本日の説明項目

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	**外来機能報告等に関するワーキンググループ** ・外来機能報告等の施行に向けた検討
３月17日	**「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）** ・紹介受診重点医療機関の協議について
３月24日	**「地域医療構想の進め方について」（厚労省医政局長通知）** ・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
３月29日	**「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）** ・「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
５月25日	**第８回第８次医療計画等に関する検討会（厚労省）** ・医療圏、基準病床数、指標について
12月14日	**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）** ・地域医療構想調整会議における検討状況等の確認
令和５年３月１日	**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）** ・地域医療構想推進のための取組事例と今後の対応方針
３月31日	**「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）** ・地域医療構想の実現に向けたPDCAの取組 ・再編検討区域について
５月25日	**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）** ・地域医療構想調整会議における検討状況等調査の報告 ・令和５年度病床機能報告の実施等

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）

再編検討区域について
（「地域医療構想の進め方について」令和５年３月31日付け地域医療計画課長通知）

〈基本的な考え方〉

○　2023年度末までに重点支援区域の設定の要否を判断した都道府県の割合を100%にすることが求められているが、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の合意を得るため、**協議前の再編の要否を含めた検討段階においても、一定程度のデータを用いた地域の医療提供体制の分析等が必要**である。

　重点支援区域の申請の要否を判断するまでの支援として、**再編の検討の初期段階における複数医療機関の再編を検討する区域の支援を行う**。

　再編検討区域の支援に係る依頼をする段階において、**重点支援区域への申請を前提とする必要はない**。

〈支援対象〉

○　**複数医療機関の再編を検討する事例を対象**とし、単一医療機関の再編を検討する事例は対象としない。

〈支援内容〉

○　**重点支援区域の申請の要否を判断するまでの支援を行うことが目的**であり、技術的な支援はその目的に必要な範囲で適切に行う。

〈留意事項〉

○　支援を行っていることについて厚生労働省から公表することは差し控える。今後、**全ての都道府県に対して申請の意向を聞くことを予定**。

地域医療連携推進法人制度の見直し（案）

1 現状

- 地域医療連携推進法人制度は、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、ヒト・モノ・カネを一体的に運営することにより、病院等を開設する参加法人が相互に連携しながら、効率的に地域医療を提供する仕組みとして創設された。
- 地域医療構想への取組みに当たっては、少子高齢化の進展や医療の担い手の減少、今般のコロナ対応における課題等も踏まえ、限りある医療資源や人的資源を有効に活用することが重要となっている。
- こうした課題を解決するためには、法人立・個人立といった違いに関わらず、参加医療機関において病床融通や人事交流等の取組みを通じた連携が重要であるが、現状、個人立の医療機関については地域医療連携推進法人に参加できないこととなっている。
- また、地域医療連携推進法人の事務手続きの負担が大きいという声が多く寄せられている。

2 見直し

【措置内容】

○ 地域医療構想の推進のため、**個人立を含めた医療機関がヒトやモノの融通を通じた連携を可能とする新類型を設けてはどうか。**

例えば、新類型については、個人立医療機関の参加を可能とするため、現行制度と比較して以下の見直しが考えられる。

・個人立医療機関は個人用資産と医療資産の分離が困難であること等に鑑み、**カネの融通（「出資」「貸付」）は不可**とする。

・カネの融通をしない場合には、公認会計士又は監査法人による**外部監査を不要**とし、また、**参加法人が重要事項を決定する場合の意見照会のうち、一部を不要**とする。

○ その他、事務負担の軽減のため、**代表理事再任時の手続きを緩和**してはどうか。

※ なお、現行の地域医療連携推進法人については、各法人の選択により、新類型に移行することも可能とする。

	現状・課題	見直しの内容とねらい
①	○ 個人立医療機関が地域医療連携推進法人の運営に参加できない。	○ **個人立医療機関の参加を認める**ことで、個人立医療機関も含めた病床融通や業務連携等が可能となり、地域の医療・介護等の連携を促進。
②	○ 代表理事（任期２年）の再任時における都道府県医療審議会への意見聴取など、事務手続きの負担が大きい。	○ **手続きの一部を緩和する**ことで、地域医療連携推進法人、参加法人、都道府県の負担を軽減。

新類型の地域医療連携推進法人のイメージ

（趣旨）少子高齢化の進展による医療需要及び医療ニーズの変化並びに医療の担い手の減少が見込まれる2040年に向けて、個人立医療機関の参加等により、更なる地域の医療資源の有効活用と地域の医療・介護の連携等を促進する。

※赤字箇所が現行制度との相違点

地域医療連携推進法人（新類型）

理事会（理事３名以上及び監事１名以上）

連携法人の業務執行

社員総会（連携法人に関する事項の決議）

意見具申

地域医療連携推進評議会

認定・監督

都道府県知事

意見具申

都道府県医療審議会

○ 個人開業医も参加可能であり、ヒトやモノの融通を通じ、区域内（原則、構想区域内）の医療機関等が連携
○ 診療科・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入等の医療連携推進業務を行うが、参加法人への資金貸付や関連事業者への出資は不可
○ 一方で、例えば、外部監査の実施等といった、連携法人の一部の事務手続きを緩和

地域医療連携推進法人に参加し、医療連携に関する業務を行う

医療機関を開設する法人等（※）

(例)医療法人A	(例)自治体B	(例)大学C	(例)社会福祉法人D	(例) 個人開業医E
病院	病院	病院	介護施設	診療所

（※）区域内の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を開設する法人又は個人のほか、介護事業その他地域包括ケアシステムの構築に資する事業に係る施設を開設する法人又は個人（営利を目的とする法人等を除く）。

○ 予算や借入金の決定等、参加法人が重要事項を決定する場合は連携法人に対し意見照会を行う必要があるが、新類型の参加を促すため、一部の事項を除きこれを不要とできないか。

新型コロナにおける医療機関の役割分担について

○ 財審において指摘していただいたように、新型コロナにおいて十分な数の病床が提供されたとはいいがたい。その中で病床ひっ迫を回避する必要もあり、緊急事態宣言などにより、経済・社会活動を人為的にストップせざるを得なかった。その結果、多くの国民が甚大な影響を被ることとなった。

○ しかしこれは新型コロナに始まった問題ではなく、それ以前から求められていた医療機関や病床の役割分担が進んでいなかった問題が新型コロナにおいて顕在化したものとも言える。

◆令和４年度予算の編成等に関する建議（2021年12月３日） 財政制度等審議会（抄）

まずは前提として、昨年来の新型コロナへの対応の経験を今後の対応に活かすことである 。

昨年来の感染拡大局面においては、全国の都道府県で、十分な数の新型コロナ病床が提供されたとは言い難い。新型コロナ病床として補助金を申請しながら、患者受入れに使用されなかった病床の存在も顕在化した。当審議会はこれまで、医療機関や病床の役割分担を徹底する必要性を繰り返し指摘してきたが、改革が十分に進んでこなかったことが、その一因と言わざるを得ない。今後、再度の感染拡大に備えつつ、あるべき医療提供体制に向けて、診療報酬をはじめ諸制度の見直しを幅広く、そして力強く推し進めるべきである。

◆第２回全世代型社会保障構築会議（2022年３月９日）香取構成員発言

「今回、COVID-19で様々な問題が露呈したわけですが、言ってみれば、これは20年後の日本の医療・介護の姿を我々は目の前で見たということなのではないかと思います。したがって、20年後に我々がどういう社会を迎えることになるのか、どういう社会を作っておかなければいけないのか、ということを考えて、そこからバックキャストで、今何を用意しなければいけないか、そういう思考回路が必要なのではないかと思います。

（中略）特に我々は今ある有限の医療・介護の資源の中でこれを受け止めていくということが必要なので、提供体制をいかに改革していくかという視点からこの問題を考えることが必要なのではないかと思います。」

◆第３回全世代型社会保障構築会議（2022年３月29日）権丈構成員発言

「2013年の国民会議のときに改革の道筋が示されて、それ以降、新たに地域医療構想がつくられ、また、それまで介護の世界にあった地域包括ケアを医療の世界にまで拡張し、さらに、医療法の中で「地域医療構想と地域包括ケアシステムの構築に資する役割を積極的に果たすよう努めなければならない」と規定された地域医療連携推進法人などが生まれました。2013年から９年たって、その間パンデミックがあった中、あのときに示された改革の方向性の正しさは十分に認識されたと思います。

問題は、当時意図されたほどに改革が進まなかったことです。

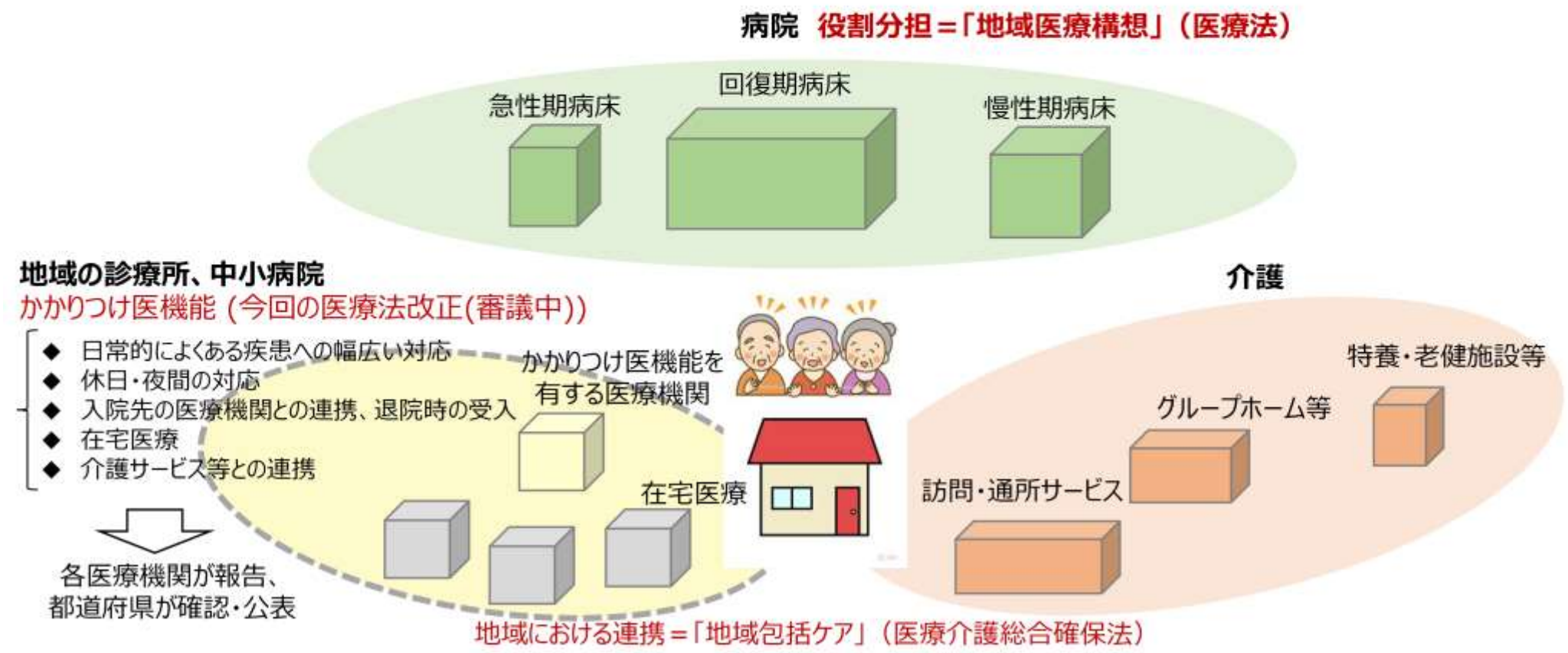
（中略）また、長く医師偏在の深刻が言われてきました。ただ、医師の地域偏在とか診療科偏在は、自由開業医制、自由標榜制、フリーアクセスの条件がそろえば起こります。また、日本の医療は薄く広く配置していることが弱点ということが今回広く知られたわけですけれども、出来高払い的な医療の下では、支払い側は単価を下げようとするのは当然ですし、提供側は薄利多売で対抗するのも当然です。結果、どうしても薄く広くという特徴が生まれます。」

平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築の必要性

○ 医療機関の役割分担は、今回の新型コロナにおいて問題が顕在化したが、超高齢化が進む中で平時から益々大きな課題となっている。

○ 患者の高齢者が進んで疾病を持つ者が増える一方で、人口減少により医療資源としての人材が先細る中で、医療制度を持続可能にするためには、給付と負担のバランスだけでなく、医療提供体制そのものを効果的・効率的なものにする必要がある。

○ ①病院の役割分担（＝地域医療構想）、②診療所等のかかりつけ医機能の確保・強化、③地域包括ケア（地域における医療・介護の連携）をあわせて進めていく必要。



「地域医療構想」の進捗状況（１）

○ 後期高齢者が急増する「2025年」を目指して、各地域において病院・病床の役割分担を進めるために「地域医療構想」がスタート（2014年医療法改正）。その後、公立・公的病院について先行して対応方針を策定するが、その内容が構想の実現に沿っていない可能性があったことから、再検証を要請。コロナの影響で対応が遅れたが、ようやく2022年に民間医療機関も含めた対応方針の策定や検証・見直しを行うことを通知。

・医療法改正（2014年６月公布、同年10月施行）

＊病床機能報告制度の導入、地域医療構想の策定、協議の場の設置
＊都道府県知事が講ずることができる措置を規定（地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）ができる等）

・全ての都道府県において地域医療構想を策定（2017年３月）

・医療法改正（2018年７月公布・施行）

＊地域医療構想の実現のため知事権限の追加（既に将来の病床の必要量に達している場合、開設・増床の許可を与えないこと（民間医療機関には勧告）ができる）

・公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針を策定し、地域医療構想調整会議で合意（～2019年３月）

「急性期」からの転換が進んでいない。トータルの病床数は横ばい。
→ 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿っていないのではないか

・「経済財政運営と改革の基本方針2019」閣議決定（2019年６月）

全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、（略）原則として 2019年度中(※1)に対応方針の見直しを求める。
※1 医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋頃まで。

・再検証に係る424の公立・公的病院（※2）を公表（2019年９月）

※2「診療実績が特に少ない」または「類似かつ近接（構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が２つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している）」の要件のいずれかをすべての項目で満たす

・「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（2020年１月通知）

当面、都道府県においては、「経済財政運営と改革の基本方針2019」における一連の記載(※3)を基本として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。
※3 医療機関の再編統合を伴う場合：遅くとも2020年秋頃、左記以外の場合：2019年度中

・「具体的対応方針の再検証等の期限について」（2020年８月通知）

再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、「経済財政と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとする。

・「地域医療構想の進め方について」（2022年３月通知）

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。

・「経済財政運営と改革の基本方針2022」閣議決定（2022年６月）

地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

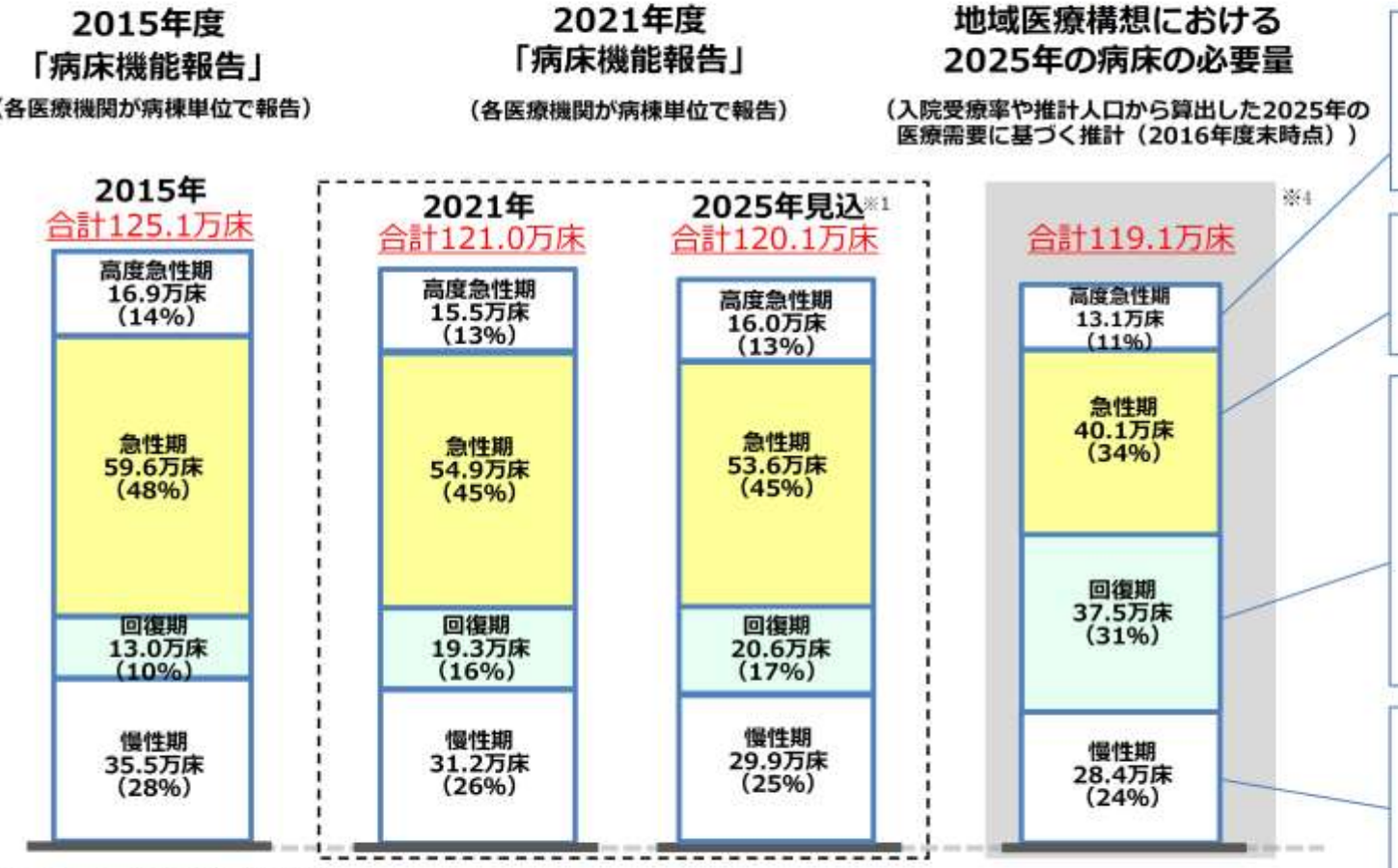
→法改正は行われず、厚生労働大臣告示・医政局地域医療計画課長通知を本年３月に発出。

令和5年5月11日　財務省財政制度分科会資料

「地域医療構想」の進捗状況（２）

○　地域医療構想の実際の進捗ははかばかしくない。

→急性期・回復期をはじめとする病床の役割分担が進まないと、今後、各地域で治療に長い期間を要する高齢者が増える中で、質の高い急性期医療、回復期における適切なケアの提供ができなくなる。



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害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

（出所）2021年度病床機能報告
※1：2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数。
※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要。
※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある。
※4：平成25年度（2013年度）のＮＤＢのレセプトデータ及びＤＰＣデータ、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25年（2013年）3月中位推計）』等を用いて推計。

病床機能報告（「急性期」「回復期」など）と診療報酬の関係

○ 地域医療構想における「急性期」「回復期」という分類は、各病院が、フロアごとに定められた各病棟の主たる機能を報告するもの。

○ これと診療報酬の分類を重ね合わせてみると、最も報酬が高い「急性期一般入院料１」（看護配置７：１などが要件）に偏っており、さらに、看護配置が比較的小さい病床でも「急性期」に分類されている例が多いことがわかる。

○ 病床の役割分担を適切に進めるため、７：１といった看護配置に過度に依存した診療報酬体系から、患者の重症度、救急受入れ、手術といった「実績」をより反映した体系に転換していくべきではないか。そうした中で、10：１といった看護配置を要件とする急性期入院料は廃止を検討すべきではないか。

◆「病床機能報告」と診療報酬の関係（2021年7月1日時点）

該当する入院基本料・特定入院料	2021年７月１日時点の機能			
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
救命救急入院料等（ICU・HCUなど）	28,322	2,530	-	24
特定機能病院７対１入院基本料等	45,010	16,133	-	60
急性期一般入院料１（７対１以上）	71,589	269,227	527	87
急性期一般入院料２～７（10対１以上）	518	144,930	7,275	466
地域一般入院料等（13対１、15対１以上）	-	31,312	16,185	6,468
地域包括ケア病棟入院料等	49	14,589	53,880	2,349
回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料	-	-	89,468	285
療養病棟入院料等	-	142	3,496	201,706
その他（障害者施設、診療所など）	9,755	70,416	22,125	100,634
計	155,243 13%	549,279 45%	192,956 16%	312,079 26%
2025年の病床の必要量	13.1万床 11%	40.1万床 34%	37.5万床 31%	28.4万床 24%

◆「急性期一般入院料」の主な要件（2022年度）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員（※1）	7対1以上	10対1以上				
重症度、医療・看護必要度Ⅱの患者割合（※2）	28%	24%	21%	17%	14%	測定していること
平均在院日数	18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率	8割以上	－				
点数	1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

※1 看護師比率は7割以上が要件

※2 輸血などの処置の状況や、患者の状況、手術等の状況を勘案して重症度、医療・看護必要度が高い患者の割合。上記は許可病床200床以上の場合。このほか重症度、医療・看護必要度Ⅰによる患者割合の基準がある。

地域医療構想の実現に向けたさらなる制度整備の必要性

○ 地域医療構想については、医療法において、地域の会議における協議が整わない場合には不足している病床機能を提供するよう、病院に指示・要請できるとの規定があるが、ほとんど発動実績はない。

○ 地域医療構想の実現の必要性、進捗の遅さを踏まえれば、2025年以降の確実な目標実現を見据えて、例えば、各医療機関において地域医療構想と整合的な対応を行うよう求めるなど、もう一歩踏み込んだ法制的対応が必要ではないか。

◆医療法で定められている知事の権限

① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
⇒命令・要請・勧告：０件

② 協議が調わない等の場合に、地域で不足している医療機能を担うよう指示（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
⇒指示・勧告：０件、要請：４件

③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
⇒条件付き開設許可：114件

④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
⇒命令・要請・勧告：０件

※ 各件数については、2022年９月末時点（①・④は2021年度病床機能報告後から調査日までの、②・③は当該規定の施行日から調査日までの累計）。
※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。
※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院・特定機能病院の承認の取消し等を行うことができる。