

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

- 1. 医療機関機能について**
- 2. 構想区域について**
- 3. 地域医療構想調整会議等について**

1. 医療機関機能について

これまでの主な意見（区域・医療機関機能）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

【医療機関機能】

- ・ 地域の限られた医療資源を有効に活用するため、急性期拠点機能の病院での適切な配置が不可欠。
- ・ 現在人口が30万人を上回っている地方都市型の地域でも、現在の病床稼働率、救急車の受入れ件数、2040年に向けた人口減少を踏まえることができる限り1か所に集約をして2040年以降も含めて将来にわたって急性期医療を維持していくことが必要。
- ・ 2040年以降も含め将来にわたって急性期医療を維持できるよう、現在の人口が概ね30万人までの小規模な地域については、1か所に集約に向けて取り組んでいくことが重要。
- ・ 大都市型と地方都市型の急性期拠点機能について、1～複数を確保することとされているが、医療の需要が人口に相関していくということを踏まえると、概ね人口20万人から30万人当たり1か所程度といったイメージであり、目安として示してはどうか。
- ・ 人口の少ない地域における急性期拠点機能について、20～30万人の規模であれば、やはり1つの医療機関に集約をしていくということが原則と考える。大学病院本院が存在するような区域であっても、基本的には可能な限り1か所に集約すること、あるいはカバーする地域を拡大することを検討した上で、人口の少ない地域でも2か所の拠点が必要な場合に、例外的な対応をするべき。
- ・ 人口30万人あたりの地域では、設立母体の違う病院が3～4つ存在しており、急性期拠点機能を一つにする議論を拙速に進めることは難しいのではないかと。
- ・ 20～30万人の規模で拠点1つを目指すことは賛成だが、目標として定める話と、現実問題としてどこに落とし込んでいくのかは分けて考える必要。
- ・ 医療機関機能について、地域の実情を強調し過ぎると構想が目指す方向制がぼやけてしまう。最低限の指標や参酌基準をガイドラインにおいて担保していく必要。
- ・ 医療機関機能における急性期拠点機能の定量的測定について、例えば2,000台の救急車の受入件数など一律の基準では、地域によってはとても満たせないということがありえる。地域の実情に合わせた定量的な指標については難しいのではないかと。
- ・ 高齢者医療施設からの患者受入れを想定されているが、在宅医療の体制を強化し、高度急性期、急性期から直接在宅へ移行できる仕組みや体制についても検討する必要があるのではないかと。
- ・ 人口の少ない地域でも、地域によっては高齢者救急をやっている病院で一定程度の手術をされている実態もある。その病院を急性期拠点の機能とするのか、それとも、高齢者救急・地域急性期機能における機能とするのかの議論が必要ではないかと。
- ・ 有床診療所も地域において大事な役割を果たしており、専門等機能だけでなく、高齢者救急・地域急性期機能や、在宅医療等連携機能を担うこともある。有床診療所イコール専門等機能かどうか今後も議論が必要。

これまでの主な意見（区域・医療機関機能）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

【区域】

- ・ 緊急性は高くないが、高度な技術や設備を必要とする医療はすべての二次医療圏で整理することが非現実的。
- ・ 区域の設定について、すでに第8次医療計画が先行して、5疾病6事業それぞれの取組が始まっていることから、構想区域の設定もフレキシブルなものとして既に取り組んでいる地域の状況も取り入れながら考える必要がある。

【救急医療】

- ・ 医療機関機能の参考指標について、救急搬送の件数だけで計ることはよくない。高齢者の場合、施設から救急車を使わないものの救急搬送の仕組みがうまく動いている地域もある。
- ・ 急性期拠点病院の役割について、過疎地域での救急全般への役割を担う必要性は重要。一方で特に都市部において、急性期拠点病院では対応する役割や、高齢者救急・地域急性期機能病院へ下り搬送するようなルールづくりも必要となるのではないか。
- ・ 高齢者救急・地域急性機能を有している医療機関が高齢者救急の主体となって担う場合や、急性期拠点機能を有する医療機関で引き続き高齢者救急に対応する場合が考えられるのではないか。

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

病床機能について（案）

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	- 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 - 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 - 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 - 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

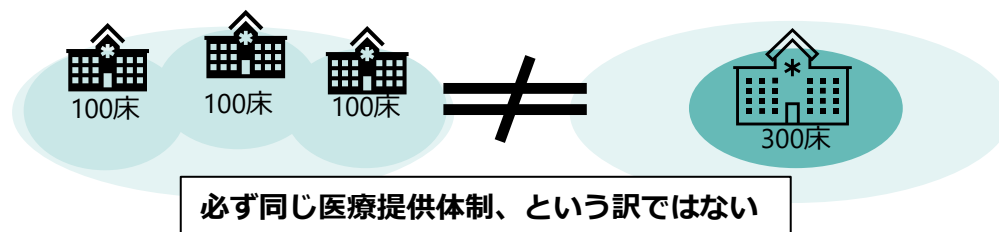
医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） 等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ件数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護 ST を有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

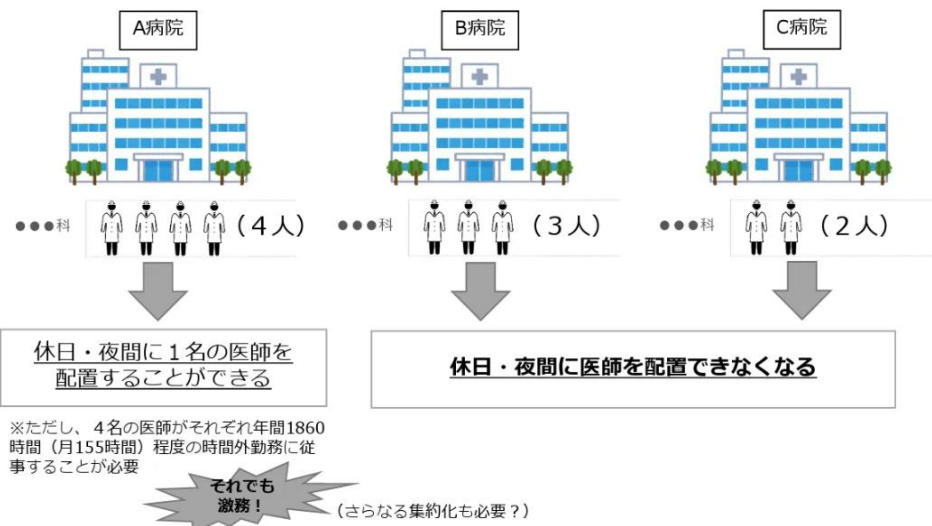
- 救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも相関するところ、地域において適切な医療提供体制を確保する観点から踏まえると、同じ病床数であっても、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。



地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

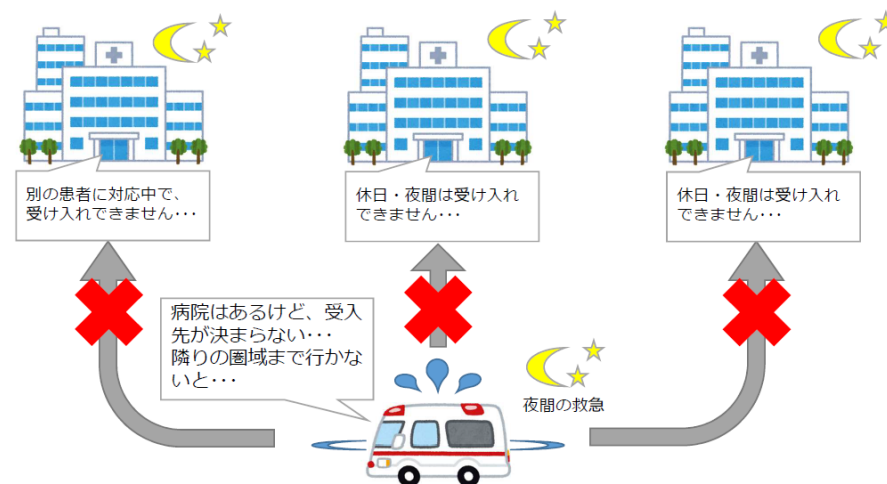
- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



今から手を打たないと...

補足1-8

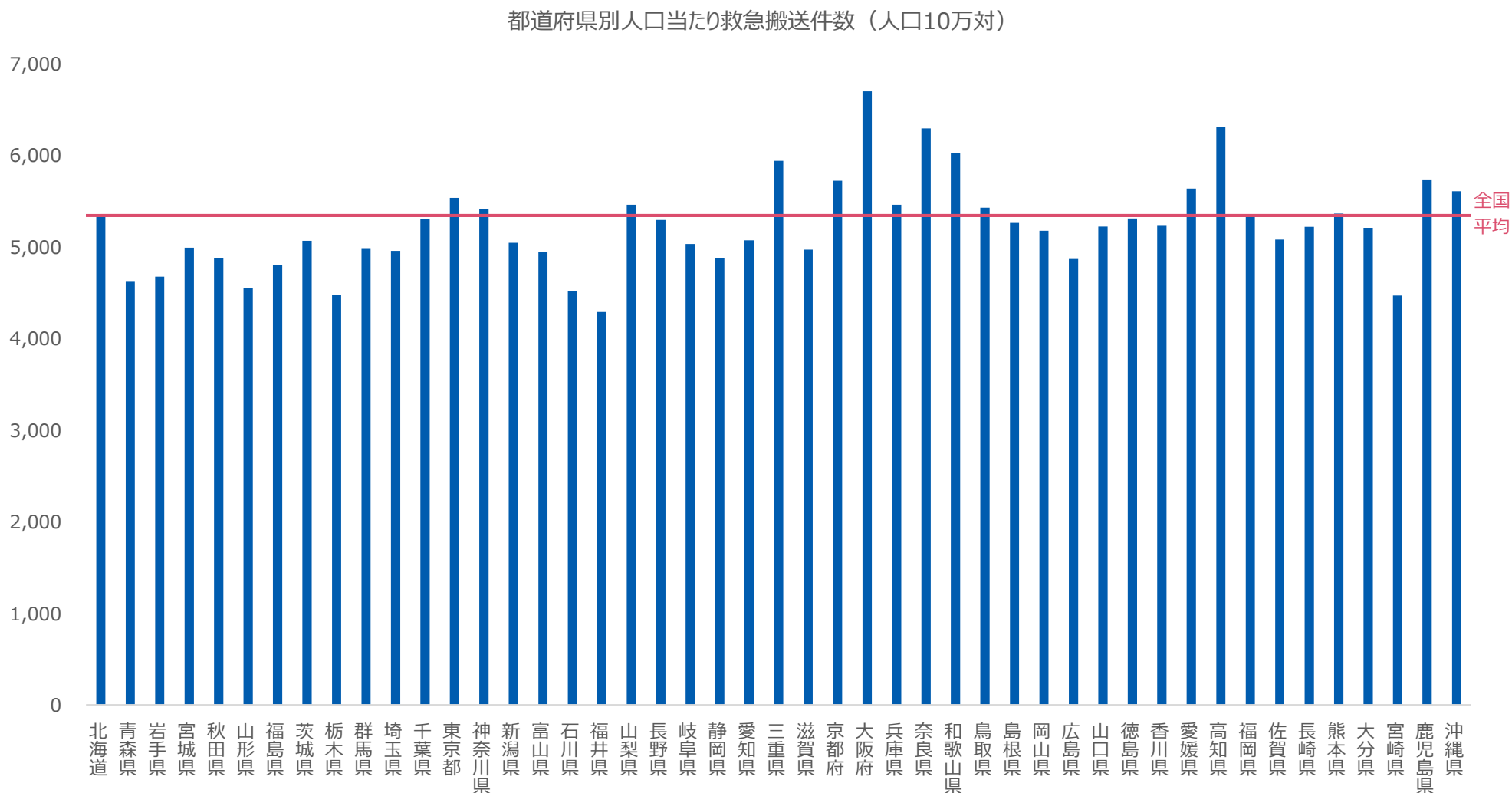
- 人的資源（医師等）の分散により、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ
（※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません）



どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

都道府県別の救急搬送件数

- 都道府県別の人口当たりの救急搬送件数をみると、都道府県間でばらつきがみられる。

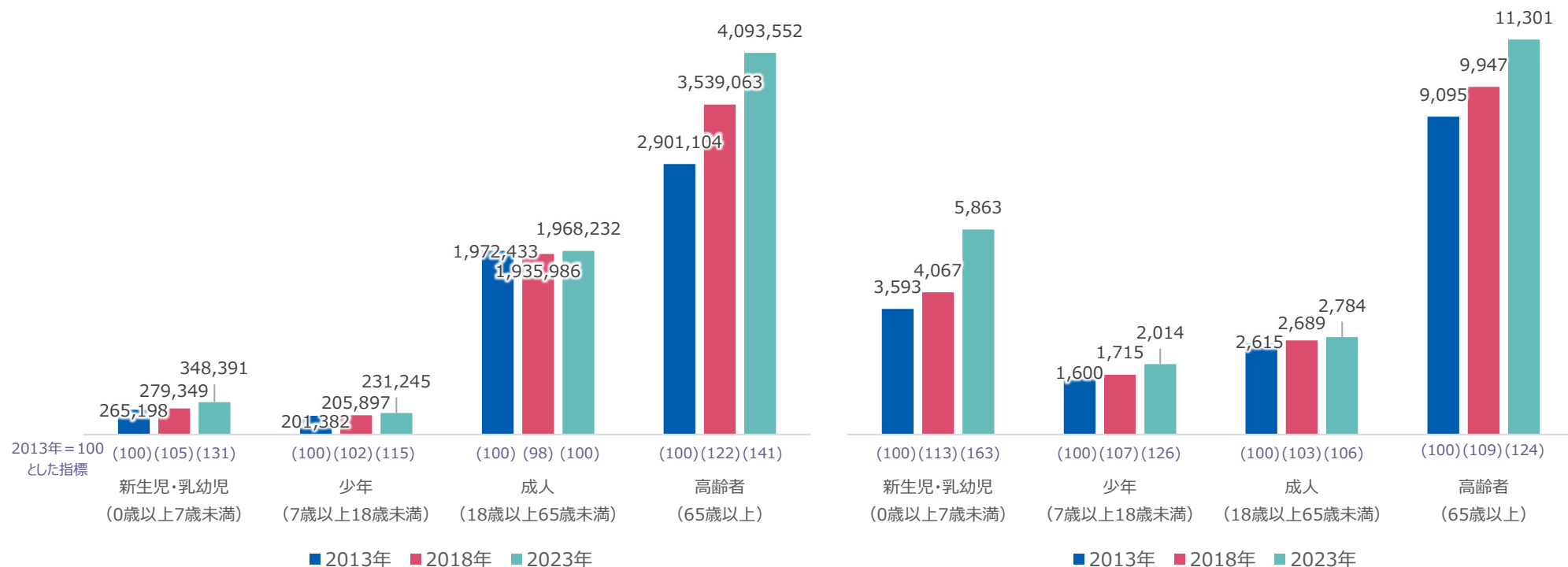


救急搬送件数の推移

- 2013年以降、救急搬送件数が各年代で増加してきている。
- 2013年と2023年の人口あたり搬送件数の増加は、新生児・乳幼児で60%増、高齢者、少年（7歳~18歳）で25%増、成人は6%増となっており、年代ごとの救急要請のあり方が変わっている。

年代別搬送件数の推移

年代別人口当たり搬送件数（人口10万対）の推移



資料出所：総務省消防庁「救急・救助の現況」（平成26年度版、令和元年度版及び令和6年度版）、総務省「人口推計（各年10月1日現在人口）」（2013年、2018年及び2023年）を元に、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

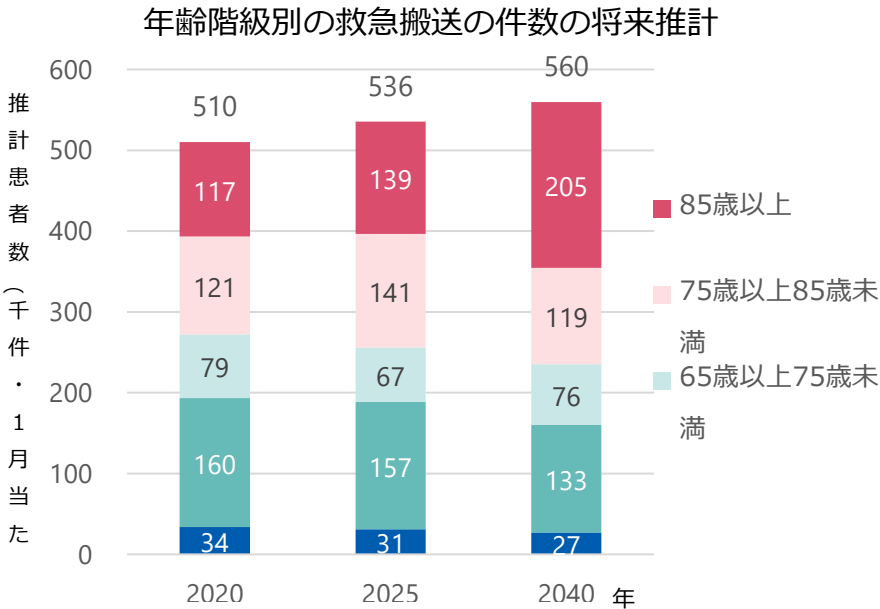
※ 人口当たりの搬送件数は、新生児・乳幼児、少年、成人及び高齢者について、各年10月1日時点でそれぞれ0歳以上7歳未満、7歳以上18歳未満、18歳以上65歳未満及び65歳以上の人口で除している。

2040年の医療需要について

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加し、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加することが見込まれている。
- 65歳以上の高齢者でも年代が上がるにつれ、手術等を行う患者の割合は減少する。

救急搬送の増加

各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合



年齢	入院中手術有	入院中1000点以上処置有	入院中手術又は1000点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	<u>41%</u>
75歳以上	35%	6%	<u>37%</u>
85歳以上	27%	4%	<u>29%</u>

2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

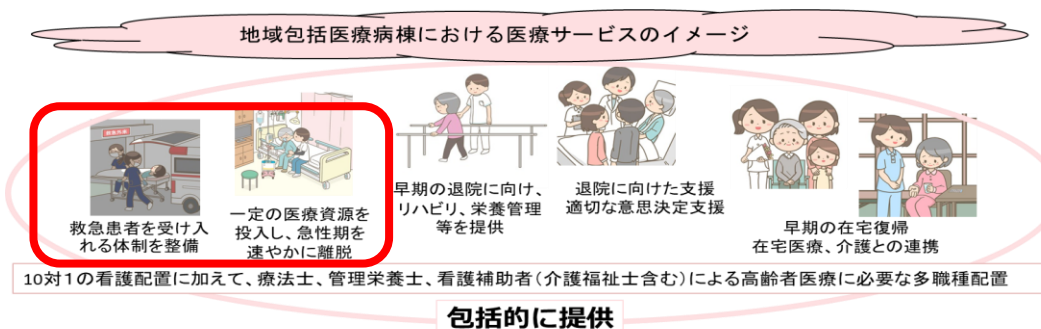
高齢者においても、年齢が上がるほど入院中に手術や処置が発生していた患者の割合は下がり、65歳以上、75歳以上では40%程度であるが、85歳以上では30%程度となる

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

資料出所：DPCデータを用いて2023年6月30日時点の入院患者を対象に算出。救命救急入院科、特定集中治療室管理科、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理科、新生児治療回復室入院医療管理科、ハイケアユニット入院医療管理科、脳卒中ケアユニット入院医療管理科、小児入院医療管理科、急性期一般入院科、地域包括ケア病棟入院科、地域包括ケア入院医療管理科を算定する患者を対象とした。

高齢者救急・地域急性期機能について

- 今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



85歳以上の頻度の高い傷病名（※）

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名（※）

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

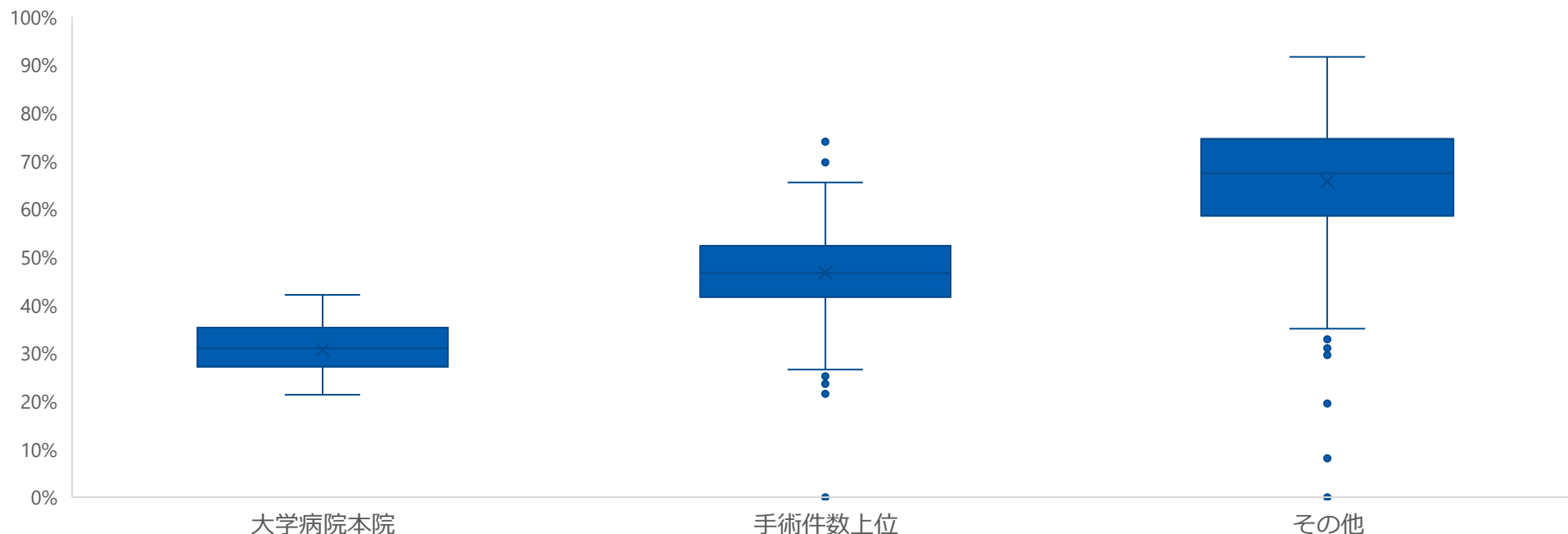
傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸＜結腸＞のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少（症）	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

急性期医療を担う医療機関における高齢者入院患者について

- 大学病院本院や一定の救急医療を担う医療機関における75歳以上の入院患者が占める割合について、大学病院本院が最も低く、次いで手術件数上位の医療機関が低く、それ以外の医療機関が高い。（※）
- 手術件数上位の医療機関であっても、入院患者の40～50%程度は75歳以上患者であり、一定の高齢者救急を受け入れていると考えられる。

※手術件数上位：大学病院本院を除く医療機関のうち、手術件数が上位330（二次医療圏と同数）までの医療機関

救急医療機関における医療機関ごとの75歳以上入院患者の割合



救急医療提供体制に係る主な課題と取組

- ・ 高齢人口の増加による都市部を中心とした救急搬送の増加や、生産年齢人口の低下に伴う医療従事者の減少に対応するため、医師や医療従事者の確保等の体制強化や、患者や介護従事者等の医療従事者以外も含めた取組が重要となる。

救急医療提供体制に係る主な課題

- ・ 高齢人口が増えると見込まれる大都市等での搬送件数の増加
- ・ 人口が少ない地域等での生産年齢人口の低下による担い手の減少
- ・ 救急要請のあり方の変化

主な取組

① 受入体制の構築・強化

- ・ 包括期機能を有する病床の整備や役割分担等による入院受入体制の強化
- ・ 初期救急等を担う医師や専門職種の確保、タスクシフト 等

② 救急の適正利用

- ・ Ⅱ 8000、Ⅱ 7119等の患者・市民へのサポート
- ・ 介護保険施設等との平時からの連携体制の確保、重症化に未然に対処し適切な受診につなげる取組 等

子ども医療電話相談事業（＃8000）

事業概要

平成16年に13都道府県から開始 → 平成22年には47都道府県へ

- 地域の看護師や小児科医等による小児患者の保護者等向けの電話相談
- 全国どこでも患者の症状に応じた適切なアドバイスが受けられる
 - ・ 小児患者の症状に応じた迅速な対応、家庭看護の方法や薬に関する相談等
 - ・ 緊急性の有無を伝えることによる保護者の不安解消
- 平成16年に「小児救急電話相談事業」として開始
→救急医療のみならず小児医療全般において活用され、平成30年に「子ども医療電話相談事業」へ呼称変更
- 地域の小児医療体制の補強と医療機関の機能分化の推進
- 地域医療介護総合確保基金により支援（平成26年度～）

実施状況（令和7年4月1日現在）

- 実施時間帯は深夜帯も含めてカバー（47都道府県において深夜0時以降も実施）
- 携帯電話からも短縮番号「＃8000」への接続が可能



救急安心センター事業（＃7119）の展開拡大



＃7119は住民の安心安全を守る

＃7119ってなに？

救急安心センター事業（＃7119）とは、住民が急な病気やケガをしたときに、「救急車を呼んだほうがいいのか」、「今すぐ病院に行ったほうがいいのか」などで迷った際の相談窓口として、**専門家から電話でアドバイスを受ける**ことができる仕組み。

電話相談窓口では、相談を通じて病気やケガの症状を把握した上で、以下をアドバイス。

○ 救急相談

例）緊急性の有無※¹、応急手当の方法、受診手段※²

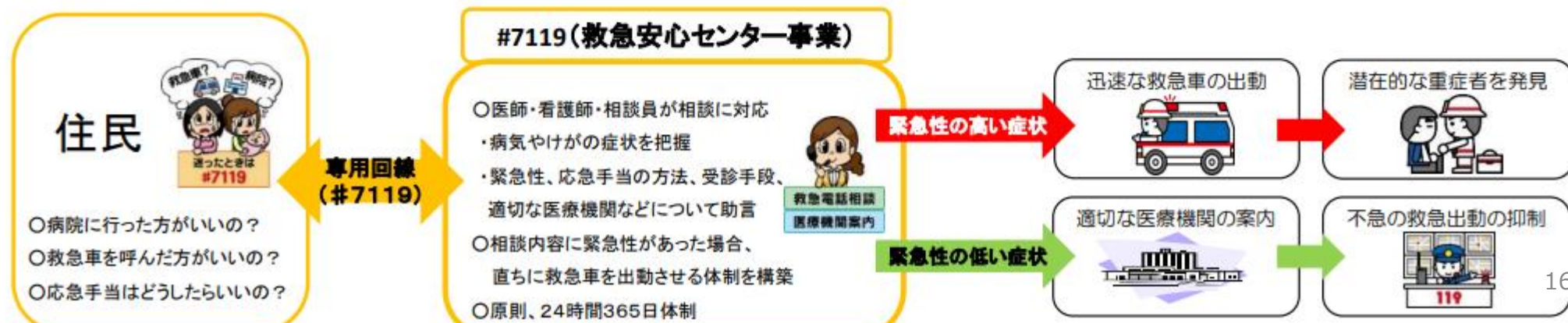
○ 適切な医療機関を案内※³

※¹ 直ちに医療機関を受診すべきか、2時間以内に受診すべきか、24時間以内か、明日でも良いか等。

※² 救急車を要請するのか、自分で医療機関に行くのか、民間搬送事業者等を案内するのか。

※³ 適切な診療科目及び医療機関等の案内を行う。

【イメージ図】



地域における急性期医療の集約化の取組例

- 現行の地域医療構想のもと、地域の医療機能の分化・連携を図り、持続可能な急性期医療を確保する取組が行われている例がある。山形県では、急性期病床を集約するとともに、救急医療を集約化する取組が行われた。

資料出所：第11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(仁科参考人提出資料(一般財団法人三友堂病院理事長))

両病院とも、医師不足による救急医療への負担・体制維持に課題があり、医療機能の見直しが必要

再編前

322床



米沢市立病院
(米沢市)

高度急性期	5
急性期	263
回復期	54

185床



三友堂病院
(民間)

高度急性期	5
急性期	108
回復期	58
慢性期	12
休床	2

120床



三友堂リハビリテーションセンター
(民間)

回復期	120
-----	-----

※令和2年1月1日現在 許可病床数

新米沢市立病院は高度急性期・急性期を、
新三友堂病院は回復期・慢性期を担う体制へ

再編後(予定)

急性期に集約

263床



米沢市立病院
(独立行政法人(予定))
令和5年11月頃
開院予定

高度急性期	18
急性期	245

現在の市立病院の
敷地に隣接して整備

回復期・慢性期に集約

199床



三友堂病院
(民間)
令和5年11月頃
開院予定

回復期	177
慢性期	22

- 三友堂病院は、救急外来を終了
- あわせて、救急輪番病院制度を終了し、米沢市立病院が救急医療を担当
- 令和5年11月以降、**救急車は米沢市立病院へ集約**

急性期・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 多くの医療資源を要する手術等について、集約して対応する中で、都市部を中心とした高齢者救急の増加分については、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関で担うことが考えられる。
- 地域ごとに、医療資源に乏しく、急性期拠点機能を有する医療機関で増加する高齢者救急への対応が必要なケース等も考えられ、手術や救急搬送等の医療需要の変化に関するデータを踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議が必要。

●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等と高齢者救急の分担のイメージ

手術等の分担

- 医療資源を多く必要とする、手術等について、緊急手術等は急性期拠点機能で受け入れる一方、高齢者に多い手術等は高齢者救急・地域急性期機能でも提供する



急性期拠点機能



増加する高齢者救急の受け入れの分担

- 高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の需要等を踏まえながら必要に応じて急性期拠点機能も高齢者救急の受け入れを行う



高齢者救急・ 地域急性期機能



※大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の需要にも対応することも考えられる。

増加する高齢者医療の対応に係る医療と介護の連携

- プライマリーケアの現場で適切にマネジメントすることで入院を防ぐことができる可能性のある状態はACSC (Ambulatory Care-Sensitive Conditions) と整理され、病院搬送や入院の削減に対する研究が国内外で複数示されている。
※1,2,3
- ACSCを対象とした取組として、外来受診に係る基準を事前に定め、病院と診療所、介護施設の医師等が共有・連携することで、入院の回避等に努める事例もある。

※1 高齢者ケア施設から急性期病院への回避可能な搬送や入院を削減する看護師主導の介入： スコーピングレビュー（大河原敬文他）日本在宅救急医学会誌2020,4,79-89
 ※2 Connolly MJ, Broad JB, Boyd M, et al : The 'Big Five'. Hypothesis generation : a multidisciplinary intervention package reduces disease-specific hospitalisations from long-term care : a post hoc analysis of the ARCHUS cluster-randomised controlled trial. Age Ageing 2016 : 45 : 415-420.
 ※3 Koda, M. et al. (2024). Nurse Practitioner Placement in A Nursing Home in Japan, The Journal for Nurse Practitioners, 20(1),104835.

■ 済生会熊本病院の取組

- 日本心不全学会の定義に従い、BNP値35pg/mL以上 or NT-proBNP値125pg/mL以上の場合、躊躇なく済生会熊本病院の外来に紹介。
- 診療所や介護施設の医師と共有、協力することで、多くは外来治療で軽快し、入院を回避。入院となっても短期治療で退院が可能。例えば、特別養護老人ホームの場合は短期で再入所が可能。**

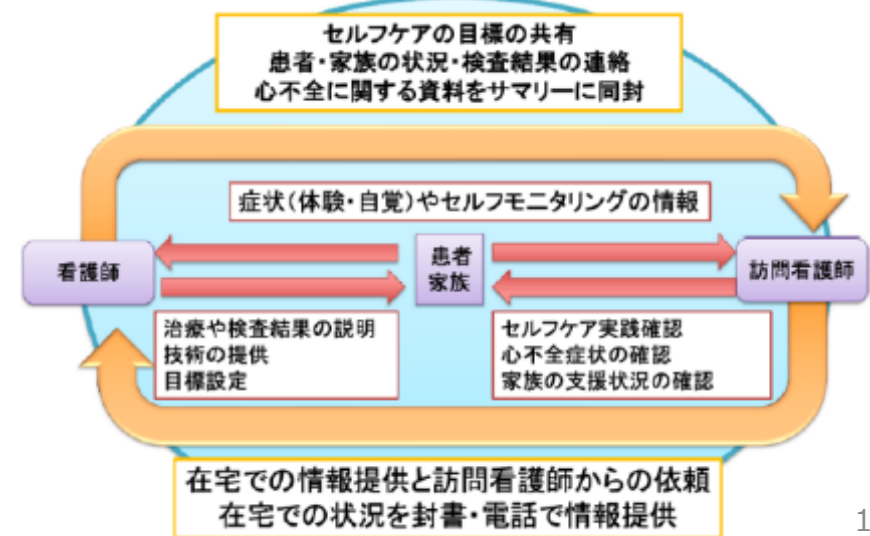
図表5 済生会熊本病院を中核としたアライアンスの概要

- 入院患者数の転院先の半数を締める8病院とアライアンスを形成
- アライアンスが地域の他の医療・介護施設と連携して、継続的な医療・介護サービスを提供する体制を確立



図表6 看看連携による在宅心不全患者の支援

- セルフケアのための教育を、病棟と施設、在宅で、継続的かつ一貫性をもって行う必要がある
- そのため、病院と施設等の看護職間の連携とそれを効果的に行うための共同研修を実施



- 令和6年度介護報酬改定において、介護保険施設（介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、より適切な対応を行う体制を確保する観点から、協力医療機関との実効性のある連携体制に資する要件が定められた。
- 令和6年度診療報酬改定において、在支病、在支診、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院について、求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこととされた。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

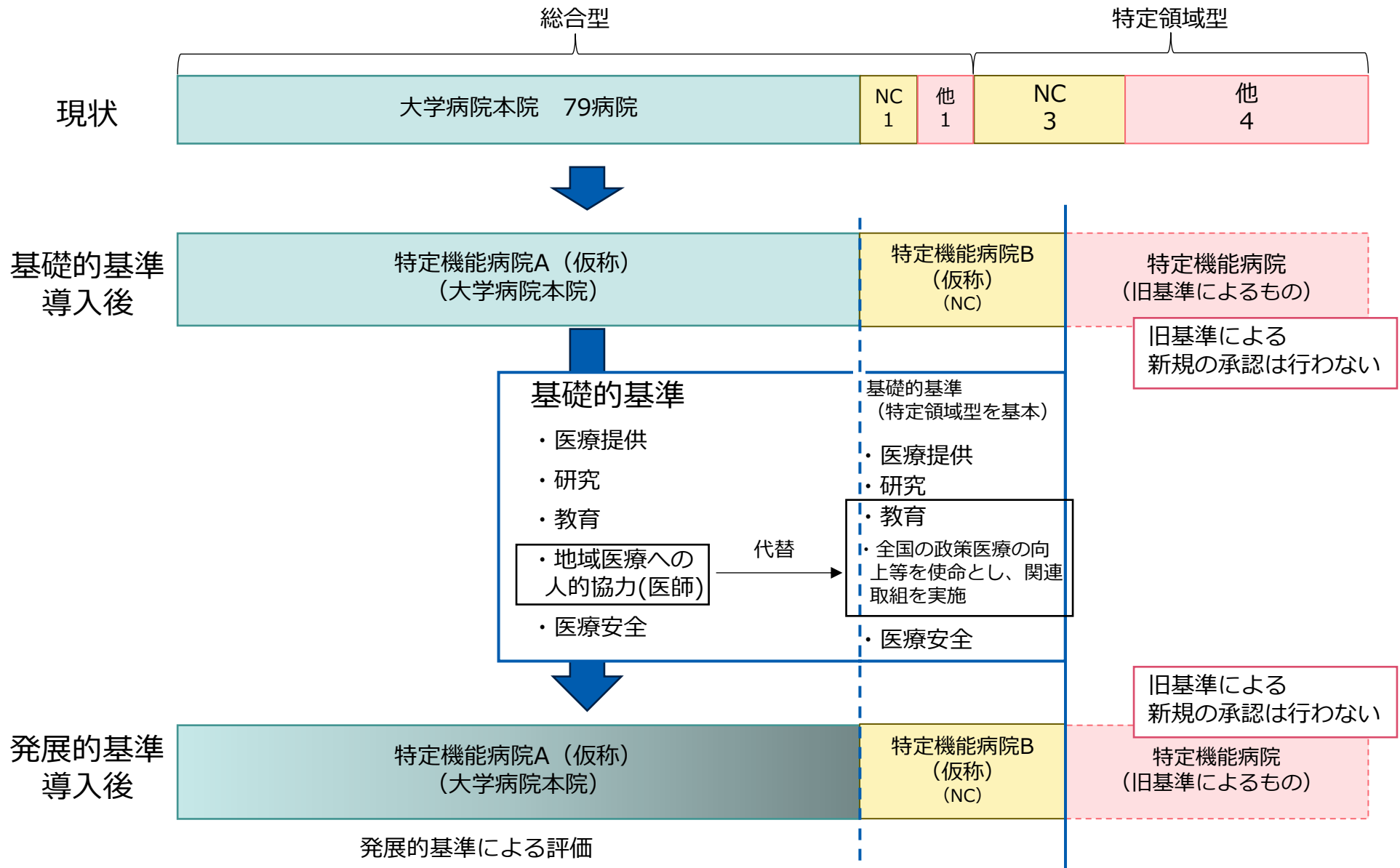
- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置3年間＞
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

(参考) 特定機能病院見直し後のイメージ

※NCはナショナルセンター（承認時を含む）を指す



＜基礎的基準＞ 地域医療への人的協力（医師）

項目	現行基準	新基準（案）
地域に一定の人的協力（医師）を行っていること	（現行基準なし）	・雇用形態によらず、大学病院本院と派遣先の連携・調整により半年以上継続して派遣された医師の常勤医師換算数を評価する。 ※大学病院本院の「分院」、「サテライト診療所」については、原則として派遣先と見なさないが、これらが医師少数区域等に所在する場合は派遣先として算入可能 ※派遣医師は派遣元の在籍期間が3年以上の医師であること ※病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと ・地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県等と連携していること。 具体的な基準については、現時点では大学病院本院が認識している派遣実績の報告に基づき、実際に行われている派遣実績を基本とした基準を設定する。 令和9年度を目処に実績確認を開始し（後述）、確認された人数を報告する。その報告実績に基づき、適切な基準を改めて定める。 ※その他、派遣先の所在地による評価の補正等は発展的基準において行う

地域医療への人的協力（医師）（補足）

<地域に一定の人的協力（医師）を行っていること>

① 派遣医師の考え方について

- 常勤/非常勤の雇用形態によらず、大学病院本院（いわゆる「医局」を含む。）と派遣先との連携・調整により半年以上継続して派遣された医師であること（派遣期間が半年未満の医師であっても、実態として半年以上の継続的な医師の派遣を行っているとはみなすことができる場合については算入可能）
- 派遣元の在籍期間が3年以上の医師であること
- 病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと
- 派遣医師が派遣先からさらに別の医療機関に派遣されている場合は最初の派遣に限り算入する

② 派遣先医療機関について

- 同一法人が開設する医療機関（いわゆる「分院」、「サテライト診療所」等）は原則として派遣先と見なさない
ただし、医師少数区域、医師少数スポットに所在するものについては派遣先と見なし、算入可能とする

③ 常勤医師換算数

- 非常勤の医師派遣も含めた派遣先の医療機関における常勤換算医師数
- 常勤医師は派遣先医療機関で定められている医師の勤務時間の全てを勤務する医師であること
ただし、当該医療機関で定められている医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は非常勤医師と見なす

④ 地域医療構想、医師確保計画との整合性

- 地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県と連携していること（地域医療構想における機能分化連携への協力や、広域な観点で担う医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療等への協力・貢献、都道府県からの医師派遣要請への配慮、都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定等）

大学病院本院からの医師の派遣について

- 手術等の医療資源を多く必要とする医療について症例数の減少が見込まれる中、症例や診療体制の集約による医療従事者の働き方の確保や医療の質の担保に向けた術者の症例数の確保等の観点から、急性期拠点機能を有する医療機関には、外科医や麻酔科医等についての人的協力が行われることが見込まれる。

都道府県に加えて、大学医学部、大学病院本院、医師会、病院団体等が連携し、医師配置を検討すること等が行われている例がある

新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング

設置趣旨

- 1 県費修学生の指定勤務期間における配置医療機関の検討
- 2 医師としてキャリアアップできるしくみづくりを検討
- 3 地域医療の確保に繋がっていくような県全体のバランスを考えた効果的な運用を検討

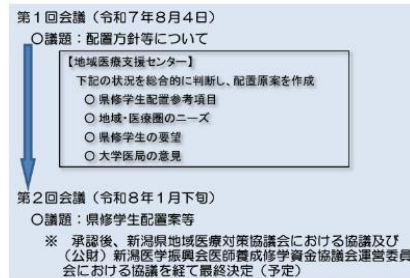
委員

新潟大学医学部	医学部長	佐藤 昇	◎委員長
新潟大学医学総合病院	病院長	菊地利明	
新潟県医師会	副会長	上田昌博	
新潟県病院協会	理事	本間 照	済生会新潟病院長
新潟県厚生連	理事長	塚田芳久	
新潟県市長会	佐渡市長	渡辺竜五	
新潟県町村会	阿賀町長	神田一秋	
新潟県病院局	局長	金井健一	

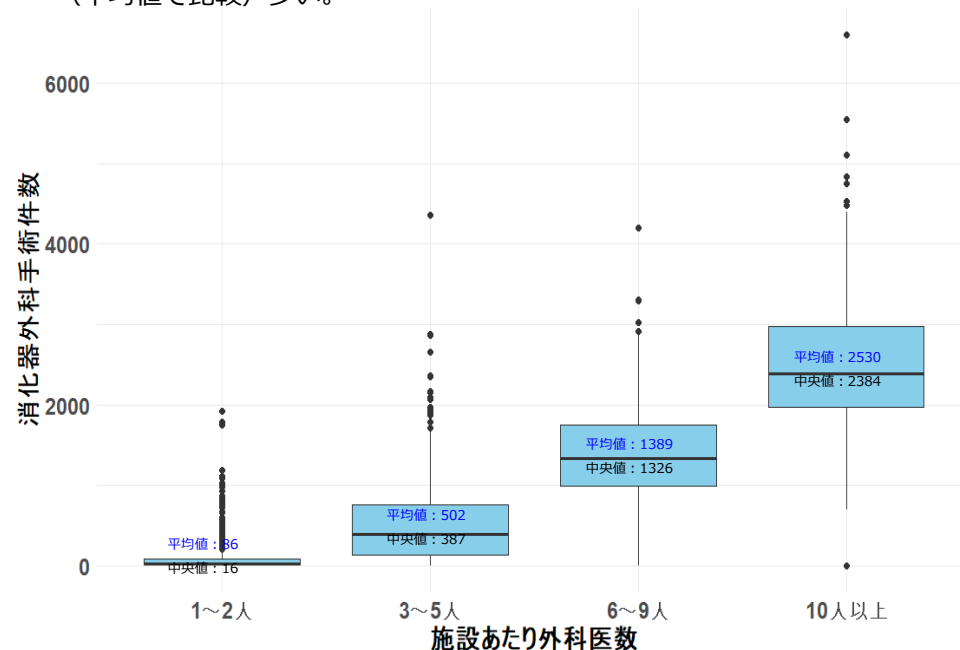
※R7.8.4現在

※ 以前は「地域医療を担う医師配置等検討委員会」として設置されていたが、H30.7.25に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」を受け、地域医療対策協議会のワーキンググループに改編

(参考)R7スケジュール



施設当たりの外科医師数と手術件数は必ずしも正比例の関係ではなく、例えば1～2人の場合と3～5人の場合だと、3～5人の方が手術件数は14倍（平均値で比較）多い。



※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師

※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

出典：令和6年DPCデータ、令和4年医師統計

災害拠点病院について

災害時に多数発生する傷病者、被災した医療機関の入院患者等に対し、災害拠点病院を中心として、被災地内外の医療資源を活用できる医療提供体制の整備を行っている。

【災害拠点病院(令和7年4月1日現在、全国で783病院)】

災害時等における医療提供の拠点となる病院であり、都道府県により指定される。主に以下の機能を有する。

＜災害時＞

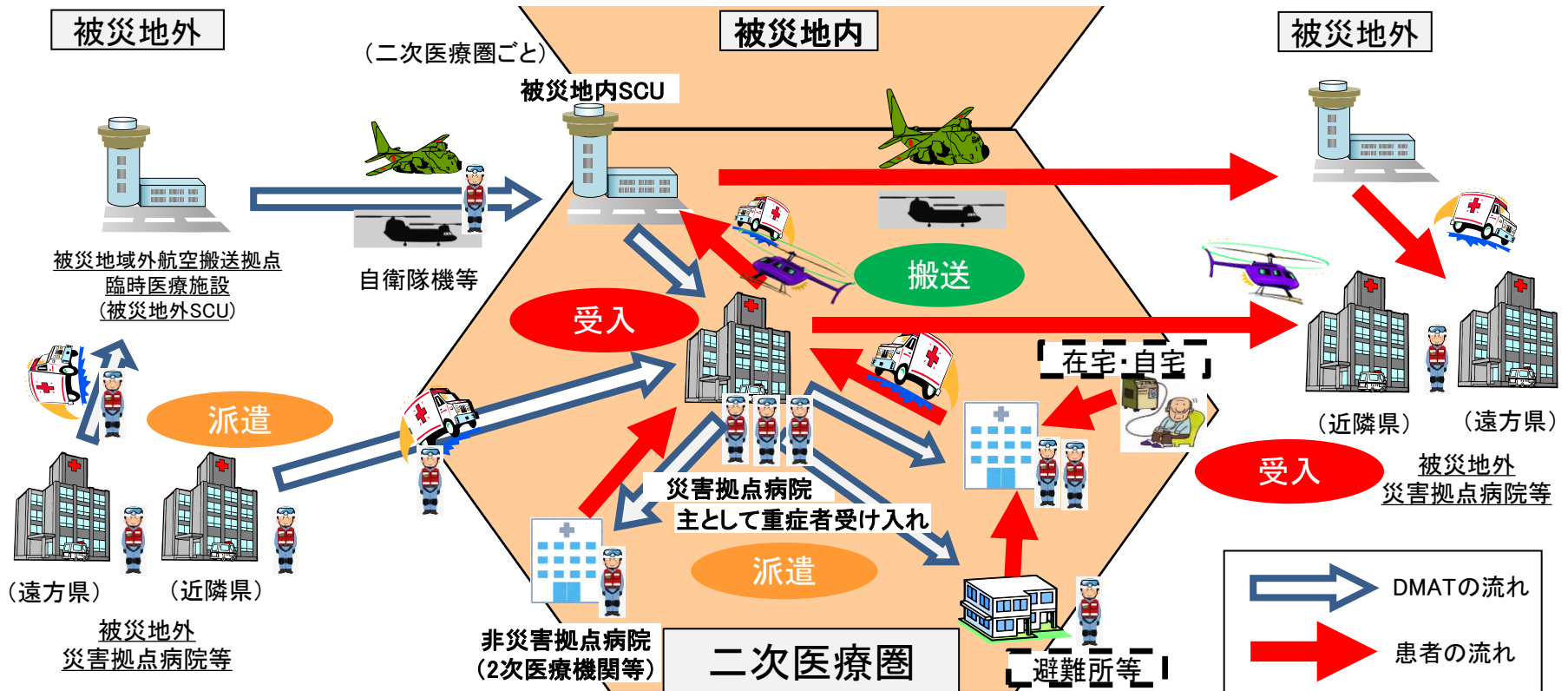
被災地外:被災地へのDMATの派遣、被災地からの重症患者の受け入れ 等

被災地内:被災地内の患者の受け入れ、被災地外への患者搬送の拠点として活動、DMATの受け入れ、派遣の拠点として活動

＜平時＞

災害時を想定した定期的な研修・訓練の実施、災害時に自立できるための施設設備の整備

＜災害拠点病院を中心とした被災地での医療提供体制(凡例)＞



新興感染症発生・まん延時の医療体制（第8次医療計画の追加のポイント）

概 要

- 令和3年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加され、令和4年には感染症法改正により、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定^(*)を締結する仕組み等が法定化された。
(*) 病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣
- 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指す。協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。

※ 新興感染症（再興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の予防計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。

新興感染症発生からの一連の対応

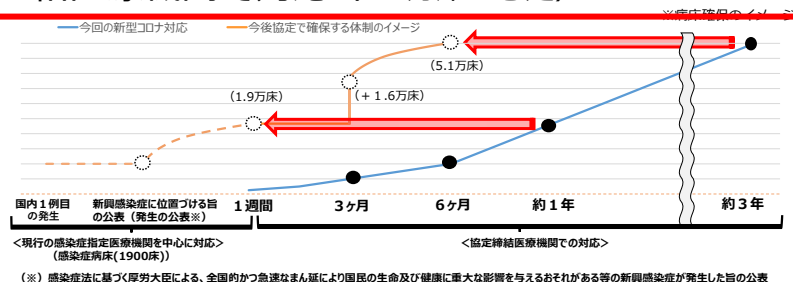
※新型コロナウイルス感染症対応の最大規模の体制を、速やかに立ち上げ機能させる。

新興感染症発生～流行初期

- 新興感染症の発生時：まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応（対応により得られた知見を含む国内外の最新の知見等について、随時収集・周知）
- 新興感染症の発生等の公表が行われた流行初期（3か月を基本）：上記の感染症指定医療機関含め、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応（1.9万床を想定）

発生から一定期間経過後

- 公的医療機関等も中心となった対応（+1.6万床を想定）とし、発生後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応（5.1万床を想定）



国及び都道府県の平時からの準備等

- 新興感染症の特性や対応方法など最新の国内外の知見を収集・判断・機動的な対応
- 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択に資することにも留意し、公表・周知
- 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能の役割分担について（案）

- 救急搬送件数は、年々総数が増加しており、人口あたり救急搬送件数も増えている。また、都道府県ごとにも人口あたりの救急搬送件数はばらついており、救急搬送の件数は地域性等の社会的要因によっても増減する。
- 高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関や包括期機能の病床では、高齢者救急についての受入やリハビリの提供等を担うことが求められる。
- 高齢者の急性期患者については、大学病院本院や手術件数の多い医療機関でも一定の役割を担っている。
- 今後は急性期拠点に手術は集約化する中で、増加する救急搬送は高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関での受入が期待され、それに応じた搬送体制の協議が必要。
- 症例や診療体制の集約による医療従事者の働き方の確保や医療の質の担保に向けた術者の症例数の確保等の観点から、急性期拠点機能を有する医療機関には、外科医や麻酔科医等についての人的協力が行われることが見込まれる。
- 地域においては、例えば災害時に医療を提供する災害拠点病院や、新興感染症発生時に必要となる病床を予め確保する取組等が行われており、こうした取組等との整合性の確保も必要。



- 救急搬送の増加が見込まれる中で救急医療提供体制の確保に向けては、都市部等で見込まれる高齢者救急の増加分は高齢者救急・地域急性期機能が主として対応する等の役割分担等による受入体制の構築・強化とともに、患者・市民や介護等との連携による救急の適正利用の推進も重要。特に、医療機関の役割分担については、地域において、医療需要の変化に関するデータや診療実態を踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議事項として位置づけてはどうか。
- 急性期拠点機能を有する医療機関については、一定の人員や症例を集約することとなるため、手術等に限らず、医療計画で定められた事項や災害時の対応や新興感染症発生時の対応等、人口規模や地域の実情に応じた役割を担うことが期待される。具体的に担うことが期待される役割について整理し、急性期拠点機能の確保に向けた協議事項として位置づけてはどうか。

急性期拠点が担うことが考えられる役割の例（案）

- 急性期拠点機能は、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することとなる。単に手術の提供といった急性期医療のみならず、関連する様々な役割を担うことが重要。

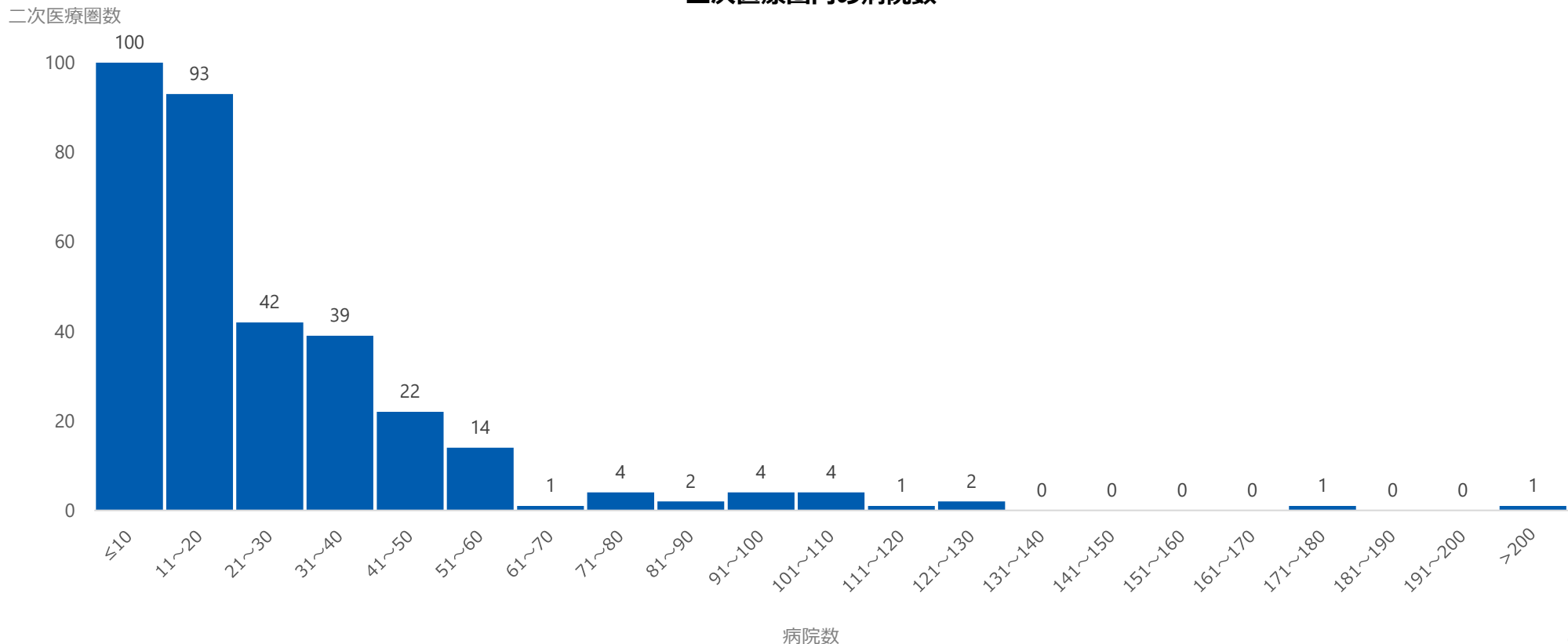
概要		考え方等
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院)	災害時における医療提供体制の中 心的な役割を担う病院を確保	・地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 ・24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提 供体制を確保	都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修 基幹施設等として、医育を実施	例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。
地域における必要な病床の確保のた めの積極的な役割	今後の医療需要にあわせた病床数 の整備を推進する	今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。
地域への医師の派遣	相対的に医療資源の多い急性期拠 点から、地域のその他の医療機関 へ医師等を派遣し、地域の医療提 供体制を維持する	大学病院本院は、急性期拠点へ医師を派遣し、急性期拠点は、地域の医療機関に医師を派遣する

2. 構想区域について

二次医療圏内の病院数

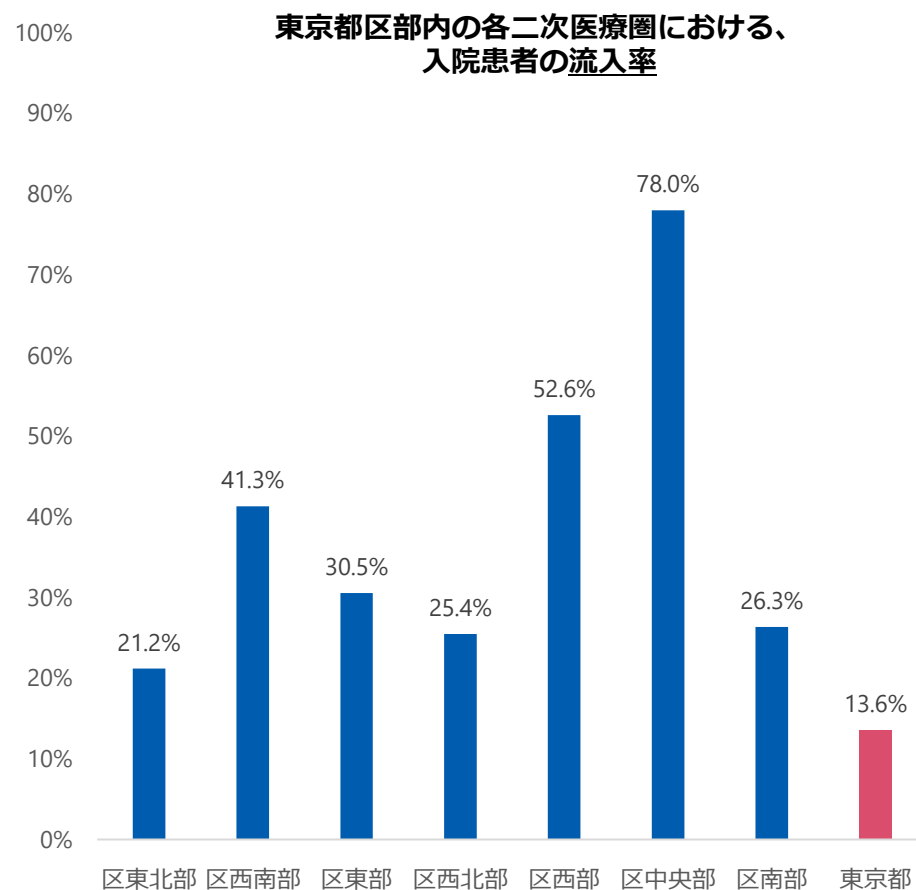
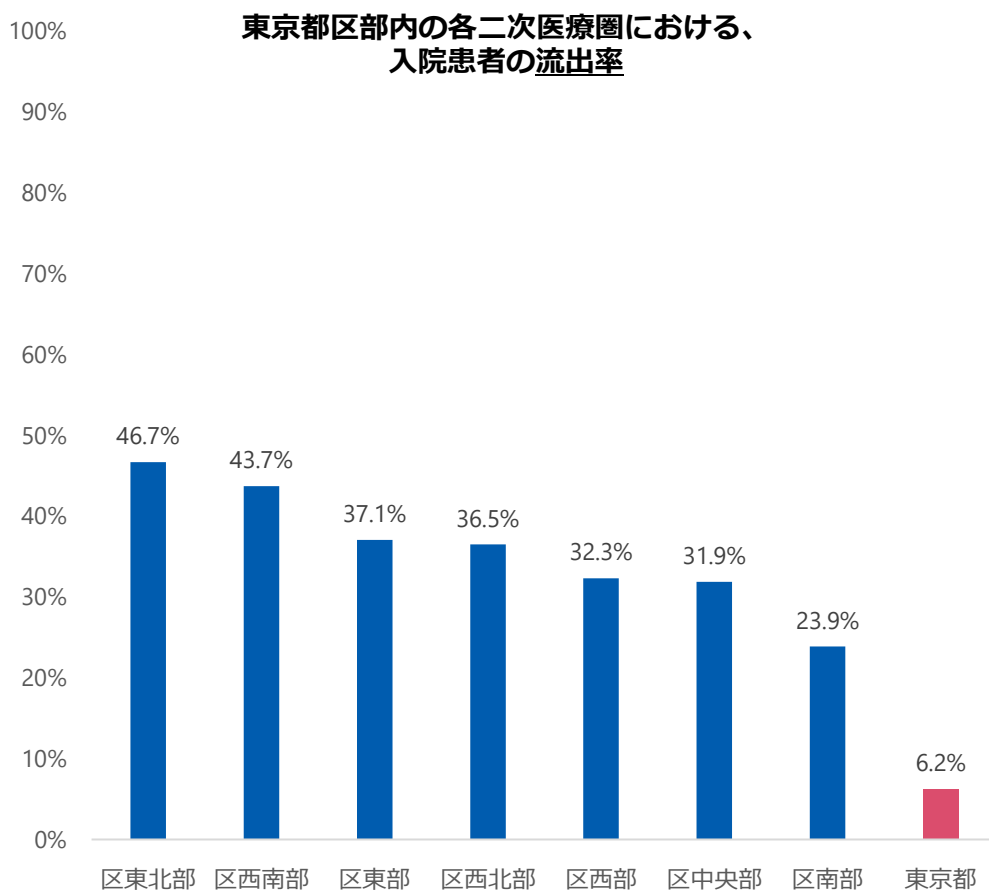
- 二次医療圏内の病院数について、病院数が100を超える医療圏が9存在するなど、二次医療圏内に多くの病院が所在する二次医療圏が存在する。
- 二次医療圏内の病院数が少ない区域で、役割分担・連携する病院が隣接する区域に多い場合や、二次医療圏内の病院が極めて多い場合等、地域の実情に応じて会議の進め方は多様であることが想定され、病院間の役割分担・連携の実態にあわせて、必要な場合により小さな単位で会議を実施することや、都道府県の規模や実情に応じて都道府県単位で協議を進めることも考えられる。

二次医療圏内の病院数



東京都における入院患者の流出入について

- 東京都区部では、7つの二次医療圏が設定されており、入院患者の流出率は概ね30～45%となっている。また、各二次医療圏の入院患者の流入率は最大で約8割となっている。東京都全体での入院患者の流出率は数%、流入率は約14%であり、東京都内では一定程度入院医療が完結している。
- 構想区域を大きく設定する場合及び小さく設定する場合のいずれであっても留意点が存在することから、構想区域の設定については、都道府県が地域の実態を踏まえながら柔軟に設定することが重要。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

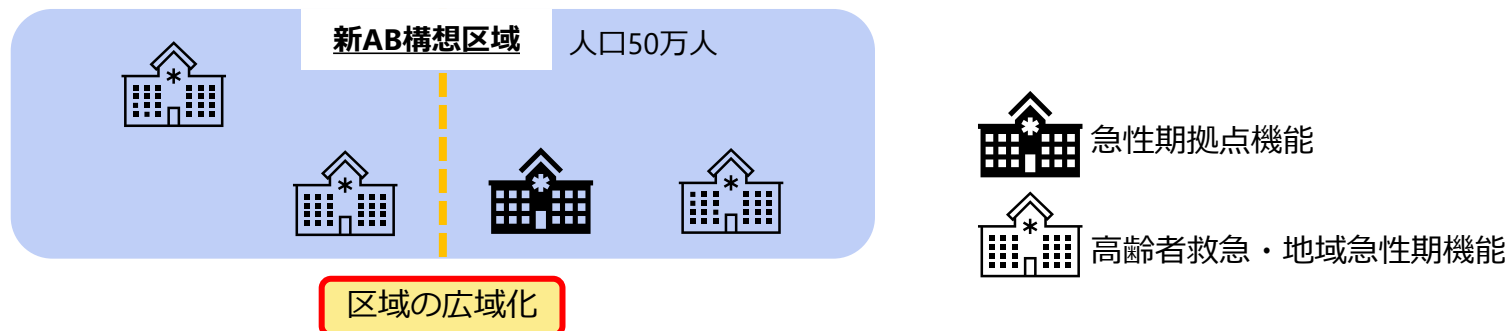
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。

現状



見直し後

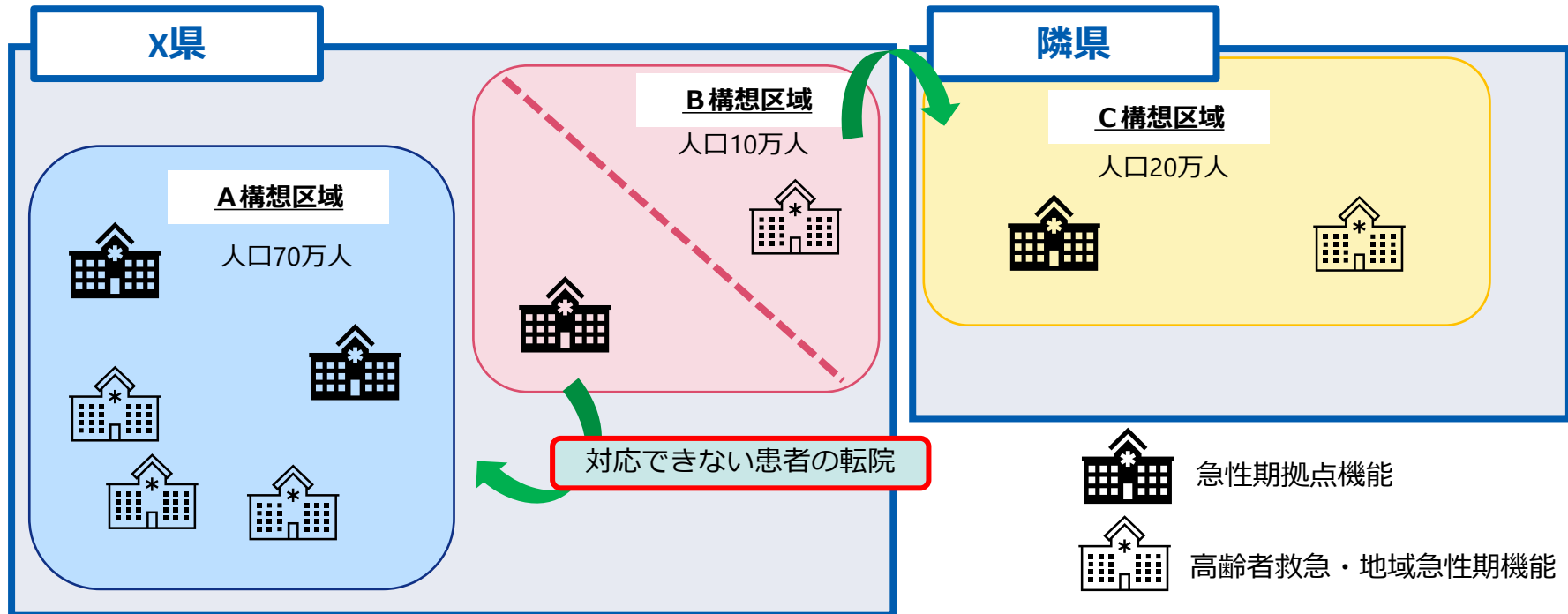
- A構想区域単独では、急性期医療を確保できないと考えられることから、B構想区域と統合し、全体で急性期拠点機能を確保。
- 急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期を集約するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
- 旧A構想区域においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保した。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例②（隣接する都道府県との連携）

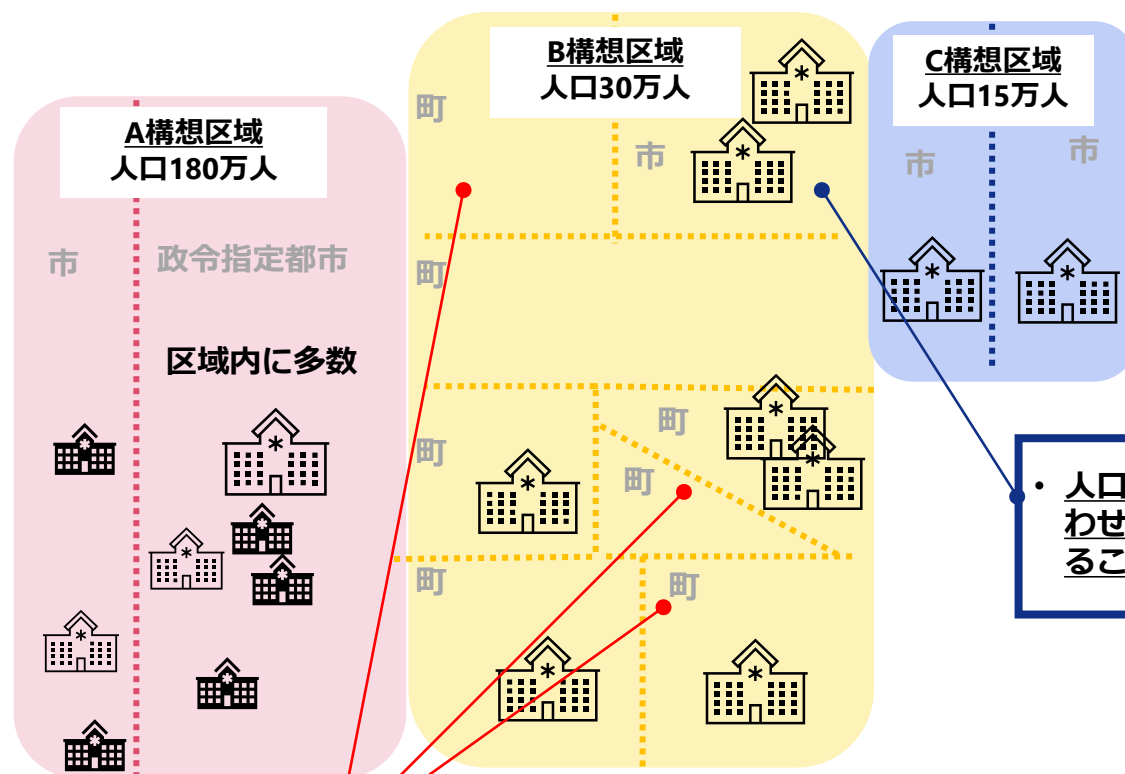
- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏における完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの構想区域までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。構想区域の見直しにあたり、隣接する区域での対応や県をまたいだ連携・区域の設定の必要性も指摘されている。

- B構想区域からは県内のA構想区域が最寄り。B構想区域の一部では隣県の医療圏へアクセスしやすい。
- こうした場合、B構想区域で完結しない医療について、隣県での対応を前提とすることも考え得る。



構想区域の見直しの例（区域の再編・合併）

- ある区域について、単に人口20万人以上となるように見直す場合、区域同士の合併のほか、区域の交通の状況や現に存在する急性期を担う医療機関の分布状況等を踏まえて分割し、それぞれ別の区域と統合することもある。



- 政令指定都市に極めて近く、交通の便も良いため、A構想区域への統合を検討

- 人口20万人以下のC構想区域とあわせて医療提供体制を構築することを検討

病床の必要量(必要病床数)について

目的

現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能の分化及び連携を推進する

仕組み

- 将来の病床の必要量を、全国統一の算定式(※)により算定
- 将来の医療需要を、病床の機能区分ごとに推計

※基本的に、構想区域ごとの性別・年齢階級別入院受療率と、将来の推計人口から計算

高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能は、医療資源投入量を基準として区分

慢性期機能は、リハビリテーションを受ける者を除いた療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%相当及び療養病床の入院患者の入院受療率の地域差解消分を除いた入院患者の他、一般病床の障害者・難病患者等を、長期にわたり療養が必要な患者として区分

地域医療構想を実現するための 都道府県知事の権限

公的医療機関等

その他の医療機関

病院の新規開設等 への対応

開設許可等の際、不足している医療機能を担う等の条件を付与することができる。

過剰な医療機能に 転換しようとする場合

病床機能報告における基準日病床機能と基準日後病床機能(6年後)とが異なる場合、当該報告を行った医療機関の所在地を含む構想区域の基準日後病床機能に係る病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達しているときは、当該医療機関に対し協議の場等において医療機能を転換する理由の説明等を求めることができる。その理由がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、基準日後病床機能に変更しないこと等を「命ずる」ことができる。

「命ずる」を
「要請」に読替

「協議の場」の協議が 調わない場合

協議の場における協議が調わない等の際には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を「指示」することができる。

「指示」を
「要請」に読替

目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

仕組み

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（保健所設置市長、特別区長）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要。（医療法第7条）
- 開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域（病床過剰地域）では、以下のとおり対応。

①公的医療機関等（※）

- ・ 都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）

※ 公的医療機関等：医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関

②その他の医療機関

- ・ 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）
- ・ 病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。（健康保険法第65条第4項）

特例措置

- 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、特例として新たに病床を整備することが可能。

＜特例が認められるケース＞

- ・ がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
- ・ 公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合 等

基準病床数と必要病床数

- 基準病床数と必要病床数は基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらの病床数の利用目的の違いに応じ、算定に当たって目標とする時期や織り込まれている効果等が異なる。

		基準病床数	必要病床数
目的		病床の整備を過剰地域から非過剰地域へ誘導することにより、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療の確保を目的とするもの。	2040年（現構想では2025年）の医療機能別の病床数の必要量を推計した上で、将来における病床の機能分化・連携の推進を目的とするもの。
算定式の考え方		性・年齢階級別受療率に性・年齢階級別人口を乗じることにより患者数を推計し、病床利用率（稼働率）※で割り戻すことにより病床数を算定。 ※ 必要病床数算定に当たっての患者数には、入院患者数に加えて退院患者数を含むことから、病床稼働率（＝病床利用率＋退院患者による病床の利用率）を用いることとしている。	
主な相違点	地域	二次医療圏	構想区域
	区分	一般病床・療養病床（2区分）	病床機能（4機能区分）
	時期	医療計画期間の最終年（6年後）	将来のある時点（2040年/2025年）
	織り込まれる効果	一般病床の平均在院日数の短縮等	目指すべき将来の姿（改革モデル）等
	比較対象	既存病床数	許可病床数

構想区域の役割について

- 構想区域については、①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のための、大きく2つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

構想区域 の 役割

① 医療機関の連携・再編・集約化など、 医療提供体制構築のための議論

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要

② 必要病床数の運用

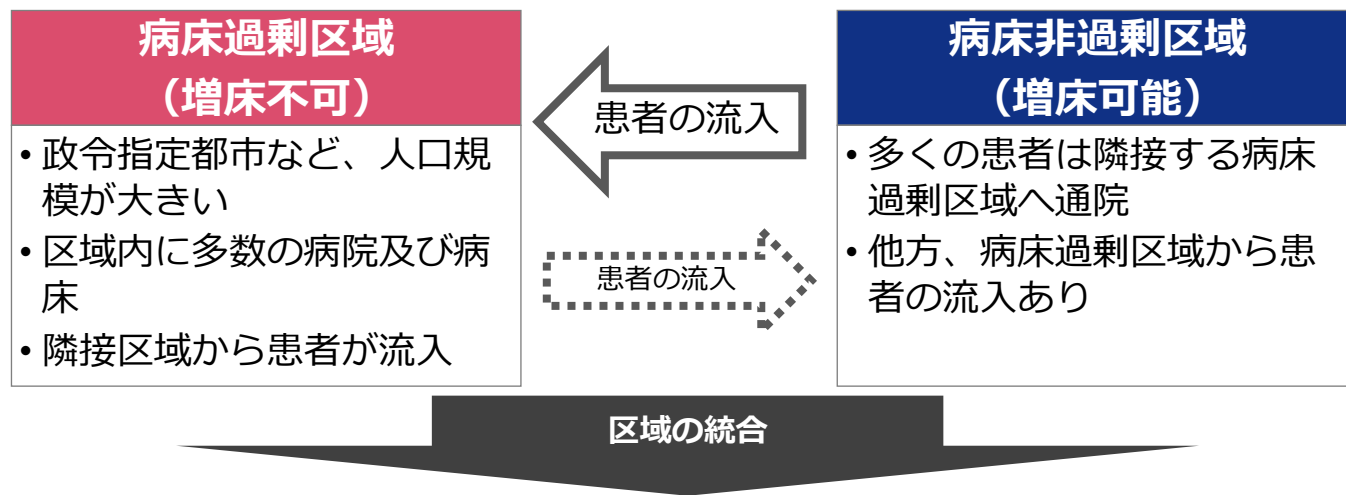
- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

都道府県内の病床数について

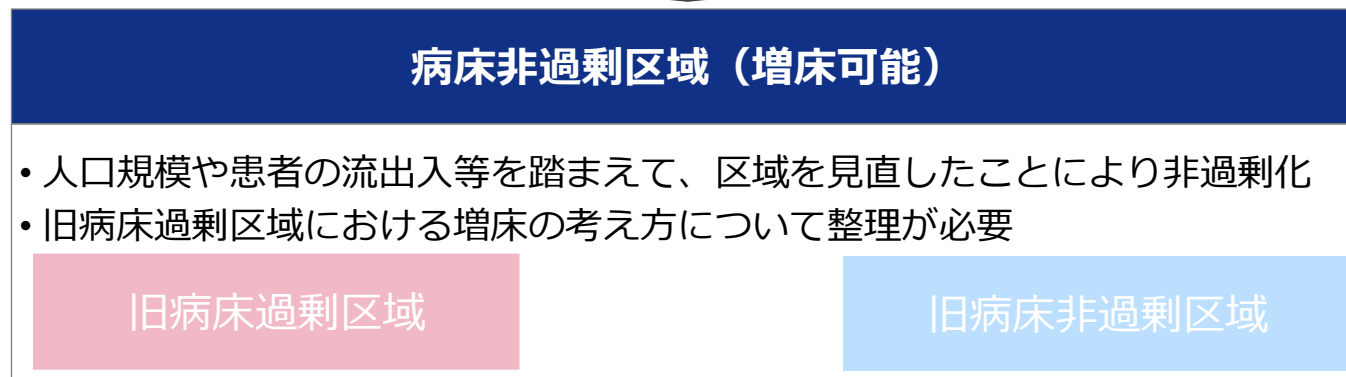
- 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論に資するように構想区域を見直し、病床過剰区域と病床非過剰区域の統合を行った場合等において、もともと病床過剰であった区域もあわせて非過剰区域となることも考えられる。そうした場合に、病床の確保については単にその構想区域全体のみならず、地域内の病床の偏りも踏まえた整備が重要。

現在の区域



区域の見直し後

もともと増床出来なかった区域も含めて増床可能となり得る



構想区域について（案）

- ・ 構想区域を大きく設定する場合及び小さく設定する場合のいずれであっても留意点が存在し、構想区域の設定については、都道府県が地域の実態を踏まえながら柔軟に設定することが重要。
- ・ 構想区域については、①医療提供体制構築、②必要病床数運用、の2つの大きな役割があるところ、それぞれの観点を踏まえながら実態にあわせて設定されることが必要。
- ・ 構想区域の見直しに当たっては、単に2つ以上の区域を1つにする以外に、例えば、区域の交通の状況や現に存在する急性期を担う医療機関の分布状況等を踏まえて2つに分割し、それぞれ別の区域と統合することも考えられる。



- ・ 大都市においても大きな圏域として運用することが実効的な場合もあるとの指摘も踏まえ、区域の設定にあたっては、急性期拠点機能の確保等の提供体制の協議として適切な範囲か、必要病床数の運用として適切な範囲かといった観点を踏まえて、都道府県が地域の協議を通じて、適切な規模となるよう点検し、見直すこととしてはどうか。
- ・ また、異なる都道府県間で隣接する区域であって、相当の流出や流入が存在する場合、医療機関機能の確保やアクセスの確保等、都道府県間で協議することが望ましいことについてガイドラインにおいて位置づけることとしてはどうか。
- ・ 区域の設定にあたって、地理的な線引きをする際、区域の境界部に医療機関が存在し、患者が隣接区域から流入している場合や当該区域には病床が少ないものの隣接する区域に医療機関が存在する場合等が想定される。こうした場合に、必要病床数や基準病床数の観点では、当該区域においては増床が可能であっても、隣接する区域や当該都道府県全体等では、病床数が既に十分に存在する場合も考えられる。このため、増床にあたっての地域での取扱いについて、例えば、広域な区域のうちの特定の地域で病床が既に十分に存在するような場合等においては、当該区域内で増床が望ましい地域を整理することや隣接する区域の病床の状況も合わせて増床を検討する等の運用方法を、地域医療構想調整会議等で議論することとして位置づけてはどうか。
- ・ 二次医療圏や5疾病6事業において設定されている各領域ごとの圏域については、個別の領域ごとに適切な範囲で設定されているが、がんや循環器、周産期において麻酔科医や周術期の看護師のように共通して確保が必要な医療資源を将来にわたって確保する観点も踏まえて、第9次医療計画において検討することとしてはどうか。

3. 地域医療構想調整会議等について

ひと、くらし、みらいのために



地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

医療計画

都道府県医療審議会

- ・ 都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医師確保計画

地域医療対策協議会

- ・ 医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

地域医療構想

地域医療構想調整会議 (都道府県単位)

- ・ 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
- ・ 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

外来医療計画

(外来・かかりつけ医機能)

作業部会

(医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置)

- ・ 5 疾病・6 事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議

連携

支援

報告

圏域連携会議

(必要に応じて設置)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

地域医療構想調整会議 (構想区域単位)

- ・ 将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議

外来医療の協議の場

(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ごとに設置)

- ・ 外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
- ・ 対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

かかりつけ医機能の協議の場

- ・ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討

医療及び介護の体制整備に係る協議の場

(二次医療圏単位での設置が原則。地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能)

- ・ 医療計画及び介護保険事業（支援）計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議

地域医療構想推進のための厚生労働省の取組（財政支援）

<財政支援>

	名称	事業内容	対象
1	地域医療介護総合確保基金 (I-1)	地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に対する助成を行う。 ・再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費 ・再編統合と一体的に行う宿舎・院内保育所の施設整備費 ・急性期病床から回復期病床等への転換に要する建設費用 ・不要となる建物（病棟・病室等）、医療機器の処分（廃棄、解体又は売却）に係る損失 ・早期退職制度の活用により上積みされた退職金の割増相当額	医療機関
2	地域医療介護総合確保基金 (I-2)	<病床機能再編支援事業> ①単独支援給付金支給事業 病床数の減少を伴う病床機能再編を行う医療機関に対する支援 ②統合支援給付金支給事業 統合に伴い病床数を減少する場合のコストに充当するための医療機関に対する支援 ③債務整理支援給付金支給事業 統合に伴って引き継がれる残債を、より長期の債務に借り換える際の利払い費の医療機関に対する支援	医療機関
3	再編計画の認定に基づく 税制上の優遇措置	医療機関の開設者が、医療介護総合確保法に規定する認定再編計画に基づく医療機関の再編に伴い取得した一定の不動産に係る登録免許税、不動産取得税を軽減する特例措置 ・登録免許税（令和8年3月31日まで） 土地の所有権の移転登記 1,000分の10（本則：1,000分の20） 建物の所有権の保存登記 1,000分の2（本則：1,000分の4） ・不動産取得税（令和8年3月31日まで） 課税標準について価格の2分の1を控除	医療機関
4	独立行政法人福祉医療機構に よる優遇融資	医療介護総合確保法に規定する認定再編計画の実行に伴う資産等の取得に必要な資金に関して、融資条件を優遇	医療機関
5	病床再編等の促進のための特 別償却制度	地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合に取得する建物等について、特別償却ができる。（令和9年3月31日まで） 【特別償却割合】取得価格の8%	医療機関

地域医療構想推進のための厚生労働省の取組（技術的支援）

<技術的支援>

	名称	事業内容	対象
1	重点支援区域	都道府県からの申請に基づき、複数医療機関の再編を伴う病床の機能分化・連携に取り組む（検討している）医療機関に対して、技術的支援や財政的支援を行う	都道府県
2	再編検討区域	都道府県からの申請に基づき、重点支援区域の申請の要否を判断するまでの支援として、再編の検討の初期段階における複数医療機関の再編を検討する区域の支援を行う	都道府県
3	モデル推進区域 （推進区域）	・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、モデル推進区域においてアウトリーチの伴走支援を実施 ・推進区域においては区域対応方針の策定	都道府県
4	地域医療提供体制データ 分析チーム構築支援事業	都道府県を対象に、都道府県担当者と大学病院等の有識者や医療関係団体等で構成されるデータ分析チームの構築等に要する経費を支援	都道府県
5	地域医療構想アドバイザー	都道府県の地域医療構想の進め方について助言や地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するように助言する専門家の設置を依頼	都道府県
6	定量的な基準の導入	病床期の報告の内容等について、地域の医療機能を適切に把握するため、定量的基準の導入を検討依頼	都道府県
7	医療機能の分化・連携に 関する相談窓口	医療機能再編等の在り方を検討を行う上で過去事例や統計データ、法令上の規制等の情報収集が必要になる場合が想定されるため、それらの情報を入手するための照会窓口として設置	都道府県、 医療機関
8	地域医療構想に係る 医療機関向け勉強会	民間医療機関に、基金などの支援策について情報提供し、理解を深めてもらうための医療機関向け勉強会の開催を依頼	都道府県
9	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、医師数等を見える化し、厚生労働省HPに掲載	都道府県、 医療機関

病床機能の見える化資料

- 全都道府県・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し、公開している。
- 地域においては、こうしたデータを活用し、医療機関の機能分化・連携について検討が可能。

構想区域別の医療機関の病床機能報告上の病床数、診療実績、医師数等

別添5のHP掲載イメージ

(●●●)

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は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。

※厚生労働省ホームページにおいて公表している病床機能報告の報告結果等を用いて集計。一方で、都道府県において、必要に応じて、これらの報告結果等の更新等を行っている場合もあり、各数値は、都道府県の保有データと一致しない場合があることに留意。

※診療実績については、NDBの利用に関するガイドラインを踏まえ、病床機能報告の報告結果のうち一部非公表としているものがあり、一部、実際の診療実績と比較して小さくなっている場合があることに留意。

※未報告の医療機関があり得ることに留意。

(1)構想区域の状況

都道府県		構想区域	①人口 (万人)	②面積 (km ²)	③対象医療機関数		④一般・療養病床計(休養中等除く)					⑤医師数(常勤換算)			⑦医療機関機能					⑧診療実績(オープンデータ)									
					一般 病院	有床 診療所	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休養中 等	常勤	非常 勤	100床 当たり	特定 機能	地域 支援	三次 救急	二次 救急	在宅 療養 支援	救急車の 受入件数	全身麻酔 手術件数	分娩 件数	手術総 数	平均在床日数					
																								高度急 性期	急性 期	回復 期	慢性 期		
1	●	●	35.9	2,671	32	22	5,381	786	2,545	719	1,331	116	579	68	11.8	2	1	15	4	19,600	9,852	1,822	22,648	9	14	44	163		
(報告率) 94.4%					2	1	⑤欄必ず記入	4,857	585	1,759	1,618	895	(一般病床流出率: +5.2%)																

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は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。

(2)区域内の医療機関(病床数の多い順)

①医療機関名		②所在地	③一般・療養病床					④医師数			⑤医療機関機能					⑥診療実績(オープンデータ)								
			休養中 等含む計	高度急 性期	急性期	回復期	慢性期	休養中 等	常勤	非常 勤	100床 当たり	特定 機能	地域 支援	三次 救急	二次 救急	在宅 療養 支援	救急車の 受入件数	全身麻酔 手術件数	分娩 件数	手術総 数	平均在床日数			
																				高度急 性期	急性 期	回復 期	慢性 期	
1	●●●	●	582	292	274			16	125	2	21.8		地	三次	二次		5,674	1,509	100	4,891	10	11	-	-
2	●●●	●	527	35	492				87	6	17.7				二次		3,368	2,638	591	4,755	7	11	-	-
3	●●●	●	480	432	48				119	4	25.7				二次		2,981	3,069	109	6,350	10	13	-	-
4	●●●	●	378		135	45	178	20	15	6	5.4				二次		1,812	126		340	-	14	15	229
5	●●●	●	360	6	247	47	60		30		8.3				二次		1,653	424		1,412	3	10	19	531
6	●●●	●	286		48	90	148		10	3	4.5									-	103	39	62	
7	●●●	●	204				204		3	2	2.5									-	-	-	-	
8	●●●	●	199		106	42	51		19	0	9.6		地		二次		795	272		425	-	13	36	566
9	●●●	●	199		49	100	50		8	1	4.4									-	37	163	261	
10	●●●	●	179		60	60	59		9	3	6.6					在支				-	20	73	883	
11	●●●	●	168		48	60	60		9	1	6.2									-	26	104	1,746	
12	●●●	●	155	12	93	50			14	6	12.6				二次		1,132	349		505	6	15	54	-
13	●●●	●	150		108			42	7	2	5.7				二次			10		233	-	21	-	-
14	●●●	●	135				135		4	1	3.6									-	-	-	-	157
15	●●●	●	128	9	84	35			10	3	9.8				二次		1,253	239		192	5	16	25	-

49 ●	●	1		1				1		100.0														
50 ●	●	1		1				1		100.0														
51 ●	●	1			1			1		100.0														

各構想区域別に表示

未報告

未報告

未報告

これまでの地域医療構想における都道府県の役割

地域医療構想策定ガイドラインより整理

	役割	内容
1	病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較	- 都道府県は、病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析する。 - その結果を踏まえ、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握する。
2	病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握	- 都道府県は、各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、構想区域における病床の機能区分ごとの医療機関の状況を整理する必要がある。 - 病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを都道府県が作成する。 - その際、医療機関が病棟ごとに病床機能報告制度において選択した病床の機能区分に応じた必要な体制の構築や人員配置を検討することから、当該構想区域で各病床の機能を選択した医療機関の分布だけではなく、主な疾患における分布や、提供されている医療の内容に関する情報など、より検討に適した資料・データとなるよう、地域医療構想調整会議の議長等と事前に協議を行うなど、工夫をすることが望ましい。
3	地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討	- 都道府県は、地域において各医療機関が担っている医療の現状を基に、医療機関相互の協議を促進することとされているが、そのためには、「(2)」を基に各医療機関の自主的な取組を改めて促進する必要がある。 - これを踏まえ、都道府県は必要に応じて地域医療構想調整会議を開催して医療機関相互の協議を進め、不足している病床機能への対応（過剰となると見込まれる病床機能からの転換を含む。）について、具体的な対応策を検討し、提示する。 - その際、地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなるが、早い段階で平成 37 年（2025 年）までの各構想区域における工程表を策定することが望ましい。
4	平成 37 年（2025 年）までの P D C A	- 工程表が策定できていない段階においては、各医療機関が地域における位置付けを検討し、病棟ごとに担う病床の機能に応じた対応を行うことを促進する必要がある。 - また、工程表を策定したとしても、各医療機関における状況の変化等により計画どおりに進めることが困難又は不適当な場合も考えられる。 - このため、平成 37 年（2025 年）まで毎年、進捗状況の検証を行い、工程表の変更も含め、地域医療構想の実現を図っていく必要がある。その際、構想区域全体及び都道府県内全体で、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていることを確認する必要があるが、不足する病床機能の解消のためには、過剰となっている病床機能からの転換を促すことにより、医療需要に応じた医療の提供が可能となるという視点の共有を進め、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と患者数との整合性が図ることができるよう、検討を重ねる。 - また、毎年、都道府県医療審議会や地域医療対策協議会に報告することにより、各構想区域における進捗状況の比較や、より広い立場からの意見を求めることが可能となるため、適宜、開催することが望ましい。

これまでの地域医療構想における市町村の役割

これまでの地域医療構想においては、市町村は、在宅医療・介護連携推進事業等の観点などに限られていた。

地域医療構想策定ガイドライン（H29年）

I 地域医療構想の策定

8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

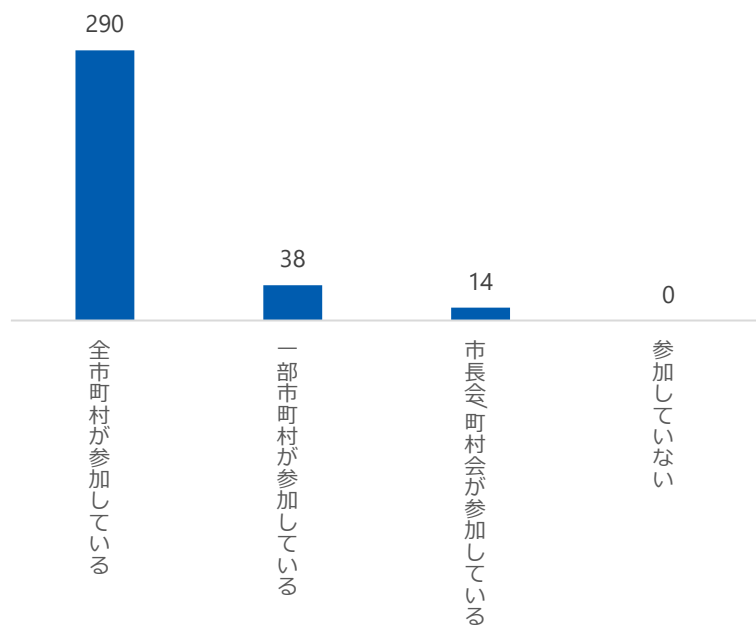
（4）在宅医療の充実

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれる。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要がある、地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけでなく、具体的な施策につながる調査を行うなど、きめ細かい対応が必須となる。
- さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。
- こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制については、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域で整備する必要があることから、**都道府県は保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必要**である。

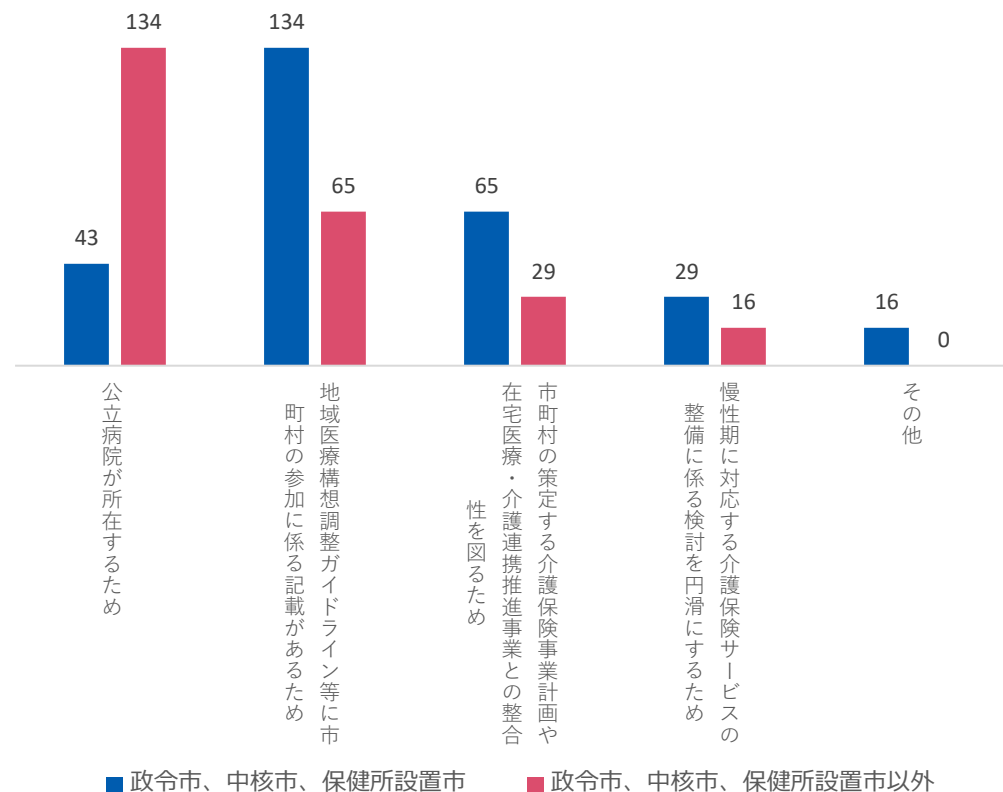
調整会議（都道府県単位、構想区域単位）への市町村の参画状況について

- 構想区域単位の調整会議には、多くの区域で全市町村が参加している。

調整会議（構想区域単位）における市町村の参画状況



調整会議（構想区域単位）における市町村の参画理由



新たな地域医療構想における都道府県・市町村の役割

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

5. 新たな地域医療構想

（6）国・都道府県・市町村の役割

② 都道府県

- 各都道府県における地域医療構想の取組状況をみると、例えば、地域医療構想調整会議の開催回数や構成員の参加、データに基づく議論、地域医療介護総合確保基金の活用等の状況にばらつきが見られる。
- 都道府県ごとの取組状況に差違がある中で、都道府県の取組の底上げを図る観点から、ガイドラインにおいて、調整会議について区域ごとに議論すべき内容、議題に応じた主な参加者や議論の進め方等、データ分析・共有、地域医療介護総合確保基金の活用など、都道府県の望ましい取組を示すとともに、都道府県の取組状況を見える化することが適当である。
- 医療関係者や医療保険者等の関係者には調整会議で協議が調った事項の実施に協力する努力義務が定められている中で、都道府県についても、調整会議で協議が調った事項の実施に努めることとすることが適当である。

③ 市町村

- **新たな地域医療構想においては、新たに在宅医療、介護との連携等が対象に追加される中で、在宅医療・介護連携推進事業を実施するとともに、介護保険事業を運営している市町村の役割が重要**となる。
- このため、市町村に対して、議題に応じて調整会議への参画を求め、在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に努めることとすることが適当である。
- 一方、これまで医療提供体制の確保は都道府県が中心となり医療計画に基づき取り組んできたことから、市町村にとってノウハウや体制が不十分であることが考えられる。市町村の地域医療構想の理解を促進するため、国による研修や都道府県から市町村への調整会議に関する情報提供等の取組を推進することが適当である。また、地域医療介護総合確保基金の活用により、市町村による在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等の取組を推進することが適当である。

地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	地域医療構想の進め方	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	- 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） - オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	- 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） - DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	- 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） - 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

地域医療構想調整会議の進め方

- これまでの地域医療構想調整会議について、年間の開催回数は平均 2～4 回/年であった。
- 新たな地域医療構想において、取り扱う議題が多岐にわたるため、必要病床数と医療機関機能や、在宅医療と介護との連携等の複数の議題を同日にまとめて取り扱うことや、外来医療の協議の場等の既存の会議と一体的に会議運営するなど、効率的かつ実効的な会議運用に資するよう柔軟に開催することが必要。

(参考) これまでの地域医療構想調整会議の開催実績

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
開催延べ数	1,067回	1,327回	1,035回	652回	656回	882回	1,378回
構想区域当たりの平均	3.1回	3.9回	3.0回	1.9回	1.9回	2.6回	4.1回

	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
大学病院の役割・医師の派遣	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

第8次医療計画における 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

令和5年度第2回医療政策研修会
第1回地域医療構想アドバイザー会議

資料

令和5年9月15日

4

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

<「在宅医療の体制構築に係る指針」>

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 各医療機能と連携

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

① 目標

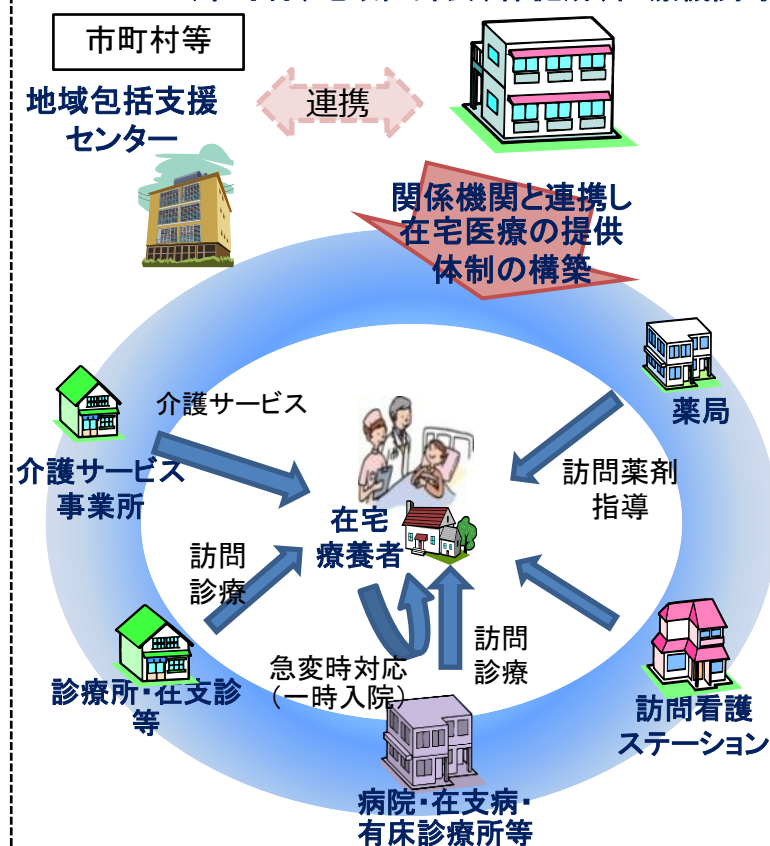
- ・多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ・在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ・災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

- ・地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- ・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

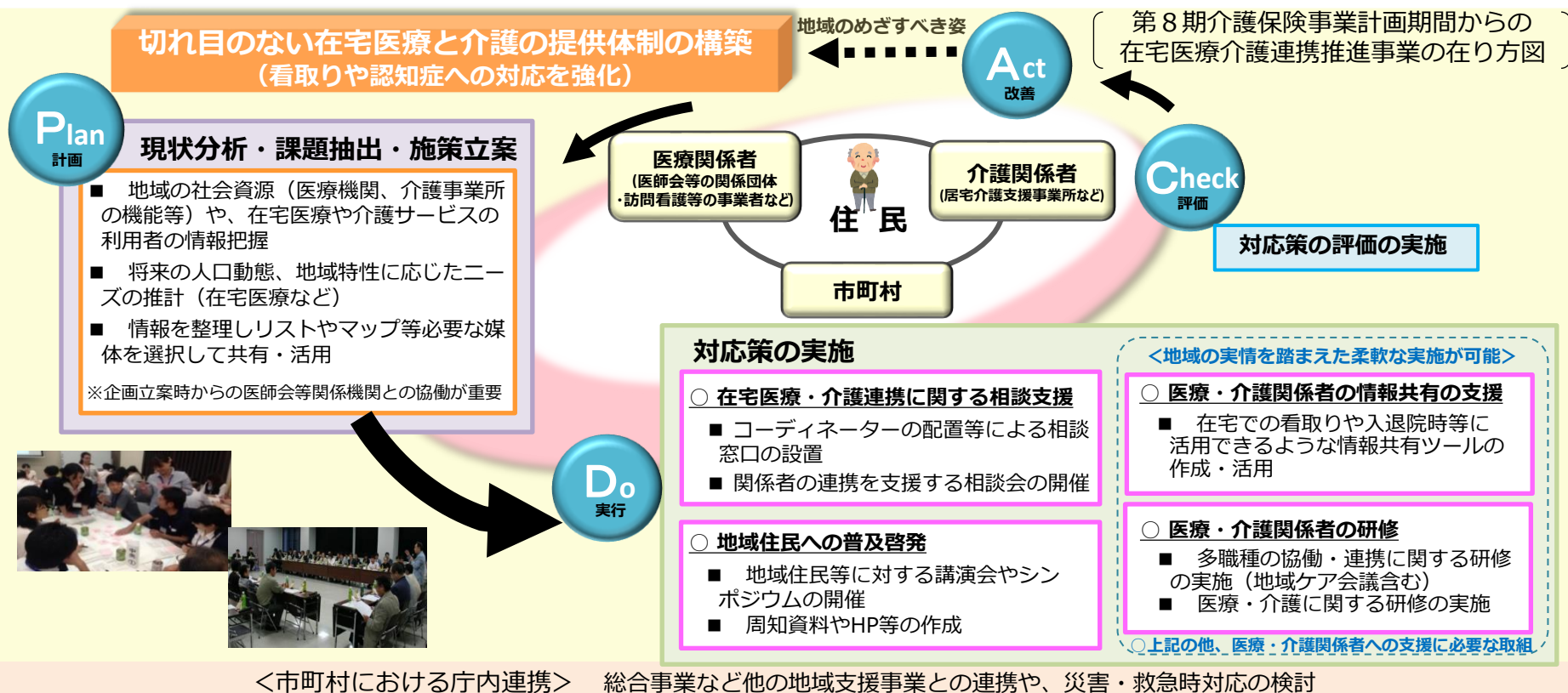
※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

在宅医療に必要な連携を担う拠点 (市町村、地域医師会、保健所、医療機関等)



在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



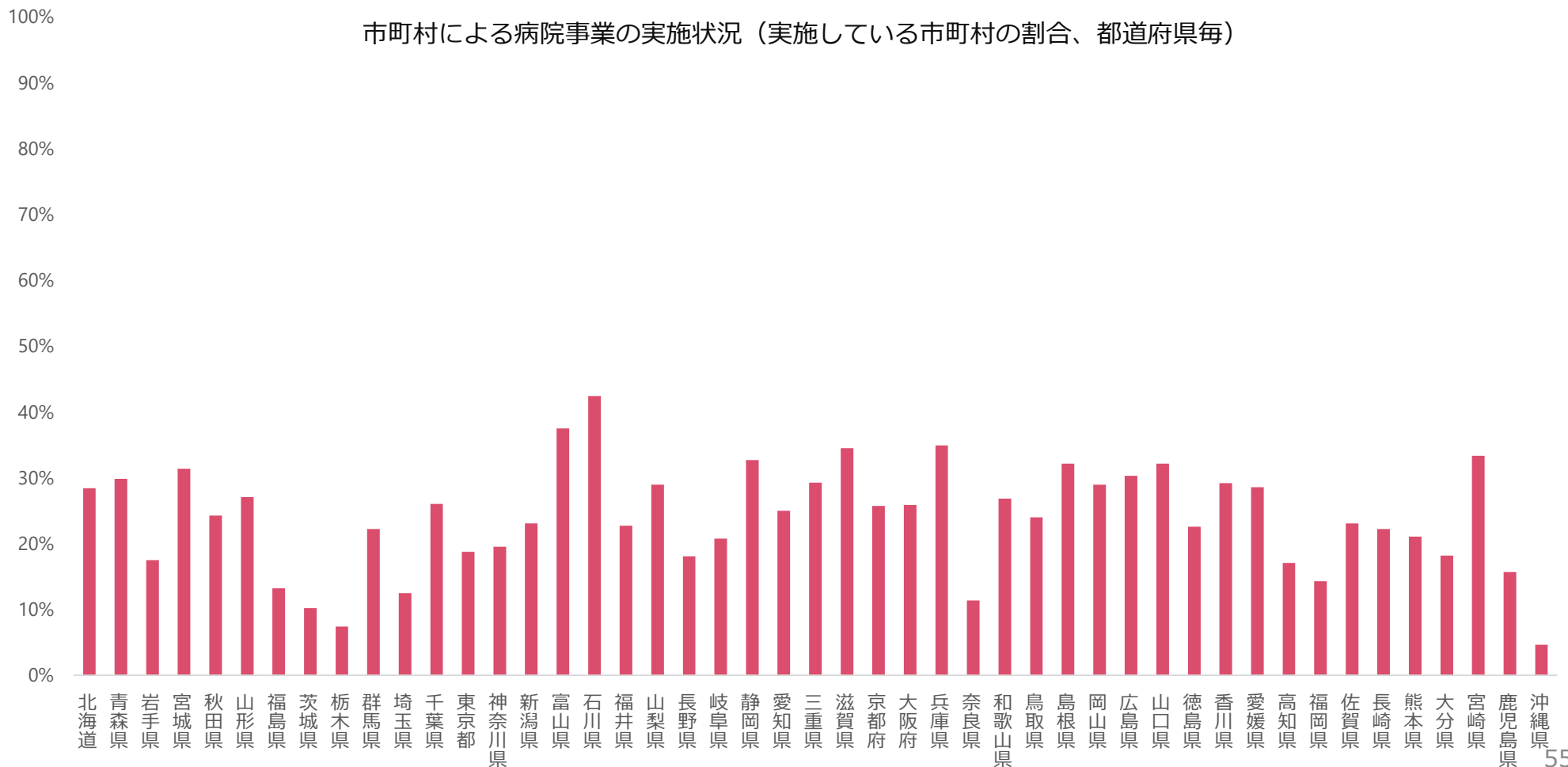
介護との連携について（案）

- 患者像の重複しうる在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部の提供体制の検討にあたっては、それぞれの提供実態等のデータを踏まえてそのあり方の検討が必要。療養病床は構想区域、二次医療圏単位で確保を検討されるものであることや、小さな単位での検討の場を多数作ることは、運営上の課題が懸念されることを踏まえると、構想区域単位等の範囲で都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者等が将来の提供について検討することとし、圏域内において提供体制について特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、具体的に検討することとしてはどうか。
- 検討にあたっては、療養病床の病床数、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等をあわせて検討することが考えられる。こうしたデータについて、都道府県で把握しているもの、データとして公開されているものだけでは、在宅医療の提供実態の把握に課題がある場合があるので、必要なデータについては国が都道府県に提供することとし、そのために必要なデータについては国で把握すること等の対応を検討してはどうか。
- 医療と介護との連携は、協力医療機関と介護保険施設・高齢者施設等の間のみならず、急性期医療を担っている病院を中心とした連携など、様々な類型が考えられる。救急搬送について、今後、85歳以上の高齢者の増加に伴い、更に件数が増加することが見込まれる中、効率的かつ持続可能な救急の維持のため、可能な限り日中の時間に外来を受診する等の取組も重要となる。そういった前提のもと、介護保険施設の協力医療機関としての役割については、例えば、介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく等の地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められる。
- 具体的な事項については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで検討することとしてはどうか。なお、その際、介護との連携については、関係者が連携の参考とできるよう、知見を集積し共有できるようにすることとしてはどうか。

市町村による病院事業の状況について

- 市町村ごとに、病院を有する場合や構想区域と市町村が一致する場合等があり、一部の市町村においては、入院医療の提供体制の協議に携わっている。
- 特に、市町村が病院事業を実施している場合、地域医療構想において、入院医療や医療機関機能に関する取組においても一定の役割があると考えられる。

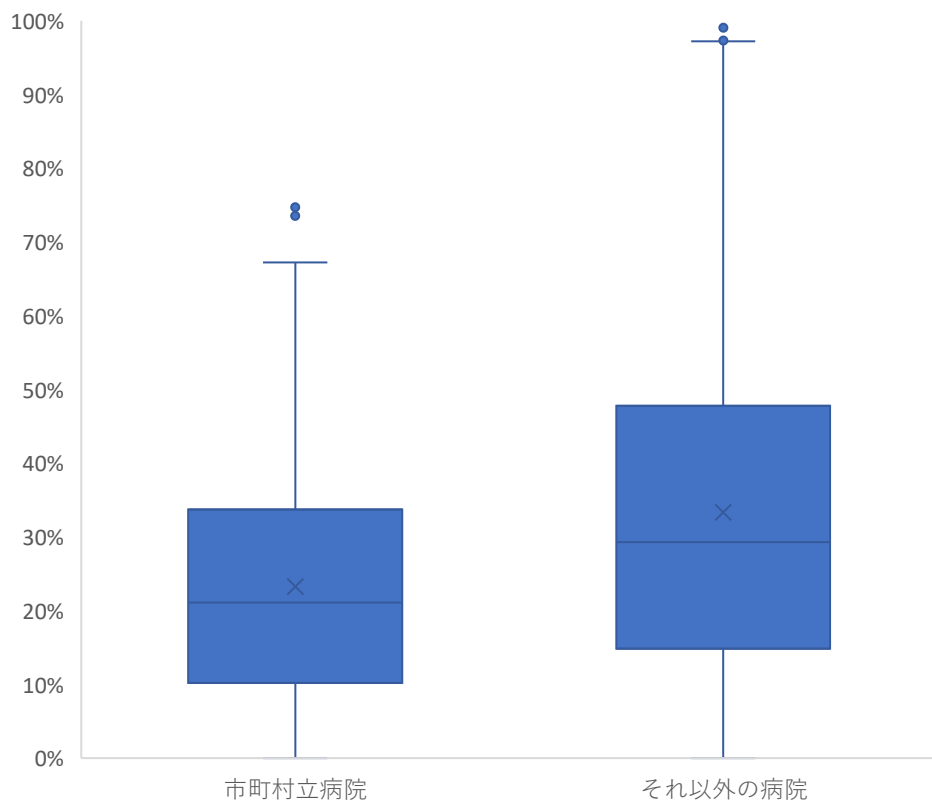
市町村による病院事業の実施状況（実施している市町村の割合、都道府県毎）



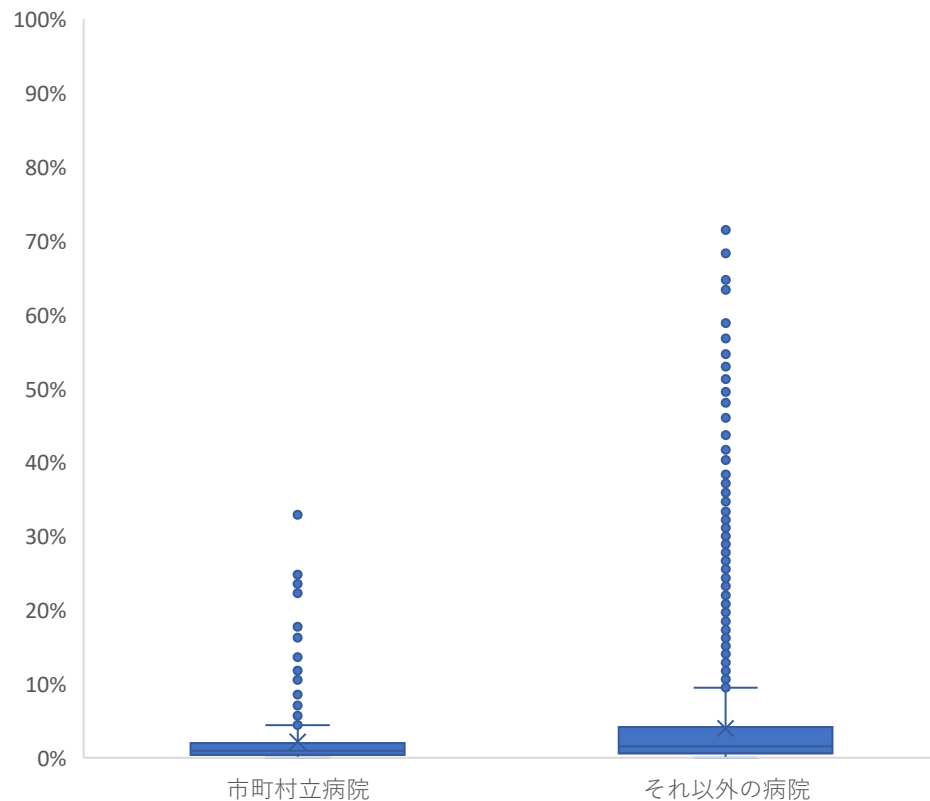
市町村立病院

- 市民病院等の市町村立病院は、所在する市町村外からの患者を一定受け入れており、いくつかの病院では、県外からの患者が中心となる医療機関も存在する。当該市町村の住民のみに医療を提供している医療機関はほとんどない。市町村立病院は他の自治体の医療提供へも貢献しており、また、安定的な経営のためには、当該市町村外からの患者の受入が必要。
- 開設者としての市町村は、当該市町村外も含む地域全体への医療提供体制の担い手としての観点が必要。

入院患者のうち、**所在する市町村外**からの患者の割合

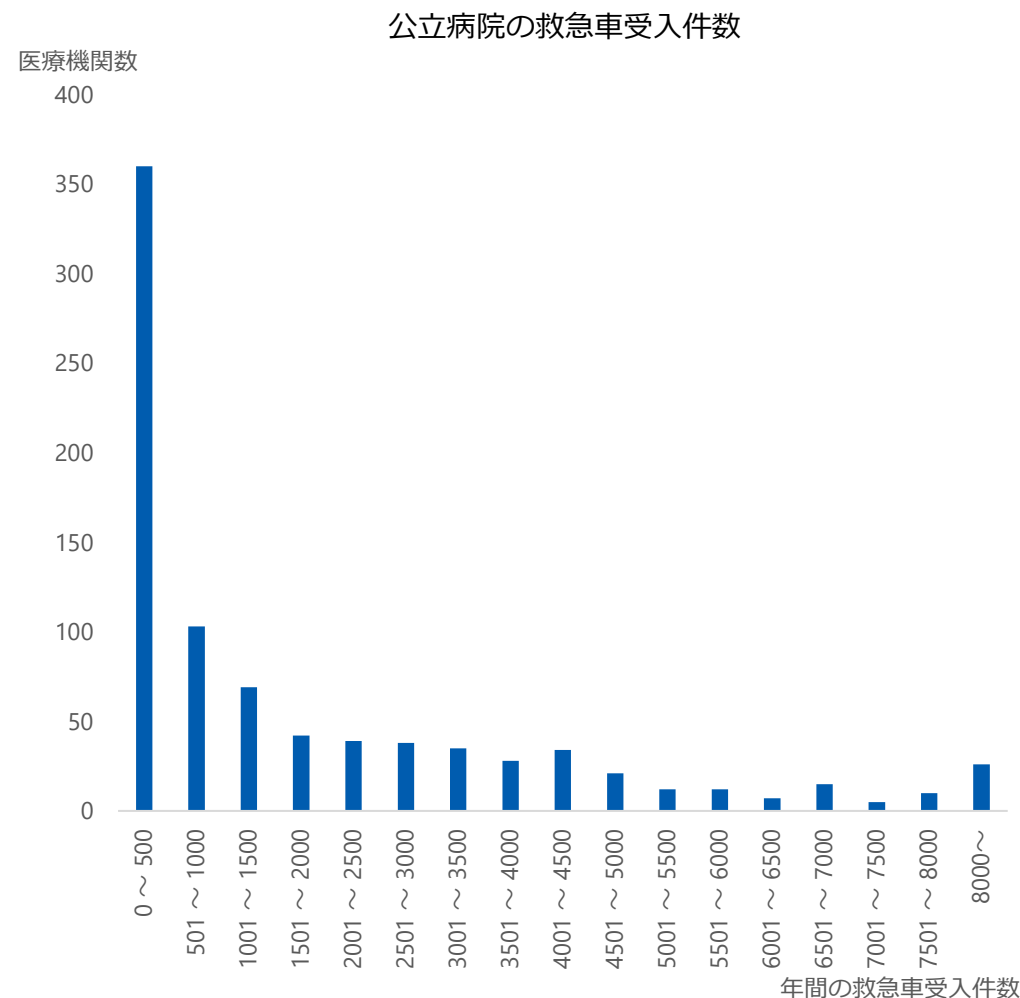
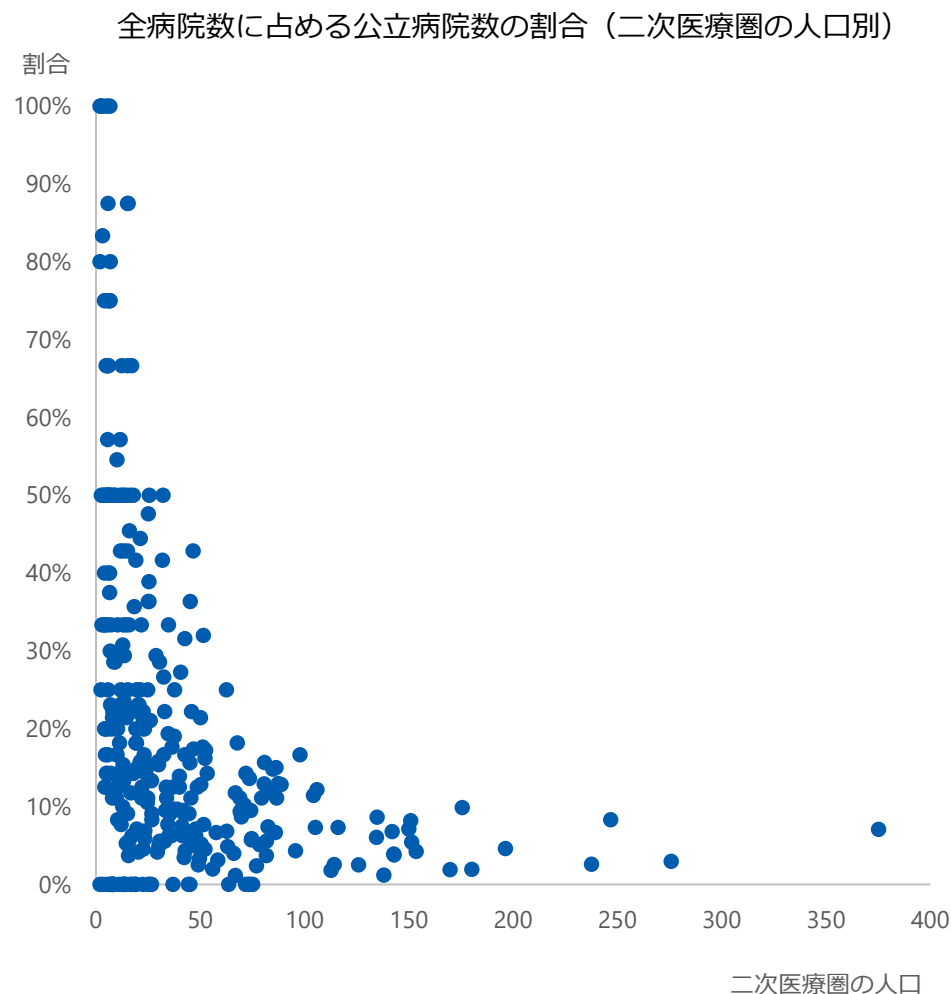


入院患者のうち、**所在する都道府県外**からの患者の割合



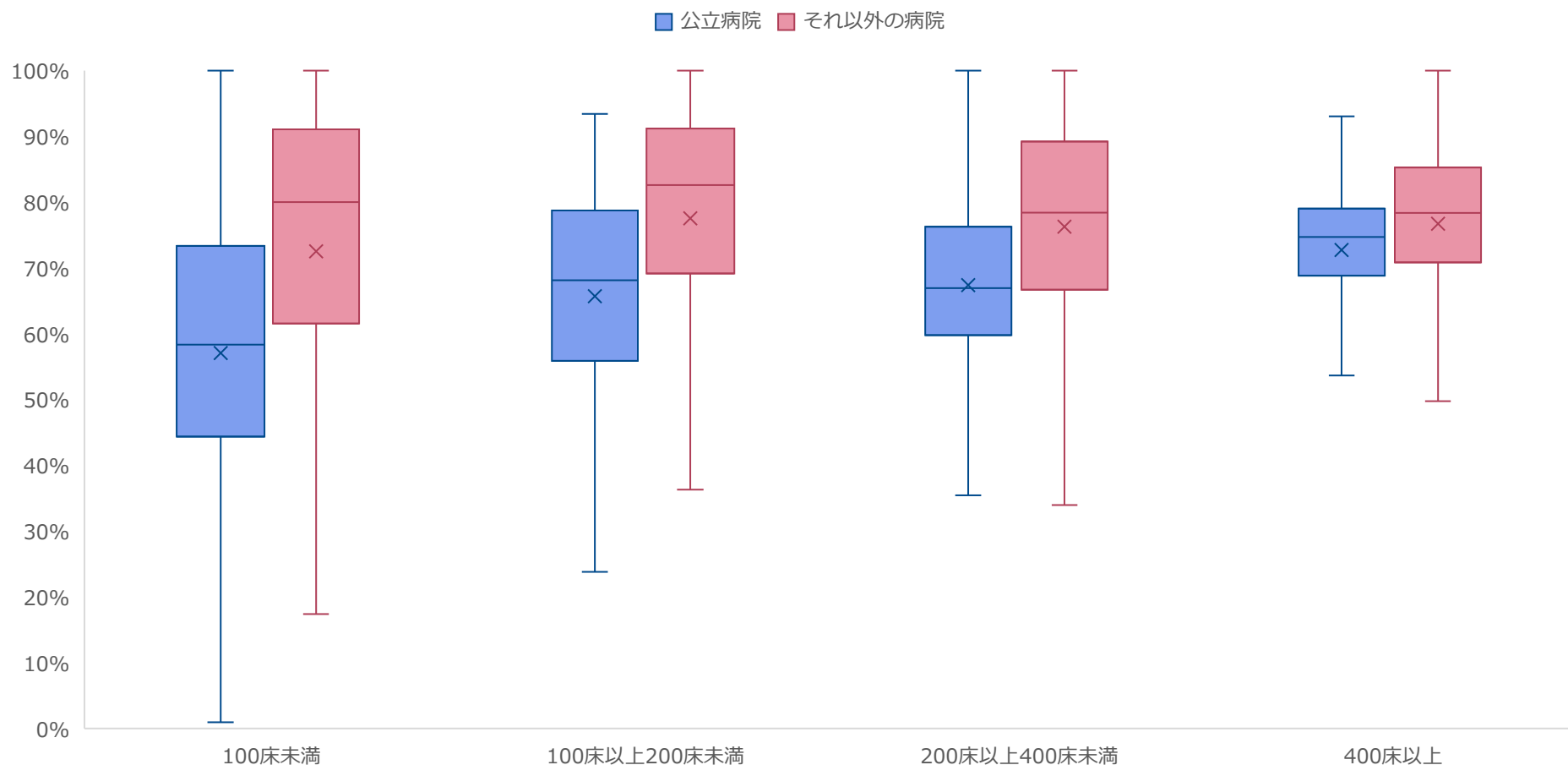
公立病院の役割

- 公立病院の病床規模や役割は様々。人口の少ない地域において公立病院しか病院が存在しない地域があるほか、救急車受入件数が数千台の病院が存在するなど、地域での医療提供体制において重要な役割を担っている。



公立病院の病床稼働率

- 公立病院の病床稼働率は、その他の設立主体の病院と比較して低い傾向にある。
- 安定的な病院運営のため、地域の実情に応じて減床や再編の取組、患者の受入等、公立病院以外の病院と同程度の稼働率とするといった取組が必要。



資料出所：令和6年度病床機能報告

※ 設置主体が「都道府県」、「市町村」及び「地方独立行政法人」の病院を公立病院として集計。

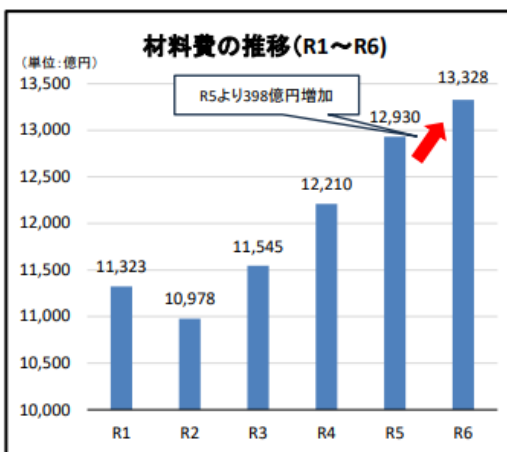
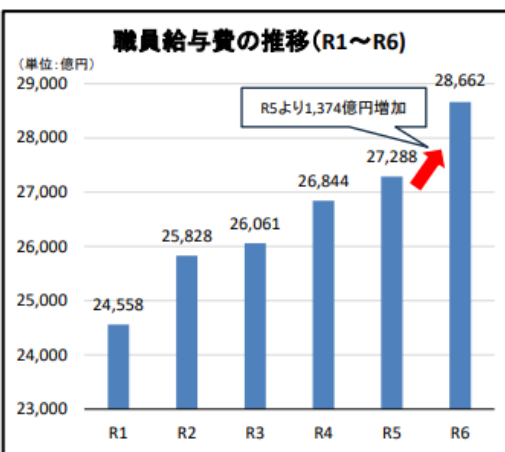
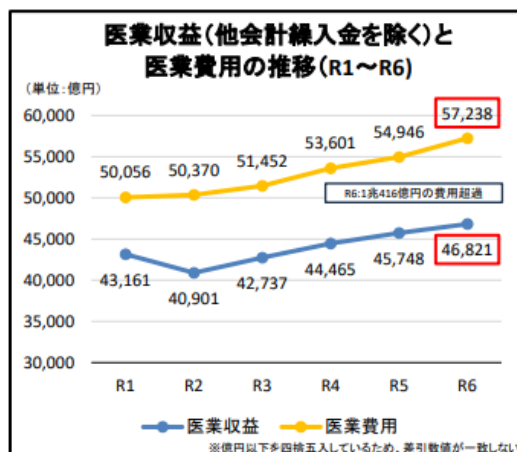
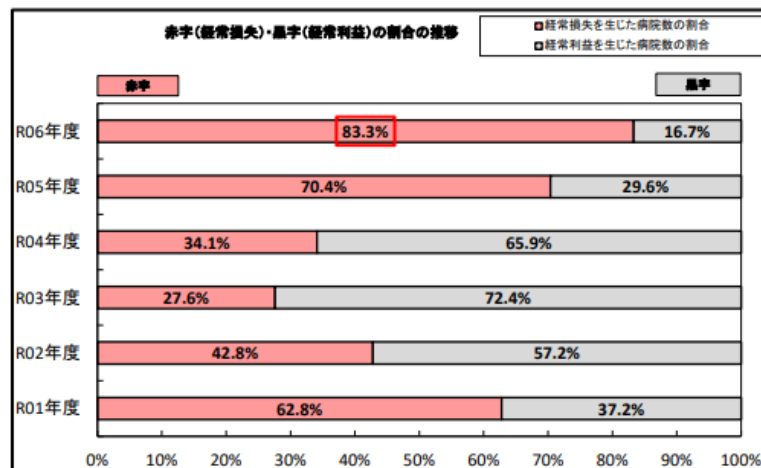
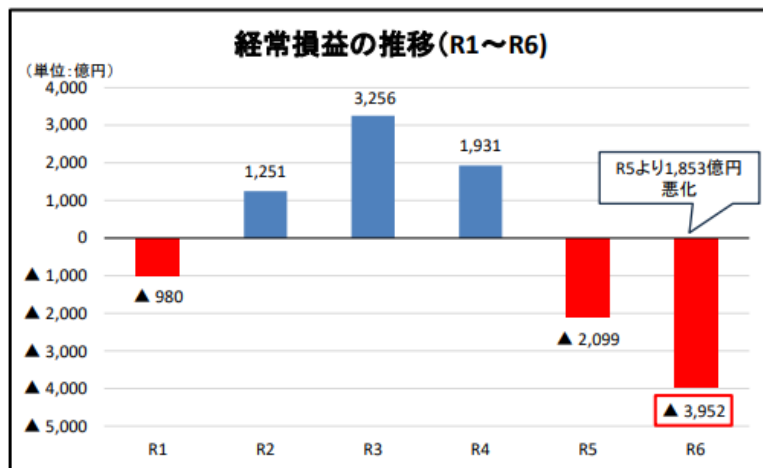
※ 病床稼働率 = (在棟・在院患者延べ数) / (許可病床数(一般+療養) × 366) により算出。(病床稼働率の算定期間に2024年2月(閏年)を含むため、366日で除している。)

※ 病床稼働率が100%を超えるものは100%に補正して作図。

公立病院の経営状況について

- 公立病院について、職員給与費や材料費の増加等を背景に、経営状況の悪化が続いている。

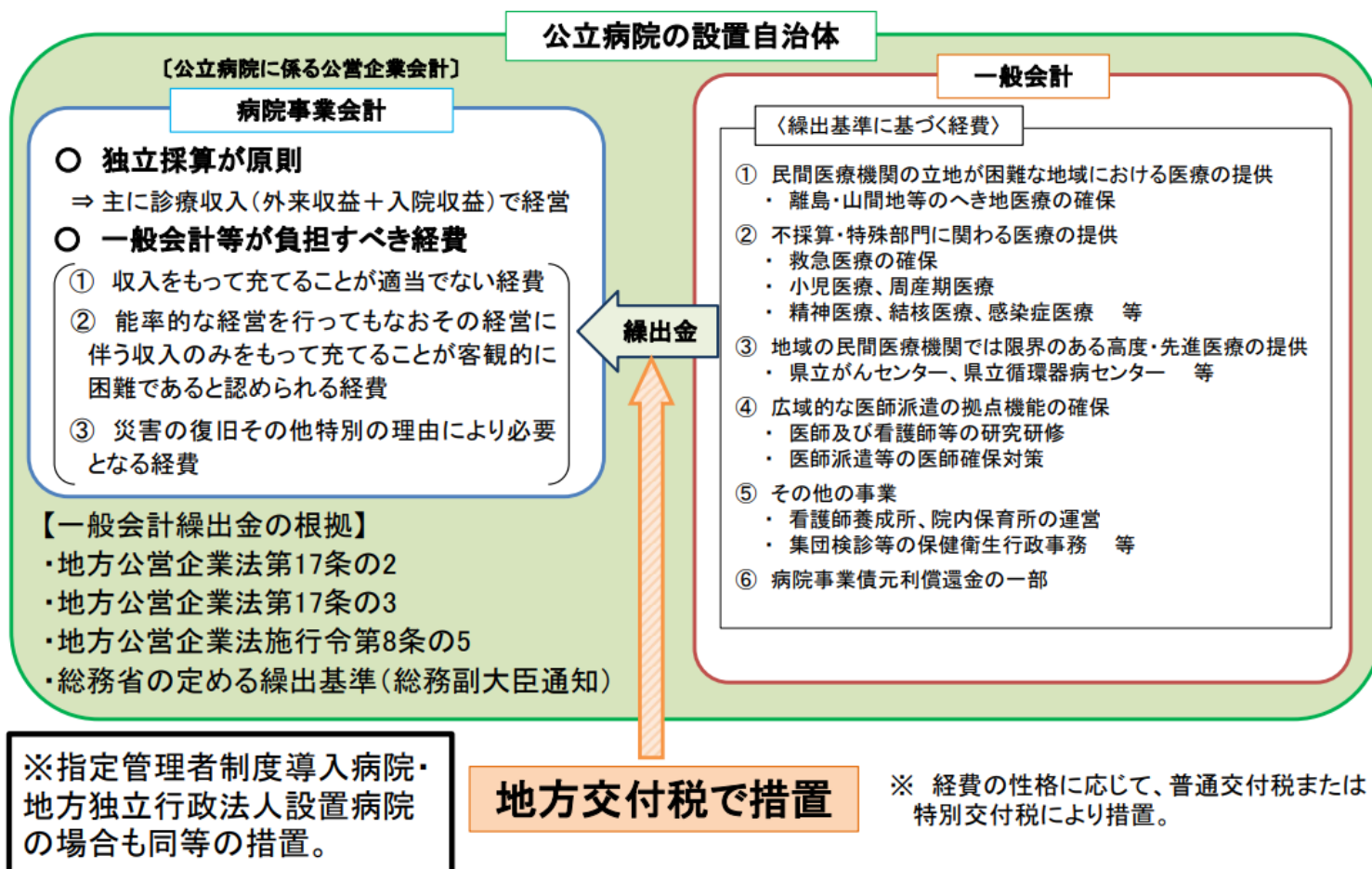
公立病院の令和6年度決算の状況



公立病院の特性について①

- 公立病院については、独立採算が原則ではあるものの、民間の医療機関等とは異なり、能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費等について、繰出基準に基づき自治体の一般会計から繰出金を拠出することができ、当該経費の一部は地方交付税により措置されている。

病院事業に対する一般会計の負担（一般会計繰出金）



公立病院経営強化の推進

○ **公立病院は**、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しに取り組んできたが、依然として**経営状況は厳しく**、**以下の課題に対応しながら地域医療提供体制を確保するためには、経営を強化していくことが重要。**

- ・人口減少、少子高齢化に伴う**医療需要の変化**
- ・**医師・看護師等の不足**
- ・**医師の時間外労働規制への対応**
- ・**新興感染症への備え** 等

総務省

<令和4年3月>

「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の策定・地方団体への通知・公表

地方団体

<令和4年度又は5年度>

「公立病院経営強化プラン」の策定
※99.9%策定済(R7.8.1時点)

地方団体

「公立病院経営強化プラン」の実施状況について概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・機能分化・連携強化

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。
特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・**医師・看護師等の確保**（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・医師の**働き方改革**への対応

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

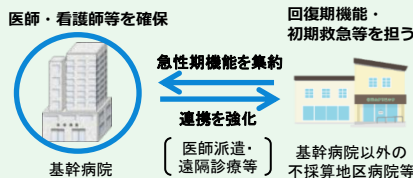
(5) 施設・設備の最適化

- ・施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・経営指標に係る数値目標

機能分化・連携強化のイメージ(例)



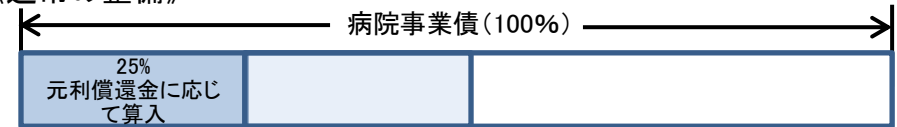
【団体の公表イメージ】（参考：奈良県立病院機構）

奈良県立病院機構	
トップページ > 奈良県立病院機構 > 業務に関する情報	
奈良県立病院機構	
- 理事長あいさつ - 法人概要 - 法人理念 - 業務に関する情報 - 財務などに関する情報 - 各種規程	業務に関する情報
	中期目標・中期計画
	第3期（令和6年度～令和10年度）
	・中期目標
	・中期計画（案）（令和7年7月2日認可）
	※「公立病院経営強化プラン」をかなる。

大項目		年度評定
1) 患者にとって最適な医療の提供	IV	中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる 中項目11項目のうち、1項目をS評価、10項目をA評価としたことを勘案した。
中項目	取組項目	年度評定
1 患者の視点に立った医療サービスの提供	(1) 高度専門的医療の提供 (2) チーム医療の推進 (3) 医療の質の標準化・透明化 (4) 医療の質の評価 (5) 患者及びその家族へのサービスの向上	A
2 地域の医療拠点としての機能の充実	① 断らない救急医療の充実 ② 質の高いがん医療の提供	A
	(1) 救急患者受入体制の充実強化 (1) がん診療機能の充実 (2) 緩和ケアの推進	A

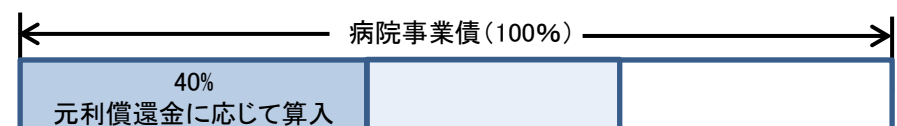
【病院事業債】

《通常の整備》



※元利償還金の1/2について一般会計から繰出

《機能分化・連携強化に伴う整備（特別分）》



※元利償還金の2/3について一般会計から繰出

国土交通省では、医療アクセスの確保のための地域公共交通会議での公共交通再編や地域医療連携推進法人を活用した送迎の共同化の後押しなどに加え、以下のような取組を令和6年度予算で支援。

小規模病院送迎の共同化と生活利便の融合

新栄病院ほか10の医療機関（札幌市清田区）

地区内の小規模医療機関を互いに結ぶデマンド乗合バスを共同運営。利用者の声を受け、交通結節点となる公共施設やスーパー等への立寄も可能に。



（R6 国交省「交通空白」解消等
リ・デザイン全面展開
プロジェクト-共創モデル事業）

データ活用による医療アクセス改善&生活交通の再構築

帯広圏官民連携プラットフォーム

（帯広市、音更町、幕別町、芽室町、北海道、十勝地区バス協会、十勝地区ハイヤー協会ほか）

住民の健康増進及び生活の質の向上のため、医療機関へのアクセスや生活人流データを可視化。データに基づき持続可能な交通ネットワーク・運営体制へ再構築。

（R6 国交省
地域生活圏形成リーディング事業）



診療予約と医療アクセスの自動連係

徳島県立中央病院（徳島県徳島市）

受診予約システムとデマンドバス配車システムを連携。

診療内容に応じ、診察終了時刻を予想。最適な往路・復路送迎、商業施設等への立寄りを自動で提案、予約可能に。



（R6 国交省 地域交通DX
COMmmONS）

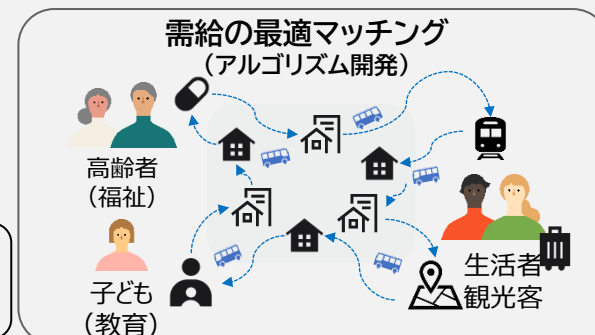
地域輸送資源のフル活用（介護、教育、生活連携）

岡山県玉野市のほか全国数力所で同時実証

福祉・観光・教育施設等の送迎車両の運用を共同化。簡素に操作できる共通システムの活用により、配車調整を自動化・省力化。

各施設の運営負担を軽減、介護、教育、生活の質を同時向上。

（R6 国交省 地域交通DX
COMmmONS）



都道府県や市町村の役割について（案）

- 都道府県は地域医療構想の主体となって取組を推進してきているほか、医療計画における5疾病6事業等の医療提供に関する様々な会議の運営を行っている。
- 国は都道府県に対し、地域医療介護総合確保基金等の財政的支援の他、データ提供等の技術的支援等を通して地域医療構想の推進を支援してきた。
- 地域医療構想における市町村の役割は、在宅医療・介護連携推進事業等の観点などに限られていたが、市町村が自治体病院の開設主体となっている場合や、介護保険事業の運営を担っているなど、新たな地域医療構想においては、市町村の役割も重要となる。
- 市町村立病院は、所在する市町村の市民等のみならず、その他周辺地域の住民に対しても医療が提供されている。こうした状況も踏まえると、市町村は、新たな地域医療構想において、病院の開設者としての役割も担う必要がある。
- 市町村立病院は、救急医療において中心的な役割を果たしている医療機関や医療資源の乏しい地域での医療を提供している場合がある。また、経営状態は悪化しており、多くの自治体で一般会計から繰出金を拠出されている。
- 在宅医療や介護との連携においては、地域ごとの在宅医療に必要な連携を担う拠点等が担っている役割や医療、介護資源に応じて、協議事項や会議運営は様々であることが想定される。
- 自治体レベルでは、地域公共交通の観点から、医療アクセスの向上に向けた取組がなされており、庁内での様々な連携が有用。



- 都道府県においては、すでに提供体制に関する会議体を多く運営している。今後、地域医療構想調整会議で議論すべき議題は多岐にわたり、自治体には介護や福祉だけでなく、庁内でのさまざまな連携が期待されるところ、会議が効率的に運用され、実効的な取組が進むよう、必要病床数と医療機関機能や、在宅医療と介護との連携を一体的に議論することや、既存の会議体で開催できることなど、都道府県が地域における実情を踏まえて整理・簡素化出来るよう、都道府県の意見も踏まえて、会議運営を柔軟に出来る旨をガイドラインに位置づけてはどうか。
- 市町村の役割について、自治体立病院や在宅医療・介護連携推進事業等の観点から、市町村に求められる役割の整理が必要ではないか。