

2025年に向けた 地域医療構想の進め方について

令和6年(2024年)8月
熊本県水俣保健所

新経済・財政再生計画 改革工程表2023（令和5年12月21日経済財政諮問会議）（抄）

社会保障 4. 医療・福祉サービス改革

K P I 第2階層	K P I 第1階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	24	25	26
○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】 （実際に増減された病床数／地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数（病床機能報告））	○地域医療構想調整会議の開催回数【2024年度末までに約2,000回】 ○各医療機関の対応方針の策定率【2025年度に100%】 ○対応方針の検討状況等の公表率【100%】	39. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進 a. 地域医療構想については、2025年までの取組をより一層推進するため、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。 b. 国においては、以下の取組を行う。 ・都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化 ・構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等の周知） ・地域医療介護総合確保基金やデータ分析チーム構築支援等の効果的な活用方法の周知 ・地域医療構想の取組の進め方に関するチェックリストの作成 ・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量の乖離等を踏まえ、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構想区域等を設定して、アウトリーチの伴走支援の実施 ・地域医療構想調整会議の議論の実施状況の市町村への報告等について、法制上の位置付けも含め、必要な措置 c. 都道府県に対し以下の取組を求める。 ・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量に著しい乖離が生じている構想区域について、医療提供体制に関する分析・評価を行い、評価結果に基づき必要な方策を講じること ・地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定率等をKPIとしたPDCAサイクルを年度ごとに実施し、対応方針の検討状況、策定率を公表すること ・国において設定したモデル構想区域等において、地域医療構想調整会議で構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議し、対応方針を策定するなど、必要な方策を講じること d. 2026年度以降の地域医療構想について、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。また、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。			

2025年に向けた地域医療構想の更なる推進

第14回地域医療構想及び医師確保
計画に関するワーキンググループ 資料1
(一部改)
令和6年3月13日

- 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日付で通知を发出し、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を見える化
- ・ 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

2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

○ 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。

- ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

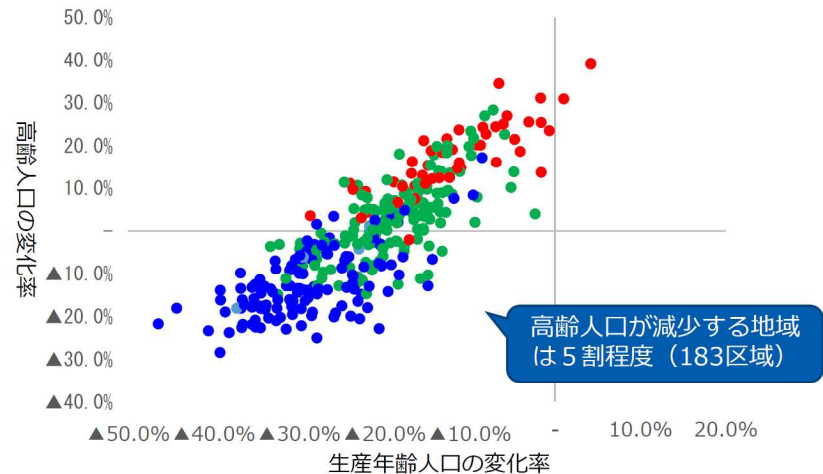
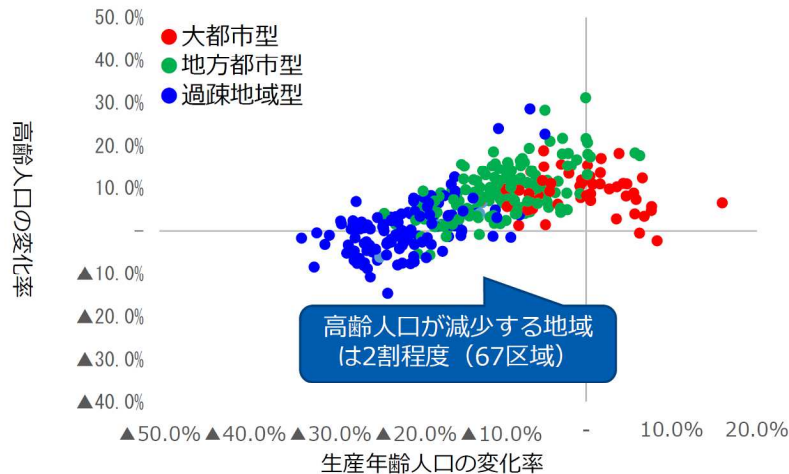
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外

<2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	0.6%

<2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%



出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

2025年以降の変化②：人口動態（地域別）

- 各構想区域を構成する市町村が変化しないと仮定すると、今後、2040年にかけて、人口規模の小さい構想区域が増加する。
- 2040年には人口20万人未満の構想区域が過半数を超え、5万人未満の構想区域は、2015年と比較すると約3倍となる。

	2015		2025		2040	
		構成割合		構成割合		構成割合
合計	337	100.0%	337	100.0%	337	100.0%
以上 未満 ～ 5万人	20	5.9%	34	10.1%	58	17.2%
5万人～ 10万人	61	18.1%	60	17.8%	57	16.9%
10万人～ 20万人	77	22.8%	73	21.7%	75	22.3%
20万人～ 30万人	47	13.9%	42	12.5%	31	9.2%
30万人～ 40万人	28	8.3%	30	8.9%	27	8.0%
40万人～ 50万人	25	7.4%	26	7.7%	23	6.8%
50万人～ 60万人	15	4.5%	9	2.7%	10	3.0%
60万人～ 70万人	9	2.7%	12	3.6%	12	3.6%
70万人～ 80万人	17	5.0%	15	4.5%	13	3.9%
80万人～ 90万人	9	2.7%	9	2.7%	3	0.9%
90万人～ 100万人	4	1.2%	2	0.6%	4	1.2%
100万人～	25	7.4%	25	7.4%	24	7.1%

出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

地域医療構想の検討体制（案）

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

＜現行の地域医療構想＞

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

（敬称略。五十音順）

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人日本医師会副会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会

○：座長

＜新たな地域医療構想＞

新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）【新設】

（敬称略。五十音順）

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 國分 守 福島県保健福祉部長
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 佐藤 博文 岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
- 高橋 泰 国際医療福祉大学教授
- 土居 丈朗 慶應義塾大学教授
- 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し**、都道府県が地域医療構想を策定。
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供**する必要。その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

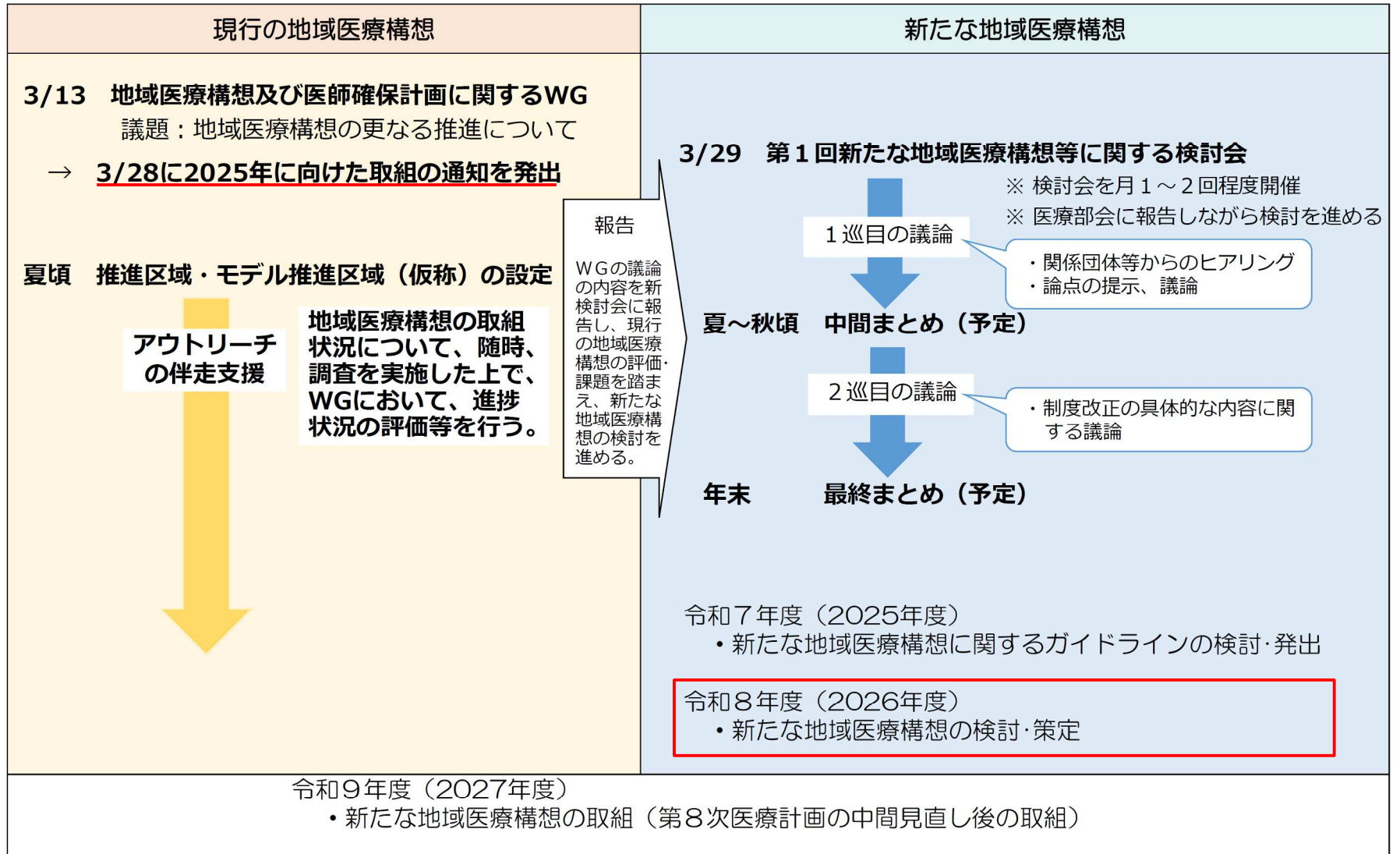
など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

など

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）



熊本県における2025年に向けた地域医療構想の進め方

第9回熊本県地域医療構想
調整会議(令和6年6月5日) 資料1

【国の方針】(令和6年3月28日付け厚生労働省医政局長通知の内容)

- 構想区域によっては、「病床機能報告上の病床数」と「将来の病床数の必要量」との間に大きな差異が残っている区域があるため、当該差異について構想区域ごとに確認・分析を行った上で地域の実情に応じた取組を進めていく必要。
- **厚生労働省がR6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、モデル推進区域(仮称)においては、伴走支援を実施。**
- **都道府県は、R6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、R7年度に推進区域対応方針に基づく取組を実施。**
- **医療機関は、R6年度及びR7年度に、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。**

推進区域(仮称) ※各県1～2か所

- ① 合計病床数の必要量との差異が特に生じている区域
- ② 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が未検証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って重点的な支援の必要性があると考えられる区域

▶
推進区域
の中から
設定

モデル推進区域(仮称) ※全国で10～20か所

国が必要に応じ以下の支援を実施

(例)

- ① 地域の医療事情に関するデータ分析
- ② 議論の場、講演会等への国職員の出席
- ③ 都道府県コンシェルジュ(ワンストップ窓口)の設置
- ④ 構想区域の課題把握
- ⑤ 分析結果を踏まえた取組の検討に関する支援
- ⑥ 区域対応方針の作成支援 等

※③～⑥は重点支援区域における支援では実施していない支援策

熊本県における2025年に向けた地域医療構想の進め方

第9回熊本県地域医療構想
調整会議(令和6年6月5日)資料1

【国から示された推進区域(仮称)候補】

- ① 合計病床数の必要量との差異が特に生じている区域(必要量との差異が全国上位150区域に該当)
⇒ 宇城区域を除く県内9区域
- ② 機能別病床数の必要量との差異が特に生じている区域(必要量との差異が全国上位100区域に該当)
⇒ 熊本・上益城区域(回復期が不足)、八代区域(急性期が過剰)
- 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が未検証の医療機関がある区域
⇒ 該当なし
- 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
⇒ 該当なし

上記①～④の候補区域のうち、**1～2区域を推進区域として設定。**

【熊本県が設定に合意する推進区域】

- 回復期が特に不足する**熊本・上益城区域を推進区域(仮称)とする**(八代区域は合意しない。)
(理由)
熊本県地域医療構想(H29.3策定)では、病床の必要量を「限られた医療資源をいかに効率的に活用し、**不足する機能を充足させていくかを中心に**、医療・介護関係者、行政関係者、県民等が**地域のサービス提供体制等を検討するための材料**」としており、回復期の不足により②に該当している熊本・上益城区域における協議は、地域医療構想の更なる推進に資するため
- なお、**モデル推進区域としての設定は求めず**、今後、協議を進める中で**国による支援が必要との意見があつた場合、重点支援区域の申請等を検討**することとする。

熊本県における2025年に向けた地域医療構想の進め方

第9回熊本県地域医療構想
調整会議(令和6年6月5日)資料1

熊本県における2025年（R7年）までの具体的な取組み（案）

- (1) 熊本・上益城区域を推進区域（仮称）とし、地域医療構想調整会議で協議を行い、R6年度中に推進区域対応方針（仮称）を策定し、R7年度に医療機関の対応方針について必要な見直しを行う。
なお、区域対応方針の策定にあたっては、2025年のみならず、2040年も見据え、検討を行う。
- (2) 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の策定に向けた体制整備を図るため、令和6年度から国庫補助事業等を活用しつつ、地域の実情を踏まえたデータ分析に取り組む。

[県内の各構想区域における取組みのイメージ]

県内の構想区域（10区域）

宇城区域、有明区域、鹿本区域、菊池区域、
阿蘇区域、八代区域、芦北区域、球磨区域、天草区域

推進区域（仮称）

熊本・上益城区域

モデル推進区域（仮称）

地域の実情を踏まえた
データ分析

推進区域対応方針（仮称）策定
医療機関の対応方針見直し※

※全ての医療機関を一律に見直すのではなく、区域対応方針（仮称）及び地域の実情を踏まえ必要な見直しを行う

- ・ **地域の実情を踏まえたデータ分析について**

【背景】

- 2024年からの第8次医療計画、2025年に向けた地域医療構想の実現のため、地域の課題に応じたデータ分析が重要であるが、その分析体制は十分とは言えない。
- 熊本県においては、都市部と地方での高齢化・人口減少や医療資源の差、平成28年熊本地震・令和2年7月豪雨の影響、公的病院等の再編（天草・阿蘇の2つの重点支援区域を含む）、複数の県との患者流入、TSMC進出により人口動態の変化が予想されるなどの特有の課題がある。
- また、地域医療構想策定時には想定されてなかった、2020年からの新型コロナウイルス感染症の流行が地域医療へ与えた影響の評価は十分に行われていない。



県、地域医療構想アドバイザー、医療関係者の協力が必要

【目的】

- 熊本県の課題を十分に反映した医療提供体制の課題に対するデータ分析体制の構築及び分析の実践により、2025年以降の次期地域医療構想策定を見据えたデータの見える化等や第8次熊本県保健医療計画の円滑な施行を図る。

※厚生労働省「地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業」に採択

【熊本県の課題】

- 熊本・上益城構想区域とそれ以外の構想区域で課題が大きく異なる
(=都市型) (=地方型)
 - 大病院が集中、熊本県全体の半分の医療は熊本・上益城医療圏で行われている
 - 医療資源、特に医師は都市部に集中し、地域では医師の高齢化や看護師不足が問題
 - 高齢化、人口減少のスピードの違い。TSMCの進出による人口動態の変化
- 公的病院等の再編統合
- 県境の医療(福岡、大分、宮崎、鹿児島県)
- 新型コロナウイルス感染症の影響

地域医療構想調整会議

○データ分析結果を踏まえ、これまでの地域医療構想の取組みを検証

データ分析チーム（コアメンバー）

熊本県医療政策課

- ・事業全体の運営、進捗管理
- ・県地域医療構想調整会議の開催
- ・データ収集
- ・データ分析項目の検討(県全体)
- ・県民への周知

【メンバー】

(総括) 井戸主幹
(企画・運営) 立花参事
(病床・外来機能報告) 村川主事、鶴主事

熊本県地域医療構想アドバイザー を中心とした分析チーム

- ・データ分析及び分析結果の解説
- ・分析結果に係る会議資料の提供
- ・県、保健所に対する助言

【メンバー】

- ・桑木アドバイザー(久留米大学医学部)
- ・谷原主任教授(久留米大学医学部)
- ・渡邊医師(久留米大学医学部)

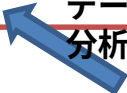
データ提供



分析に係る助言
分析結果の提供
(解説含む)



データ提供、
分析項目の要望



分析結果の解説・助言



分析資料の提供



課題の抽出、
データ提供



各保健所

- ・各構想区域におけるデータ分析項目の検討
- ・各構想区域の地域医療構想調整会議の開催

連携



医療機関、関係団体

- ・地域医療構想調整会議への参加
- ・DPCデータ等の提供

地域の実情を踏まえたデータ分析

第9回熊本県地域医療構想
調整会議(令和6年6月5日)資料1
※一部改

全国
熊本

新型コロナの流行

医師の時間外労働時間上限規制

● 熊本地震

R2.7月豪雨 ●

TSMCの進出

30.8千床

25.7千床

25.6千床

2040年
を見据えた
新たな構想

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

...

2025^(注)

2040

■ 慢性期 ■ 回復期 ■ 急性期 ■ 高度急性期

(注) 令和4年度病床機能報告に基づく2025年の病床数(見込)。厚生労働省令の算定式に基づく2025年の病床数の必要量は21.0千床

分析の
視点

2つの災害や新型コロナの流行の受療動向等への影響

医師の時間外労働時間上限規制の医師確保への影響

TSMC進出の人口動態への影響

県及び
各構想区域の
見える化

【令和6年度の具体的な取組み内容(予定)】

(1) 地域医療構想のこれまでの評価と2040年を見据えた分析

① 地域医療構想策定から現在までの分析・評価

- ・ 病床機能報告をもとに機能別の病床数の推移を分析
(診療報酬の算定状況等により機能別病床数の補正を行うなど)
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響分析(コロナ禍で診療実績が減少した分野の分析)

② 2040年を見据えた分析

- ・ 「日本の地域別将来人口(令和5年推計)」をもとにした、各市町村単位での将来的な医療ニーズの把握
- ・ TSMCの進出により一部の地域では生産年齢人口の増加等の影響を加味

(2) 第8次熊本県保健医療計画に関連する事項の分析

- ・ 5疾病6事業の分析(例:DPCデータによるがん診療分析 など)
- ・ 外来医療に関する分析(例:地域における診療科の偏在状況 など)

※分析対象によってDPCデータ(急性期中心)、KDBデータ(回復期・慢性期中心)を活用

(3) 医師の働き方改革に関連する事項の分析

- ・ 医療従事者の評価(医師の時間外労働上限規制の影響分析 など)

◎上記内容を基に地域医療構想調整会議で協議の上、分析項目等を決定

データ分析で得られた結果は、地域医療構想調整会議に報告・協議するとともに、県HPでデータを公表するなどし、地域医療の見える化につなげる。

芦北構想区域におけるデータ分析の進め方（案）

- 令和6年度においては、以下の項目についてデータ分析を実施。
- 本日の協議結果を踏まえ、追加的なデータ分析についても検討。

分析項目（案）	主な内容	主な使用データ
機能別病床数の推移に関する分析	入院料の算定状況を勘案し、機能別病床数を再集計	病床機能報告
2040年を見据えた医療需要の推計	最新の人口推計に基づき、市町村単位で将来の医療需要を推計	日本の地域別将来人口（令和5年推計）
新型コロナ流行の影響に関する分析	新型コロナ流行前後における入院・外来患者数等の比較分析等	病院報告、DPCデータ等
第8次保健医療計画に関連する事項の分析	医療機関所在地ごとの外来診療科数、救急告示病院以外における救急患者数の分析等	外来機能報告等
医師の働き方改革に関連する事項の分析	夜間の医師の勤務体制等について、令和6年3月時点と令和6年4月以降の状況を比較分析等	個別調査を実施

スケジュール

会議名 / 四半期	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期
地域医療 構想 調整会議		8/20 (第13回) 調整会議 分析の進め方 について協議	※調整会議については病床機能 再編支援給付金に関する書面協 議をする場合あり（11月頃）	2月頃 (第15回) 調整会議 分析結果の報告
県	データ収集（継続実施）			
桑木アド バイザー		データ分析		分析結果 の解説

※データ収集に時間を要するものや分析に時間を要するものは、令和7年度にかけて継続的にデータ収集・分析を実施