

- 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

推進区域の設定

- 推進区域について、地域の実情に応じた地域医療構想の取組を更に推進するため、都道府県との調整を踏まえ、①～④の事項等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する。
- 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生じていること
 - 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生じていること
 - 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こと
 - 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こと

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 北海道【中空知】 ▪ 青森県【青森】 ▪ 岩手県【両磐】 ▪ 宮城県【石巻・登米・気仙沼】 ▪ 秋田県【大館・鹿角、能代・山本】 ▪ 山形県【庄内】 ▪ 福島県【会津・南会津】 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 茨城県【土浦、鹿行、取手・竜ヶ崎】 ▪ 栃木県【宇都宮】 ▪ 群馬県【伊勢崎、藤岡】 ▪ 埼玉県【北部】 ▪ 千葉県【香取海匝】 ▪ 東京都【区中央部、区南部、区西南部、区西部、区西北部、区東北部、区東部、西多摩、南多摩、北多摩西部、北多摩南部、北多摩北部、島しょ】 ▪ 神奈川県【県西】 ▪ 新潟県【中越】 ▪ 山梨県【峡南】 ▪ 長野県【上小】 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 富山県【新川】 ▪ 石川県【能登北部】 ▪ 岐阜県【飛騨、東濃】 ▪ 静岡県【駿東田方】 ▪ 愛知県【東三河北部】 ▪ 三重県【松阪】 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 福井県【嶺南】 ▪ 滋賀県【湖北】 ▪ 京都府【丹後】 ▪ 大阪府【南河内】 ▪ 兵庫県【東播磨】 ▪ 奈良県【中和】 ▪ 和歌山県【有田、新宮】 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 鳥取県【東部】 ▪ 島根県【松江、雲南、出雲、大田、浜田、益田、隠岐】 ▪ 岡山県【真庭】 ▪ 広島県【呉】 ▪ 山口県【宇部・小野田】 ▪ 徳島県【東部】 ▪ 香川県【東部】 ▪ 愛媛県【松山】 ▪ 高知県【中央】 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 福岡県【京築】 ▪ 佐賀県【中部、南部】 ▪ 長崎県【長崎】 ▪ 熊本県【熊本・上益城】 ▪ 大分県【東部、北部】 ▪ 宮崎県【西諸】 ▪ 鹿児島県【姶良・伊佐】 ▪ 沖縄県【中部、南部】 |

- ※ 原則として各都道府県あたり1～2か所設定することとしているが、地域の実情等を踏まえ、複数の圏域にまたがる課題の解決が必要な場合等には、複数の構想区域を設定。
- ※ 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。

モデル推進区域の設定

- モデル推進区域について、都道府県との調整を踏まえ、推進区域の中から、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組状況等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する。
※以下の都道府県以外について、引き続き調整を行う。

- | | |
|--------------------|---------------|
| ▪ 北海道【中空知】 | ▪ 三重県【松阪】 |
| ▪ 秋田県【大館・鹿角、能代・山本】 | ▪ 滋賀県【湖北】 |
| ▪ 山形県【庄内】 | ▪ 京都府【丹後】 |
| ▪ 栃木県【宇都宮】 | ▪ 鳥取県【東部】 |
| ▪ 群馬県【伊勢崎、藤岡】 | ▪ 山口県【宇部・小野田】 |
| ▪ 石川県【能登北部】 | ▪ 高知県【中央】 |
| ▪ 山梨県【峡南】 | ▪ 長崎県【長崎】 |

伴走支援の内容

○技術的支援

(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新たな支援策)

- | | |
|---|--|
| ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析 | ・ <u>都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置</u> |
| ・ 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 | ・ <u>区域対応方針（※）の作成支援</u> |
| ・ 関係者との議論を行う際の資料作成支援 | ・ <u>構想区域内の課題の把握</u> |
| ・ 関係者の協議の場の設定 | ・ <u>分析結果を踏まえた取組に関する支援</u> |
| | ・ <u>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</u> |
| | ・ <u>定量的基準の導入に関する支援</u> 等 |

(※) 「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の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おける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。

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄） （令和5年12月22日 閣議決定）

2. 医療・介護制度等の改革

＜②「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ **地域医療構想**については、これまでのP D C A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**。その際、国においては、**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、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構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する**。
- ・ 2026年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、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、中長期的課題を整理して検討を行う。
- ・ こうした対応に実効性を持たせるため、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。
- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る。
- ・ さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・ また、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた、医師の教育や研修の充実にも取り組んでいく。

◆ 医師偏在対策等

- ・ 医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト／シェアの推進を図る。
- ・ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。