

令和6年度会津・南会津地域医療構想調整会議 第1回全体会議

次 第

日時：令和6年7月2日（火）18時30分～

場所：会津保健福祉事務所 会議室

1 開 会

2 あいさつ 福島県会津保健福祉事務所長

3 協議事項

（1）第8次福島県医療計画（地域編）の進捗管理について【資料1】P1～P9

（2）福島県における定量的基準の導入について・・・・・・【資料2】P10～P34

（3）福島県における推進区域（仮称）の候補について・・【資料3】P35～P57

（4）病床機能等の転換等について

福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院・・・・・・【資料4】P58～P59

4 その他

5 閉 会

【配付資料】

- ☐ 次第
- ☐ 出席者名簿
- ☐ 席次表
- ☐ 会津・南会津地域医療構想調整会議設置要綱
- ☐ 令和6年度会津・南会津地域医療構想調整会議（全体会）委員名簿
- ☐ 【資料1】第8次福島県医療計画（地域編）の進捗管理について
- ☐ 【資料2】福島県における定量的基準の導入について
- ☐ 【資料3】福島県における推進区域（仮称）の候補について
- ☐ 【資料4】病床機能等の転換等について（福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院）

令和6年度会津・南会津地域医療構想調整会議(全体会) 出席者名簿

区 分	所 属	職 名	氏 名	備 考
医師会	公益社団法人 会津若松医師会	会長	矢吹 孝志	
	公益社団法人 会津若松医師会	副会長	曾根 恵児	
	一般社団法人 喜多方医師会	会長	三橋 彦也	
	一般社団法人 両沼郡医師会	会長	伊藤 信雄	
	一般社団法人 南会津郡医師会	会長	馬場 俊吉	
歯科医師会	一般社団法人 会津若松歯科医師会	専務理事	渡部 圭一	
	耶麻歯科医師会	会長	佐藤 明	
薬剤師会	一般社団法人会津薬剤師会	会長	加藤 博信	
看護関係	公益社団法人福島県看護協会 会津支部	会津支部長	山田 香代子	
医療機関	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院	病院長	横山 斉	
	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院	病院長	本田 雅人	随行:事務局長 東瀬 多美夫
	公益財団法人穴澤病院	病院長	佐藤 育子	随行:事務長 佐藤 昭
	一般財団法人温知会会津中央病院	病院長	前田 佳一郎	随行:総務課長 山田 忠一
	医療法人明精会会津西病院	病院長	羽金 淑江	随行:部長 八須賀 浩
	猪苗代町立猪苗代病院	病院長	土佐 亮一	随行:事務長 星野 近衛
	一般財団法人竹田健康財団芦ノ牧温泉病院	病院長	佐原 正起	
	医療法人佐原病院	病院長	森泉 茂樹	随行:事務長 佐々木 洋治
	医療法人社団日新会入澤病院	事務長	佐藤 譲	(代理出席) 随行:事務次長 千川原 朗
	医療法人爽陽会鳴瀬病院	事務長	井上 学	(代理出席)
	医療法人昨雲会飯塚病院附属有隣病院	(欠席)		
	医療法人社団小野病院	理事長	小野 ひろみ	随行:事務長 鈴木 智弥
	福島県厚生農業協同組合連合会坂下厚生総合病院	病院長	高田 信	
	福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院	事務長	本田 司	(代理出席)
	福島県立宮下病院	病院長	横山 秀二	
	福島県立南会津病院	病院長	吉田 典行	随行:事務長 浅倉 孝
市町村	福島県市長会(会津若松市)	副部長兼健康増進課長	宮森 健一朗	
	福島県市長会(喜多方市)	保健課長	油井 弘美	
	会津耶麻町村会(猪苗代町)	保健福祉課副課長	近藤 一彦	(代理出席)
	両沼地方町村会(会津坂下町)	(欠席)		
	南会津地方町村会(南会津町)	健康福祉課長	湯田 賢史	
保険者	福島県保険者協議会(全国健康保険協会福島支部)	企画総務グループ長	沼田 丈治	
保健所	福島県会津保健福祉事務所	所長	笹原 賢司	
	福島県南会津保健福祉事務所	所長	笹原 賢司	【重複】

会津・南会津地域医療構想調整会議設置要綱

(設置)

第1条 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想の策定及び実現に向けた関係者との協議及び調整を行うため、「会津・南会津地域医療構想調整会議」（以下「調整会議」という。）を設置する。

(所管区域)

第2条 調整会議における所管地域は、福島県医療計画に規定する二次医療圏である会津圏域と南会津圏域を合わせた区域とする。

(協議事項)

第3条 調整会議は、次に掲げる事項について協議及び調整を行う。

- (1) 地域医療構想の策定及び実現に関する事項
- (2) その他、調整会議の目的を達するために必要な事項

(組織)

第4条 調整会議の委員は、医療関係者、医療保険者その他の関係者等のうちから、会津保健福祉事務所長が依頼する者とする。

2 委員は代理人を出席させることができる。

(運営)

第5条 調整会議は、福島県会津保健福祉事務所長が招集し、会議を総括し会議の議長となる。

- 2 議長は、あらかじめ副議長を指名することとし、必要に応じて副議長がその職務を代行する。
- 3 議長が必要と認めるときは、調整会議に委員以外の者の出席を求め意見を聴くことができる。
- 4 議長は、個別医療機関に関する協議を行う場合など、議事に応じて、委員を選定して調整会議を開催することができる。
- 5 調整会議の会議については、原則公開とするが、次の場合は非公開とする。
 - (1) 協議において個人情報又は法人情報等を取り扱う場合
 - (2) その他議長が非公開と判断した場合

(雑則)

第6条 この要綱に定めるもののほか、調整会議の運営に関し、必要な事項は、議長が委員に諮って定める。

附 則

この要綱は、平成27年12月1日から施行する。

令和6年度会津・南会津地域医療構想調整会議(全体会) 委員名簿

令和6年7月現在

区 分	所 属	職 名	氏 名	備考
医師会	公益社団法人 会津若松医師会	会長	矢吹 孝志	
	公益社団法人 会津若松医師会	副会長	曾根 恵児	
	一般社団法人 喜多方医師会	会長	三橋 彦也	
	一般社団法人 両沼郡医師会	会長	伊藤 信雄	
	一般社団法人 南会津郡医師会	会長	馬場 俊吉	
歯科医師会	一般社団法人 会津若松歯科医師会	専務理事	渡部 圭一	
	耶麻歯科医師会	会長	佐藤 明	
薬剤師会	一般社団法人会津薬剤師会	会長	加藤 博信	
看護関係	公益社団法人福島県看護協会 会津支部	会津支部長	山田香代子	
医療機関	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院	病院長	横山 斉	
	一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院	病院長	本田 雅人	
	公益財団法人穴澤病院	病院長	佐藤 育子	
	一般財団法人温知会会津中央病院	病院長	前田 佳一郎	
	医療法人明精会会津西病院	病院長	羽金 淑江	
	猪苗代町立猪苗代病院	病院長	土佐 亮一	
	一般財団法人竹田健康財団芦ノ牧温泉病院	病院長	佐原 正起	
	医療法人佐原病院	病院長	森泉 茂樹	
	医療法人社団日新会入澤病院	理事長	入澤 優公	
	医療法人爽陽会鳴瀬病院	理事長	鳴瀬 卓爾	
	医療法人昨雲会飯塚病院附属有隣病院	理事長	飯塚 卓	
	医療法人社団小野病院	理事長	小野 ひろみ	
	福島県厚生農業協同組合連合会坂下厚生総合病院	病院長	高田 信	
	福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院	病院長	上野 修一	
	福島県立宮下病院	病院長	横山 秀二	
	福島県立南会津病院	病院長	吉田 典行	
市町村	福島県市長会(会津若松市)	副部長兼健康増進課長	宮森 健一朗	
	福島県市長会(喜多方市)	保健課長	油井 弘美	
	会津耶麻町村会(猪苗代町)	保健福祉課長	齋藤 清人	
	両沼地方町村会(会津坂下町)	生活課長	新井田 英	
	南会津地方町村会(南会津町)	健康福祉課長	湯田 賢史	
保険者	福島県保険者協議会(全国健康保険協会福島支部)	企画総務グループ長	沼田 丈治	
保健所	福島県会津保健福祉事務所	所長	笹原 賢司	
	福島県南会津保健福祉事務所	所長	笹原 賢司	【重複】

第 8 次福島県医療計画（地域編）の 進捗管理について

令和 6 年 7 月
地域医療課

計画の評価及び見直しについて（第1章第7節抜粋）

資料

地域医療課
令和6年7月

【計画に盛り込んだ内容】

○進捗管理	施策や取組と、 <u>地域住民の健康状態や患者の状態などの成果（アウトカム）の関係性を明確にした上で、毎年度、指標による評価及び進捗管理を行うとともに施策や取組について効果検証を行う。</u> ※特に5疾病・6事業及び在宅医療の各分野においてロジックモデルを活用して指標（総数470）を設定。
○評価・検証	「地域編」に掲げた各圏域の個別施策について、 <u>毎年度、地域医療構想調整会議等において評価・検証・進捗管理を行う。</u>
○公表	本計画の進捗状況や評価・検証の結果については、 <u>原則として県のホームページ等において公表するとともに、必要に応じて施策や取組に反映させる。</u>
○見直し・報告等	毎年度の評価・検証プロセスにおける、 <u>各分野の協議会等や福島県医療審議会（保健医療計画調査部会）での意見を踏まえ、より効果的にものになるよう必要に応じて施策や取組の見直しを行う。</u>

第8次医療計画（地域編）に係る評価・検証の検討

資料

地域医療課
令和6年7月

○第8次医療計画（地域編）では、各地域で特徴等を踏まえ「圏域における重点的な取組」を検討・策定いただいた。

→各圏域で前述のとおり「具体的な取組」に対する検証を、地域医療構想調整会議等で行っていただく必要がある。

○第8次医療計画（地域編）の評価・検証は、地域医療構想調整会議をとおして、さまざまな視点で地域課題が把握され、課題解決に向けてきっかけになることが重要。

地域医療課で地域編の進捗管理ができる統一的な様式を提示し、各地域からの意見を踏まえながら記載事項などを検討していく。

○各地域で掲げた目標の達成状況を、「指標」や「取組結果」（アウトカム）を明示した上で、地域医療構想調整会等で議論していただき、評価調書（仮称）を作成の上、毎年度の総合評価等を行う。

→最終的には福島県医療審議会保健医療計画調査部会等で報告

第8次医療計画に係る評価・検証のスケジュール（案）

資料

地域医療課
令和6年7月

【地域編】

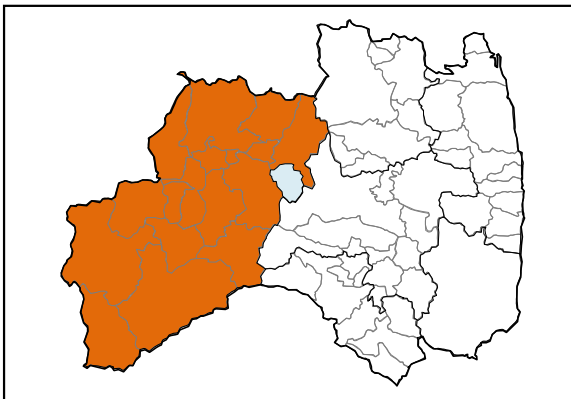
（想定スケジュール）

- 9 月 ： 第2回地域医療構想調整会議等で評価調書（仮称）の評価方法や様式案に意見を求める。
- 1 2 月 ： 第3回地域医療構想調整会議等で進捗管理
- 1 ～ 3 月 ： 福島県医療審議会等で進捗管理を報告
- 3 月 ： 第4回地域医療構想調整会議等で進捗管理

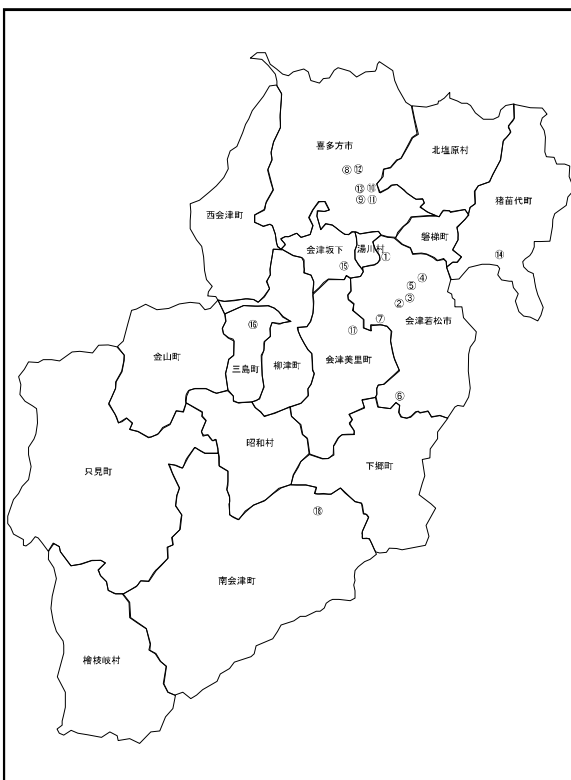
第4節 会津・南会津医療圏

圏域の現状

【医療圏の位置】



【圏域内の病院】



【地勢と医療分野の現況】

当圏域は県の西部に位置し、山形県、新潟県、群馬県、栃木県の4県と接する地域で、磐梯山、飯豊連峰などの山々や会津盆地のほか、猪苗代湖を水源とする日橋川、栃木県境を源流とする阿賀川、尾瀬を水源とする只見川水系が北流して合流し、新潟県を経て日本海に注いでいます。

交通網では、JR磐越西線や只見線、第3セクター会津鉄道・会津線や野岩鉄道・会津鬼怒川線のほか、磐越自動車道や会津縦貫北道路に加え、会津縦貫南道路の整備が進められており、広域的な観光交流と物流効率化による地域産業の活性化が期待されています。

また、博士トンネルの開通（令和5（2023）年9月10日）により冬季救急搬送時間の短縮が見込まれています。

令和5（2023）年9月30日現在

市町村	番号	施設名	区分
会津若松市	①	公立大学法人 福島県立医科大学会津医療センター 附属病院	●
	②	竹田総合病院	●□■
	③	公益財団法人 穴澤病院	
	④	つるが松窪病院	
	⑤	会津中央病院	○●▲
	⑥	芦ノ牧温泉病院	
	⑦	医療法人明精会 会津西病院	

○救命救急センター ●救急告示病院
 □地域医療支援病院 ■がん診療連携拠点病院
 △へき地医療拠点病院 ▲災害拠点病院

第4節 会津・南会津医療圏

市町村	番号	施設名	区分	市町村	番号	施設名	区分
喜多方市	⑧	医療法人昨雲会 飯塚病院		猪苗代町	⑭	猪苗代町立猪苗代病院	
	⑨	医療法人 佐原病院		会津坂下町	⑮	福島県厚生農業協同組合連合会 坂下厚生総合病院	●
	⑩	医療法人社団日新会 入澤病院		三島町	⑯	福島県立宮下病院	△
	⑪	鳴瀬病院		会津美里町	⑰	福島県厚生農業協同組合連合会 高田厚生病院	●
	⑫	医療法人昨雲会 飯塚病院附属 有隣病院	●	南会津町	⑱	福島県立南会津病院	● △▲
	⑬	医療法人社団 小野病院					

【圏域の基礎データ】

構成市町村	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町、下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町			医療提供施設 (人口10万対)	施設数	病院	18	(7.3	[6.9])
						診療所	207	(83.5	[77.6])
						歯科診療所	107	(43.2	[46.6])
						薬局	120	(47.6	[49.3])
						開設許可病床数	一般病床	2,336床	(942.7
管轄保健所	福島県会津保健所、福島県南会津保健所			医療従事者 (人口10万対)		療養病床	504床	(203.4	[168.7])
面積	5,420.31km ²					精神病床	934床	(376.9	[342.6])
人口(圏域計)	243,015人 [1,766,912人]					感染症病床	8床	(3.2	[1.8])
0～14歳	25,111人	(10.4%)	[189,515人 (10.9%)]			結核病床	14床	(5.6	[3.7])
15～64歳	124,513人	(51.8%)	[965,743人 (55.7%)]		受療動向	医師	518人	(202.0	[215.9])
65歳～	90,877人	(37.8%)	[577,720人 (33.3%)]			歯科医師	173人	(67.5	[76.6])
(再掲)65～74歳	41,702人	(17.3%)	[278,451人 (16.1%)]			薬剤師	446人	(173.9	[206.9])
(再掲)75歳～	49,175人	(20.4%)	[299,269人 (17.3%)]			看護師	2,844人	(1,109.2	[963.0])
人口密度	44.8人／km ²	[128.2人／km ²]				准看護師	1,112人	(433.7	[340.9])
世帯数	99,636世帯 [749,918世帯]				入院自足率	一般病床	91.9%	[100.0%]	
1世帯あたり人口	2.44人 [2.36人]					療養病床	100.0%	[100.0%]	
人口動態	出生率(人口千対)	(5.0) [5.4]			病床利用率	一般病床	71.9%	[69.6%]	
	死亡率(人口千対)	(18.6) [15.3]				療養病床	90.9%	[81.9%]	
	乳児死亡率(出生千対)	(2.4) [2.5]				一般病床	17.5日	[17.2日]	
	死産率(出産千対)	(21.3) [20.0]				療養病床	174.0日	[135.8日]	

※[]内は福島県
※資料は以下のとおり
○ 面積…「全国都道府県市区町村別面積調(令和5年4月1日)(国土交通省国土地理院)」
○ 人口、世帯数及び1世帯あたり人口…「福島県現住人口調査結果(令和5年10月1日現在、圏域計は年齢不詳含む)」
○ 人口動態…「令和4年福島県人口動態統計(確定数)の概況」、「福島県現住人口調査結果(令和4年10月1日現在)」
○ 医療提供施設…「令和4年医療施設(動態)調査(厚生労働省)」、「令和4年版福島県薬務行政概要(令和3年度)」、「福島県現住人口調査結果(令和4年10月1日現在、令和3年10月1日現在)」
○ 医療従事者…「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省)」、「福島県看護職員就業届出状況(令和2年12月31日現在)」、「福島県現住人口調査結果(令和2年10月1日現在)」
○ 受療動向…「平成29年患者調査(厚生労働省)」、「令和元年病院報告(年間)(厚生労働省)」

圏域における重点的な取組

1 連携した医療提供体制の強化継続

(1)現状と課題

- 会津・南会津地域においては、二つの民間病院が中核となり、公的病院、県立病院、その他民間病院がそれぞれの役割を担い、診療所等とも連携して医療の提供を行っています。また、三つの広域消防とも協働し、迅速な救急搬送が行われています。さらに、四つの郡市医師会をはじめ関係団体との協力関係も構築されています。
- 一方、地域医療構想の検討の際に、回復期病床の不足等が指摘されており、医師働き方改革や医療従事者の不足等との課題と合わせて、地域全体での議論を通して解決を図っていく必要があります。

図表 12-4-1 救急搬送困難件数・率

(重症以上の傷病者搬送において、医療機関に4回以上受入照会を行った件数)

区域	搬送件数	困難件数	困難件数割合
県北	2,539	126	5.0%
県中	2,479	143	5.8%
県南	656	28	4.3%
会津	1,539	1	0.1%
南会津	201	0	0.0%
相双	877	45	5.1%
いわき	2,156	261	12.1%

資料：令和3年度の救急搬送データ(各消防本部から提供)を基に集計

図表 12-4-2 病床区分毎の過不足

(令和7(2025)年の必要病床数と現在の病床数の比較)

区 域	R7年の必要病床数					現在の病床数(R4年7月1日現在)						R7年必要病床数との差				
	合 計	高 度 急 性 期	急 性 期	回 復 期	慢 性 期	合 計	高 度 急 性 期	急 性 期	回 復 期	慢 性 期	休 棟	合 計	高 度 急 性 期	急 性 期	回 復 期	慢 性 期
会 津 ・ 南 会 津	2,459	256	849	846	508	2,821 (2,771)	108	1,867	266	530	50	312	▲148	1,018	▲580	22

※()内の数値は、休棟・無回答を除いた病床数での合計

資料：福島県「地域医療構想」、「病床機能報告(令和4年度)」

図表 12-4-3 主な病院機能の分担

地域医療支援病院	竹田綜合病院
第三次救急医療機関	会津中央病院
第二種感染症指定医療機関	公立大学法人福島県立医科大学 会津医療センター附属病院

(2)目標

安全で良質な医療が提供されており、より効率的な地域医療体制が構築されていることにより、医療従事者等の負担も抑えられ、住民が安心して必要な医療を受けられる地域を目指します。

【数値目標】

- ① 救急搬送困難件数・率は、現状維持を目指します。
- ② 地域内の病床区分毎の過不足については、特に回復期病床の増加を目指します。

(3)具体的な取組

- 救急医療対策協議会の開催等を通して、救急医療の現状を地域で共有し現状の維持及び強化に努めます。
- 地域医療構想調整会議等での議論をはじめ、関係者間で課題を共有し解決に繋がります。
- 直面する課題に対して、医師会等と連携し、適時迅速に研修会等を開催し情報共有を図り、一丸となって取り組めます。

2 地域包括ケアシステムの実現

(1)現状と課題

- 会津・南会津地域は、その面積の大部分が豪雪地帯及び特別豪雪地帯であり、人口減少、少子高齢化が特に進んでいる地域であります。
- 医療従事者の高齢化も進んでおり、特に診療所医師の高齢化は、地域医療の継続において大きな課題となっています。
- また、高齢者一人世帯の増加やいわゆる老々介護の問題など、家族介護力の低下も加わり、在宅医療の提供や医療と生活の場の確保など課題は山積しています。
- こうした中で、令和2（2020）年度から「奥会津在宅医療センター⁸¹」が、奥会津4町村（柳津町、三島町、金山町、昭和村）において、訪問診療や訪問看護等の提供を行っており、介護等も含めた地域包括ケアシステムの構築にも関わっています。
- 南会津地域においても課題は共通であり、県立南会津病院を核として、南会津4町村と連携した医療の確保や地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっています。

図表 12-4-4 「奥会津在宅医療センター」訪問診療等実績

年度	訪問診療	（往診）	訪問看護
R2	25人、127件	（8人、50件）	11人、110件
R3	79人、907件	（12人、132件）	36人、1,506件
R4	95人、1,290件	（6人、115件）	48人、2,093件

※ 人数は実患者数（3月末時点）
資料：福島県立宮下病院資料より

図表 12-4-5 入院受療率・外来受療率

地域	入院受療率	外来受療率
会津	104%	94%
南会津	103%	90%

※ 県全体（国保）を100%とした割合
資料：福島県国民健康保険団体連合会まとめ（令和4年度統計資料より）

⁸¹ 奥会津在宅医療センター：宮下病院診療圏4町村で在宅医療を提供するために、会津医療センターが宮下病院へ派遣した医師、看護師等から構成される在宅医療を主業務とする訪問医療チームのこと。

(2)目標

住み慣れた地域での生活や移動手段が確保されており、医療や介護サービスを受けることができる地域を目指します。

【数値目標】

会津・南会津地域の入院受療率・外来受療率については、高齢化の影響も考えられるため、身近な医療提供体制等に関して、今後の診療所などの医療機関配置の変化や他地域との比較もしながら地域の実情を把握していくためのモニタリング指標とします。

(3)具体的な取組

- 会津・南会津地域における在宅医療の検討や医療・介護連携の推進等を図るため、引き続き「会津地域在宅医療推進協議会」、「南会津地域在宅医療・地域包括ケア構築推進協議会」を開催していきます。
- 「奥会津在宅医療センター」の取組を支援し、奥会津における在宅医療、地域包括ケアシステムの充実を図ります。
- 南会津地域で唯一の病院である南会津病院の機能の充実を図るとともに、地域において医療の提供を効率よく行えるよう生活の場の確保や移動手段の確保について町村等を支援し連携して取り組みます。

福島県における定量的基準の導入について

1 背景

- (1) 地域医療構想で推計された2025年の必要病床数と病床機能報告で報告された病床数に乖離があり、特に急性期、回復期病床の差が大きい。
- (2) 主として急性期や慢性期の機能を担う病棟においても、回復期の患者が一定数存在することや、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。

2 目的

本県においても、地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として活用する。

3 本県における定量的基準の導入方針

- (1) 福島県独自の基準を導入すること。
- (2) 定量的基準は、病床機能報告の結果について、県が必要量との乖離について分析するために活用すること。

福島県における定量的基準の導入について

福島県 定量的基準（案）

以下の3指標のうちいずれか

手術件数

救急医療管理加算

呼吸心拍監視

1日かつ50床あたりの件数が

⇒

0.5件を超える場合は「重傷急性期」に分類

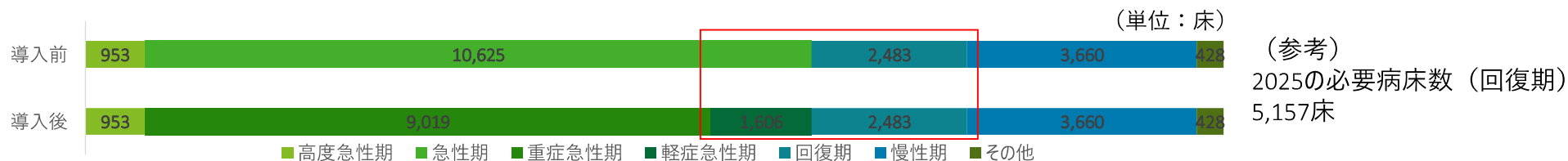
0.5件以下の場合は「軽症急性期」に分類

定量的基準の活用方法

「定量的基準」は、今後の病床機能報告の結果に上記基準を当てはめ、「重傷急性期」を急性期、「軽症急性期」を回復期とした場合に、2025年必要量との差異がどのようになるかを確認の上、必要量との乖離について分析するために活用する。

定量的基準導入の効果（例）

R4 病床機能報告の県全体の病床数を用いて定量的基準導入前後の比較をした場合、導入後の回復期病床の数が+1,606床（64.7%増）となる。





令和 5 年度福島県地域医療構想検討課題調査業務

病床機能の定量的な基準について

2024年7月2日

本資料の位置づけ

背景

- ✓ 地域医療構想で推計された令和7年時点での必要病床数と病床機能報告で報告された病床数に乖離があり、特に急性期、回復期病床の差が大きい。
- ✓ 主として急性期や慢性期の機能を担う病棟においても、回復期の患者が一定数存在することや、回復期機能のに対する理解が進んでいないことにより、詳細な分析や検討が行われないまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。
- ✓ 一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として活用されている。

目的

- ✓ 上記の背景から、本県においても医療機能や供給量の把握の参考として、福島県版の定量的基準の導入を検討することとした。
- ✓ 今回、令和4年度病床機能報告において急性期と報告された病棟について、比較的重症な患者が多いと思われる病棟を「重症急性期」、それ以外を「軽症急性期」と分類し、地域医療構想で推計された2025年の必要病床数との比較を行った。

定量的な基準は、病床機能報告にあたり回復期機能に対する理解が進んでいないことで回復期病床が大幅に不足しているとの誤解が生じていることから、各都道府県において導入や検討が進められているものです

定量的な基準導入の背景

平成30年度第2回 都道府県医療政策研究会 資料1-2

資料3

4. 都道府県の実情に合わせた定量的な基準による議論の活性化

背景

病床機能報告に関しては、その内容等について、

- ① 回復期機能に該当する病棟は、**回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること**
- ② 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、**主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること**

により、**詳細な分析や検討が行われないまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じている**という指摘がある。

医政地発0816 第1号
平成30年8月16日（内容）

なお、一部の都道府県では、**都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し**、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論に活用することで、議論の活性化につなげている。

各都道府県においては、**地域医療構想調整会議における議論を活性化**する観点から、**本年度中に**、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、**地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。**

福島県の対応状況

- ・ H31年3月にH29年度レセプトデータと病院提出のDPCデータを活用した定量的基準に関する分析を実施



データの見方（病棟別） ※基本的な見方は1と同一

平成29年度4月分のデータを病棟別に分類（1か月分のデータ）
病床機能報告で報告した病棟コードとレセプトデータの病棟コードを照合し、両者の患者の状況を分析。

病棟コード	回復期リハビリテーション病棟	地域包括ケア病棟	急性期病棟	慢性期病棟	その他
1	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	100
8	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100
10	100	100	100	100	100
11	100	100	100	100	100
12	100	100	100	100	100
13	100	100	100	100	100
14	100	100	100	100	100
15	100	100	100	100	100
16	100	100	100	100	100
17	100	100	100	100	100
18	100	100	100	100	100
19	100	100	100	100	100
20	100	100	100	100	100
21	100	100	100	100	100
22	100	100	100	100	100
23	100	100	100	100	100
24	100	100	100	100	100
25	100	100	100	100	100
26	100	100	100	100	100
27	100	100	100	100	100
28	100	100	100	100	100
29	100	100	100	100	100
30	100	100	100	100	100
31	100	100	100	100	100
32	100	100	100	100	100
33	100	100	100	100	100
34	100	100	100	100	100
35	100	100	100	100	100
36	100	100	100	100	100
37	100	100	100	100	100
38	100	100	100	100	100
39	100	100	100	100	100
40	100	100	100	100	100
41	100	100	100	100	100
42	100	100	100	100	100
43	100	100	100	100	100
44	100	100	100	100	100
45	100	100	100	100	100
46	100	100	100	100	100
47	100	100	100	100	100
48	100	100	100	100	100
49	100	100	100	100	100
50	100	100	100	100	100
51	100	100	100	100	100
52	100	100	100	100	100
53	100	100	100	100	100
54	100	100	100	100	100
55	100	100	100	100	100
56	100	100	100	100	100
57	100	100	100	100	100
58	100	100	100	100	100
59	100	100	100	100	100
60	100	100	100	100	100
61	100	100	100	100	100
62	100	100	100	100	100
63	100	100	100	100	100
64	100	100	100	100	100
65	100	100	100	100	100
66	100	100	100	100	100
67	100	100	100	100	100
68	100	100	100	100	100
69	100	100	100	100	100
70	100	100	100	100	100
71	100	100	100	100	100
72	100	100	100	100	100
73	100	100	100	100	100
74	100	100	100	100	100
75	100	100	100	100	100
76	100	100	100	100	100
77	100	100	100	100	100
78	100	100	100	100	100
79	100	100	100	100	100
80	100	100	100	100	100
81	100	100	100	100	100
82	100	100	100	100	100
83	100	100	100	100	100
84	100	100	100	100	100
85	100	100	100	100	100
86	100	100	100	100	100
87	100	100	100	100	100
88	100	100	100	100	100
89	100	100	100	100	100
90	100	100	100	100	100
91	100	100	100	100	100
92	100	100	100	100	100
93	100	100	100	100	100
94	100	100	100	100	100
95	100	100	100	100	100
96	100	100	100	100	100
97	100	100	100	100	100
98	100	100	100	100	100
99	100	100	100	100	100
100	100	100	100	100	100

今回の定量的基準の検討について

- ・ 上記の分析から一定の年数が経過している。また、データ収集が困難であることや、詳細なデータ処理や前提の設定を行ったため新たなデータで同様の分析を再現することは難しい。
- ・ 前年度の地域医療についての一次分析や救急搬送データ分析等を経て、地域医療構想や地域における医療提供状況、将来の医療需要等に関する理解が進んでいる。
- ・ 全国で定量的基準の代表的な例が出てきており、福島県でも参考とし得る。

他県での定量的基準の位置づけ

- ・ 他都道府県の多くの例では、定量的基準はあくまで各区域の調整会議等で協議する際や、各医療機関が病床機能を判断する際に参考とするもので、**「強制」するものではない、として位置付けられており、病床機能報告でいずれの医療機能を報告しても、診療報酬上の入院料等の選択に影響を与えないものではないとされている。**
- ・ また、調整会議での意見や診療報酬改定等を踏まえて、適宜見直しを行うものとしている。

他県では、手術や救急患者の入院数や機能ごとの疾患イメージの設定を行い、高度急性期・急性期とポスト・サブアキュートの分類を行っています

他の都道府県での病床機能区分の例

	概要	分類方法
大阪府	急性期を重症急性期と地域急性期（サブアキュート、ポストアキュートを提供する機能）に区分するための定量的な基準を作成	【（重症）急性期】：算定式：月あたり件数/30日×（50床/許可病床数） ① 手術総数算定回数：1以上 ② 救急医療管理加算レセプト件数：1以上 ③ 呼吸心拍監視（3時間超7日以内）：2以上 ④ 化学療法算定回数：1以上 【地域急性期】：いずれも満たさない
奈良県	急性期を重症と軽症に区分する目安を明示	手術件数と救急医療入院件数の合計値の病床数あたりの件数（50床あたり）を目安として区分 【重症急性期を中心とする病棟】：1日2件以上 【軽症急性期を中心とする病棟】：1日2件未満
佐賀県	病床単位の地域包括ケア病床（病棟ではない）や平均在院日数が22日超の病棟を回復期とみなす	病床機能報告は、各医療機関が自主的に病棟機能を判断するという原則を踏まえつつ、病床機能報告で回復期意外と報告されている病棟のうち、以下の病棟を回復期とみなす ① 【既に回復期相当】：病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 ② 【回復期への転換確実】：調整会議分科会において多機能から回復期への転換協議が整った病床 ③ 【回復期に近い急性期】：病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟につき22日超の病棟の病床数

定量的基準の候補となる項目、閾値は以下の条件で設定しました

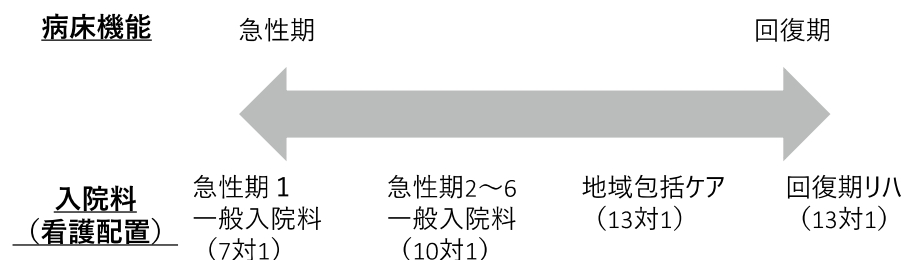
前提条件

①カテゴリの選定

- ① 令和4年度病床機能報告のローデータをベースに、下記のカテゴリの中から1項目ずつ指標を抽出した。
- ✓ 幅広い手術
 - ✓ 救急医療の実施状況
 - ✓ 全身管理の状況
 - ✓ がん・脳卒中・心筋梗塞への治療状況

②項目の選定

- ② 急性期一般入院料1～6、地域包括ケア入院料1,2、回復期リハビリテーション病棟入院料1～6（回復期機能の参考として）を対象とし、各入院料と病床機能に一定の相関があると仮定し、入院料ごとの①の1日、50床あたりの平均件数を集計し、病床機能との相関がみられる項目を定量的基準の指標の候補とした。各カテゴリの中で病床機能との相関がみられる項目が複数ある場合は、平均値が最も高い項目を候補として採用した。

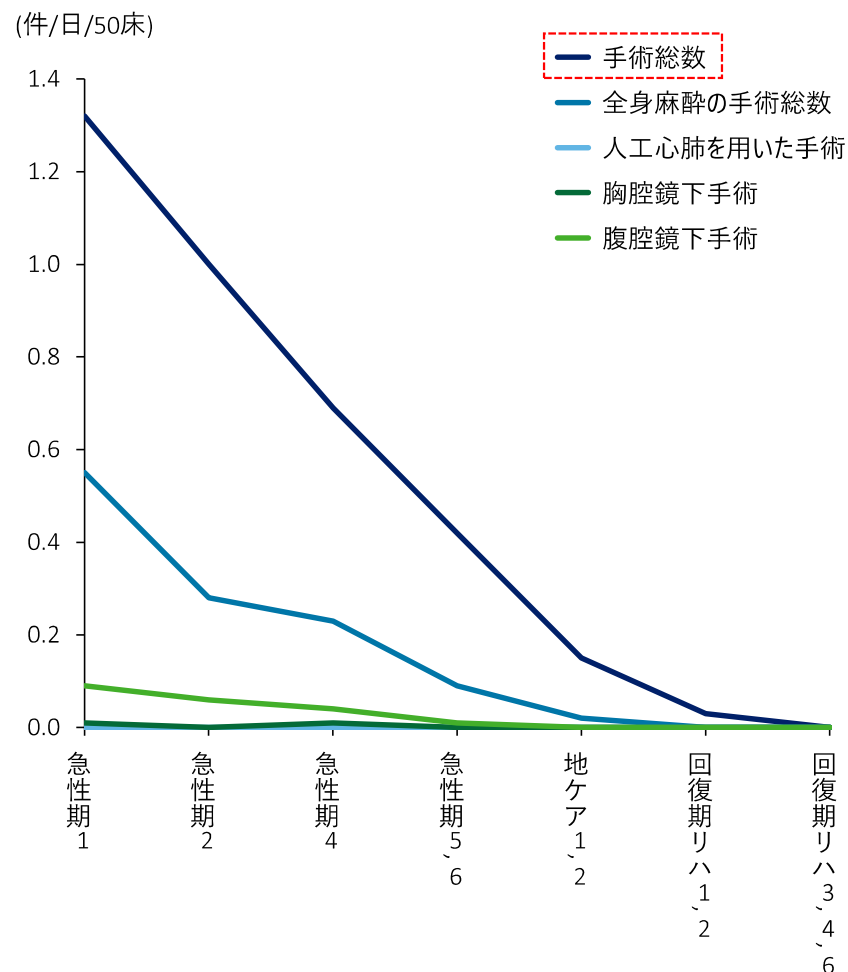


③閾値の決定

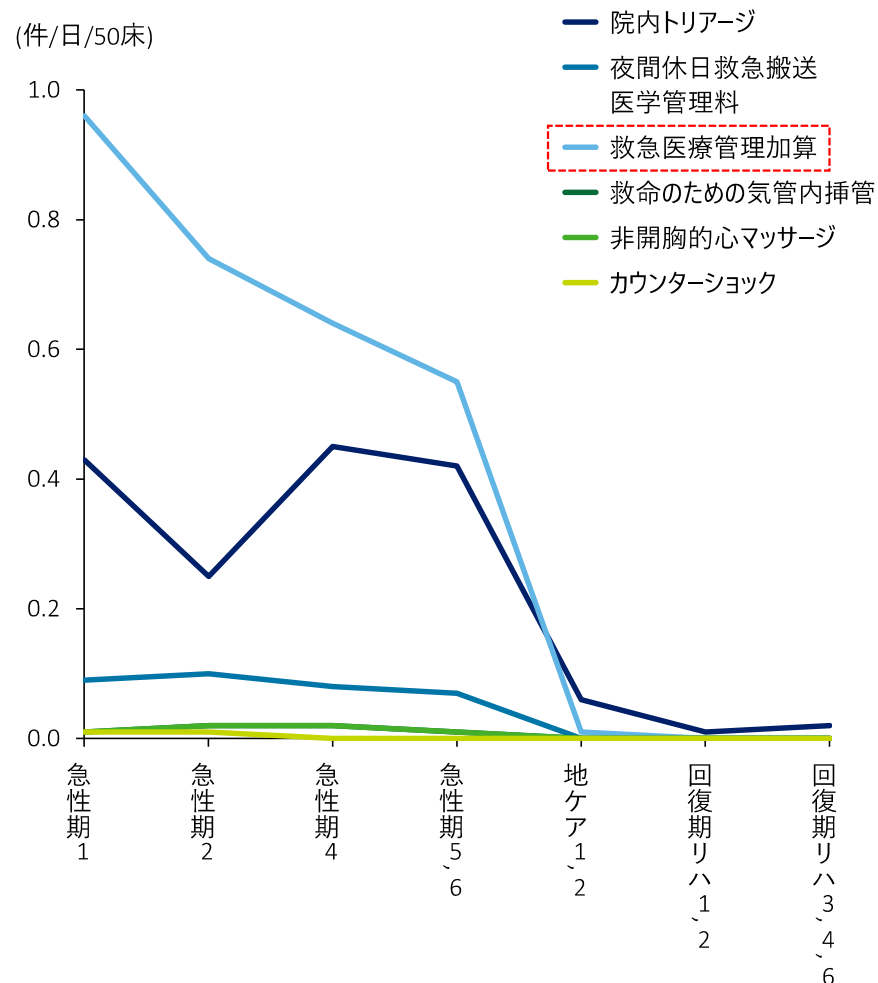
- ③ ②で選定した候補について、令和4年病床機能報告の「2022（令和4）年7月1日時点の機能」において病棟の機能を「急性期」と回答した病棟の1日、50床あたりの件数について、急性期と回復期の分布の違いを基準に各項目の閾値を設定し、区域ごとに重症急性期、軽症急性期の病床数を集計した。

幅広い手術では手術総数が、救急医療の実施状況では救急管理加算が病床機能と一定の相関があり、かつ1日、50床あたりの件数が大きい項目です

幅広い手術*



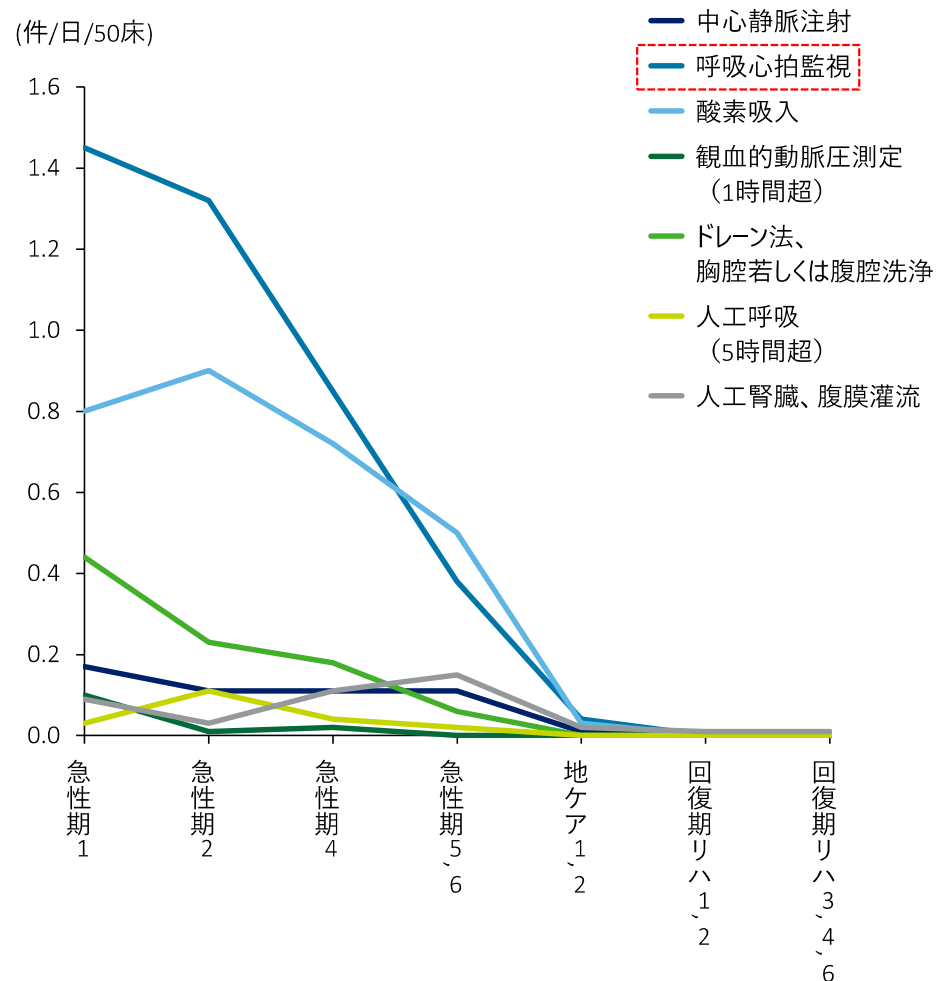
救急医療の実施状況*



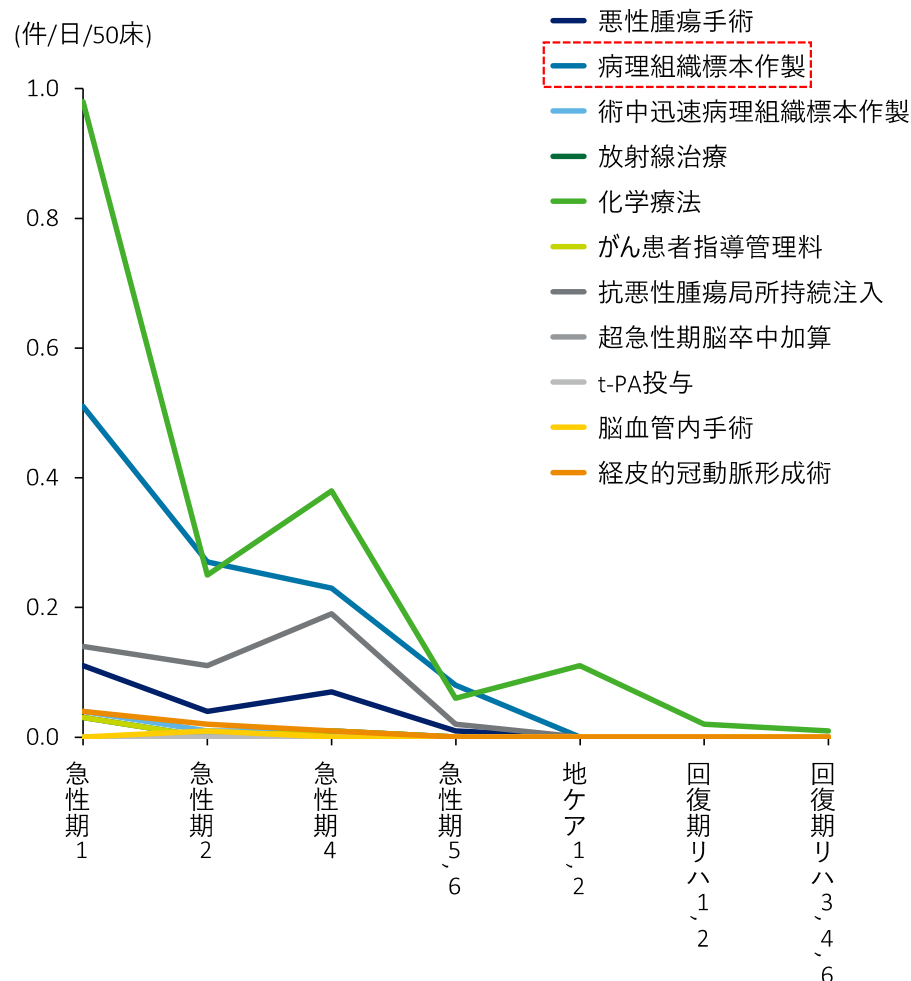
*本県の令和4年度病床機能報告において、急性期一般入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する病棟はない
出所：福島県「令和4年度病床機能報告 ロードデータ」

全身管理の状況では呼吸心拍監視が、がん・脳卒中・心筋梗塞への治療状況では病理組織標本作製が病床機能と一定の相関があり、かつ1日、50床あたりの件数が比較的大きい項目です

全身管理の状況*



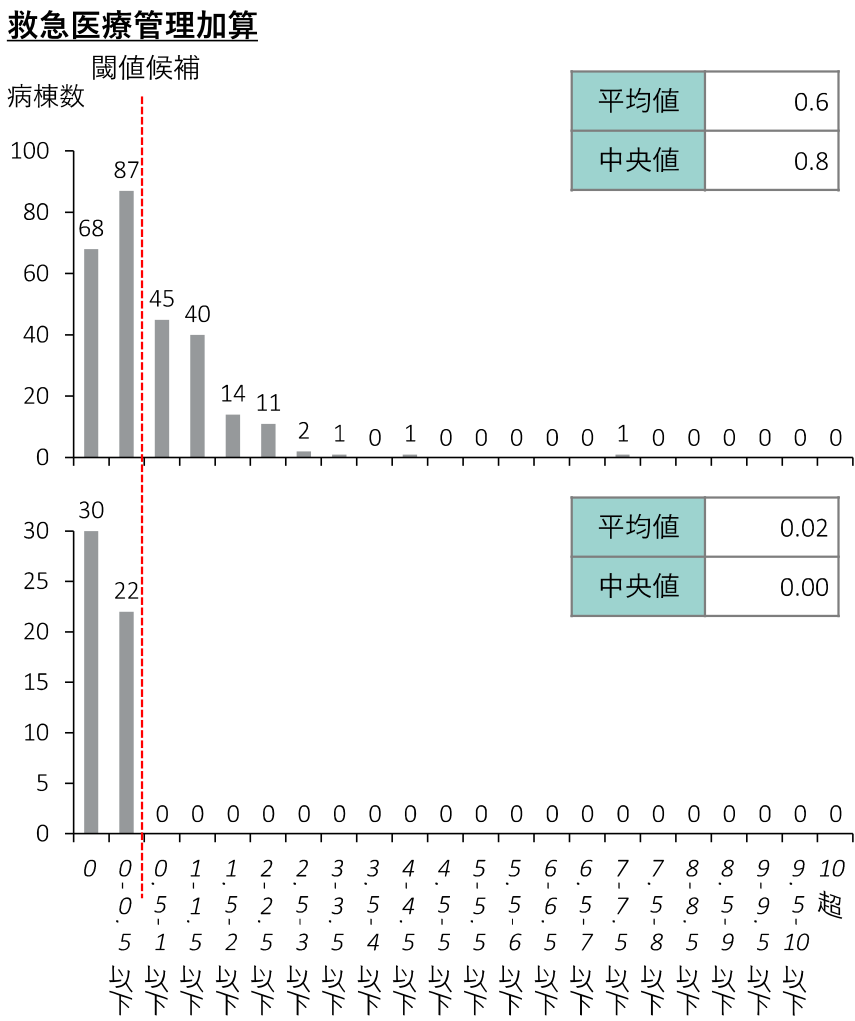
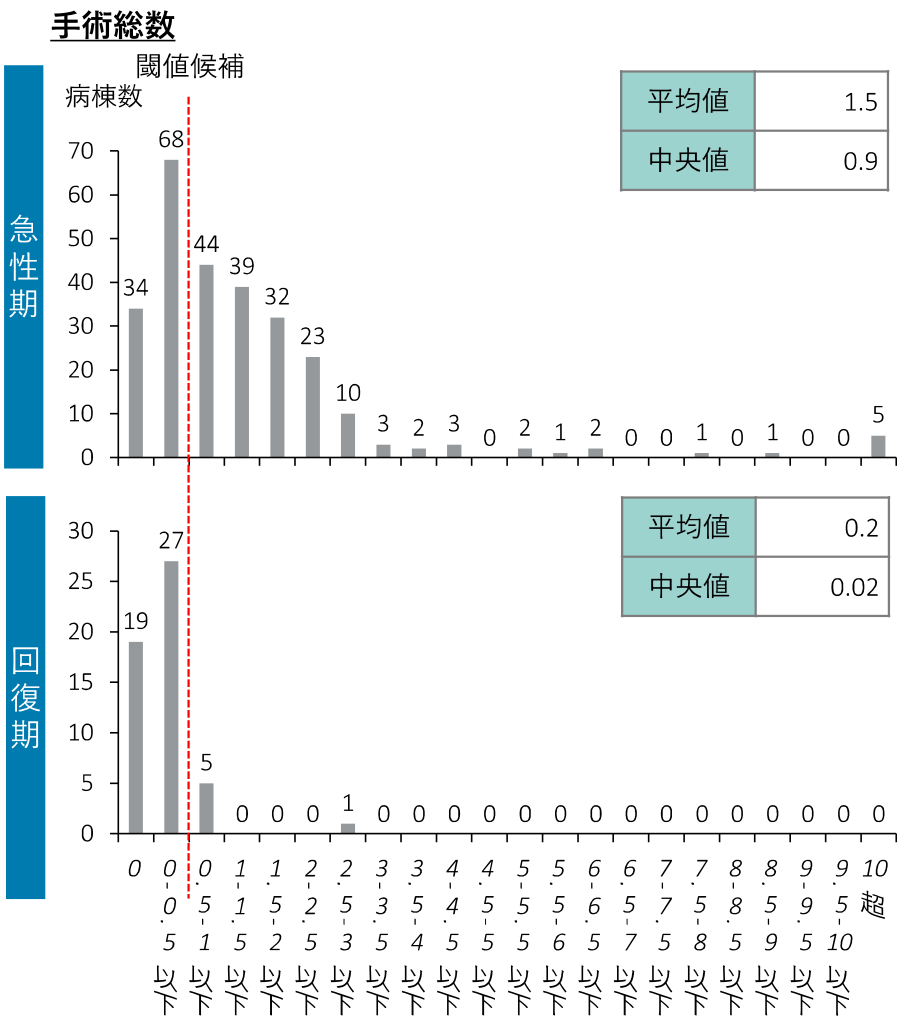
がん・脳卒中・心筋梗塞への治療状況*



*本県の令和4年度病床機能報告において、急性期一般入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する病棟はない
出所：福島県「令和4年度病床機能報告 ロードデータ」

手術総数、救急医療管理加算の1日、50床あたりの件数を急性期と回復期で比較すると、どちらも0.5件を境界に分布の違いがみられます

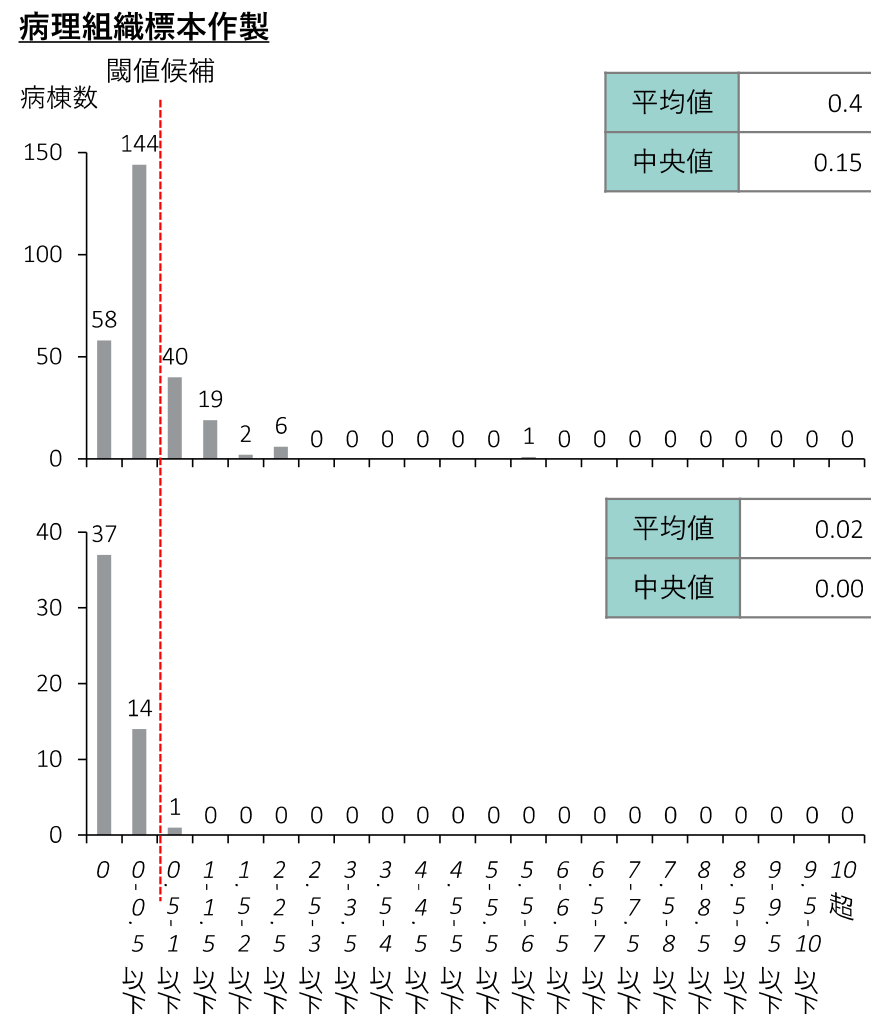
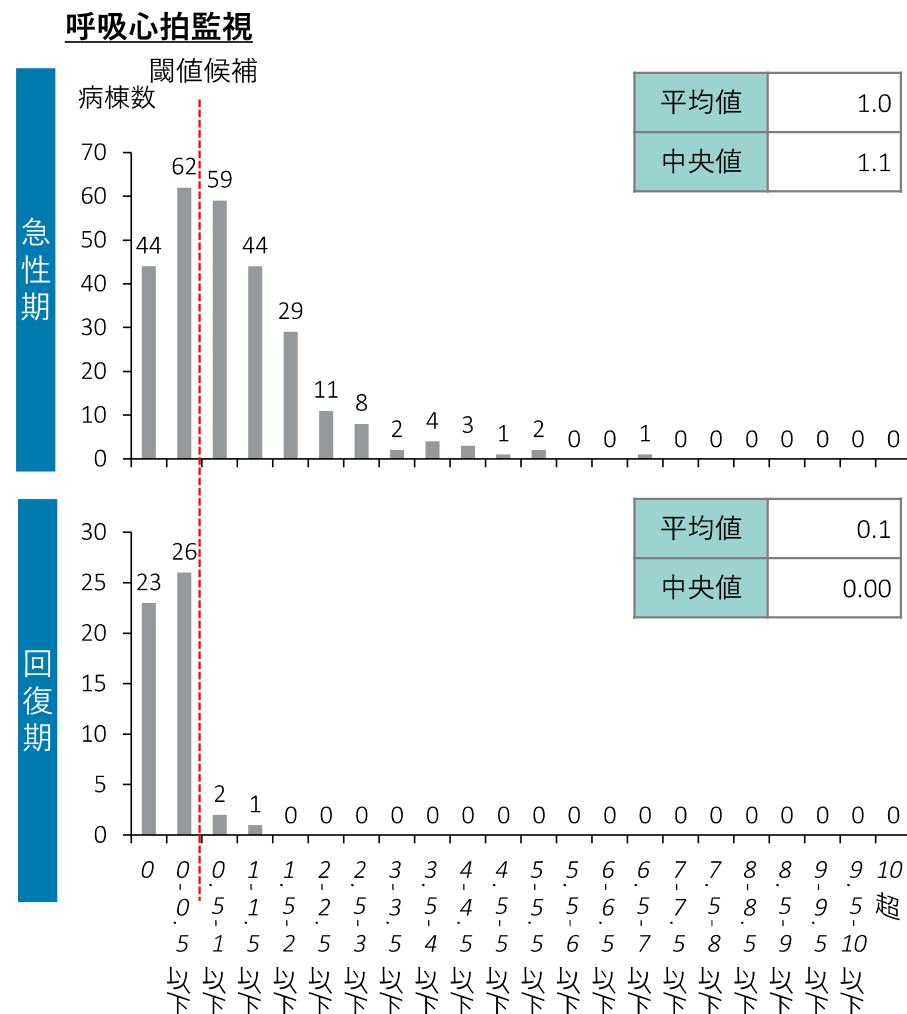
病床機能別、項目別1日、50床あたり件数



出所：福島県「令和4年度病床機能報告ローデータ」

呼吸心拍監視、病理組織標本作製の1日、50床あたりの件数を急性期と回復期で比較すると、どちらも0.5件を境界に分布の違いがみられます

病床機能別、項目別1日、50床あたり件数

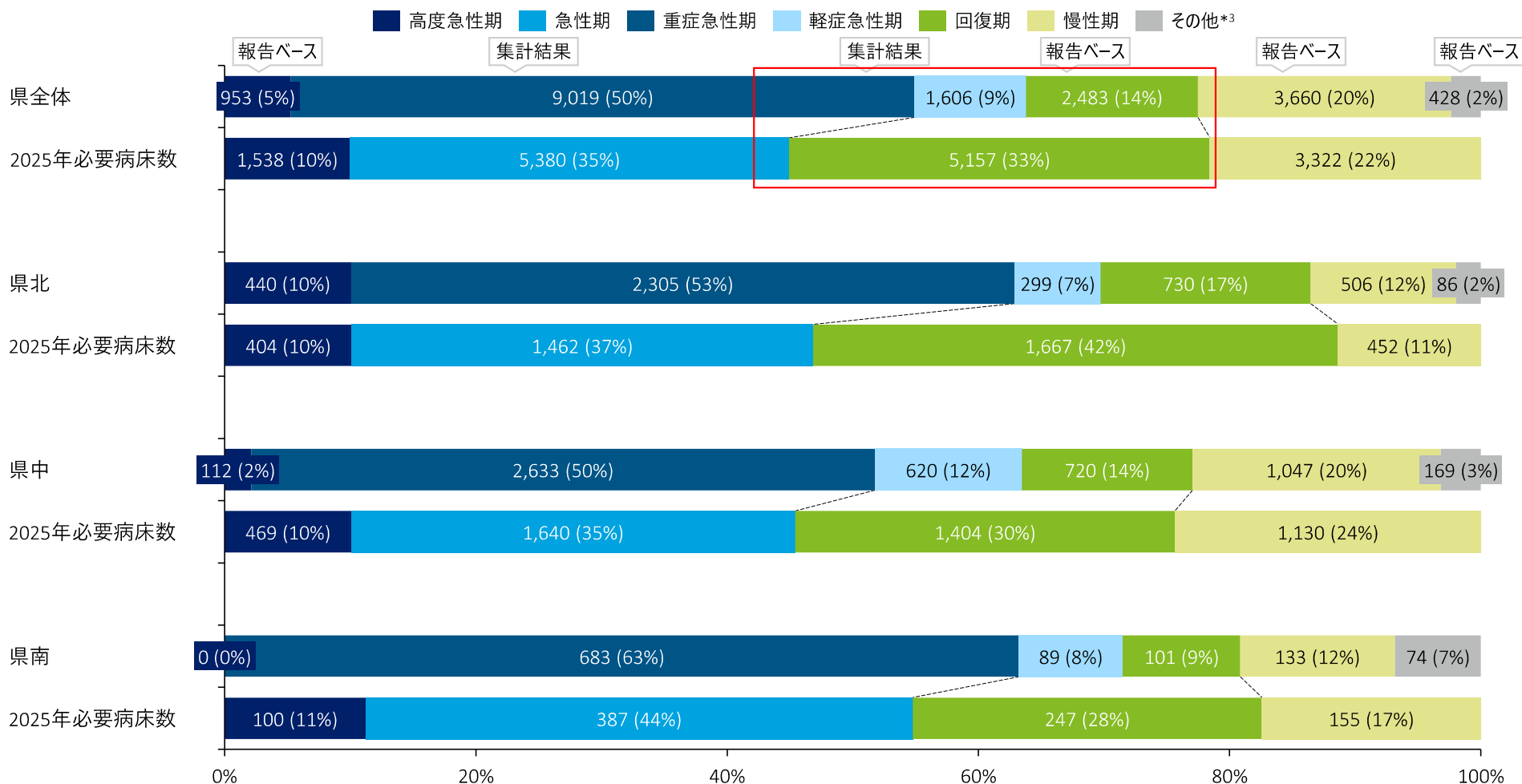


出所：福島県「令和4年度病床機能報告ローデータ」

急性期と回復期の分布の違いを基準に、手術総数、救急医療管理加算、呼吸心拍監視、病理組織標本作製の閾値を0.5に設定すると以下の結果となります

集計結果*1,2 1/2

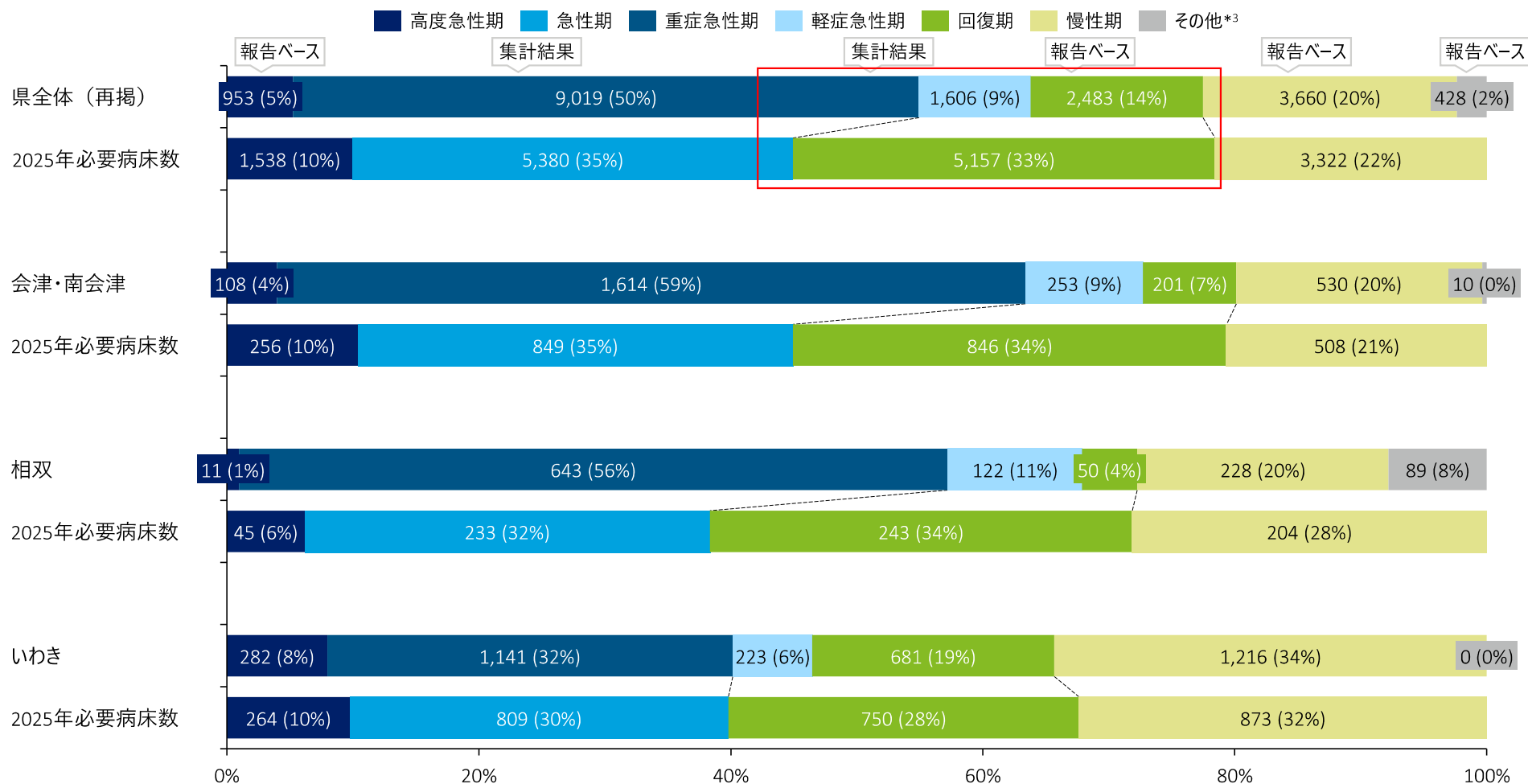
閾値	①手術総数	0.5	③呼吸心拍監視	0.5
	②救急医療管理加算	0.5	④病理組織標本作製	0.5



*1上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている、*2 令和4年度病床機能報告の値を正として集計、*3 その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：福島県「令和4年度病床機能報告ローデータ」、「地域医療構想」

集計結果*1,2 2/2

閾値	①手術総数	0.5	③呼吸心拍監視	0.5
	②救急医療管理加算	0.5	④病理組織標本作製	0.5

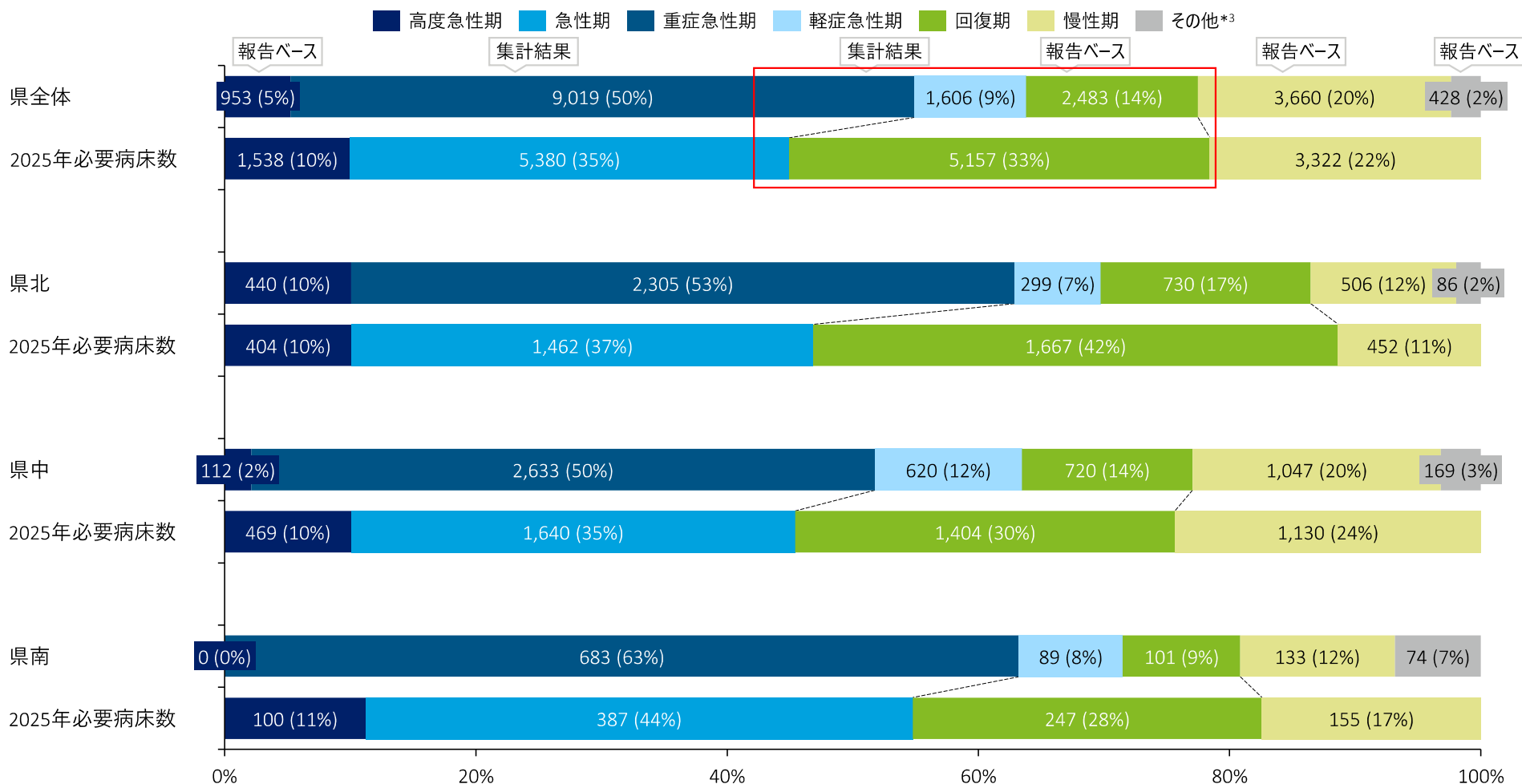


*1上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている、*2 令和4年度病床機能報告の値を正として集計、*3 その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：福島県「令和4年度病床機能報告ローデータ」、「地域医療構想」

急性期と回復期の分布の違いを基準に手術総数、救急医療管理加算、呼吸心拍監視の閾値を0.5件に設定すると以下の結果となります

集計結果*1,2 1/2

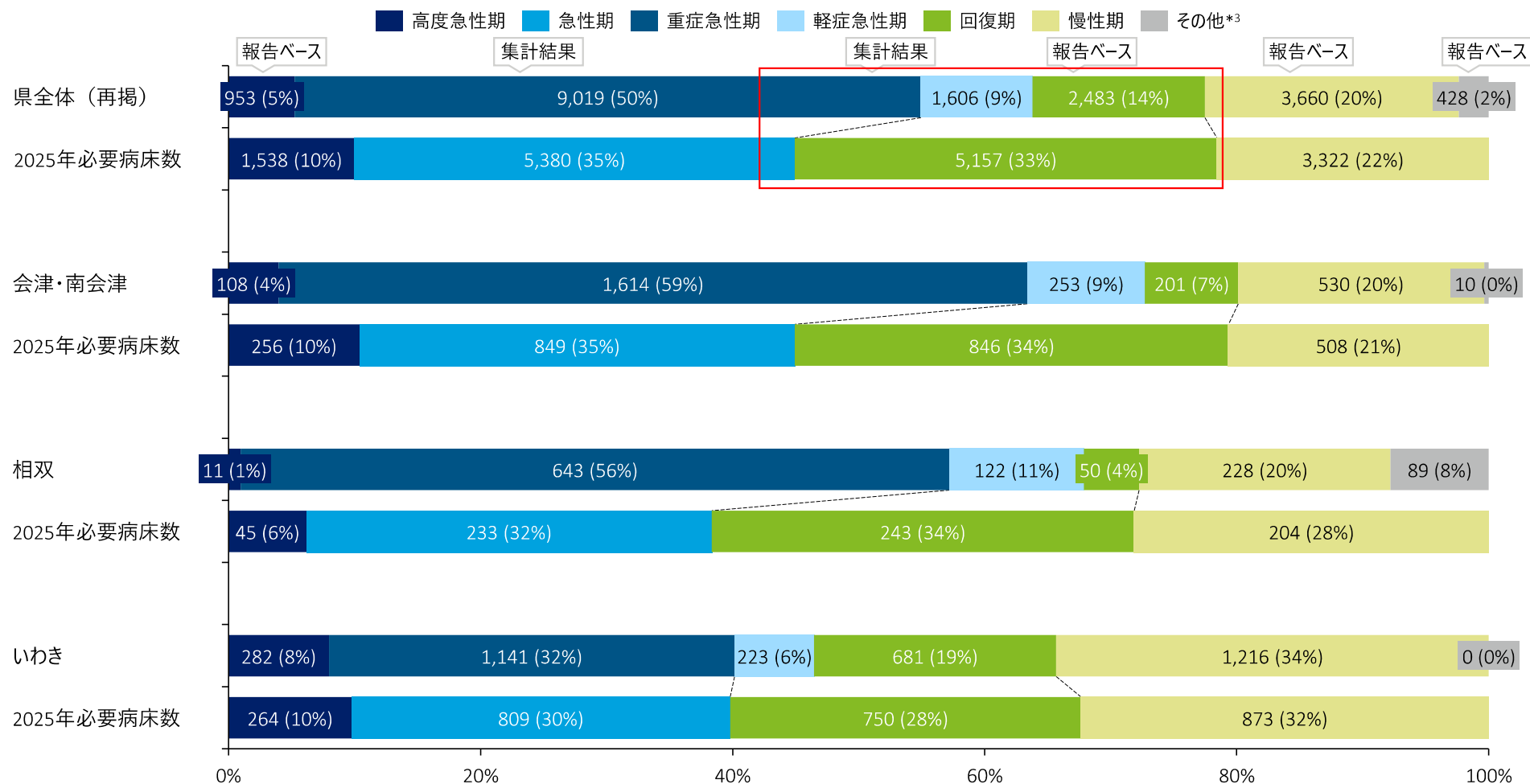
閾値	①手術総数	0.5	③呼吸心拍監視	0.5
	②救急医療管理加算	0.5	④病理組織標本作製	0.5



*1上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている、*2 令和4年度病床機能報告の値を正として集計、*3 その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：福島県「令和4年度病床機能報告ローデータ」、「地域医療構想」

集計結果*1,2 2/2

閾値	①手術総数	0.5	③呼吸心拍監視	0.5
	②救急医療管理加算	0.5	④病理組織標本作製	0.5



*1上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている、*2 令和4年度病床機能報告の値を正として集計、*3 その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：福島県「令和4年度病床機能報告ローデータ」、「地域医療構想」

全ての項目の閾値を0.5とした場合、病理組織標本作製の項目あり、なしでの定量的基準による軽症急性期の病床数は同じ結果となりました

各閾値を設定した場合と、地域医療構想で推計された回復期病床の必要病床数との差

	地域医療構想での必要病床数	令和4年病床機能報告		地域医療構想との差分 (令和4年病床機能報告－地域医療構想)	
	回復期	軽症急性期+回復期			
		病理組織標本作製あり	病理組織標本作製なし	病理組織標本作製あり	病理組織標本作製なし
県全体	5,157	4,089	4,089	-1,068	-1,068
県北	1,667	1,029	1,029	-638	-638
県中	1,404	1,340	1,340	-64	-64
県南	247	190	190	-57	-57
会津・南会津	846	454	454	-392	-392
相双	243	172	172	-71	-71
いわき	750	904	904	154	154
構成比					
県全体	34%	23%	23%	-11%	-11%
県北	42%	24%	24%	-18%	-18%
県中	30%	25%	25%	-5%	-5%
県南	28%	18%	18%	-10%	-10%
会津・南会津	34%	17%	17%	-18%	-18%
相双	34%	15%	15%	-18%	-18%
いわき	28%	26%	26%	-2%	-2%

*1上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている、*2 令和4年度病床機能報告の値を正として集計、*3 その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：福島県「令和4年度病床機能報告ローデータ」、「地域医療構想」

Appendix

【参考】今回検討した項目の一覧

幅広い手術	
1	手術 総数算定回数
2	全身麻酔の手術 総数算定回数
3	人工心肺を用いた手術算定回数
4	胸腔鏡下手術算定回数
5	腹腔鏡下手術算定回数
救急医療の実施状況	
1	院内トリアージ実施料 レセプト件数
2	夜間休日救急搬送医学管理料 レセプト件数
3	救急医療管理加算1及び2レセプト件数
4	在宅患者緊急入院診療加算レセプト件数
5	救命のための気管内挿管レセプト件数
6	体表面ペースティング法または食道ペースティング法レセプト件数
7	非開胸的心マッサージレセプト件数
8	カウンターショックレセプト件数
9	心膜穿刺レセプト件数
10	食道圧迫止血チューブ挿入法レセプト件数

全身管理の状況	
1	中心静脈栄養レセプト件数
2	呼吸心拍監視レセプト件数
3	酸素吸入レセプト件数
4	観血的動脈圧測定（1時間超）レセプト件数
5	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄レセプト件数
6	人工呼吸（5時間超）レセプト件数
7	人工腎臓、腹膜灌流レセプト件数
8	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法レセプト件数
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	
1	悪性腫瘍手術算定回数
2	病理組織標本作製算定日数
3	術中迅速病理組織標本作製算定回数
4	放射線治療管理料算定回数
5	化学療法算定日数
6	がん患者指導管理料I及びIIレセプト件数
7	抗悪性腫瘍剤局所持続注入算定回数
8	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入算定回数
9	急性期脳卒中加算レセプト件数
10	t-PA投与（脳梗塞に対するもの）レセプト件数
11	脳血管内手術算定回数
12	経皮的冠動脈形成術算定回数

出所：福島県「令和4年病床機能報告 ロードデータ」

急性期と回復期の分布の違いを基準に閾値を設定した場合、どの条件下においても手術総数と呼吸心拍監視が独立したパラメーターとして集計結果への影響が大きく、病理組織標本作製は影響が小さいことが窺えます

各項目のうちどれか1つを基準として設定した場合の集計結果

		救急医療 管理加算	呼吸心拍監視	病理組織 標本作製	手術総数
閾値		0.5	0.5	0.5	0.5
病棟数	重症急性期	115	164	69	168
	軽症急性期	155	106	201	102
病床数	重症急性期	5,232	7,179	3,042	6,914
	軽症急性期	5,393	3,446	7,583	3,711

各条件でそれぞれどれか1つの項目のみ閾値を超えた病棟、病床の集計結果

	病理組織標本作製あり				病理組織標本作製なし		
	手術総数	救急医療 管理加算	呼吸心拍監視	病理組織 標本作製	手術総数	救急医療 管理加算	呼吸心拍監視
閾値	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
閾値を超えた病棟数	31	9	19	0	36	9	22
閾値を超えた病床数	851	346	770	0	1,074	346	887

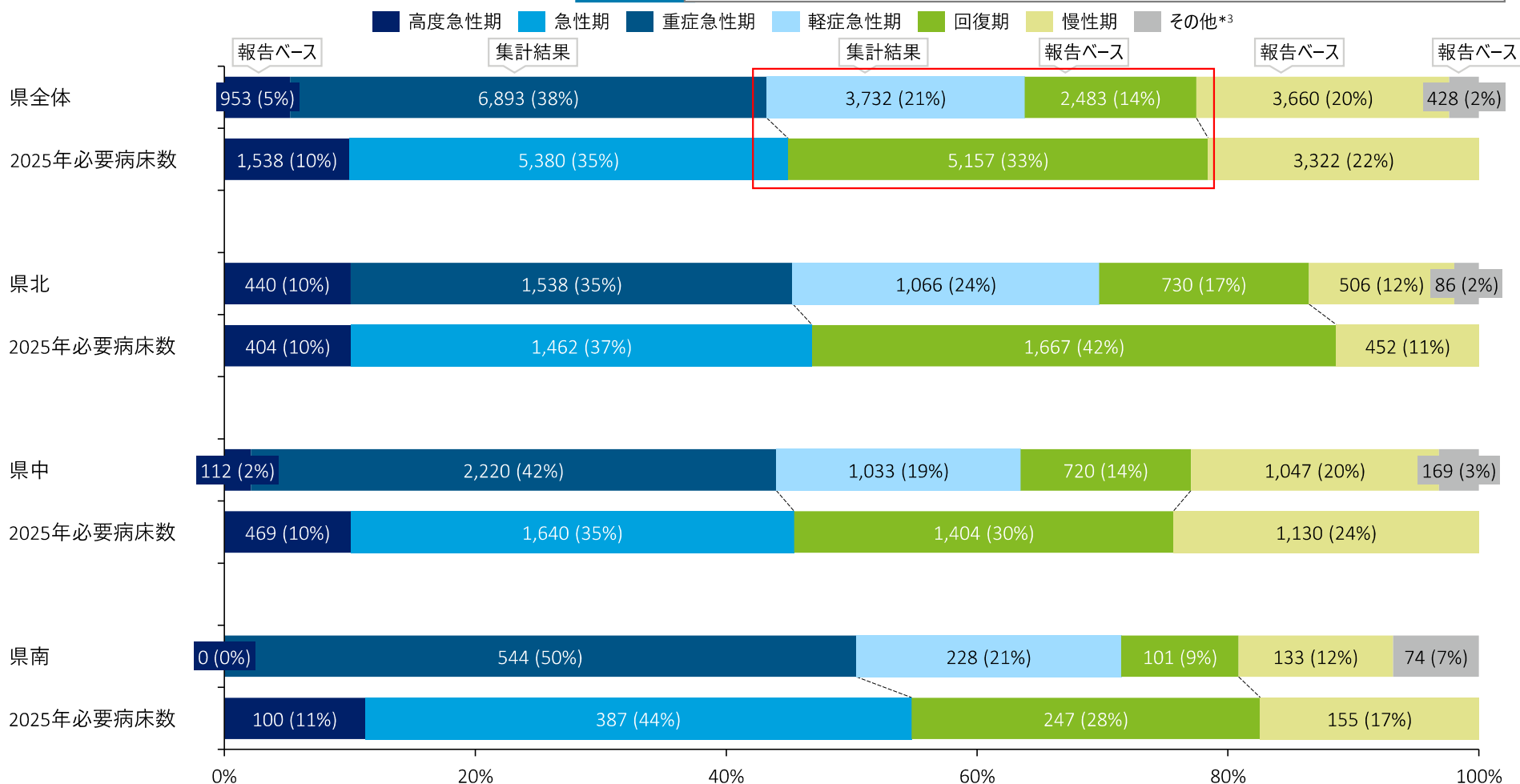
出所：福島県「令和4年度病床機能報告ローデータ」

大阪方式で区分すると、県全体では急性期のうち3,732床が軽症急性期となり、軽症急性期を回復期相当とみなした場合、県全体および各区域での回復期病床の構成比とほぼ同等の結果になります

大阪方式（④変更）による集計結果*1,2 1/2

大阪方式

①救急医療管理加算、②手術総数、③呼吸心拍監視、④化学療法の実施状況によって、重症急性期と軽症急性期に区分（病床あたりレセプト・算定件数が①②は1以上、③は2以上、④は2/3以上が重症急性期に該当）

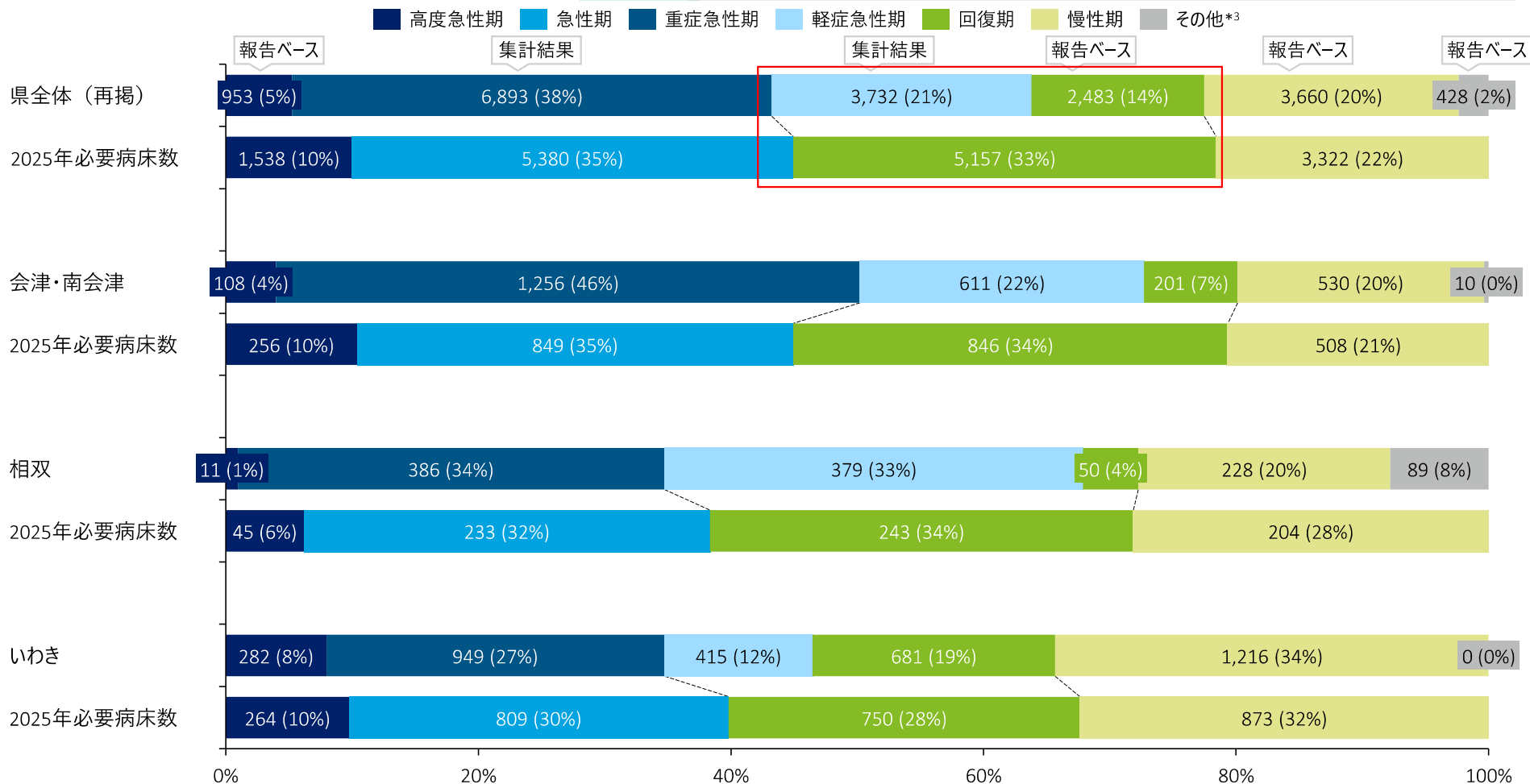


*1上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている、*2 令和4年度病床機能報告の値を正として集計、*3 その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：受領データ（R4年度病床機能報告ローデータ）

大阪方式（④変更）による集計結果*1,2 2/2

大阪方式

①救急医療管理加算、②手術総数、③呼吸心拍監視、④化学療法の実施状況によって、**重症急性期**と**軽症急性期**に区分（病床あたりレセプト・算定件数が①②は1以上、③は2以上、④は2/3以上が重症急性期に該当）



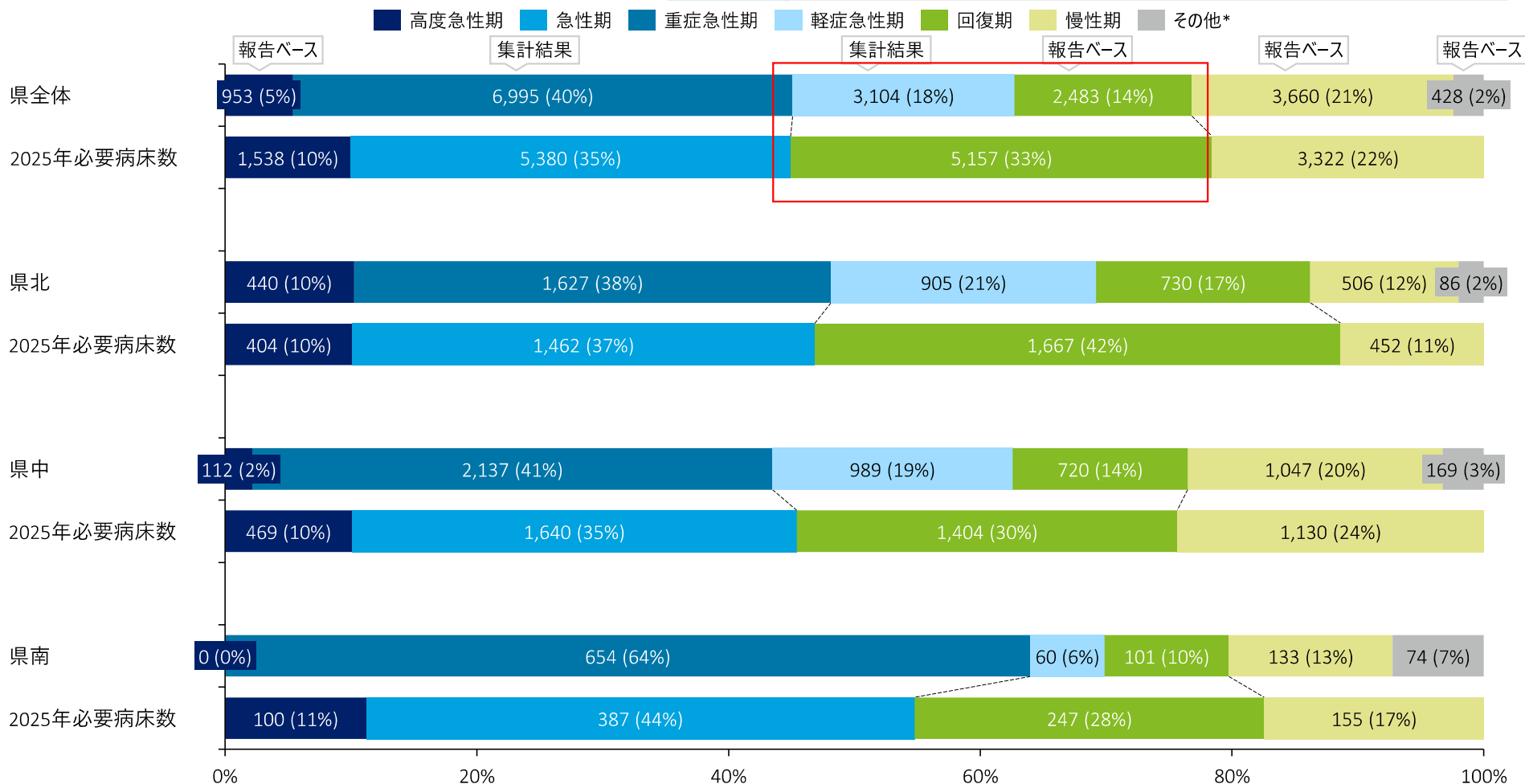
*1上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている、*2 令和4年度病床機能報告の値を正として集計、*3 その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：受領データ（R4年度病床機能報告ローデータ）

奈良方式で区分すると、県全体では急性期のうち2,462床が軽症急性期となり、軽症急性期を回復期相当とみなした場合、県全体では必要病床数とほぼ同等となりますが、区域別でみた場合に結果にばらつきがあります

奈良方式による集計結果 1/2

奈良方式

手術件数と救急医療入院件数の合計値の病床数あたりの件数（50床あたり）が1日2件以上の病棟を重症急性期を中心とする病棟、1日2件未満を軽症急性期を中心とする病棟として区分

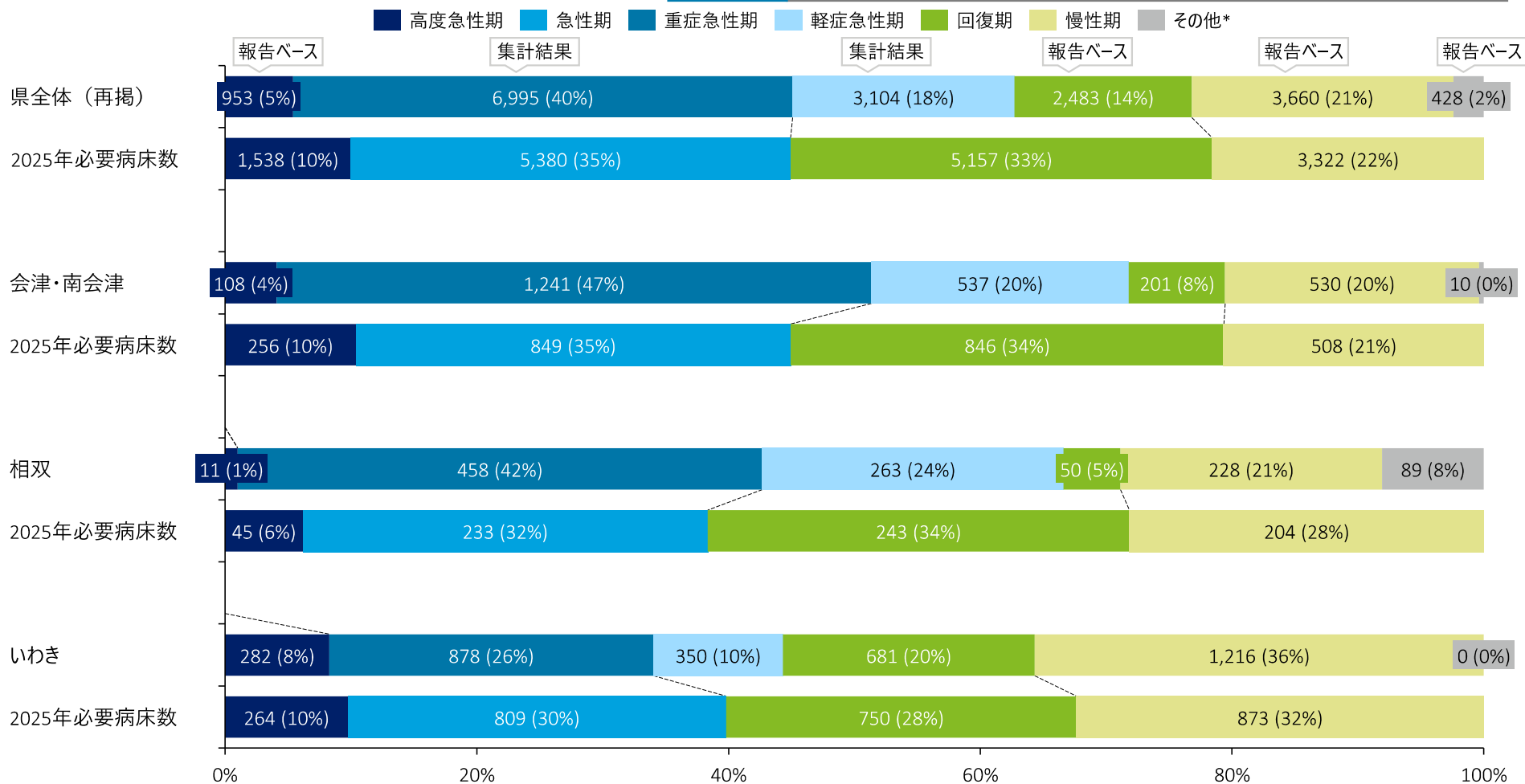


注釈：上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている * その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：受領データ（R4年度病床機能報告ローデータ）

奈良方式による集計結果 2/2

奈良方式

手術件数と救急医療入院件数の合計値の病床数あたりの件数（50床あたり）が1日2件以上の病棟を重症急性期を中心とする病棟、1日2件未満を軽症急性期を中心とする病棟として区分



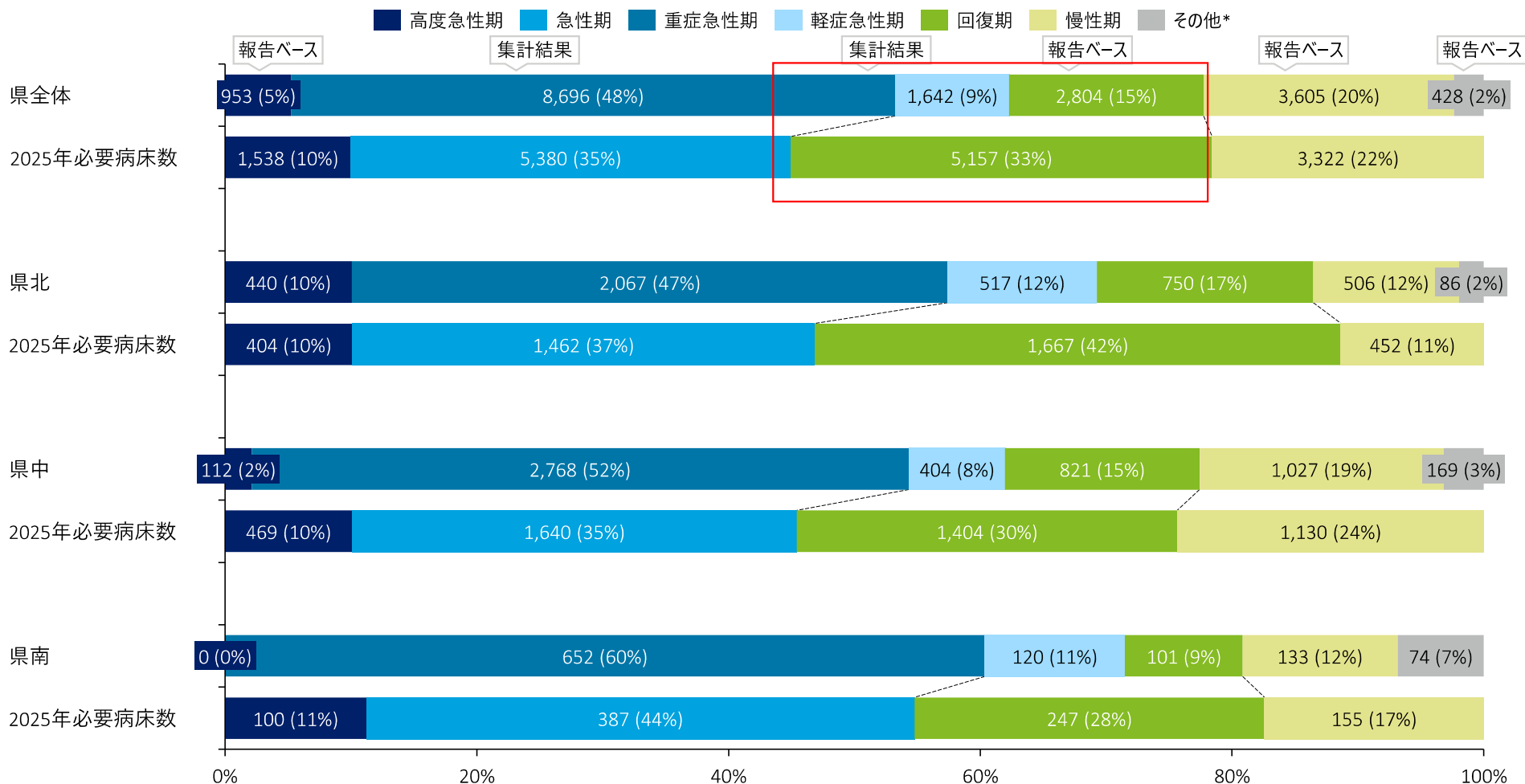
注釈：上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている * その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：受領データ（R4年度病床機能報告ローデータ）

佐賀方式で区分すると、県全体では急性期のうち1,642床が軽症急性期となり、軽症急性期を回復期相当とみなした場合、必要病床数よりやや少ない結果となります

佐賀方式による集計結果 1/2

佐賀方式

- ① 病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数
- ② 調整会議分科会において多機能から回復期への転換協議が整った病床
- ③ 病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟にっすが22日超の病棟の病床数

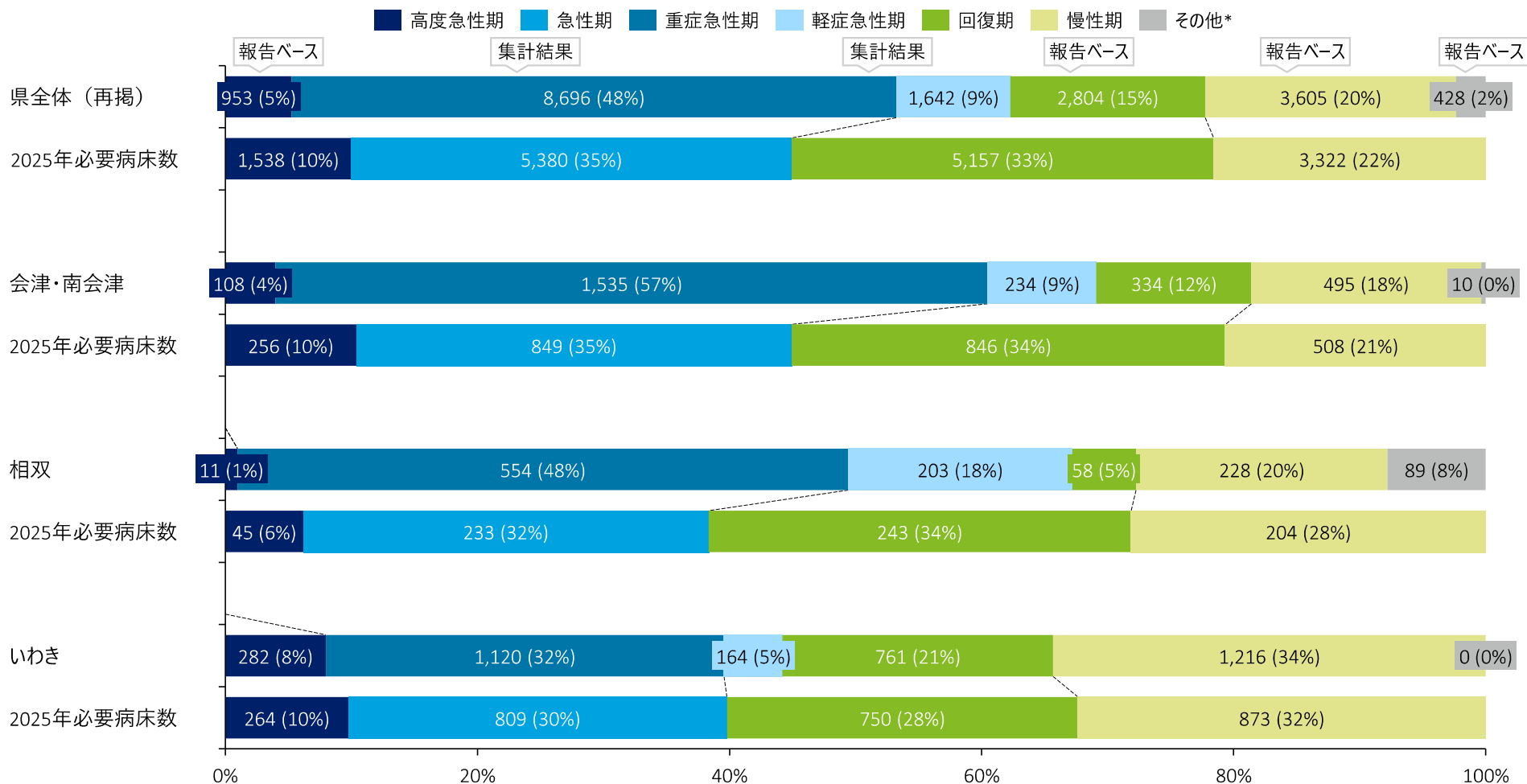


注釈：上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている * その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
出所：受領データ（R4年度病床機能報告ローデータ）

佐賀方式による集計結果 2/2

佐賀方式

- ① 病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数
- ② 調整会議分科会において多機能から回復期への転換協議が整った病床
- ③ 病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟にっすが22日超の病棟の病床数



注釈：上記は特定の機能を有する病棟も含めた集計となっている * その他：休棟や廃止予定、未記入等を含む
 出所：受領データ（R4年度病床機能報告ローデータ）

◆ 福島県における推進区域(仮称)の候補について

福島県における推進区域(仮称)の候補について

1 2025年に向けた地域医療構想の更なる推進(厚生労働省通知 R6.3.28)

(1) 主旨

地域医療構想の取組を更に推進するため、2025年に向けて国・都道府県が取り組む事項を明確化するもの

(2) 新たな取組事項

- **厚生労働省**は、都道府県に相談した上で、**推進区域(仮称)**として都道府県あたり**1～2か所**設定する
 - 厚生労働省より候補案の提示を受け、都道府県において候補案を選定・報告を行い、厚生労働省において設定する
- **都道府県**は、**地域医療構想調整会議で協議を行い**、推進区域(仮称)における医療体制上の課題、当該課題解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む**区域対応方針(仮称)**を策定する
 - 事務局で区域対応方針(仮称)案を作成し、地域医療構想調整会議で意見を伺って、区域対応方針(仮称)を策定する

福島県における推進区域(仮称)の候補について

2 推進区域(仮称) の設定基準(厚生労働省)

- ① データの特性だけでは説明できない**総病床数の必要量との差異**が特に生じている区域

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(※2)を除く)の差異(絶対数)が全国上位150位以内の区域

- ② データの特性だけでは説明できない**機能別病床数の必要量との差異**が特に生じている区域

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(※2)を除く)の差異(絶対数)が全国上位100位以内の区域

- ③ 令和5年9月末調査において**再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関**がある区域 (※3)

- ④ その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられる区域

※1 ①及び②は令和5年11月調査、③は令和5年9月調査の数値を基に選定

※2 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

※3 令和5年9月末調査で報告後に、検証済となっている区域があることを踏まえ、検討する必要がある

福島県における推進区域(仮称)の候補について

3 推進区域(仮称)の候補案(厚生労働省選定)

- ① 県北区域、県中区域、会津・南会津区域、相双区域、いわき区域
- ② 急性期病床：県北区域、県中区域、会津・南会津区域、相双区域、いわき区域
回復期病床：県北区域、県中区域、会津・南会津区域
- ③ 県北区域、県中区域、相双区域
- ④ 候補なし（都道府県で独自に判断するため）

基準 \ 区域	県北	県中	県南	会津・ 南会津	相双	いわき
①	○	○	×	○	○	○
②急性期	○	○	×	○	○	○
回復期	○	○	×	○	×	×
③	○	○	×	×	○	×
④	×	×	×	×	×	×

※ 詳細は(別紙)各種データⅠ参照

福島県における推進区域(仮称)の候補について

4 推進区域(仮称)の候補案(福島県選定)

(1) 選定基準

- 厚生労働省選定の候補案から選定する
- 基準①及び基準②は福島県における定量的基準案を用いて再検証する
- 基準③は最新情報で再検証する
- 再検証した結果及び基準④により福島県として地域医療構想の推進について対応ニーズを踏まえ、転換等により動きがある区域から選定する

福島県における推進区域(仮称)の候補について

(2) 再検証結果

- ① 県北区域、県中区域、会津・南会津区域、相双区域、いわき区域
- ② 急性期病床：県北区域、県中区域、会津・南会津区域、相双区域、いわき区域
回復期病床：県北区域、会津・南会津区域
- ③ 候補なし（最新の医療機関の報告では県北区域と相双区域は検証未開始で報告しているが、令和5年度の地域医療構想調整会議において対応方針を協議し、内容について了承されているため）

基準 \ 区域	県北	県中	県南	会津・ 南会津	相双	いわき
①	○	○	×	○	○	○
②急性期	○	○	×	○	○	○
回復期	○	<u>×</u>	×	○	×	×
③	<u>×</u>	<u>×</u>	×	×	<u>×</u>	×

※ 詳細は(別紙)各種データⅢ参照

福島県における推進区域(仮称)の候補について

(3) 最終候補案

- 基準①、基準②の急性期病床及び回復期病床の全て該当している区域
- 区域として必要とされている（不足している）回復期病床への転換等により動きがある区域（2022年度病床機能報告の2025年見込みとR4.7.1現在の差異（絶対数）が大きい）

※ 詳細は(別紙)各種データⅣ及びⅤ参照

- 各医療機関における2025年に向けた対応方針において、急性期病床から回復期病床への流れをスムーズにしてほしいとの要望が多い区域

※ 詳細は(別紙)各種データⅥ参照

上記の選定基準を踏まえ、本県の中で他区域のモデルとなり得る区域として選定



会津・南会津区域

I 厚生労働省選定の推進区域(仮称)の候補案データ

構想区域	2025年の病床の必要量(A)					2022年度病床機能報告の2025年見込み(B)					(A)－(B)の差				
	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
県北	3,985	404	1,462	1,667	452	4,438	443	2,650	755	590	△ 453	△ 39	△ 1,188	912	△ 138
県中	4,643	469	1,640	1,404	1,130	5,292	121	3,400	776	995	△ 649	348	△ 1,760	628	135
県南	889	100	387	247	155	987	0	753	101	133	△ 98	100	△ 366	146	22
会津・南会津	2,459	256	849	846	508	2,655	108	1,759	348	440	△ 196	148	△ 910	498	68
相双	725	45	233	243	204	1,156	11	794	50	301	△ 431	34	△ 561	193	△ 97
いわき	2,696	264	809	750	873	3,463	282	1,280	717	1,184	△ 767	△ 18	△ 471	33	△ 311
合計	15,397	1,538	5,380	5,157	3,322	17,991	965	10,636	2,747	3,643	△ 2,594	573	△ 5,256	2,410	△ 321

※ 説明できる差異については、全ての構想区域において「0」で報告(分析・解析をしていないため)

II 福島県における定量的基準案を用いた場合の2022年度病床機能報告の2025年見込み

構想区域	【定量的基準案版】2022年度病床機能報告 R4.7.1現在(D)					【定量的基準案版】2022年度病床機能報告の2025年見込み(E)				
	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
県北	4,280	440	2,305	1,029	506	4,347	443	2,304	1,064	536
県中	5,132	112	2,633	1,340	1,047	5,270	114	2,702	1,444	1,010
県南	1,006	0	683	190	133	989	0	666	190	133
会津・南会津	2,706	108	1,614	454	530	2,661	108	1,520	593	440
相双	1,054	11	643	172	228	1,151	11	667	172	301
いわき	3,543	282	1,141	904	1,216	3,487	282	1,070	951	1,184
合計	17,721	953	9,019	4,089	3,660	17,905	958	8,929	4,414	3,604

定量的基準案での算出の考え方

C : D = B : E

III 福島県選定の推進区域(仮称)の候補案における再検証データ

構想区域	2025年の病床の必要量(A)					【定量的基準案版】2022年度病床機能報告の2025年見込み(E)					(A)－(E)の差				
	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
県北	3,985	404	1,462	1,667	452	4,347	443	2,304	1,064	536	△ 362	△ 39	△ 842	603	△ 84
県中	4,643	469	1,640	1,404	1,130	5,270	114	2,702	1,444	1,010	△ 627	355	△ 1,062	△ 40	120
県南	889	100	387	247	155	989	0	666	190	133	△ 100	100	△ 279	57	22
会津・南会津	2,459	256	849	846	508	2,661	108	1,520	593	440	△ 202	148	△ 671	253	68
相双	725	45	233	243	204	1,151	11	667	172	301	△ 426	34	△ 434	71	△ 97
いわき	2,696	264	809	750	873	3,487	282	1,070	951	1,184	△ 791	△ 18	△ 261	△ 201	△ 311
合計	15,397	1,538	5,380	5,157	3,322	17,905	958	8,929	4,414	3,604	△ 2,508	580	△ 3,549	743	△ 282

(別紙) 各種データ

※ 説明できる差異については、全ての構想区域において「0」で報告(分析・解析をしていないため)

Ⅳ 福島県選定の推進区域(仮称)の最終候補案データ①(定量的基準を用いずに算出)

構想区域	2022年度病床機能報告の2025年見込み(B)					2022年度病床機能報告 R4.7.1現在(C)					(B)－(C)の差				
	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
県北	4,438	443	2,650	755	590	4,377	440	2,651	730	556	61	3	△ 1	25	34
県中	5,292	121	3,400	776	995	5,182	118	3,313	720	1,031	110	3	87	56	△ 36
県南	987	0	753	101	133	1,006	0	772	101	133	△ 19	0	△ 19	0	0
会津・南会津	2,655	108	1,759	348	440	2,771	108	1,867	266	530	△ 116	0	△ 108	82	△ 90
相双	1,156	11	794	50	301	1,054	11	765	50	228	102	0	29	0	73
いわき	3,463	282	1,280	717	1,184	3,543	282	1,364	681	1,216	△ 80	0	△ 84	36	△ 32
合計	17,991	965	10,636	2,747	3,643	17,933	959	10,732	2,548	3,694	58	6	△ 96	199	△ 51

Ⅴ 福島県選定の推進区域(仮称)の最終候補案データ②(定量的基準を用いて算出)

構想区域	【定量的基準案版】2022年度病床機能報告の2025年見込み(E)					【定量的基準案版】2022年度病床機能報告 R4.7.1現在(D)					(E)－(D)の差				
	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
県北	4,347	443	2,304	1,064	536	4,280	440	2,305	1,029	506	67	3	△ 1	35	30
県中	5,270	114	2,702	1,444	1,010	5,132	112	2,633	1,340	1,047	138	2	69	104	△ 37
県南	989	0	666	190	133	1,006	0	683	190	133	△ 17	0	△ 17	0	0
会津・南会津	2,661	108	1,520	593	440	2,706	108	1,614	454	530	△ 45	0	△ 94	139	△ 90
相双	1,151	11	667	172	301	1,054	11	643	172	228	97	0	24	0	73
いわき	3,487	282	1,070	951	1,184	3,543	282	1,141	904	1,216	△ 56	0	△ 71	47	△ 32
合計	17,905	958	8,929	4,414	3,604	17,721	953	9,019	4,089	3,660	184	5	△ 90	325	△ 56

Ⅵ 各医療機関における2025年に向けた対応方針(他の医療機関に果たしてほしい役割のうち急性期から回復期への流れに関するものを抜粋)

県北

- ・回復期を担う病床を増やす必要があると考察する(福島寿光会病院)
- ・回復期を担う病院の増加(福島赤十字病院)

会津・南会津

- ・急性期が終わった患者については、回復期・後方支援の病院の受け入れ態勢の環境を整備して欲しい(会津医療センター附属病院)
- ・地域における回復期、慢性期、介護の受入について、役割分担を行っていく必要がある(佐原病院)
- ・急性期を脱した患者の受け入れ(会津中央病院)
- ・毎日の転院(退院・入院)連携ミーティングへの参加(竹田総合病院)

推進区域（仮称）及びモデル推進区域（仮称）について

- 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、令和6年3月28日付で通知を発出し、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。

※ その際、令和4年通知に記載のとおり、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、地域全体で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。

2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月28日）

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。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域（仮称）を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域（仮称）のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- ・ 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

2. 国による積極的な支援

①地域別の病床機能等の見える化

- ・ 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等が見える化
- ・ これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる

②都道府県の取組の好事例の周知

- ・ 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知

③医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

- ・ 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知

④基金等の支援策の周知

- ・ 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成

⑤都道府県等の取組のチェックリスト

- ・ 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。

⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- ・ データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施

推進区域（仮称）の設定について（案）

推進区域（仮称）の設定の考え方

- 地域医療構想については、各医療機関の対応方針の策定率等の年度目標の設定、進捗状況の検証、当該検証を踏まえた必要な対応等によるPDCAサイクルを通じて推進している。
- こうした中、都道府県に対して、取組状況の調査を行うとともに、病床数の変化等を分析したところ、病床機能報告の合計病床数は2025年の必要量と同程度の水準となり、機能別の病床数は急性期が減少し、回復期が増加するなど、全体として必要量の方向に進捗している。一方で、全ての構想区域において医療提供体制上の課題があること、構想区域別にみると必要量との大きい乖離が残っている区域があること等が明らかになった。
- こうしたことから、これまでのPDCAサイクルの取組を更に推進するため、令和6年3月に厚生労働省医政局長通知を発出し、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる区域について、**厚生労働省において、都道府県にご相談した上で、推進区域（仮称）として都道府県あたり1～2か所設定**し、都道府県においては、地域医療構想調整会議で協議を行い、推進区域（仮称）における医療提供体制上の課題、当該課題解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む区域対応方針（仮称）を策定することとした。
- 推進区域（仮称）については、これまでの取組状況等を踏まえ、以下の区域から設定することとしたい。
 - ① **データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じている区域**
 - ② **データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じている区域**
 - ③ **令和5年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関がある区域**
 - ④ **その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられる区域**

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※ 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。 3

モデル推進区域（仮称）の設定によるアウトリーチの伴走支援について（案）

モデル推進区域（仮称）の設定の考え方

- モデル推進区域（仮称）については、厚生労働省において、推進区域の中から、都道府県にご相談した上で、全国に10～20か所程度設定するものであり、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる区域を設定する。
- 具体的には、必要量より多くなっている機能別病床について、2015年と比べて、病床数が増加かつ病床利用率※が低下している、医療提供体制上の課題の分析や地域医療連携推進法人制度の活用等を行い、将来に向けて地域医療構想を進めようとしているなど、医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定することとしたい。

（※）病床利用率については、病床機能報告の数値を活用し、医療施設調査等と同様の考え方により、「 $\frac{\text{年間在棟患者延数}}{\text{病床数} \times 365} \times 100$ 」として算出。

伴走支援

○技術的支援（例）

（下線は従来の重点支援区域における技術的支援では実施していない支援策）

- ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析
- ・ 構想区域からの依頼に基づき議論の場・講演会、住民説明会などへの国職員の出席
- ・ 関係者との議論を行う際の資料作成支援
- ・ 関係者の協議の場の設定
- ・ 都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置
- ・ 地域医療構想を進めるための構想区域内の課題把握
- ・ 分析結果を踏まえた取組の検討に関する支援
- ・ 定量的基準の導入に関する支援
- ・ 地域の枠組みを超えた構想区域や都道府県間の意見交換会の設定
- ・ 区域対応方針（※）の作成支援

（※）「地域医療構想の進め方について」（令和5年3月31日付け医政地発 0331 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）において示した、構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するために年度毎に策定する工程表を含む。

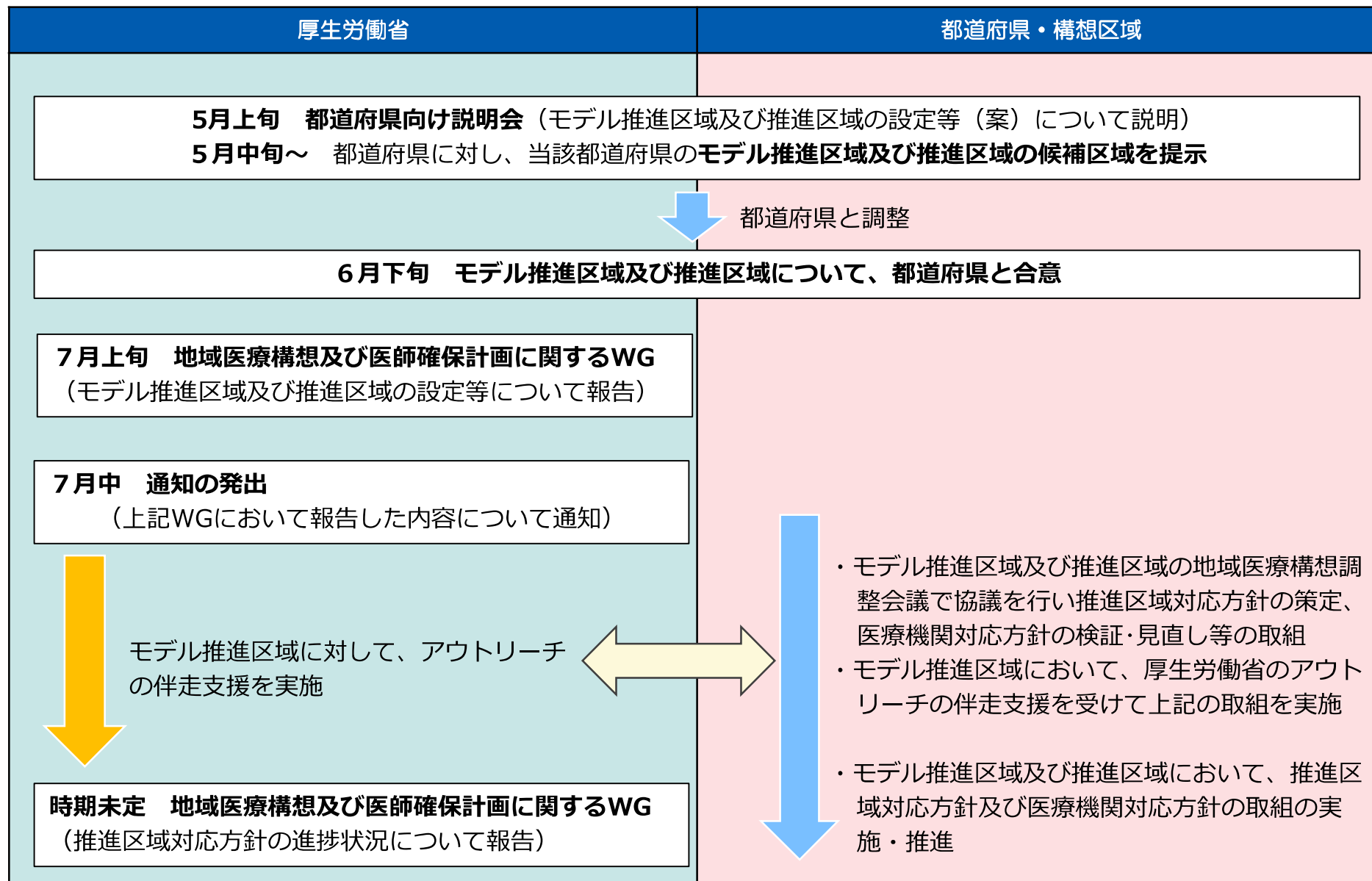
○財政的支援

モデル推進区域（仮称）が属する都道府県に対しては、重点支援区域への支援と同様に、地域医療介護総合確保基金について事業区分Ⅱ・Ⅳについて優先配分を行うほか、個別医療機関の再編統合を実施する場合には上乗せの財政支援を行う。

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※ 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。

推進区域（仮称）の設定等についてのスケジュールについて（案）



参考資料

2025年に向けた地域医療構想の進め方について

(令和6年3月28日付け医政発0328第3号 厚生労働省医政局長通知) 【抜粋】

2. 2025年に向けた国、都道府県及び医療機関における計画的な取組

2025年に向けた地域医療構想の取組を更に推進するため、国、都道府県及び医療機関において、以下のとおり、2024年度及び2025年度に計画的に取組を進める（別添3）。

- (2) 地域医療構想については、構想区域単位で、医療提供体制上の課題を分析し、医療機関、関係団体、市町村等と連携して、地域医療構想調整会議において協議を行い、当該課題の解決に向けた取組を進めることが重要である。これまでのPDCAサイクルを通じた取組等により、地域医療構想調整会議において地域の実情に応じて関係者による協議が行われ、地域医療構想については一定の進捗が認められるところであり、これらの地域の実情に応じた取組を更に推進するため、2024年度からの新たな取組として、病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられるモデル推進区域（仮称）及び推進区域（仮称）を設定してアウトリーチの伴走支援を実施する。

具体的には、厚生労働省において、2024年度前半に都道府県あたり1～2か所の推進区域（仮称）及び当該推進区域（仮称）のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定した上で、2024年度及び2025年度にモデル推進区域（仮称）においてアウトリーチの伴走支援（3.（6）に後述）を実施する。都道府県においては、2024年度に、推進区域（仮称）の地域医療構想調整会議で協議を行い、当該区域における医療提供体制上の課題、当該課題の解決に向けた方向性及び具体的な取組内容を含む推進区域対応方針（仮称）を策定し、2025年度に推進区域対応方針（仮称）に基づく取組を実施する。医療機関においては、2024年度及び2025年度に、都道府県が策定した推進区域対応方針（仮称）に基づき、各医療機関の対応方針について改めて必要な検証・見直しを行う。また、厚生労働省において、2025年度に、推進区域対応方針（仮称）の進捗状況を確認して公表する。

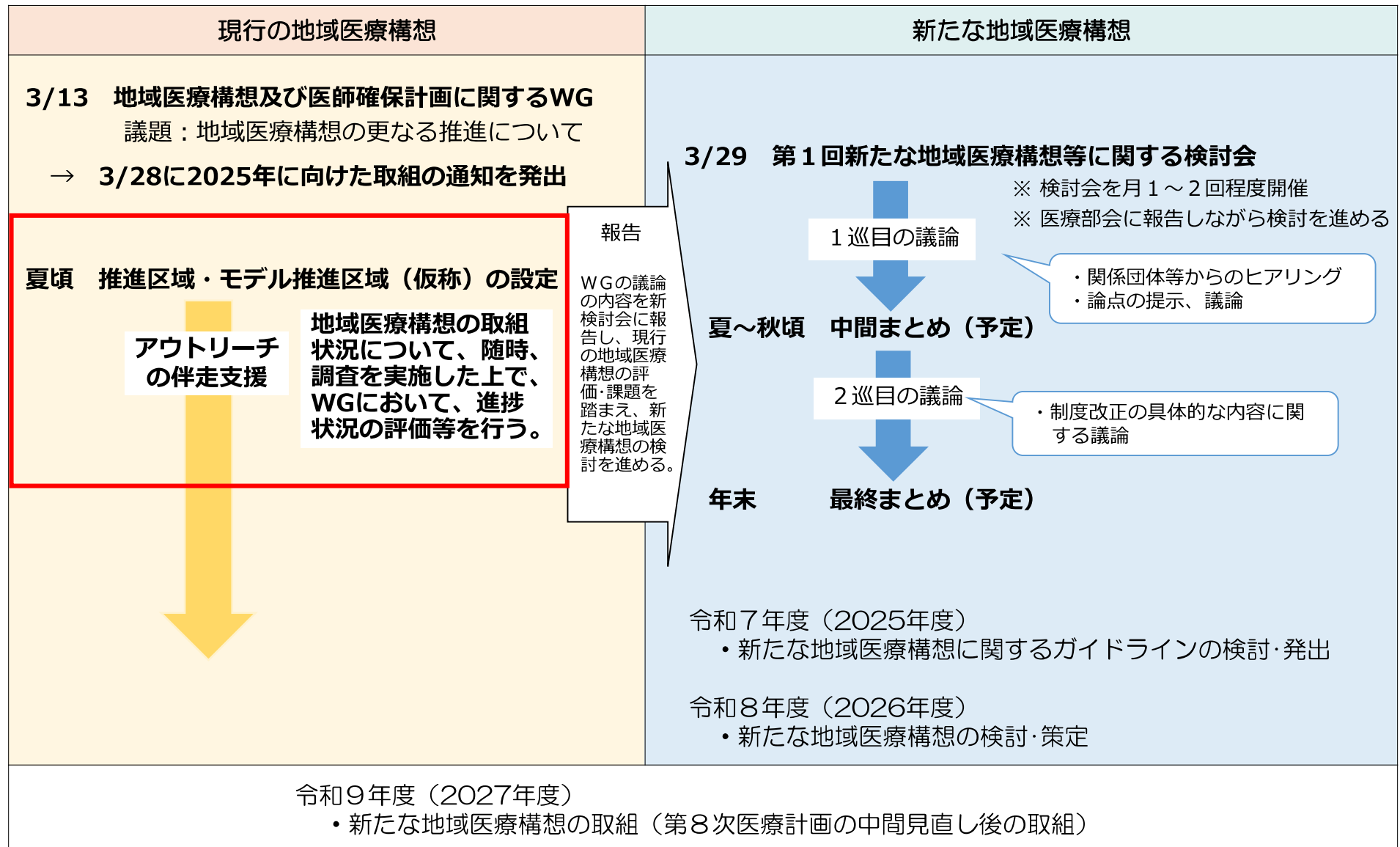
モデル推進区域（仮称）及び推進区域（仮称）の設定方法及び推進区域対応方針（仮称）等の詳細については、追って通知する。

3. 地域医療構想の更なる推進に向けた国の支援

- (6) モデル推進区域（仮称）におけるアウトリーチの伴走支援

2.（2）のとおり、厚生労働省において、全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定し、データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域（仮称）においてアウトリーチの伴走支援を実施する。

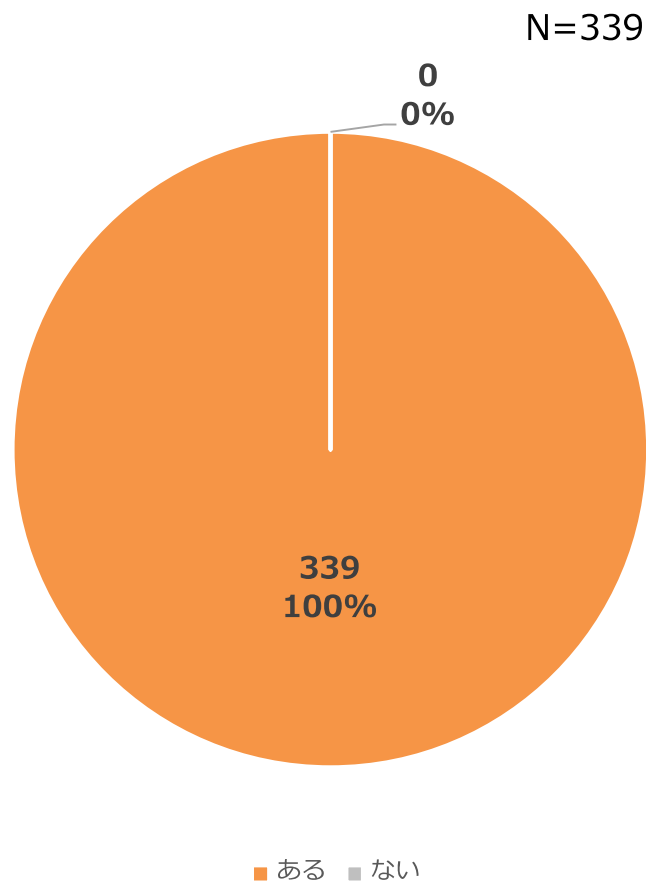
地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）



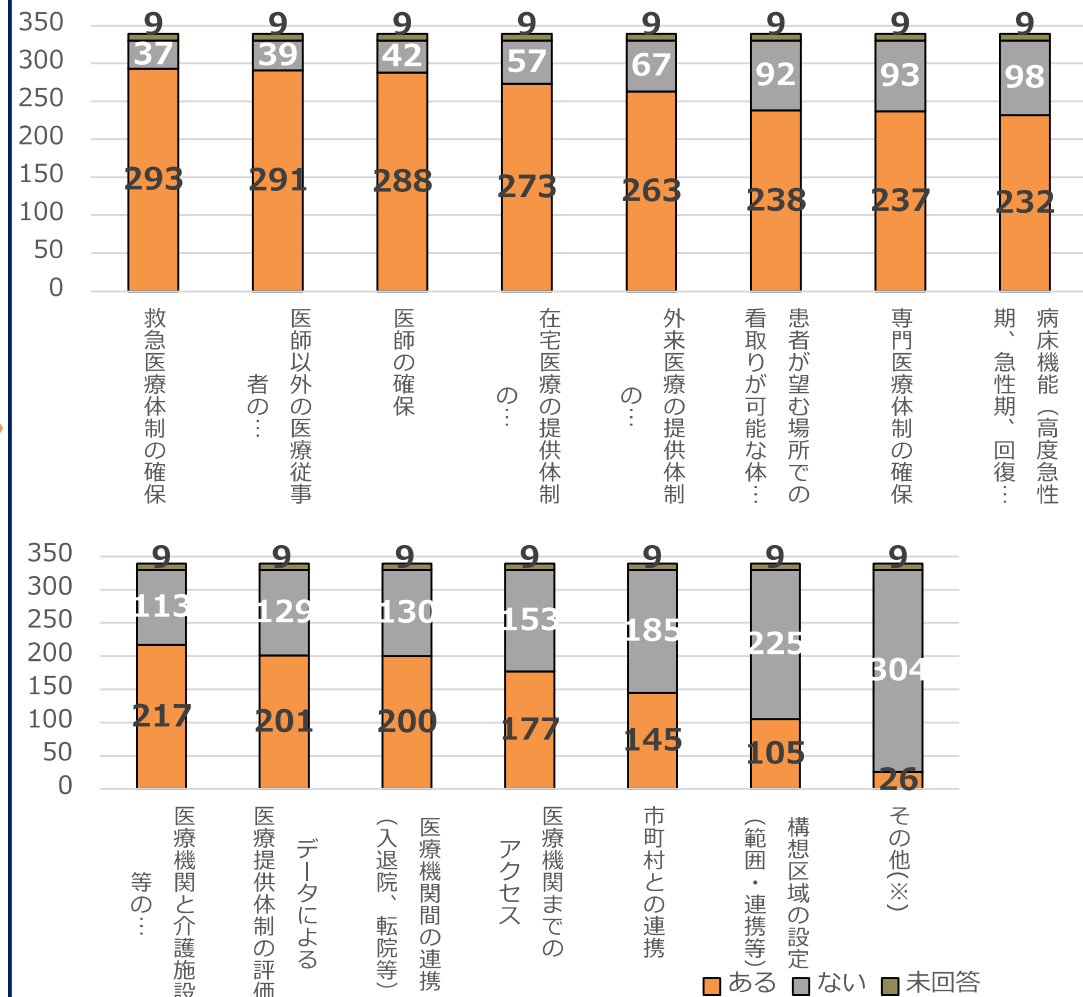
構想区域の医療提供体制上の課題①

- 「医療提供体制上の課題がある区域」は339区域あり、このうち、「課題あり」と回答した構想区域が多い順に、個別の課題をみると、「救急医療体制の確保」が293区域、「医師以外の医療従事者の確保」が291区域、「医師の確保」が288区域となっている。

課題の有無の状況



個別の課題

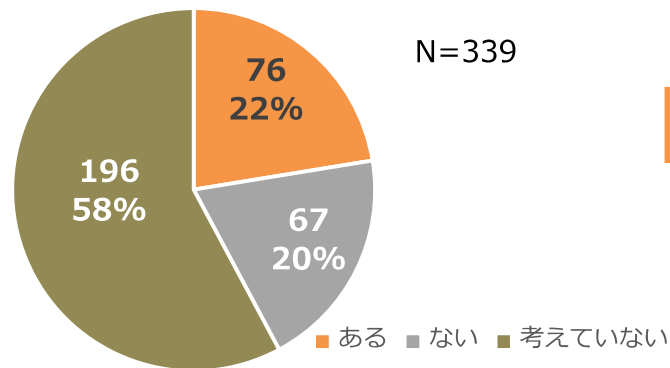


※ 医療機関における介護従事者の不足、無薬局地区等における医薬品の供給手段の確保 等

構想区域の医療提供体制上の課題②

- 「課題」と「生じている差異」との関連があると回答した区域は76区域あり、関連の主な具体的な内容としては、「回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している」、「慢性期の病床数が過剰となっており、課題として、受け皿となる在宅医療や介護系施設の提供体制が不足している」であった。
- 一方、「課題と生じている差異との関連がない」と回答した構想区域は67区域、「関連について考えていない」と回答した構想区域は196区域あった。
- 課題解決のための取組予定としては、多い順に「地域医療構想調整会議における協議」が289区域、「データ分析」が281区域、「構想区域の関係者の勉強会等」が141区域となっている。

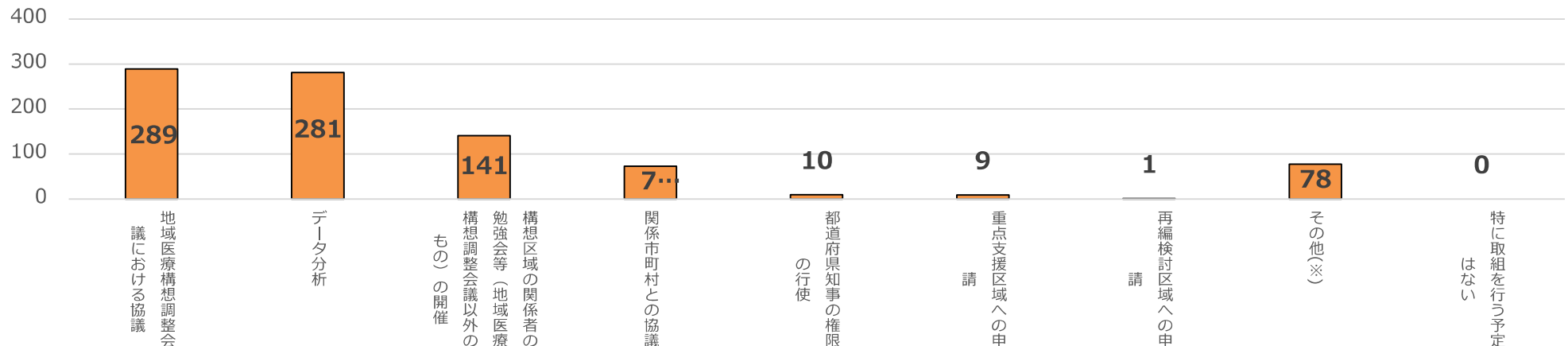
「課題」と「生じている差異」との関連の有無



関連の主な具体的な内容

- － 回復期の必要病床数との差異があり、課題として、高齢者等がリハビリを受ける体制が不足している。
- － 慢性期の病床数が過剰となっており、課題として、受け皿となる在宅医療や介護系施設の提供体制が不足している。
- － 病床機能の転換を進めるための医師の確保が困難。

課題解決のための取組予定（複数回答可）



※ 医療計画に基づく取組、地域医療構想調整会議以外の協議の場合における関係機関との協議 等

〇〇構想区域 推進区域対応方針

様式例

令和6年 〇月 策定

【１．構想区域のグランドデザイン】

--

【２．現状と課題】

① 構想区域の現状及び課題（課題が生じている背景等を記載）

--

② 構想区域の年度目標（令和５年３月３１日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

--

③ これまでの地域医療構想の取組について

--

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

--

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

--

⑥各時点の機能別病床数

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

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

【3. 今後の対応方針】※2を踏まえた具体的な方針について記載

① 構想区域における対応方針

--

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

--

③ 必要量との乖離に対する取組

--

④ 3. ②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

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

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

	取組内容	到達目標
2024年度		
2025年度		

【資料 4】

様式 1 (病床機能等を変更する場合)

病床機能等の変更に関する報告書

令和 6 年 6 月 20 日

福島県会津保健福祉事務所長 様

報告医療機関 福島県厚生農業協同組合連合会 高田厚生病院

次のとおり、病院・診療所の病床機能等を変更する予定ですので、その情報を構想区域地域医療構想調整会議へ事前に提供します。

1 基本情報

医療機関名	福島県厚生農業協同組合連合会 高田厚生病院
開設者名	代表理事理事長 高久 忠
管理者名	院長 上野 修一

2 変更内容

(1) 許可病床の状況

変更概要		変更予定日	
		令和	年 月 日
変更前		変更後	
一般病床	床	一般病床	床
療養病床	床	療養病床	床
うち非稼働病床数		転換等	(介護医療院・老健・その他) 床
合 計	床	合 計	床

(2) 医療機能の状況 (病棟単位)

※過剰な医療機能への転換又は増床を行う場合は理由書(様式任意)の提出してください。

変更の概要	変更予定日	
	令和 6 年 6 月 1 日	
病棟運用の効率化を図るため、療養病床 1 室(2 床)を地域包括ケア病床へ変更		
変更前		変更後
病棟名	医療機能	病床数
療養病棟	慢性期 (療養病棟入院料 2)	35 床
	慢性期 (地域包括ケア 入院医療管理料 2)	18 床
病棟		床
病棟		床
合 計	—	53 床
変更後		
病棟名	医療機能	病床数
療養病棟	慢性期 (療養病棟入院料 2)	33 床
	慢性期 (地域包括ケア 入院医療管理料 2)	20 床
病棟		床
病棟		床
合 計	—	53 床

注) 地域医療構想の必要病床数と直近の病床機能報告を比較した場合において、過剰な医療機能へ病床を転換する場合には、医療法第 300 条の 15 に基づき、地域医療構想調整会議や福島県医療審議会において理由の説明を求められる場合があるほか、転換を行わないよう要請・勧告等を行うことがあります。

注) 病床の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を変更する場合には、医療法第 30 条の 13 第 2 項により、福島県知事への報告が必要になります。病床機能報告後の変更については、この様式にて報告してください。

【医療法第 30 条の 13】

- 2 病床機能報告対象病院等の管理者は、前項の規定により報告した基準日後病床機能について変更が生じたと認められるときとして厚生労働省令で定めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、速やかに当該病床機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。