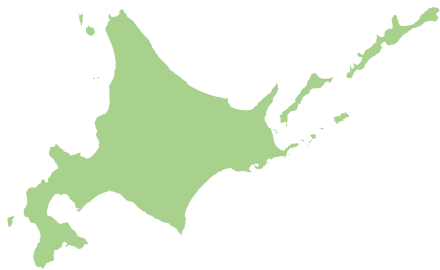




その先の、道へ。北海道  
Hokkaido. Expanding Horizons.

# 地域医療構想等に関する説明会



令和5年8月3日（木）

北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課

## 1 地域医療構想等について

- (1) 地域医療構想の概要と考え方
- (2) 地域医療構想等に関する国の動き
- (3) 地域医療構想等に関する道の動き
- (4) 「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」について

## 2 北海道地域医療介護総合確保基金（医療分）を活用して実施する事業について

- (1) 事業スケジュールについて
- (2) 令和5年度主な事業

## 3 外来機能の分化・連携について

- (1) 外来医療機能の明確化・連携
- (2) 紹介受診重点医療機関について（概要）

# 地域医療構想の概要

## 策定の経過

- 令和7年（2025年）にいわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる中、医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、平成26年（2014年）6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下「一括法」という。）が成立。
- この一括法において、**効率的かつ質の高い医療提供体制を構築**するとともに、**地域包括ケアシステムを構築**することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、「地域医療構想」が位置づけられた。

## 地域医療構想の推進体制等

### 目指す姿など

- ▶ **医療のあり方や人口構造の変化に対応し、バランスの取れた医療提供体制を構築することを目指すもの。** ※病床削減が目的ではない。
- ▶ 令和7年（2025年）の病床の機能区分ごと（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）の必要量を定める。
- ▶ その実現に向けて、病床機能の分化及び連携の促進、在宅医療等の充実、医療・介護従事者の確保・養成等の施策の方向性を示すもの。

### 構想区域

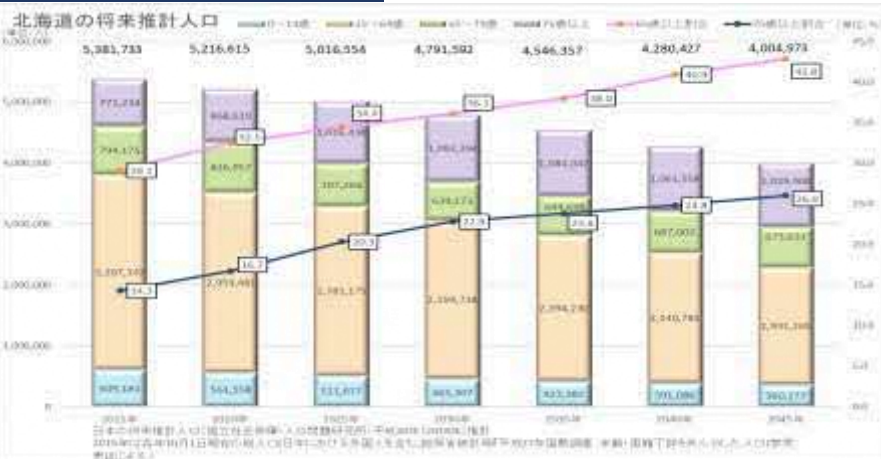
#### ▶ 21区域

（医療法に基づく「第二次医療圏」、介護保険法に基づく「高齢者保健福祉圏域」と同）

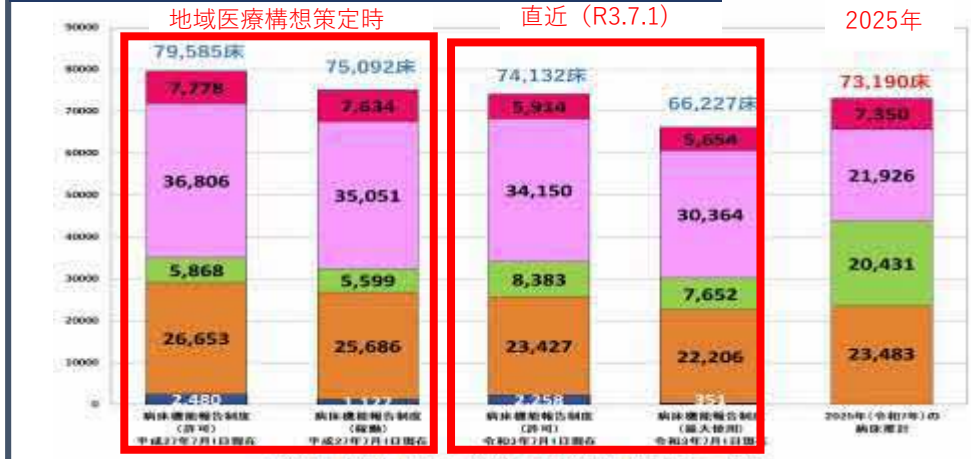
### 地域医療構想調整会議（医療法第30条の14）

- ▶ 21区域に設置した地域医療構想調整会議において、地域の病院等が担うべき病床機能、都道府県計画に盛り込む事業などに関して協議を行う。

### 人口の推計（北海道）



### 構想における必要病床数と現状の比較

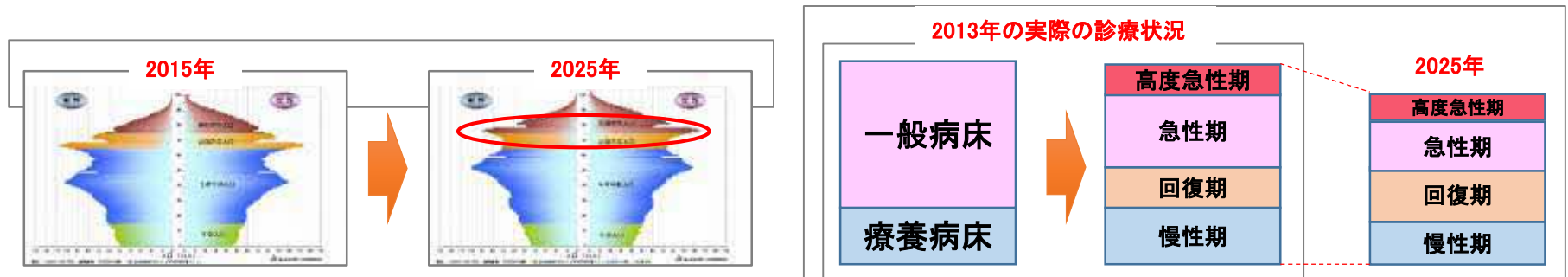


# なぜ「地域医療構想」？

## ～2025年とは～

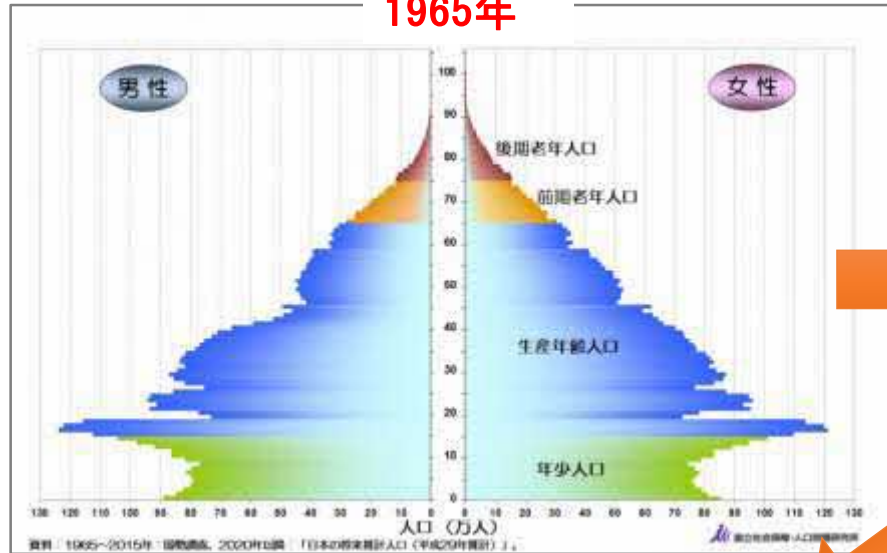
- 2025年とは、**全国で団塊の世代が75歳になる年**  
⇒ **医療・介護需要増加の一つの節目（指標）**
- **高齢者人口の増加には大きな地域差**  
⇒ **地域によっては高齢者人口の減少が既に開始**
- **医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで、患者状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。**

既にピークを過ぎている地域もあれば、2025年以降にピークを迎える地域もあることに留意

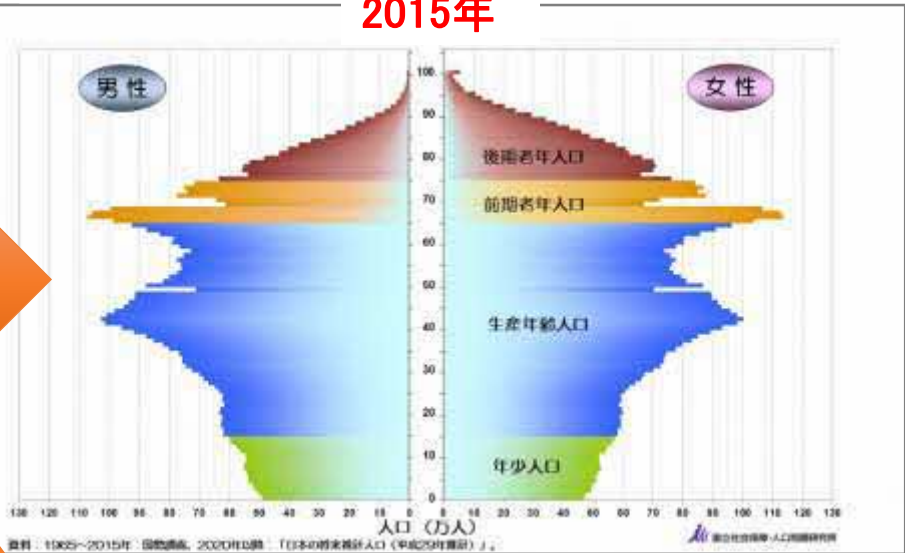


# 全国の人口推移（推計）

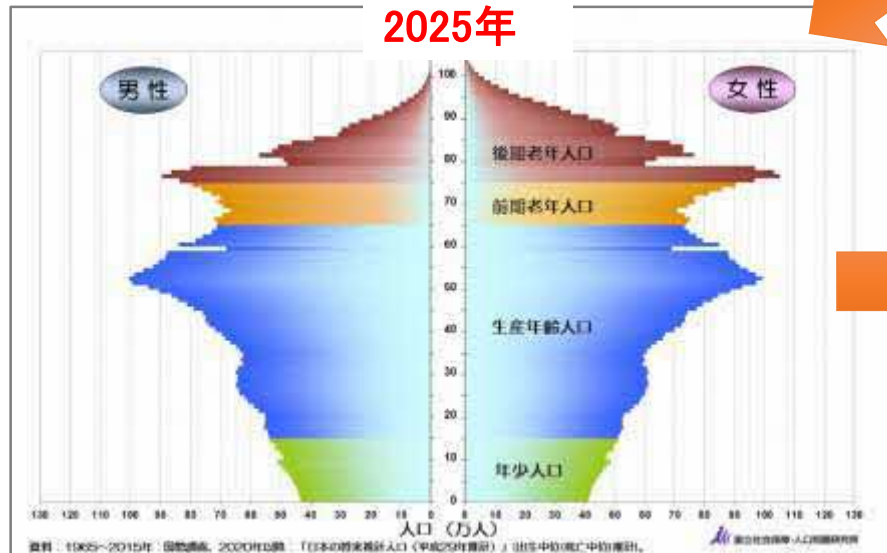
1965年



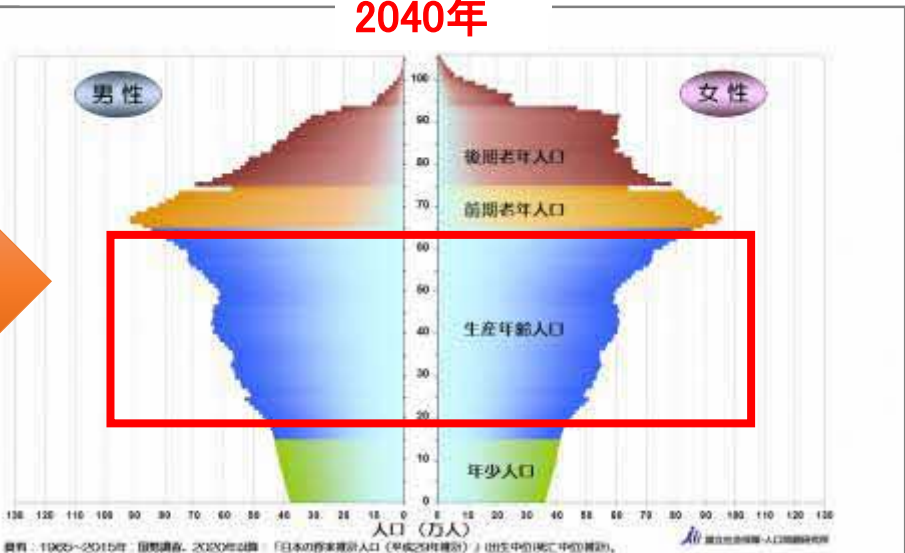
2015年



2025年



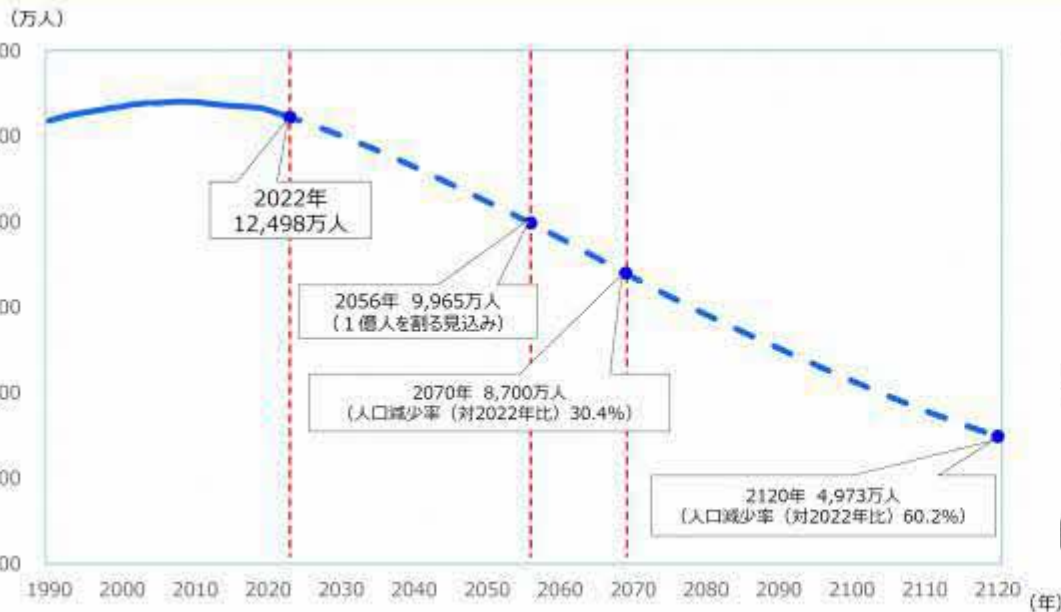
2040年



# 日本の人口減少

- 我が国は、本格的な「人口減少社会」を迎えつつある。こうした人口減少は、労働投入・資本投入の減少や生産性の低下をもたらし、我が国経済力の一層の低下をもたらす可能性がある。
- また、特に地方においては、民間の事業活動や行政サービスの担い手が不足することで、経済社会活動が衰退していくおそれがある。

- **人口が減少することは、労働投入の減少に直接結びつく。**技術進歩などによる生産性上昇に伴って成長率が上昇するのに加えて、人口増によって労働力人口が増加して成長率が高まることを「人口ボーナス」と呼び、この反対の現象を「人口オナーズ」と呼ぶ。今後、人口オナーズに直面し、成長率が低減することが懸念される。また、**人口減少は資本投入へも影響を及ぼす。**例えば、人口が減ることで必要な住宅ストックや企業における従業員1人当たり資本装備は減少することになる。また、高齢化が進むことで、将来に備えて貯蓄を行う若年者が減少し、過去の貯蓄を取り崩して生活する高齢者の割合が増えることで、社会全体で見た貯蓄が減少し、投資の減少にもつながる。
- 生産性についても、生産年齢人口が増えていく経済と減っていく経済について比較すると、**生産年齢人口が減っていく経済では生産性が落ちる可能性が指摘されている。**
- 地方圏以上に出生率が低い東京圏への人口流入が続いていくと、人口急減・超高齢化の進行に拍車をかけていくということであり、今後、地方圏を中心に4分の1以上の**地方自治体で行政機能をこれまで通りに維持していくことが困難になるおそれがある。** (出所) 内閣府：「選択する未来－人口推計から見える未来像－」

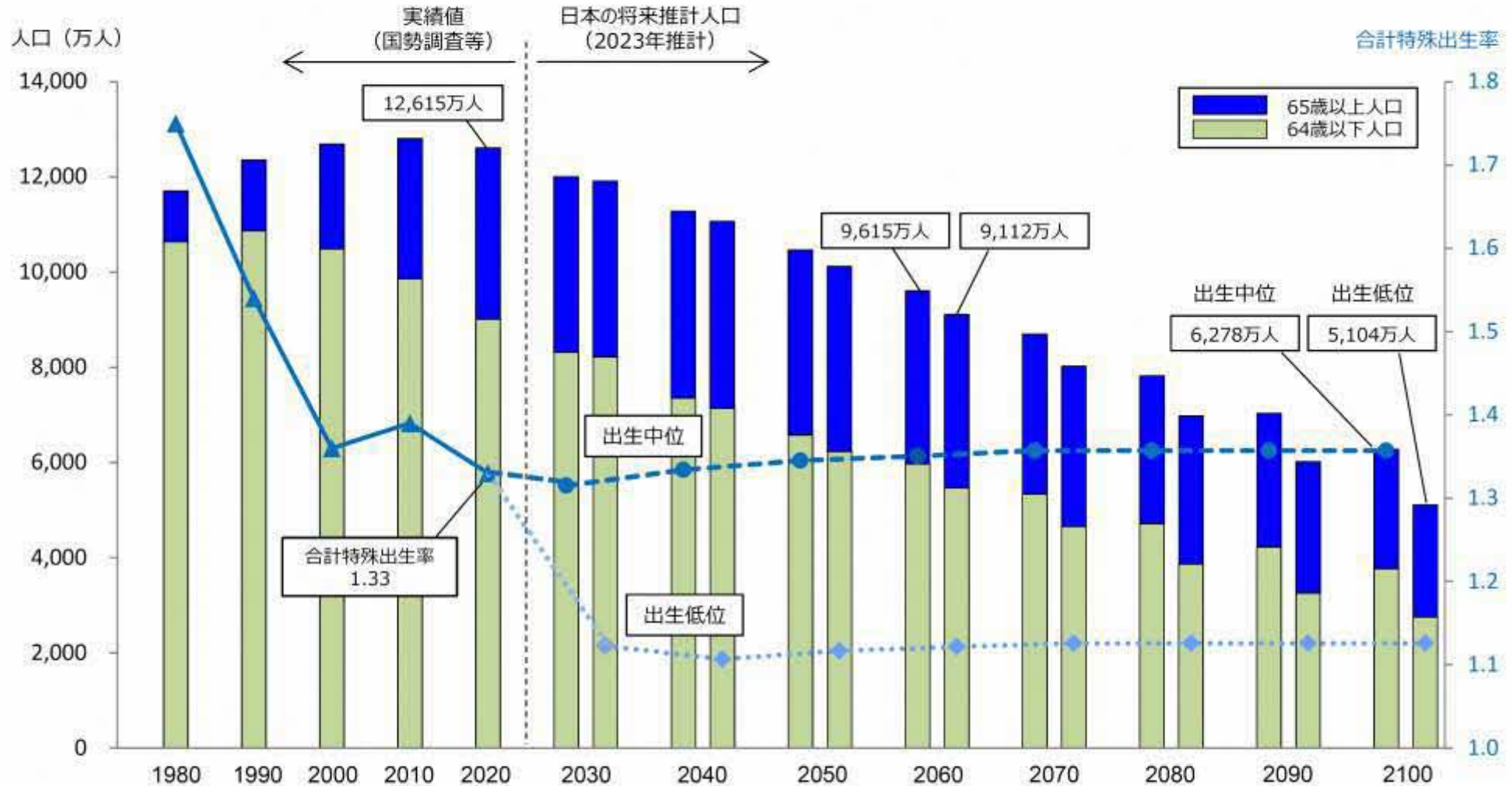


(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」, 「政府統計の総合窓口(e-Stat)」・国勢調査(総務省)



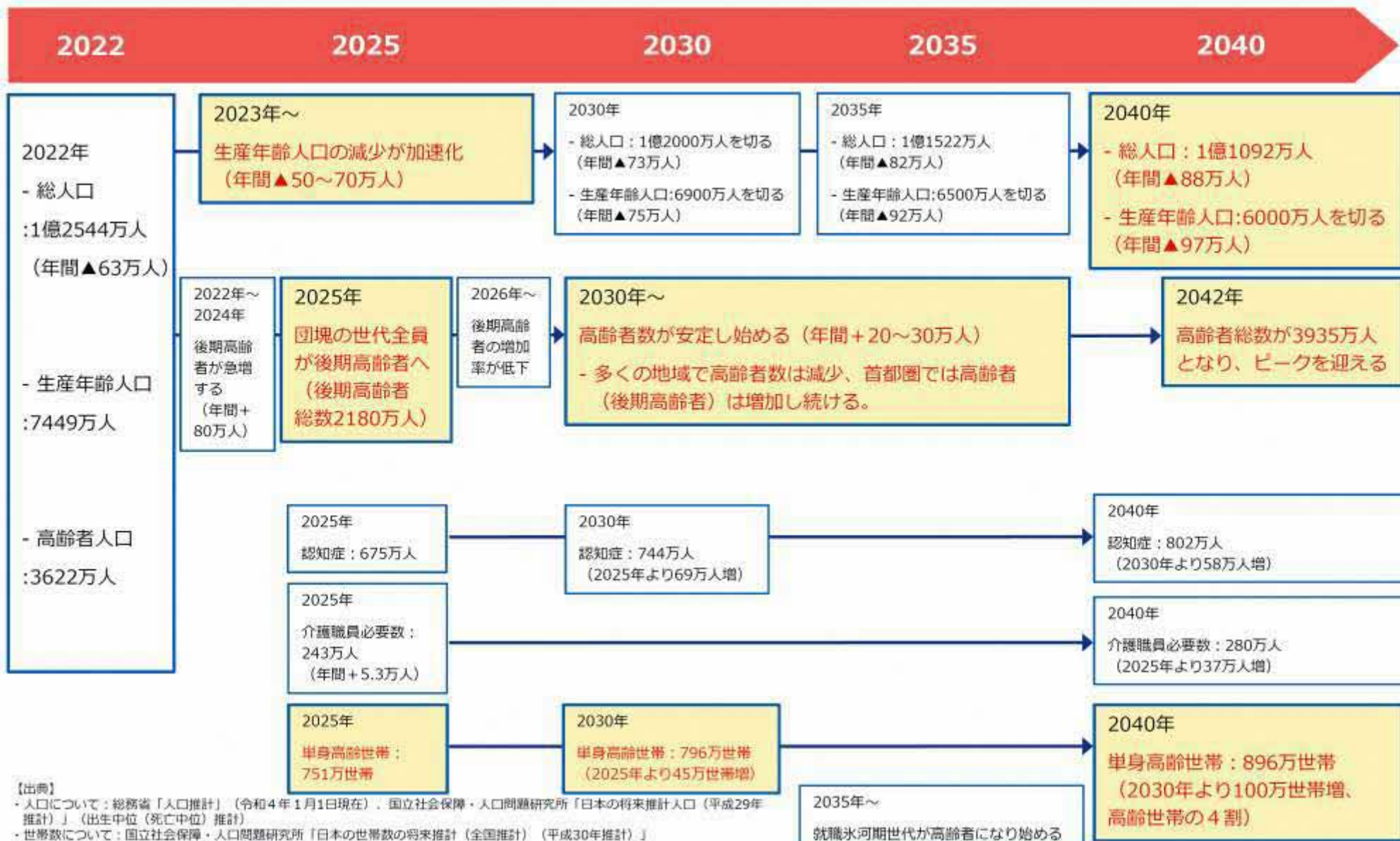
# 日本の将来人口推計

○ 日本の将来推計人口（2023年推計）においては、2100年には総人口が現状の半分程度に減少すると見込まれている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)等、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2023年推計)」(左:出生中位(死亡中位) 右:出生低位(死亡中位))

# 2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し

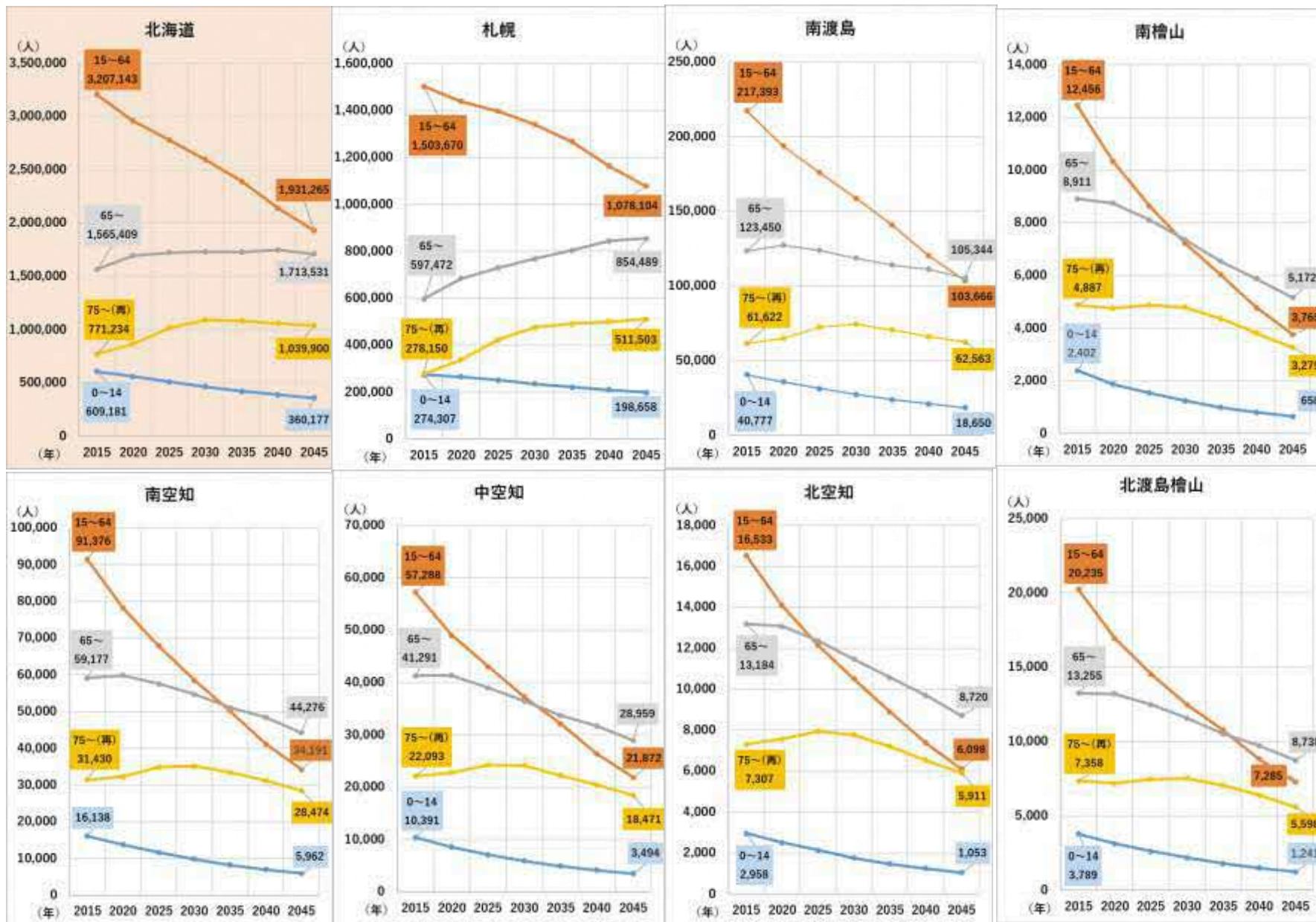


【出典】

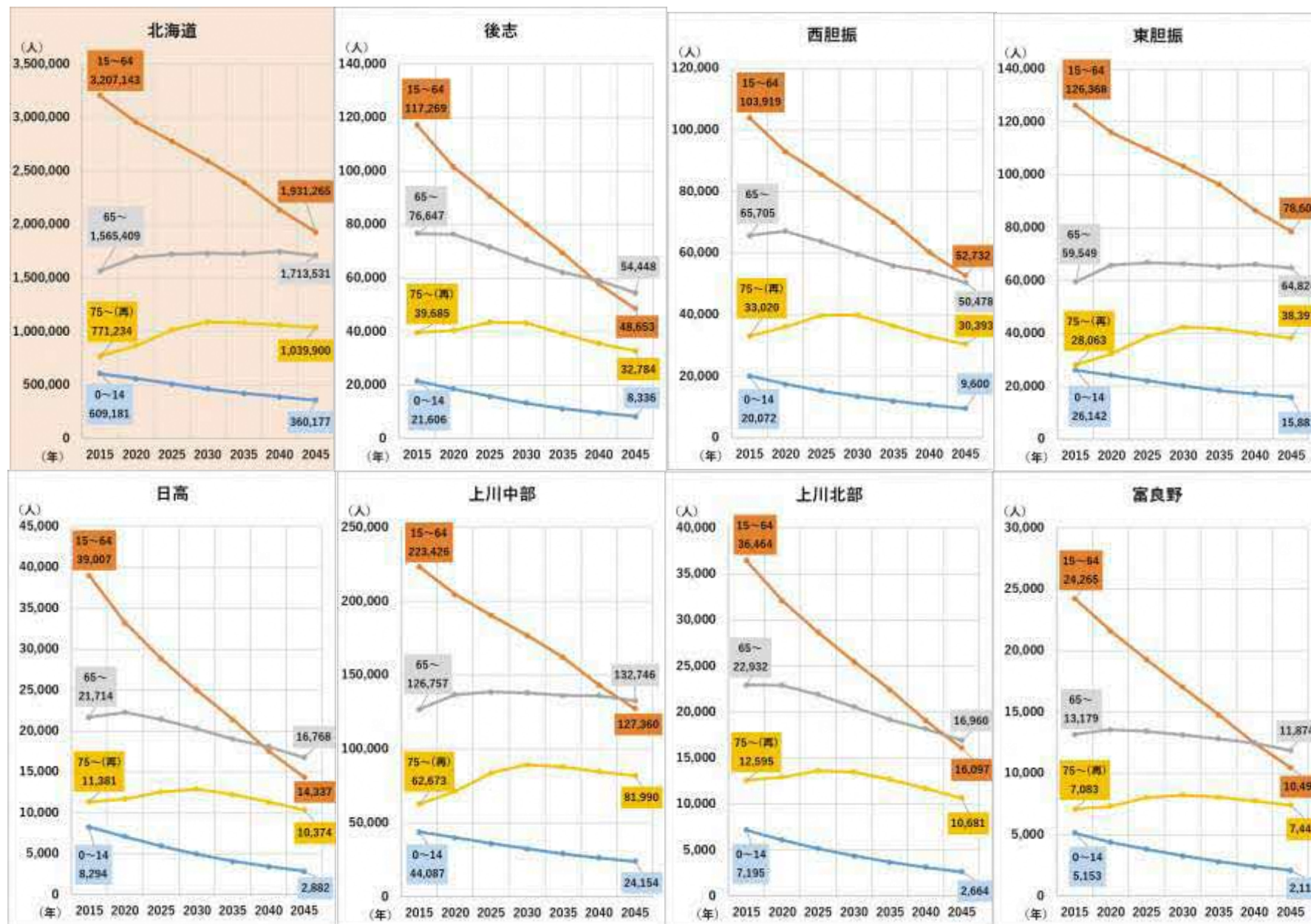
- 人口について：総務省「人口推計」（令和4年1月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
- 世帯数について：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30年推計）」
- 認知症について：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治（平成27年3月））、各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計。
- 介護職員数の必要数について：市町村により第8期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。



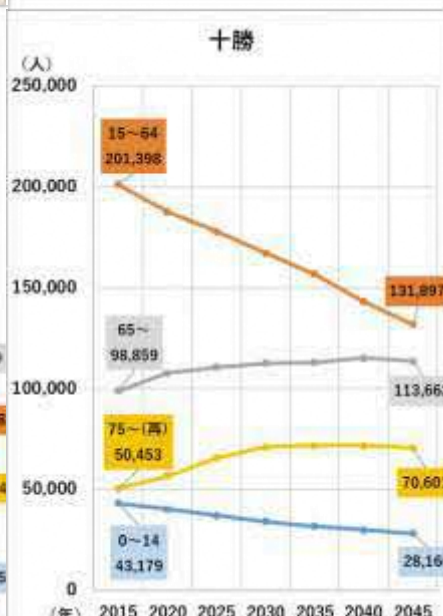
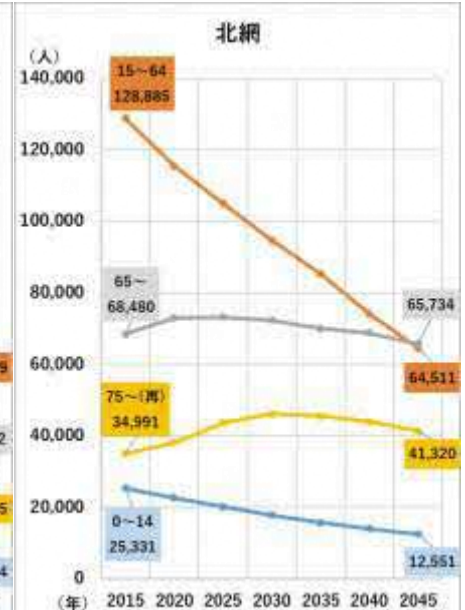
# 人口の推移・推計（人口区分別）



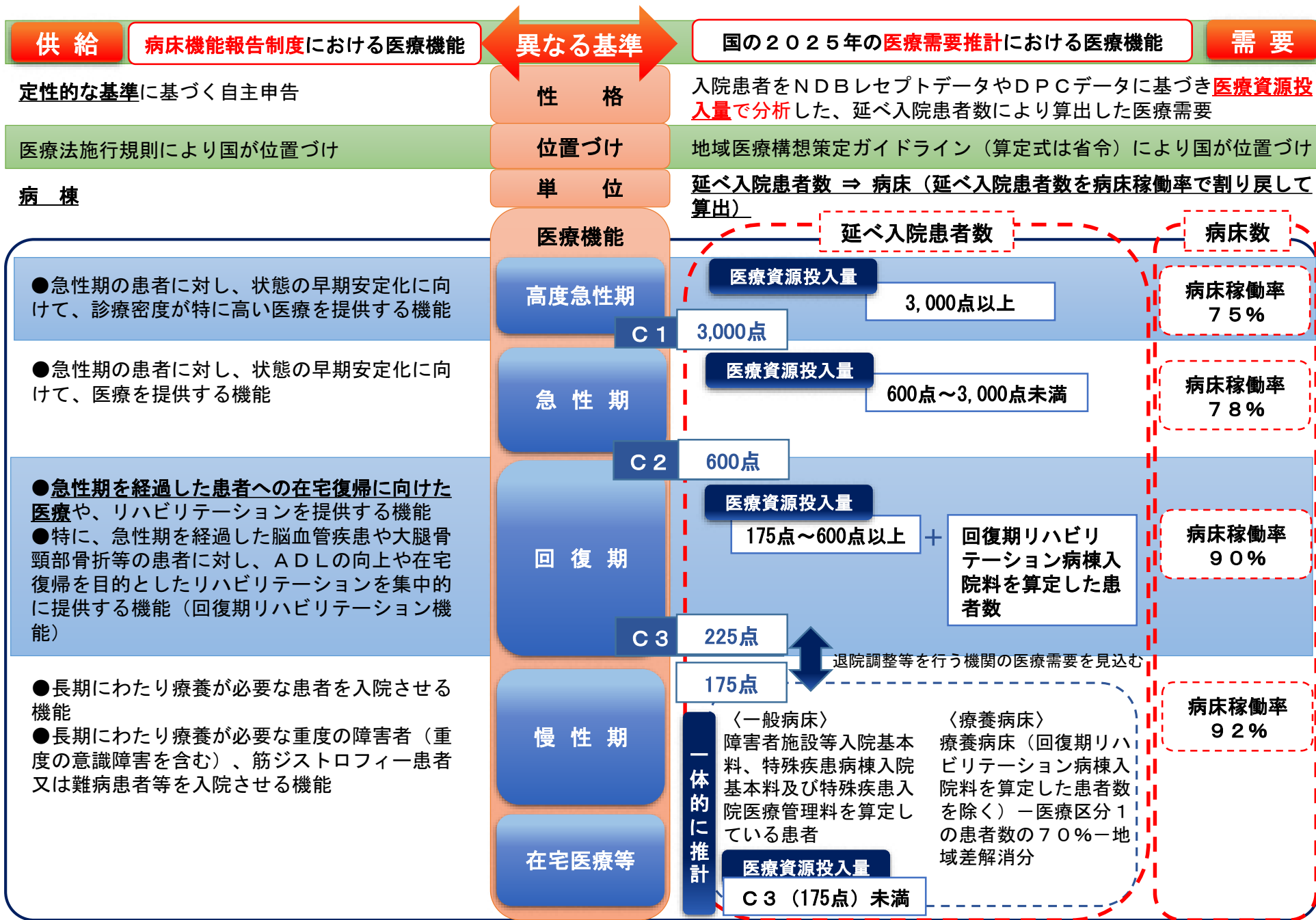
# 人口の推移・推計（人口区分別）



# 人口の推移・推計（人口区分別）



# 「地域医療構想」における病床機能の考え方



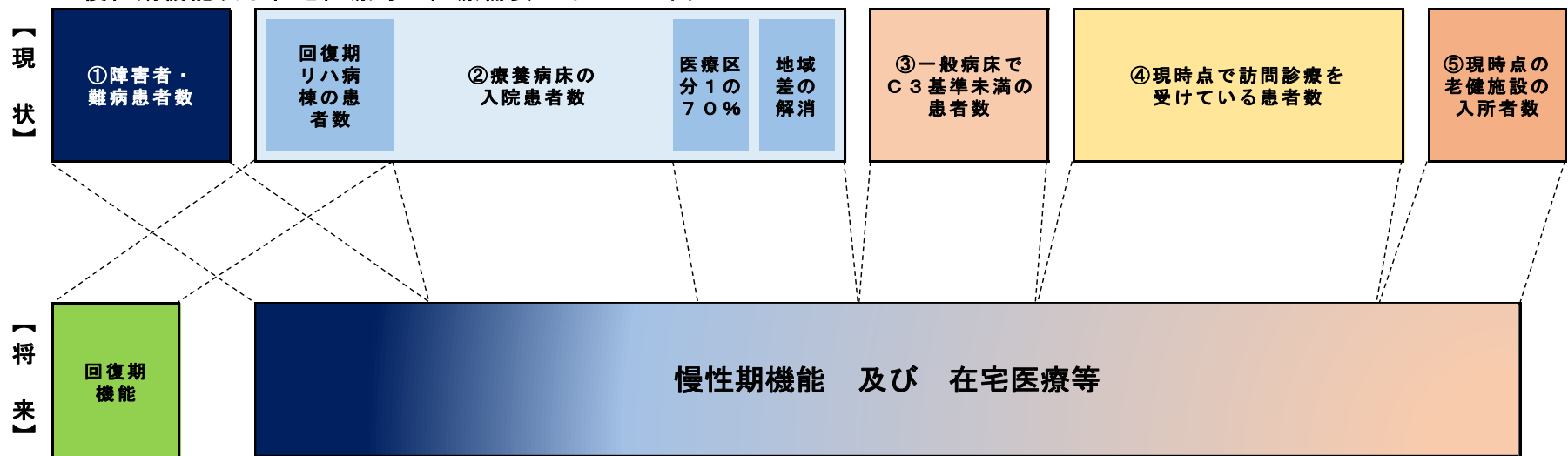
# 「慢性期機能」及び「在宅医療等」の需要の将来推計の考え方について

慢性期機能の医療需要及び在宅医療等※の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。

- ① 一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）は、慢性期機能の医療需要として推計する。
- ② 療養病床の入院患者のうち、**医療区分1の患者の70%を、在宅医療等に対応する患者数として推計**する。
- ③ 医療資源投入量**175点未満の患者数を、在宅医療等に対応する患者数として推計**する。
- ④ 2013年の在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別受療率を算定し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
- ⑤ 2013年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の需要として推計する。

※ 在宅医療等とは、**居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所**であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図



# 「地域医療構想」における病床推計のイメージ

1

2013年  
許可病床数



2

2013年  
レセプト実績



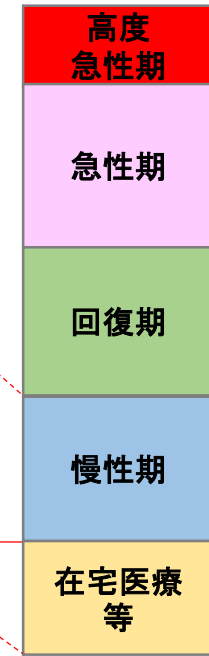
3

2025年推計  
(単純)



4

2025年推計  
(構想)



療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数として見込んでいる。  
 ※在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

# 地域医療構想において将来（2025年に）必要と推計している病床数

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
南 渡 島	585	1,759	1,618	895	4,857
南 檜 山	0	56	119	70	245
北渡島檜山	18	103	196	228	545
札 幌	3,913	10,951	8,923	11,999	35,786
後 志	164	638	856	1,264	2,922
南 空 知	98	474	708	645	1,925
中 空 知	124	424	435	626	1,609
北 空 知	17	100	153	252	522
西 胆 振	279	800	620	1,127	2,826
東 胆 振	233	752	800	677	2,462
日 高	20	103	259	255	637
上川中部	689	1,795	1,613	1,528	5,625
上川北部	63	229	251	249	792
富 良 野	25	120	177	165	487
留 萌	35	142	191	195	563
宗 谷	28	127	271	156	582
北 網	275	790	744	641	2,450
遠 紋	46	186	285	261	778
十 勝	363	1,141	1,207	1,356	4,067
釧 路	355	1,139	769	750	3,013
根 室	20	97	236	144	497
合 計	7,350	21,926	20,431	23,483	73,190

## 【推計方法】

病床機能	推計区分
高度急性期	医療機関所在地
急性期	
回復期	患者住所地
慢性期	

## 【病床利用率】

病床機能	病床利用率
高度急性期	75%
急性期	78%
回復期	90%
慢性期	92%

2013年のレセプトデータ等に基づき推計

# 2021（令和3）年7月1日時点の医療機能【許可病床】

二次圏域	医療機能	病院	診療所	計
南 渡 島	高度急性期	836	0	836
	急性期	2,411	171	2,582
	回復期	717	1	718
	慢性期等 休 棟 等	1,297	74	1,371
	計	5,339	304	5,643
南 檜 山	高度急性期	0	0	0
	急性期	177	4	181
	回復期	0	0	0
	慢性期等 休 棟 等	172	0	172
	計	391	42	433
北 渡 島 檜 山	高度急性期	0	0	0
	急性期	108	0	108
	回復期	297	0	297
	慢性期等 休 棟 等	214	0	214
	計	643	0	643
札 幌	高度急性期	2,455	0	2,455
	急性期	14,694	1,535	16,229
	回復期	3,080	106	3,186
	慢性期等 休 棟 等	11,053	108	11,161
	計	31,616	2,109	33,725
後 志	高度急性期	102	0	102
	急性期	1,108	198	1,306
	回復期	383	0	383
	慢性期等 休 棟 等	860	30	890
	計	2,492	296	2,788
南 空 知	高度急性期	0	0	0
	急性期	1,056	190	1,246
	回復期	139	0	139
	慢性期等 休 棟 等	551	8	559
	計	1,780	236	2,016
中 空 知	高度急性期	34	0	34
	急性期	670	25	695
	回復期	149	19	168
	慢性期等 休 棟 等	865	19	884
	計	1,769	82	1,851
北 空 知	高度急性期	0	0	0
	急性期	149	0	149
	回復期	42	0	42
	慢性期等 休 棟 等	407	0	407
	計	606	0	606

二次圏域	医療機能	病院	診療所	計
西 胆 振	高度急性期	60	0	60
	急性期	1,262	26	1,288
	回復期	293	19	312
	慢性期等 休 棟 等	1,349	0	1,349
	計	3,141	81	3,222
東 胆 振	高度急性期	33	0	33
	急性期	1,121	208	1,329
	回復期	274	1	275
	慢性期等 休 棟 等	368	0	368
	計	1,796	228	2,024
日 高	高度急性期	0	0	0
	急性期	256	19	275
	回復期	12	0	12
	慢性期等 休 棟 等	274	18	292
	計	567	42	609
上 川 中 部	高度急性期	1,284	0	1,284
	急性期	2,259	241	2,500
	回復期	648	57	705
	慢性期等 休 棟 等	1,587	72	1,659
	計	5,871	415	6,286
上 川 北 部	高度急性期	11	0	11
	急性期	301	19	320
	回復期	169	0	169
	慢性期等 休 棟 等	343	10	353
	計	836	29	865
富 良 野	高度急性期	0	0	0
	急性期	145	0	145
	回復期	147	0	147
	慢性期等 休 棟 等	132	0	132
	計	424	0	424
留 萌	高度急性期	0	0	0
	急性期	262	38	300
	回復期	92	0	92
	慢性期等 休 棟 等	188	19	207
	計	652	57	709
宗 谷	高度急性期	0	0	0
	急性期	335	42	377
	回復期	136	19	155
	慢性期等 休 棟 等	142	15	157
	計	656	76	732

二次圏域	医療機能	病院	診療所	計
北 網	高度急性期	341	0	341
	急性期	1,002	107	1,109
	回復期	179	19	198
	慢性期等 休 棟 等	646	57	703
	計	2,269	243	2,512
遠 紋	高度急性期	92	0	92
	急性期	359	27	386
	回復期	92	0	92
	慢性期等 休 棟 等	164	1	165
	計	840	38	878
十 勝	高度急性期	267	0	267
	急性期	1,473	110	1,583
	回復期	815	69	884
	慢性期等 休 棟 等	1,250	0	1,250
	計	3,887	248	4,135
釧 路	高度急性期	399	0	399
	急性期	1,578	77	1,655
	回復期	390	19	409
	慢性期等 休 棟 等	967	57	1,024
	計	3,367	167	3,534
根 室	高度急性期	0	0	0
	急性期	373	14	387
	回復期	0	0	0
	慢性期等 休 棟 等	110	0	110
	計	483	14	497
合 計	高度急性期	5,914	0	5,914
	急性期	31,099	3,051	34,150
	回復期	8,054	329	8,383
	慢性期等 休 棟 等	22,939	488	23,427
	計	69,425	4,707	74,132



## 2025年（令和7年）に必要とされる病床数の推計（全道）



平成28年12月に策定した「北海道地域医療構想」で定める2025年における病床の機能区分ごとの必要とされる病床数（病床推計）です。  
 この「必要病床数」は、固定されたものではなく、あくまで構想策定時点における2025年の見通しであり、今後の医療ニーズの変化についての「大まかな方向性」と捉えることが適当です。

基準病床数は、医療法に基づき「北海道医療計画」で定める二次医療圏ごとの病床の整備目標であるとともに、それ以上の病床の増加を抑制するための基準です。

病床機能報告制度は、医療法に基づく医療機関からの自主申告、病棟単位での報告であるため、「2025年の病床推計」と単純には比較できません。

統計法に基づく令和元年医療施設調査で報告された「一般病床」と「療養病床」の病床数で許可病床相当数となりますが、稼働していない病床も含まれています。

**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及び第三十条の十八の四第三項において「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**(第三十条の十八の四第一項及び第二項並びに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。

## 地域医療構想調整会議

**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。

## 1 地域医療構想等について

- (1) 地域医療構想の概要と考え方
- (2) **地域医療構想等に関する国の動き**
- (3) 地域医療構想等に関する道の動き
- (4) 「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」について

## 2 北海道地域医療介護総合確保基金（医療分）を活用して実施する事業について

- (1) 事業スケジュールについて
- (2) 令和5年度主な事業

## 3 外来機能の分化・連携について

- (1) 外来医療機能の明確化・連携
- (2) 紹介受診重点医療機関について（概要）

# 地域医療構想等に関する国の動き

年月日

内容

令和4年3月16日	<b>外来機能報告等に関するワーキンググループ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 外来機能報告等の施行に向けた検討</li></ul>
3月17日	<b>「外来機能報告等に関するガイドライン」発出（厚労省医政局長通知）</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 紹介受診重点医療機関の協議について</li></ul>
3月24日	<b>「地域医療構想の進め方について」（厚労省医政局長通知）</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療構想を進める際の追加的な留意事項に関する通知</li></ul>
3月29日	<b>「公立病院経営強化の推進について」（総務省自治財政局長通知）</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 「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」の発出</li></ul>
5月25日	<b>第8回第8次医療計画等に関する検討会（厚労省）</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療圏、基準病床数、指標について</li></ul>
12月14日	<b>第10回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（厚労省）</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療構想調整会議における検討状況等の確認</li></ul>
令和5年3月1日	<b>第11回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（厚労省）</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療構想推進のための取組事例と今後の対応方針</li></ul>
3月31日	<b>「地域医療構想の進め方について」（厚労省医政局地域医療計画課長通知）</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療構想の実現に向けたPDCAの取組</li><li>・ 再編検討区域について</li></ul>
5月25日	<b>第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（厚労省）</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 地域医療構想調整会議における検討状況等調査の報告</li><li>・ 令和5年度病床機能報告の実施等</li></ul>

# 2026年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

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

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

## 6. 医療・介護・福祉サービス

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

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

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

# 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

## 改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### 1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。  
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

### 2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。  
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

### 3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

### 4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【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、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う

## 施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

# 重点支援区域について

## 1 基本的な考え方

- 都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。

## 2 選定対象・募集時期

- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。
  - ① 再検証対象医療機関が対象となっていない再編統合事例
  - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

## 3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による技術的・財政的支援は以下を予定。

### 【技術的支援】（※）

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

### 【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

## 4 重点支援区域設定の要否

- 今後、全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

## 5 選定区域

- これまでに以下の**13道県19区域**の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）選定】

- ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・ 滋賀県（湖北区域）
- ・ 山口県（柳井区域、萩区域）

【2回目（令和2年8月25日）選定】

- ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・ 新潟県（県央区域）
- ・ 兵庫県（阪神区域）
- ・ 岡山県（県南東部区域）
- ・ 佐賀県（中部区域）
- ・ 熊本県（天草区域）

【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

【4回目（令和3年12月3日）選定】

- ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・ 広島県（尾三区域）

【5回目（令和4年4月27日）選定】

- ・ 山口県（下関区域）

【6回目（令和5年3月24日）選定】

- ・ 青森県（青森区域）