

阿蘇圏域地域医療構想 意見交換会

小国公立病院の具体的対応方針の再検証

2023年2月27日

2022年度までの阿蘇地域医療構想に関する会議（再編統合要検討リスト発表後）

2022年度末までに、小国公立病院の医療提供体制について再検証し、阿蘇圏域内での合意形成する

2020年12月22日 意見交換会（行政含）
2021年 7月27日 院長協議（病院機能の基本スタンス確認）
2021年10月25日 院長協議（連携状況の確認）
2022年 5月15日 事前ミーティング
2022年 6月21日 院長協議（機能再編・連携の方向性の協議）
2022年10月5日 ワーキンググループ（方向性の行政とのすり合わせ）
2022年11月1日 阿蘇地域医療構想調整会議（阿蘇圏域内での方向性確認）

（2023年 2月25日 事前 院長打ち合わせ）

(本日) 2023年 2月27日 意見交換会（関係首長を交え、合意事項確認・議論）

(予定) 2023年 3月16日 阿蘇地域医療構想調整会議（合意形成）

主に公的病院（阿蘇医療センター・小国公立病院）の機能定義、役割分担、病院間連携について検討をすすめてきた。

特に、厚生労働省からの再編・統合検討依頼のあった、小国公立病院について地域における必要性の検討を行った。

阿蘇圏域の現状・課題①

令和元年7月2日
第1回熊本県地域医療対策協議会資料

【基本情報】

人口 : 60,286人 (H31.4月現在。熊本県推計人口調査より)
 面積 : 1079.55km²
 医療機関数 : 6病院、29診療所 (H31.4月現在。医療施設一覧 (県医療政策課作成) より)
 ※ 企業や介護老人保健施設等の施設内診療所及び健診センターを除く。
 医師数 : 86人 (H28.12月現在。三師調査 (医療施設従事医師数) より)

地域医療拠点病院

(1) 阿蘇医療センター【124床 (一般120床、感染症4床)】

- ① 医師数: 常勤医9人
- ② 政策医療: 救急、災害、へき地、脳卒中、心疾患、糖尿病、感染症

(2) 小国公立病院【75床 (一般75床)】

- ① 医師数: 常勤医8人
- ② 政策医療: 救急

病床数: H31.4月現在。医療施設一覧 (県医療政策課作成) より
 常勤医師数: H30.7月現在。H30病床機能報告より

へき地診療所 (曜日は診療日、患者数はH28年度の1日当たり。第7次熊本県保健医療計画より)

- (1) 産山村診療所 (月～金、患者数:25.0人)
 - ① 診療体制: 常勤医 (月、火)、非常勤 (水～金)
- (2) 波野診療所 (月、火、木AM、金、患者数:21.1人)
 - ① 診療体制: 非常勤医 (全診療日)

【圏域の特徴】

- ・ 圏域面積1079.55km²、医療機関数6病院・29診療所、医師数86人。
- ・ へき地診療所 (2診療所) は他の医療機関からの医師派遣を受けている。
- ・ 二次救急の7割超を阿蘇医療センター、小国公立病院で受け入れている。



阿蘇圏域の現状・課題②

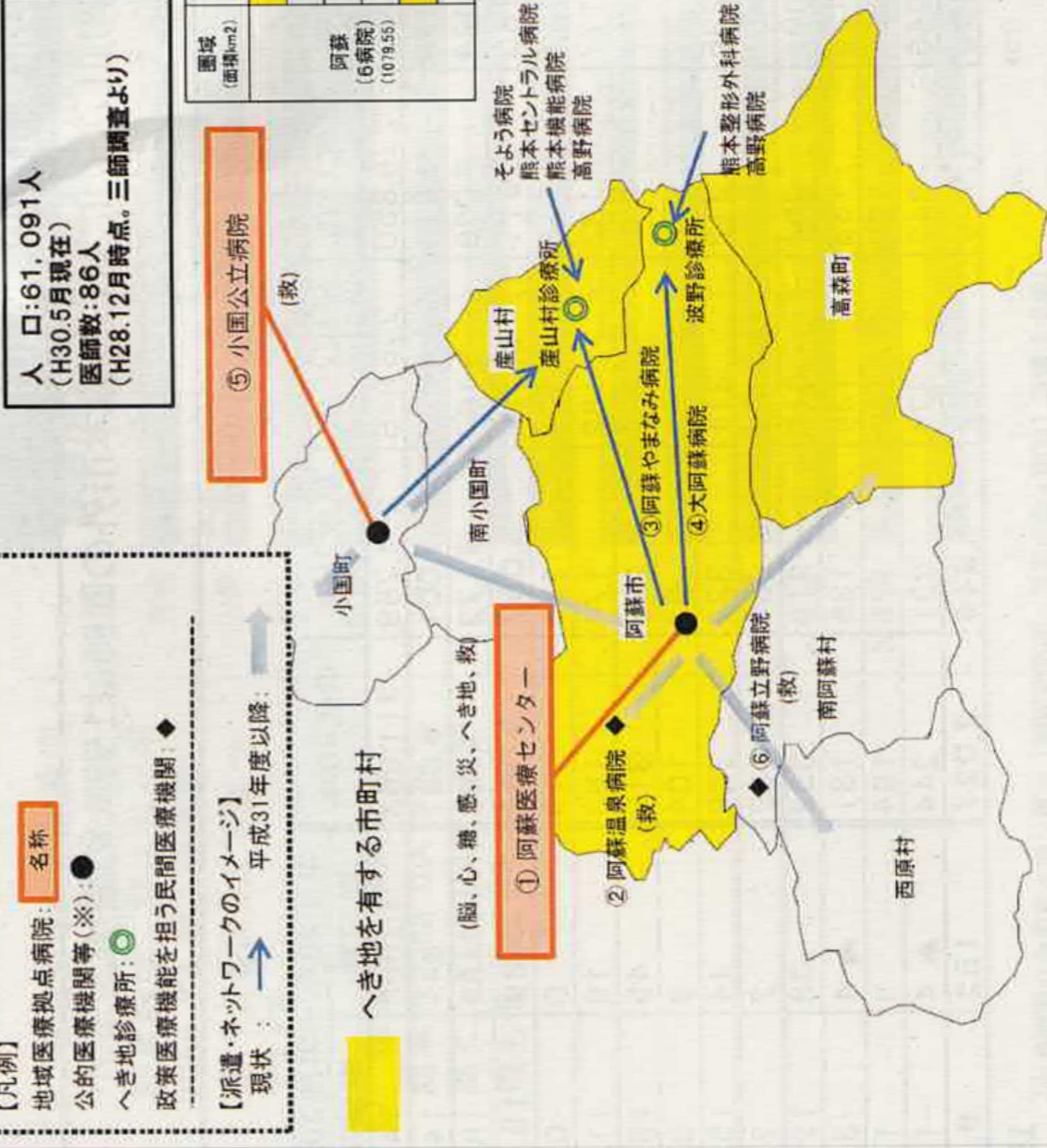
【凡例】

- 地域医療拠点病院: 名称
- 公的医療機関等 (※): ●
- へき地診療所: ○
- 政策医療機能を担う民間医療機関: ◆

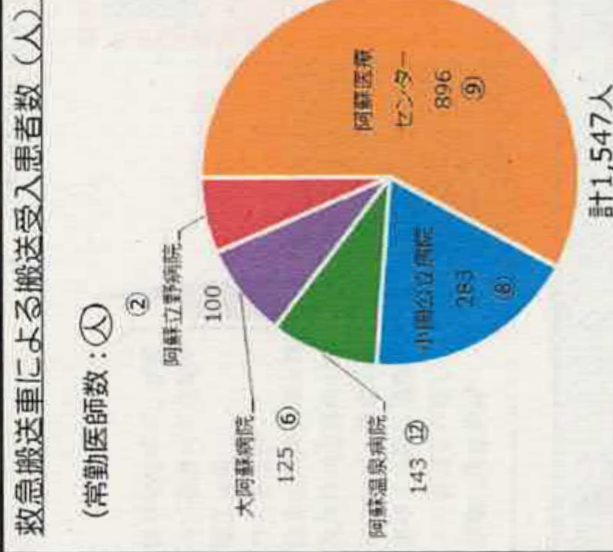
【派遣・ネットワークのイメージ】

現状: → 平成31年度以降:

へき地を有する市町村



市町村名	病院名	許可病床数			
		一般	療養	精神	結核
阿蘇市	① 阿蘇医療センター	124	120	0	0
阿蘇市	② 阿蘇温泉病院	260	56	204	0
阿蘇市	③ 阿蘇やまなみ病院	270	0	0	270
阿蘇市	④ 大阿蘇病院	149	0	149	0
小国町	⑤ 小国公立病院	73	73	0	0
南阿蘇村	⑥ 阿蘇立野病院	88	56	32	0



患者数: H29.4月～H30.3月
 (厚生労働省 救急医療提供体制の現況調べより)
 常勤医師数: H30.7月現在
 (H30病床機能報告より)

政策医療に基づく指定・認定状況

<5疾病>

脳卒中	脳卒中急性期拠点病院 脳卒中回復期医療機関	平成30年4月
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞急性期拠点病院 急性心筋梗塞回復期医療機関	平成30年4月
がん	熊本県がん診療連携拠点病院	令和2年4月
糖尿病	糖尿病外来、栄養サポートチーム	
精神疾患	阿蘇やまなみ病院と連携	

<5事業+2(在宅・感染)>

救急医療	救急告示病院	平成26年8月指定
災害医療	災害拠点病院	平成26年8月指定
へき地医療	へき地医療拠点病院	平成30年3月指定
小児医療	小児慢性期特定指定医療機関	平成27年1月指定
周産期医療	阿蘇温泉病院と連携	
在宅医療	地域在宅医療サポートセンター	令和2年4月指定
感染対策医療	第2種感染症指定病院	平成11年4月指定

小国公立病院の地域における機能再定義

地域の生活によりそった
包括的な医療を提供

肉体的・精神的・社会的
well-beingを支援

病院機能の再定義

「地域医療の使命」 "well-being" を切り口に定義

「肉体的・精神的・社会的にウェルビーイングな状態」であることを、地域住民に対して医療の立場から包括的*に支援する

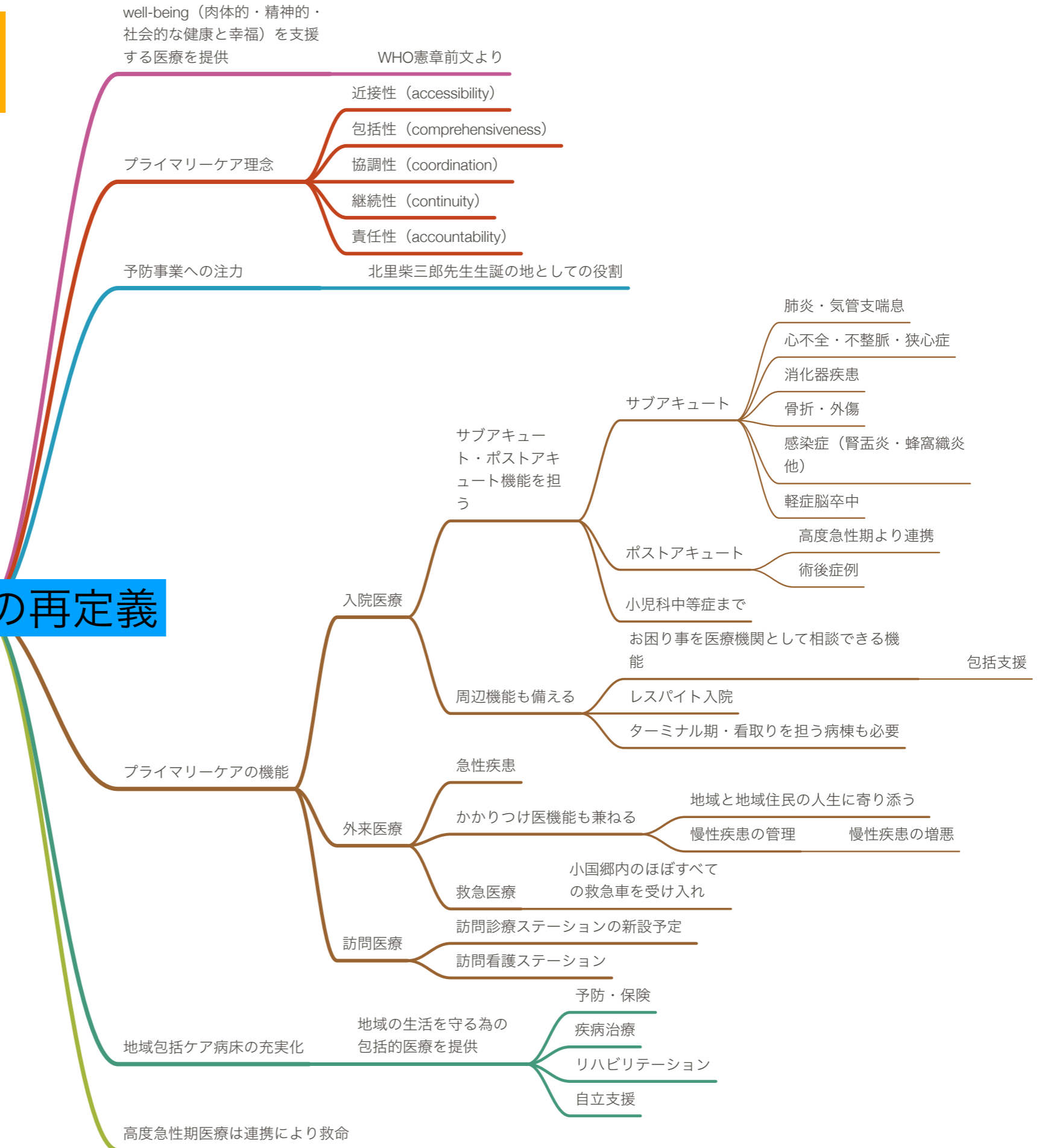
包括的* (地域医療+地域ケア)

保健予防
「ウェルビーイングな状態」から転落することを防ぐ

疾病治療
「ウェルビーイングな状態」から転落した人の疾病を鑑別し取り除く

リハビリテーション
「ウェルビーイングな状態」から転落した原因を取り除かれた人を治療後の新たなウェルビーイングな状態に近づける訓練をする。

更生医療 (自立支援)
疾病治療後、自力で「ウェルビーイングな状態」を維持できる様に医療の立場から肉体的・精神的・社会的に支援する



現在の入院病床機能

■阿蘇医療センター：

2022年6月; 124床 → 急性期一般：103床、地域包括ケア病床：21床、感染症病床：4床
※新型コロナ受入病床数：即応病床 6床 → 緊急時 12床

■小国公立病院：

2022年6月; 73床 → 急性期一般：41床、地域包括ケア病床：32床
※新型コロナ受入病床数：即応病床 6床 → 緊急時 12床

現在の外来機能

■阿蘇医療センター：

外来診療体制（令和4年4月1日～）

- | | |
|---------------|----------------|
| ■内科 | ■脳神経外科 |
| ■循環器内科 | ■小児科 |
| ■小児科特殊外来 | ■脳神経内科 |
| ■整形外科 | ■消化器外科 |
| ■リウマチ膠原病内科 | ■乳腺内分泌外科 |
| ■糖尿病・代謝・内分泌科 | ■血液内科 |
| ■腫瘍内科 | ■消化器内科 |
| ■呼吸器内科 | ■耳鼻咽喉科 |
| ■腎臓内科 | ■婦人科 |
| ■皮膚科 | ■歯科口腔外科 |
| ■人工透析 | ■総合診療体制（新患・健診） |
| ■波野診療所（内科・外科） | ■波野診療所（整形外科） |
| ■波野診療所（歯科） | |

■小国公立病院：

常勤診療科

総合診療科

外科

小児科

平日の午前・午後診察しております。

非常勤診療科

整形外科

火木金 診察

産婦人科

月 診察

循環器科

月水 診察 木 検査

眼科

火金 診察

耳鼻咽喉科

火金 診察

皮膚科

水 診察

泌尿器科

金 診察

もの忘れ外来

水 診察（第5週は休診）

現在の救急機能

阿蘇医療センター・小国公立病院ともに地域の二次救急を担う病院

令和元年～2年 救急車受け入れ数 阿蘇医療センター1766台、小国公立病院 577台

令和元年～2年 救急搬送患者の自院処理率 阿蘇医療センター 90%? 小国公立病院 90-95%

令和元年～2年 小国公立病院→阿蘇医療センターへの救急の転院搬送 5名?

小国公立病院の熊本県・小国郷地域における特記すべき機能

新型コロナウイルス感染症 重点医療機関

COVID-19診断の為の外来診療 ※検査件数 Max 約540人/月

即応病床 6床・緊急時 12床 確保

※最大入院患者数 12名/日

※広域調整で阿蘇圏域外からの患者も受け入れ

小国郷医療福祉あんしんネットワーク

2014年より活動を開始。地域包括ケアシステムを担うネットワーク構築の中心的役割を果たす。地域での多数での事業を積み重ね、厚生労働省地域包括ケアみえる化システムで実績を紹介された。

在宅医療サポートセンター

2018年12月に熊本県より連携型のサポートセンターとしてあんしんネットワークが指定を受けた。事務局を小国公立病院内におき、開業医の医師や訪問看護ステーションと協力し、24時間在宅看取りシステムを構築。システム開始後、2022年度までに、看取りシステム契約者48名、看取り件数43名（うち29名が在宅・施設での看取り）の実績あり。

教育・研修（研修医・学生）

プライマリーケア・総合診療・地域包括ケアシステム等の地域密着型医療が研修できる公的病院は県内では稀であり、貴重な研修・教育機関となっている。

2021年度 地域医療実習・研修 23名受け入れ

2022年度 地域医療実習・研修 26名受け入れ

※医学生以外の実習も小国公立病院グループで受け入れ
高校生・介護福祉士・栄養士・PT/OT・薬剤師を目指す学生 etc.

阿蘇市

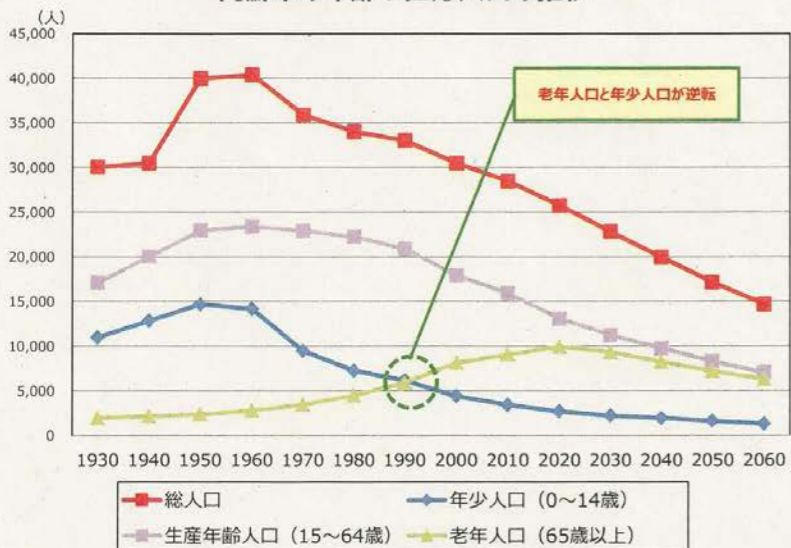
阿蘇市の人口推移と将来推計



資料：2010年までは国勢調査、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所による推計値

(注) 1955年をピークに年々減少している。

阿蘇市の年齢3区分人口の推移



資料：2010年までは国勢調査、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所による推計値

(注) 1990年からは14歳以下と65歳以上の人口が逆転し、同時に死亡者数が出生者数を上回る「自然減」の状態となっている。

2015年 27079人
2030年 22792人

阿蘇市16%減/15年

小国町

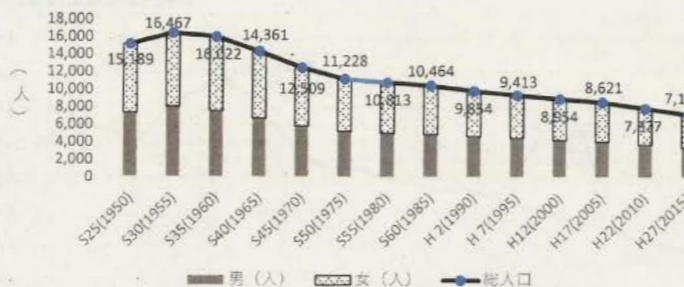
1 時系列による人口動向分析

(1) 総人口の推移

2015 (H27) 年9月1日現在の国勢調査による小国町の人口は7,187人で、前回調査(2010年)の7,874人から687人減少している。次期調査(2020年9月1日現在)では、さらに人口が減少するものと推測される。

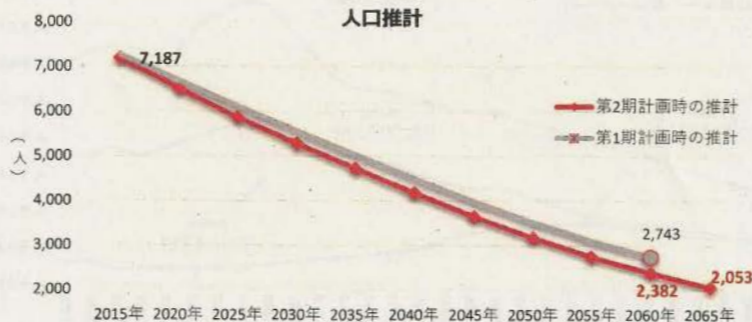
特に今後は、65歳以上の高齢者人口もピークを過ぎ年齢3区分全体で人口が減少していく。年少人口(15~16歳)は昭和末期に高齢者人口(65歳以上)を下回り、低い水準の状態が続いている。

小国町の人口の推移



2015 (H27) 年に策定した人口ビジョンでは、社研の推計によれば5年ごとに約700人減少する見込みで、2040年には4,501人、2060年には2,743人(平成22年の国勢調査から人口減少率65%)まで落ち込むことが予想されていた。しかし、最新の推計によれば2040年には4,174人(前回の推計比▲327人)、2060年には2,382人(前回の推計比▲361人)となり、この5年間で推計だけでも300人以上の差(減少)が出ている。

人口推計



2015年 7187人
2030年 5200人

-8-

小国郷22%減 / 15年

南小国町

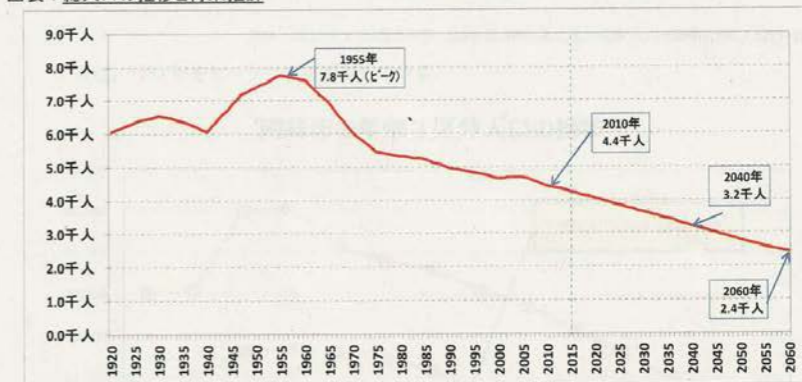
1. 人口動向分析

(1) 総人口及び年齢3区分の推移と将来推計

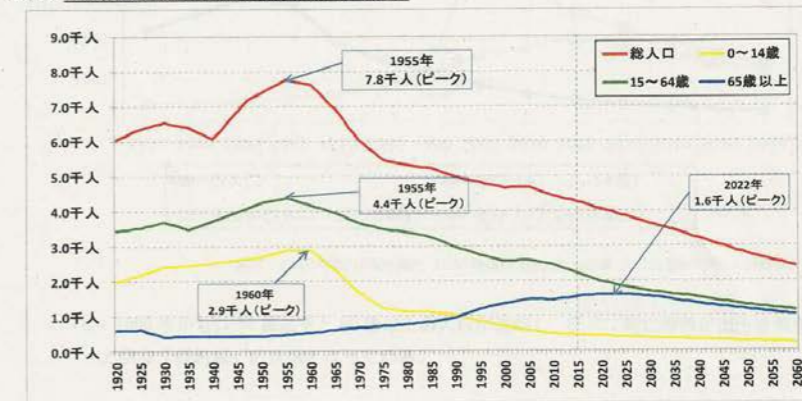
南小国町の総人口は、1955年の7,761人をピークに減少を続けており、1990年に5,000人を割り込んだ。2010年には4,429人となり、ピーク時の6割弱となっている。2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所(以下、社研)の推計値によると、2060年には2,422人まで減少する見込みである。

年齢3区分で見ると、年少人口(0~14歳)は戦後から1960年にかけて増加を続け、1960年時点では2,900人で比率は38.1%であった。その後減少傾向をたどり2010年時点では496人(11.2%)となり、2060年には243人(10.0%)まで減少すると推計されている。生産年齢人口(15~64歳)は1955年に4,386人(56.5%)であったが、2010年時点では2,472人(55.8%)となり、2060年は1,157人(47.8%)に減少する。その一方で、老年人口(65歳以上)は高齢化の進展に伴い2010年時点では1,461人(33.0%)となり、2060年は1,022人(42.2%)と比率は増加する。

図表1 総人口の推移と将来推計



図表2 年齢階級別(3区分)人口の推移と将来推計



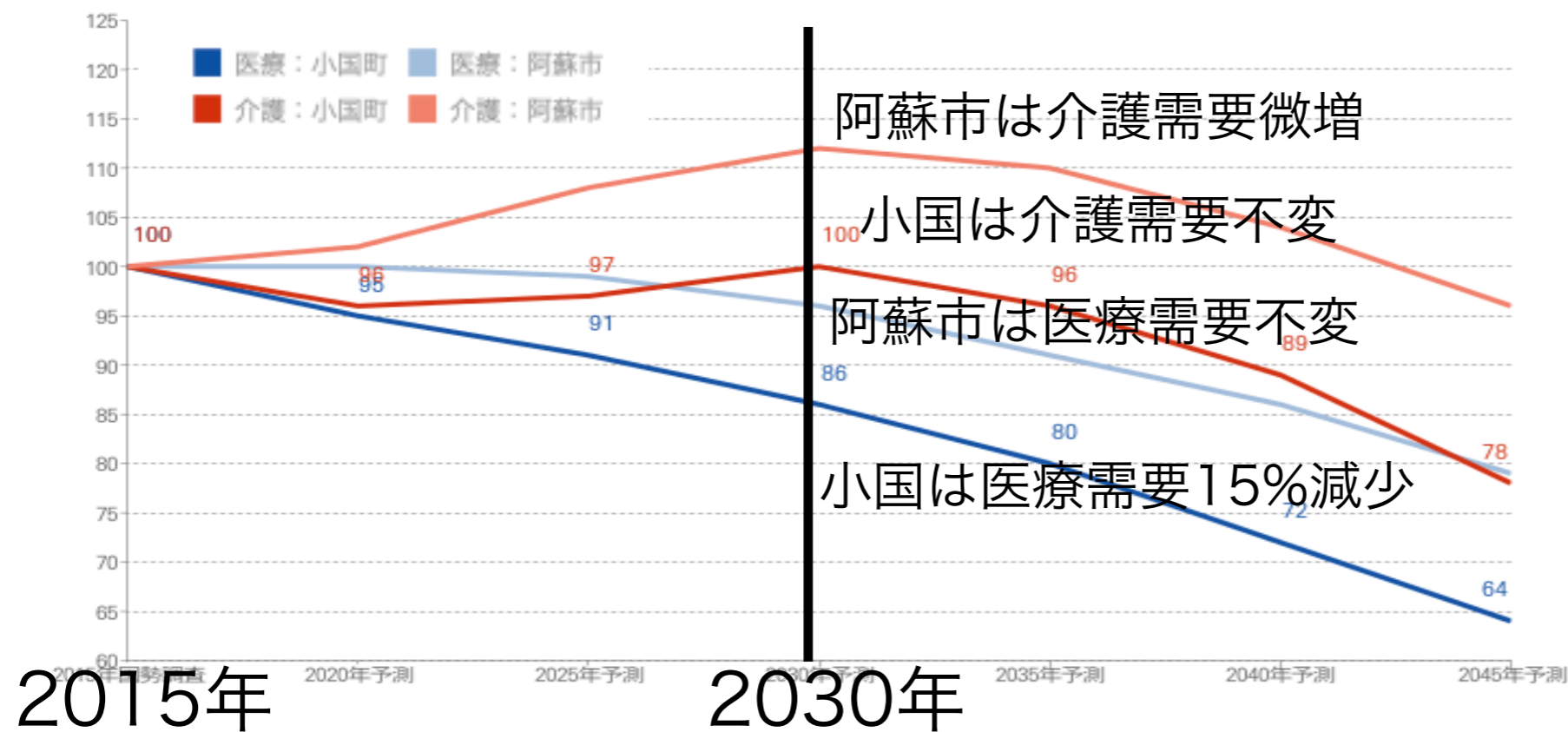
2015年 4200人
2030年 3700人

南小国町
(H27 (2015))

阿蘇市16%減/15年

小国郷22%減 / 15年

医療需要・介護需要の推移予測と病床数の推移



2015年より2022年までで既に減少しているベッド数

	2015年	2022年	減少数	減少率
阿蘇圏域全体	870	652	▲218	▲25%
阿蘇中部	648	535	▲113	▲17%
小国郷	94	73	▲21	▲22%

医療と介護の需要の変化（2015年→2030年）

阿蘇市	医療需要	不変	介護需要	微増	人口 ▲16%
小国郷	医療需要	▲15%	介護需要	不変	人口 ▲22%

2015年より2022年までで既に減少しているベッド数（単位 床）

	2015年	2022年	減少数	減少率
阿蘇圏域全体	870	659	▲211	▲24%
阿蘇中部	648	538	▲113	▲17%
小国郷	94	73	▲21	▲22%

医療需要・介護需要の推移から、2024年の公的病院の必要病床数（案）は以下の通りである

■阿蘇医療センター：

2022年6月; 124床 → 急性期一般：103床、地域包括ケア病床：21床、感染症病床：4床

2024年まで不変

■小国公立病院：

2022年6月; 73床 → 急性期一般：41床、地域包括ケア病床：32床

2024年まで：65床（-8床） → 急性期一般28床（-13床）、地域包括ケア病棟37床(+5床)
 2F病棟 3床減 3F病棟 5床減(1病室を多目的スペースに)

病床機能 2F病棟 28床（急性期） 3F病棟 37床（回復期）

3F病棟を地域包括ケア病棟にして
急性期→回復期に機能変更

3 具体的な計画

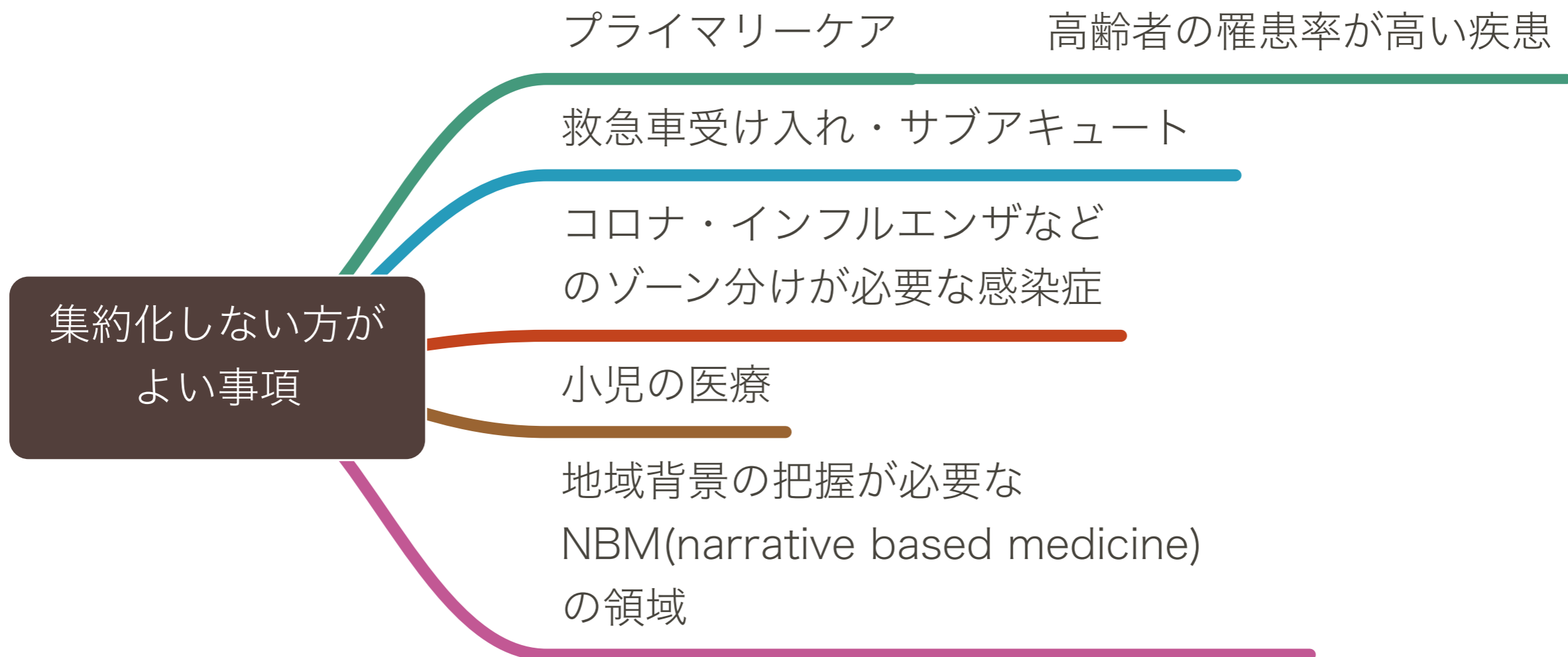
(1) 今後提供する医療機能に関する事項

【① 4 機能ごとの病床のあり方 その1】

単位：床

病床機能	2022年(令和4年)	2025年(令和7年)	備考
高度急性期			
急性期	73	28	
回復期	0	37	地域包括ケア病棟
慢性期			
その他			
合 計	73	65	

北部エリア（小国郷） ・ 中部エリア ・ 南部エリア
各圏域で独立して、自立分散処理をするのが望ましい項目



非常勤医師による外来機能を集約可能かどうかの議論

	外来コマ数		患者数/年（2021年度）	平均患者数/日（概算）
	医療センター	小国公立病院	小国公立病院	小国公立病院
代謝内科	週2	週1	790	15
呼吸器内科	週2	週1	428	9
血液内科	月1	週1	264	6
循環器内科	週1	週1	1200	25
消化器外科	週1	—	—	—
神経内科	週1	—	—	—
腎臓内科	週1	—	—	—
整形外科	週1	週3	5069	35
眼科	—	週2	3679	40
耳鼻科	週1	週2	1700	20
皮膚科	週1	週1	1429	30
泌尿器科	—	週1	1444	30
婦人科	週1	週1	356	8
物忘れ外来	—	週1	1100	25

※地域医療連携ネットワークからの医師派遣要請の参考にしていく

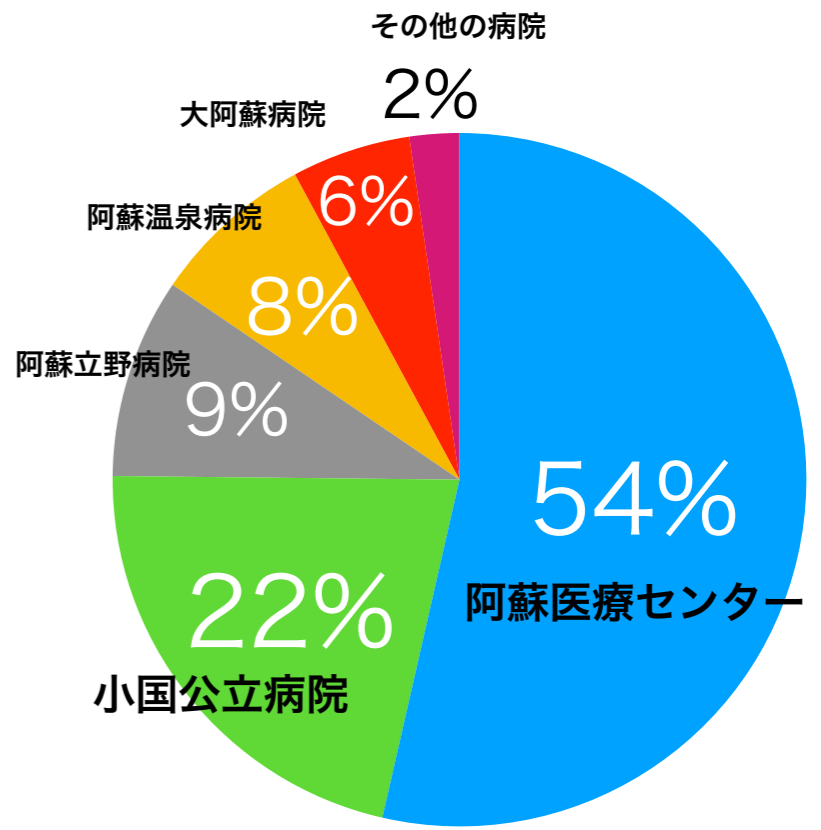
非常勤医師による外来機能を集約可能かどうかの議論

- ・非常勤医師による外来支援は、地域の医療の質を担保するために、重要な役割がある。
- ・運営的な側面から考えると、非常勤医師への外来給与と診療収入のバランスが、持続可能なものであるかどうか、地域ニーズを考慮した上で、日々論理的に考察すべきである。
- ・派遣側（大学・県）にもリソースには限りがあり、働き方改革によりリソース不足に拍車がかかっている。
- ・医療の質の維持と持続可能な運営を両立するために、阿蘇圏域内で連携し、医療リソースの共有を検討する必要性が生じてくる可能性がある。
- ・今回、小国公立病院の非常勤医師の外来診療の患者数を検討したところ、ほとんどの科は専門外来としてかなりの患者数を診ていただいております、エリア毎に外来診療枠を設けておいた方がよく、専門外来集約化によるデメリットの方が多いと考えられました。
- ・今回の検討で、一部の専門外来は診療数が少なかったが、令和5年度小国公立病院の総合診療科医師が減少する予定の為、専門外来のみならず、総合診療的な外来をご支援いただく様、医局と医師に正式に依頼した。
- ・人口あたりの医師数が全国でもトップクラスの医療圏域である阿蘇圏域、特に小国郷地区には、専門的知識のみならず、医療資源の補填という意味でも非常勤医師の派遣を継続していただく様お願いしたい。
- ・非常勤医師による専門外来診療は、現時点では小国郷地域では医療リソース確保の為に必須であるが、これを継続維持できる様に、オンライン診療や専門医師のシェアなどを含めた新たなシステムによる医師や医療リソースの確保を継続的に検討していく。

救急患者受け入れ機能を集約可能かどうかの議論

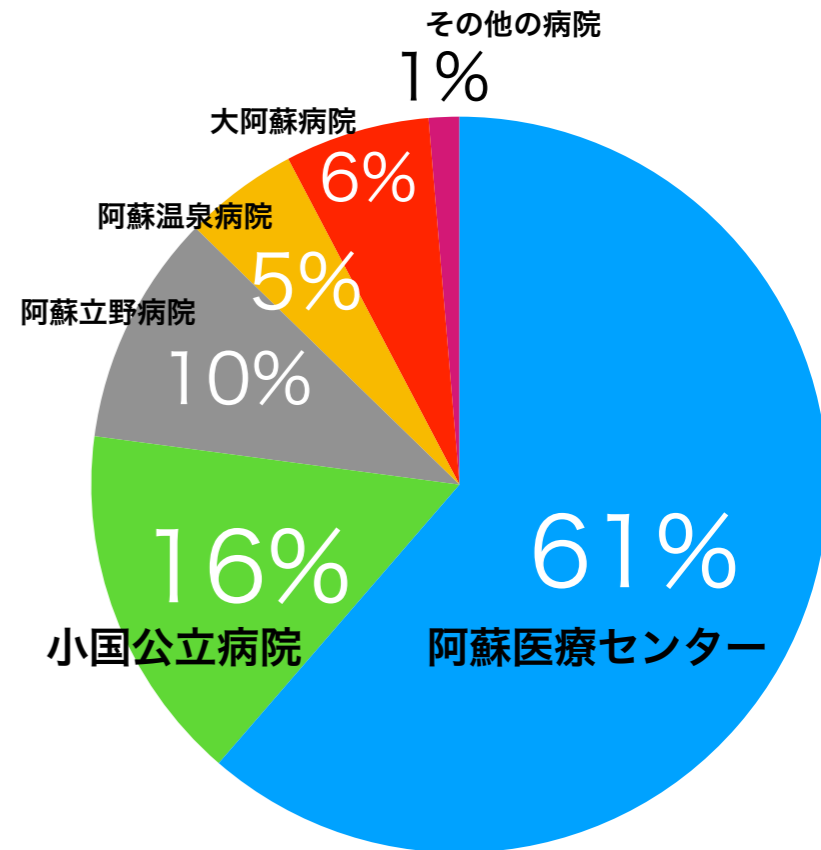
令和元年度 救急搬送人数

阿蘇医療センター	小国公立病院	阿蘇立野病院	阿蘇温泉病院	大阿蘇病院	その他の病院	合計
878	354	153	125	91	38	1639



令和2年度 救急搬送人数

阿蘇医療センター	小国公立病院	阿蘇立野病院	阿蘇温泉病院	大阿蘇病院	その他の病院	合計
868	223	144	71	90	19	1415

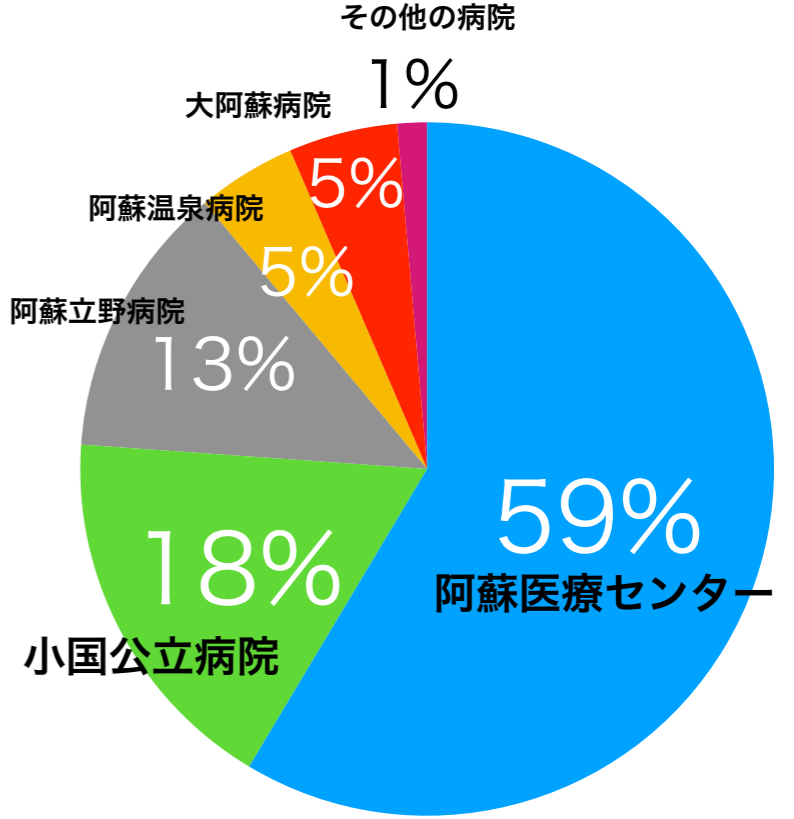


※コロナ禍による一時的減少

救急患者受け入れ機能を集約可能かどうかの議論

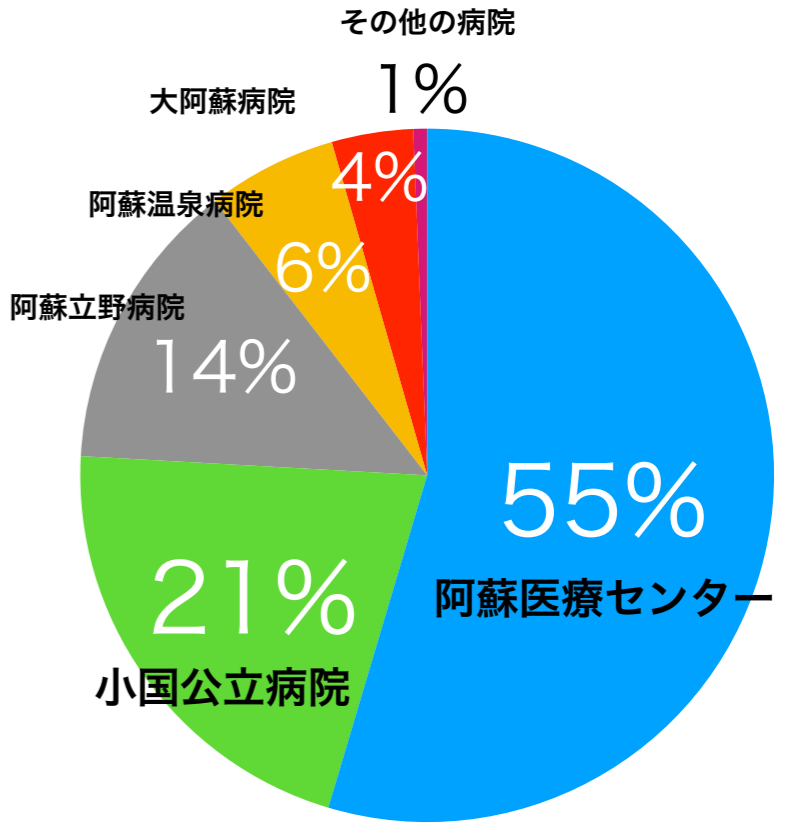
令和3年度 救急搬送受入人数

阿蘇医療センター	小国公立病院	阿蘇立野病院	阿蘇温泉病院	大阿蘇病院	その他の病院	合計
888	266	194	70	77	21	1516



令和4年度 救急搬送受入人数

阿蘇医療センター	小国公立病院	阿蘇立野病院	阿蘇温泉病院	大阿蘇病院	その他の病院	合計
1021	398	255	113	71	12	1870



結論

阿蘇圏域全体の救急車受け入れを
阿蘇医療センターに集約化するのは
地理的にも医療リソース的にも非現実的

北部エリア（小国郷） ・ 中部エリア ・ 南部エリアで、 機能を分担・集約し効率化する項目

現在集約化・連携しているもの

阿蘇医療
センター

脳卒中（急性期治療が必要なもの）
循環器疾患（カテーテル治療・検査、ペースメーカー）
歯科口腔外科

阿蘇医療
センター

小国公立
病院

心不全診療に関するシステムの共有・圏域内の連携
（ASO-Harmony；心不全シール、ハートノート）

今後集約化・連携を検討・整備

阿蘇医療
センター

消化器・整形外科の手術（阿蘇圏域内の医療リソースのシェア・連携により実現可能）
がん診療（がん診療連携拠点病院、抗がん剤治療、手術、がんサロン、緩和ケア）

小国公立
病院

人口減少地域のプライマリーケア・地域包括ケアシステム構築に関する地域モデル化
在宅医療に関するシステム構築・モデル化
医療Dx+オンライン診療に関する地域拠点整備、システム構築・モデル化

阿蘇圏域での小国公立病院の機能と再編・統合に関する再検証

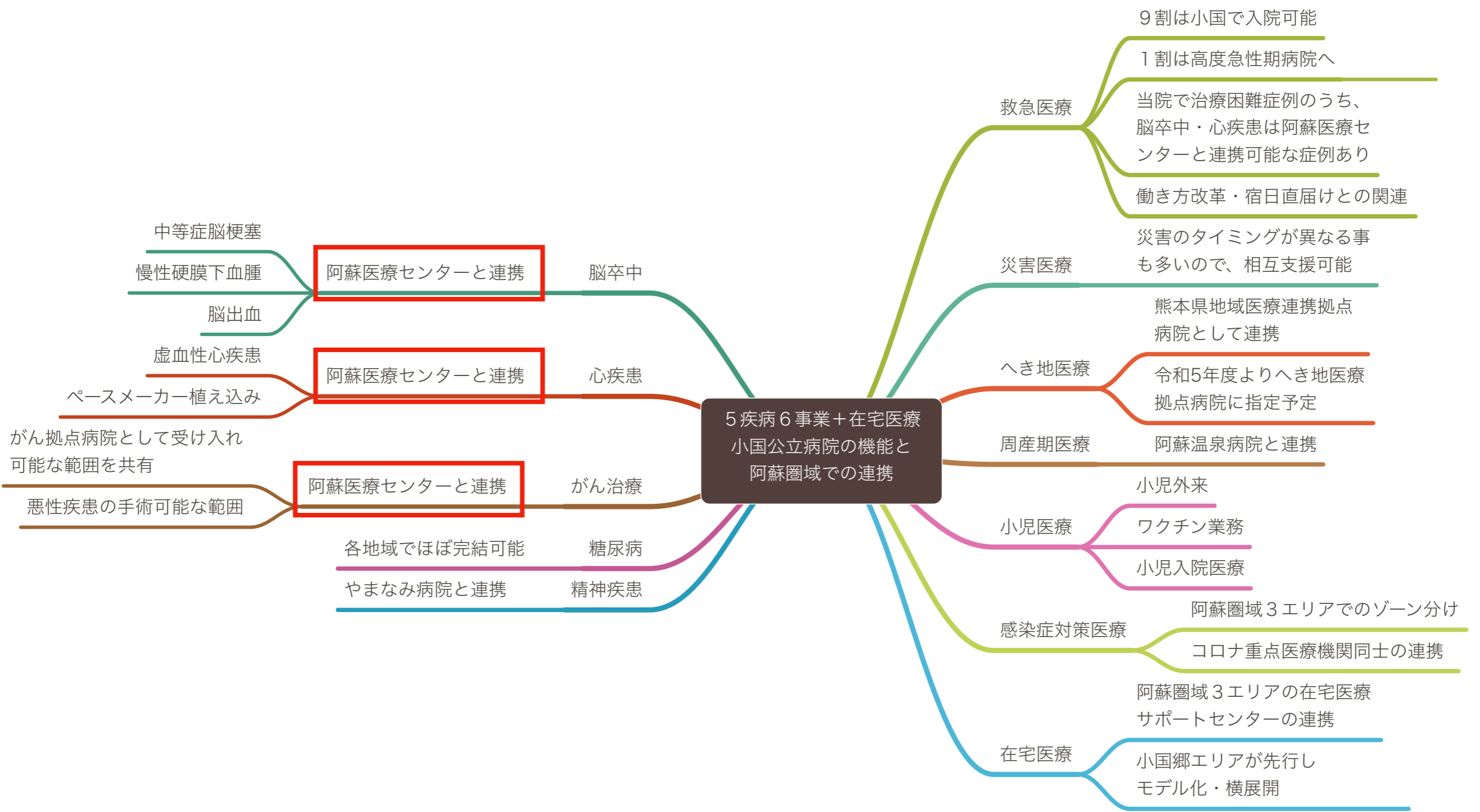
- ・ 2019年9月に厚生労働省より発表された再編・統合について特に議論が必要な病院として小国公立病院が挙げられた。
- ・ 2017年のある時期に5疾病6事業についての診療実績が少なかった事が、リストに挙げられた理由であった。
- ・ 小国公立病院は、阿蘇圏域北部エリア唯一の病床を持った病院であり、入院可能な近隣の病院までは、20km以上離れている。病院の機能としては、地域密着型多機能病院であり、二次救急機能、プライマリーケア、地域包括ケアの中核を担っている中規模の病院である。新型コロナウイルス感染症対応、ワクチン接種も地域の主的役割を果たしている。小国郷エリアのクリニックは現在3つだが、そのうちの1つが閉院予定であり、小国公立病院が担う医療機能がより重要になってきている。
- ・ 5疾病6事業については、主に高度急性期病院との連携により治療を行っており、小国郷エリアから他病院へ紹介を行う、ハブ機能と回復期・慢性期の管理を担っている。今回の分析基準は、地方で必要とされる病院機能とは切り口が異なり、小国公立病院は再編・統合が不可能な地域唯一の病院である。この事は新型コロナウイルス感染症に対して、当院が地域で果たした役割をみて頂いても明らかであろう。
- ・ 2022年度の時点での5疾病6事業における小国公立病院の役割と連携の内容は別紙（P20）の様にした。
- ・ 小国公立病院は、以前は手術を行ったり、ICU機能をもった部屋があり急性期病院として機能していたが、現在はサブアキュート機能、ポストアキュート機能、プライマリーケア機能、地域包括ケアシステムを担う機能が主である。また、医療需要・介護需要の減少に合わせて、2040年までには、地域の病床数を10%程減らす事が望ましいが、2015年以後、地域の病床数は既に22%以上減少しており、減少スピードが過剰である。地域ニーズとしては、医療リソースや医療機能を維持する事が重要である。
- ・ 以上、阿蘇圏域での再検証の結果、小国公立病院には他院では代替不可能な重要な地域医療の機能を担っており、阿蘇圏域の他病院と統合することは望ましくない。小国公立病院は、小国郷エリアのプライマリーケアを担う事を主たる目的とした病院として、他エリアの病院と連携・協調しながら、存在し続ける事が地域にとって必須であり、むしろ、今後、安心・安全に住み続けられる地域を維持する為には、必要とされる機能に合わせた病院の改修・建替えを含めた地域の医療機能維持の積極的存続(P19に詳細)が望ましいという結論に至った。
- ・ 尚、小国公立病院と阿蘇医療センターの機能整備・連携が特に必要な重点支援区域の指定を阿蘇圏域として受ける事を提案したい。
(詳細は後述)

阿蘇圏域での小国公立病院の機能と再編・統合に関する再検証

小国公立病院の積極的存続について

- ・小国郷地域に必要とされている機能は、**回復期>急性期** ただし急性期（サブアキュート）の地域ニーズは常に存在する。地域包括ケア病床のうちの7割程度は回復期患者である。
- ・新型コロナウイルス感染症の中等症までの患者受入れ体制を整え、阿蘇圏域北部エリアの感染対策を当院で担う事ができたことは、地域で一定の評価となった。さらに、コロナ患者が多発していた他圏域の患者の受け入れも行い、県内の公的病院としての**一定の機能を果たす事ができた**と考えている。
- ・小国公立病院の**病棟ベッドを減らす事により、余白のスペース**が院内にできるので、新興感染症への対応を含めた**多目的に利用できるスペース**が確保できる。平時には、地域コミュニケーションや全世代に対する包括的ケア（子育て・教育を含）も提供ができる様、病院デザインを工夫する。
- ・小国郷地域は県内でも**ユニークな地域包括ケアシステム**を実践している地域であり、地域医療・地域ケアの実習・研修を積極的に受け入れている。地域医療、総合診療、家庭医、プライマリーケアなどを研修するにふさわしい**教育リソースを提供できる県内でも数少ない地域**として、熊本大学や他地域の病院の学生や研修医から一定の評価を受けている。
- ・**外来機能は、必要な診療科枠は各エリアで維持しながらも、地域ニーズを把握しながら、医療リソースを阿蘇圏域内でシェアする必要がでてくるかもしれない**（オンライン診療の圏域内導入など）
- ・人口分布の変化と民間のクリニック・介護施設などの減少を見越し、未来に必要な機能を予測し、将来的には、**地域ニーズに合わせた機能を備えた病院の改修・建替え**を検討することが地域にとって必要なことである。

小国公立病院を主語にした 阿蘇圏域の5疾病6事業＋在宅医療の連携



重点支援区域の指定について

本日のご提案

小国公立病院と阿蘇医療センターの機能整備・連携について、国から重点支援区域の指定を阿蘇圏域として受ける事を提案したい

※熊本県では令和2年8月に天草圏域が指定されている

以下の様に2病院の機能を再編することに対する国からの重点支援を受けたらどうか？

阿蘇医療センター : 救急・急性期機能を中心として、回復期や在宅医療もカバーすることができる
阿蘇圏域の基幹病院

小国公立病院 : 回復期機能を中心とし、救急・急性期・慢性期・在宅医療・介護もカバーすることができる
地域密着型多機能病院

重点支援区域指定のメリット

「熊本県 病床機能再編推進事業（ハード）」

複数の医療機関で行う病床機能の再編に対して、再編に伴う施設・設備整備費用を助成する

補助率 1/2 → 重点支援区域指定されると補助率 3/4

※熊本県では令和3年に天草市で活用実績あり

※重点支援区域指定により、この他にも、データ分析など、国による技術的支援を活用することも可能となる

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**12道県18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）

令和4年度（2022年度）地域医療構想関係の主な事業について①

地域医療介護総合確保基金（医療分）を活用して県で予算化した地域医療構想関係の主な事業概要は以下のとおり。



地域医療構想研修会

3,539千円

地域医療構想調整会議において、各種データから地域課題を確認し、課題解決を議論するため、地域医療構想アドバイザーを選出し、詳細データに基づいた専門的見地から、医療関係者等における地域医療構想の必要性に対する理解向上・認識共有のための「地域医療構想研修会」を開催する。



病床機能再編推進事業（ソフト）

50,000千円

R2年度創設

複数の医療機関で行う病床機能の再編に対して、再編に関する基本構想・計画策定を補助する。☒

$$\begin{array}{l} \text{(基準額)} \\ 5,000\text{千円} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{(計画数)} \\ 10\text{計画} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{(補助率)} \text{ ☒} \\ 10/10 \end{array} = 50,000\text{千円}$$



病床機能再編推進事業（ハード）

88,057千円

R元年度創設

複数の医療機関で行う病床機能の再編に対して、再編に伴う施設・設備整備費用を助成する。☒

(補助率) 1/2 ※「重点支援区域」の場合は3/4 (令和3年度：天草市にて活用実績あり)



医療機能分化・連携調査研究支援事業

16,000千円

R2年度創設

医師会等が行う将来の病床機能及び外来機能の分化・連携に関する調査・研究を補助する。☒

$$\begin{array}{l} \text{(基準額)} \\ 2,000\text{千円} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{(団体数)} \\ 8\text{団体} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{(補助率)} \text{ ☒} \\ 10/10 \end{array} = 16,000\text{千円}$$

令和4年度（2022年度）地域医療構想関係の主な事業について②



病床機能再編支援事業

350,000千円

R2年度創設

地域医療構想調整会議の合意を踏まえて行う医療機関の自主的な病床の再編や削減に対し、病床の削減数に[ⓧ]応じた給付金を交付する。[ⓧ]

（補助率）10/10 （令和3年度：6医療機関 227,088千円）



病床機能転換整備事業

36,530千円

「不足する病床機能」以外の病床機能から「不足する病床機能」に転換を図る一般病床又は療養病床を有する[ⓧ]病院・有床診療所に対して施設・設備整備費用を助成する。[ⓧ]

（補助率）1/2 （令和3年度：有明圏域で活用実績あり）



回復期病床機能強化事業

31,000千円

○ 回復期の病床機能を有する医療機関が実施する、回復期機能の強化に必要な医療機器等の購入費に対する補助[ⓧ]
（基準額）10,000千円/事業者（補助率）1/3 （令和3年度：12医療機関 13,680千円）[ⓧ]

○ 医療従事者（主に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等）を対象とした、知識・技術を習得するための[ⓧ]
研修を行う医療関係団体に対して補助する。[ⓧ]

（基準額）500千円/団体（補助率）10/10 （令和3年度：1団体 321千円）

○ 医療機関や地域での検討が進むよう、活用できる事業について、県ホームページや医師会等を通じて、[ⓧ]
事業の周知を図る。[ⓧ]

○ 事業の実施にあたっては、必要に応じて地域調整会議で協議を行う。

目的等

厚生労働省通知により、公立病院及び公的医療機関等は、当該病院等でなければ担えない分野へ重点化されているかを地域調整会議で協議し、必要に応じて役割を見直す必要がある。また、民間医療機関も医療従事者の確保や地域における役割を明確にしていく中で、近隣医療機関との再編が進むことが見込まれるため、再編に関する基本構想・計画策定からハード整備まで県が補助することで、地域における持続可能な医療提供体制の整備を推進する。

対象医療機関

- 次に掲げる医療機関（以下「公立病院等」という。）のいずれかを含む複数の医療機関のそれぞれの開設者とする。ⓧ
- (1) 法第7条の2第1項各号に掲げる者が開設する医療機関ⓧ
 - (2) 国立病院機構及び労働者健康安全機構が開設する医療機関ⓧ
 - (3) 地域医療支援病院 ⓧ
 - (4) 特定機能病院ⓧ
- 調整会議での協議後、合意された再編計画に基づき実施されたものは、交付決定前でも補助対象とする。

対象事業及び経費

①対象事業ⓧ

構想区域ごとの地域医療構想調整会議の合意を踏まえて行われる、病床機能の再編に必要な医療機関の施設・設備整備事業で、次の基準を満たすものを対象とする。ⓧ

i) 共通要件ⓧ

- 公立病院等を含む複数の医療機関の再編計画であること。ⓧ
- 病床機能の分化・連携を推進する具体的な目標が計画に示されていること。ⓧ
- 計画に医療従事者の効率的・効果的な配置の見直しを盛り込むこと。 ⓧ
- 計画に複数の医療機関の病床総数の削減を含むこと。ⓧ

ii) 公立病院等のみの要件ⓧ

- 公立病院等でなければ担うことができない分野（例：へき地医療、不採算・特殊医療、高度・先進医療、その他）に重点化されていること。

②対象経費ⓧ

i) 施設整備ⓧ

病棟（病室、診察室、処置室、記録室 等）の新築、増改築等に要する工事費又は工事請負費ⓧ

ii) 用途変更・除却等ⓧ

病床削減に伴い不要となる病棟・病室等を他の用途へ変更（機能転換を除く）するために必要な改修費用等ⓧ

iii) 設備整備※1ⓧ

再編する病床機能に必要な医療用の設備の整備費、機器、車両等の購入費ⓧ

※1：施設整備に伴い必要となる設備に限る。ⓧ

負担割合及び基準額

①負担割合 県：1/2、事業者（病院・有床診療所）：1/2 ⇒ **重点支援区域の場合は県：3/4、事業者：1/4**ⓧ

②基準額 i) 施設整備 基準面積 (21.00㎡) × 単価 (360,000円) × 病床数※2 ⓧ

ii) 用途変更・除却等 鉄筋コンクリートの場合：基準面積 (21.00㎡) × 単価 (200,900円) × 病床数※2 ⓧ

ブロックの場合：基準面積 (21.00㎡) × 単価 (175,100円) × 病床数※2 ⓧ

ii) 設備整備費又は機器整備（購入）費（1医療機関当たりの最大額） 21,000,000円※2 ⓧ

※2：補助金額は、この金額を上限にその1/2とする。ただし、工事費等がこの金額に達しない場合は、その工事費等の金額を基準額として採用する。

2022年度末の時点で小国公立病院で取り組んでいるプロジェクト

(Vision) 地域医療構想 → 医療とケアの溶け込んだ地域づくりへ

～日本の標準の20年先行く人口分布への対応～

- 病床数調整、病棟機能再編、空いたスペースを用いた多目的スペースの設置
- 手術室・分娩室の機能を整理して、地域ニーズに合わせたスペース利用の検討
- 新興感染症対策
- へき地医療拠点病院指定（申請済）
- 働き方改革に関する申請 → 宿日直許可
- 地域の実情に合わせた呼吸器内科医師の増員（1名→3名）
- タスクシフトを推進するために医師事務作業補助者、特定技能研修外国人を新規雇用予定。
- 院内PHSをスマートフォンに変更しグループウェアを導入
 - タスク管理、会議時間の短縮、勤怠管理
- 医療Dx & 医療MaaS推進プロジェクト → データと物が動く；クリニック数減少への対応
- 病院と健康診断の検査値の統合 → 健康診断受診率向上と不要な検査費の削減
- 阿蘇圏域内での心不全診療連携 → 心不全シール、警備会社と協働での見守り・体重管理
- 小国郷医療福祉あんしんネットワークによる、医療・介護連携のみにとどまらない、地域資源を活かした全世代型地域ケアシステムの構築
- コミュニティとパーソナルデジタルデバイスをツールとして利用した地域づくりに全世代の予防的医療と地域ケアを統合する試み