

令和6年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議 議事次第

日時：令和6年7月23日（火）

19時00分～

会場：神奈川県総合医療会館2階会議室

ウェブとの併用（ハイブリッド形式）

1 開会

2 議事

- (1) 令和6年度保健医療計画推進会議等の運営 (資料1)
 - ア 本県における「推進区域」の設定 (資料2)
 - イ 令和6年度病床整備事前協議の方向性 (資料3)
 - ウ 地域包括医療病棟の病床機能の取扱い (資料4)
 - エ 今後の病床機能に関する議論の方向性 (資料5)
- (2) 2025プランの変更協議と有床診療所のプラン策定 (資料6)

3 報告

- (1) 地域医療介護総合確保基金（医療分）の活用状況 (資料7)
- (2) 令和5年度病床機能報告結果（速報値） (資料8)

4 その他

5 閉会

【配付資料】

資料1 令和6年度保健医療計画推進会議等の運営

資料2 本県における「推進区域」の設定

資料3 令和6年度病床整備事前協議の方向性

参考資料1 [記載例] 令和〇年度事前協議における公募条件等

資料4 地域包括医療病棟の取扱い

資料5 今後の病床機能に関する議論の方向性

資料6 2025プランの変更協議と有床診療所のプラン策定

参考資料2 令和6年度「2025プラン」変更及び新規提出病院一覧

資料7 地域医療介護総合確保基金（医療分）の活用状況

資料8 令和5年度病床機能報告結果（速報値）

参考資料3 令和5年度病床機能報告結果（速報値）

令和6年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議 委員出欠状況（敬称略）

氏名	所属／役職	出欠	出席方法
スズキ シンイチロウ 鈴木 紳一郎	神奈川県医師会副会長	出	会場
トツカ タケカズ 戸塚 武和	横浜市医師会会長	出	Web
オカノ トシアキ 岡野 敏明	川崎市医師会会長	出	Web
コマツ カンイチロウ 小松 幹一郎	相模医師会連合会	出	会場
クボクラ タカミチ 窪倉 孝道	神奈川県病院協会副会長	出	Web
オオノ シロウ 大野 史郎	神奈川県精神科病院協会副会長	出	Web
チバ ヨウタ 千葉 容太	神奈川県歯科医師会常務理事	出	Web
ハシモト シンヤ 橋本 真也	神奈川県薬剤師会副会長	出	Web
カドネ ミチエ 門根 道枝	神奈川県看護協会専務理事	出	Web
シノハラ マサヤス 篠原 正泰	健康保険組合連合会神奈川連合会会長	出	会場
ナガノ ユタカ 長野 豊	全国健康保険協会神奈川支部支部長	出	Web
フカイ ヤスノブ 深井 康信	神奈川県社会福祉協議会常務理事	出	Web
ヤノ ヒロミ 矢野 裕美	特定非営利活動法人神奈川県消費者の会 連絡会代表理事	出	Web
スドウ ナツキ 須藤 夏樹	公募委員	出	Web
イイ マサコ 井伊 雅子	一橋大学大学院教授	出	Web
マツバラ ユミ 松原 由美	早稲田大学教授	出	Web
ハラダ コウイチロウ 原田 浩一郎	横浜市医療局長	出	Web
スナガワ ヤスヒロ 砂川 康広	川崎市健康福祉局保健医療政策部担当部長	出	Web
ミモリ ミチ 三森 倫	相模原市健康福祉局保健衛生部長 (兼) 保健所長	出	Web
タカハシ ケンイチ 高橋 健一	神奈川県都市衛生行政協議会 (伊勢原市保健福祉部健康づくり担当部長)	出	Web
ゴトウ アキヒロ 後藤 昭弘	神奈川県町村保健衛生連絡協議会 (愛川町民生部長)	出	Web

令和6年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議 資料1

協議：令和6年度保健医療計画 推進会議等の運営

Kanagawa Prefectural Government

目次

本資料は、令和6年度の保健医療計画推進会議・地域医療構想調整会議（地区保健医療福祉推進会議）の運営における論点を整理したものです。

1. 国での地域医療構想に関する検討状況
2. 令和6年度に新たに議論が必要な事項
3. 令和6年度の年間スケジュール

Kanagawa Prefectural Government

2. 令和6年度に新たに議論が必要な事項

2. 令和6年度に新たに議論が必要な事項 ①

① 本県における「推進区域」の設定

- ✓国では、病床機能報告上の病床数の必要病床数と必要量の差異を踏まえ、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地域を「推進区域」として指定することとしている。
- ✓このため、**国の推進区域の指定に当たり、県において対象区域を設定する必要があるため協議**するもの。

② 令和6年度病床整備事前協議の方向性

- ✓新たな基準病床数に基づき、病床が不足する地域においては、病床整備事前協議を行うことになる。
- ✓このため、**令和6年度の病床整備事前協議に先立ち、令和5年度の協議の際に議論となった事柄を整理する必要があるため協議**するもの。

2. 令和6年度に新たに議論が必要な事項 ②

③ 地域包括医療病棟の病床機能の取扱い

- ✓令和6年度の診療報酬改定により新たに「地域包括医療病棟」が新設された。
- ✓当該病棟は、高齢者救急に対応するため「急性期機能」及び「回復期機能」の双方の機能を有するため、病床機能の取扱いを協議する。

④ 今後の病床機能に関する議論の方向性

- ✓これまで、各地域では、各病院が策定した「2025プラン」に基づき、回復期機能が不足する中、各病院と地域の状況を見える化するとともに、地域の意向を尊重しながら調整を進めてきたが、介護や福祉を含めた議論は進んでいない。
- ✓国では、2040年に向けた新たな地域医療構想に関する検討を進めているが、4つの病床機能を前提とした議論は今後も続くと見込まれる。
- ✓そこで、これまでの議論を振り返り、今後の病床機能に関する議論の方向性を協議する。

3. 令和6年度の年間スケジュール（予定）

令和6年度スケジュール（予定）

★ 協議、○ 報告

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
医療審					○ 病床整備事前協議 （公募条件、評価方法等決定） ○ 当年度基金計画の策定の概要 ○ 前年度基金の事後評価		第1回				○ 病床整備事前協議 （配分案結果）	第2回	
推進会議	★ 令和6年度地域医療構想調整会議等の運営 ★ 本県における推進区域の設定 ★ 令和6年度病床整備事前協議の方向性 （公募条件、評価方法等協議） ★ 地域包括医療病棟の取扱い ★ 今後の病床機能の議論に関する方向性 ★ 2025プランに関する変更協議と有床診療所の プラン策定 ○ 地域医療介護総合確保基金（医療分）活用状況 ○ 病床機能報告結果（速報）				第1回	★ 病床整備事前協議 （公募条件、評価方法等決定） ★ 当年度基金計画の策定の概要 ★ 前年度基金の事後評価 ○ 有床診療所の2040年に向けた対応方針 ○ 第1回調整会議の結果概要 ○ 推進会議に係る県西地区会議の報告		第2回	★ 病床整備事前協議 （配分案決定） ○ 次年度基金事業の実施 ○ 次年度基金の予算調整結果 ○ 第2回調整会議の結果概要 ○ 区域対応方針報告			第3回	
調整会議	★ 令和6年度地域医療構想調整会議等の運営 ★ 本県における推進区域の設定（県西地域以外は報告） ★ 令和6年度病床整備事前協議の方向性 （公募条件、評価方法等協議） ★ 地域包括医療病棟の取扱い ★ 今後の病床機能の議論に関する方向性 ★ 2025プランに関する変更協議と有床診療所のプラン策定 ○ 地域医療介護総合確保基金（医療分）活用状況 ○ 病床機能報告結果（速報）				第1回		★ 推進区域事務局案を提示（県西） ○ 有床診療所の2040年に向けた対応方針取りまとめ結果 ○ 当年度基金計画の策定の概要 ○ 前年度基金の事後評価		第2回		第3回		★ 病床整備事前協議 （配分案協議） ★ 外来機能報告 （紹介受診重点医療機関の決定） ★ 区域対応方針の決定（県西）

Kanagawa Prefectural Government

記載の事項のほか、各地域個別の課題も適宜協議を行う

医療審：医療審議会 / 推進会議：保健医療計画推進会議 / 調整会議：地域医療構想調整会議

31

説明は以上です。

Kanagawa Prefectural Government

32

令和6年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議 資料2

協議：本県における「推進区域」の設定

Kanagawa Prefectural Government

目次

本資料は、本県における「推進区域」の設定についてご了承いただくため、これまでの経緯や考え方を整理したものです。

- 1 「推進区域」「モデル推進区域」について
- 2 「推進区域」に求められる検討事項
- 3 国（厚生労働省）から示された「推進区域」の設定の考え方
- 4 県としての受け止めと今後の進め方（案）
- 5 「推進区域」の設定（決定）までの流れ
- 6 保健医療福祉推進会議（改選中）での内諾の取り方
- 7 「推進区域」決定後の調整に関するロードマップ（イメージ）
- 8 お諮りしたいこと

1 「推進区域」「モデル推進区域」について

- 国では、2025年に向けて、国、都道府県、医療機関が取り組むべき事項を明確化し、国等による積極的な支援を実施するため、地域医療構想の「推進区域」「モデル推進区域」を設定することとしている。
- 国では、**各都道府県 1～2 区域の「推進区域」を設定**し、「推進区域」の中から、全国で10～20か所の「モデル推進区域」**（本県は該当しない見込）**を設定する。
- なお、「**推進区域**」は、**国からの案に基づき、各都道府県で調整**する。

2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月予定）

（出典）厚生労働省（令和6年3月13日 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）資料抜粋

1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- ・ 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定して**アウトリーチの伴走支援を実施**、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い**区域対応方針の策定・推進**、医療機関において**区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組**を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

モデル推進区域にのみ適用

2

2 「推進区域」に求められる検討事項

- 「推進区域」では、医療提供体制上の課題、解決に向けた方向性、取組内容等からなる「**区域対応方針**」を**令和6年度中に策定**する必要がある。
- また、推進区域内の医療機関は、**区域対応方針**に基づき、**必要に応じて「医療機関対応方針」**（本県では「公的医療機関等2025プラン」及び民間病院の「2025年に向けた対応方針」）の**検証、変更を行う**ことになる。

	2024年度（令和6年度）	2025年度（令和7年度）
国	● 都道府県あたり 1～2 か所の推進区域を設定 (新)	● 区域対応方針の進捗状況の確認・公表 (新)
都道府県	● 推進区域の調整会議で協議を行い、区域対応方針（医療提供体制上の課題、解決に向けた方向性及び取組内容等）を策定 (新) ● 医療機関対応方針の進捗管理	● 区域対応方針の推進 (新)
医療機関	● 区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し (新) ● 医療機関対応方針の取組の実施	● 区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し (新) ● 医療機関対応方針の取組の実施

3

3 国（厚生労働省）から示された「推進区域」の設定の考え方

- 厚生労働省から、神奈川県の「推進区域」として、「**県西地域**」が候補として示された。
- なお、**モデル推進区域**は全国10～20箇所であるため、**該当なし**

○ ①及び②については、令和5年11月末調査において報告いただいた数値をもとに選定

① 2025年の総病床数の必要量と2022年度病床機能報告の2025年見込み（説明できる差異（※）を除く）の差異（絶対数）が全国上位150位の区域として、

県西区域

② 2025年の機能別病床数の必要量と2022年度病床機能報告の2025年見込み（説明できる差異（※）を除く）の差異（絶対数）が全国上位100位の区域として、

急性期病床の場合：川崎北部区域、川崎南部区域、県央区域、**県西区域**

回復期病床の場合：横浜区域、川崎北部区域、川崎南部区域、横須賀・三浦区域、湘南東部区域、湘南西部区域、県央区域、相模原区域、**県西区域**

※病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異や、地域の実情に応じた定量的基準の導入による過剰又は不足を説明できるもの

（出典）厚生労働省資料（令和6年5月14日 本県との個別調整時）

4

4 県としての受け止めと今後の進め方（案）

- 「①病床数全体の差」と「②機能別病床数の差」がそれぞれ**全国上位に該当**していることを踏まえ、厚生労働省から示された「**県西地域**」を「**推進区域**」に設定する方向で調整したい。
- なお、県としては**病床の削減ありきで「区域対応方針」を作成するのではなく、これまで地域で協議してきた方向性を維持しつつ、次の事項等について、地域で協議しながら検討してはどうか**と考える。

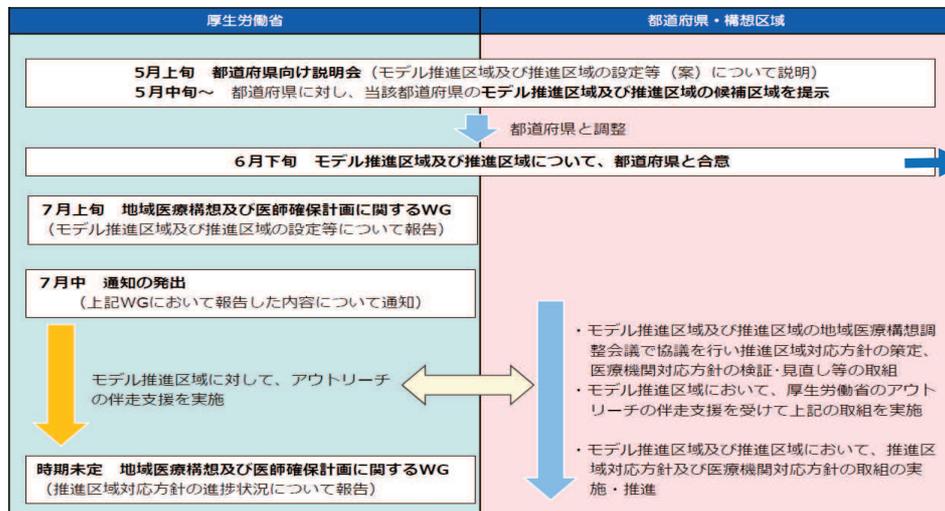
〔区域対応方針の策定に合わせて検討する事項（案）〕

- ・ 下り搬送等の医療機関間のさらなる連携
- ・ 在宅や介護との連携
- ・ デジタル技術の活用 等

5

5 「推進区域」の設定（決定）までの流れ

- 「推進区域」は、**各都道府県内で調整**することとされており、その後、厚生労働省では、7月上旬にWGで報告のうえ、**7月中に「推進区域」として設定（決定）**する予定



(出典) 厚生労働省資料 (令和6年5月9日 都道府県説明会)

- 地域の下承を得るには、**保健医療福祉推進会議での協議が必要だが、委員改選中であり、期間的にその暇がない。**
- このため、次スライドの段取りで、県西地域の医療関係者を中心に事前調整を行った。地域としての下承は、改めて、**第1回県西地区保健医療福祉推進会議にて得ることとしたい。**

6

6 保健医療福祉推進会議（改選中）での内諾の取り方

No.	氏名	職	調整	No.	氏名	職	調整
1	長谷川 嘉春	小田原保健福祉事務所 所長	事前説明	22	安西 由充	小田原歯科医師会 会長	事前情報提供
2	弘中 千加	小田原保健福祉事務所足柄上センター 所長		23	海瀬 光美	足柄歯科医師会 会長	
3	小松 幹一郎	神奈川県医師会 理事		24	渡邊 千括	小田原薬剤師会 会長	
4	磯崎 哲男	神奈川県医師会 理事		25	大谷 和弘	全国健康保険協会神奈川支部	
5	渡邊 清治	小田原医師会 会長		26	篠原 正泰	健康保険組合連合会神奈川連合会 副会長	
6	飛弾 康則	足柄上医師会 会長		27	藤澤 なお子	足柄上病院 副院長兼看護局長	
7	杉田 輝地	小田原医師会病院会 代表		28	花田 亮	小田原食品衛生協会 会長	
8	川口 竹男	小田原市立病院 院長		29	木村 秀昭	小田原市社会福祉協議会 会長	
9	牧田 浩行	足柄上病院 院長 / 足柄上医師会理事		30	寺下 かつ子	大井町社会福祉協議会 会長	
10	渡辺 雅彦	東海大学医学部付属病院 病院長		31	時田 佳代子	社会福祉法人小田原福社会潤生園 理事長	
11	南 康平	神奈川県病院協会 常任理事		32	小山田 雅子	神奈川県社会福祉事業団 施設長	
12	大木 勝雄	小田原市 健康増進・医療連携担当部長	33	大水 健晴	社会福祉法人宝安寺社会事業部 理事長		
13	渡辺 修	南足柄市 福祉健康部長兼福祉事務所長	34	木村 隆志	小田原労働基準監督署 署長		
14	重田 勲	中井町 健康課長	35	岩崎 美一	小田原児童相談所 所長		
15	小池 正彦	大井町 子育て健康課長	36	山岸 光一	県西教育事務所 所長		
16	渋谷 昌宏	松田町 子育て健康課長	37	上田 春江	箱根町健康づくり推進委員会 会長		
17	尾崎 雄一	山北町 保険健康課長					
18	小宮 好徳	開成町 子育て健康課長					
19	安藤 正博	箱根町 福祉部長					
20	飯塚 雄一	真鶴町 健康長寿課長					
21	梨子本 隆志	湯河原町 保健センター所長					

- 委員改選中であり、推進区域の検討事項は「医療機関対応方針の検証」であるため、地域の医療関係者に事前説明、その他の委員には事前の情報提供を行った。

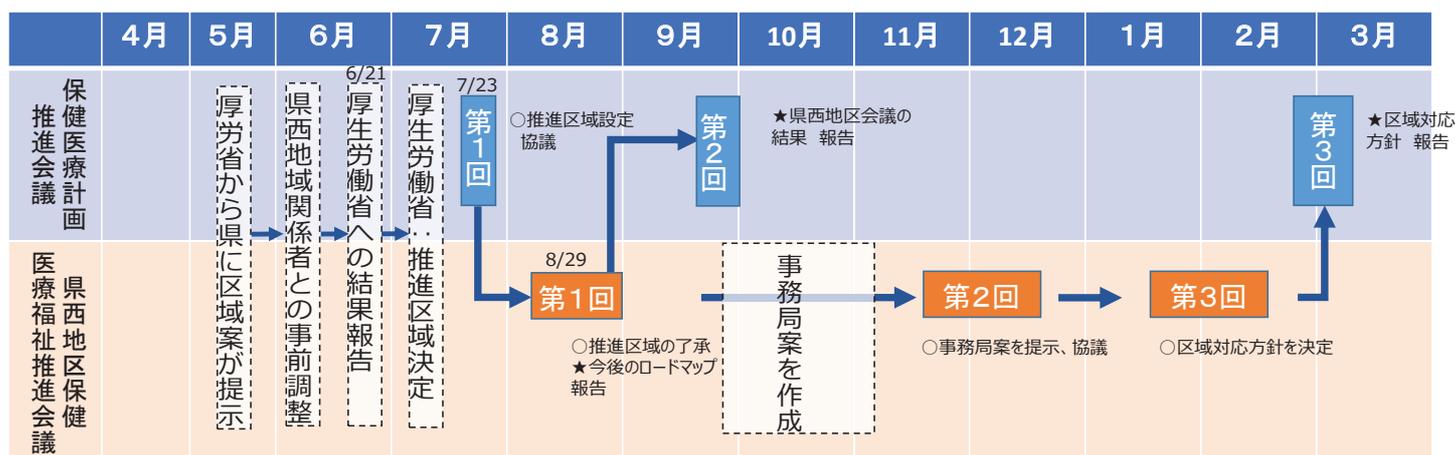
※上記は改選前委員一覧 (足柄上病院院長変更に伴い新院長に説明)

7

- 療養病床に入院させなければいけない人があふれて、本来入院が必要な急性期の患者の対応が難しい現状があるので、そういったところも推進区域で議論していきたい。
- 足柄上病院の診療体制変更に伴い、地域の医療ニーズへの対応にも変化が見込まれるので、推進区域の議論でこの点も議論できたらよいと思う。
- 医師の働き方改革への対応や医師の待機が厳しいことから、デジタル技術を活用していきたいので、ICTの取組を「区域対応方針」に記載してほしい。
- 病院としては病床を削減するべきではないと考えるが、診療のデジタル化を進めることにより、新たな診療を目指すこともありえる。
- 病床数の問題だけではなく、地域医療をどうするのか、推進区域として議論できるのはいいことだと思う。
- **スライド4の考え方を前提に、県西地域を推進区域に設定することは同意する。**

7 「推進区域」決定後の調整に関するロードマップ（イメージ）

- 国での選定の後、**今年度中に「推進区域対応方針」を策定する必要がある。**
- このため、県西地区保健医療福祉推進会議にて、医療機関や地域としての意向を取りまとめ、適宜、事務局案を提示の上協議し、**第3回会議において「推進区域対応方針」を決定することを想定**している（第3回保健医療計画推進会議で報告）。



- 県西地域を「推進区域」とすることについて、ご了承いただきたい。
- また、「区域対応方針」の策定については、スライド9のとおりロードマップで進めていくことについて、ご了承いただきたい。

令和6年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議 資料3

協議：令和6年度病床整備事前協議の方向性

Kanagawa Prefectural Government

目次

本資料は、令和6年4月現在の既存病床数を共有の上、令和6年度の病床協議事前協議の進め方等について協議いただくためのものです。

1. 事前協議の目的
2. 令和6年4月1日時点の既存病床数について
3. 昨年度の議論
4. 令和6年度の事前協議における論点
 - 論点1：介護医療院等への転換病床数の取扱い
 - 論点2：公募期間と公募病床数の取扱い
 - 論点3：公募要件等の整理、公募病床数を上回る申出があった際の取扱い
5. その他
6. 今後のスケジュール

Kanagawa Prefectural Government

1. 事前協議の目的

- 病床整備事前協議は、二次保健医療圏の実情や圏域特性を考慮し、病床（療養病床及び一般病床）の機能別整備を進め、神奈川県保健医療計画の着実な推進を図り、**良好な医療提供体制の確保に寄与することを目的**としている。
- このため、当該年の4月1日時点の**既存病床数が基準病床数を下回る二次保健医療圏**については、必要に応じて病院の**開設、増床に関して開設希望者を公募の上、事前協議**を行っている。

2. 令和6年4月1日時点の既存病床数について①

<療養病床及び一般病床>

二次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引	整備目標病床数	差引
	A	B	B - A	C	C - B
横浜	25,209	23,386	△1,823	24,510	△1,124
川崎北部	4,279	4,113	△166	設定なし	
川崎南部	3,658	4,585	927		
相模原	6,389	5,910	△479		
横須賀・三浦	5,238	5,183	△55		
湘南東部	4,726	4,301	△425		
湘南西部	4,360	4,537	177	設定なし	
県央	5,229	5,324	95		
県西	2,678	2,914	236		
合計	61,766	59,582	△1,513		

※ 既存病床数には、昨年度までの事前協議承認分、医療法第7条第3項の許可を要しない診療所として決定された分を含んでいます。

2. 令和6年4月1日時点の既存病床数について②

<精神病床>

区域	基準病床数	既存病床数	差引
	A	B	B - A
全県	12,080	13,165	1,085

<感染症病床>

区域	基準病床数	既存病床数	差引
	A	B	B - A
全県	62	74	12

<結核病床>

区域	基準病床数	既存病床数	差引
	A	B	B - A
全県	124	146	22

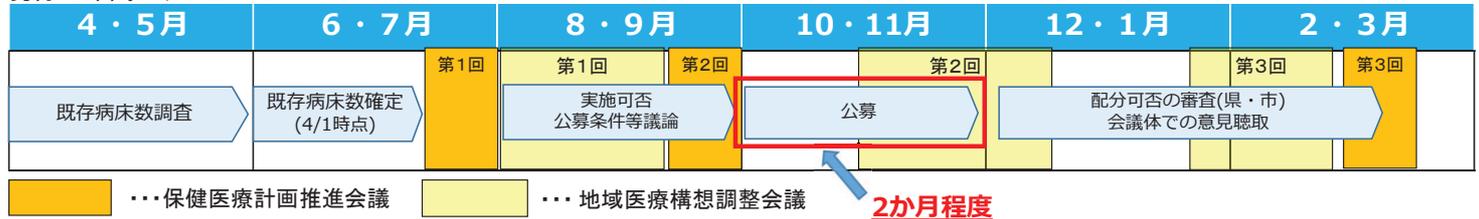
3. 昨年度の議論（さらなる運用上の工夫について）

○ 公募期間の見直し

令和5年11月6日開催
第4回県保健医療計画推進会議資料を一部加工し抜粋

公募期間が短いことから、開設希望者に対し十分な準備期間を設けられていなかった可能性があるため、**募集期間の見直し（2年かけて公募する等も含め）を検討**してはどうか。

現行の年間スケジュール



○ 公募病床数の見直し

単年での病床事前協議&配分が前提であったため、配分する病床は、当該年度の既存病床数と基準病床数の差分をすべて公募していたが、**8次計画策定時の既存病床数と基準病床数（整備目標病床数）の差分を、“3or6年間（8次計画期間の中で）かけて配分する”**という考えのものと、当初の差分を分割して公募することとしてはどうか。

3. 昨年度の議論（地域医療構想調整会議での協議結果）

第3回地域医療構想調整会議における協議結果は以下のとおり

〔整備目標病床数〕

令和6年度の病床事前協議病床数が400床を上回ることが見込まれる地域を中心に、2地域（横浜、湘南東部）で「整備目標病床数」の設定を行った。

〔運用上の工夫〕

一部地域において、

- ・ 介護医療院への転換分の取扱い
- ・ 分割して配分することや、病床配分の期間を検討すること

についての議論を令和6年度の病床事前協議の際に行うべきとの意見があった。

6

【参考】各地域の整備目標病床数と運用上の工夫①

令和5年11月6日開催
第4回県保健医療計画推進会議資料より

医療圏 パターン○※1	既存病床数 (R5.4.1)	7次基準病床数 (現行)	8次基準病床数 (案)※2	整備目標病床数 (案)※2	運用上の工夫等
横浜 パターン2	23,608	23,993	25,209 (△1,601)	24,510 (△902)	介護医療院等への転換分の取扱いや、3年間で450床程度を募集することなど、詳細を次年度の病床事前協議で検討
川崎北部 パターン1	4,115	3,796	4,279 (△164)	—	公募期間の見直しや分割した病床の配分についても、次年度病床整備事前協議で検討
川崎南部 パターン1	4,776	4,189	3,658 (+1,118)	—	現時点では検討しない（今後、病床整備事前協議を行う際に検討する）
相模原 パターン1	6,302	6,545	6,389 (△87)	—	介護医療院等への転換分の取扱いや配分する病床の機能や分割の必要性等について、次年度の病床事前協議で検討
横・三 パターン3	5,098	5,307	5,238 (△140)	—	現時点では検討しない（今後、病床整備事前協議を行う際に検討する）

Kanagawa Prefectural Government

※1 下線を引いた地域は、事務局案とは異なるパターンを選択した地域

※2 () 内の数値は、既存病床数 (R5.4.1) との差引

7

【参考】各地域の整備目標病床数と運用上の工夫②

令和5年11月6日開催
第4回県保健医療計画推進会議資料より

医療圏 パターン○※1	既存病床数 (R5.4.1)	7次基準病床数 (現行)	8次基準病床数 (案)※2	整備目標病床数 (案)※2	運用上の工夫等
湘南東部 パターン1	4,417	4,064	4,726 (△309)	4,550 (△133)	介護医療院等への転換分の取扱いや配分する病床の機能や分割の必要性等について、次年度の病床事前協議で検討
湘南西部 パターン1	4,638	4,635	4,360 (+278)	—	現時点では検討しない（今後、病床整備事前協議を行う際に検討する）
県央 パターン4	5,333	5,361	5,229 (+104)	—	現時点では検討しない（今後、病床整備事前協議を行う際に検討する）
県西 パターン4	3,092	2,809	2,678 (+414)	—	現時点では検討しない（今後、病床整備事前協議を行う際に検討する）
合計	61,379	60,699	61,766 (△387)	—	—

Kanagawa Prefectural Government

※1 下線を引いた地域は、事務局案とは異なるパターンを選択した地域

※2 () 内の数値は、既存病床数 (R5.4.1) との差引

8

4. 令和6年度の事前協議における論点

論点1：介護医療院等への転換病床数の取扱い

令和6年4月から介護医療院への転換病床数は既存病床数から除外することになるため、その病床数の取扱いを考慮すべきか。

論点2：公募期間と公募病床数の取扱い

公募期間：従来どおりとするか、公募期間を見直すか

公募病床数：一括して募集するか、分割しての募集とするか

論点3：公募要件等の整理、公募病床数を上回る申出があった際の取扱い

公募要件が曖昧とのご意見があったため、公募要件等の見直しを検討するか
公募病床数を上回る申出があった場合の取扱いをどのようにするか

※ 上記を考慮して令和6年度の事前協議を進めていきたい。

9

論点1：介護医療院への転換病床数の取扱い

- 第7次計画期間中の経過措置が解除され、令和6年4月以降は、**介護医療院への転換病床数を既存病床数にカウントしないこととなる（881床が転換）。**
- この件について、昨年度の保健医療計画推進会議等について、以下の意見が出された。
 - ・病床が介護医療院へ転換されたとはいえ、**患者の受け皿が減少した訳ではない**ため、機械的に差し引きすると、**必要以上に病床を整備することになる**という考え方もあるのではないか。
 - ・**病床協議の事前協議を行う際には、患者の受け皿が減少したわけではないこと等も加味した上で、公募する病床数を検討してはどうか。**

※ 第1回地域医療構想調整会議にて協議し、地域ごとの方針を整理することとしてはどうか。

Kanagawa Prefectural Government

10

【参考】二次医療圏別の介護医療院への転換病床数

対象地域	病床数	対象地域	病床数
横浜	183	湘西	52
相模原	308	県央	44
湘東	116	県西	178

計 881床

Kanagawa Prefectural Government

11

論点2：公募期間と公募病床数の取扱い

公募期間

従来どおり2か月とするか、期間を長く設定するか。

公募病床数

不足病床数をすべて公募するか、複数年に分割して公募するか。
なお、整備目標病床数を設定している地域は、その数値を基礎に公募病床数を整理するか。

※ 当初の想定通り、第1回地域医療構想調整会議にて協議し、地域ごとにいずれを選択するのか整理することとしてはどうか。

Kanagawa Prefectural Government

12

論点3：公募要件等の整理、公募病床数を上回る申出があった際の取扱い①

①公募要件等の整理

- ・ 昨年度の病床整備事前協議において、**公募要件が曖昧**とのご意見があった。
- ・ 当該協議は、**(ア) 公募要件及び申出要件**を満たしたうえで、**(イ) 審査**を行い、**(ウ) 配分**を行うものである。しかし、**昨年度は公募要件を、上記3要件が混在した状態で提示してしまったことが、混乱を招いた要因であると考えた。**
- ・ そのため、**本年度からは別添「記載例」(※参考資料1)のとおり公募要件等を整理してはどうか。**
- ・ なお、各要件の具体的な内容については、地域の実情に応じた記載とすることとしてはどうか。

※ 別添「記載例」(※参考資料1)のとおり整理してはどうか。

13

論点3：公募要件の整理、公募病床数を上回る申出があった際の取扱い②

②公募病床数を上回る申出があった際の取扱い

- 公募病床数を上回る申出があった場合の調整がスムーズに行えるよう、**次ページのパターンを参考にすることとしてはどうか。**

②－1 公募病床数を上回る申出があった際の調整イメージ

パターン	特徴	デメリット
パターン1 個別事情を考慮し配分	地域の実情を加味して、配分可能	すべての調整には活用できない
パターン2 公募病床数に申出数の割合を乗じて配分	申出数に応じて機械的に配分可能	多くの病床数を申し出た病院に多く配分
パターン3 二次医療圏内の市区町村の人口と病床数の割合を考慮し、公募病床数に応じた申出数の割合を乗じて配分	地域差の是正を考慮し、機械的に配分	病院開設希望者の希望は加味されない

- それぞれのパターンにデメリットもあるため、**各パターンの併用も含め、各地域実情を考慮して運用することとしてはどうか。**
- なお、**申出数に対し配分予定数が少なくなった場合**、開設希望者によっては、申出を辞退する場合も想定されるため、**配分案を受諾、又は、辞退するのかヒアリングのうえ、辞退があった場合は、残りを開設者希望者で再配分することとしてはどうか。**

② - 2 公募病床数を上回る申出があった際の調整例

	公募 病床数 A	申出数 B	係数 C (A/B)	配分案 D (B*C)	全医療機関が承諾 ⇒ 配分案のとおり				
					医療機関が辞退 ⇒ 次のとおり再配分				
	公募 病床数 A	申出数 B	係数 C (A/B)	配分案 D (B*C)		公募 病床数 A	申出数 B	係数 C (A/B)	配分案 D (B*C)
病院 a		200床		131床	受諾・ 辞退」を調査	病院 a	200床		178床
病院 b		100床		66床		病院 b	辞退		0床
病院 c		50床		33床		病院 c	50床		45床
病院 d		30床		20床		病院 d	30床		27床
計	250床	380床	65.8%	250床		計	250床	280床	89.3%

Kanagawa Prefectural Government

16

5. その他（配分の調整案についての協議の場）

- 令和5年度病床整備事前協議の際、委員から次の意見があった。
 - ・ 地域医療構想調整会議には、**必ずしも病床整備に精通していない方も委員となっている。**
 - ・ そうした委員は、**配分案について意見を求められても意見しにくい面もある。**
 - ・ 事前に客観的に「**配分の調整案を整理できる場**」を設置し、**その結果を地域医療構想調整会議で協議することとした方が、論点が整理され、望ましいのではないか。**

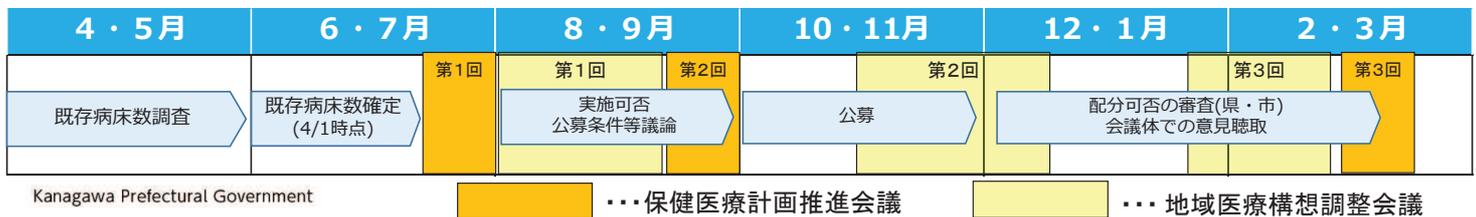
【対応案】

- 事前協議に係る審議日程を考慮すると、**新たな会議等の設置は難しい。**
- このため、地域医療構想調整会議の開催前に、**医師会、病院協会等の関係者による事前調整を実施し、調整案を整理の上、地域医療構想調整会議にて議論することとしたい。**（政令市等、すでに協議の場が設置されている地域については、従来通りの協議の場を活用。）

17

6. 今後のスケジュール

- 8月 第1回地域医療構想調整会議（地区保健医療福祉推進会議）
対象地域：横浜、川崎北部、相模原、横須賀・三浦、湘南東部
協議事項：事前協議実施の要否及び実施する場合の公募条件等を協議
- 9月 第2回保健医療計画推進会議
事前協議の対象地域及び公募条件等の決定
- 10～11月 公募（公募期間を例年どおりとする場合）
- 公募後、配分可否を審査
⇒ 地域医療構想調整会議、保健医療計画推進会議で意見聴取
⇒ 第2回医療審議会（3月頃開催）への報告を経て、知事が審査結果を決定



18

説明は以上です。

令和6年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議 資料4

協議：地域包括医療病棟の取扱い

Kanagawa Prefectural Government

目次

本資料は、令和6年度診療報酬改定により新設された「地域包括医療病棟」に係る病床機能の取扱いについて現時点での考え方と方向性について、一旦整理し、協議するためのものです。

1. 背景と論点
2. 地域包括医療病棟とは
3. 病床機能報告における地域包括ケア病棟の病床機能の取扱い
4. 取扱いの方向性（案）

Kanagawa Prefectural Government

1.背景と論点

背景

- 令和6年度の診療報酬改定により「地域包括医療病棟」が新設され、急性期における治す医療とリハビリ等の支える医療の提供を同時に行うことから、「急性期」と「回復期」双方の病床機能を有している。

論点

- 病床機能報告における病床機能の取扱いは、国からまだ示されていないが、令和6年第1回地域医療構想調整会議では、「2025プランの更新」について協議するため、当該会議を目的に病床機能の取扱いを整理する必要がある。

Kanagawa Prefectural Government

【地域包括医療病棟の概要】

地域包括医療病棟	
病棟の趣旨	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。
看護配置	10対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上
在院日数	平均在院日数 21日以内
救急医療体制	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価
救急実績	緊急入院割合・緊急入院直接入棟 1割5分以上
リハビリ	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件
在宅復帰率	80%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含む)

3

2.地域包括医療病棟とは①

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。**
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。**
- 高齢者の入院患者においては、**医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。（高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性）**
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながる**ことが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。**

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者（介護福祉士含む）による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

102

4

2.地域包括医療病棟とは②

論点：病床機能報告における病床機能は示されていない

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

急性期一般病棟入院料 1		地域包括医療病棟*	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> 「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含まない)

* 地域で連携していく中で、一時的に想定される診療が難しい期間がある場合、令8年5月末までの間、平均在院日数等の要件について、3か月上限とし、当該期間を実績の対象期間から除いて差し支えない。(厚生労働省保険局医療課 令和6年5月31日事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その7)」)

5

2.地域包括医療病棟とは③

令和6年度診療報酬改定

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

○ 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。急性期医療と回復期医療を担う**地域包括医療病棟**を新設した。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



47

6

2.地域包括医療病棟とは④

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟② 施設基準等

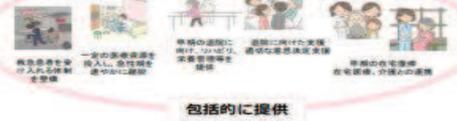
地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- **地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設**する。

(新) 地域包括医療病棟入院料(1日につき) 3,050点

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



【施設基準】(抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4m/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

103

3.病床機能報告における地域包括ケア病棟の病床機能の取扱い

- 複数の医療機能の選択可能性がある「地域包括ケア病棟」の報告上の区分は各医療機関が実態に基づき「回復期」、「急性期」を選択するものであり、一律の基準はない。

令和5年度 病床機能報告 報告マニュアル<①基本編>

(抜粋)

- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

4. 取扱いの方向性（案）

■論点

- 病床機能報告における病床機能の取扱いは、国からまだ示されていない。
- 一方、第1回地域医療構想調整会議では、「2025プランの更新」について協議するため、その会議を目的に病床機能の取扱いを整理する必要がある。

■前提となる考え方

- 「地域包括医療病棟」は、急性期における治す医療とリハビリ等の支える医療の提供を同時に行うことから、「急性期」と「回復期」双方の機能を有している。
- 同様に急性期と回復期の双方の機能を有している「地域包括ケア病棟」は医療機関の判断により、「急性期」または「回復期」を選択している。

■県病院協会理事会（5月29日開催）でいただいたご意見

- これまでも病院の自主判断による報告しており、診療報酬における細部事項を考慮すると、「回復期」とすることで齟齬が生じるのではないかと。
- 国の示す考え方に準拠すればよいのではないかと。

4. 取扱いの方向性（案）

- 現時点では、地域包括医療病棟は、地域包括ケア病棟と同様、一旦、医療機関の判断により「回復期」、または「急性期」と整理する可能性があるものと捉え、当面、国の動向を注視していくこととしてはどうか。

※ なお、現状は、「回復期」と報告した病院を対象に基金活用を検討することを想定

【参考】令和6年度病床機能報告について

地域包括医療病棟入院料の取扱いについて（案）

- 令和6年度診療報酬改定において、高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな特定入院料として「地域包括医療病棟入院料」が創設された。
- 当該入院料については、病棟が主に回復期機能を提供している場合は回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択することとしてはどうか。

<対応案（イメージ）>

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	● 地域包括医療病棟入院料（※） ※ 地域包括医療病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択
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	

説明は以上です

令和6年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議 資料5

協議：今後の病床機能に関する議論の方向性

Kanagawa Prefectural Government

目次

本資料は、地域医療構想におけるこれまでの病床機能（4機能）の議論を振り返り、次期地域医療構想の策定を見据え、今後の病床機能に関する議論の方向性について協議いただくためのものです。

1. 本県における病床機能に関するこれまでの議論
2. 論点
3. 考察：論点整理に至った理由と背景
4. 今後の方向性
5. 今後のスケジュール

Kanagawa Prefectural Government

1. 本県における病床機能に関するこれまでの議論

<病床機能報告と地域医療構想>

- 各病院等では、毎年、**病棟単位で医療機能を自ら選択し、県に病床機能を報告**している。
- **地域医療構想**は、厚生労働省の示す算定式により、入院受療率、将来の性年齢階級別人口等の値を用いて**機械的に推計した2025年の必要病床数と**、各病院等が提出した**病床機能報告の値を積上げた機能別の病床数を比較**し、今後の対策を整理している。

<2025プラン>

- **各病院では**、「公的医療機関等2025プラン」及び「2025年に向けた対応方針」（以下併せて「2025プラン」という。）**を策定**
- 県では、「地域医療構想の進め方について（平成30年2月7日 医政地発0207第1号）」に基づき、**各病院等が「2025プラン」の変更を希望する場合は、地域医療構想調整会議で協議**してきた。

□ **どの地域においても、急性期機能が過剰で、回復期機能が不足するとされる中、県としては、各病院と地域の状況をできるだけ「見える化」するとともに、地域の意向を尊重し、折り合える対応を模索しながら調整を進めてきた。**

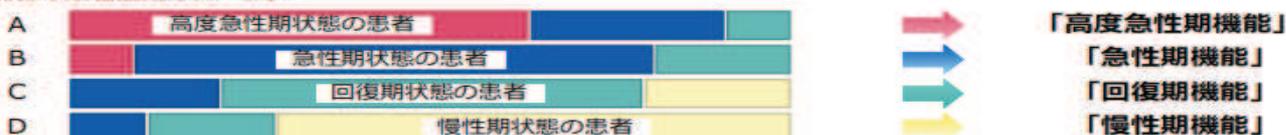
(参考1) 病床機能報告とは

- 病床機能報とは、**各医療機関が**、毎年、病棟単位で**医療機能を自ら選択して**、都道府県に報告するもの

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、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

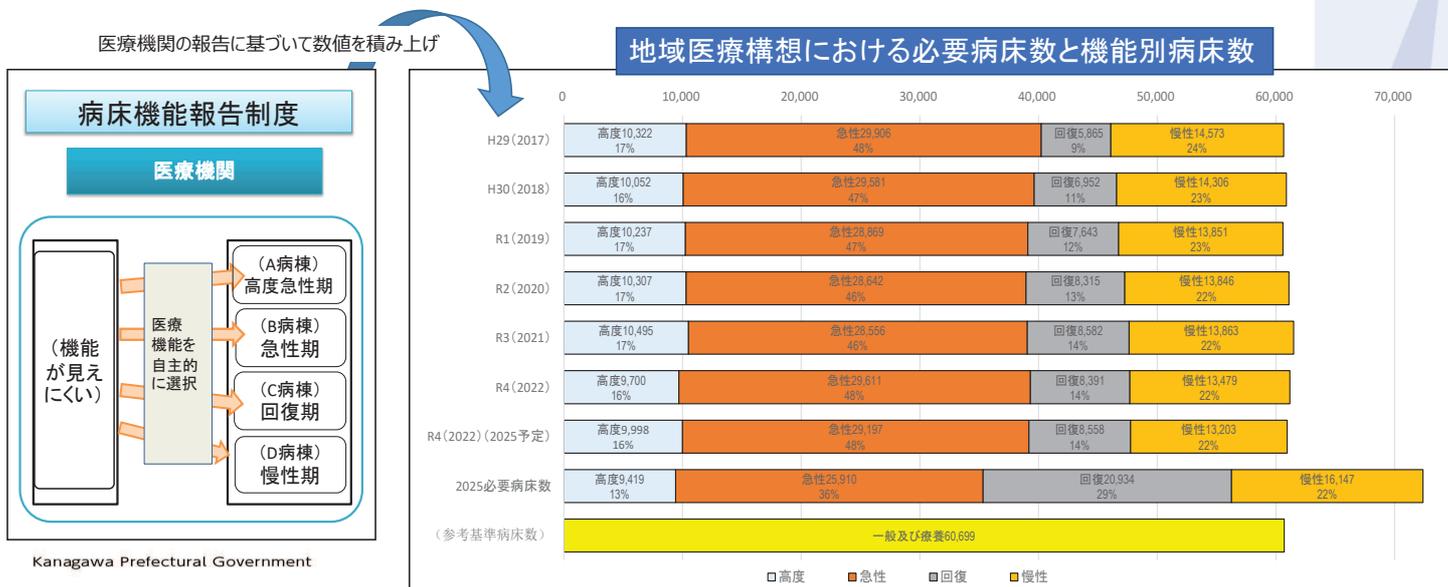
それぞれ、「令和6年3月21日 第107回社会保障審議会医療部会」資料より抜粋

(病棟の患者構成イメージ)



(参考2) 地域医療構想とは

- 地域医療構想とは、厚生労働省の示す算定式により、入院受療率、将来の性年齢階級別人口等の値を用いて機械的に推計した2025年の必要病床数と、各病院が提出した病床機能報告の値を積み上げた機能別の病床数を比較し、今後の対策を整理したもの



(参考3) 2025プランとは

- 各病院では、「**公的医療機関等2025プラン**」及び「**2025年に向けた対応方針**」を策定
- 県では、「**地域医療構想の進め方について（平成30年2月7日 医政地発〇二〇七第一）**」に基づき、各病院が「**2025プラン**」を変更する場合は、**地域医療構想調整会議**で協議を行っている。

【公的医療機関等2025プラン】

主な報告事項

基本情報（医療機関名称等）
 医療機関の現状（病床種別等）
 2025年に向けた方針（病床機能、今後地域で担う役割等）
 数値目標等（病床稼働率、手術室稼働率等）
 他医療機関・介護施設等との連携（主な受入れ元/退院先等）

〇〇病院
 公的医療機関等2025プラン

Kanagawa Prefectural Government

【2025年に向けた対応方針（公的医療機関等以外が作成）】

2025年に向けた対応方針						
作成日						
医療機関名称	開設者					
所在地						
医療機関の現状						
病床種別	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	計
	許可病床数					0床
稼働病床数						0床
病床機能(2018年)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休養中	計
	許可病床数					0床
稼働病床数						0床
診療科目						
職員数						
指定・届出等の状況(指定を受けているもの、届出をしているものに○)	救急病院	緩和ケア病棟	地域包括ケア病棟(病床)	回復期リハビリテーション病棟	在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院
	(床)	(床)	(床)			

5

2. 論点

- 病床機能報告は、各病院の自ら選択した結果であるが、**地域医療構想調整会議での議論は、地域の各病院が担う役割に関する総合的な議論ではなく、病床機能の変更を希望する病院の是非に終始する傾向がある。**
- また、不足する病床機能に**一旦、転換した場合、元の機能への再転換に異論が生じやすく、転換が進まない要因のひとつ**と考えられる。
- 加えて、国が進める**2040年に向けた新たな地域医療構想に関する検討**においても、**4機能の議論は続くと思込まれるが、第8次保健医療計画の基準病床数と必要病床数の乖離は詰まっていない。**
- 更に、令和6年度の診療報酬改定を踏まえると、「**地域包括医療病棟**」のように、**今後も持続的に必要な医療機能は、診療報酬で財源措置されなければ対応が難しい。**

- **国が唱える4機能の議論に固執するのでは限界があるため、必要な病床機能の目安として捉えることでよいのではないか。**
- **病院の運営が難しくなるルールは本末転倒**であるので、各病院の担う役割を共有したうえで、改めて**地域において必要とする機能をどのように確保していくのが適切なのか、話し合いのルールを明確化する必要があるのではないか。**

6

3. 考察：論点整理に至った理由と背景

(1) 地域包括医療病棟入院料の新設

- **高齢者への救急医療を確保する観点から、令和6年度の診療報酬改定にて、「地域包括医療病棟入院料」が新設された。** ⇒ **ただし、4機能の取扱いが明確でない。**

(2) 基準病床数と必要病床数の乖離

- 第8次保健医療計画の**基準病床数（60,699床）と必要病床数（72,410床）の乖離は詰まっていない。**

(3) これまでの議論での意見

- これまでの保健医療計画推進会議や地域医療構想調整会議においても、必要病床数や病床機能の区分について、「**現場の感覚とは必ずしも同じでない**」等の意見がある。

(4) 定量的基準

- **病床機能報告と地域医療構想における必要病床数の乖離を分析するため、令和元年度より「手術件数」「救急医療管理加算」「患者の重症度、医療・看護必要度」の3つの指標により、「急性期機能」を「一般型」と「地域密着型」の2つに機械的に区分する定量的基準を導入した。**
- 定量的基準の導入に伴い、過剰であった急性期病床は、「回復期寄りの急性期」が整理可能となり、**回復期病床の不足感は薄まったが、新型コロナの感染拡大に伴い、その運用は一旦中断している。**

- **こうしたことを踏まえると、議論の元となる必要病床数そのものが本県にとって適切なのか様々な捉え方ができるため、「4機能に固執した議論には限界がある」との論点整理に至った。**

7

(参考4) 地域包括医療病棟入院料の新設

- 令和6年度の診療報酬改定にて、新たに「地域包括医療病棟入院料」が新設された。
- この報酬は、高齢者への救急医療を確保する観点から新設されたもの
 - 4機能の基準が曖昧である中、必ずしも病床機能の区分が明確でない入院料が設定された。
 - とすると、今後も必要な機能は、診療報酬により整理されることも想定されうる。

令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性)
- 誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が低栄養リスク状態又は低栄養である。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括医療病棟	
病棟の趣旨	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療(リハビリ等)を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。
看護配置	10対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	・「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上(必要度I)又は15%以上(必要度II) ・入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上
在院日数	平均在院日数 21日以内
救急医療体制	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価
救急実績	緊急入院割合:緊急入院直接入棟1割5分以上
リハビリ	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件
在宅復帰率	80%以上 (分子に回リリハ病棟等への退院を含む)

Kanagawa Prefectural Government

102

8

(参考5) これまでの議論における意見

会議名	意見
令和5年 第2回保健医療計画推進会議	○ 2025年の必要病床数は大幅に不足しているように見えるが、病床は大きく増えていない中であっても、現場は回っている。必要病床数は必ずしも実態とは異なるのではないか。
令和4年 第1回保健医療計画推進会議	○ 回復期機能の捉え方は、国と現場では、線引きの仕方が異なるのではないか。
	○ 無理に必要病床数に合わせることに固執しない方がよいのではないか。
令和4年 第1回地域医療構想調整会議	○ 高度急性期から、回復期、慢性期に至るまで医療提供はグラデーションがあり、急性期と括られる中にも回復期の患者がいる。 ○ それぞれの機能の中でどのくらいの部分がその機能を果たしているのか議論が必要ではないか。

- これまで開催した保健医療計画推進会議及び地域医療構想調整会議においても、**必要病床数や病床機能の区分について、「現場の感覚とは必ずしも同じでない」**等の意見がある。

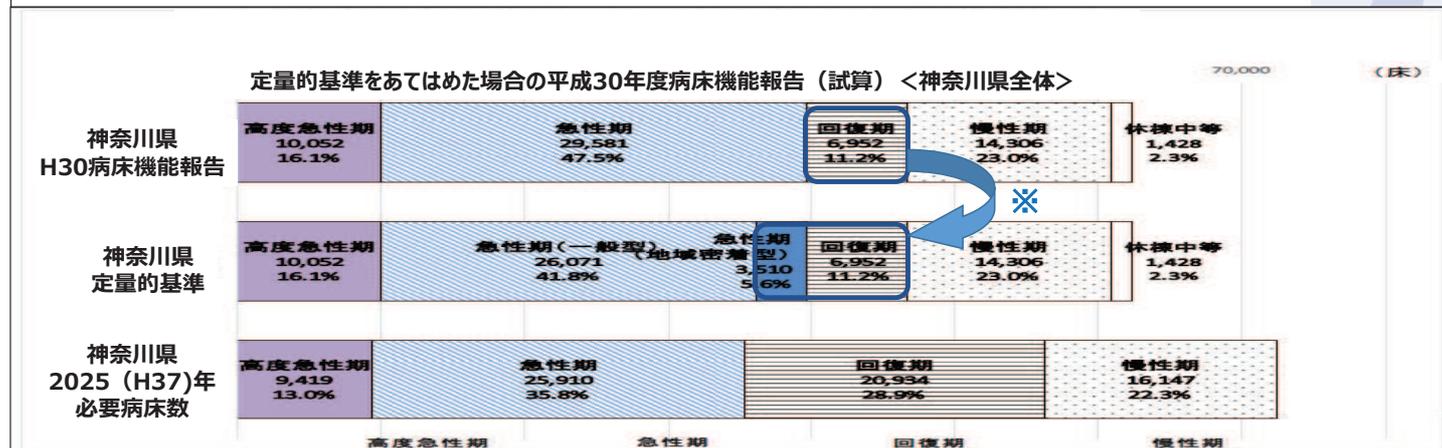
⇒ **地域医療構想の議論の方向性については、これまでの考え方に限界があるのではないか。**

Kanagawa Prefectural Government

9

(参考6) 定量的基準の導入

- **急性期病床の実態を把握するため、令和元年度より「手術件数」「救急医療管理加算」「患者の重症度、医療・看護必要度」の3つの指標により、「急性期機能」を「一般型」と「地域密着型」の2つに機械的に区分する定量的基準を導入した。**
- その結果「回復期よりの急性期」が一定数あることもわかった。※
 - 病床機能報告制度と病院の自主性の観点から、**定量的基準は二次医療圏ごとに整理し、各病院に、当該基準に沿った病床機能の報告は強制はしないこととした。**



令和元年度第1回地域医療構想調整会議資料より抜粋

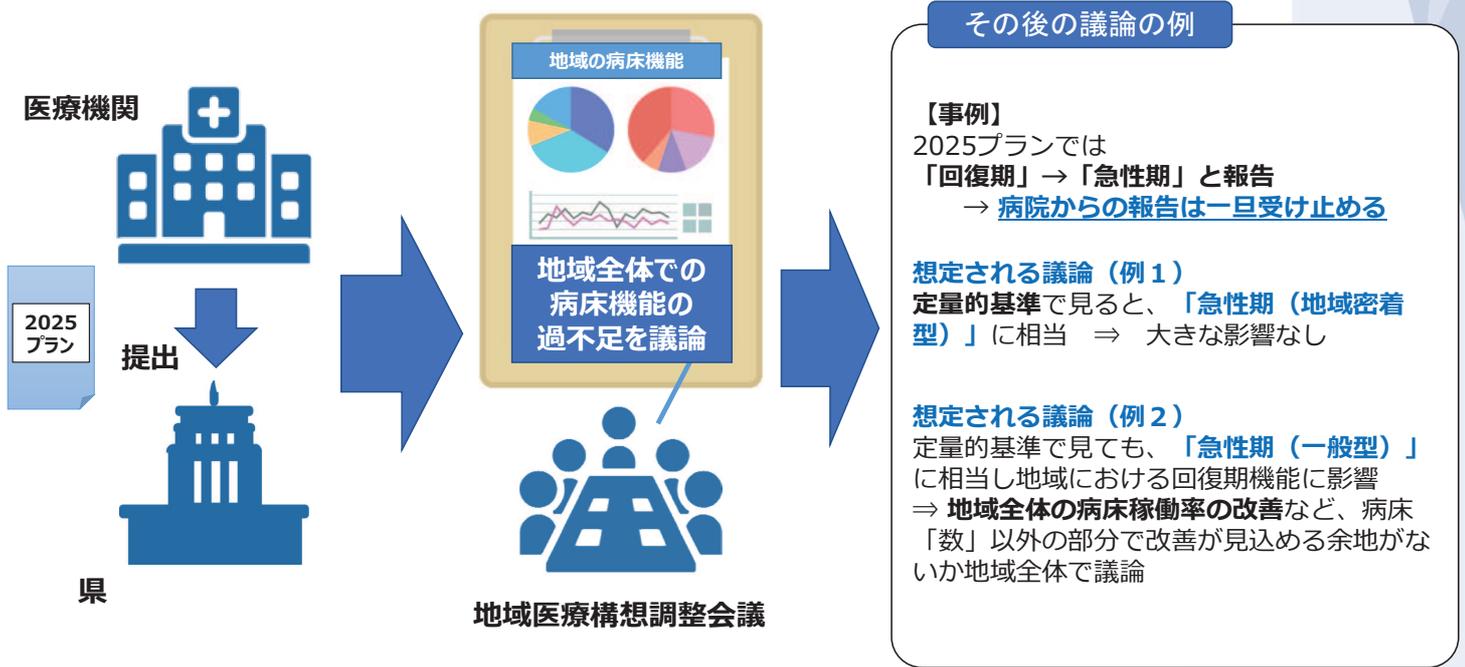
10

4. 今後の方向性

- ① 病床機能報告により積上げた病床機能の数と、必要病床数との単純比較は困難であり、4機能区分のみの議論では真に不足する機能が明確にならない。このため、**「定量的基準」による病床機能の積上げを再開し、その基準により各病院の病床機能がどのように区分されたのか病院別のデータも含めて共有**する。
 - 病床機能報告における病床機能は、引き続き病院の自主的な報告に委ねるため、急性期が過剰傾向となることが見込まれるが、医療機能の充足度に関しては、**定量的基準により、一部回復期と見なして評価を行う。**
 - その状態を共有しつつ、**継続的に動向を注視し、地域として取り組むべき課題があれば、地域の病院間で話し合いを行うことを基本的なルール**としてはどうか。
 - ② 次に、**病院が診療報酬の改定に伴う機能区分の変更をはじめとした2025プランの変更を希望する場合は、医療提供を継続する上で経営上必要なものと捉え、原則として地域医療構想調整会議では病院の意向を受け止め、情報共有**
 - ただし、その変更により**懸念や課題が見込まれる場合は、予め議論し、その後の経過を見る中で当初の懸念等が顕在化した際は、地域全体で対応策を検討する**こととしてはどうか。
- このように、**機能変更を希望する病院の4機能ごとの病床数に焦点を当てた議論から、必要な対策を地域全体で検討する方向に転換してはどうか。**

11

具体的な議論イメージ



Kanagawa Prefectural Government

5. 今後のスケジュール

★ 協議、○ 報告

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
保健医療計画 推進会議			★今後の病床機能の 取扱いの方向性	第1回		第2回						第3回
地域医療構想 調整会議					第1回		第2回		第3回			

○ 最新の病床機能報告に基づく定量的基準を報告

○ 最新の病床機能報告に基づく定量的基準を報告

以降、定量的基準に基づいた議論の実施

★今後の病床機能の議論に関する方向性

➡ 翌年度からは第2回保健医療計画推進会議で、最新の病床機能報告に基づく定量的基準の最新値を報告する

Kanagawa Prefectural Government

説明は以上です。

令和6年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議 資料6

協議(2) : 2025プランに関する変更協議と有床診療所のプラン策定

神奈川県健康医療局保健医療部医療企画課

Kanagawa Prefectural Government

目次

○ この資料は、病院の2025プランの変更協議と有床診療所のプラン策定について、協議するため整理したものです。

- 1 これまでの2025プランの動向と論点
- 2 病院のプラン変更を改めて協議することに至った経緯
- 3 病院からの報告結果とその態様
- 4 協議がなされなかった要因と課題
- 5 論点1-1 今回のプラン変更案件の取扱い
論点1-2 今後のプラン変更に係る協議のあり方
- 6 論点2 有床診療所のプランの策定
- 7 有床診療所のプラン様式(案)
- 8 有床診療所のプラン策定に向けた日程
- 9 本日まで協議いただきたい事項

病院の
2025プラン
の変更協議

有床診療所の
プラン策定

1 これまでの2025プランの動向と論点

病院	有床診療所
1 当初策定（平成29～30年度）	
<ul style="list-style-type: none"> 平成29～30年度にかけて、病院を対象として、公的医療機関等による「公的医療機関等2025プラン」、民間病院による「2025年に向けた対応方針」（以下合わせて「2025プラン」という）の策定を依頼 その後、各病院の2025プランに変更が生じた場合、各地域の地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）で協議していた。 	<ul style="list-style-type: none"> これまで有床診療所は対象から除外し、病院に策定を求めてきていた。
2 現状（令和4年度～現在）と課題	
<ul style="list-style-type: none"> この間、2025プランの変更について、しっかりと調整会議にて協議している案件がある一方で、様々な事情により、協議を経ずに2025プラン内容を実質的に変更しているケースが散見された。 	<ul style="list-style-type: none"> 有床診療所の2025プランの策定について、厚生労働省から度々指示されている。
3 今後の対応（本日の協議事項）	
<ul style="list-style-type: none"> そこで、2025プランの変更がある場合は、あらためて変更後のプランの再提出を依頼したところ、69件（既に2025プランを変更済みのケースを含む）の報告があった。 このため、2025プランの変更と地域における協議手続について、改めて整理の上、今後の協議・報告手続について協議したい。 （論点1-1・1-2） 	<ul style="list-style-type: none"> 有床診療所*によるプランの策定手続等について協議したい。 （論点2） <p><small>* 県内の有床診療所数：156箇所 （出典：令和5年病床機能報告）</small></p>

2

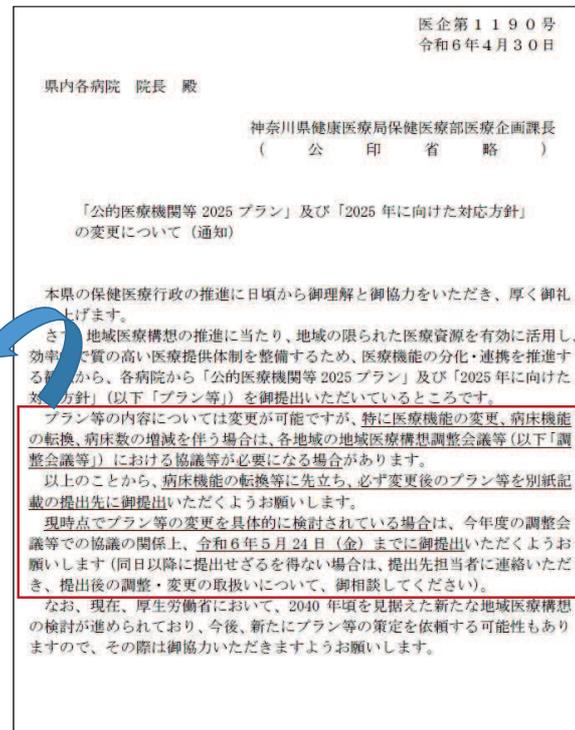
病院の2025プランの変更協議

2 病院のプラン変更を改めて協議することに至った経緯

- 令和5年度の調整会議において、2025プランを既に変更している医療機関の取扱いが議論となった。
- そこで、2025プランの更新がある場合は、2025プランを再提出していただくよう県から県内全病院あてに通知（令和6年4月30日付け）した。

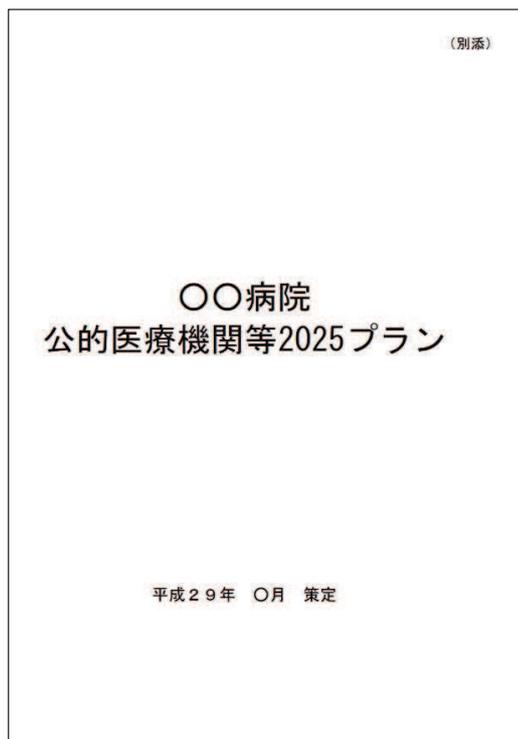
(通知の内容)

- ☑ 病床機能の転換や病床数の増減を伴う場合は、各地域の調整会議での協議等が必要になる場合があるので、変更前にプランの提出をお願いします。
- ☑ 提出期限は令和6年5月24日



4

参考：公的医療機関等2025プランの記載内容



【基本情報】

- ①医療機関名／②開設主体／③所在地／④許可病床数／⑤稼働病床数／⑥診療科目／⑦職員数

【1 現状と課題】

- ①構想区域の現状／②構想区域の課題／③自施設の現状／④自施設の課題

【2 今後の方針】

- ①地域において今後担うべき役割／②今後持つべき病床機能／③その他見直すべき点

【3 具体的な計画】

- ①4機能ごとの病床のあり方（現在→2025年度）／②年次スケジュール／③診療科の見直し／④その他の数値目標

【4 その他】

自由記載欄

5

2025年に向けた対応方針						
作成日						
医療機関名称	開設者					
所在地						
医療機関の現状						
病床種別	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	計
	許可病床数					0床
病床機能 (2018年)	稼働病床数					0床
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休養中	計
診療科目						
職員数						
指定・届出等の状況 (指定を受けているもの、届出をしているものに○)	救急病院	緩和ケア病棟	地域包括ケア病床(病床)	回復期(バーン)病床	在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院
			(床)	(床)		
自院の特徴、得意分野、特筆すべき事項等						
課題等						
2025年に向けた方針						
病床機能 (2025年予定)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休養中	介護施設等
今後地域で担う役割等						計 0床

【基本情報】

医療機関名称／開設者／所在地

【医療機関の現状】

①病床種別（許可・稼働）、②病床機能（許可・稼働）
診療科目／職員数／指定届出の状況／自院の特徴、得意分野、特筆すべき事項等／課題等

【2025年に向けた方針】

①病床機能（2025年予定）／②今後地域で担う役割／
③病床機能の変更を予定している場合の具体的内容、理由、予定時期等／④診療科やその他の機能の変更、見直し等を予定している場合の具体的内容、理由、予定時期等／⑤その他自由記載欄

【数値目標等】

病床稼働率／手術室稼働率／紹介率／逆紹介率

【他医療機関・介護施設等との連携】

主な受入元／主な退院先／特に力を入れている疾患／入院不可・対応不可の疾患等／連携に関する要望や課題認識等

3 病院からの報告結果とその態様

報告結果 計69件

A 特段の協議を必要としない変更（変更済のものを含む） 59件

例：急性期→回復期、診療科の追加・廃止、回復期⇔慢性期、稼働病床の増減、協議済み案件の修正漏れ、精神科単科病院の新規提出

B 協議が必要な変更で、今後、変更を予定するもの 7件

例：回復期→急性期、急性期⇔高度急性期、特定の診療科（小児・周産期等）の廃止

C 協議が必要な変更であるが、既に変更済のもの 3件

例：回復期→急性期、急性期⇔高度急性期、特定の診療科（小児・周産期等）の廃止

態様

- Aは、本来事前調整を行うべきであるが、実質的な支障は少ない。
- Bは、今後協議を行う必要があるが、**案件により、その暇がないものも含まれる。**
- Cは、本来協議すべきものであり、**取扱いについて整理が必要**

4 協議がなされなかった要因と課題

協議がなされなかった要因

- これまで、病床機能の変更等の意向がある場合は、予め各地域の調整会議での協議・報告を求めていたが、その取扱いが十分に浸透していなかったことや協議と報告の線引きが明確でなかったことが要因と考えられる。
- また、診療報酬改定等の影響等から、調整会議での協議の暇がなく、病床機能等を迅速に変更したいという経営上のニーズも存在する中、調整会議の開催時期は決まっており、病院等の都合と合わないことも一つの要因と考えられる。

課題

- プラン変更に伴う影響は、事案により異なるが、仮に、既に変更済のもの（7頁のC）は認められ、今後、変更を予定するもの（7頁のB）は認められないといった取扱いでは、公平性の観点から望ましくはないため、次の整理が必要

◇論点1-1：今回のプラン変更案件の取扱い

◇論点1-2：今後のプラン変更に係る協議のあり方

8

5 論点1-1 今回のプラン変更案件の取扱い

- 議題(1)の工における議論（機能変更を希望する病院の4機能ごとの病床数に焦点を当てた議論から、必要な対策を地域全体で検討する方向に転換してはどうか）を踏まえ、今回のプラン変更案件については、次のとおり取り扱うこととしてはどうか。

今後、変更を予定するもの（7頁のB）

- 医療提供を継続する上で経営上必要なものと捉え、原則として調整会議では、病院の意向を受け止め、情報共有
- ただし、その変更により懸念や課題が見込まれる場合は、予め議論し、その後の経過を見る中で当初の懸念等が顕在化した際は、地域全体で対応策を検討する。

既に変更済のもの（7頁のC）

- 本来なら、事前の協議が必要であるが、止むを得ない事情があったものと捉え、一旦、病院の意向を受け止め、情報共有
- その上で、変更による懸念や課題の有無を議論し、その後の経過を見る中で、当該懸念等が顕在化した際は、地域全体で対応策を検討する。

9

① 病床機能報告により積上げた病床機能の数と、必要病床数との単純比較は困難であり、4機能区分のみの議論では真に不足する機能が明確にならない。このため、**「定量的基準」による病床機能の積上げを再開し、その基準により各病院の病床機能がどのように区分されたのか病院別のデータも含めて共有**する。

- 病床機能報告における病床機能は、引き続き病院の自主的な報告に委ねるため、急性期が過剰傾向となることが見込まれるが、医療機能の充足度に関しては、**定量的基準により、一部回復期と見なして評価を行う。**
- その状態を共有しつつ、**継続的に動向を注視し、**地域として**取り組むべき課題があれば、地域の病院間で話し合いを行うことを基本的なルール**としてはどうか。

② 次に、**病院が診療報酬の改定に伴う機能区分の変更をはじめとした2025プランの変更を希望する場合は、医療提供を継続する上で経営上必要なものと捉え、原則として地域医療構想調整会議では病院の意向を受け止め、情報共有**

- ただし、その変更により**懸念や課題が見込まれる場合は、予め議論し、その後の経過を見る中で当初の懸念等が顕在化した際は、地域全体で対応策を検討**することとしてはどうか。

□ このように、**機能変更を希望する病院の4機能ごとの病床数に焦点を当てた議論から、必要な対策を地域全体で検討する方向に転換してはどうか。**

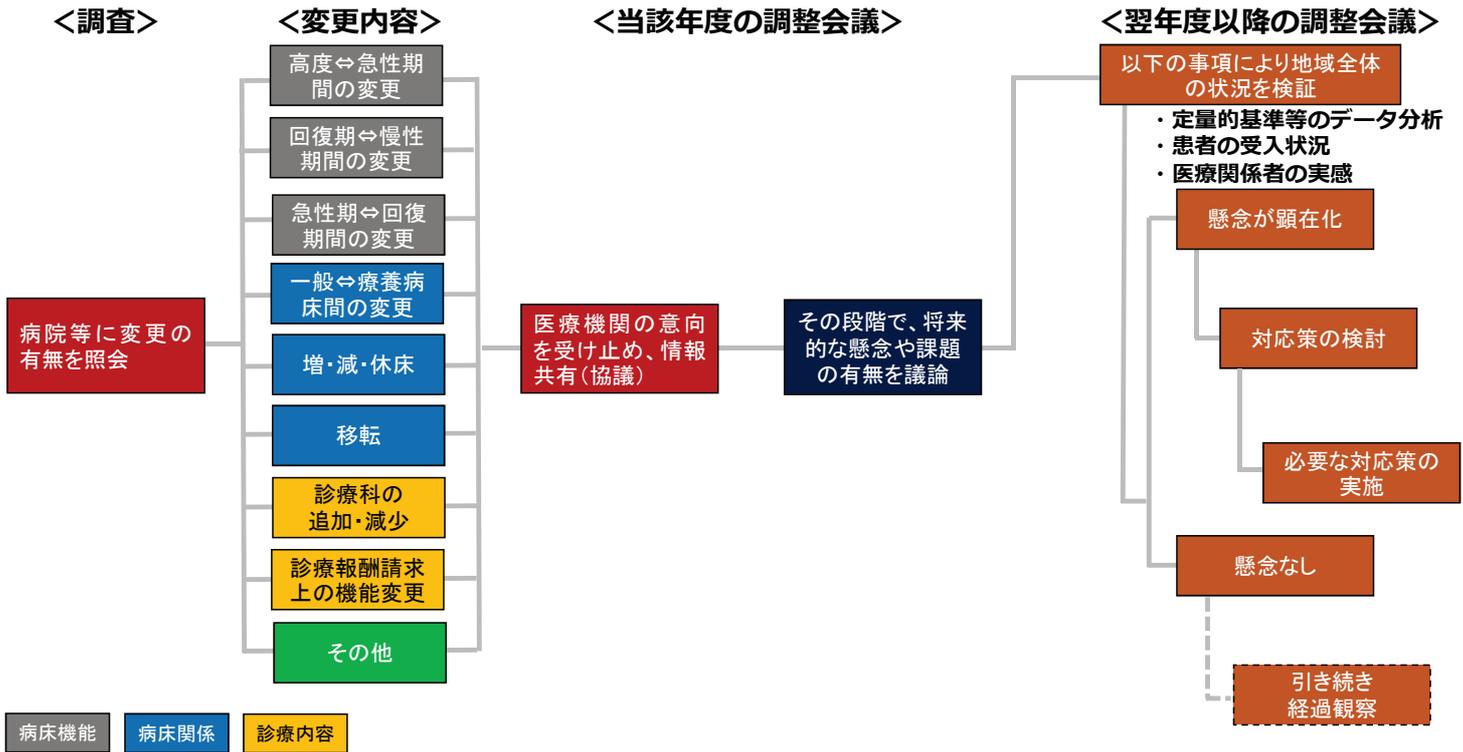
5 論点1-2 今後のプラン変更に係る協議のあり方（考え方）

- 地域医療構想調整会議では、様々な議題を議論しており、**在宅医療など医療提供体制上の課題等について協議を行う十分な時間を割けていない実情もある。**
- こうした中、**各回の調整会議で2025プランの変更を協議するのは、他の協議時間を圧迫し、現実的でない。**
- そこで、今回のプラン変更（スライド9）を踏まえ、**今後、新たにプラン変更が発生した際には、一部の例外（後述）を除いて、次のとおり取り扱うこととしてはどうか。**

考え方

- 今後のプラン変更は、**原則として、機能変更等を行う前に第1回目の調整会議（例年8～9月）に集中的に協議**することとし、**毎年度当初に、県から県内病院に2025プランの変更の有無を照会**する。
- 県（医療企画課及び保健福祉事務所）では、**第1回の調整会議に間に合うよう、2025プランの変更案件を一覧として取りまとめる。**
- 第1回目の調整会議では、**病院の意向を受け止めつつ、情報共有を行うとともに、プランの変更により懸念や課題が見込まれる場合は、予め懸念や課題を出し合い、調整会議の場で共有**する。
- 翌年度以降、**プラン変更後の経過を見る中で当初の懸念等が顕在化した際は、調整会議において、地域全体でその対応策を検討**する。

5 論点1-2 今後のプラン変更に係る協議のあり方（協議の手順）

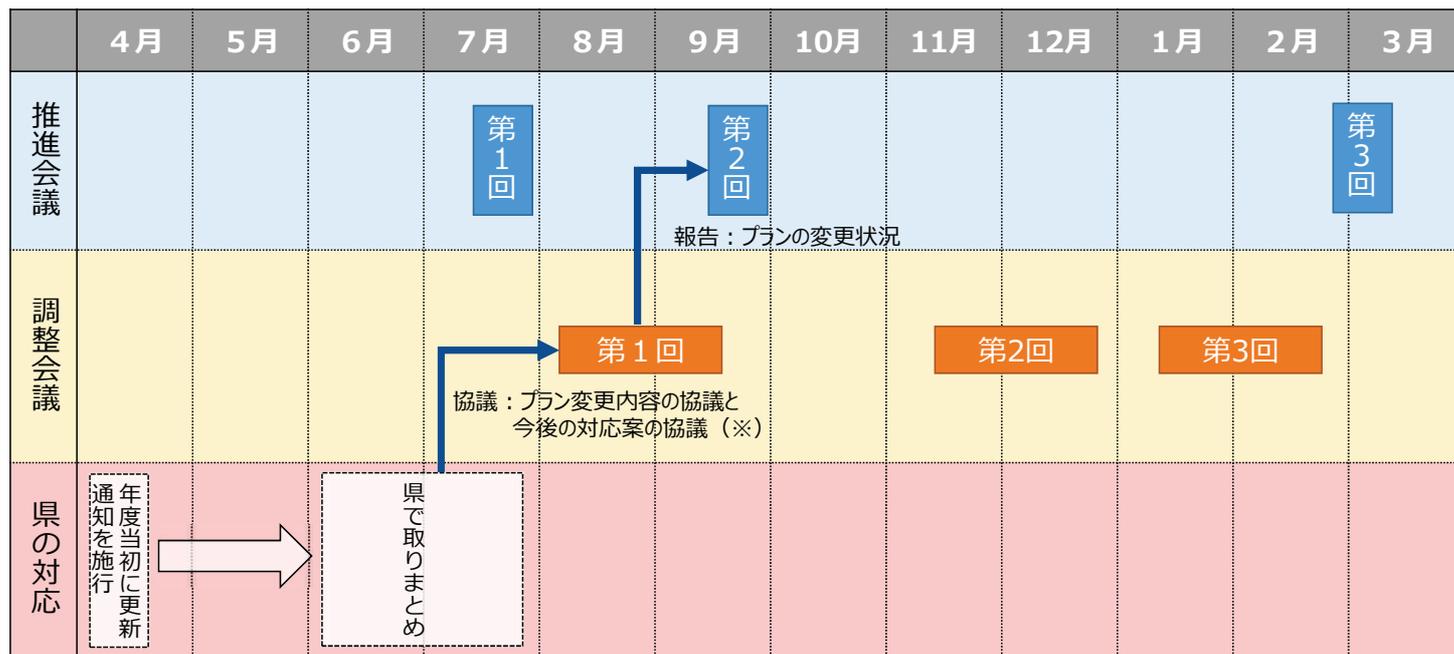


5 論点1-2 今後のプラン変更に係る協議のあり方（例外とすべき案件）

○ ただし、次のように個別根拠に基づくものは、例外案件として、下記のとおり取り扱いを整理したい。

例外案件	取扱い	理由
病床整備事前協議により配分を受けた病床の機能転換等	① 原則として10年間は転換や病床の増減等ができない。 ② 10年を経過した後も病床機能や病床数を変更する場合は、事前に各地域の調整会議での協議を必要とする。	①②の趣旨は病床整備事前協議の要件となっているため。
県の回復期病床転換補助を受けて転換した病床の再度の転換	○ 財産処分制限期間内（＝耐用年数）は引き続き回復期としての病床運用を継続していただく。	県補助金交付規則上、財産処分制限期間内に、回復期から急性期に転換した場合は、目的外使用となり、原則として、補助金返還が必要になるため
事業承継を受けた病床の機能転換	○ 承継後において過剰な病床機能への変更を伴う場合または役割の大きな変更がある場合は、事前に調整会議での協議を必要とする。	「病院等の開設等に関する指導要綱」第7条（適用除外）により、病院を承継する際、過剰な病床機能への変更を伴わない場合で、医療機関としての役割や機能の大きな変更がないことを前提としているため。

5 論点1-2 今後のプラン変更に係る協議のあり方（協議のスケジュール）



14

有床診療所のプラン策定

6 論点2 有床診療所のプランの策定

課題

- 厚生労働省では、**プラン策定率100%を目標**としており、有床診療所にもプランの策定を求めている。
- 策定率の状況によって、今後の基金配分の際に考慮されることも予測されるため、**有床診療所にもプランの策定を求めている**必要がある。
- ただし、**単に2025年までのプランの策定を求めている**、診療所から**その必要性に違和感を持たれる可能性**がある。
- 一方、有床診療所では、後継者の有無などが今後の課題となることも想定されることから、**後継者の有無や、医療提供の持続可能性を把握**することも必要ではないか。

対応

論点2：**有床診療所の今後の医療提供の見通し等を把握**するため、次の手順で、2040年に向けた有床診療所の存続などをプランとして策定いただき、**各地域で共有**することとしてはどうか。

- ① 本日の保健医療計画推進会議で了承を得て、次頁の様式で有床診療所に策定を依頼する。
提出期限 令和6年10月中旬
- ② 策定結果を県で取りまとめ、第2回調整会議（令和6年11月～12月頃）及び第3回保健医療計画推進会議（令和7年3月頃）で共有

16

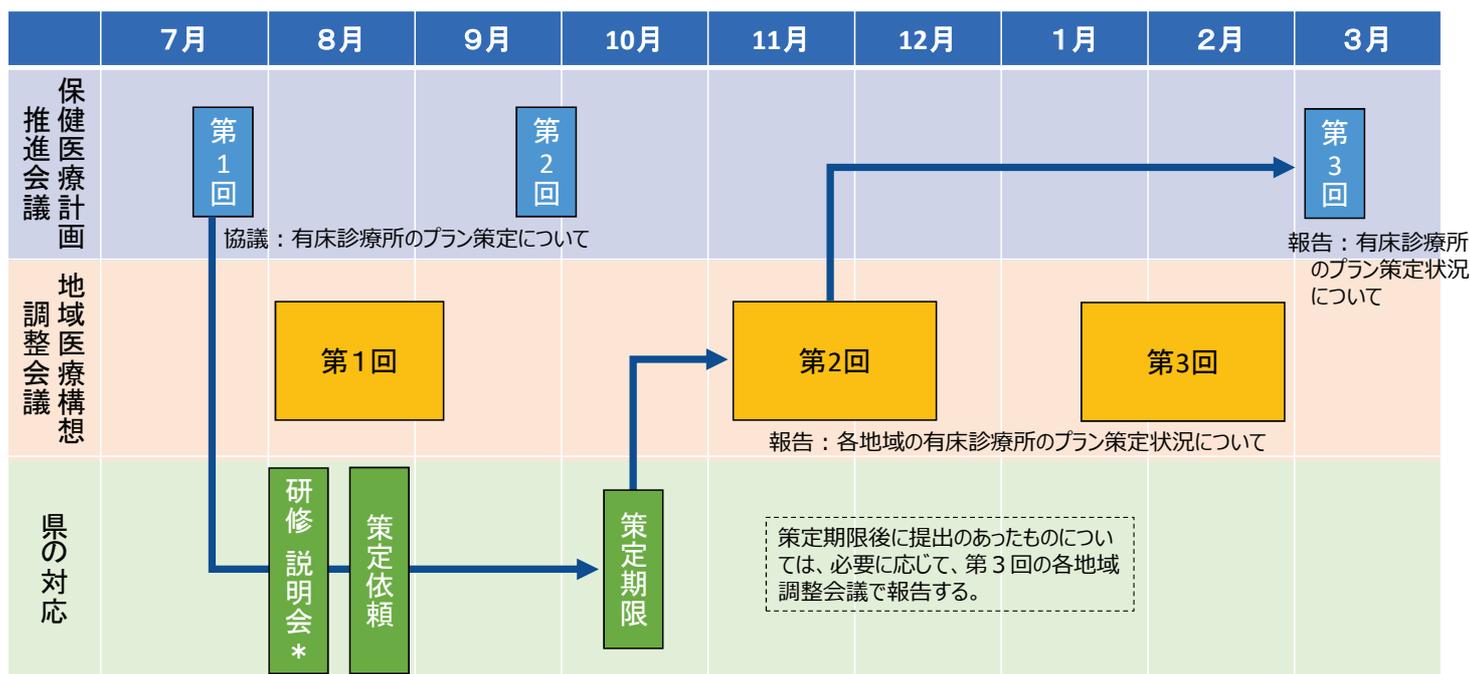
7 有床診療所のプラン内容について（案）

- プラン策定に当たっての基本的な考え方
 - 記載いただく事項を可能な限り簡略化し、有床診療所の負担軽減を図る。
- プラン内容
 - 【基本情報】
医療機関名称、医療機関コード、所在地、担当者名、連絡先
 - 【病床の状況】
許可病床数 : 現在、2040年の見込み、変更時期
病床機能別病床数 : 現在、2040年の見込み、変更時期
 - 【診療科目】
診療科目（選択式）、診療科目の今後の変更予定（選択式）、変更時期
 - 【2040年頃に向けた診療継続上の課題等】
課題等の有無（選択式）
▶ 課題あり場合の内容（選択式・一部記述式）
 - 【その他自由記載】

※ウェブフォームにより回答していただくことを想定。

17

8 有床診療所のプラン策定に向けた日程（R6年度）



* 神奈川県医師会との共催で、地域医療構想の研修＋プラン策定の説明会を行う。

18

9 本日まで協議いただきたい事項

（病院の2025プラン変更協議）

◇論点1-1：今回のプラン変更案件の取扱い（スライド9）

- 議題(1)の工における議論（機能変更を希望する病院の4機能ごとの病床数に焦点を当てた議論から、必要な対策を地域一体で検討する方向に転換してはどうか）を踏まえ、**今回の2025プランの変更は医療機関の意向を踏まえて情報共有するとともに、懸念や課題等がある場合は地域全体で対応策を検討していくことについて**

◇論点1-2：今後のプラン変更に係る協議のあり方（スライド11～14）

- 毎年度、事務局（県／保健福祉事務所）でプラン変更を取りまとめ、**原則として第1回目の地域医療構想調整会議で協議することについて**
- 協議に当たっては、**医療機関の意向を踏まえて情報共有するとともに、懸念や課題等がある場合は地域全体で対応策を検討していくことについて**

（有床診療所のプランの策定）

◇論点2：有床診療所へのプラン策定（スライド16）

- 事務局にてお示した手順に基づき、今年度中に有床診療所においてもプランを作成することについて

19