

基金事業の活用希望について

香川県健康福祉部医療政策課

病床機能再編支援事業（単独支援給付金）の概要

地域医療構想の実現のため、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものが、病床機能再編（病床数の削減）を実施する場合、減少する病床数に応じた給付金を支給する。

支給対象

- 平成30年度病床機能報告において、平成30年7月1日時点の病床機能について、高度急性期機能、急性期機能及び慢性期機能（以下「対象3区分」という。）と報告した病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画（単独病床機能再編計画）を作成した医療機関の開設者又は開設者であった者
※地域医療構想の実現を目的としたものではない病床機能再編（経営困難等を踏まえた自己破産による廃院）は支給の対象外

支給要件

- ① 地域医療構想調整会議の議論の内容及び都道府県医療審議会の意見を踏まえ、都道府県が**地域医療構想の実現に向けて必要な取組**であると認めたものであること。
- ② 病床機能再編を行う医療機関における病床機能再編後の対象3区分の許可病床数が、**平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下**であること。

支給額の算定方法

- ① 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床稼働率に応じ、減少する病床1床当たり下記の表の額を支給
- ② 一日平均実働病床数以下まで病床数が減少する場合は、一日平均実働病床数以下の病床数の減少については、2,280千円/床を交付
- ③ 上記①及び②の算定に当たっては、回復期機能・介護医療院に転換する病床数、過去に本事業の支給対象となった病床数及び同一開設者の医療機関へ融通した病床数を除く。

【イメージ】

（平成30年度病床機能報告）

（病床機能再編後）

60床削減

一日平均
実働病床数

休床の減少分は算定に
含めない

① $1,596 \text{千円/床} \times 22 \text{床}$
 $= 35,112 \text{千円}$

+ α 削減部分
② $2,280 \text{千円/床} \times 18 \text{床}$
 $= 41,040 \text{千円}$

➡ ①35,112千円 + ②41,040千円 = 76,152千円の交付

病床稼働率	削減した場合の1床あたり単価
50%未満	1,140千円
50%以上60%未満	1,368千円
60%以上70%未満	1,596千円
70%以上80%未満	1,824千円
80%以上90%未満	2,052千円
90%以上	2,280千円

病床機能再編に係る事業計画

地域医療構想調整会議における協議について

- 「病床機能再編支援事業」の実施にあたっては、国の事業要領において、**地域医療構想調整会議の議論の内容及び都道府県医療審議会の意見を踏まえる**こととされており、今年度に単独支援給付金の支給を希望する次の医療機関について、**病床機能再編に係る計画が地域医療構想の実現に必要なもの**かどうか、委員の御意見をお伺いするもの。

病床機能再編の内容（事業計画書は別添のとおり）

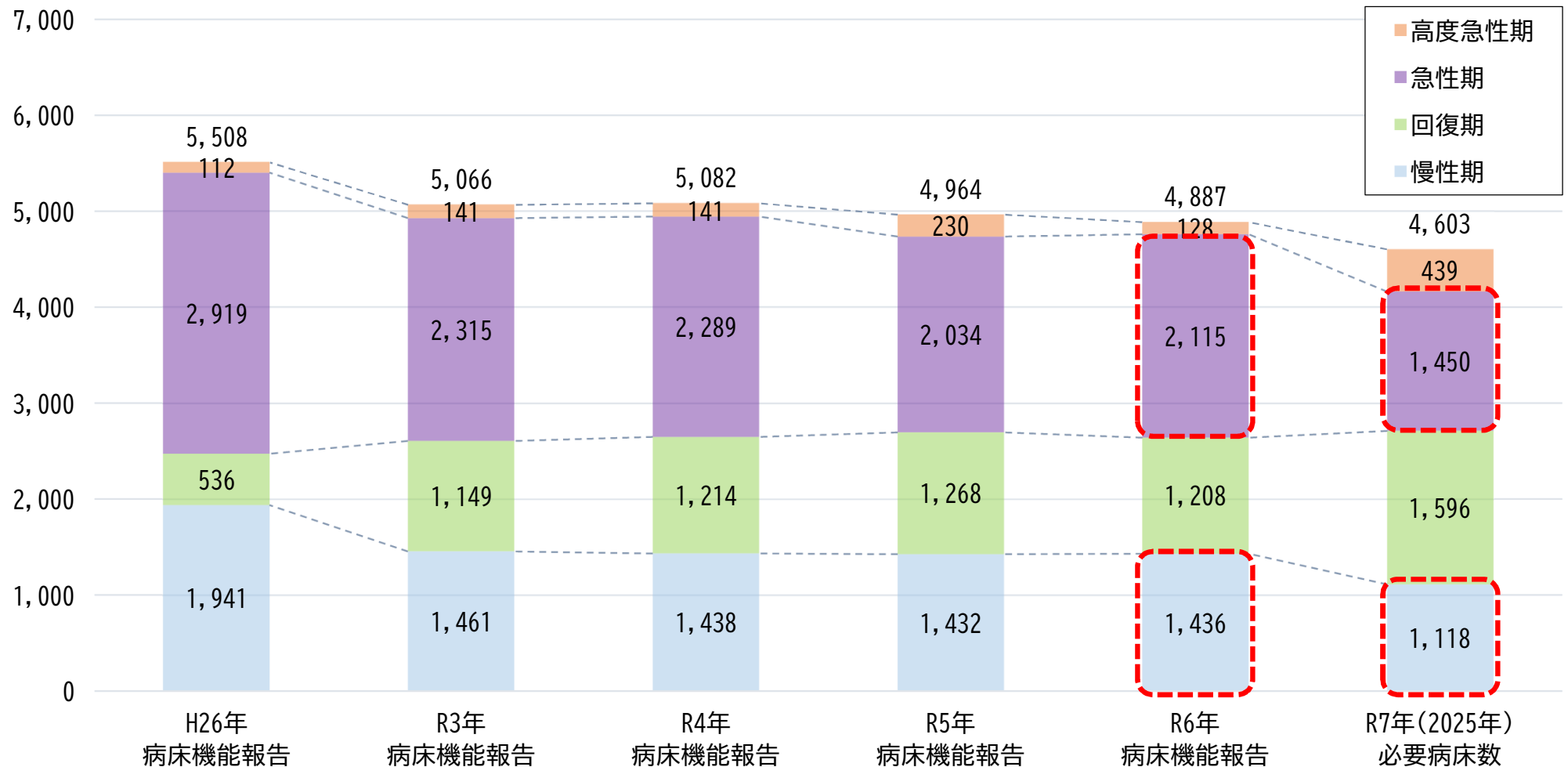
- 各医療機関の事業計画の概要は以下のとおりで、**地域の医療ニーズを踏まえ、過剰と見込まれる機能（急性期・慢性期）の病床を削減し、より良い医療提供を図るものであり、地域医療構想の実現に資するもの**と考えられる。

医療機関名	医療法人社団誠和会ロータスクリニック	再編による 病床数の変更	再編前病床数		再編後病床数		減少病床数	
構想区域	西部		急性期	0床	急性期	0床	—	
			回復期	0床	回復期	0床	—	
			慢性期	19床	慢性期	0床	19床	
所在地	香川県丸亀市土器町東3丁目617番地		計	19床	計	0床	19床	
計画概要	西部構想区域では、必要病床数に比べ慢性期病床が過剰と見込まれており、回復期病床への転換を図ったとしても、今後、医師及び看護職員の確保も難しくなると考えられる。そこで、慢性期病床を廃止し無床診療所としたのちは、外来診療、在宅緩和ケア及び訪問診療等を通じ、地域におけるがん診療・在宅医療機能を担っていく。							

(参考) 西部構想区域の現状

西部構想区域の令和6年度病床機能報告結果

- 西部構想区域について、令和6年度病床機能報告によると、地域医療構想において推計する令和7年の必要病床数に対し、**急性期病床は665床、慢性期病床は318床過剰**となっている。
- 本件再編事業の実施によって、**より必要病床数に近づく**こととなる。



病床削減にかかる事業計画書

令和 8 年 6 月 17 日

医療法人社団 誠和会 ロータスクリニック

目 次

1. 本事業にかかる病床削減病院等の概要	3
(1) ロータスクリニックについて	3
(2) 医師の増員について	3
2. 構想地区における現状と課題	4
3. 病床削減計画の概要	4
4. 具体的計画について	5
(1) 病床削減後の診療体制	5
(2) 病床削減完了予定年月日	5
(3) 入院患者への対応等	5

1.本事業にかかる病床削減病院等の概要

(1)ロータスクリニックについて

ロータスクリニックは、昭和57年に開業した有床診療所・中野外科胃腸科医院の後に名前を変えて 2025 年 11 月より継承した内科・腫瘍内科・緩和ケア科を標榜する医療機関です。

院長は、20 年以上にわたり東京都のがん拠点病院でがん診療を行ってきた腫瘍内科医であり、その経験と知識を生かし地方の癌患者がより良いケアを受けられるよう、一般診療のみならずセカンドオピニオンや在宅緩和ケアを目的とした訪問診療もスタートアップしたばかりです。

施設概要

医療機関名	ロータスクリニック
開設主体	医療法人社団 誠和会（代表者：理事長 戸谷祐樹）
所在地	香川県丸亀市土器町東三丁目617番地
構想地域	西部構想区域（中讃保健医療圏）
許可病床数	慢性期 19 床
稼働病床数	慢性期 19 床
1 日当たりの患者数	外来 30 人/日 訪問診療 5 人/週
標榜診療科	一般内科・腫瘍内科・緩和ケア科
職員数	7名
医師	1名
看護職員	3名
専門職	1名
事務員	2名

(2)医師の増員計画について

国立がん研究センター中央病院や聖路加国際病院にて、長年にわたり腫瘍内科の専門医として第一線で活躍していた、中野絵里子医師が着任しました。がん診療の均てん化の重要性は国の方針として明示されてきましたが、実際に香川県中讃地域で診療を行ってみたことで、がんに対する標準治療が提供されていない現実やその結果としての予後不良、また支持療法や緩和ケアも十分に行われていない状況が明確になりました。

一般内科診療に加えて、がん治療のセカンドオピニオン、手術後の在宅医療対応や緩和ケアなど、専門的で高度な治療を地域密着で提供できる体制が整います。（別紙資料参照）

また 2040 年問題を先取りしている地方において、在宅訪問診療をただ行うだけでなく、高齢者と働く世代のバランスがさらに悪化しても継続可能な地域モデルを構築する重要性も感じております。

2. 構想地区における現状と課題

西部構想区域の2025年度における必要病床数について、2023年度の病床機能報告と比較すると、高度急性期が209床不足、急性期が584床過剰、回復期が328床不足、慢性期が314床過剰という状況です。

つまり、急性期病床と申告された病床が、高度急性期に対応できるのか、逆に回復期病床としての役割に転ずるのかを選択すべきという課題が見受けられます。さらに、慢性期病床が回復期病床へ転換することもあり得ますが、地方における医師看護師をはじめとする人員不足を考えると、減床して入院医療とは異なる役割を果たすのが、現実的な選択といえます。

ただし急性期病床が減少すれば、2次救急体制に大きな影響がでる可能性があり、かろうじて維持されている輪番制を維持するのが難しくなるというジレンマを抱えることになりかねません。

これをフォローする方策の一つとして、在宅医療の充実や、かかりつけ医による1次救急対応を強化し、地域住民への啓もう活動を行うことで、2次救急の負荷を緩和することが挙げられます。

3. ロータスクリニックの病床削減計画

地域において過剰となっている慢性期病床を廃止し無床診療所とします。廃止後は外来診療と訪問診療を行い、さらにニーズを確認できれば訪問看護事業へも参入いたします。一方で、エビデンスに基づいた実直な医療は薄利であります。不必要な点滴や処方、自費

美容診療を行う医療機関では余裕のある経営が可能になりますが、ロータスクリニックでは最小限の医療資源で最大限のアウトカムを患者さんが得られる医療を目標にしているため、給付金無しに在宅医療など新たな試みを開始することはかなり困難と考えております。

なお、入院が必要な場合や専門的な高度医療が必要なときは、近隣の総合病院等を積極的に紹介し、連携して対応いたします。

機能	削減前病床数	削減後病床数	削減にあたっての考え方
慢性期	19 床	0 床	在宅医療にリソースを転換

4. 具体的計画について

(1) 病床削減後の診療体制

地域の「かかりつけ医」としての総合診療に加え、腫瘍内科医の専門性を生かし、がん患者の在宅医療や緩和ケアを積極的に行い、必ずしも入院することなく住み慣れた環境で穏やかに治療を受けられるようにいたします。

また、病床削減後に空いたスペースとマンパワーを活用して、訪問看護事業を立ち上げるなど、さらに高齢化が進む今後の地域医療について、医療リソースが有効活用され持続可能性が高まる一助となるよう事業展開いたします。

(2) 病床削減完了年月日

慢性期病床 19 床→0床

病床削減完了予定年月日	令和 8 年 12 月 31 日(予定)
-------------	----------------------

標榜診療科

内科・腫瘍内科・緩和ケア内科

(3) 入院患者への対応等

現在入院している患者について、近隣の医療機関への紹介転院や介護施設への入所を斡旋するなど、それぞれのご都合に沿って対策を進めており、ご負担を最小限にすることを第一に準備をいたします。

令和8年6月22日	資料 2
西部構想区域地域 医療構想調整会議	

外来医療計画の見直しについて

香川県健康福祉部医療政策課

外来医療計画の見直しについて

見直しの主旨

- 保健医療計画において、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を定めた外来医療計画（令和2年3月策定、令和6年4月改正）について、令和8年5月に改正された「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第8次（後期）～」の内容などを踏まえて見直しを行う。

見直し後の計画期間

令和9年4月1日から令和12年3月31日までの3年間

ガイドラインの主な見直し事項と本県の外来医療計画の対応

- 外来医師偏在指標の値が全二次医療圏の上位1／3に該当する二次医療圏を「外来医師多数区域」として、当該区域における新規開業医療機関に対して届出を求めるなどしてきたが、外来医師偏在指標が厚生労働省の定める一定の基準を超える区域については、「外来医師過多区域」として開設6か月前の事前届出など更なる手続きを求めることとする。
⇒ 本県は外来医師過多区域の対象外である。（よって、計画には外来医師過多区域の制度趣旨のみ記載する）
- 都道府県は、地域において特に必要とされる外来医療に関する事項（地域外来医療）について二次医療圏ごとに関係者との協議を行い、その結果を取りまとめ、公表、周知する。
「地域外来医療」は、「夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療等」の地域で不足する医療機能とする。
⇒ 本県は、現計画においても、地域で不足する外来医療機能について地域医療構想調整会議で協議しており、これらの根拠となるデータについても、傾向は大きく変わらないと見込まれる。
- 上記から、今回の外来医療計画の見直しにおいては、大きな変化がない限り、外来医師偏在指標などデータの更新を中心に行うこととする。

概要

- 外来医療計画とは、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第7号の規定に基づく、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたものである。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下「対象区域」という。）ごとに、協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（法第30条の18の5）

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。

② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」（紹介受診重点医療機関）*

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）し、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

* 令和4年4月施行

外来医療の協議の場（外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン）

（区 域） 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

（構成員） 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

（その他） 地域医療構想調整会議を活用することが可能

外来医師多数区域について

- 全二次医療圏の中で、外来医師偏在指標の上位 1 / 3 に該当する医療圏を、外来医師多数区域と設定。
- 本県の場合、引き続き、東部保健医療圏・西部保健医療圏が「外来医師多数区域」に該当。

▶ 第 8 次医療計画（見直し時）における「外来医師偏在指標」（令和 8 年 4 月時点）

二次医療圏	第 8 次医療計画（見直し時）（暫定値）		【参考】現行計画策定時の状況	
	外来医師 偏在指標	全二次医療圏内 順 位	外来医師 偏在指標	全二次医療圏内 順 位
東部保健医療圏	138.9	25 / 330	137.7	22 / 335
小豆保健医療圏	79.0	293 / 330	51.8	334 / 335
西部保健医療圏	118.7	78 / 330	114.6	82 / 335
【参考】全国	115.7	—	112.2	—

→引き続き
外来医師多数区域

→引き続き
外来医師多数区域

※外来医師偏在指標の計算式

外来医師偏在指標 =

標準化診療所医師数（※ 1）

$\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比（※ 2）} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合（※ 4）}$

（※ 1）標準化診療所医師数 = $\sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$

（※ 2）地域の標準化外来受療率比 = $\frac{\text{地域の期待外来受療率（※ 3）}}{\text{全国の期待外来受療率}}$

（※ 3）地域の期待外来受療率 =

$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整外来受療率（※ 5）} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$

（※ 4）地域の診療所の外来患者対応割合 = $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$

（※ 5）性年齢階級別調整外来受療率（流出入反映）= $\frac{\text{全国の外来受療率}}{\text{（病院・一般診療所外来患者流出入調整係数）（※ 6）}}$

（※ 6）（病院・一般診療所外来患者流出入調整係数）=

$\frac{\text{病院・一般診療所外来患者数（患者住所地）} + \text{病院・一般診療所外来患者流入数} - \text{病院・一般診療所外来患者流出数}}{\text{病院・一般診療所外来患者数（患者住所地）}}$

- 外来医療については診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に、性別ごとに 20 歳代、30 歳代…60 歳代、70 歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口 10 万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いを調整する。
- ※ 医師偏在指標との相違点
 - ・標準化診療所医師数を使用。
 - ・受療率に外来受療率を使用。
 - ・診療所を受診した患者を対象とするため、診療所での外来患者数を病院・診療所での外来患者数で除して補正。

外来医師過多区域について

- 全二次医療圏の中で、厚生労働省令で定める基準を超える区域を候補区域として厚生労働省が提示。
⇒都道府県は、その候補区域のうち、外来医師が特に多い地域を外来医師過多区域として指定する。
- 本県には厚生労働省が提示する候補区域が存しないため、外来医師過多区域の指定は不要。

外来医師過多区域の基準

- ・ 外来医師偏在指標について、「全国平均 + 標準偏差の1.5倍」以上かつ
- ・ 可住地面積あたり診療所数が上位10%以上



基準をもとに厚生労働省が外来医師過多区域の候補区域を提示

外来医師過多区域の候補区域

厚生労働省資料

都道府県	二次医療圏名	外来医師偏在指標の全国平均値との差が標準偏差の何倍か（1.5倍以上の圏域）	可住地面積あたり診療所数の対全国値比	該当市区町村
東京都	区中央部	7.22	52.90	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
東京都	区西部	4.28	28.20	新宿区、中野区、杉並区
東京都	区西南部	3.56	26.98	目黒区、世田谷区、渋谷区
京都府	京都・乙訓	2.54	8.52	京都市、向日市、長岡京市、大山崎町
大阪府	大阪市	1.94	19.42	大阪市
福岡県	福岡・糸島	1.86	5.95	福岡市、糸島市
東京都	区南部	1.82	15.37	品川区、大田区
東京都	区西北部	1.74	18.47	豊島区、北区、板橋区、練馬区
兵庫県	神戸	1.58	5.73	神戸市

→香川県の二次医療圏は候補区域として提示されていない

※可住地面積あたり診療所数の上位10%の対全国値比は3.59倍に相当

外来医師偏在指標（令和6年1月公表）、令和5年医療施設静態調査を元に医政局地域医療計画課で集計。可住地面積は総務省統計局「統計でみる市区町村のすがた2025」を出典とした。

(参考) 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ

厚生労働省資料

医療法 (都道府県)

健康保険法 (厚生労働大臣)

外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容の公表

※ 外来医療の協議の場合における協議内容を踏まえる

提供する予定の医療機能を記載した事前届出

不足する機能等を提供する

不足する機能等を提供しない

外来医療の協議の場合への参加・理由等の説明の求め

① 外来医療の協議の場合での調整

不足する機能等を提供する・やむを得ない理由等である

不足する機能等を提供しない・やむを得ない理由等でない

期限を定めて要請

※ 地域で不足する機能、医師不足地域での医療の提供の要請

要請に応じる

要請に応じない

提供している

提供していない

都道府県医療審議会への出席・理由等の説明の求め

やむを得ない理由等である

やむを得ない理由等でない

※ 要請時と事情が変更した場合等

勧告

※ 都道府県医療審議会の意見を事前に聴く

提供している

提供していない

公表

開設3年後の指定期間が3年の場合、毎年1回、外来医療の協議の場合への参加を求める。

開設
6か月前

通知

開設

保険医療機関の指定を3年とする

※ 年に1回、都道府県医療審議会又は外来医療の協議の場合への参加を求める。

指定期間が3年の間、以下の措置を講じる(例)
・ 医療機関名等の公表
・ 診療報酬上の対応
・ 保健所等による確認
・ 補助金の不交付

通知

開設
3年後

指定を6年とする

再度指定を3年とする
※ 3年以内も可

※ 上記と同じ

要請された機能等を提供していることの報告・確認(随時)

② 要請に従い、不足する機能等を提供しているか

③ 要請された機能等を提供しない理由等はやむを得ないか

④ 勧告に従い、不足する機能等を提供しているか

※ 都道府県における外来医師過多区域対応事業(地域医療介護総合確保基金)

※ ④を3年ごとに実施

外来医療計画の見直しスケジュール

- 現行計画は、令和2年3月に第7次医療計画の別冊として策定したが、第8次医療計画から本冊に掲載している。

	地域医療構想調整会議	第8次医療計画の見直し	
		医療審議会	その他
令和8年 6月	調整会議 ・外来医療計画の概要 等		
7月			
8月		第1回 ・骨子案について	
9月	調整会議 ・外来医療計画素案について		
10月		第2回 ・素案について	
11月			
12月			・パブリックコメント ・関係団体意見聴取
令和9年 1月	調整会議 ・外来医療計画案について		
2月		第3回 ・計画案について	
3月			・計画公示、国へ報告
4月	新たな外来医療計画を含む見直し後の第8次香川県保健医療計画スタート		

※現時点の想定スケジュール

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間 (現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。)

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏(令和3年10月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏(令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定