急性期病床の中に、回復期に近い患者が入院している病床が約120～330床ほどある



	病床数の推移(床)			2021年の病床の状況および2020年との比較								
				1日あたり在棟患者数(人/日)			平均在棟日数(日)			病棟稼働率(%)		
	2014	2021	増減 2021-2014	2020	2021	増減 2021-2020	2020	2021	増減 2021-2020	2020	2021	増減 2021-2020
高度急性期	0	64	▲ 64	47.8	44.0	▲ 3.8	5.6	5.1	▲ 0.5	74.7	68.7	▲ 6.0
急性期	1,070	794	▲ 276	602.4	547.8	▲ 54.6	14.4	15.3	0.9	75.9	69.0	▲ 6.9
回復期	94	328	▲ 234	265.4	269.5	▲ 4.1	19.0	20.6	1.6	80.9	82.2	▲ 1.3
小計	1,164	1,186	▲ 22	915.7	861.3	▲ 54.4	14.3	15.0	0.7	77.2	72.6	▲ 4.6
慢性期	603	275	▲ 328	293.8	262.0	▲ 31.8	254.2	247.7	▲ 6.5	106.8	95.3	▲ 11.5
合計	1,767	1,461	▲ 306	1,209.4	1,123.3	▲ 86.1	18.5	19.2	0.7	82.8	76.9	▲ 5.9
休棟等	0	18	▲ 18	-	-	-	-	-	-	-	-	-

2. 地域医療構想の進捗状況（能登北部）

- ・2025年の予定病床数は、必要病床数を100床程度上回っている
- ・高度急性期、回復期、慢性期は必要病床数に比べて不足する見込み
- ・急性期病床の中に、回復期に近い患者が入院している病床が約20～350床ほどある



	病床数の推移(床)			2021年の病床の状況および2020年との比較								
				1日あたり在棟患者数(人/日)			平均在棟日数(日)			病棟稼働率(%)		
	2014	2021	増減 2021-2014	2020	2021	増減 2021-2020	2020	2021	増減 2021-2020	2020	2021	増減 2021-2020
高度急性期	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	530	404	▲ 126	320.8	272.2	▲ 48.6	15.3	14.3	▲ 1.0	79.4	67.4	▲ 12.0
回復期	0	103	103	83.6	79.6	▲ 4.0	20.4	19.4	▲ 1.0	81.2	77.3	▲ 3.9
小計	530	507	▲ 23	404.4	351.8	▲ 52.6	16.1	15.3	▲ 0.8	79.8	69.4	▲ 10.4
慢性期	261	84	▲ 177	58.5	55.0	▲ 3.5	127.4	112.2	▲ 15.2	69.6	65.5	▲ 4.1
合計	791	591	▲ 200	462.9	406.8	▲ 56.1	18.1	17.3	▲ 0.8	78.3	68.8	▲ 9.5
休棟等	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. 地域医療構想の進捗状況
3. **医療提供体制を取り巻く状況の変化**
 - (1) **医師の働き方改革**
 - (2) 高齢者の増加
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて
5. 病床機能報告について
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の特長を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の最適配置の推進
(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の医師偏在の是正

国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な労務管理の推進

タスクシフト/シェアの推進
(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） **法改正で対応**

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成
評価センターが評価
都道府県知事が指定
医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A （一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B （医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B （救急医療等）			
C-1 （臨床・専門研修）	1,860時間		
C-2 （高度技能の修得研修）			

医師の健康確保

面接指導
健康状態を医師がチェック

休息時間の確保
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

医師の時間外労働規制について

一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
 - ・年720時間
 - ・複数月平均80時間(休日労働含む)
 - ・月100時間未満(休日労働含む)
 - 年間6か月まで

(原則)
1か月45時間
1年360時間

2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満(例外あり) ※いずれも休日労働含む
 年1,860時間／月100時間未満(例外あり) ※いずれも休日労働含む ⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満(例外あり) ※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1：臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
 ※本人がプログラムを選択
 C-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
 ※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来

(暫定特例水準の解消(=2035年度末を目標)後)

将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間(例外あり) ※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

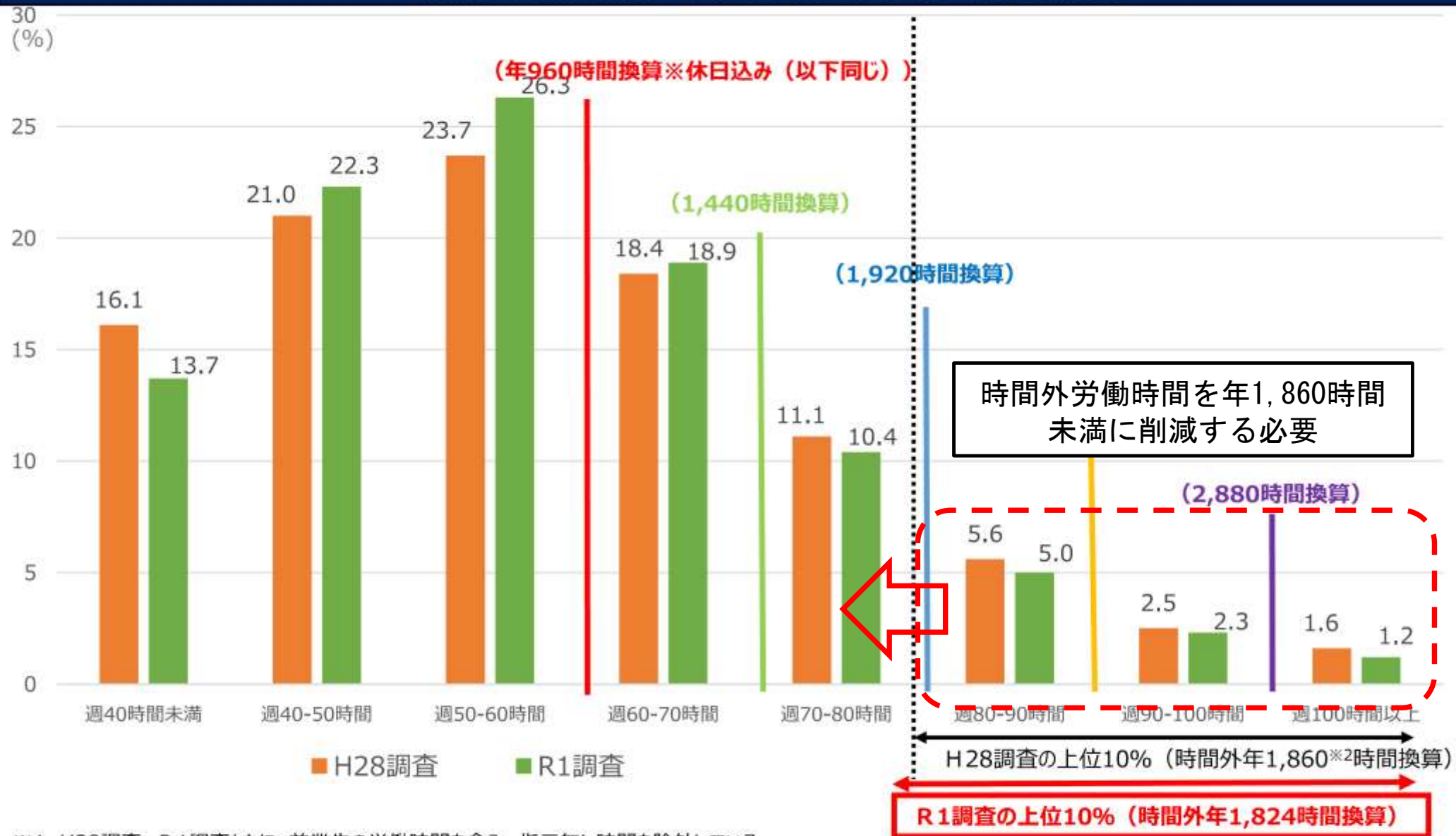
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合



※1 H28調査、R1調査ともに、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している

※2 H28調査ではグラフにおける分布の上位10%は年1,904時間であったが、雇用管理の便宜上、12月で割り切れるきりのよい近似値として1,860時間としている

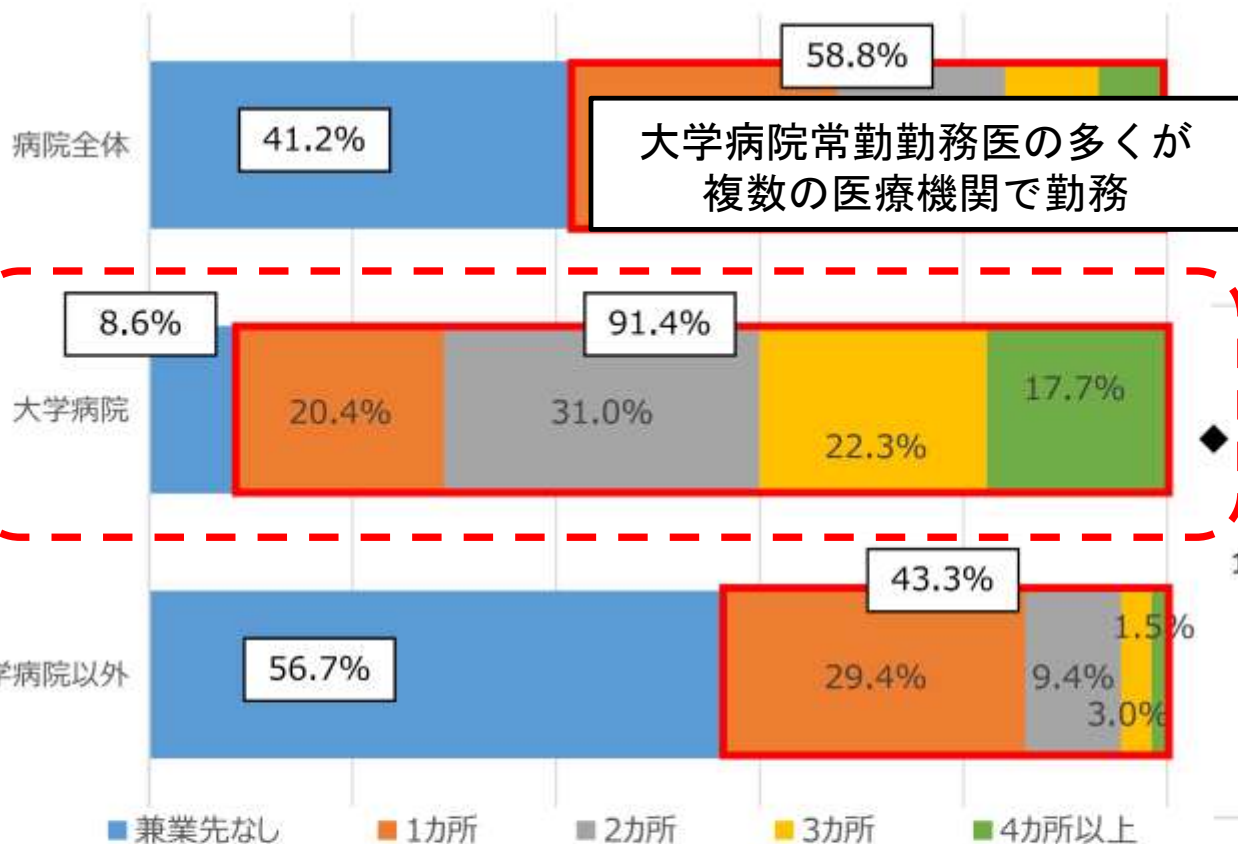
※3 R1調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っていることに留意が必要

※4 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している

副業・兼業：兼業医療機関数（全体・大学病院・大学病院以外）と勤務時間

- 病院常勤勤務医において、約6割は主たる勤務先以外での勤務を行っている。
- 大学病院常勤勤務医においては、9割以上が複数の医療機関で勤務している。

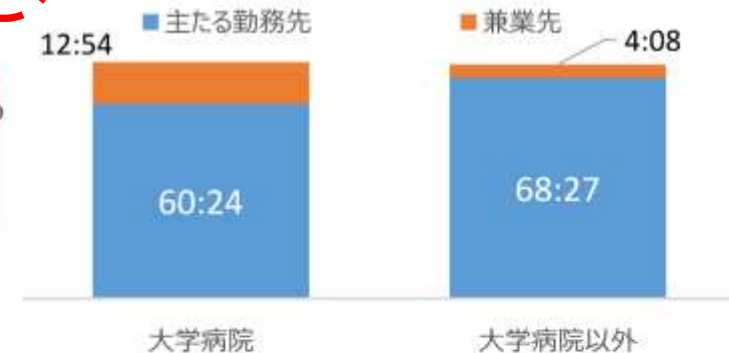
◆ 病院常勤医師の兼業医療機関数（令和元年8月）



◆ 1週間の平均労働時間（令和元年9/2～9/8）



◆ 時間外労働時間が960時間換算以上の医師の平均労働時間（令和元年9/2～9/8）

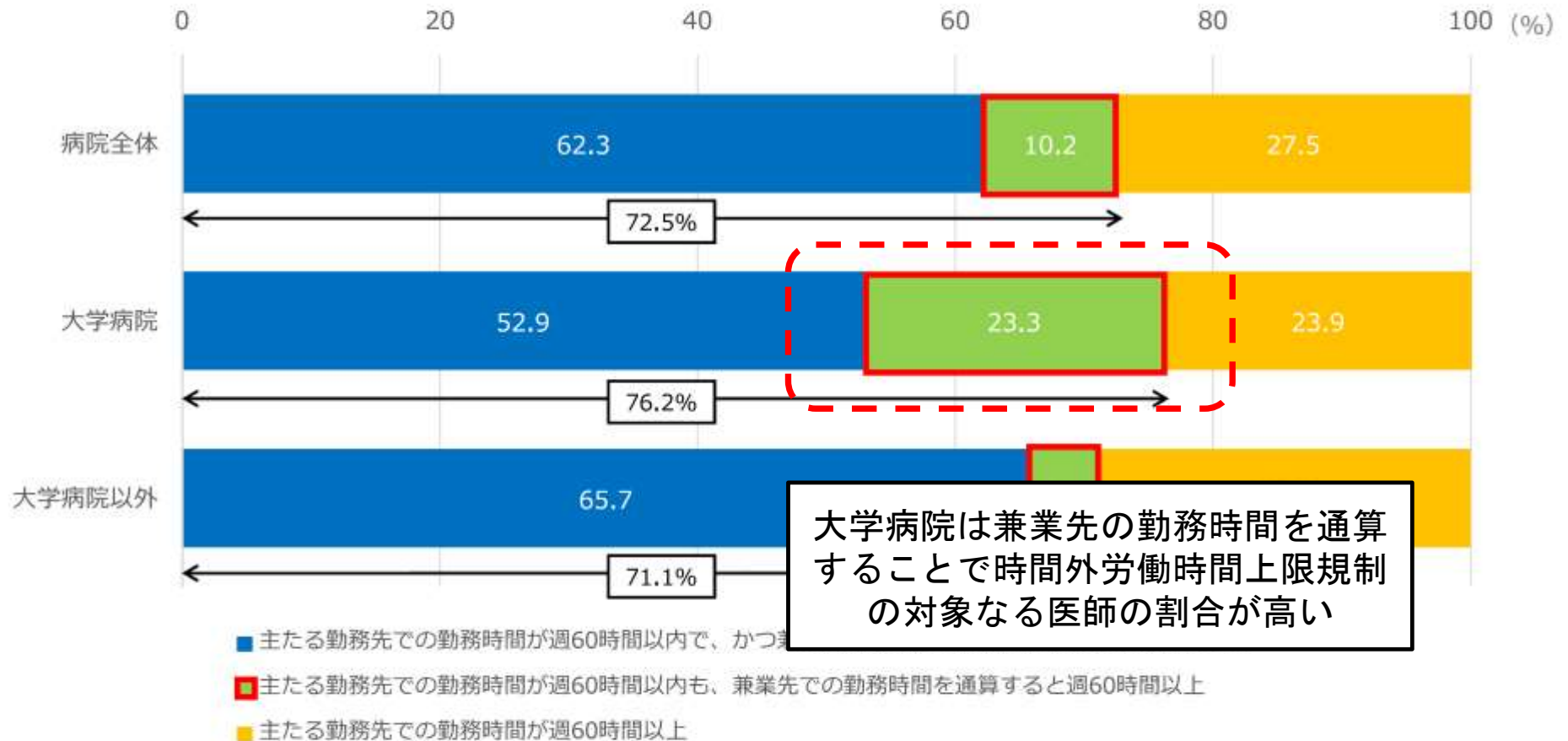


※1 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※2 兼業医療機関数については、令和元年8月1ヶ月間における主たる勤務先以外の勤務医療機関数の設問に対する回答を集計している。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。



大学病院は兼業先の勤務時間を通算することで時間外労働時間上限規制の対象なる医師の割合が高い

※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

➡ 医師派遣体制が地域の医療提供体制に大きな影響を与える

医療法第16条の「宿直」(いわゆる「当直」)と 労基法第41条の「宿直」は同じではない

- 労基法上の「宿直」は、「宿日直許可」があれば労働時間を含めない
 - * 許可がなければ実労働時間として算定することに注意！
- 許可があれば、当直途中に緊急対応などをした場合、その時間だけが労働時間として算定される
- 許可を得ていても、緊急対応が恒常的であると、当直(宿日直)と認められず、取り消しも有り得る
- 許可のある当直(宿日直)は労働時間を含めないので、連続勤務制限にも係らない、勤務間インターバルも取れる

医師の労働時間の上限規制に伴う影響

- 大学病院等の医師が応援先での労働時間が通算されるため、宿日直許可を得ていない医療機関への派遣に影響が出る可能性がある
 - 許可を得ている産科有床診療所13.6%
(日本医師会調べ)
- もし、応援がなくなると
 - 分娩制限など診療体制の縮小を余儀なくされる
 - 管理者の業務負荷が増大
 - 診療体制に支障

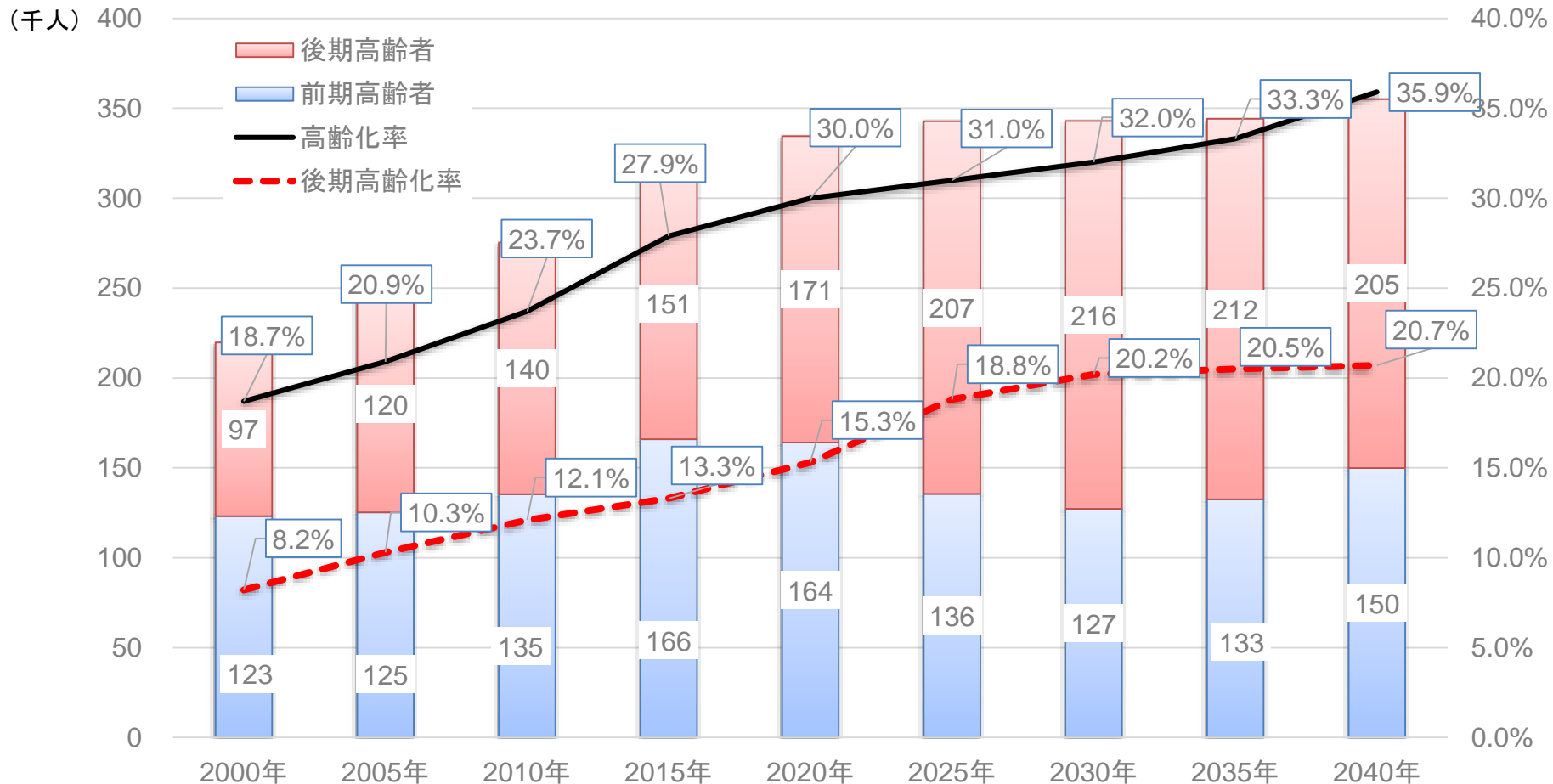
会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. 地域医療構想の進捗状況
3. **医療提供体制を取り巻く状況の変化**
 - (1) 医師の働き方改革
 - (2) **高齢者の増加**
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて
5. 病床機能報告について
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

(2) 高齢者の増加(数と割合の推移)

- 2025年には、高齢者の5人に3人が後期高齢者になると見込まれている。
- 2040年まで県内の高齢者数は増加傾向にある。

<高齢者数・割合(石川県全体)>



※ 前期高齢者とは65～74歳、後期高齢者とは75歳以上の高齢者をいう。

※ 2000年～2015年は総務省「国勢調査」

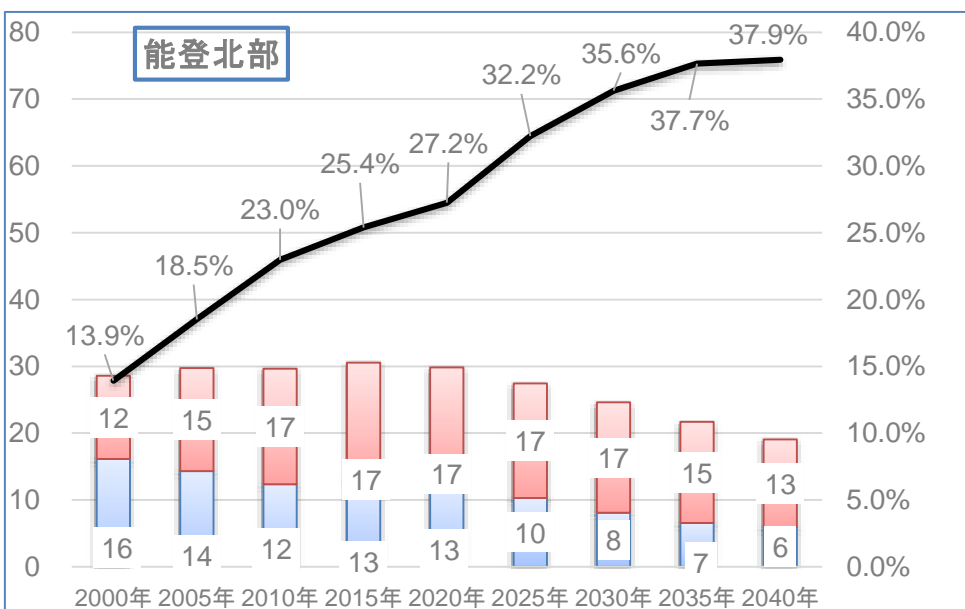
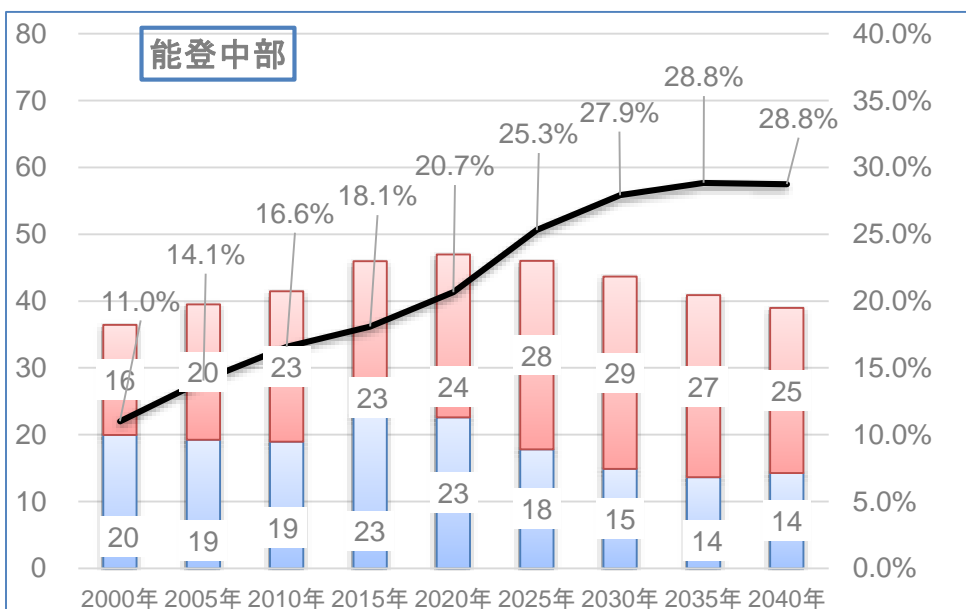
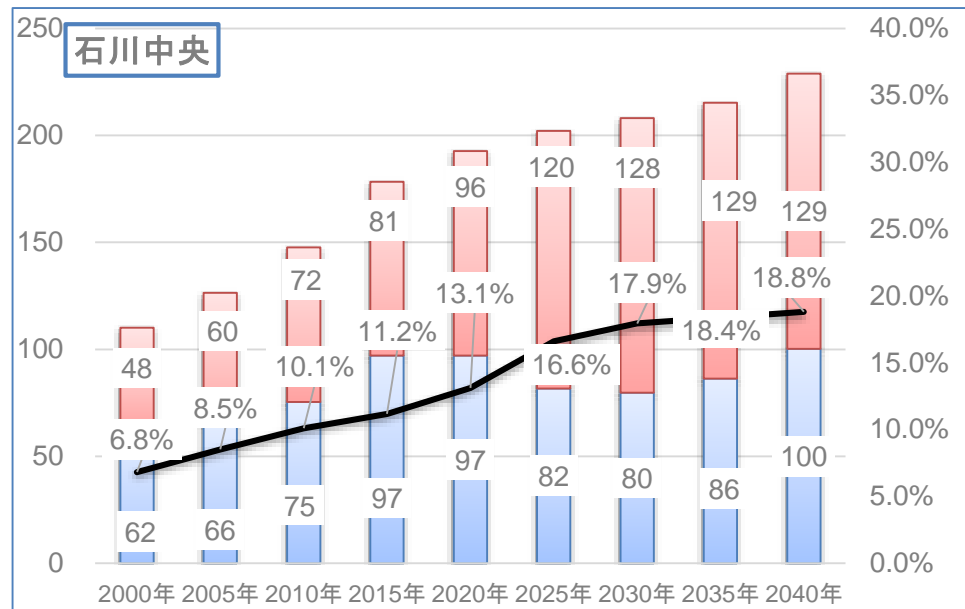
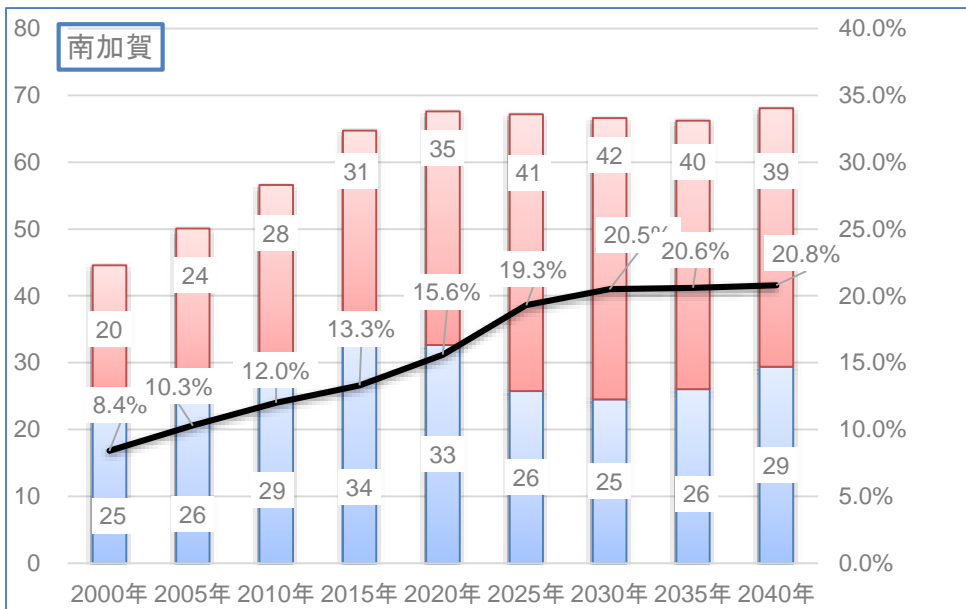
2020年は石川県県民文化スポーツ部県民交流課統計情報室「石川県の年齢別推計人口～令和2年10月1日現在推計～」

2025以降は国立社会保障・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)」

(2) 高齢者の増加(数と割合の推移)

■ 後期高齢者
■ 前期高齢者
— 高齢化率

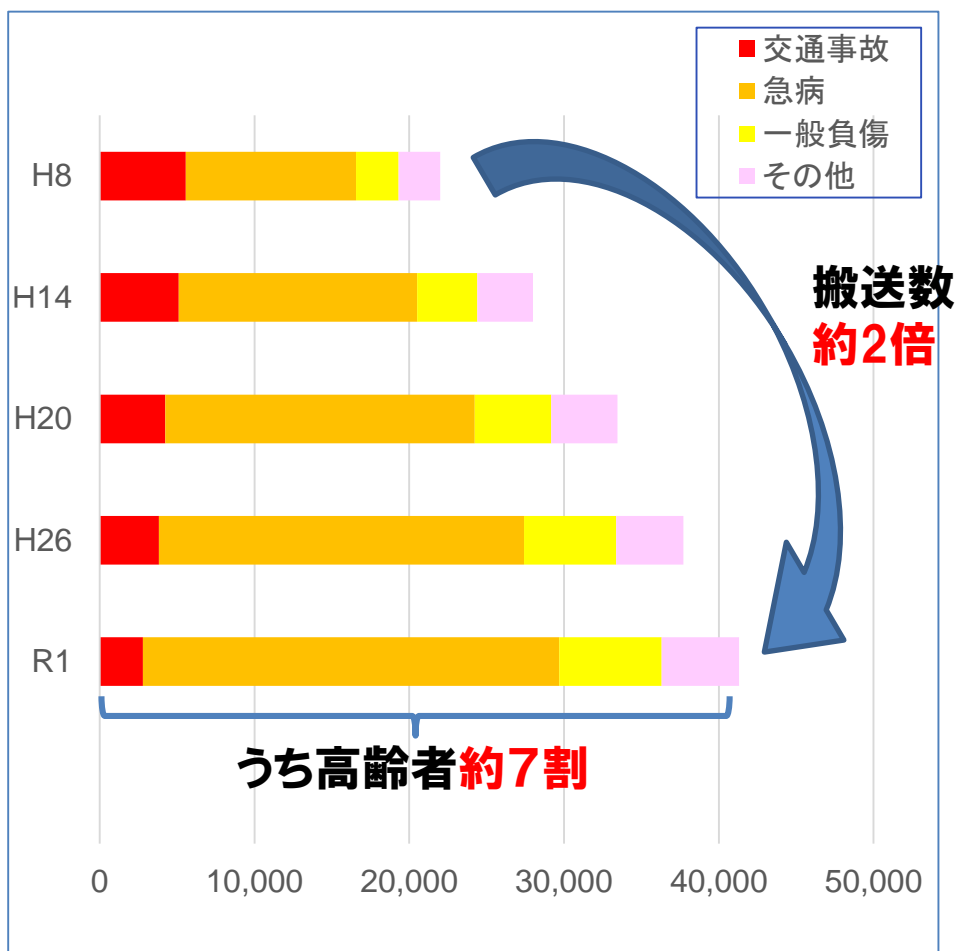
○ 高齢者人口は石川中央圏域以外を除いて、2020年がピークとなっている。



(2) 高齢者数の増加(救急搬送の推移)

- 救急搬送数が年々増加しており、特に高齢者の搬送数が増加
- 重症が多いと思われる「交通事故」は減少傾向
- 大幅に増加している「急病」について、肺炎や心不全等が一定数含まれると推測される
- 軽症・中等症が多いと思われる「一般負傷」増加傾向

<救急搬送人員(石川県全体)>

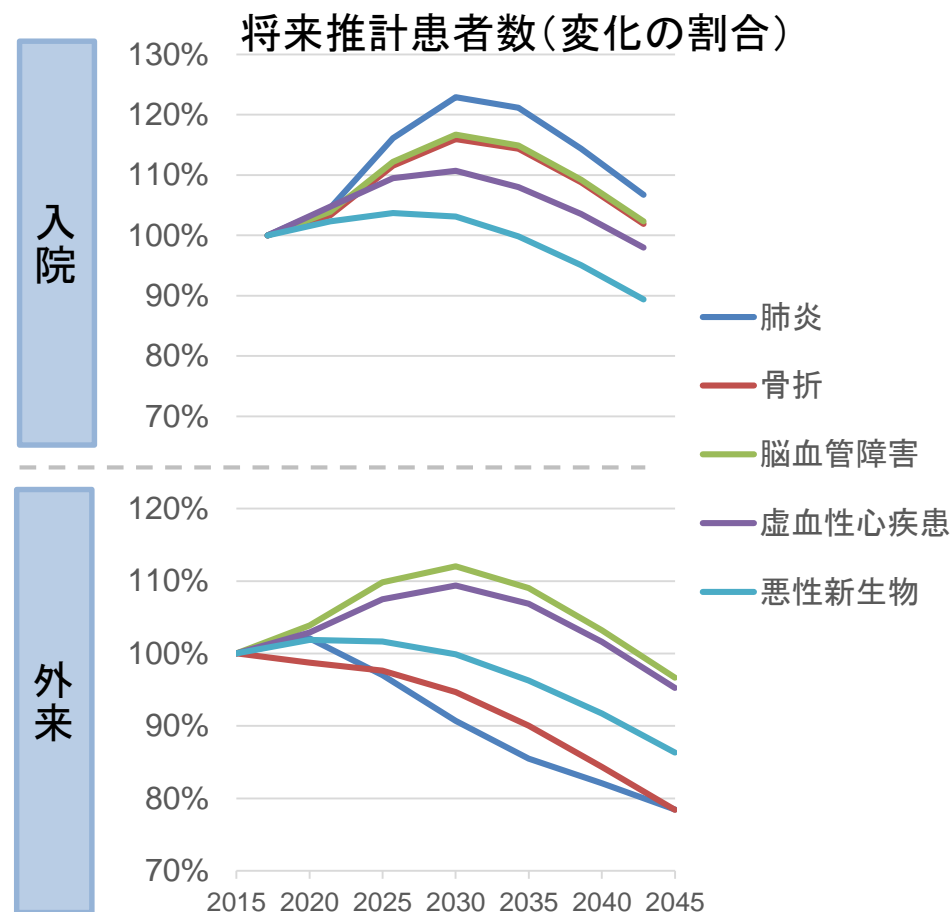
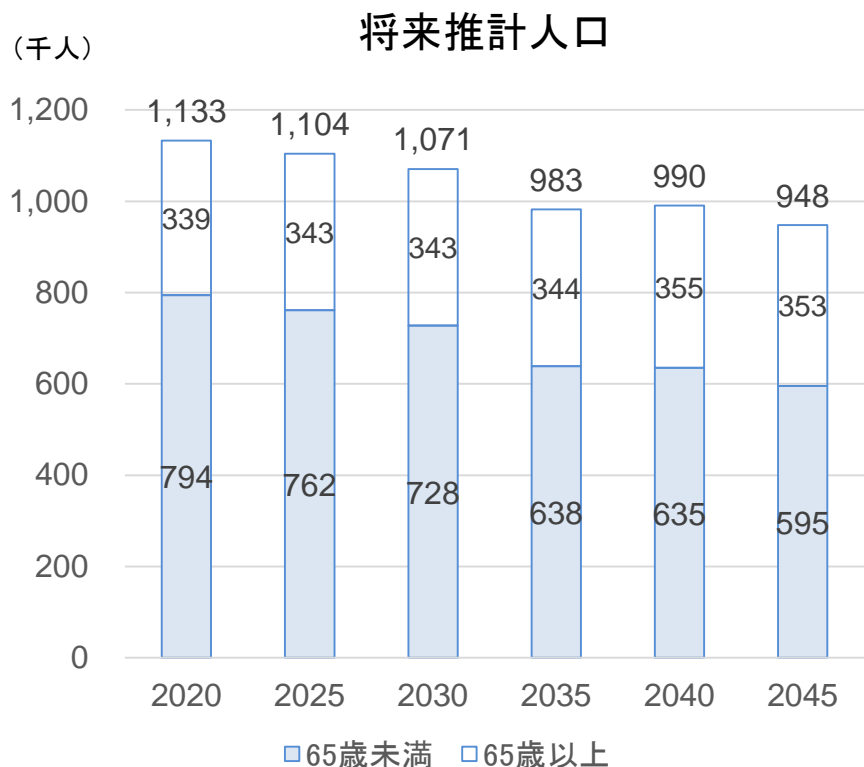


年度	全体	急病	交通事故	一般負傷	その他
H8	22,006	10,990	5,565	2,750	2,701
H14	27,991	15,404	5,115	3,884	3,588
H20	33,448	20,001	4,241	4,942	4,264
H26	37,716	23,580	3,830	5,962	4,344
R1	41,323	26,894	2,791	6,615	5,023

出典: 県消防防災年報

人口構造の変化に伴う医療ニーズの変化(石川県全体)

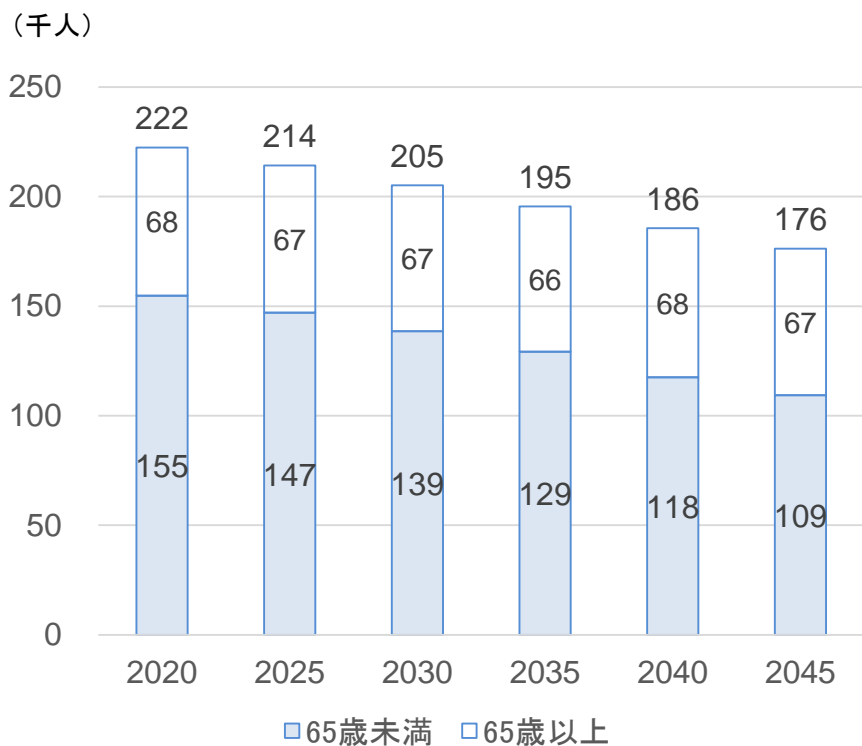
- 石川県の人口は、今後緩やかに減少していくものの、65歳以上の人口は横ばい。
- 入院のニーズは、肺炎、骨折、脳血管障害が増加
- 外来のニーズは、脳血管障害、虚血性心疾患がやや増加。
- それぞれの医療圏で状況が大きく異なるため、医療圏ごとに、入院(病床機能)や外来機能のありかたや、医療機関間の機能分化・連携の議論が必要。



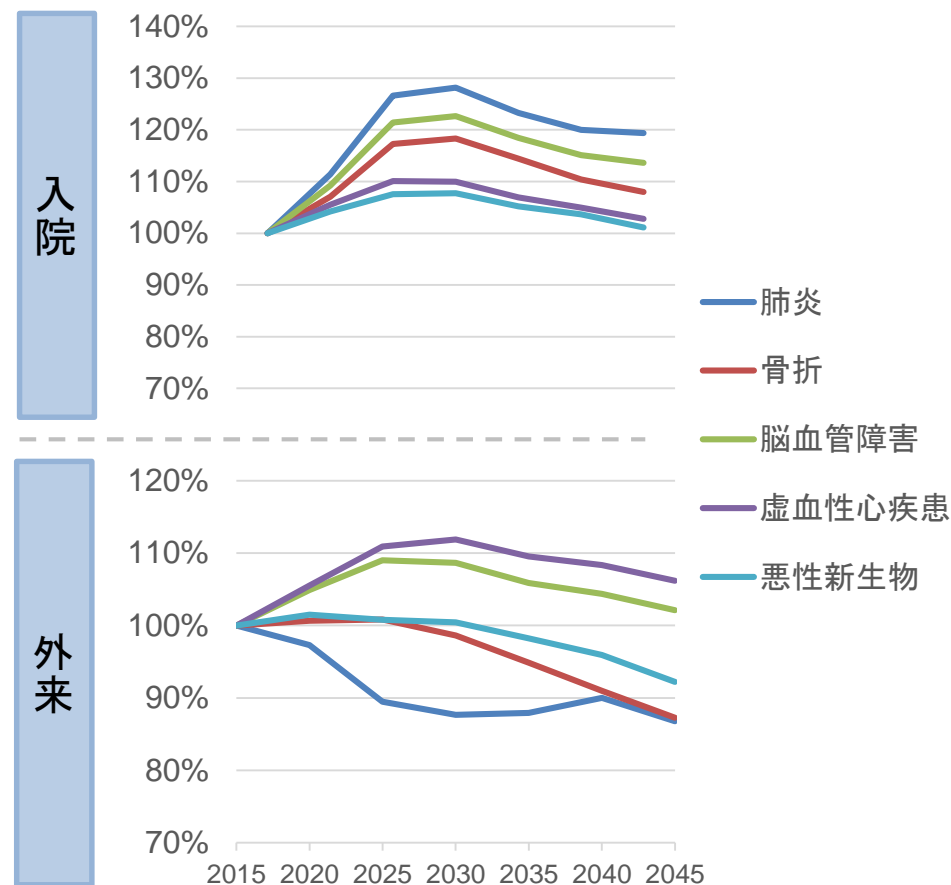
人口構造の変化に伴う医療ニーズの変化(南加賀)

- 総人口は減少していくものの、65歳以上に限定すると横ばい。
- 入院のニーズは、2030年まで増加し、その後、ゆるやかに減少。
- 外来のニーズは、脳血管障害、虚血性心疾患がやや増加。

将来推計人口



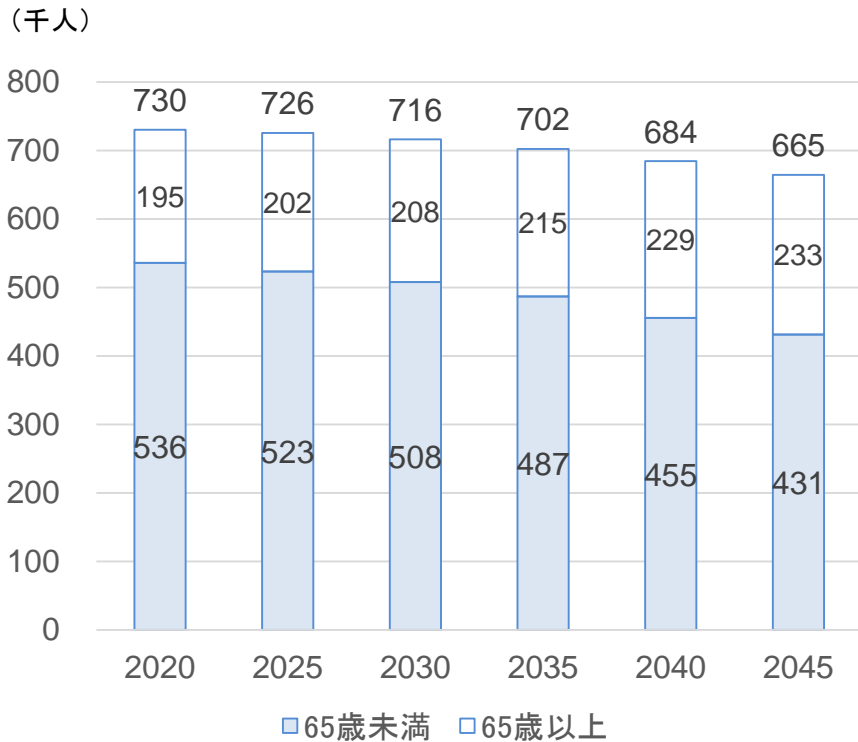
将来推計患者数(変化の割合)



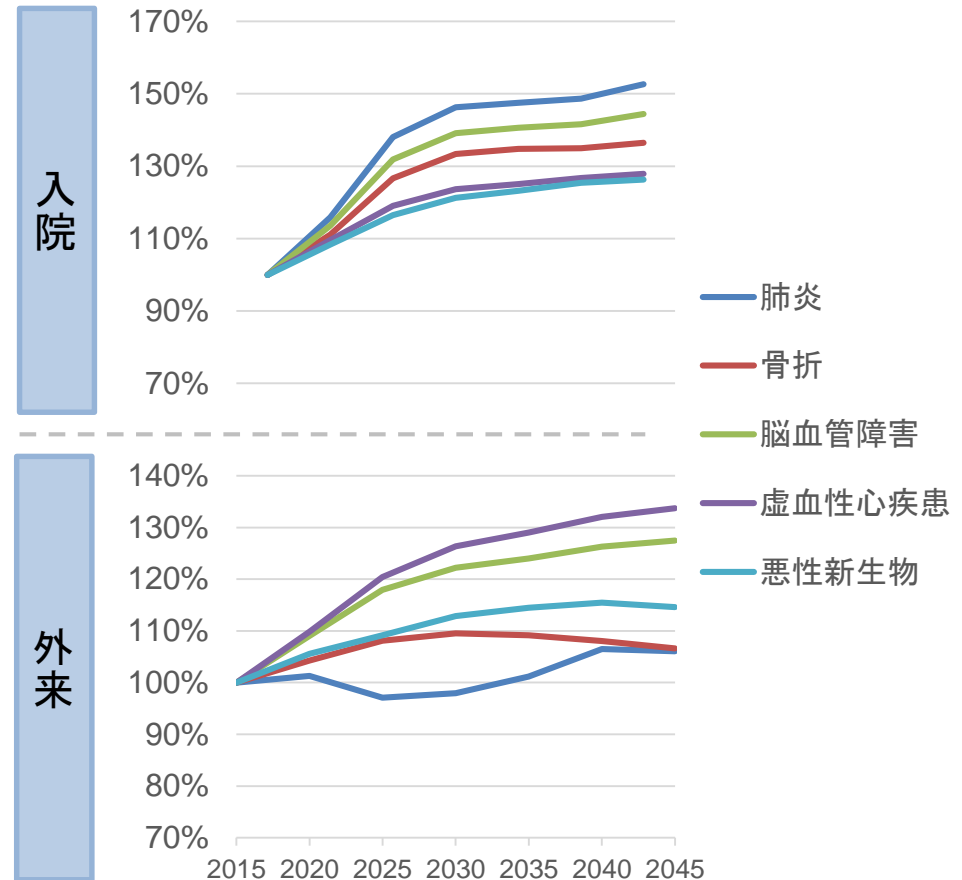
人口構造の変化に伴う医療ニーズの変化(石川中央)

- 総人口は減少していくものの、65歳以上に限定すると増加。
- すべての疾患で患者数は増加。
- 特に、肺炎、脳血管疾患、骨折の入院ニーズの増加率が高い。

将来推計人口



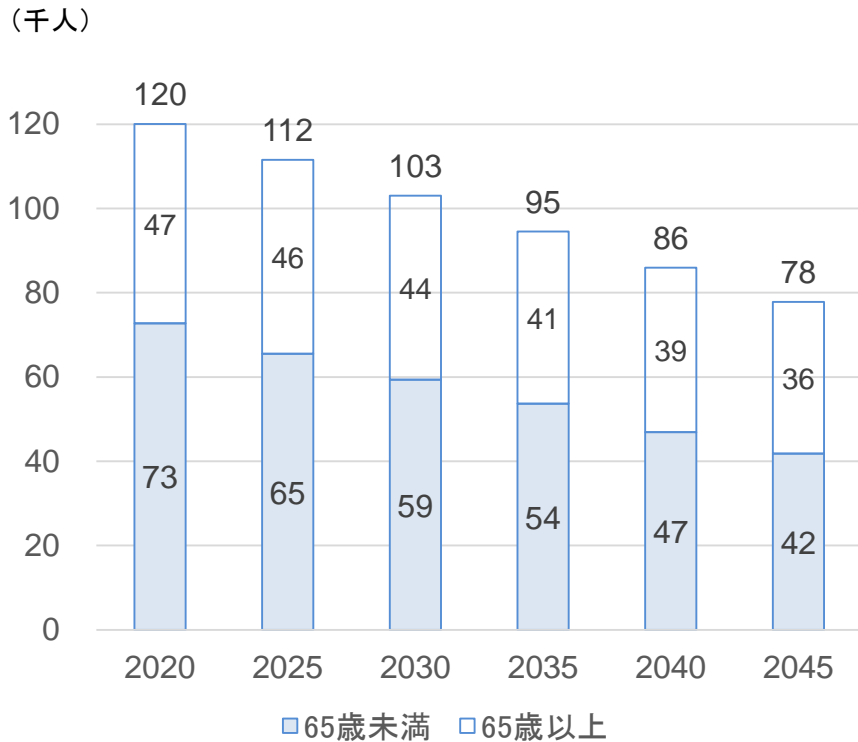
将来推計患者数(変化の割合)



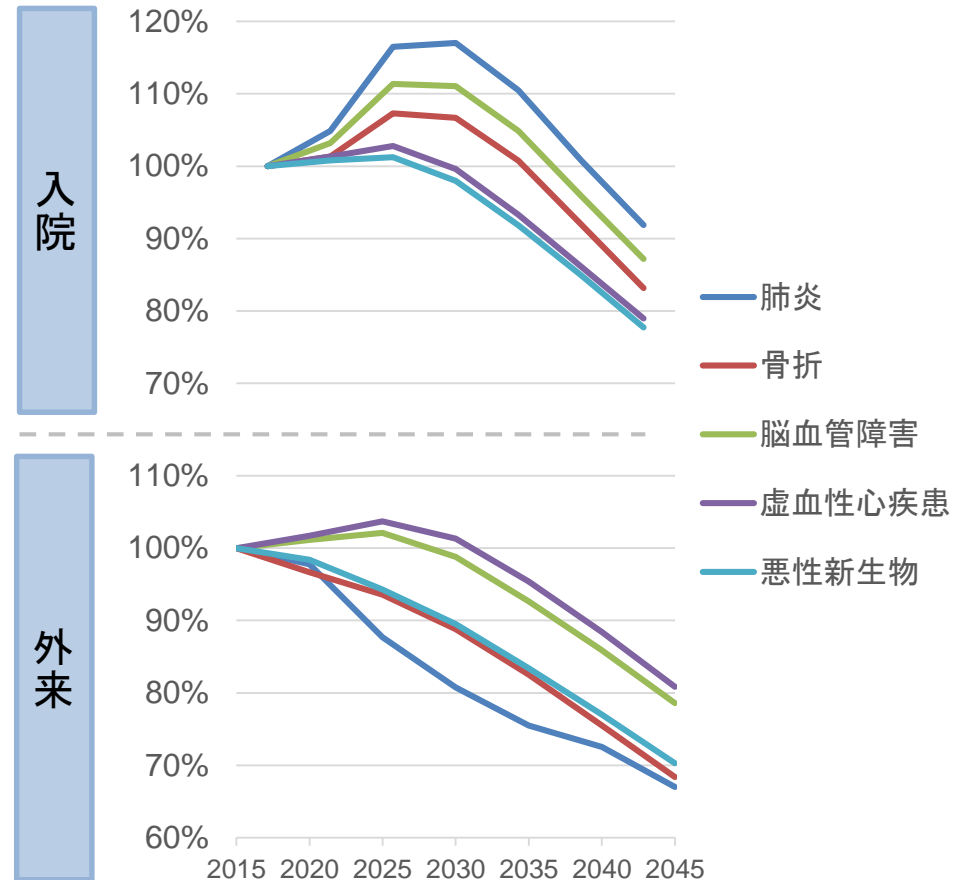
人口構造の変化に伴う医療ニーズの変化(能登中部)

- 総人口は減少し、65歳以上の比率が増加。
- 肺炎、脳血管疾患、骨折の入院患者数は2030年まで増加するが、2045年にはすべての疾患で現状より減少。
- 特に、悪性新生物、虚血性心疾患は現状から一貫して減少傾向。

将来推計人口



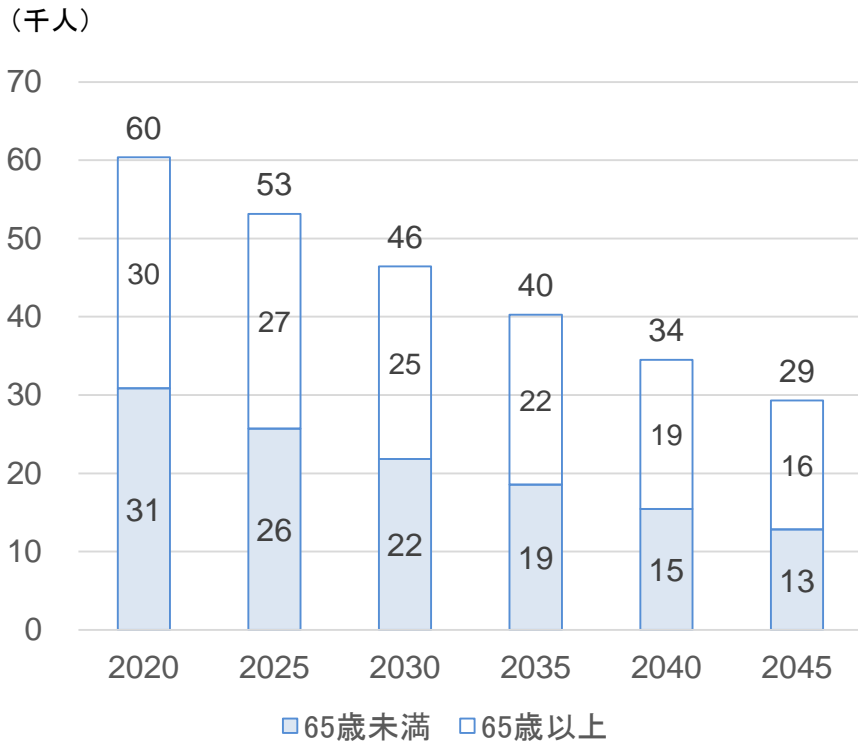
将来推計患者数(変化の割合)



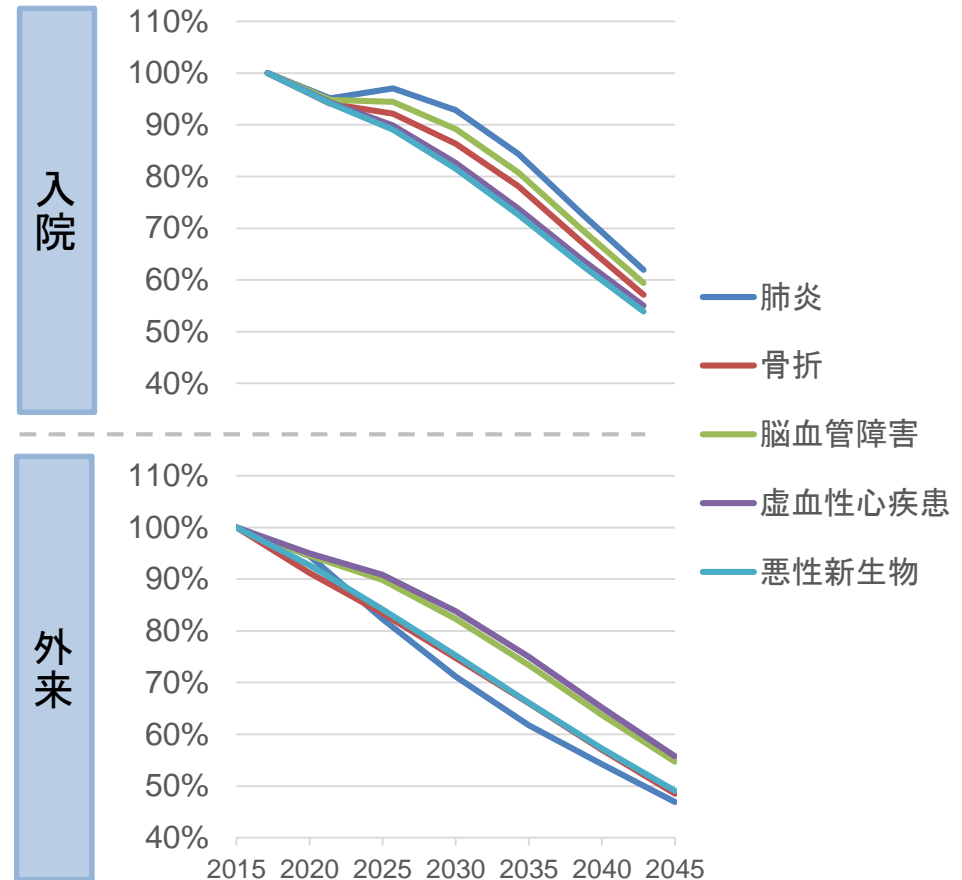
人口構造の変化に伴う医療ニーズの変化(能登北部)

- 総人口は減少し、65歳以上の比率が増加。2045年には半数以上が65歳以上に。
- 全ての疾患で入院・外来ニーズとも減少。

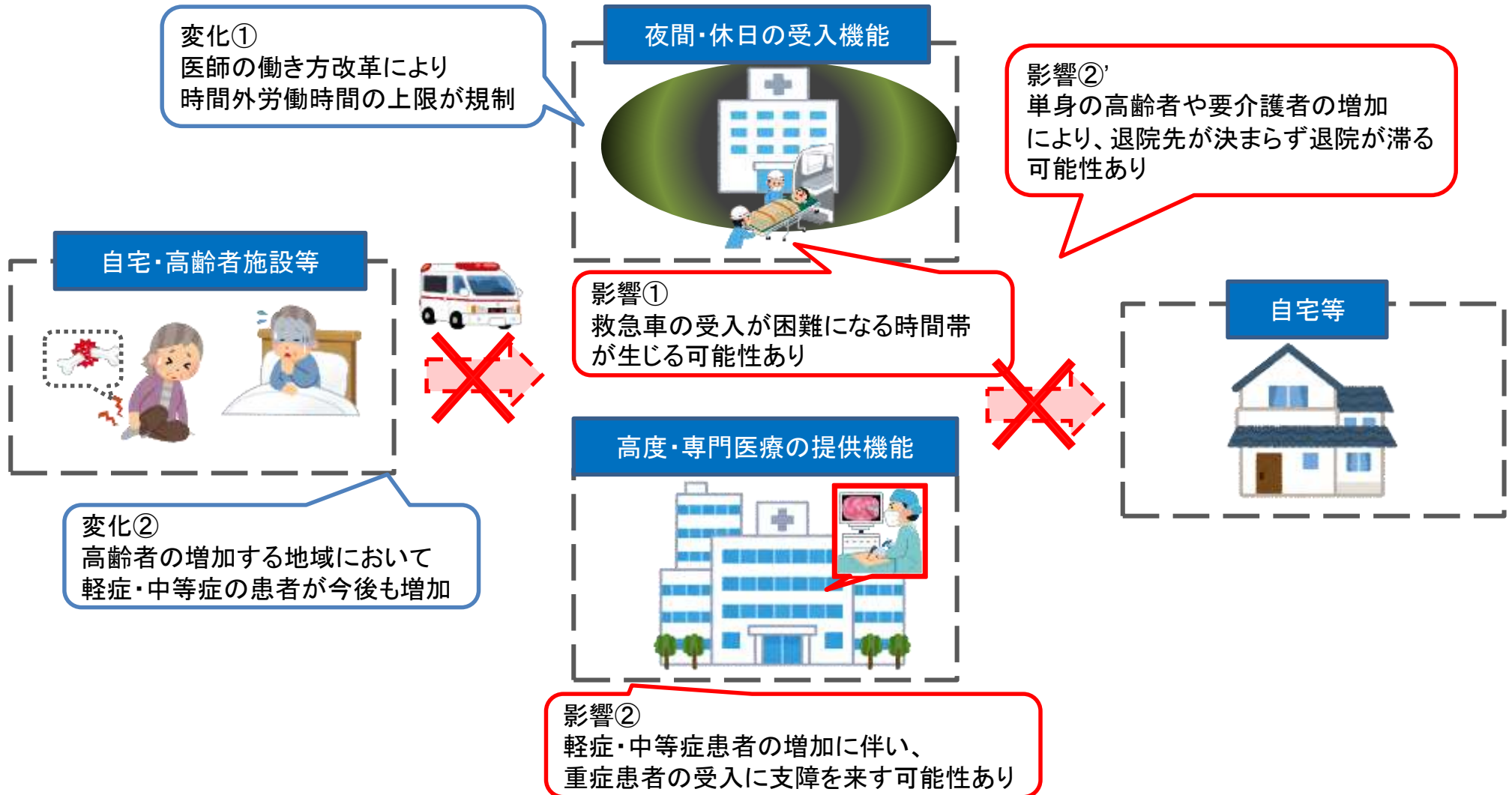
将来推計人口



将来推計患者数(変化の割合)



3. 医療提供体制を取り巻く状況の変化(まとめ)



会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. 地域医療構想の進捗状況
3. 医療提供体制を取り巻く状況の変化
 - (1) 医師の働き方改革
 - (2) 高齢者の増加
4. **医療機関の連携に向けた取り組みについて**
5. 病床機能報告について
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて(夜間・休日の救急患者受入)

変化① 医師の働き方改革により、時間外労働時間の上限が規制される

影響① 救急車の受入が困難になる時間帯が生じる可能性あり

対応 夜間救急WGを開催し、救急患者の受入が多い医療機関において、働き方改革の影響や今後の体制について検討を行ったところ、**働き方改革の影響を踏まえても体制を維持できることを検証中**
今後は**医療従事者の負担軽減に向けて検討を継続**

(救急のハブ化、ゆるやかな輪番制等)

夜間・休日の受入機能



夜間救急WGにおける意見

- 多くの病院は、令和元年比で15%増であれば対応できるが、**当直を引き受けてくれる医師の減少・高齢化等により、将来的に現状の体制を維持できない可能性もある。**
- 働き方改革もあり、今後、**輪番制や救急のハブ化も検討してもよいのではないか。**
- **準夜帯までは2次救急として患者を受け入れ、深夜帯はマイナー診療科の宿直による軽症者の受け入れのみに制限する日を設けることはできないか。**
- 後方支援病院としての役割は歓迎であり、**転院連携の仕組みを構築**できればよいと考えている。
- **新型コロナウイルス感染症対応**における病院間の役割分担・連携は非常にうまくいったので**夜間救急においても、うまく活かしたい。**



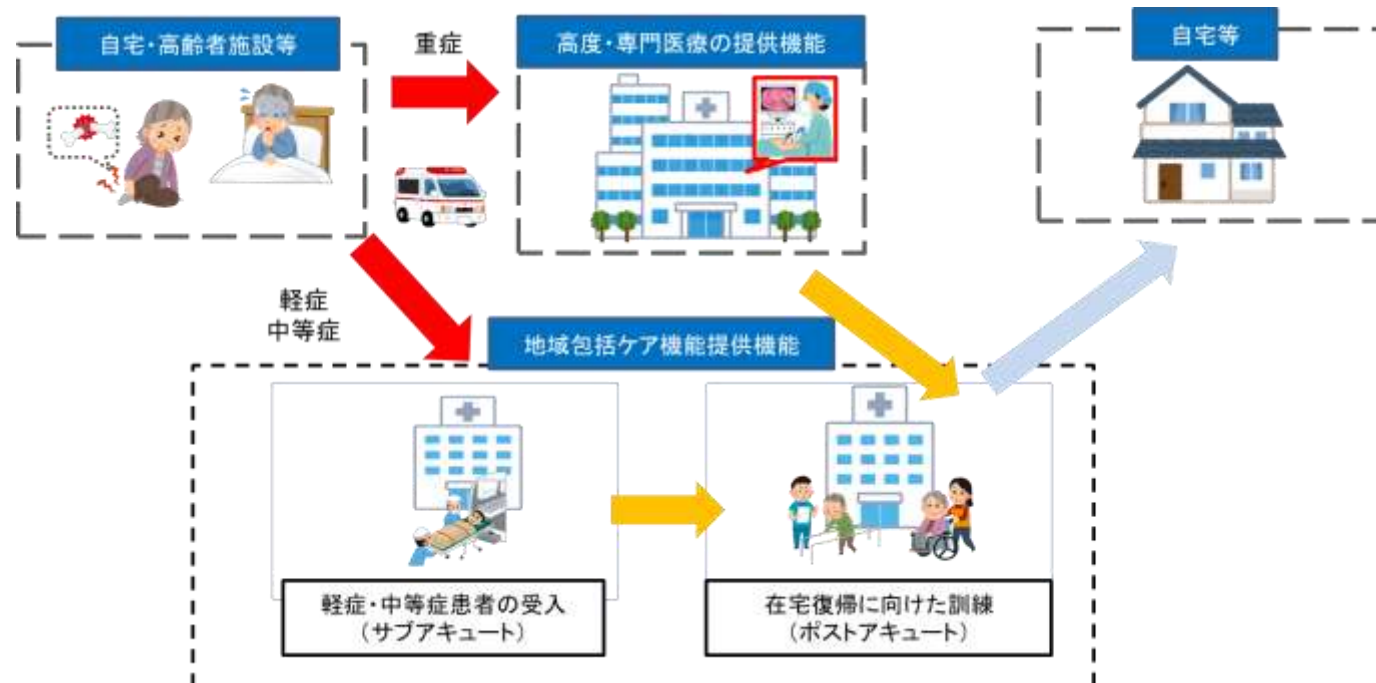
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて(軽症・中等症患者の増加)

変化② 高齢者の増加する地域において軽症・中等症の患者が今後も増加

影響② 軽症患者の増加に伴い、重症患者の受入に支障を来す可能性あり

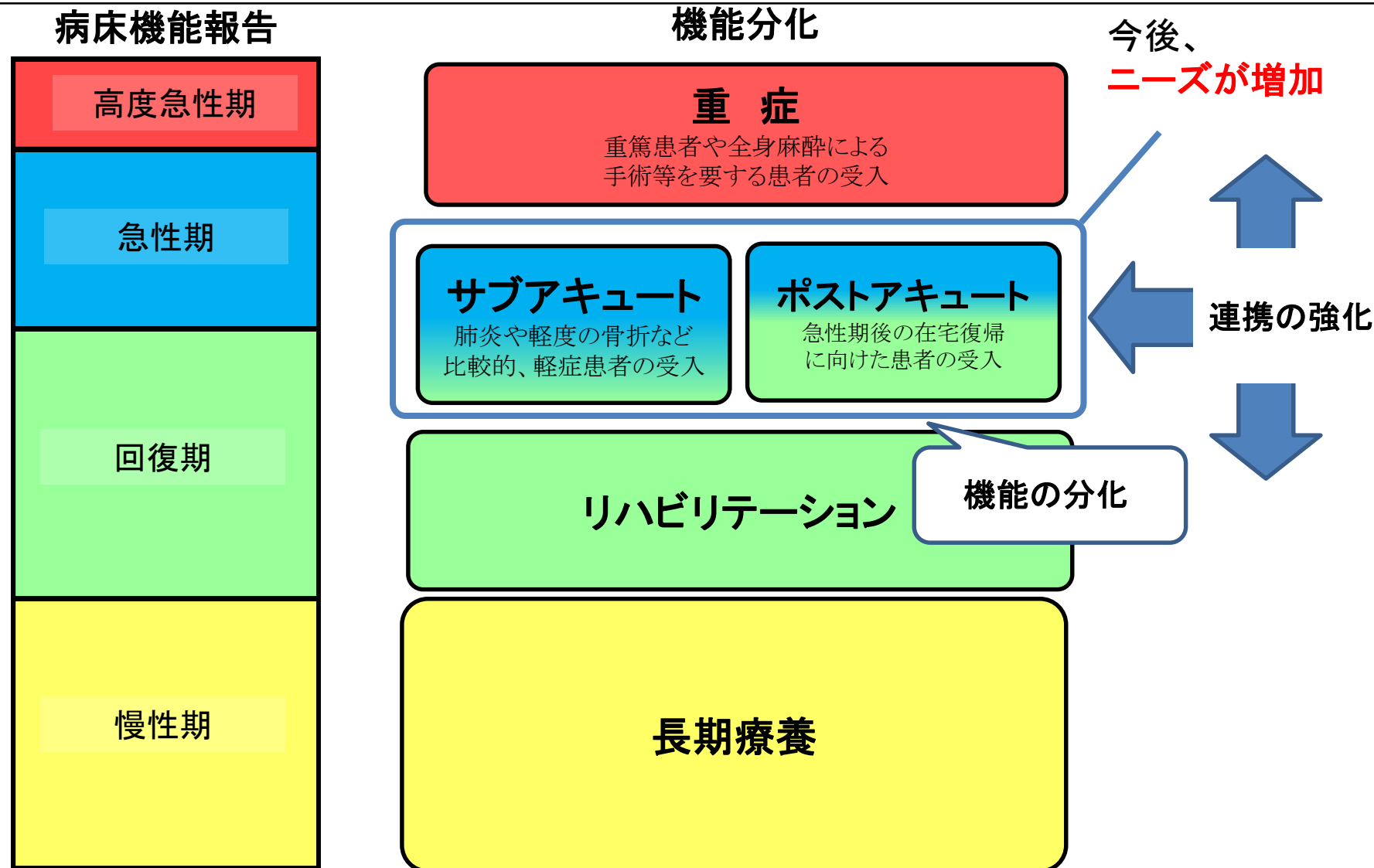
影響②' 単身の高齢者や要介護者の増加により、退院先が決まらず退院が滞る可能性あり

対応案 これまで急性期として括られていた「比較的軽症な患者の受入(サブアキュート)」や「在宅復帰に向けた患者の受入(ポストアキュート)」といった役割の機能分化・連携体制を検討してはどうか



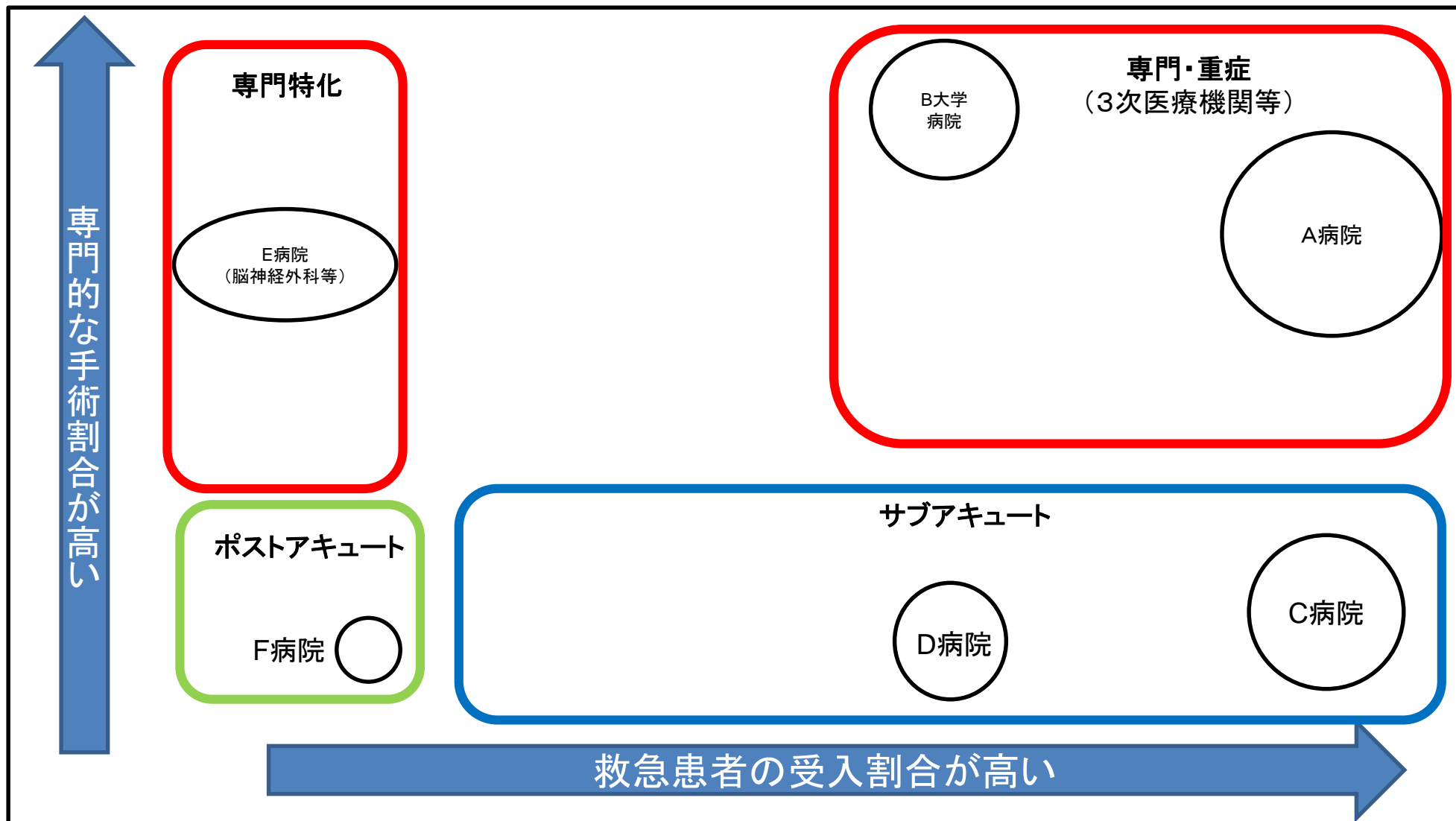
4. 医療機関の連携に向けた取り組み(機能分化のイメージ①)

今後、「サブアキュート」「ポストアキュート」のニーズの増加が予想される。そこで、「サブアキュート」「ポストアキュート」等の機能分化について検討を行い、病床機能報告で急性期・回復期病棟と報告していた医療機関が地域で果たす役割を明確化してはどうか。



4. 医療機関の連携に向けた取り組み(機能分化のイメージ②)

各医療機関の機能について「重症度の高さ(全麻手術件数)」「救急患者の受入件数(救急医療管理加算1及び2)」等をもとに「専門・重症」「サブアキュート」「ポストアキュート」等に分類



今後の議論の進め方

○県内の病院に対して、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床機能の状況に加え、地域における現在の役割（「専門・重症」「サブアキュート」「ポストアキュート」等）と今後の役割を調査

○調査結果に基づき、各設置主体毎における今後の対応方針の策定や見直しに併せて、機能分化・連携について議論

○各種データや課題を整理した上で、医療提供体制の維持に向け、本県における機能分化・連携の方向性を提示（第8次医療計画に反映）

調査項目 イメージ	地域医療における自院の役割(現状)							
Q. 地域医療における現状の自院の役割について、あてはまるものすべてに○を記入してください。								
項目								
高度・専門的な治療、手術機能		○	○	○	○	○		△
重症患者の救急受入機能		○	○		○	◎		
軽症・中等症患者の救急受入機能	○			○		◎	◎	○
在宅医療の後方支援機能	○					○	○	○
回復期患者や慢性期患者の受入、治療機能	○						○	○
休日の救急受入	○	○	○	○	○	○	○	○
夜間・時間外の救急受入	○	○	○	○	○	○	○	○
日中の救急受入	○	○	○	○	○	○	○	○

◎:特に注力する(予定のもの)
△:専門的な治療、手術機能のみ

調査票イメージ①

※各医療圏での地域医療構想調整会議での協議が完了した後、調査を実施

(記載例)

A病院の地域医療構想に向けた対応方針について

1 各医療機関における対応方針

(1) 病床機能の見込み(機能転換・削除)

現行の病床機能と2025年の病床機能の見込みについて記載してください。

病床機能	現行		→	2025年の見込み	
	数	内容		数	内容
高度急性期	0			0	
急性期	163	急性期治療病棟入院料1		104	急性期治療病棟入院料1
回復期	0			40	地域包括ケア病棟入院料1
慢性期	0			0	
休棟等	36			0	
計	199			144	

(2) 病床転換等に向けたスケジュール(病床機能を見直す場合のみ記載)

R4.10～R5.3月 改修工事

R5.4月 運用開始

(3) 建て替え等の実施の有無(病床機能を見直す場合のみ記載)

有 / (無)

調査票イメージ②

2 機能の分化・連携に向けた対応方針

(1) 地域における役割

地域において自院が提供する現行の役割と 2025 年の役割について記載してください。
(該当する機能全てに○を付けてください)

役 割	現行	2025 年
1.高度・専門的な治療、手術機能		
2.重症患者の救急受入機能	○	
3.軽症・中等症患者の救急受入機能(サブアキュート)	○	○
4.在宅患者の後方支援機能(サブアキュート)		○
5.在宅復帰に向けた医療、リハビリテーション機能(ポストアキュート)		○
6.長期療養が必要な患者(重度の障がい者を含む)の受入機能		
7.特定の診療に特化した機能(産婦人科、精神科等)		

(2) 連携を進める上での課題と取組内容

医療機関の連携を進める上での課題があれば、課題の内容と自院での取組内容について記載してください

(自由記載)

本日議論していただきたいこと

- 各医療機関の地域における「役割」を明確化した上で、医療機関の連携を進めるという方針についてご意見いただきたい。
- 地域における各医療機関の「役割」について過不足がないかご意見いただきたい。
 1. 高度・専門的な治療、手術機能
 2. 重症患者の救急受入機能
 3. 軽症・中等症患者の救急受入機能（サブアキュート）
 4. 在宅患者の後方支援機能（サブアキュート）
 5. 在宅復帰に向けた医療、リハビリテーション機能（ポストアキュート）
 6. 長期療養が必要な患者（重度の障がい者を含む）の受入機能
 7. 特定の診療に特化した機能（産婦人科、精神科等）
- 医療機関の連携を進める上で課題があればご意見いただきたい。
また解決に向けて取り組んでいることがあれば、取組内容について共有いただきたい。
- 医療機関の連携を進める上での課題のうち、複数医療機関での調整が必要な事項があればご意見いただきたい。

各医療圏の主な特徴・課題と検討事項

各医療圏の地域医療構想調整会議においては、各医療機関の役割(「専門・重症」「サブアキュート」「ポストアキュート」等)や、下記各医療圏における特徴・課題を踏まえ、病院機能や医療連携の在り方等について検討する

<各医療圏の特徴・課題>

- 能登北部、中部
 - ・ 人口減少に伴う医療需要の変化
 - ・ 医師偏在による医師不足
- 石川中央
 - ・ 働き方改革に伴う救急医療(特に夜間)への影響
 - ・ 高齢者人口の増加が続く
- 南加賀
 - ・ 患者の一定数が県外(福井県)に流出



<各医療圏において議論するテーマ(案)>

- 能登北部、中部
 - ・ 1~7の「役割」は充足しているか。不足している場合、どのような対応が必要か。
- 石川中央
 - ・ 1~7の「役割」が病院間で過剰となっている場合、連携等で適正化する必要はないか。
- 南加賀
 - ・ 1~7の「役割」が今後も中期的に充足するか。

会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. 地域医療構想の進捗状況
3. 医療提供体制を取り巻く状況の変化
 - (1) 医師の働き方改革
 - (2) 高齢者の増加
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて
5. **病床機能報告について**
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

病床機能報告について①

○病床機能報告においては、以下のとおりの観点をふまえて、各病院のご判断で、病棟単位で医療機能を選択して報告することとなっている。

区分	定義
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
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、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がい者、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

<留意事項>

- ・様々な病期の患者が入院しているため、最も多くの割合を占める患者に相当する機能を選択して報告する。
- ・特定の入院基本料を算定していることをもって、ただちに高度急性期機能／急性期機能であることを示すものではない。
- ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療を提供している場合には、現状でリハビリテーションを提供していなくても、回復期機能を選択できる。
- ・医療資源投入量など、実際に提供されている医療内容の観点から判断する。 等

病床機能報告について②

○これまでの報告では、1つの病院で1つの医療機能しか選択していない病院などが見受けられる。(→表1)

○なお、高度急性期病床の平均在棟日数を医療圏ごとに見ると、石川中央は南加賀・能登中部の約2倍となっており、急性期病床相当の病床が含まれているものと思料される。(→表2)

○通常、院内では病棟ごとに異なる医療機能を持つものと考えられるが、必ずしも実態に即した報告とはなっていないのではないか。

(前ページでお示したとおり、算定している入院基本料をもとに医療機能を選択するのではなく、実際に提供されている医療機能に基づいて選択する、とされている)

<表1 病床機能報告の例(イメージ)>

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
病院A	800	0	0	0
病院B	0	100	0	0
病院C	50	300	100	0

<表2 平均在棟日数 (2021)>

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
南加賀	4.7	11.6	23.1	206.8
石川中央	11.2	11.2	26.8	236.2
能登中部	5.1	15.3	20.6	247.7
能登北部	-	14.3	19.4	112.2

病床機能報告について③

(例年のスケジュールでは)9～10月頃に、各病院に病床機能報告の依頼があると思われるが、今年度の報告にあたっては、次のとおりお願いしたい。

- ・各病院におかれては、実態に即した報告となっているかどうか、今一度ご検討いただき、医療機能の選択にあたってお困りの際は、県に相談していただきたい。
- ・県からは、選択の参考となるよう、数値・資料等を提供させていただく。
- ・各病院からの報告内容について、適宜、県でも確認し、必要に応じて疑義照会をさせていただく場合があるので、ご協力をお願いしたい。

会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. 地域医療構想の進捗状況
3. 医療提供体制を取り巻く状況の変化
 - (1) 医師の働き方改革
 - (2) 高齢者の増加
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて
5. 病床機能報告について
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

6. 外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関(情報提供)

令和4年3月4日
第7回第8次医療計画等
に関する検討会

紹介受診重点医療機関について

- 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。
 - ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
 - ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

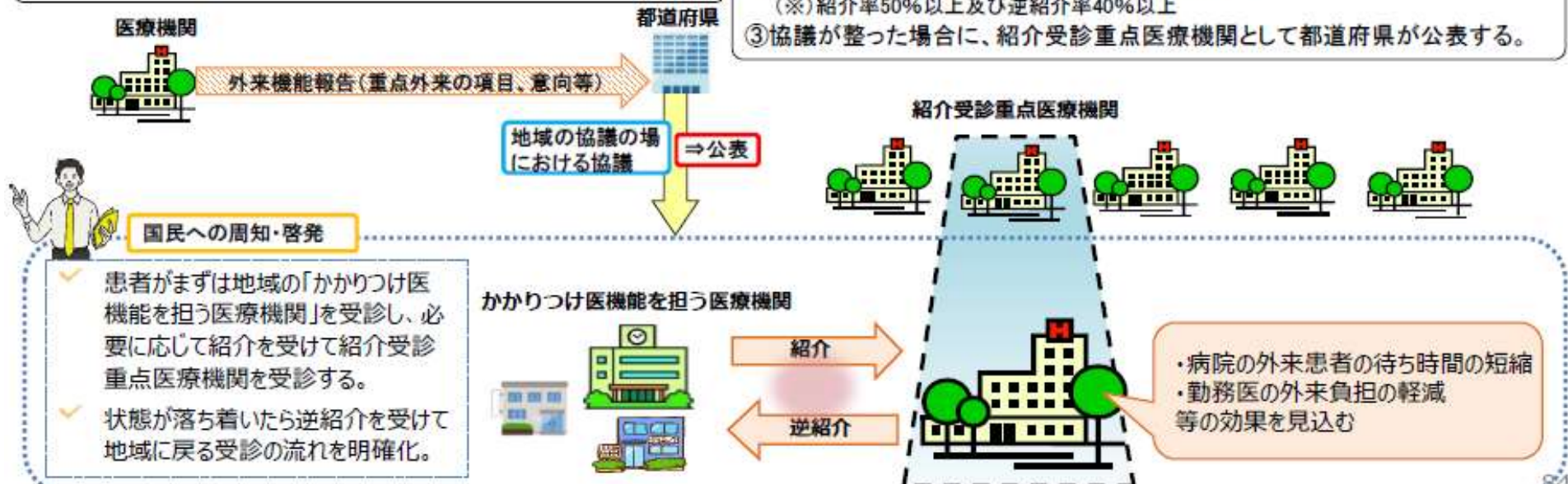
※紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

- 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【地域の協議の場】

- ① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
 - (※)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
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
 - (※)紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



6. 外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関(定額負担の対象病院拡大イメージ)

医療保険部会資料(一部改)(令和2年12月23日)

	病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
現在の定額負担 (義務)対象病院	400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
	200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
現在の定額負担 (任意)対象病院	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
	全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

「拡大」
「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介患者への外来を基本とする医療機関)

出典:特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

- ・紹介受診重点医療機関となるか否かは、当該医療機関の意向を優先
- ・地域医療構想調整会議において、紹介受診重点医療機関を取りまとめ、県が公表
- ・原則、紹介状がない患者等は、外来受診時に定額負担の対象となるが、地域に他に当該診療科を標榜する保健医療機関がない場合は、徴収を求めないことが出来る

6. 外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関(スケジュール)

R4 4月～	<ul style="list-style-type: none">・ 対象医療機関の抽出・ NDB データ(前年度 4 月～3 月)を対象医療機関別に集計
9月頃	<ul style="list-style-type: none">・ 対象医療機関に外来機能報告の依頼・ 報告用ウェブサイトの開設・ 対象医療機関に NDB データの提供
10～11月頃	<ul style="list-style-type: none">・ 対象医療機関からの報告
12 月頃	<ul style="list-style-type: none">・ データ不備のないものについて、集計とりまとめ・ 都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none">・ 都道府県に集計結果の提供・ 地域の協議の場(地域医療構想調整会議)における協議・ 都道府県による紹介受診重点医療機関の公表(3月末)

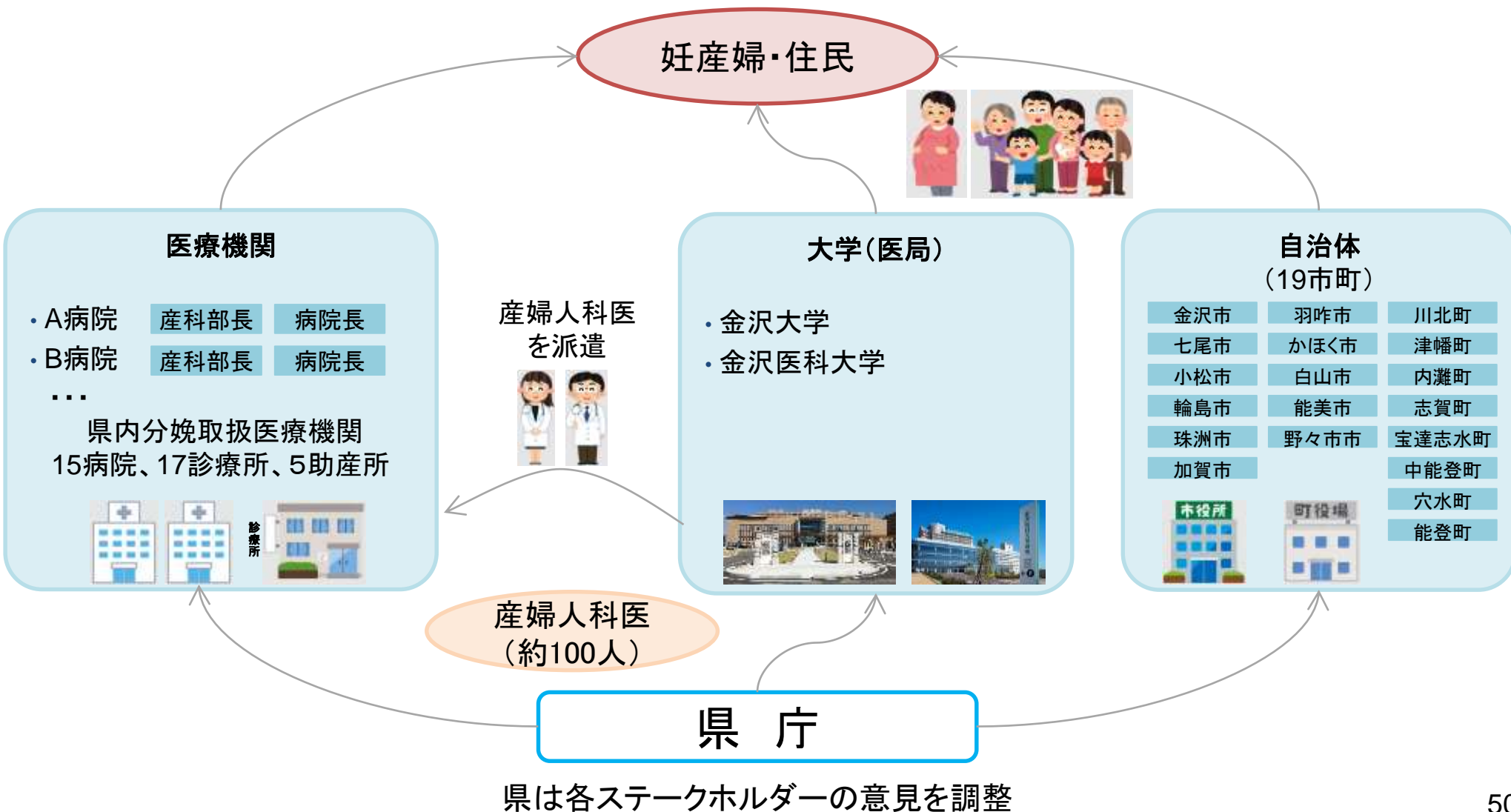
外来機能報告等に関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000146913_00007.html

会議の概要

1. 今年度の地域医療構想調整会議の進め方
2. 地域医療構想の進捗状況
3. 医療提供体制を取り巻く状況の変化
 - (1) 医師の働き方改革
 - (2) 高齢者の増加
4. 医療機関の連携に向けた取り組みについて
5. 病床機能報告について
6. (情報提供)
外来機能報告制度および紹介受診重点医療機関について
7. (情報提供)
赤ちゃん協議会の議論について

周産期医療にかかわるステークホルダー

- 周産期医療には、妊産婦と産科医だけでなく、医療機関、大学(医局)、自治体など、さまざまなステークホルダーが関係します



周産期医療にかかわる各ステークホルダーの考え

○ 周産期医療を議論する際に、各ステークホルダーの立ち位置(それぞれがどのような関心事や立場のもとに動いているか)を理解する必要があります。

1

産科医
(産婦人科部長)

安全な分娩を
行いたい！

- そのためには
- ・ 人員体制も必要だし
 - ・ 自身のワークライフバランス
 - ・ 小児科、麻酔科との協力体制
 - ・ 必要な医療機器 .. 等を考えねばならない



2

病院
(病院長・事務長)

地域に信頼される
病院を目指したい！

- そのためには
- ・ 病院経営(収支)
 - ・ 医療の安全性
 - ・ 医局からの医師派遣
 - ・ 職員の雇用 .. 等を考えねばならない



3

大学
(教授・医局長)

臨床・研究・教育を
通じて地域に
貢献したい！

- そのためには
- ・ まず、大学本院の業務をまわす必要
 - ・ 限られた医局員の数で派遣を行い
 - ・ 医局員のスキルアップ、ライフスタイル、モチベーション .. 等を考えねばならない



4

行政
(首長、市役所・町役場)

住民に安心・安全な
医療を提供したい！

- そのためには
- ・ 「安全性」と「利便性」のバランス
 - ・ 自治体内での予算の確保
 - ・ 住民への説明責任
 - ・ 自市町で実施可能な独自事業 .. 等を考えねばならない



石川県の分娩施設・分娩数・産科医数（全体の概況）

- 年間約7,800件の分娩が、37施設（15病院、17診療所、5助産所）で行われている
- 分娩の場所は、約1/3が病院、約2/3が診療所である（助産所は少数）
- 常勤医として働く産婦人科医は105人であり、うち82人（病院59人、診療所23人）が分娩を取扱う

	分娩施設(数)	分娩数	産婦人科医師(常勤)	
			うち、分娩を取扱う医師(常勤)	
病院	15	2,616 (33.5%)	64	59
診療所	17	5,163 (66.1%)	41	23
助産所	5	35 (0.4%)		
合計	37	7,814	105	82

(出典) 石川県地域医療推進室調べ

(分娩施設数・分娩数: R3年度、産科医数: R4.4.1現在)

県内の分娩施設(病院)及び分娩数・産科医数

- 各病院の分娩件数や医師数にばらつきがある(分娩件数や医師が少ない病院もある)
- 地理的には、石川中央医療圏に多くの分娩施設(病院)が集まっている

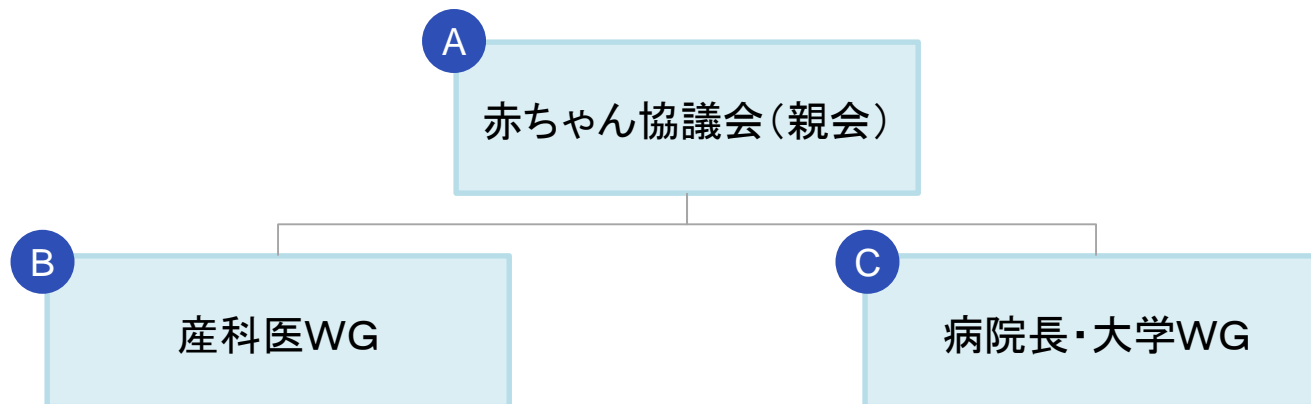
各病院の分娩数・分娩を取扱う医師数



(出典) 石川県地域医療推進室調べ
(分娩数: R3年度、産科医数: R4.4.1現在)

赤ちゃん協議会の構成

- 赤ちゃん協議会は、それぞれのステークホルダーごとの見解をまとめるために、親会と部会（ワーキンググループ）とわけて検討をすすめていきます



会議体	開催時期	主な参加者	主な議題(案)
A 赤ちゃん協議会 (親会議)	第1回: 7月5日 第2回: 今秋	① 産科医 ② 病院長 ③ 大学 ④ 行政	第1回 ・主なステークホルダーについて ・石川県の周産期の現状 ・赤ちゃん協議会の進め方
B 産科医WG	第1回: 7月19日	① 産科医	・安全な分娩を行うために必要な体制等 (勤務時間、人員体制、協力体制等)
C 病院長・大学WG	第1回: 7月下旬	② 病院長 ③ 大学	・各病院が安全な分娩に必要な体制を整えることができるかの検討 ・今後の分娩(婦人科)需要に応じた、産科(婦人科)の派遣方針、病院に求める事項等

第1回赤ちゃん協議会における主な意見(R5.7.5)

主な意見

【産科医等の確保】

- ・若手をリクルートしているが難しい
- ・産科の中堅の指導医、新生児科医が非常に少ない。養成が必要
- ・県による支援をお願いしたい
(若手医師のリクルートや奨学金、専門医取得研修等への財政的支援)

【産科医療に必要な体制】

- ・働き方改革に対応するには、産婦人科医は最低5名(産科のみなら3名)必要
- ・働き方改革に対応した医師の派遣体制を検討する必要がある
- ・妊産婦の緊急時の受入には、産科医だけでなく、小児科医(新生児科医)、麻酔科医など他科との連携が不可欠
- ・産科医だけでなく、助産師も不足している

【能登北部の体制強化】

- ・能登地区への産科医派遣は、両大学が協力して行う必要がある
- ・能登に新たな分娩施設を整備するには時間がかかるため、まずは既に産科医のいる輪島病院に複数の産科医を派遣し、能登北部の産科医療を立て直してはどうか
- ・輪島病院への常勤医師の複数配置、特定の医師による週1回の外来診療ができるよう、派遣をお願いしたい
- ・できるだけ近いところで安心して出産できることが望ましい
- ・助産師による妊婦検診の充実など、もっと助産師を活用してはどうか
- ・出産だけでなく、がん検診の充実も含め、女性の健康に配慮した若い女性が住みやすい街を作ることが必要

今後検討を要すること

主な検討の場

産科医WG	WG	病院長・大学	第2回協議会
-------	----	--------	--------

＜産科医等の確保＞

○産科医の確保につながる方策

		○	○
--	--	---	---

＜産科医療に必要な体制＞

○産科医の現状の把握

○現状を踏まえた、安全な分娩を行うために必要な体制

○	○		
○	○	○	○

＜能登北部の体制強化＞

○能登北部に必要な実効性のある支援体制

		○	○
--	--	---	---

**(参考)地域医療構想に関する補助金
税制上の優遇措置**

地域医療構想に関する医療機関への補助金・給付金

項目	①急性期向け病床等からの転換		②病床数の適正化に伴う給付金の支給															
	回復期向け病床への転換	他用途への転換	病床適正化支援	医療機関統合支援														
支援事業名	病床機能転換事業費補助金		単独支援給付金	統合支援給付金														
財源	地域医療介護総合確保基金(医療分)		地域医療介護総合確保基金(医療分)															
補助対象・支給対象	急性期向け病棟等から回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟・病床への転換に必要な施設・設備整備	病床削減に併せて実施する医療機関の機能強化に向けた施設・設備整備 <例> ・外来や医療・介護サービスの強化 ・在宅復帰支援の充実 ・医療従事者の確保	病床数、病床機能、医療提供体制の適正化のため、高度急性期、急性期、慢性期の病床削減を行う病院・有床診療所の開設者等															
基準額・支給額	<施設整備> 新築:5,187千円/床 改修:3,624千円/床 <設備整備> 10,800千円/医療機関	1,837千円/廃止病床	病床稼働率に応じ、削減病床1床あたり下記の表に基づいて算出された額の合計額を支給。 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">病床稼働率</th> <th style="text-align: right;">1床あたりの単価</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50%未満</td> <td style="text-align: right;">1,140千円</td> </tr> <tr> <td>50%以上60%未満</td> <td style="text-align: right;">1,368千円</td> </tr> <tr> <td>60%以上70%未満</td> <td style="text-align: right;">1,596千円</td> </tr> <tr> <td>70%以上80%未満</td> <td style="text-align: right;">1,824千円</td> </tr> <tr> <td>80%以上90%未満</td> <td style="text-align: right;">2,052千円</td> </tr> <tr> <td>90%以上</td> <td style="text-align: right;">2,280千円</td> </tr> </tbody> </table>		病床稼働率	1床あたりの単価	50%未満	1,140千円	50%以上60%未満	1,368千円	60%以上70%未満	1,596千円	70%以上80%未満	1,824千円	80%以上90%未満	2,052千円	90%以上	2,280千円
病床稼働率	1床あたりの単価																	
50%未満	1,140千円																	
50%以上60%未満	1,368千円																	
60%以上70%未満	1,596千円																	
70%以上80%未満	1,824千円																	
80%以上90%未満	2,052千円																	
90%以上	2,280千円																	
補助率	1/2	1/2	10/10															
要件	転換後の病棟(病床単位の転換の場合は転換した病床を含む病棟)については、病床機能報告において「回復期」と報告すること		病床機能再編後の対象3区分の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下とすること															
所管課TEL	地域医療推進室 医療・介護連携推進グループ 076-225-1468		地域医療推進室 医療・介護連携推進グループ 076-225-1468															

地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の創設

(登録免許税)

1. 概要

令和3年度税制改正大綱を踏まえ、「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案」の施行の日から令和5年3月31日までの間の措置として、医療機関の開設者が、再編計画に基づき、医療機関の再編に伴い取得する土地又は建物の所有権の移転登記等に対する登録免許税の税率を、次のとおり軽減する措置を講ずる。

- ① 土地の所有権の移転登記 1,000分の10 (本則：1,000分の20)
- ② 建物の所有権の保存登記 1,000分の2 (本則：1,000分の4)

2. 制度の内容

厚生労働大臣が認定した再編計画（地域医療構想調整会議における協議に基づくものであることが条件）に基づき、医療機関の開設者が再編統合のために取得した資産（土地・建物）について、登録免許税の税率を軽減する。

複数病院の再編統合に係る 税制支援の具体的イメージ



再編計画認定までのプロセス



地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の創設

(不動産取得税)

1. 大綱の概要

医療機関の開設者が、医療介護総合確保法に規定する認定再編計画に基づく医療機関の再編に伴い取得した一定の不動産に係る不動産取得税を軽減する特例措置を令和6年3月31日まで講ずる。

2. 制度の内容

- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律における認定再編計画（地域医療構想調整会議において合意されていることが条件）に基づき取得した一定の資産（用地・建物）について、不動産取得税の課税標準を現行の2分の1に軽減する。

