

令和7年度医療政策研修会	資料 6
令和8年3月17日	

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

厚生労働省 医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

-7 地域医療構想と医療計画の関係

-8 精神保健医療福祉との関係について

本日は、1～6のポイントについて説明

I . 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II . 検討会における議論のとりまとめについて

II - 1 はじめに

- 2 新たな地域医療構想について

- 3 医療機関機能の確保について

- 4 医療需要の推計と病床機能報告について

- 5 人口規模に応じた地域毎の課題について

- 6 策定について

新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論

- 令和6年3月より「新たな地域医療構想等に関する検討会」を設置し、入院だけでなく、外来や在宅、介護との連携、人材確保等を含めた検討のための議論を開始。
- 新たな地域医療構想においては「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担の明確化し、地域完結形の医療・介護提供体制を構築すべき」といった方向性がとりまとめられた。
- 令和7年7月より「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」を設置し、上記とりまとめを踏まえた上で、新たな地域医療構想策定ガイドラインについての議論を開始し、令和8年3月にとりまとめを行ったところ。

■ 新たな地域医療構想に関する検討会（構成員）

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 文朗	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

(敬称略。五十音順)

■ 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（構成員）

伊藤 悦郎	健康保険組合連合会 常務理事
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会 会長
猪口 正孝	公益社団法人全日本病院協会 副会長
今村 知明	奈良県立医科大学 教授
今村 英仁	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長
遠藤 久夫	学習院大学 学長
岡 俊明	一般社団法人日本病院会 副会長
小川 祐幸	島根県雲南市健康福祉部保健医療政策課 管理監
荻野 構一	公益社団法人日本薬剤師会 副会長
尾崎 誠	長崎大学病院 病院長（一般社団法人全国医学部長病院長会議）
川又 竹男	全国健康保険協会 理事
坂本 泰三	公益社団法人日本医師会 常任理事
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事
菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
鈴木 美穂	認定NPO法人マギーズ東京 共同代表理事
瀬古口 精良	公益社団法人日本歯科医師会 副会長
玉川 啓	福島県 保健福祉部次長（健康衛生担当）
土居 文朗	慶應義塾大学経済学部 教授
橋本 美穂	公益社団法人日本看護協会 常任理事
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 会長
松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンター 所長
松田 宜親	山梨県身延町福祉保健課長
望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会 会長

(敬称略。五十音順)

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(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)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・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、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
 厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。
 都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとする。医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
 保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
 政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
 政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
 また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

- ・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べるができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- 外来医療計画に関する事項
- その他本検討会が必要と認めた事項

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

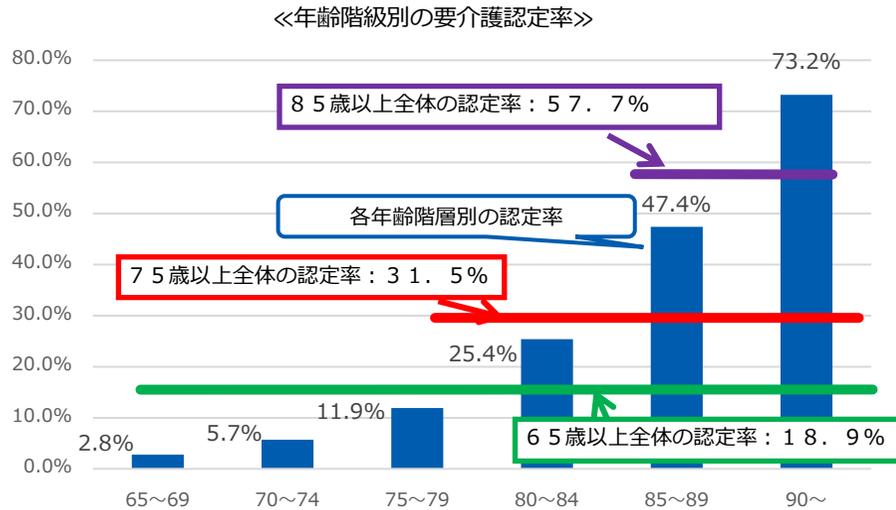
-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

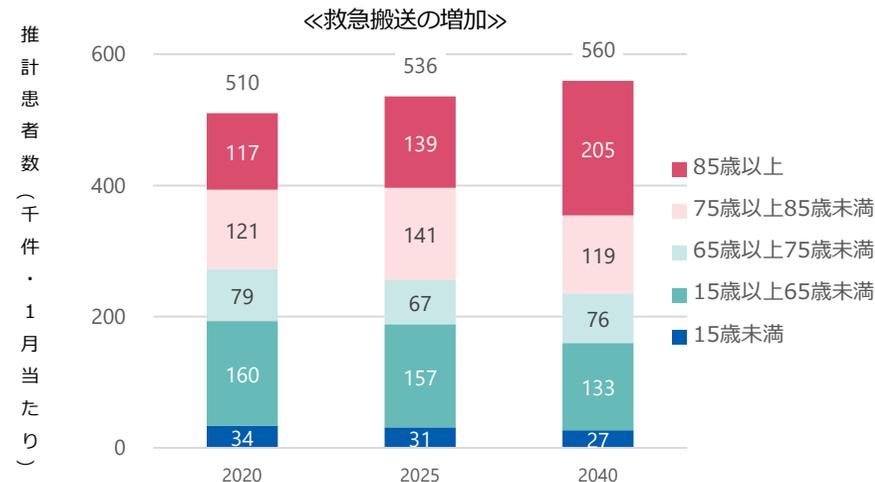
2040年頃に向けた医療の課題①

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

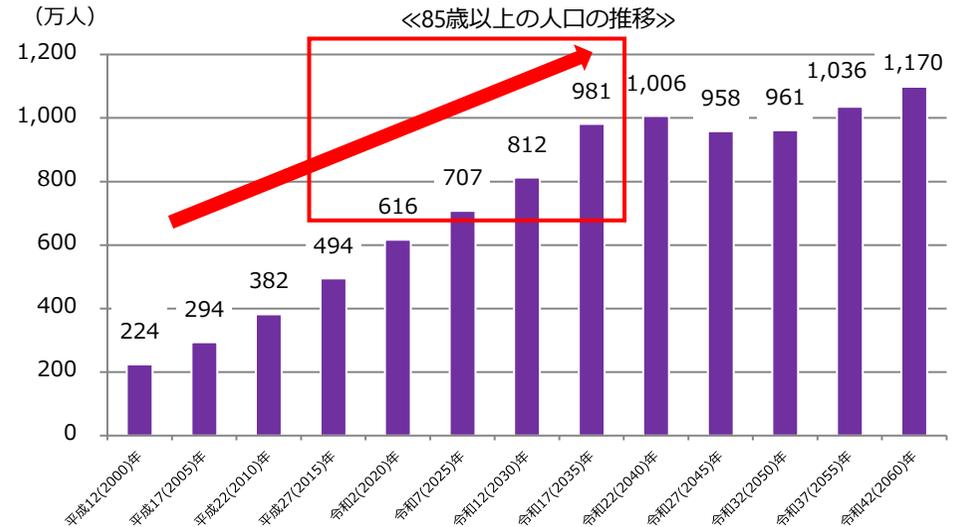
- 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。



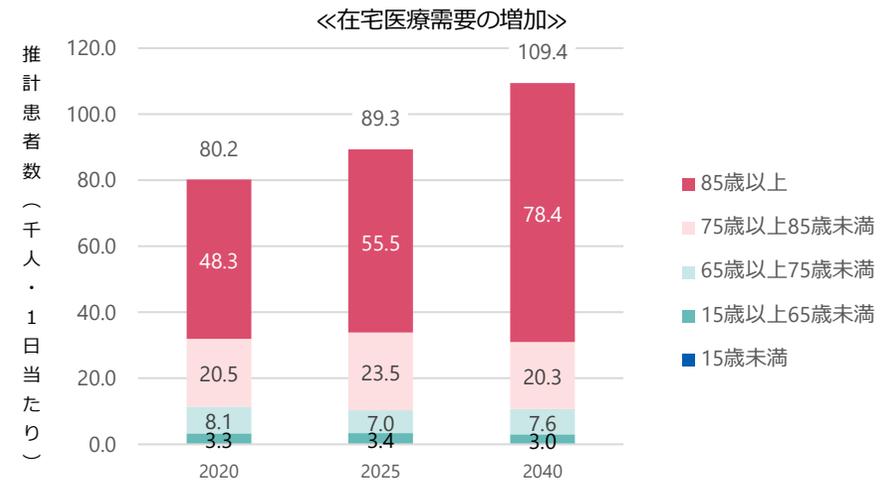
出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口から作成



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



（資料）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5年4月推計）出生中位（死亡中位）推計2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」



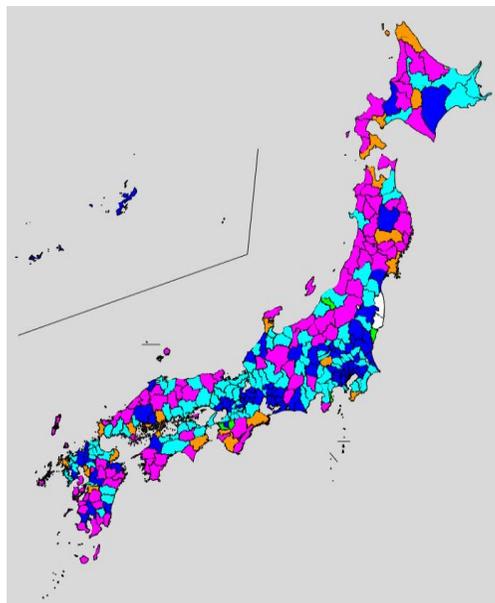
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に推計

2040年頃に向けた医療の課題②

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

◀入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）▶



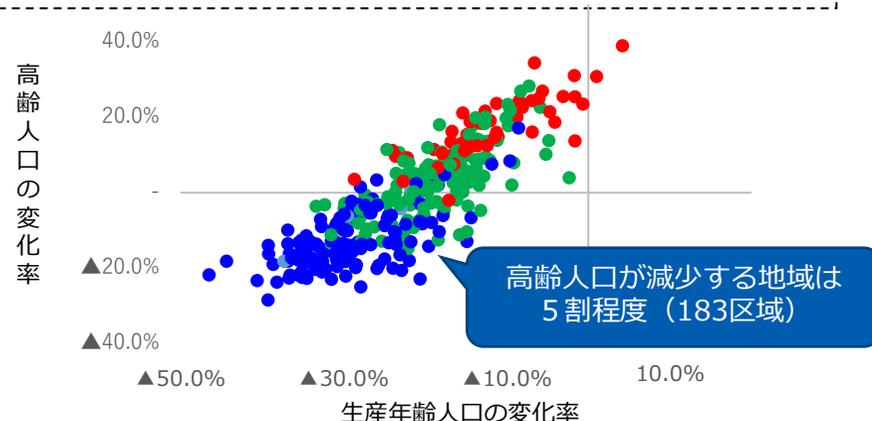
- : 2020年以前に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

◀2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）▶

	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%

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



II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

1. はじめに

新たな地域医療構想について

- これまで、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年を目途に、病床の機能の分化及び連携に向けて、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、地域医療構想の取組が進められてきた。
- 今後、2040年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療の需要の減少、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が進むことが想定される。
- こうした地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、新たな地域医療構想における取組を通じて、医療機関の連携・再編・集約化等を進め、2040年を見据えた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。
- 具体的には、地域包括ケアシステムの構築にも資するよう、2040年に向けた新たな地域医療構想においては、増加する高齢者救急や在宅医療への対応、人口減少する地域でも安心して医療にアクセスできる体制の確保、必要病床数や医療機関機能に着目した連携・再編・集約化、医歯薬連携等の推進、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要である。
- また、今後、人口が少ない地域においては、医療需要が減る中で、医療従事者の確保が困難となる一方、都市部においては、医療需要における高齢者の占める割合が高まり、急性期を担う医療機関が多く過当競争となるなど、一層、地域ごとに課題が異なっていく。このため、地域ごとの医療資源に応じた提供体制を確保し、都道府県内や、必要に応じて都道府県外との連携体制を確保し、補完していく必要がある。

新たな策定ガイドラインについて

- ガイドラインは、都道府県が2040年やその先を見据えて地域の医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた地域医療構想を策定し、医療計画の方向性を示すほか、その策定や継続的なPDCAを含めた今後の取組の指針となるものであり、これまでの病床の機能分化・連携だけではなく、医療提供体制全体の課題解決を図るものとして地域医療構想を位置付けるものである。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

人口構造の変化と踏まえた取組、構想区域、地域医療構想調整会議

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

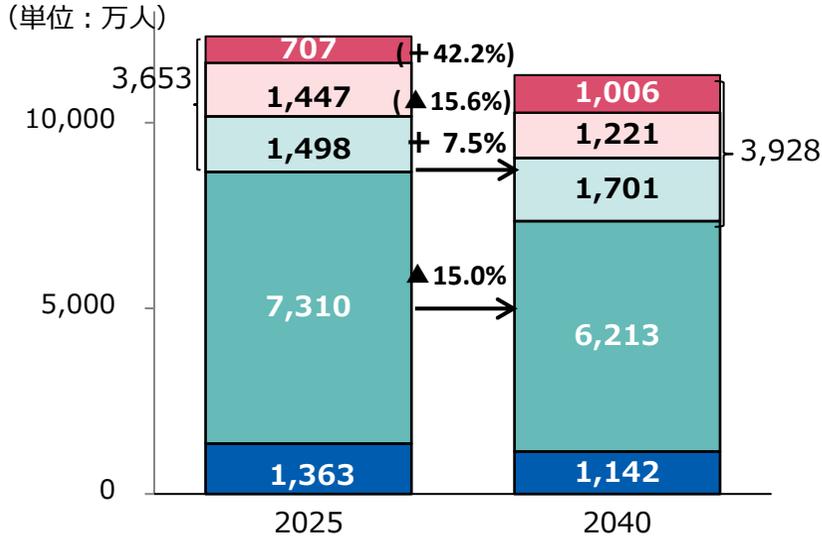
-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

2040年に向けた課題

ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

<日本全体の課題（人口構造の変化）>



(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

<地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



大都市型

医療需要

- 地域の人口：横ばい →
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：横ばい →

生産年齢人口

- 一部の地域で増 ↑
- 多くは0~30%程度減 ↓

課題

- 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備等

地方都市型

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 0~40%程度減 ↓

課題

- 支え手の減少に対応できる提供体制の構築等

人口の少ない地域

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：減 ↓
- 在宅医療需要：増 ↑ ~ 減 ↓
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 10~50%程度減 ↓

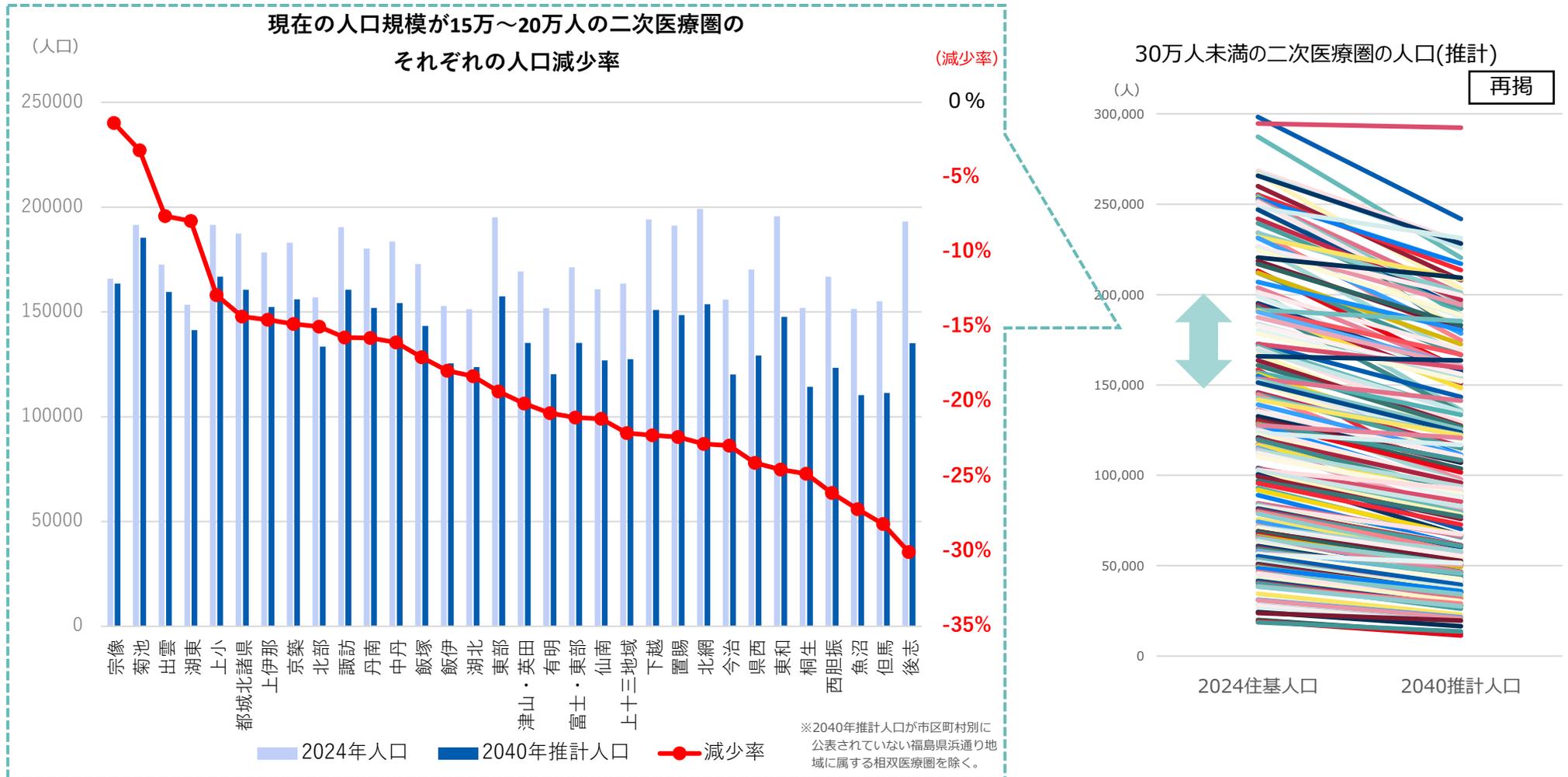
課題

- 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持等

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

人口減少の度合いの地域差

○ 現在の人口規模が同じような地域であっても、2040年に向けた人口減少の度合いは、今後約30%減少する地域から、数%の減少の地域まで様々である。

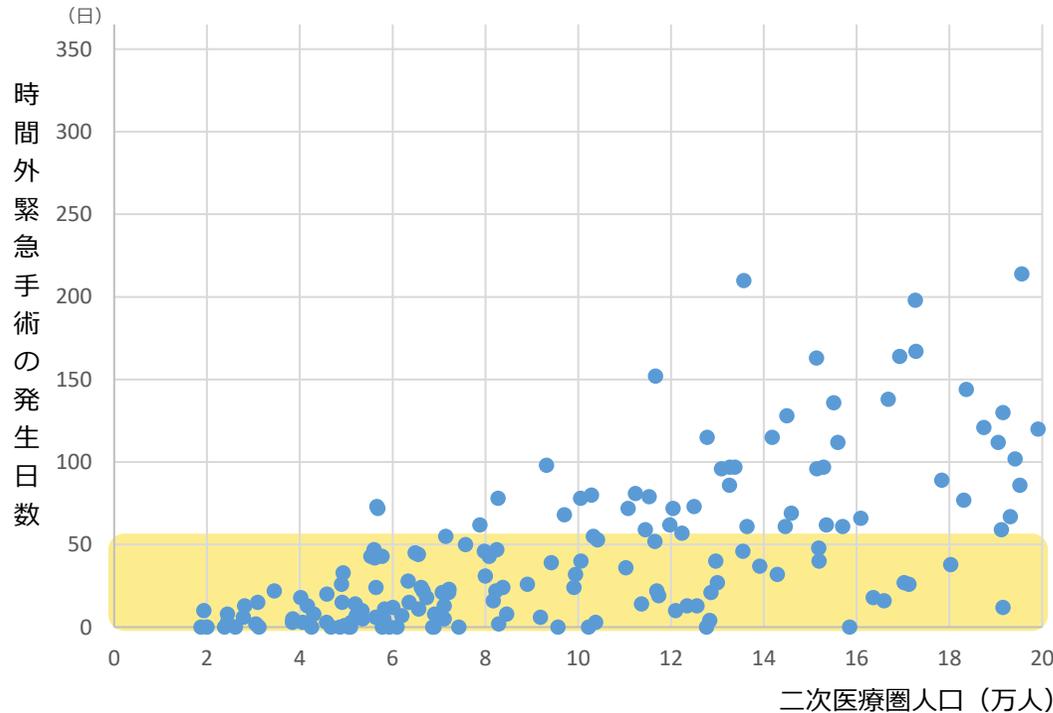


資料出所：総務省「住民基本台帳人口」(2024年)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」

二次医療圏の現状と課題

- これまで、二次医療圏は、入院に係る医療を一定程度完結すること、人口規模が20万人以上であること等を目安としながら設定されてきた。
- 他方、すでに半数の二次医療圏が人口規模20万人未満であり、例えば時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在する。緊急手術に対応できる体制は24時間365日確保することが求められるところ、
 - ・ 圏域として体制が確保できておらず、当該医療圏内で医療提供が完結していない
 - ・ 全ての需要に対応できているが、圏域における医療需要が少なく、提供体制として効率性に課題がある等の課題が考えられる。

人口20万人未満の二次医療圏における時間外緊急手術発生日数（年間）



「医療計画について」

（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。（略）人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討すること。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。また、設定を変更しない場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。

※ 時間外等緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

資料出所：2022年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）

新たな地域医療構想における検討事項と協議の場（案）

- 新たな地域医療構想において各検討する事項の協議の場については、都道府県ごとの既存の協議体と一体的に実施することや主な既存の協議体の議論を調整会議に報告するといった、都道府県の体制に応じて柔軟に設定できることとしてはどうか。

	具体的な検討事項	主な既存の協議体
全体的な事項・広域的な連携に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制についての都道府県の方針、大学病院との連携に関する事項等 	<ul style="list-style-type: none"> 医療審議会 都道府県単位の地域医療構想調整会議
構想区域の見直し、地域ごとの医療機関機能、病床機能に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想調整会議
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 外来医療の協議の場、かかりつけ医の協議の場 （二次医療圏その他の当該都道府県知事が適当と認める区域）
在宅医療、介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 作業部会 医療及び介護の体制整備に係る協議の場（二次医療圏※） <p>※二次医療圏と老人福祉圏域が一致していない場合や二次医療圏単位での開催が適当でない場合は、都道府県が適当と認める区域</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進事業に関する協議の場（市町村、都道府県）
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 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） <p>※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療対策協議会等の各職種の確保対策に係る協議体（都道府県）

住民の参加の例

- 地域医療構想調整会議に住民代表が参加している例や、市民公開講座において、地域医療構想に関する講演が行われている例等がある。こうした取組を通して、住民の地域医療構想への理解を推進することが重要。

調整会議への住民参加の例

つくば地域医療構想調整会議 委員名簿

区分	委員名		備考
		役職名	
医療関係団体	医師会	つくば市医師会長	
		茨城県きぬ医師会長	
	歯科医師会	つくば地区歯科医師会長	
	薬剤師会	つくば薬剤師会会長	
	看護協会	看護協会つくば地区理事	
	病院協会	水海道さくら病院長	
保険者		カスミ健康保険組合	
福祉関係団体		つくば市社会福祉協議会 副会長	
介護事業者		つくば特別養護老人ホーム連絡会 会長	
	住民代表	つくば市区会連合会 副会長	
市町村		つくば市長	
		つくばみらい市長	
		常総市長	
基幹病院等		筑波大学附属病院長	
		筑波メディカルセンター病院長	
		筑波学園病院病院長	
		水海道西部病院病院長	
		つくば双愛病院病院長	
		いちばら病院病院長	
		医療法人社団筑波記念会理事長(筑波記念病院)	
		医療法人社団恵仁会理事長(筑波中央病院)	
		なないろレディースクリニック院長	
学識経験者	消防	つくば市消防本部消防長	
保健所		つくば保健所長	

住民に向けた地域医療構想に関する講演の例

令和6年度市民公開講座

上手な 病院・診療所のかかり方 ～五泉市・阿賀町の地域医療について～

11/30

土

開場13:30
14:00-16:00

入場無料

会場

メイン会場

ラポルテ五泉 多目的ホール

サテライト会場

阿賀町役場 多目的ホール

※サテライト会場のみ要予約
申込先：阿賀町こども・健康推進課
☎ 0254-92-5762

こちらから動画を
視聴できます。

第1部 講演会

「新潟県地域医療構想について」
講師 新潟県福祉保健部副部長

(敬称略)

第2部
パネルディスカッション

【パネリスト】

五泉市長
阿賀町長
五泉中央病院副院長
県立津川病院院長
五泉市東蒲原郡医師会副会長

【コーディネーター】 (敬称略)

新潟県福祉保健部副部: (敬称略)

主催 五泉市東蒲原郡医師会在宅医療推進センター／五泉市在宅医療・介護ネットワークの会
共催 新潟県新潟地域振興局健康福祉部 五泉市 阿賀町
お問い合わせ 一般社団法人五泉市東蒲原郡医師会 ☎

2. 新たな地域医療構想について

(1) 地域における人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。このほか、例えば以下のとおり、**地域の人口規模**に応じた課題がある。
- 大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。相対的に医療資源が多く存在し、医療の担い手の不足は限定的である。
- 地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。
- 人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。
- また、現在の人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、**地域特有の課題**がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

(2) 構想区域

- これまで、二次医療圏の中で、一定の医療が完結することを目的に構想区域を設定してきており、このため、医療計画において、人口20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、その設定を見直すこととされてきた。また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用をしてきている。
- **現在、二次医療圏の半数近くが20万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難**である。現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、**必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。**
- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たった関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまでも在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

2. 新たな地域医療構想について

(3) 地域医療構想調整会議

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療ニーズや人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと、また、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討する場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。
- 参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に協議の場の設定ができるようにすることが重要である。
- 例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、議題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位で急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する協議については、当該医療機関、医師会、病院団体等に限って協議を行うこと等が考えられる。
- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。
- このため、都道府県単位の地域医療構想調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の設定、取組案の検討や決定の策定に向けた各段階において、都道府県は案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

- 2 新たな地域医療構想について

関係者に期待される役割等、策定・推進のためのデータ

- 3 医療機関機能の確保について

- 4 医療需要の推計と病床機能報告について

- 5 人口規模に応じた地域毎の課題について

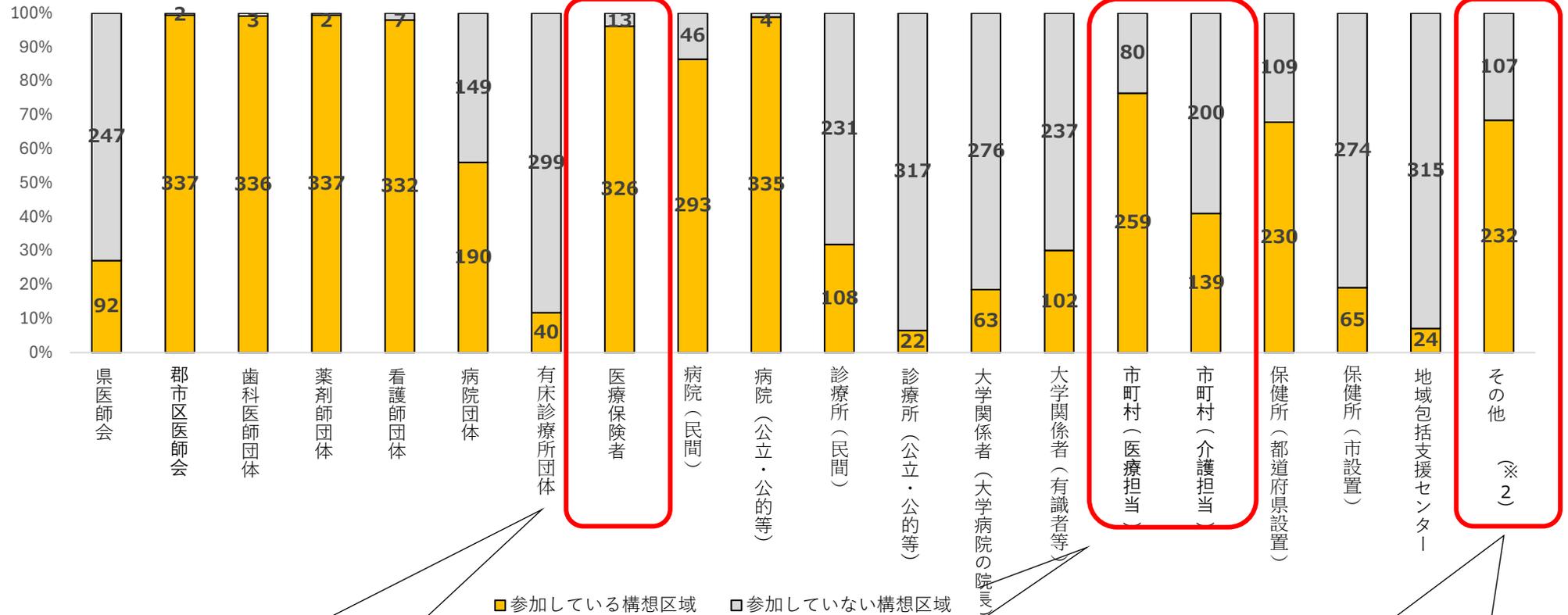
- 6 策定について

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

令和7年12月12日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（一部改）

○ 地域医療構想調整会議の構成員の状況を見ると、「郡市区医師会」「歯科医師団体」「薬剤師団体」「看護師団体」「医療保険者」「病院（公立・公的等）」は、ほとんどの構想区域で参加している。

（令和7年3月末時点）



医療保険者が参加していた構想区域は、330区域中、326区域（約99%）であった

市町村が参加していた構想区域は、330区域中、259区域（医療担当約78%）・139区域（介護担当約42%）であった

住民代表や患者代表が参加していた構想区域は、330区域中、49区域（約15%）であった（※3）

医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

※1 令和6年3月末時点は、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置していたため、母数は341となっている。

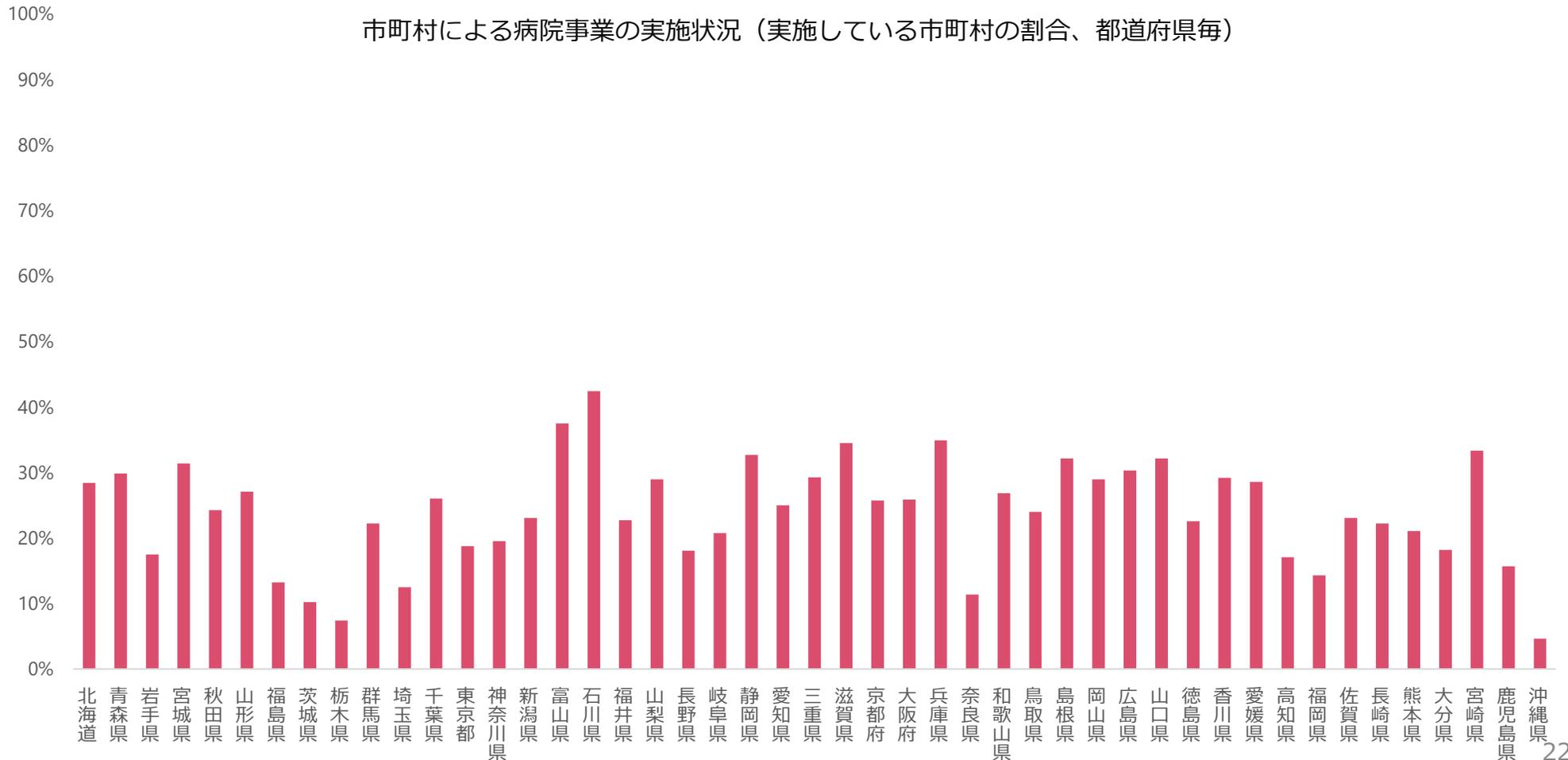
※2 社会福祉協議会、消防本部、訪問介護ステーション協議会、介護・福祉関係団体、住民代表 等

※3 地域医療構想調整会議の構成員として「その他」を選択した232区域の内、自由記載欄で「住民」「患者」「受療者」といった立場の者が記載されている区域を集計したもの。

市町村による病院事業の状況について

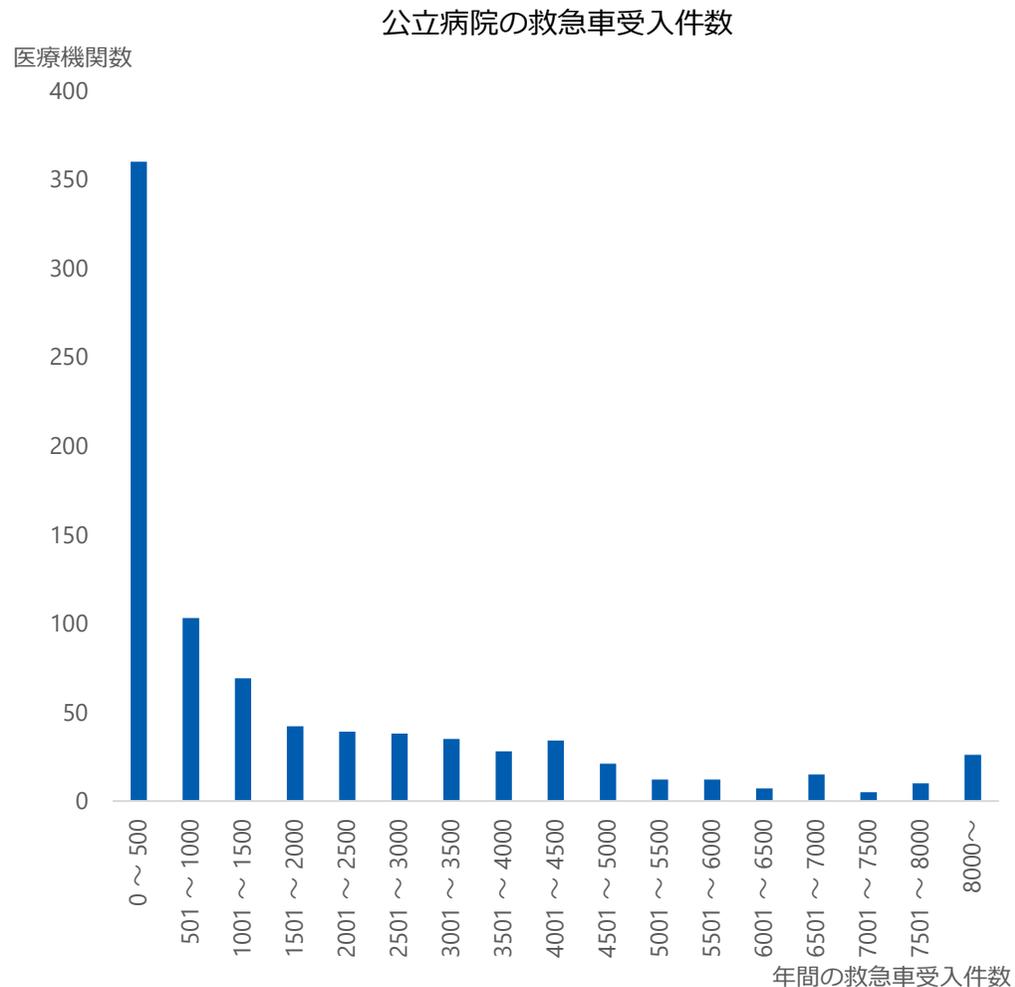
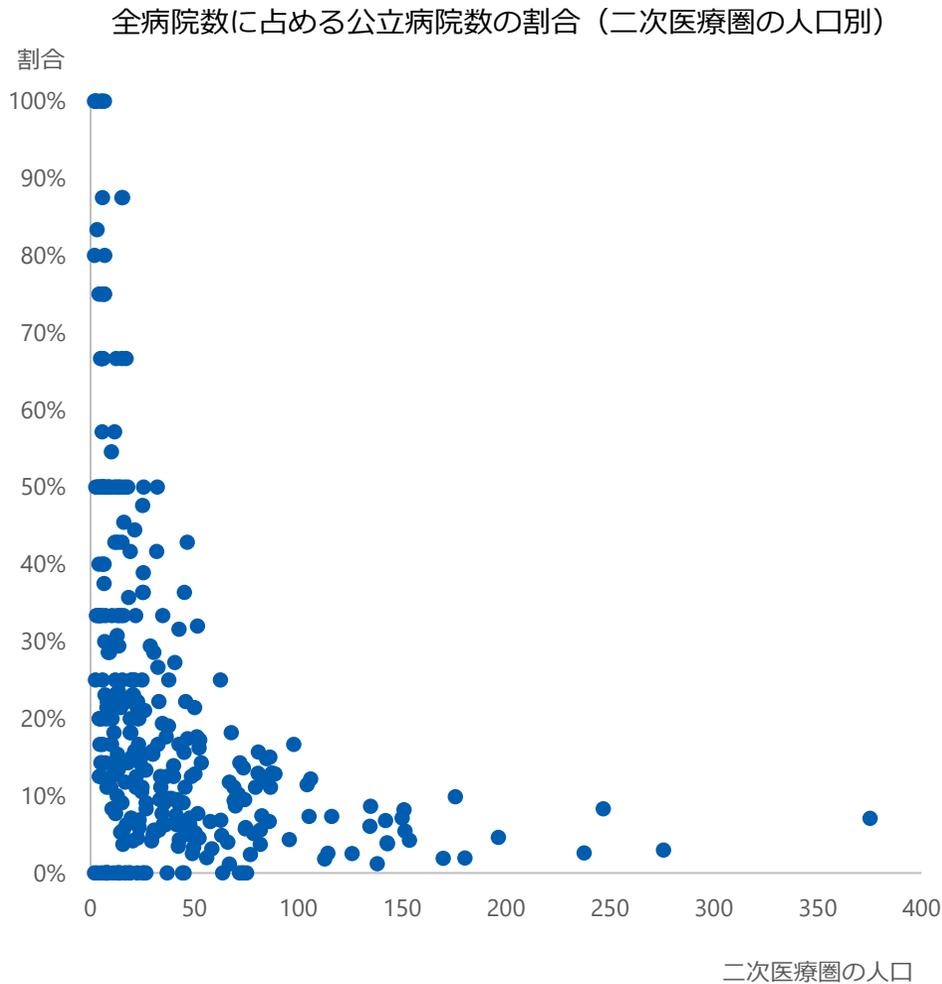
- 市町村ごとに、病院を有する場合や構想区域と市町村が一致する場合等があり、一部の市町村においては、入院医療の提供体制の協議に携わっている。
- 特に、市町村が病院事業を実施している場合、地域医療構想において、入院医療や医療機関機能に関する取組においても一定の役割があると考えられる。

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）



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。



調整会議に参加する関係者の役割について（案）

- 地域医療構想調整会議に参加する関係者として位置付けることとなる市町村及び介護関係者について、以下のような役割についてガイドラインにおいて位置付けることとしてはどうか。

	主な役割
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 市町村立病院の開設者としての観点だけではなく、将来にわたって、地域全体での医療提供を確保するといった観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の提供体制の構築・維持や医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。 介護保険事業の実施主体として、介護側の課題を調整会議において共有するとともに、医療側の課題を理解し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。
介護関係者	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組への協力が求められる。 介護施設における入所者の重症化予防に向けた取組や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組を推進することが求められる。

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(休棟中等除く)					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	休棟中等	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	平均在棟日数				
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%	未報告	2	1	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)									
		休棟中等を含む計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	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	平均在棟日数				
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														
52 ●●●	●																							
53 ●●●	●																							
54 ●●●	●																							

各構想区域別に表示

未報告
未報告
未報告

2. 新たな地域医療構想について

（4）関係者に期待される役割等

① 都道府県

- **地域医療構想の策定や推進の主体**として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。
- また、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護部門と連携して対応することが求められるとともに、市町村によっては医療提供に関する部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、**研修の実施など、必要な支援**を行うことが求められる。
- また、**都道府県庁内の介護関係部署**をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部署や関連する市町村、**都道府県間での連携体制**の構築も求められる。
- 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

② 国

- 地域医療構想の取組主体としての都道府県に対して、**必要な助言や支援等**を引き続き実施する。都道府県に対し、地域医療構想の策定や推進に係る考え方の提示、都道府県の進捗や運用に対するフォローアップ、地域医療介護総合確保基金等を通じた財政的な支援やデータ分析に関する体制構築支援、都道府県ごとに行われている取組の把握や横展開のほか、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施すること等、さらなる支援体制の強化が求められる。
- また、議論のために必要なデータ等のうち、都道府県ごとの把握が困難であり、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、適宜提供することが求められる。

③ 市町村

- 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- 病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関があるなど、地域における役割は様々である。**市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。**
- 介護保険関連では、**介護保険事業の実施主体**として、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図りつつ、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。
- また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。

2. 新たな地域医療構想について

（4）関係者に期待される役割等

④ 大学病院本院（「3.（7）医育及び広域診療機能」も参照。）

- 大学は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。

⑤ 医療関係者

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には、関連する議題に応じて、協議に参画し、取組を推進することが求められる。

⑥ 公立・公的病院等

- ③の市町村と同様、県立病院や公的病院等や、その設置主体である都道府県、日本赤十字社、済生会、厚生連、国立病院機構、労働者健康安全機構等においても、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて取組を進めることが求められる。

⑦ 医療保険者

- 健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県単位での地域医療構想調整会議に参画することや、地域ごとの調整会議への参加者については、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。また、地域ごとの協議について都道府県が保険者協議会の場等において定期的に報告する場を設定することが求められる。
- また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や市町村国保の保険者としての観点から、効率的な提供体制の構築に向けて構想の推進に取り組むことが求められる。

⑧ 介護関係者

- 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。
- 特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。
- 増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑨ 地域医療構想アドバイザー

- データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに地域の医師会関係者や地域の医療提供体制に詳しい学識経験者等が任命されている。こうした地域の医療提供体制に関する有識者に加えて、医療提供体制に関する公衆衛生学の教員等の医療政策に関する有識者等の需要推計等を提供体制の議論に活用できる者、他の地域で医療機関の再編や統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の現場での利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

2. 新たな地域医療構想について

(5) 策定・推進のためのデータ

- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについて、ガイドラインで整理することが必要である。また、診療領域ごとの病院単位での入院患者数のデータ等といった詳細なデータについては、国以外で作成されているデータの活用のほか、国におけるデータ提供や、都道府県が公開データから必要なデータを加工できるような体制作りに向けた支援を行うことが求められる。
- 今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告することが求められる。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

基本的な考え方、医療機関の連携・再編・集約化について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>※ 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</p>

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。

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1 - 2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20 - 30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定し**、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

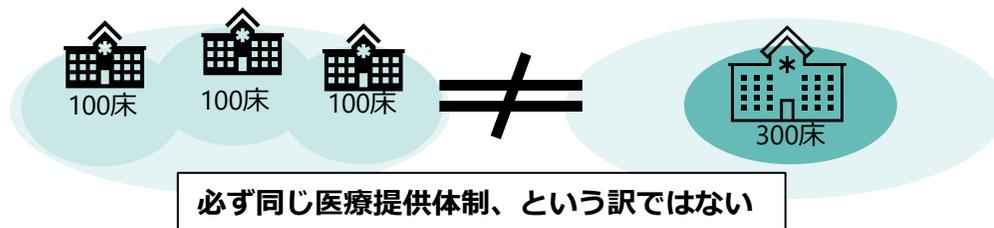
3. 医療機関機能の確保について

(1) 基本的な考え方

- 今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進する必要がある。
- 医療機関の連携・再編・集約化については、地域における急性期拠点機能を担う医療機関の確保をはじめとして、高齢者救急等の救急搬送への対応や慢性期の医療需要に対応する体制の確保等、単に医療機関機能を選択するだけでなく、それぞれの機能において求められる医療提供体制の課題や、必要に応じて医療機関の経営状況等を踏まえながら、地域ごとに把握し協議を行い、地域全体で取り組むことが重要となる。
- また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。
- まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行う。協議において、遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040年に向けて担う医療機関機能を決定した上で、地域医療構想調整会議での決定以降は、決定された医療機関機能とその診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028年度以降に、医療機関の取組の状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、医療機関機能の見直しが行われることも想定されるため、そうした変更があった場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認することが求められる。
- 在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っており、そうした場合に多くの医療機関で複数の役割を報告する中でも、将来の役割分担に資するよう、例えば、2040年に向けて医療機関が複数の機能を担う場合に、それぞれの機能に加えて主たる機能にも着目しながら協議することも考えられることなど、複数の医療機関機能を報告する上での考え方を整理することが必要である。

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

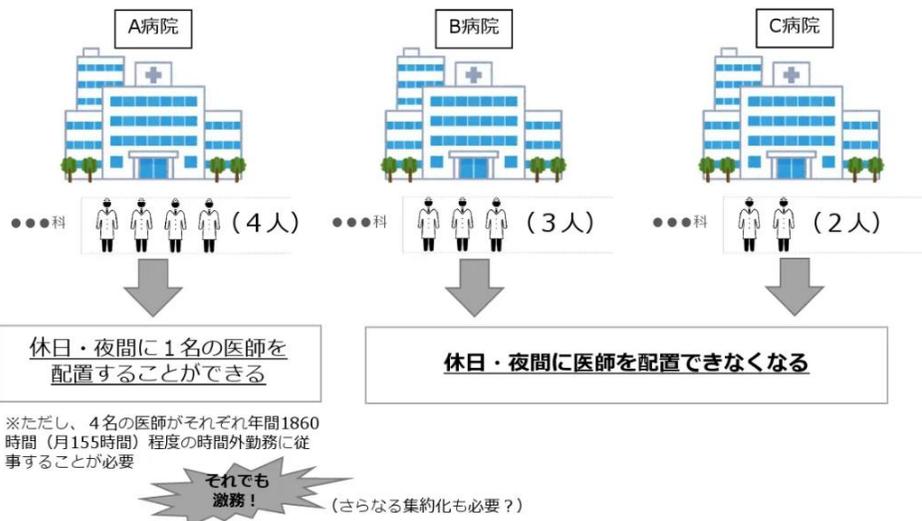
- 救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも相関するところ、地域において適切な医療提供体制を確保する観点を踏まえると、同じ病床数であっても、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。



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

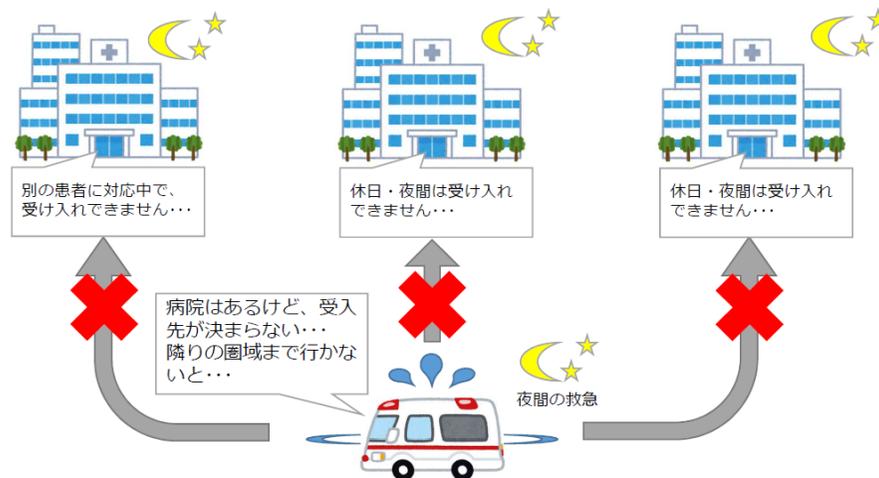
- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



今から手を打たないと...

補足1-8

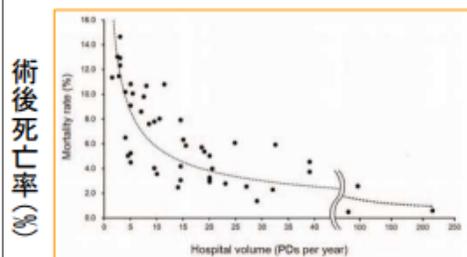
- 人的資源（医師等）の分散により、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ（※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません）



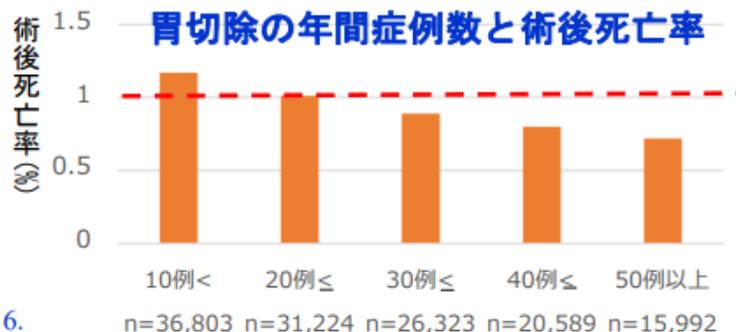
どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

日本消化器外科学会提出資料

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
-集約化によって見込まれる短期成績の向上-



年間の当該手術数
Hata T, et al. Ann Surg 2016.



超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。
厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
(藤原俊義ら、2020)

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.

(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.

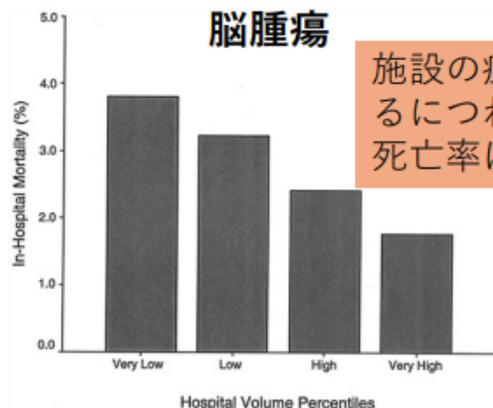


消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

< 医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容 >

令和6年10月30日第7回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料3）

日本脳神経外科学会提出資料

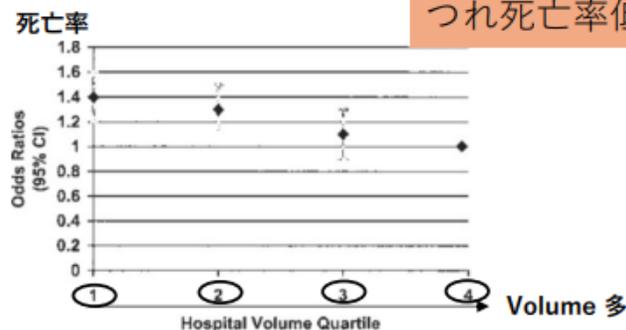


施設の症例数が増えるにつれて入院中の死亡率は低下する

Cowan JA Jr, et al. The impact of provider volume on mortality after intracranial tumor resection. *Neurosurgery*. 2003 52(1):48-53

くも膜下出血

症例数が増えるにつれ死亡率低下



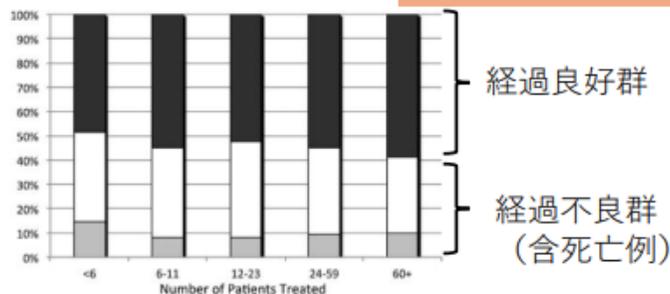
Cross DT 3rd, et al. Mortality rates after subarachnoid hemorrhage: variations according to hospital case volume in 18 states. *J Neurosurg*. 2003 99(5):810-7



頭部外傷

症例数が増えると経過不良群が減少

患者の割合

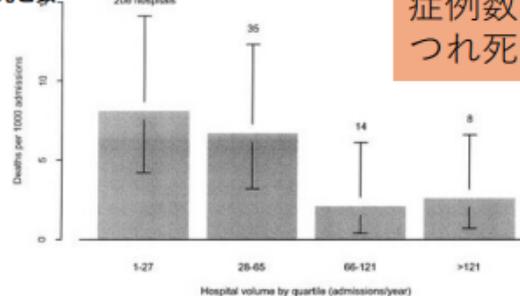


Clement RC, et al. Volume-outcome relationship in neurotrauma care. *J Neurosurg*. 2013 118(3):687-93

小児神経外科手術（シャント手術）

症例数が増えるにつれ死亡率低下

1000人あたりの入院中死亡数



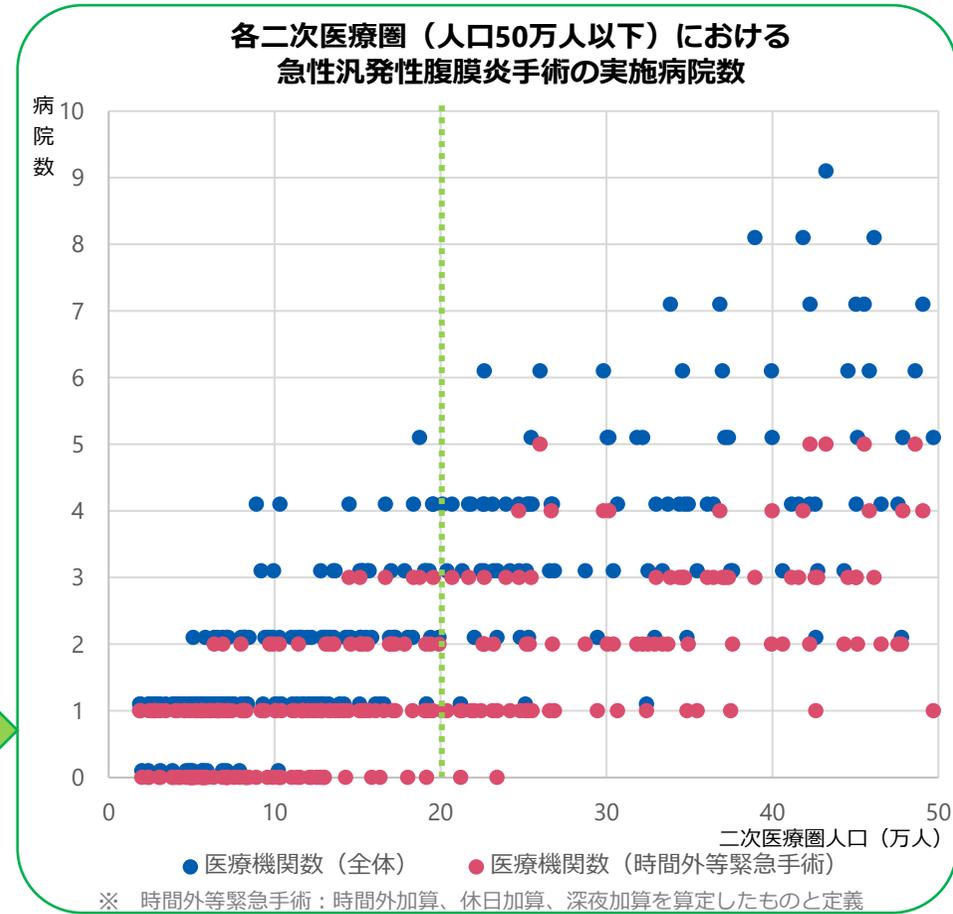
Smith ER, et al. In-hospital mortality rates after ventriculoperitoneal shunt procedures in the United States, 1998 to 2000: relation to hospital and surgeon volume of care. *J Neurosurg*. 2004 100:90-7

消化器外科手術について

- 消化器外科や整形外科については手術の件数が多く、二次救急においても中心的な役割を担うことがあると指摘されている。例えば消化器外科において、頻度が高い胆嚢摘出術や虫垂切除術、緊急性のある腹膜炎手術等については、地域ごとに一定の体制の確保が求められる。
- 二次医療圏ごとの急性汎発性腹膜炎手術の実施について、人口20万人を超えるとほとんどの区域で1病院以上確保されている一方で、20万人以下の二次医療圏では緊急で実施している病院がない場合がある。

消化器外科手術算定回数（年間・入院）

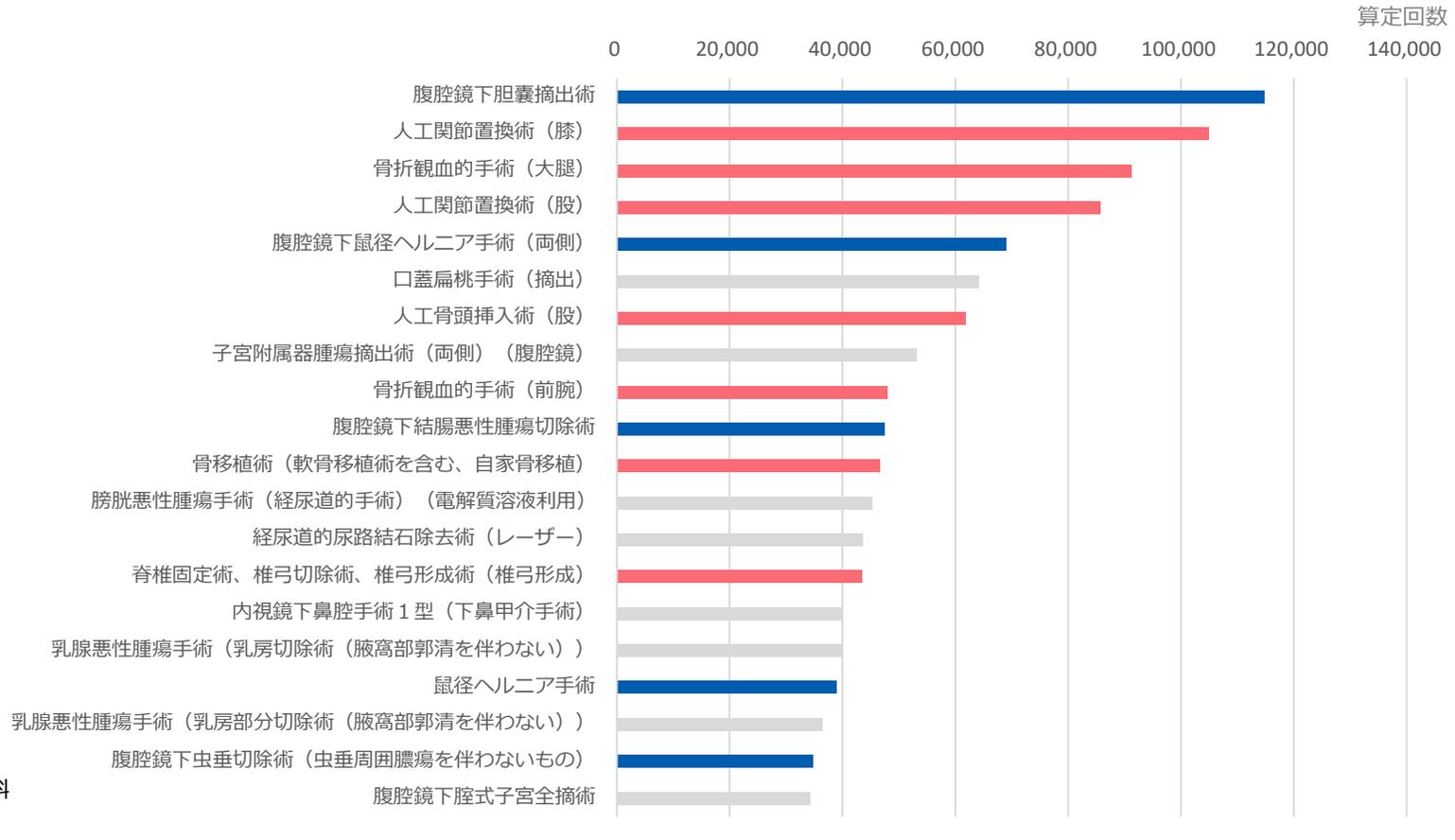
	手術名	算定回数
1	腹腔鏡下胆嚢摘出術	115,842
2	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）	76,013
3	鼠径ヘルニア手術	64,484
4	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴わないもの）	34,969
5	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	16,580
6	腹腔鏡下虫垂切除術（虫垂周囲膿瘍を伴うもの）	14,941
7	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術	14,795
8	胆嚢外瘻造設術	14,182
9	胆嚢摘出術	14,002
10	小腸切除術（その他）	12,012
11	結腸切除術（小範囲切除）	9,980
12	人工肛門造設術	9,285
13	腸管癒着症手術	9,003
14	腹腔鏡下結腸切除術（小範囲切除、結腸半側切除）	8,880
15	腹腔鏡下人工肛門造設術	8,788
16	急性汎発性腹膜炎手術	8,114
17	臍ヘルニア手術	6,960
18	経皮的肝膿瘍ドレナージ術	6,645
19	腹腔鏡下腸管癒着剥離術	6,444
20	腹腔鏡下試験開腹術	5,727



全身麻酔手術のための体制について

- 入院で行われている全身麻酔手術は、消化器外科や整形外科に関連した手術が多い。地域においても、均てん化して提供することが望ましい手術の提供を維持するため、特に人口が少ない地域では、確保が困難な麻酔科医や手術関連スタッフ等の医療資源を効率的に活用するため、手術を提供する医療機関は複数の診療科、一定の症例数に対応することが重要となる。

全身麻酔手術（入院）の件数上位20



消化器外科
整形外科

3. 医療機関機能の確保について

(6) 医療機関の連携・再編・集約化について

- 今後、2040年に向けて、人口の少ない地域においては、高齢者人口も減少し、医療の担い手の不足が見込まれ、様々な医療需要が減少する。
- 大都市型の地域においては、医療需要の総量としては大きく減少はしないが、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変化していく。こうした中で、大都市型の地域における提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方等への影響だけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向等により、結果として医師の偏在等が助長されること等も懸念されることを踏まえると、それぞれの地域ごとにその状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。
- 急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等の確保すべき疾患に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術については、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。
- また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種を確保するという観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。
- 救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、初期診療を実施した結果、緊急性が高く、専門的な医療が必要な場合等に、救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。高齢者救急に係る実施基準の検討にあたっては、地域の実情に応じて下り搬送や上り搬送の活用等についても、メディカルコントロール協議会等において、地域医療構想の考え方も踏まえて検討することが求められる。
- また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入れや手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

高齢者救急・地域急性期機能

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

高齢者の急性期における疾病の特徴等

- 85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。
- 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。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

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

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
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	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>疽を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

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>

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。救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児入院医療管理料、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者を対象とした。

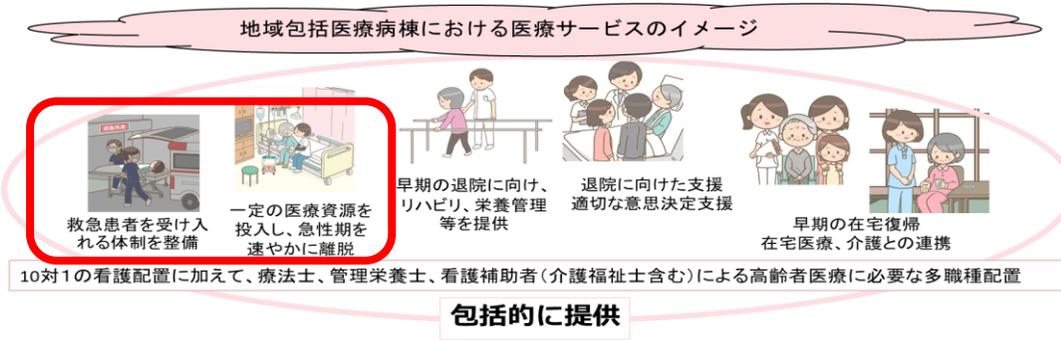
85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

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

高齢者救急の基本的な考え方

高齢者救急の基本的な考え方

① 単純に年齢や疾患で区切ることは困難

- 高齢者の年齢に関する定義は、機関等によりさまざまであり、高齢者に適した医療を提供する観点からも、年齢だけでなく、身体・認知機能等も含めた検討が求められる。

② 手術等の必要な症例の割合が少なく、対応可能な医療機関が多い

- 若年者と比較して、高齢者は手術や処置等が必要となる疾患の頻度は限定的であり、**医療資源を多く必要とする医療を必要とする症例の割合が少ない。**
- 高齢者救急について、現在でも、対応している医療機関の数は多い。

③ 包括的な入院医療の提供の必要性

- 入院により、ADLが低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、**入院早期からリハビリテーションを提供し早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携を包括的に**行うことが求められる。

医療機関と介護保険施設の連携

- 介護保険施設において、入所者等の病状が急変した場合等に、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等の要件を満たす協力医療機関を確保することとされており、医療機関と介護保険施設の連携が推進されている。
- 高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能においては、協力医療機関の役割を担うことが求められる。

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
<p>■ 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。</p>	

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

<p>【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。</p>

協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
<p>■ 高齢者施設等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適切な対応が行われるよう、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。</p>	

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

<p>【基準】 ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。 ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、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、診療を行う体制を常時確保していること。 イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用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 利用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、速やかに再入居させることができるように努めることとする。</p>
--

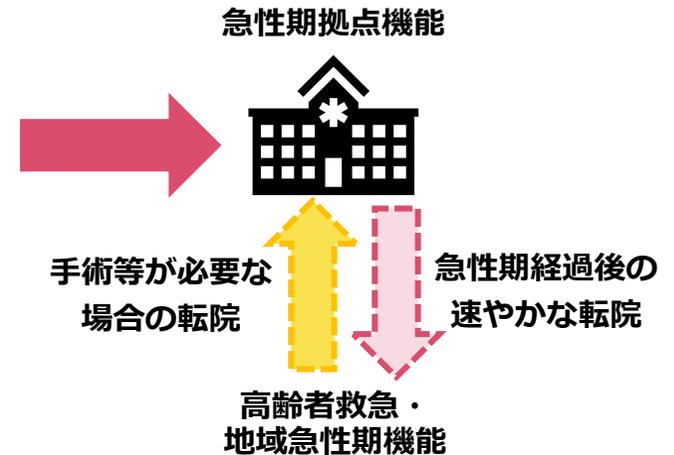
急性期・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 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

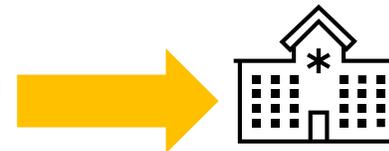
手術等の分担

- 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



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



※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。

3. 医療機関機能の確保について

(2) 高齢者救急・地域急性期機能

① 高齢者救急について

- 高齢者は一般的に、年齢が上昇するほど介護が必要となり、また、高齢者救急については、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られることから、入院医療の需要は高まるものの、高齢となるほど手術を要する入院の割合は低下していく。そうした疾患は、地域の基幹的な医療機関以外の医療機関も含め、多くの医療機関で対応されている。
- また、入院によりADLが低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供して早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。
- さらに、高齢者個人に着目すると、同年齢でもADL等の差が大きく、また、高齢者に特徴的な疾患や症候であっても、集中的な医療資源を投入して救命の上、生活に復帰する場合も存在するなど、年齢で一概に高齢者救急を定義づけることは困難である。
- こうした特徴を踏まえると、患者の救急搬送先を選定する際に、何らか一律の基準をもって当該患者が高齢者救急であると判断して包括期の病床を有する医療機関に搬送する、といった一律な対応は困難であるが、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携の体制の構築や地域の医療提供体制の確保状況を踏まえながら、高齢者救急について、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）に位置づけることが必要である。
- また、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護保険施設でのリハビリテーション提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要である。

② 医療機関機能について

- 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テーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入れ後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。
- 人口の少ない地域等で、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域の個別の実情、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

急性期拠点機能

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

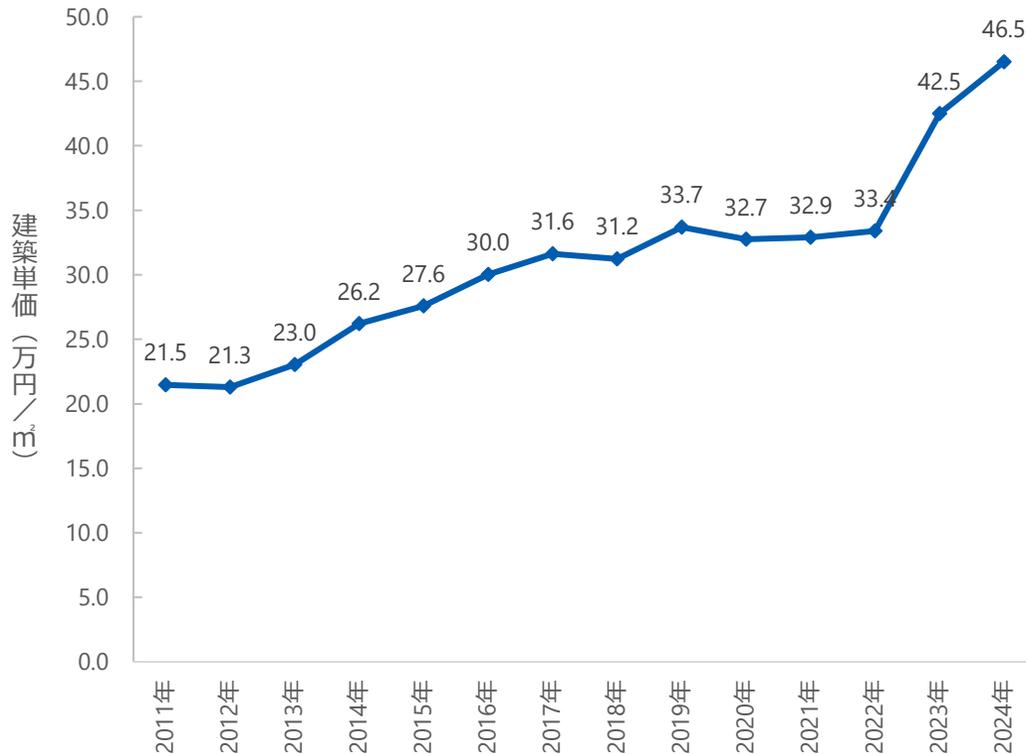
- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	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	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<p>○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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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） <p>等</p>
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p>等</p>
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p>等</p>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 <p>47 等</p>

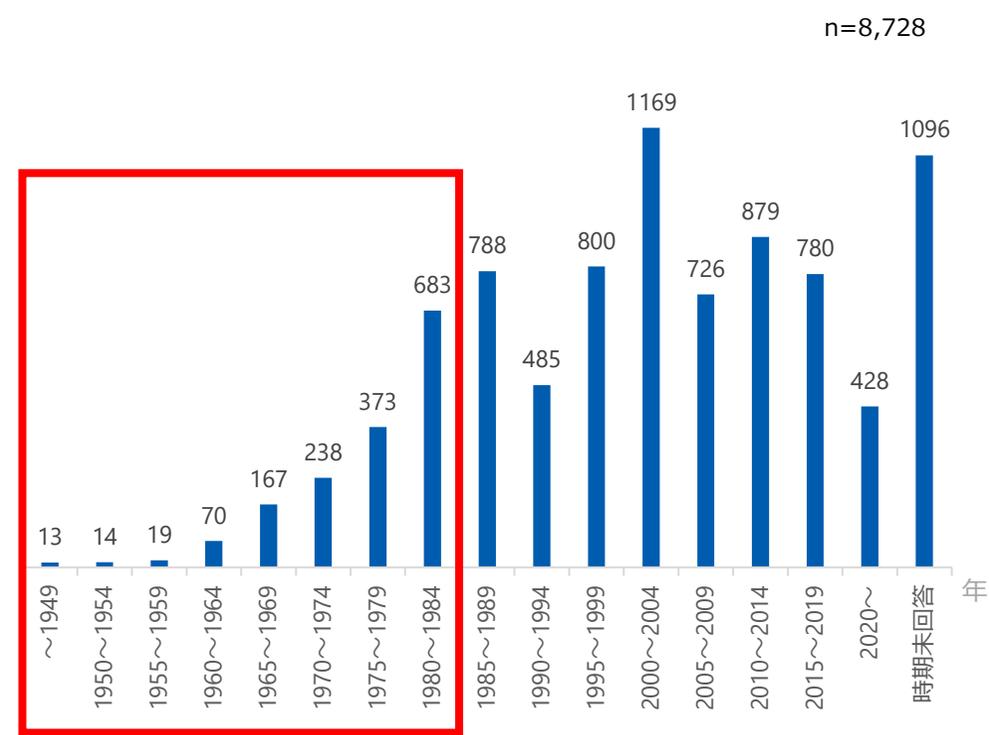
医療機関の建替えについて

- 医療機関の経営が悪化している中、再編や統合の取組、老朽化のための建替えは必要であるが、医療機関の建築費は年々増加している。
- 現時点では約1,600病棟、約16万床分で築40年超と見込まれる。医療提供体制の確保のための協議に当たっては、建替えも含めて実現が可能か検討する必要がある。

病院・診療所の新規着工建築単価の推移



建築時期別の病棟数

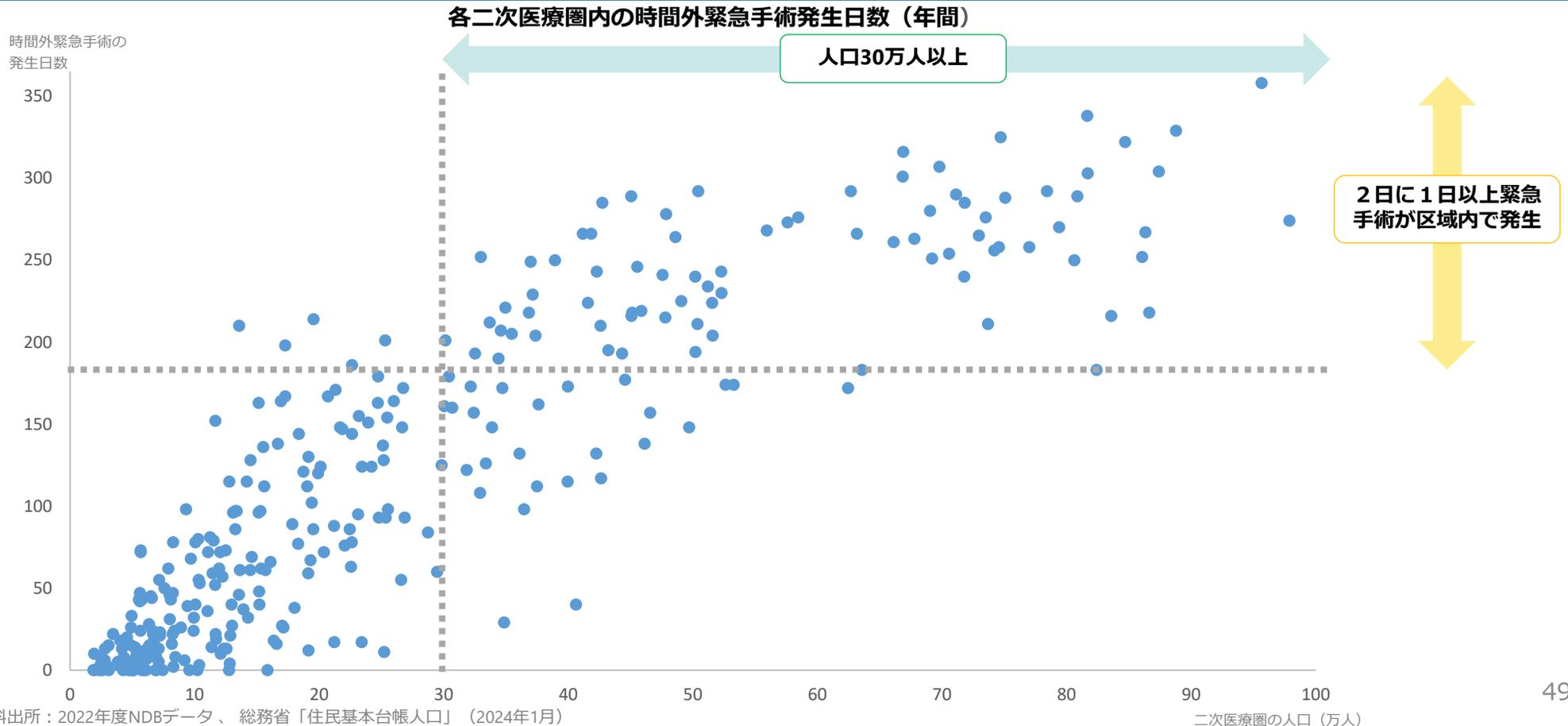


・国土交通省「建築着工統計調査」に基づき作成
 ・建築単価は、工事費予定額÷床面積にて算出

・令和6年度病床機能報告の建築時期より集計（病床数については、許可病床数を集計）。
 ・同一病院内の同一建築時期の病棟を1棟として計上。
 ・未回答の病棟数は同一病院内に複数の建築未回答の病棟がある場合も1棟として計上
 ※仮に未回答分の建築時期が分布通りだとすると、約1,800病棟、約19万床分の建替えが必要

人口規模に応じた急性期拠点機能の医療機関の数

- 効率的な急性期医療の提供体制を構築することが重要であるところ、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多く、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を1つ確保することが必要。
- 他方、人口30万人未満の二次医療圏であっても緊急手術が多い場合や、人口が30万人超であっても少ない場合も存在する。急性期拠点機能の数の検討にあたっては人口規模に加え、医療の需要の状況や患者の流出入等の地域の実情を踏まえることも必要。



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	<ul style="list-style-type: none"> 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。
地域の医療機関への人的協力	地域の医療機関への診療体制確保 のための協力を実施。	大学病院本院は、急性期拠点への人的協力を行うとともに、急性期拠点は、地域の医療機関における代診医や当直医の確保等に協力する。

※個々の役割については、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも担うことが想定される。

3. 医療機関機能の確保について

(3) 急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、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ものである。
- 急性期拠点機能は、救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。
- また、急性期拠点機能に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。
- その他、診療実績だけに着目した場合に、急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなるが見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。
- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多いことや、人口20万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口20万人から30万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。
- 大学病院本院が所在する構想区域の場合であって、当該大学病院本院が当該区域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能であれば、必要に応じて大学病院本院と別に急性期拠点機能を確保することも検討する。
- また、人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が30万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。
- 急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な24時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念される。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

在宅医療等連携機能、専門等機能

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

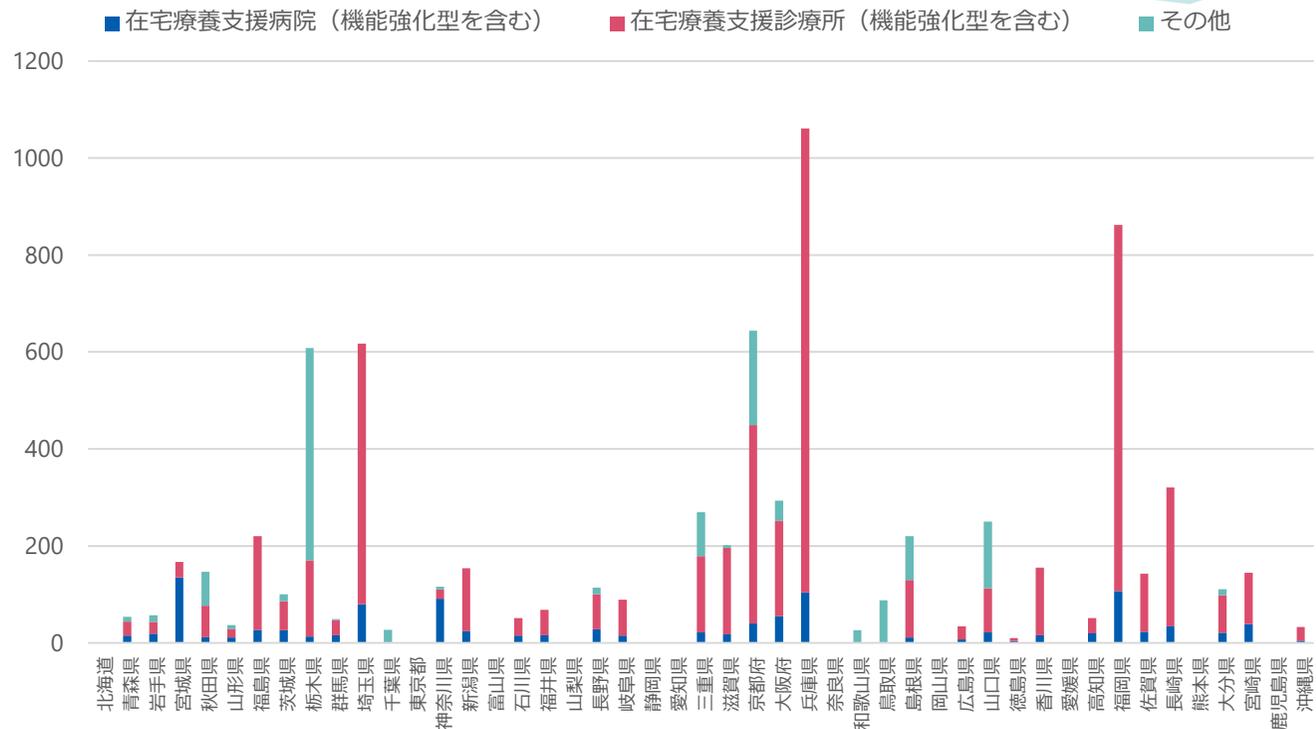
- 医療計画において、都道府県は在宅医療の提供体制構築のため、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所などを念頭に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を確保することとしており、当該医療機関の状況を見ると、在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所が多い一方、地域によっては、在宅療養支援歯科診療所・在宅療養支援歯科病院、訪問看護事業所や薬局が担っている場合もあった。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ・ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。
- ・ また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

※ 指定がない又は少ない都道府県については、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の指定を調整中、現在は明確に定めていないが在支診・在支病を含むことを想定している等の状況にあることが考えられる。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定状況



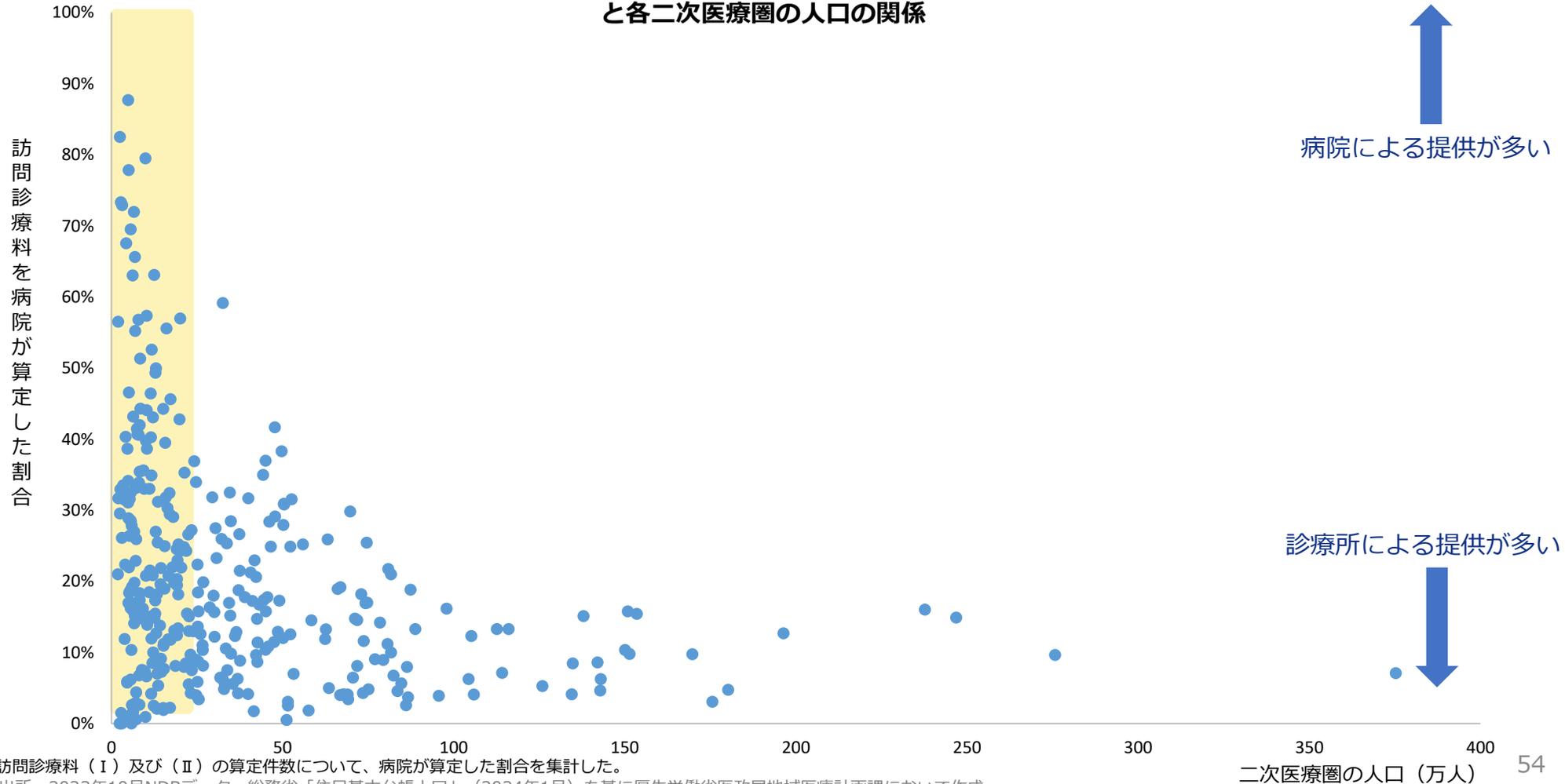
（その他の例）

- ・ 在宅療養支援歯科診療所
- ・ 在宅療養支援歯科病院
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局 など

訪問診療において病院が担っている役割

- 在宅医療について、特に人口の少ない二次医療圏においては、病院が一定の役割を担っており、増加する在宅医療需要を支えるために供給が足りない地域においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療を提供することも求められる。

各二次医療圏において訪問診療料を病院が算定している割合
と各二次医療圏の人口の関係

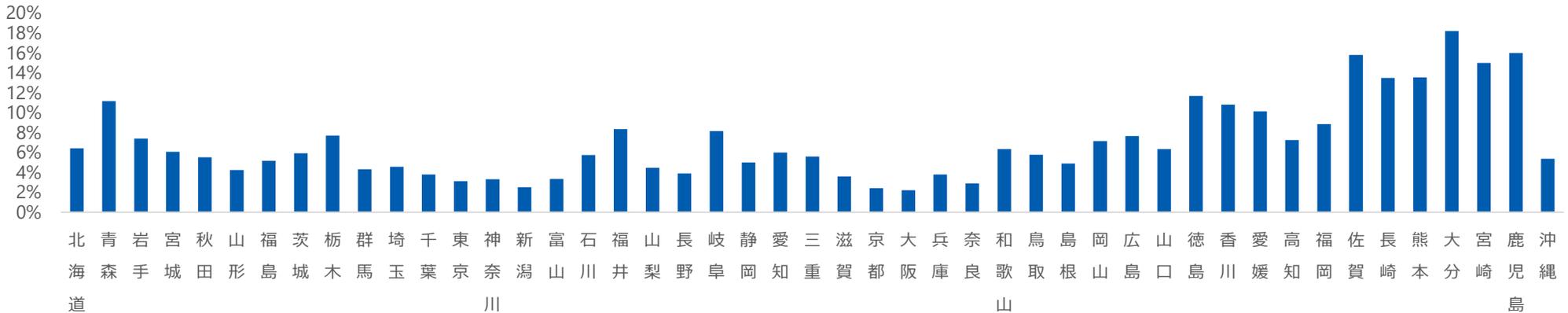


※ 訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計した。
資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

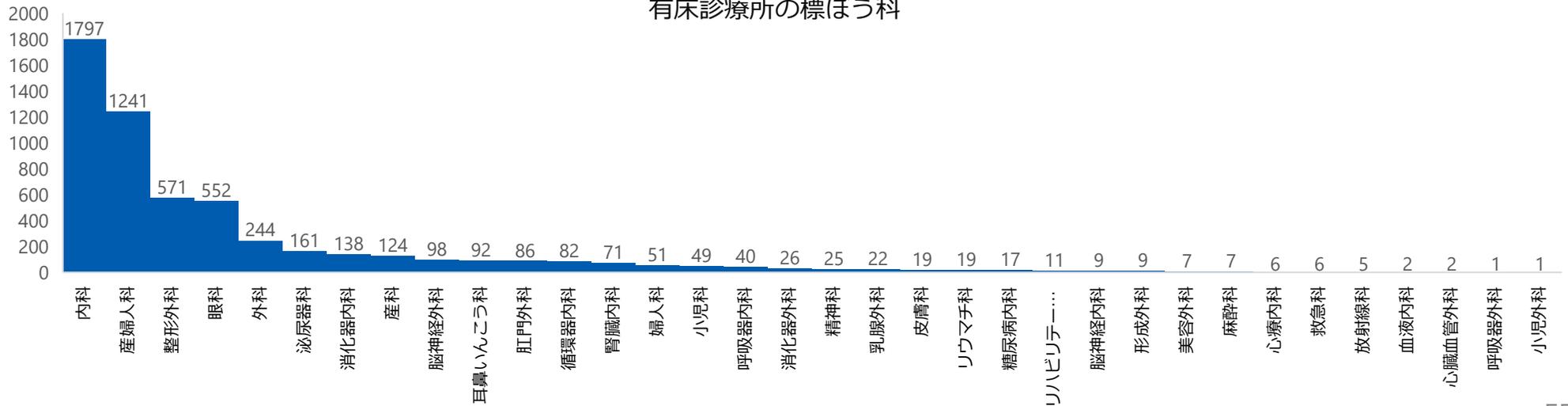
有床診療所が担っている医療

- 有床診療所について、全病床数のうち一定の割合を占めており、地域の医療資源に応じた、入院医療において一定の役割を果たしている。また、標ぼう科について見ると、内科に加え、産婦人科や整形外科など、様々な診療科において役割を担っている。

全病床（一般及び療養病床）に占める有床診療所の病床数の割合



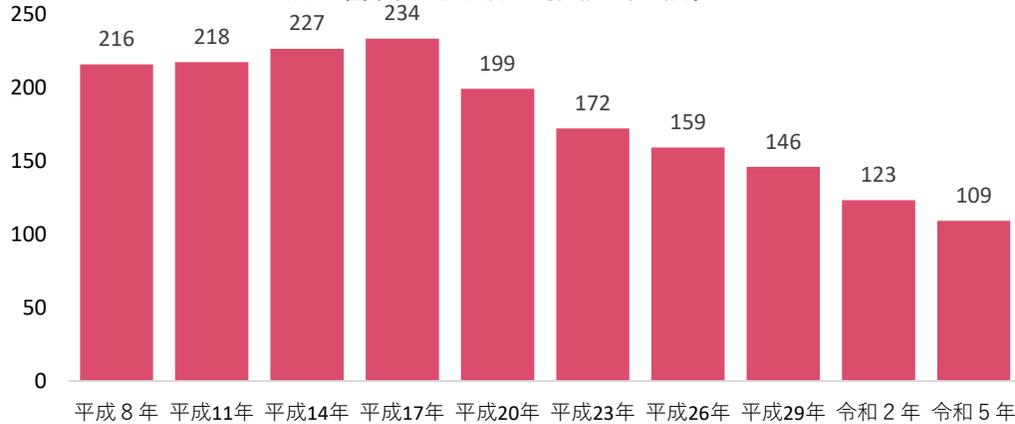
有床診療所の標ぼう科



脳外科の専門病院

- 脳血管疾患の患者数は年々減少してきている中、全身麻酔を実施している脳外科の専門病院(※)は一定程度あるが当該病院における全身麻酔手術実施件数は年100件未満の病院が多くを占める。患者の減少が今後も見込まれるとともに、医療従事者の確保も困難となる中、手術を実施する医療機関の連携・再編・集約化が必要。

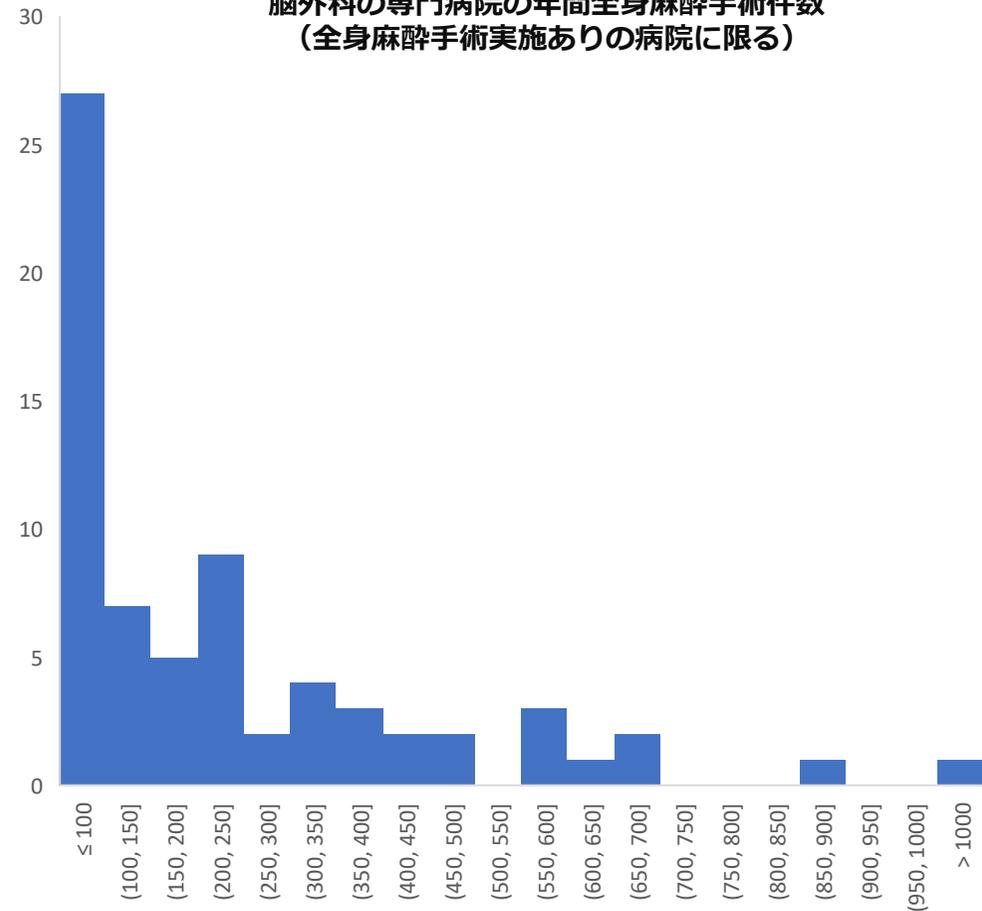
脳血管疾患患者数の推移（入院）



脳血管疾患患者数の推移（外来）



脳外科の専門病院の年間全身麻酔手術件数
(全身麻酔手術実施ありの病院に限る)



資料出所：患者調査

(※) データ提出加算算定病院を対象に、各病院のMDCの診断群毎に患者数を把握し、各病院の脳血管疾患に関する診断群の患者の割合が全体の50%を超える病院を、「単科専門病院」として定義

3. 医療機関機能の確保について

(4) 在宅医療等連携機能

- 在宅医療等連携機能は、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ものである。
- 人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療や訪問看護を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。
- 特に、在宅医療を提供する場合においては、在宅医療に係る生産性向上に資する取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

(5) 専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、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ものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来や在宅においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域の中で、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。
- また、がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえつつ、第9次医療計画等に向けて、5疾病6事業における医療機関の種類の考え方についても必要に応じて整理することが求められる。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

医育及び広域診療機能

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

- 新たな地域医療構想において、大学病院本院の機能として、医師等に係る人的協力が求められる。地域医療構想に沿った派遣が行われるよう、例として、以下のような取組が考えられる。

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

○大学病院本院は、当該大学病院の医局に属する医師数等を整理し、医局から医師を派遣している都道府県に対して情報を共有する。

- 各大学医局に属する医師数（診療科毎）
- 地域枠医師数
- 構想区域・医療機関別の医師配置状況 等

② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

○地域医療構想調整会議において、以下のような情報を踏まえながら、各医療機関において必要となる医師数を整理する。

- 構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- 上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠の医師数）
- 各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- 構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み 等

③ 都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整

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

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。

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

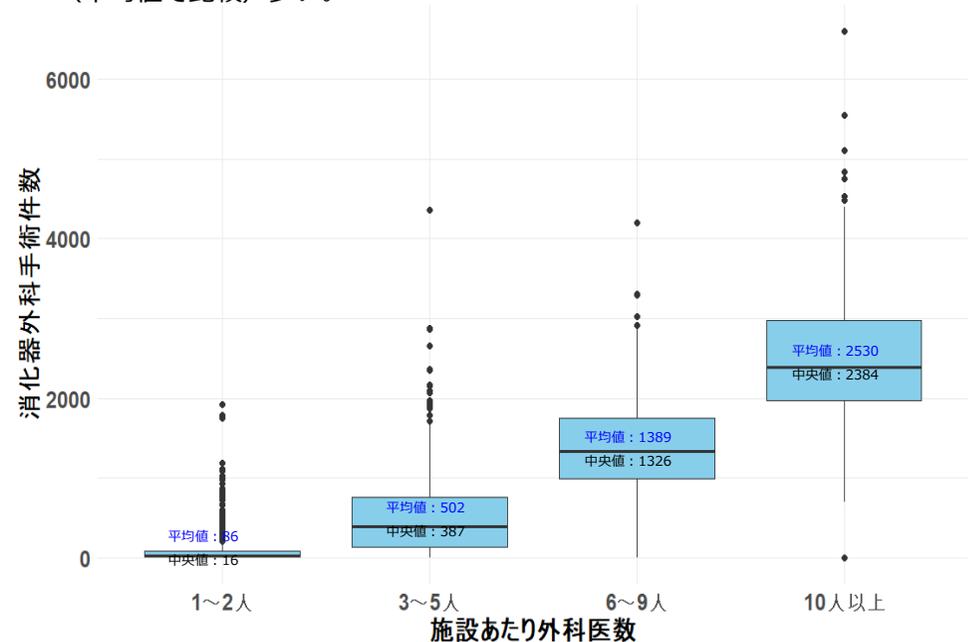
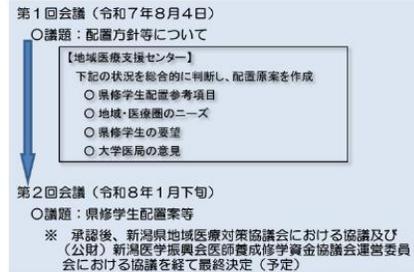
委員

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

※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



※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

3. 医療機関機能の確保について

(7) 医育及び広域診療機能

- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。
- 具体的には、大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整した上で、都道府県は、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することになることが考えられる。その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。
- その際、急性期拠点機能を有する医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として地域の都道府県立病院等において勤務するといった取組が見られた。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- 現在は、いわゆる1県1医大の県において当該県の人材の多くが当該大学に関係するところもあれば、他の都道府県に所在する大学に人材の提供を頼っているところ、都道府県内に多くの大学があるところなど、都道府県と大学の関係性は様々である。今後の具体的な取組も都道府県と大学との関係性により様々ではあるが、求められる役割に関する取組状況については病床機能報告等を通じて把握し、先進事例について横展開すること等が求められる。
- 広域な観点での診療について、大学病院本院では、都道府県がんセンターや救命センター等、医療計画における都道府県の基幹となる役割をはじめとして、小児がんや小児血管外科や移植医療等、希少性の高い疾患に対する医療の提供を担っている。引き続きこうした役割や、場合によっては都道府県を越えた連携体制の構築も含め、検討が必要である。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行う等の取組を進めることが重要である。
- なお、大学病院本院は地域毎に確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

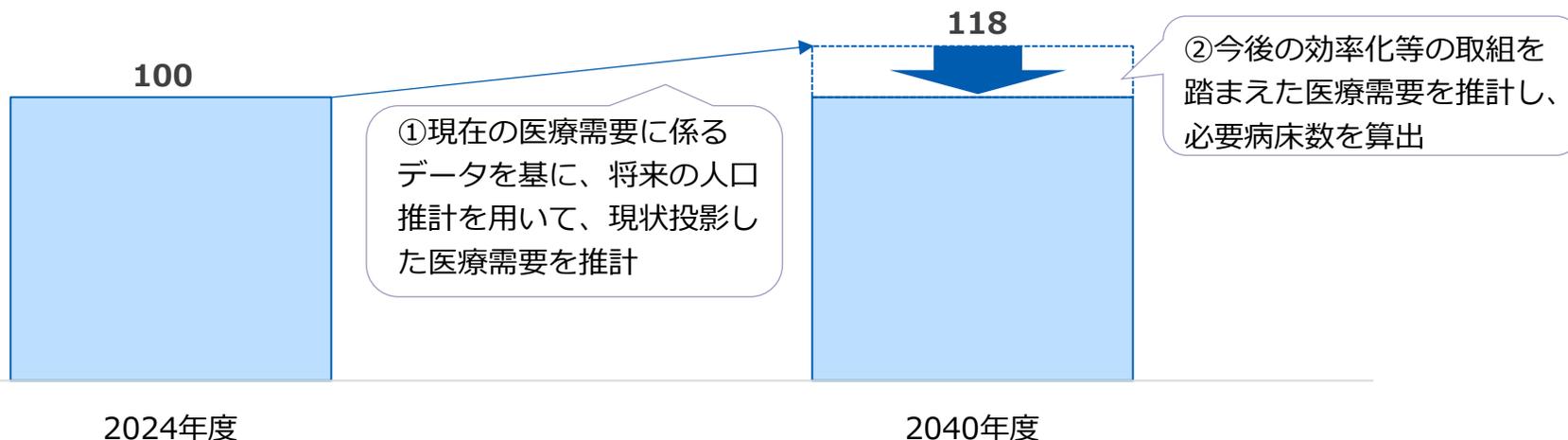
-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

必要病床数の検討における論点の整理

■ 必要病床数の算出のイメージ

医療需要の見込み（2024年度=100とした場合）



資料出所：2024年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2025年）、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）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※全国推計は二次医療圏（330圏域）別推計の合計値。二次医療圏ごとの入院需要は医療機関所在地ベースであり、一般病床及び療養病床に入院する者に限る。

■ 医療需要の推計における論点

推計にあたっては、

- ①医療需要の設定：現在の医療需要に係るデータをもとに将来の人口推計を用いて現状投影した将来の医療需要を推計
- ②改革モデルの反映：効率化の取組や受療率の変化等を踏まえた改革モデルを反映させ、必要病床数を算出

のそれぞれにおける対応と、

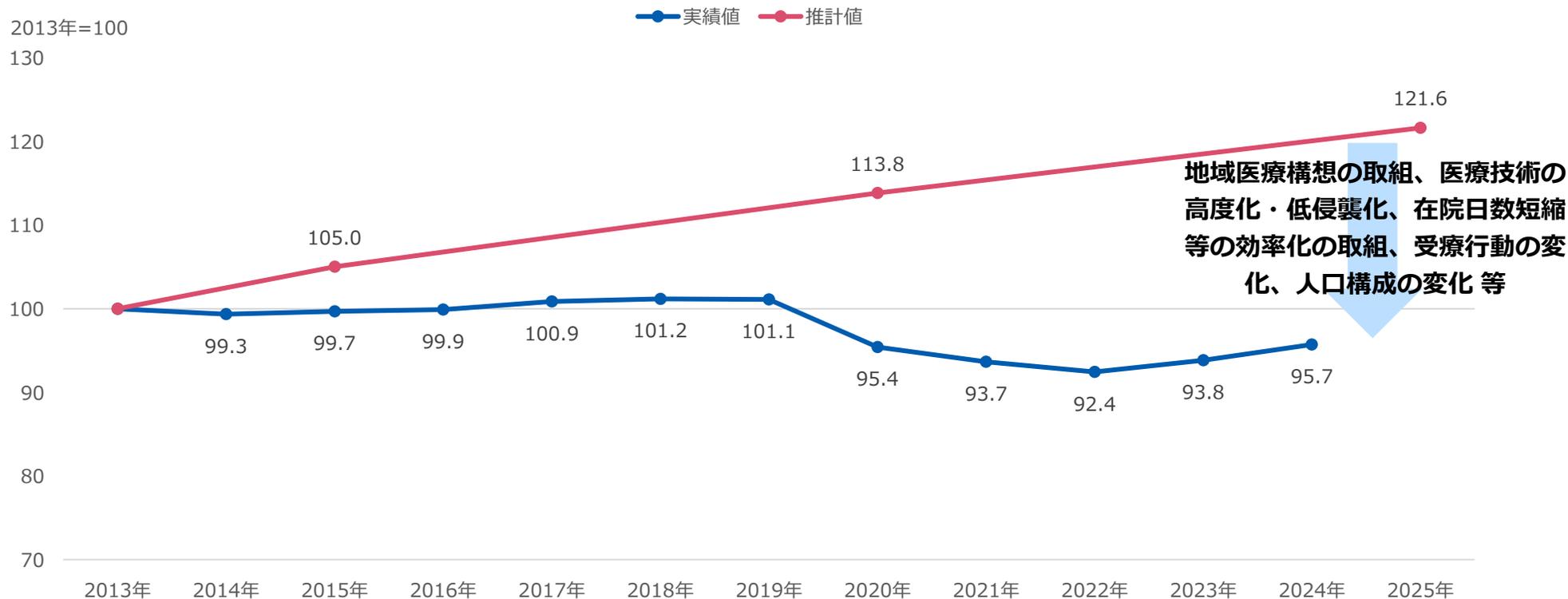
- ③必要病床数の定期的な見直し等、これまでの議論において検討が必要とされるその他の事項

について整理が必要。

入院患者数の推計と実績について

現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した入院患者数**（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、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」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

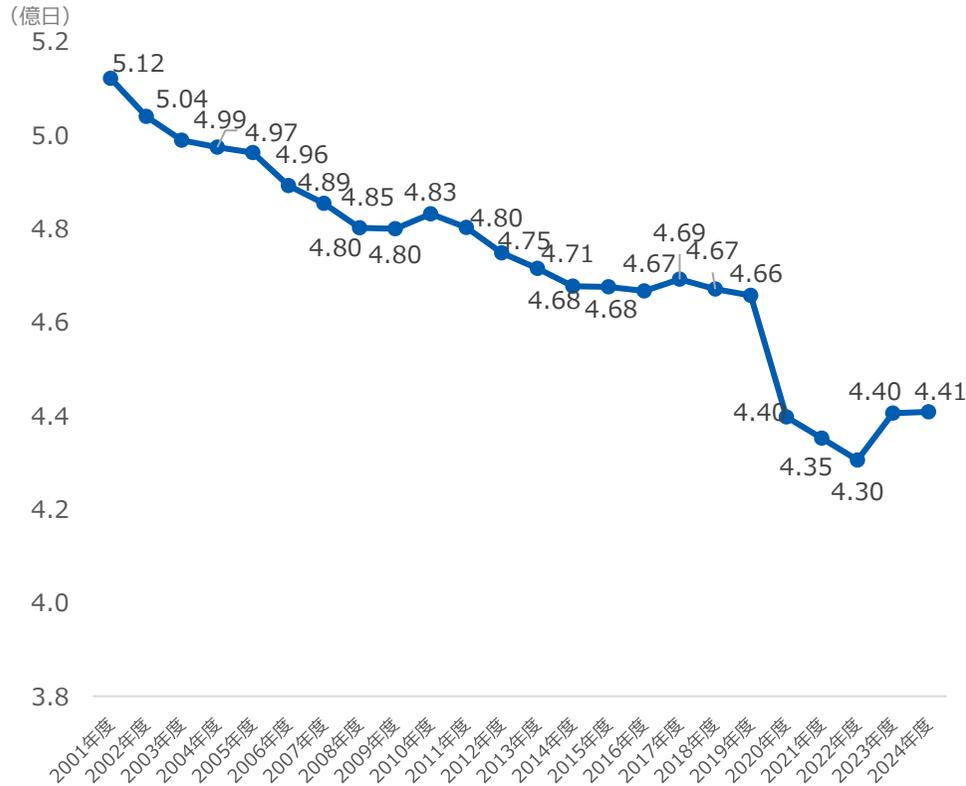
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

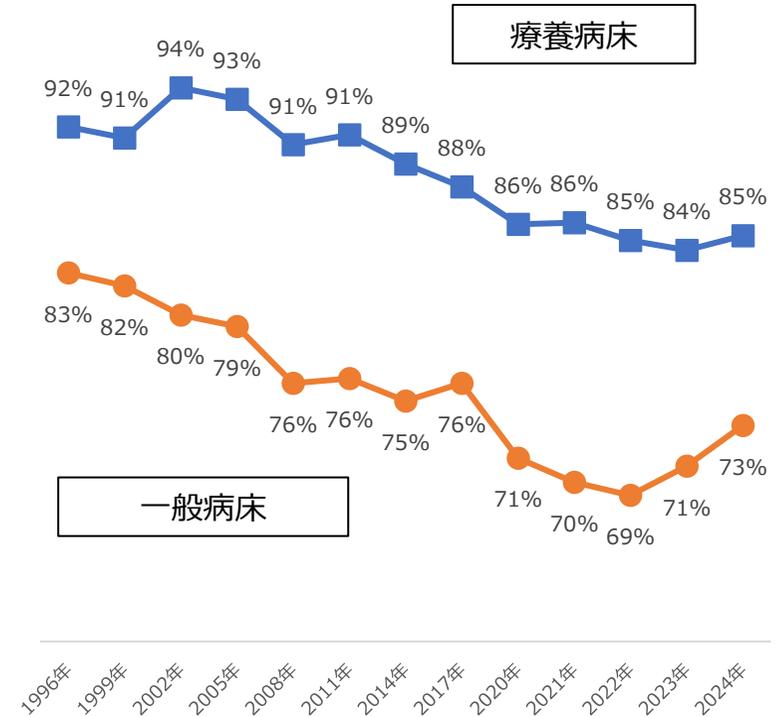
近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

入院受診延日数の推移



病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2024年度）

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

【〇病床数の適正化に対する支援】

令和7年度補正予算 3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
(内線4095、2665)

施策名:才 病床数の適正化に対する支援

① 施策の目的

・効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

・「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
(概要) 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
(交付対象・交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診:4,104千円/床(ただし、休床の場合は、2,052千円/床)

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(イメージ図)



- ・ 医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
- ・ 基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する(10/10)

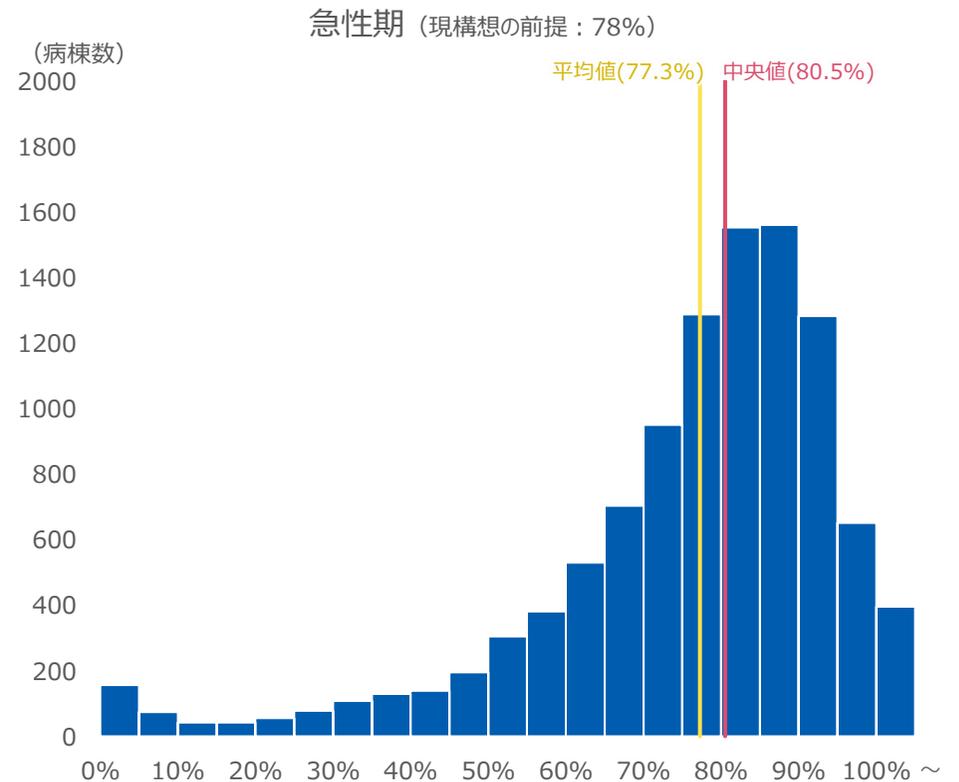
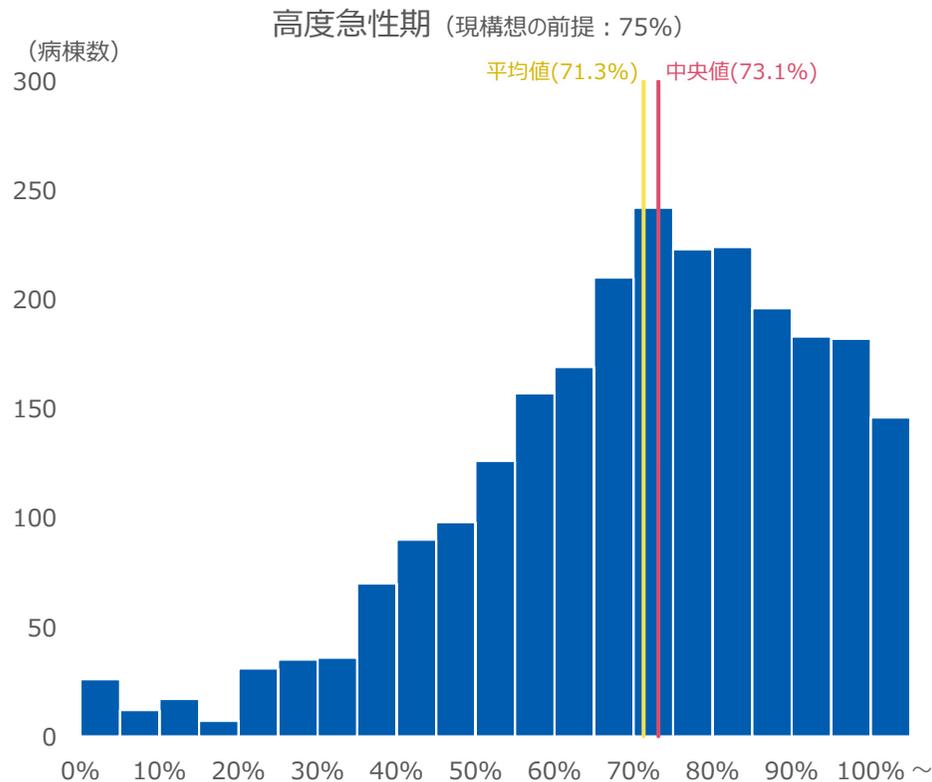
⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。
人口減少等により不要となると推定される、約11万床(※)の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。
※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

病床稼働率について

- 前回の地域医療構想の必要病床数の算出にあたっては、医療需要を病床数に換算する数値として、病床稼働率として機能区分ごとに、高度急性期75%、急性期78%を使用していた。
- 高度急性期の病床稼働率の平均値は71.3%、中央値は73.1%、急性期の病床稼働率の平均値は77.3%、中央値は80.5%であり、いずれの機能も平均値は現構想の設定値を下回っており、高度急性期においては中央値も下回っている。

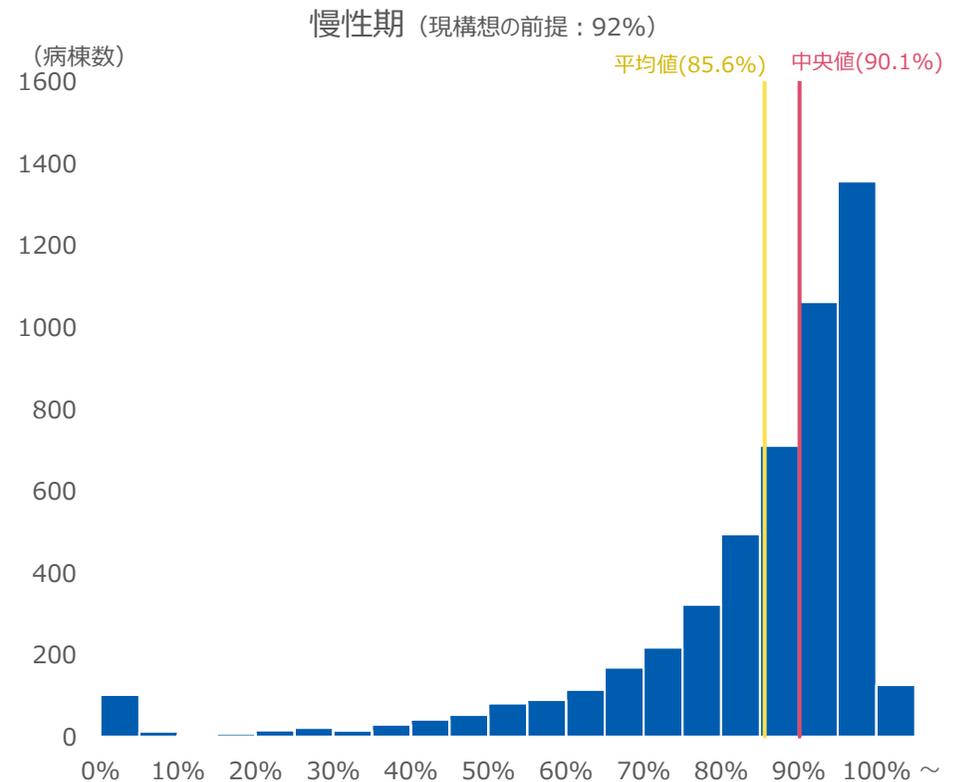
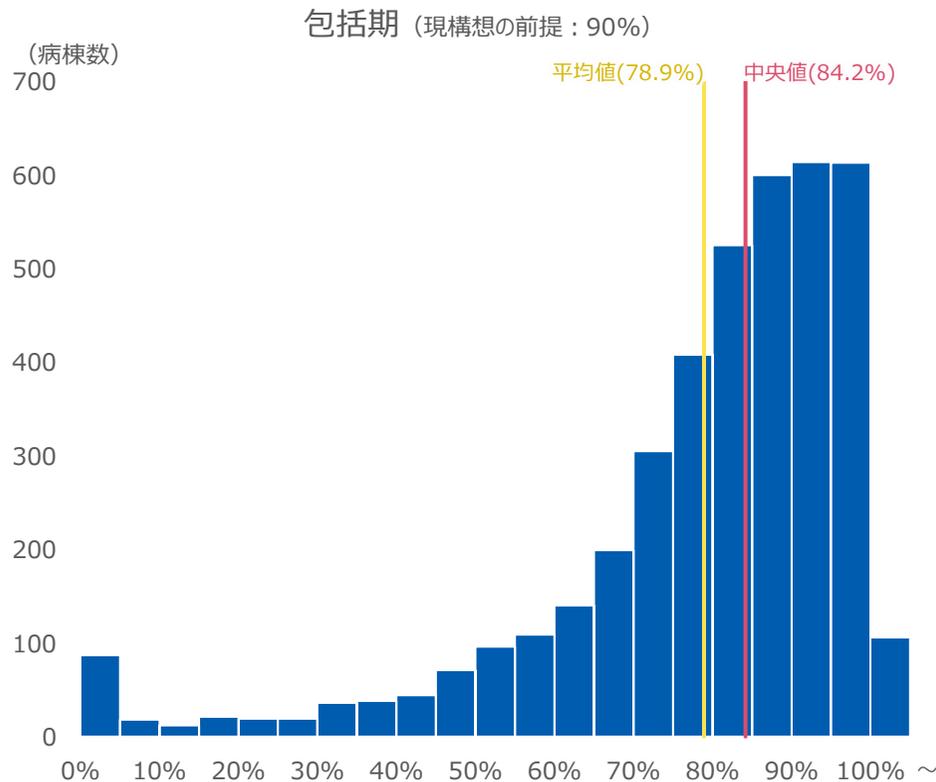


資料出所：厚生労働省「病床機能報告」(2024年度)

- ※ 各病棟において届出を行っている入院料に対し、令和8年1月16日の本検討会資料1(38頁)の報告の目安に基づき、各病棟を4機能に分類。
- ※ 病床稼働率=在棟患者延べ数/(届出病床数×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。)
- ※ 集計対象は病院の各病棟。休棟中の病棟、入院料を届け出していない病床を含む病棟及び入院料を2つ以上届け出ている病棟は集計対象から除外。

病床稼働率について

- 前回の地域医療構想の必要病床数の算出にあたっては、医療需要を病床数に換算する数値として、病床稼働率として機能区分ごとに、回復期90%、慢性期92%を使用していた。
- 包括期の病床稼働率の平均値は78.9%、中央値は84.2%、慢性期の病床稼働率の平均値は85.6%、中央値は90.1%であり、いずれの機能も平均値及び中央値は現構想の設定値を下回っている。



資料出所：厚生労働省「病床機能報告」(2024年度)

- ※ 各病棟において届出を行っている入院料に対し、令和8年1月16日の本検討会資料1(38頁)の報告の目安に基づき、各病棟を4機能に分類。
- ※ 病床稼働率 = 在棟患者延べ数 / (届出病床数 × 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。)
- ※ 集計対象は病院の各病棟。休棟中の病棟、入院料を届け出していない病床を含む病棟及び入院料を2つ以上届け出ている病棟は集計対象から除外。

4. 医療需要の推計と病床機能報告について①

医療需要、必要病床数の推計について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040年の性・年齢階級別人口について、2024年のNDBデータを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDBデータに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療受療に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
- その後、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、
- 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させる。
- 令和7年度補正予算において、病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業については、新たな地域医療構想の取組開始前に病床の適正化に取り組むことを目的としており、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計にあたっては、病床が削減されることを前提として検討することが必要である。このため、当該事業において削減が見込まれる病床について、病床利用率を乗じて入院患者数に換算し、NDBデータから算出される医療需要のデータから、これらを控除した場合の減少率を算出し、「1－減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乘じることで反映する。
- 75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む。
- 回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込む。
- 必要病床数の算出にあたり用いる値（病床稼働率）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないといったことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されている。
- 医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期83%、包括期87%、慢性期92%とする。
- さらに、今後の医療DX等の取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や、慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組や病床数の適正化を進める必要がある。必要病床数の算出にあたり用いる値について、高度急性期・急性期+1%、包括期+2%、慢性期+0.5%をそれぞれ加算することで、これらの取組による効率化分を見込むこととする。
- この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。
- このほか、必要病床数については、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年・2036年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて必要に応じて見直しを行う。

病床機能報告における報告の目安（案）

各入院料の要件や期待される役割等を踏まえ、以下のように整理してはどうか。

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
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	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料 特定集中治療室管理料 ハイケアユニット入院医療管理料 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 小児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室管理料 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 総合周産期特定集中治療室管理料 新生児治療回復室入院医療管理料 一類感染症患者入院医療管理料
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	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 1～6 特定機能病院入院基本料 (7:1、10:1) 専門病院入院基本料 (7:1、10:1) 小児入院医療管理料 1～3
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 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） 	<ul style="list-style-type: none"> 地域一般入院料 1～3 専門病院入院基本料 (13:1) 有床診療所入院基本料 1、4 地域包括医療病棟入院料 小児入院医療管理料 4、5 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 特定一般病棟入院料 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	<p>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院料 1～2 障害者施設等入院基本料 (7:1～15:1) 有床診療所入院基本料 2、3、5、6 有床診療所療養病床入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 特殊疾患病棟入院料 緩和ケア病棟入院料

※ 診療報酬改定に伴い入院料等が変更された場合は適宜見直しを行う。

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

4. 医療需要の推計と病床機能報告について③

病床機能報告等について

- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合でも高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。
- 病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。
- 外来医療や在宅医療について、地域別等の将来推計人口データを用いて将来の医療需要を算出するほか、地域差に係る指標の推計値についても、2040年の人口推計を基に推計し、地域ごとの協議に活用できるよう検討する。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を担う医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢者救急・地域急性期を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。
- 病床機能報告と必要病床数についての考え方も、関係者がその意義等を理解できるように示す必要がある。具体的には、
- 必要病床数については、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が推進されるよう、現在の患者の受療率が変わらないものと仮定し、人口変化を踏まえて2040年の推計人口に受療率を乗じ、算出するものである。
- 設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。
- 病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、機能分化を推進するために報告をしている。病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。
- このため、医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致するものではない。
- こうした、それぞれの算出方法が異なることを理解した上で、必要病床数を地域における機能別の病床数としてとらえ、現在の病床数との差分について、単に数字上で、必要病床数が現在の病床数を上回るため必要病床数となるよう病床を整備する、ということではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、取組を推進していくことが重要である。
- また、基準病床数と必要病床数について、基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらはそれぞれ、6カ年計画である医療計画において設定するものであるか、地域医療構想として中長期に設定するものであるかということや、基準病床は一般病床と療養病床の数字を合算しており、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出していること等、算定に当たって目標とする時期や意義等が異なる。そのため、増床の申請に対する許可の検討に当たっては、それぞれの病床数の相違点等に留意しつつ、両者の数字について足下の病床数（既存病床数及び許可病床数）との関係をそれぞれ適切に考慮することが必要である。
- 必要病床数と基準病床数について、そのどちらかが現状の病床数より多い場合には、現在の医療需要が長期的に減少することが見込まれることを踏まえ、特に慎重に増床等の許可を検討することが必要である。
- また、構想区域の広域化を検討する中で、構想区域全体としては数字上、増床が考えられる場合であっても、病床機能によっては、新たな構想区域内でも、広域化前の相対的に医療資源が少ない地域等での増床が望ましいと考えられる場合において、広域化後の構想区域内の地域のうち、特に増床することが考えられる地域（例えばA市B区など）を地域医療構想調整会議であらかじめ協議しておくこと等、増床等の許可の検討に当たっての考え方の整理が必要である。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

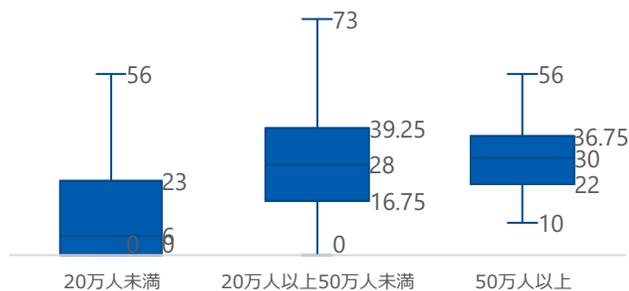
-6 策定について

人口規模別の区域ごとの課題の例

人口規模の大小等の地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。

■人口規模の小さな区域での課題の例

二次医療圏人口規模別の人口10万人対脳血管内手術

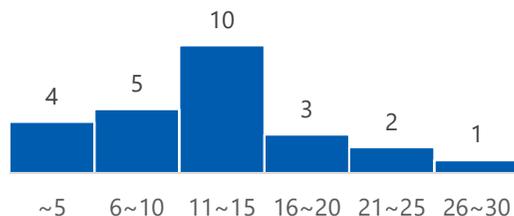


資料出所：令和5年度病床機能報告

- ・ 医師等の医療資源の絶対数が少なく、実施可能な医療が他の地域と比べて少ない場合がある。一部の診療行為については、実施がない二次医療圏も存在する。
 - ・ 隣接区域も人口規模の小さな区域である場合や、離島や山間部等でアクセスに課題がある場合がある。
- ⇒ 例えば、区域全体の医療資源の範囲で、必要な連携・再編・集約化を行い、確保する医療内容の検討、隣接区域や必要に応じて都道府県を越えた連携体制の構築の検討等が必要。

■人口規模の大きな区域での課題の例

100万人超医療圏における消化器外科の時間外手術を実施していない医療機関数



資料出所：NDB（2022年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

- ・ 医師等の医療資源は多いが、医療機関の特性も多様で、時間外手術を実施しない医療機関が一定数存在し、地域内でも時間外の対応を行う一部医療機関の医師等の働き方に負担が生じる場合がある。
 - ・ 隣接区域も人口規模が大きく、医療資源が多い場合がある。
- ⇒ 例えば、医療需要に応じて、救急受入等に関する役割分担を検討し、必要な連携・再編・集約化を行い、医師等の働き方が適切に確保され、質の高い医療を効率的に提供する体制の検討等が必要。

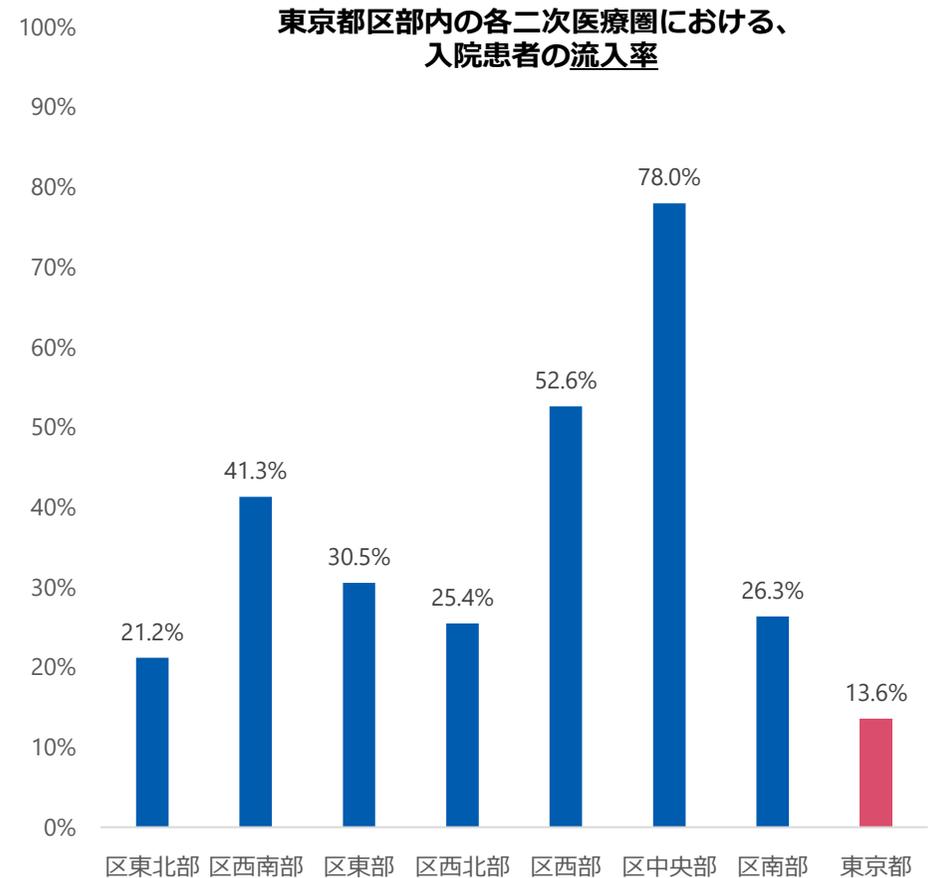
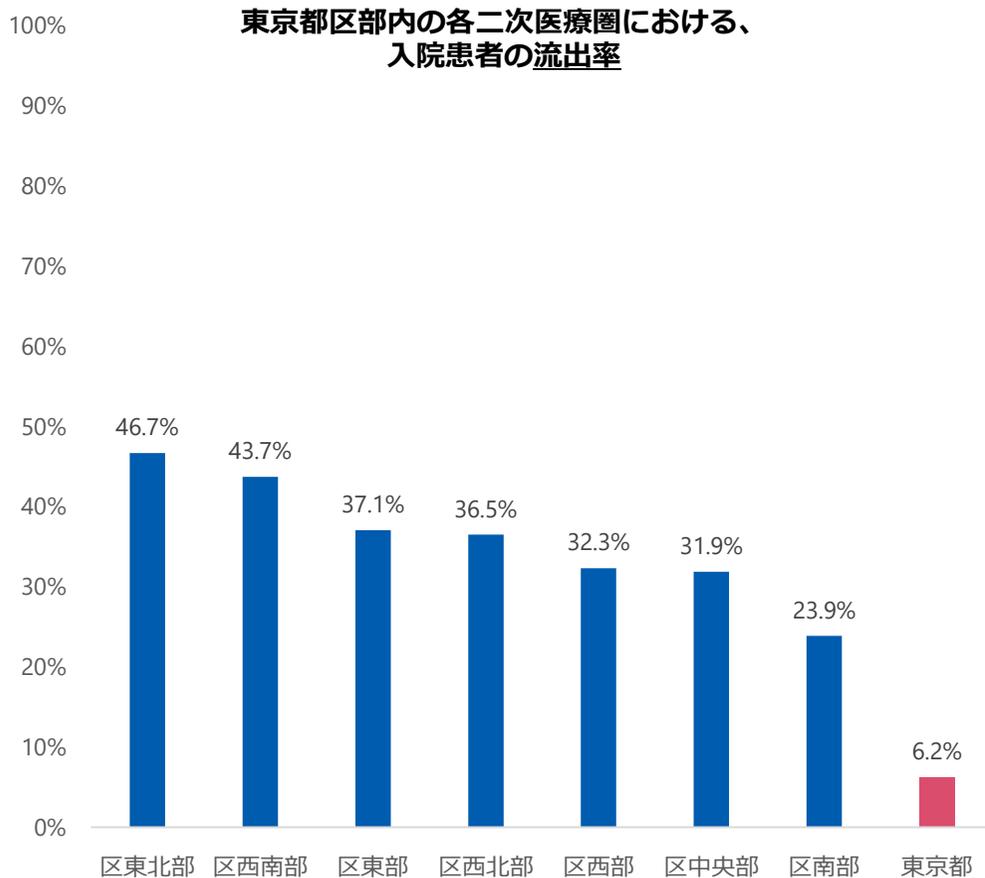
区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	<p>【区域内の効率的な医療提供体制の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 極めて多くの医療機関が存在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。 ● 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。 等 <p>【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。 等 	<p>○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 人口推計 ● 医療機関数 ● 医師数 ● 機能別病床数 ● 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流出入の状況等） ● 個別の医療機関の医療提供実態 ● その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> ● 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、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な急性期拠点機能を確保・維持できるか。 ● 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要があるか。 等 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要があるか。 等 	<p>○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 患者のアクセス確保の手段 ● 隣接する県の医療資源 <p style="text-align: right;">等</p>

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。



5. 人口規模に応じた地域毎の課題について

大都市型、地方都市型

- 特に人口の大きな都市部においては、医療資源の差異以外の、交通網の発達等といった様々な要因により、患者の受診行動が多様となり、区域間の流出入が複雑となっている。また、医療機関が極めて近接している場合等もあり、区域の境界部にも多くの医療機関が存在するなど、適切な区域の設定が困難である。流出入率等が一定あることを踏まえながらも、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められる。
- 大都市型や地方都市型の構想区域等においては、急性期拠点機能で全ての手術を対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応することが考えられる。こうした手術の役割分担については、足下における、各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術数、麻酔科医の数等も踏まえながら、地域ごとに協議し、役割分担を進めることが重要である。
- また、こうした手術や救急医療を一定数担う医療機関が複数存在している場合において、近接するあまり実績のない医療機関については、在宅医療等の他の役割を担うことを検討することが求められる。
- 大都市型の地域を含み、構想区域が広大な場合であっても、局所的に在宅医療を担う診療所が少ない場合等は、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療等を提供することも考えられる。
- 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が起きることとなる地方都市型の地域においては、大都市型の地域と同様に、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応する必要がある場合もあれば、手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送する場合もあると考えられることから、地域ごとに医療需要等を踏まえながら協議や役割分担を進めることが必要である。

人口の少ない地域

- 人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少が生じていることから、急性期医療の需要が現時点においても少なく、今後更に減少することが見込まれる。このため、手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化して区域内に急性期拠点機能を一つ確保し、持続可能な提供体制を構築することが求められる。また、高齢者救急・地域急性期機能等についても、2040年の人口も見据えながら、適切な医療機関数や病床数となるよう、適正化を進めることが求められる。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

(1) 策定のプロセス

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1 - 2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20 - 30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定し**、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

地域における協議の進め方について

- 改正医療法において、地域医療構想の策定は2028年度末までに行うこととされている。新たな地域医療構想においては、入院医療に加え、外来・在宅医療等についても対象とする中、都道府県が効果的に協議を運用するため、協議の内容、協議の場、スケジュールについてガイドラインにおいて整理が必要。
- 協議の内容について、検討開始直後はまず現状の把握をし、地域ごとの課題を共有するフェーズ、より詳細なデータの分析などを踏まえながら区域の設定や医療機関機能の確保といった議論を進めるフェーズ、いくつかの対応案の作成及び協議を行うフェーズ、地域医療構想として策定し取組を推進するフェーズ等、多段階で行うことが想定される。

協議の進め方にあたり整理が必要な事項

① 協議する事項 ②地域医療構想調整会議のあり方 ③スケジュール

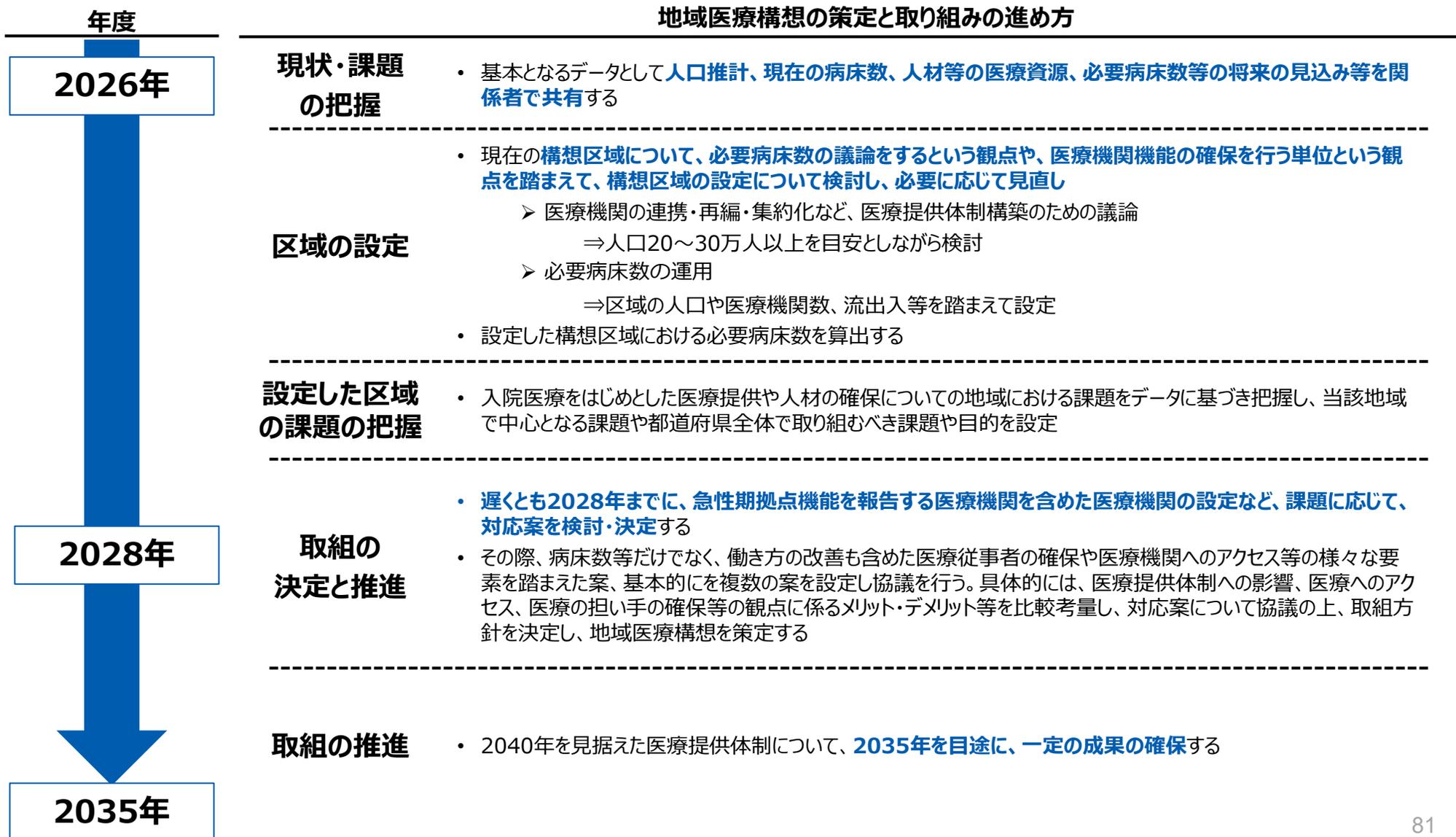
協議する事項



データの 確認・分析

- 人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等の基本的なデータを用いて、現状や今後の課題を共有する。
- 区域の見直しや医療機関機能の確保その他の地域で特有の課題について、詳細なデータの分析などを行いながら協議、検討を行う。
- 働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等のさまざまな要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。
- 地域医療構想を策定し、取組を本格的に進める。

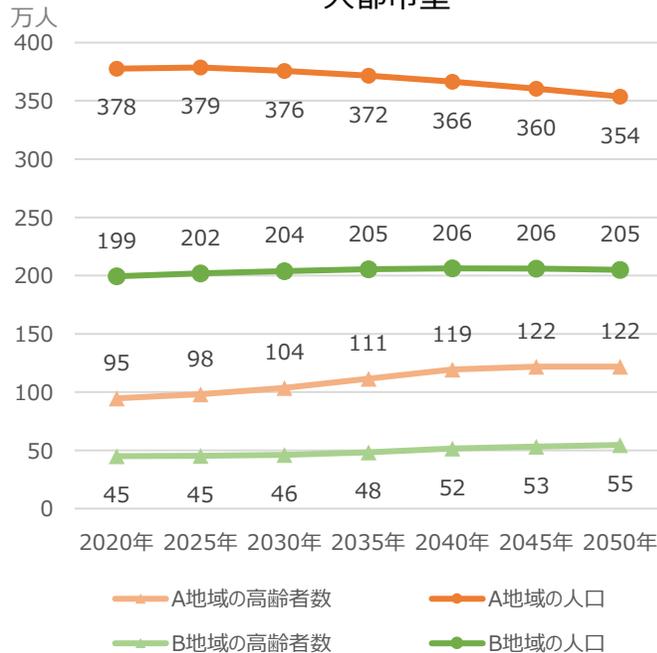
新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール



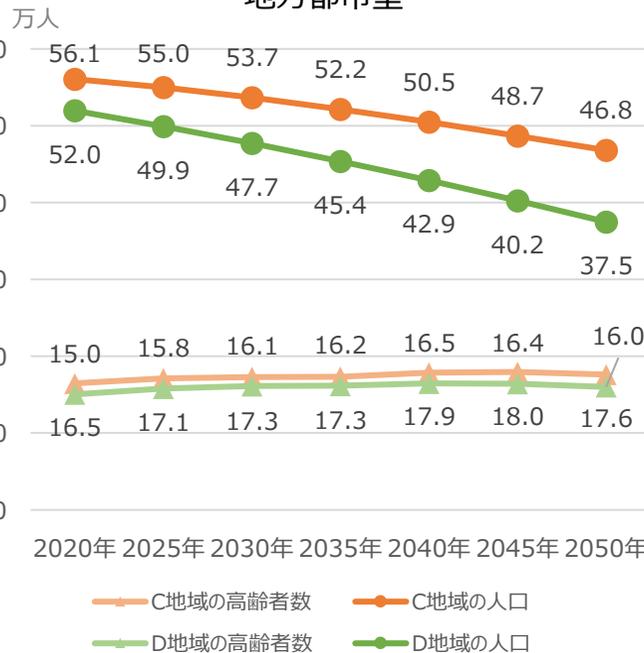
現状の把握について（人口推計の把握）

- 地域医療構想の策定に向けては、まず、地域ごとに、人口推計や現状の医療資源等を認識することが重要である。特に人口は医療需要と相関するため、人口推計をもとに医療需要の見通しを検討することは検討の基幹となる。
- 大都市では人口は大きく減少せず、高齢人口の増加に伴う包括期の医療需要の増加が見込まれる。人口の少ない地域では高齢人口も含めすでに減少しており、今後医療需要は低下していくなど、人口規模ごとに共通する課題がある。
- また、現在の人口規模が同程度であっても、地域ごとに医療需要の変化のスピードや程度が異なるなど、地域ごとに特有の状況がある場合もあり、地域ごとの状況把握が重要。

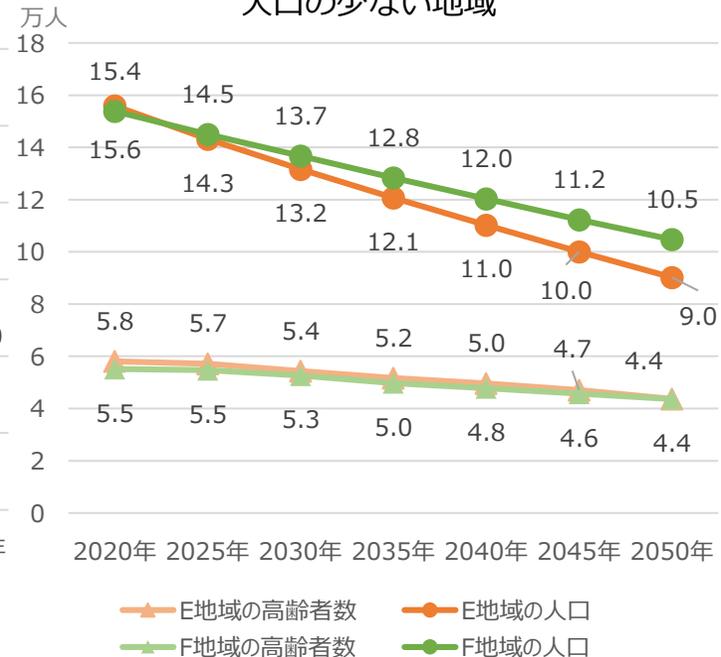
大都市型



地方都市型



人口の少ない地域



現状の把握について（医療資源の把握）

- 人口推計の他、救急医療や在宅医療等を提供する医療機関の数、医師数や医療従事者の数は今後の提供体制の検討の前提として把握が必要。

医療機関の数

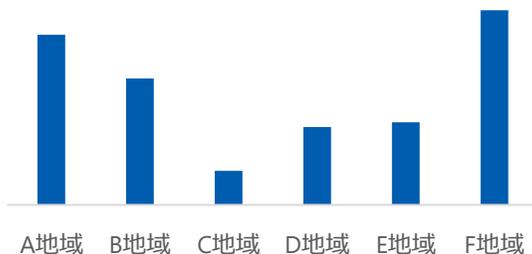
在宅医療提供医療機関数(イメージ)



- 救急受入件数や在宅医療の提供状況等の医療機関の診療の提供実態は病床機能報告やKDB等を活用して把握可能。こうしたデータを活用して、地域ごとの医療の提供状況を把握する必要がある。
- また、診療科別の外来医療の提供状況や見込み、慢性期の医療の検討に当たっては、訪問看護や、訪問介護等の介護系サービスの提供状況等についても、把握することが望ましい。

医療従事者の数

構想区域ごとの医師数 (イメージ)



- 医療機関機能の確保にあたっては、医師数だけでなく、看護師や病棟薬剤師、その他のスタッフの確保の実態も把握することが望ましい。
- 医師については、地对協等の医師の確保に関する議論や、看護師について都道府県ナースセンター等の関係組織とも連携・協力を得ながら実態や課題の把握に努める必要がある。

6. 策定について

（1）策定のプロセス

①策定のプロセスについて

- 地域医療構想の策定は2028年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら、区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。課題の把握や対応案の設定等の各段階において、その内容を公表する。
- 策定に向けて、2026年度から2027年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の2040年に向けて中心に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。
- 課題の設定後、取組の方向性について2028年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果の確保を行う。

②スケジュールの共有・現状の把握

- 地域医療構想の策定に向けた検討プロセスやスケジュール、検討の基本となるデータとしての人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する。また、具体的な地域の課題の把握や必要病床数の算出に当たっては、まずは区域の設定が必要となる。このため、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行い、必要病床数を設定する。
- その後の地域医療構想の策定に向けたプロセスにおいて区域の見直しの必要性が認められた場合は適宜見直しを行う。また、すでに新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、区域の見直しを行うことが決定している場合は、あらためての協議は不要とする。

③課題・目的の設定

- 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定し、関係者間で共有する。

④対応案の検討、地域医療構想の策定

- 設定された課題や目的に応じて、対応案を検討する。その際、病床数だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を検討する等、基本的に複数の案を設定し協議を行う。
- 医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する。

⑤取組の推進

- 都道府県は、医療所管部署を中心に、介護担当・薬務担当・国保担当等の関係部署とも連携して、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。
- その成果に関しては、毎年度、医療機関機能の確保状況、病床数、在宅等の慢性期需要に対応する体制の確保状況や協議で合意が得られた事項の取組状況等について、地域医療構想の進捗状況として把握・公表し、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討し、実施することが必要である。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

-6 策定について

(2) 構想区域 (3) 入院医療

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

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）

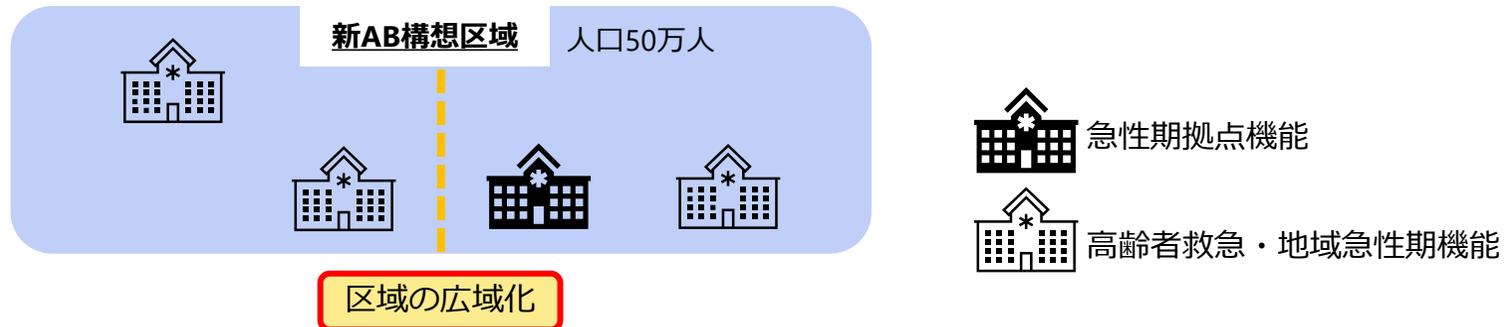
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。

現状



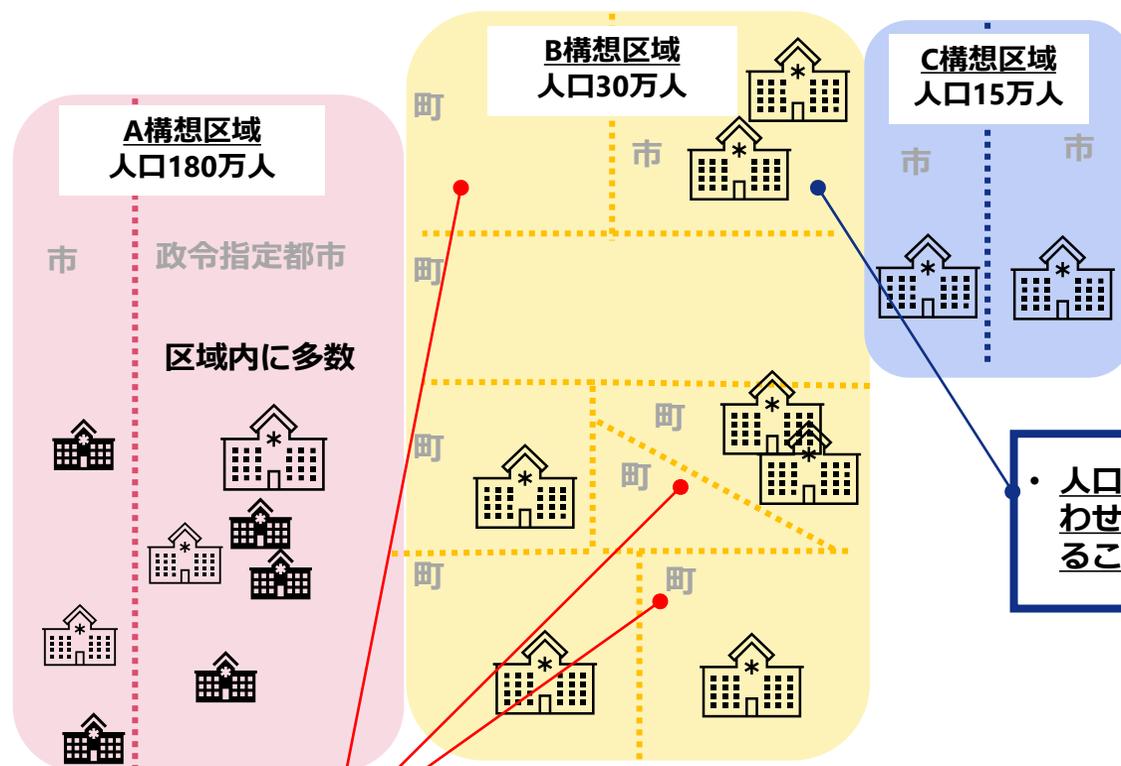
見直し後

- 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。



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考えられる。



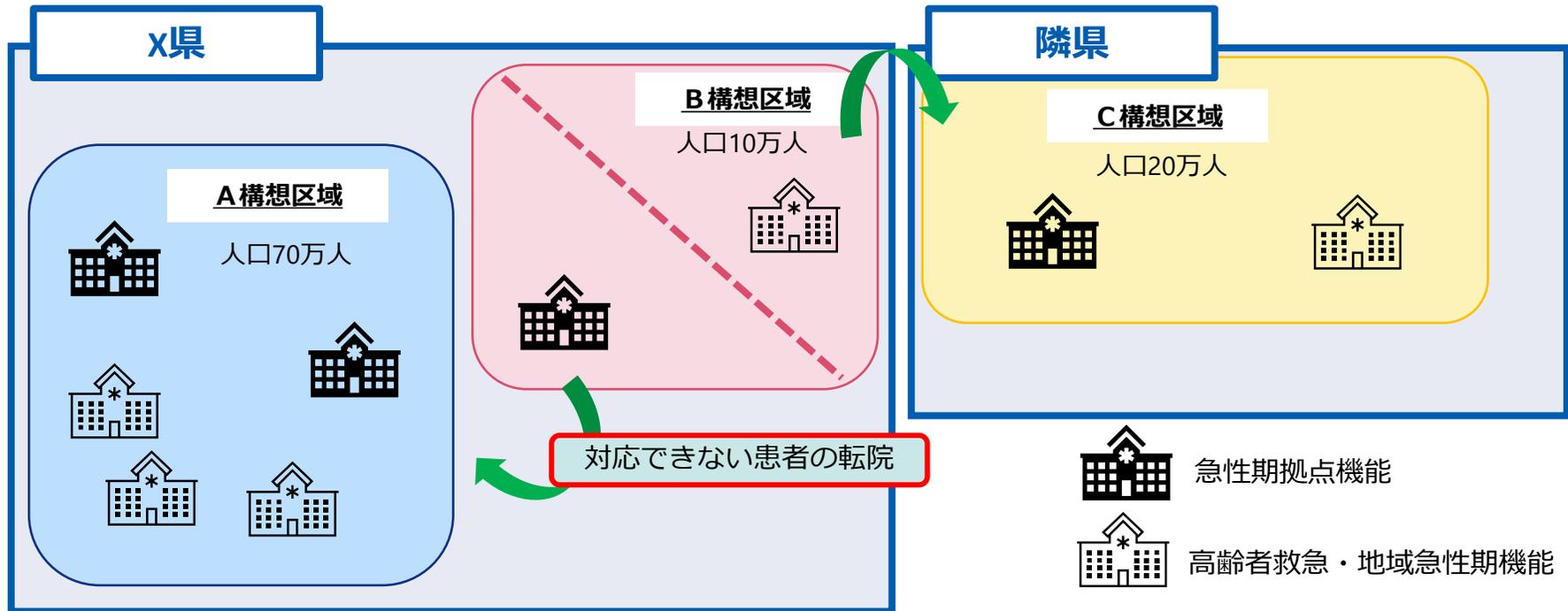
- 政令指定都市に極めて近く、交通の便も良いため、A構想区域への統合を検討

- 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

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。



6. 策定について

（2）構想区域

- 構想区域については、必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。
- 構想区域の見直しに当たって、当該区域の人口規模等が大きく、交通等の整備状況によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が区域内で完結しなくなる。こうした点に留意しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、現有する医療資源の状況や患者のアクセス等を踏まえながら設定することが必要である。このため、構想区域の見直しに当たっては、現在の人口や人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物・医療機器等の整備状況、医療従事者の医療資源や他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源、患者の流出入等について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難であることが見込まれる場合は、構想区域の統合や再編を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で一つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することも必要であり、具体的な運用をガイドラインにおいて示す必要がある。

（3）入院医療

- 病床数や各医療機関の診療実績等を踏まえながら、医療機関機能の確保や必要病床数に関する協議にあわせて、急性期や包括期の医療需要に関する役割分担、手術や救急搬送における役割分担等について協議し、症例数が減少するとともに医療従事者の確保が困難となる中で持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。具体的には、以下の事項について協議を行う。
 - 医療機関機能について、急性期拠点機能の確保に関する事項
 - 包括期機能の確保等、病床機能に関する事項
 - 実施基準の検討を含む救急搬送や手術、診療科ごと等の役割分担に関する事項
 - 在宅医療等のバックベッドや協力医療機関の確保に関する事項
 - 慢性期の医療需要の体制整備に関する事項
 - 介護との連携に関する事項
 - 人材の確保に関する事項
 - 患者の医療アクセスに関する事項
 - 退院後のリハビリテーションの確保に関する事項 等

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

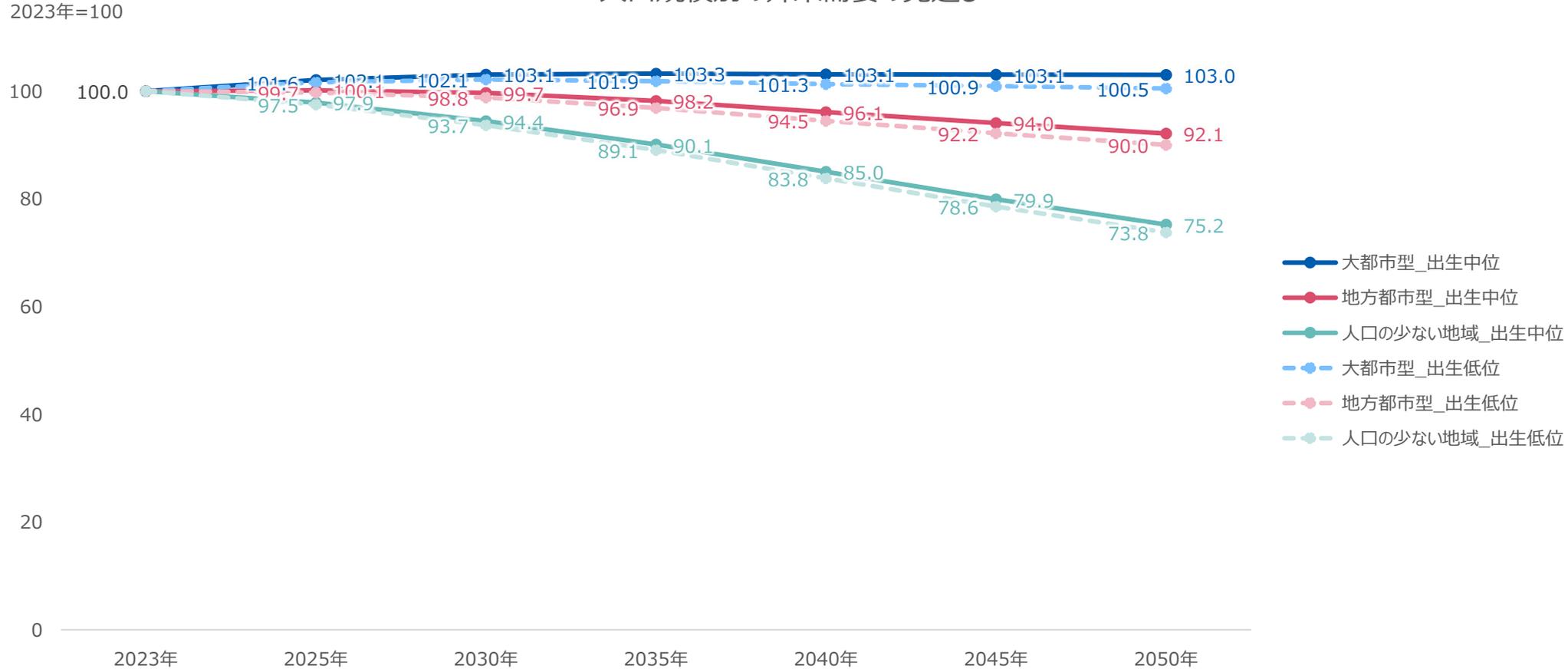
-6 策定について

(4) 外来医療

外来医療の需要について

- 外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少することが見込まれる。

人口規模別の外来需要の見通し



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、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）」、「日本の将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

※外来需要は通院患者に限る。

※出生低位人口については、2025年から2050年までの地域別将来推計人口の全国計が全国推計の出生低位（死亡中位）推計に一致するように、性別・年齢階級別に定率を乗じて補正することにより作成。

アクセスの確保について

- 今後の医療需要の減少等に向け、人口の少ない地域でも効率的に一定の医療の質を確保するためには、ICTの活用も含めた取り組みが必要となる。地域ごとの特性に応じて、集約して一定の機能を有する病院を圏域で確保することのほか、日常的な診療について、D to P with Nも含めたオンライン診療の活用をすること、地域で確保が難しい医療サービスについて、通院等の負担軽減施策を講じること等が考えられる。

離島へき地におけるオンライン診療(D to P with N)の活用事例

令和4年3月20日厚労省「地域医療構想等に関する検討会資料」
 離島へき地におけるオンライン診療(D to P with N)の有効性に関する調査結果

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】岩国市立柱島診療所（常勤医なし）
 ・同診療所へき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
 ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ柱島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。

【実証内容】
 ① 診療日を増やす（医師派遣なし）
 ② 診療時間・場所
 ③ 患者側の負担（心労、お金）
 ④ 医師側の負担（通院、外傷）

クラウド型電子カルテ
 オンライン診療中は、診療所の医師（派遣）

医師派遣として定期的に往島に行っている医師
 看護師がオンライン診療を支援

オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を通じて可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。

離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる（令和4年3月21日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N（看護師）」のメリット】
 ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けられる。
 ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
 ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減、特に緊急オンライン診療には看護師は必須。

課題
 ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得、看護からの医師とのコミュニケーション。
 ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

33

岩国市柱島において、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばに行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。

へき地における患者の通院負担軽減に関する事業の例

へき地患者輸送車（艇）事業について

へき地患者輸送車（艇）運行支援事業：令和7年度当初予算額 14.5億円（26.4億円）※100%国庫補助
 へき地患者輸送車（艇）整備事業：令和7年度当初予算額 22.8億円（17.8億円）※100%国庫補助

1 事業の目的

へき地の患者を近隣の医療機関まで輸送する「へき地患者輸送車（艇）」の運行に対する財政支援を行うことで、へき地における住民の医療を確保する。

【運行支援事業】
 ① 実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ② 補助率：1/2
 ③ 対象経費：人件費、燃料費等
 ④ 基準額：1台当り765千円（患者輸送車）、1台当り1,289千円（患者輸送艇）

【整備事業】
 ① 実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ② 補助率：1/2
 ③ 対象経費：購入費
 ④ 基準額：マイクロバス1台当り2,829千円、フロン車1台当り1,474千円、艇1隻当り10,196千円

無医地区等
 へき地医療拠点病院
 へき地診療所
 県医師会所属・診療所

へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。

6. 策定について

(4) 外来医療

- 外来医療の需要は一部の大都市型の地域を除いて減少が見込まれる中、すべての地域の患者が安心して地域で療養できるよう、地域において診療体制やかかりつけ医機能で求められる役割が充足しているか、医歯薬連携体制が構築されているかを確認し、必要な取組を行う。
- また、高齢者救急が増加する中、入院から外来まで必要な患者に適切なリハビリテーション・栄養管理・口腔管理が提供され、速やかな在宅復帰が進むよう、医療保険での外来のリハビリテーションや、介護保険での通所や訪問リハビリテーションの活用を進めることが求められる。
- 初診・再診やD to P with N を含むオンライン診療の活用状況や将来の見込み、かかりつけ医機能報告等も踏まえつつ、医療機関、歯科医療機関、薬局の数等を把握しながら、外来医療を引き続き診療所中心で提供できるか、患者の医療アクセスを担保できるか、といった観点で以下の事項について協議が求められる。
 - 外来医療の体制確保に関する事項
 - 休日、夜間等の診療体制の確保に関する事項
- 特に人口の少ない地域を中心に、診療所の減少が進む中、診療所では担いきれない外来医療へのアクセスを確保する観点から、地域の病院を中心に提供体制を構築する必要があり、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を担う医療機関が対面診療を基本としつつ、オンライン診療の適切な実施に関する指針を遵守し、オンライン診療を組み合わせた外来医療の提供を担うことも考える必要がある。また、へき地や診療所の数が限られている地域等において、オンライン診療の活用を推進することが必要である。
- また、大都市型の地域において、高齢者の外来医療の需要等が増加することが見込まれる地域もあるが、日本全体における効率的な医療提供体制の構築や医師の偏在是正の観点も踏まえ、そうした地域においても効率的な外来医療の提供に向けた協議は重要である。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

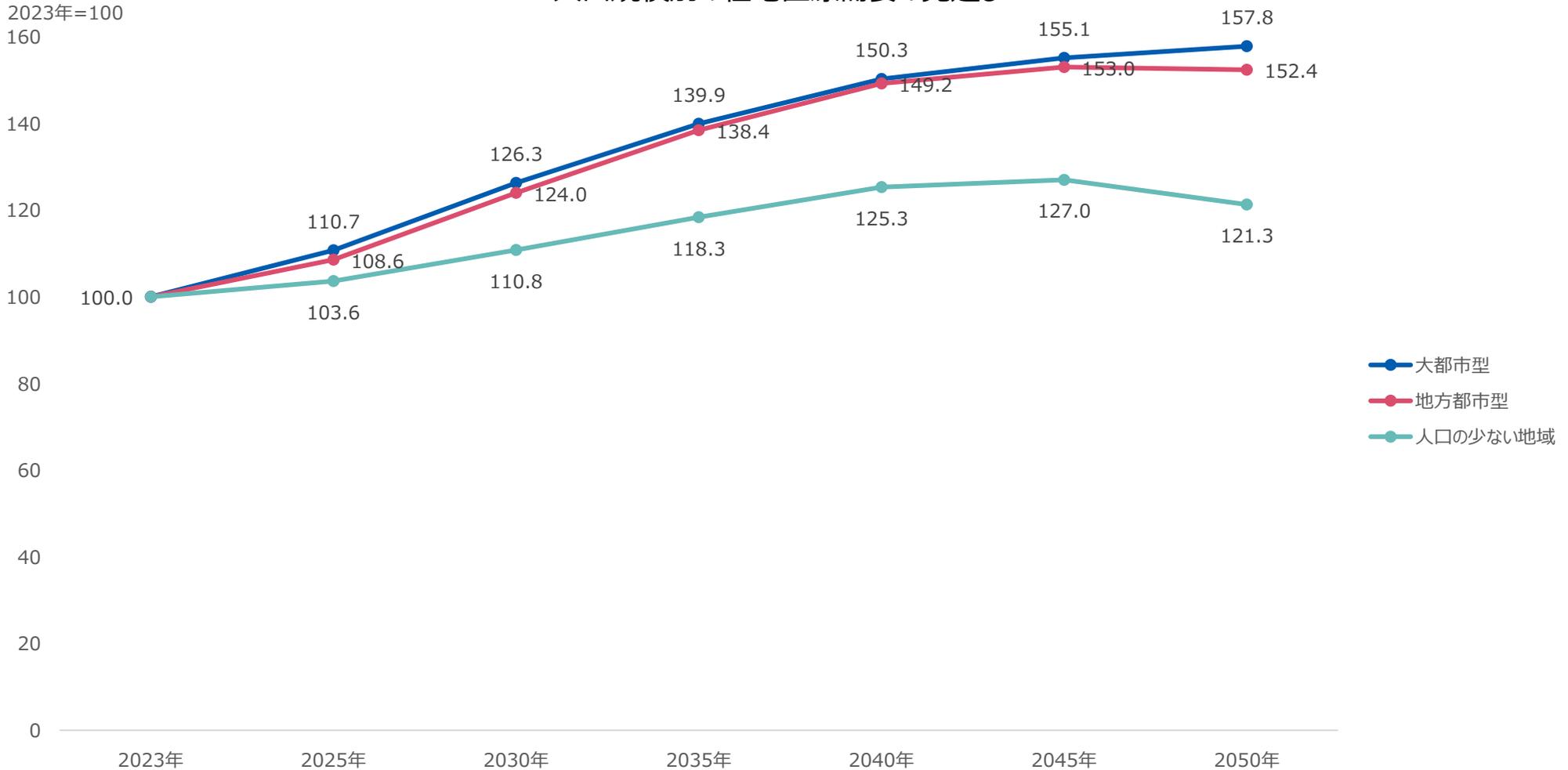
-6 策定について

(5) 在宅医療

在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。

人口規模別の在宅医療需要の見通し

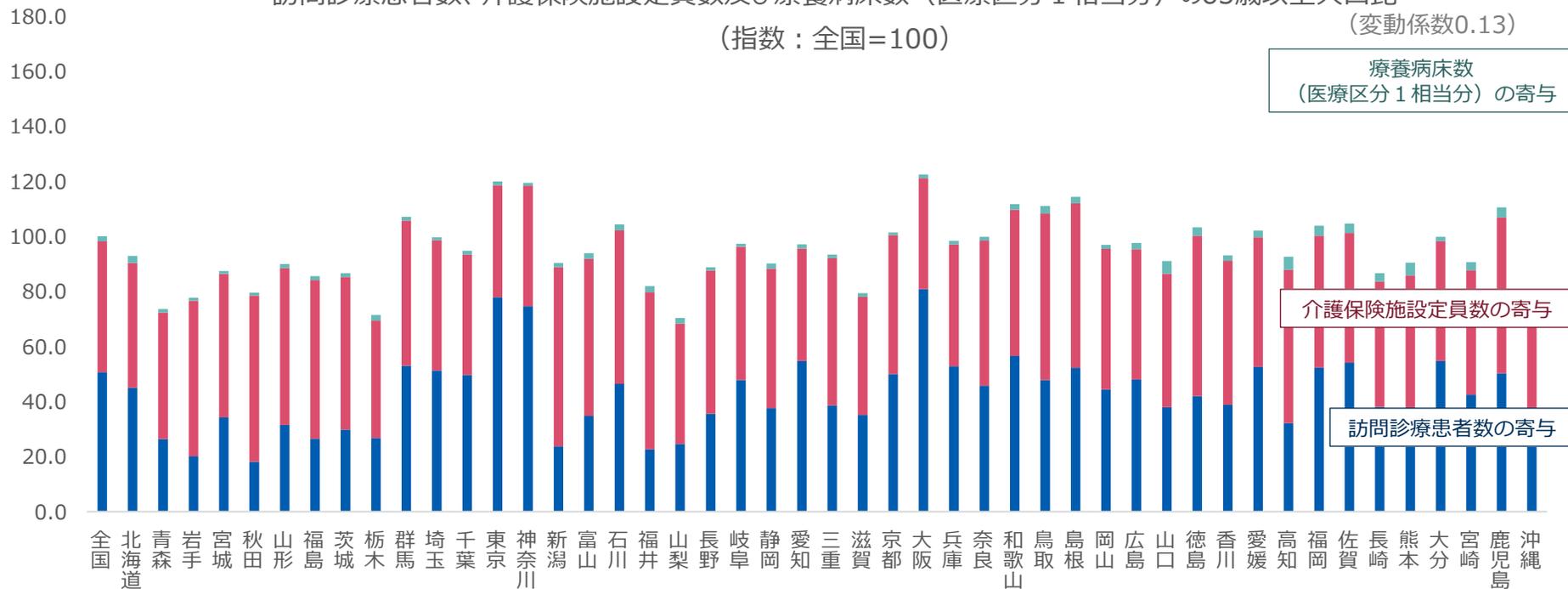


資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※二次医療圏（330圏域）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

慢性期の需要に対応する主な医療・介護サービスの数について （訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差）

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数、療養病床数（医療区分1相当分）と合わせると地域差は縮小する。
- 慢性期の需要に対する医療提供体制の整備については、病院だけでなく、在宅や介護サービスの整備も含めた検討が重要。

訪問診療患者数、介護保険施設定員数及び療養病床数（医療区分1相当分）の65歳以上人口比
（指数：全国=100）
（変動係数0.13）



資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）、厚生労働省「医療施設調査」（2022年）、NDBオープンデータ（2022年度）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。

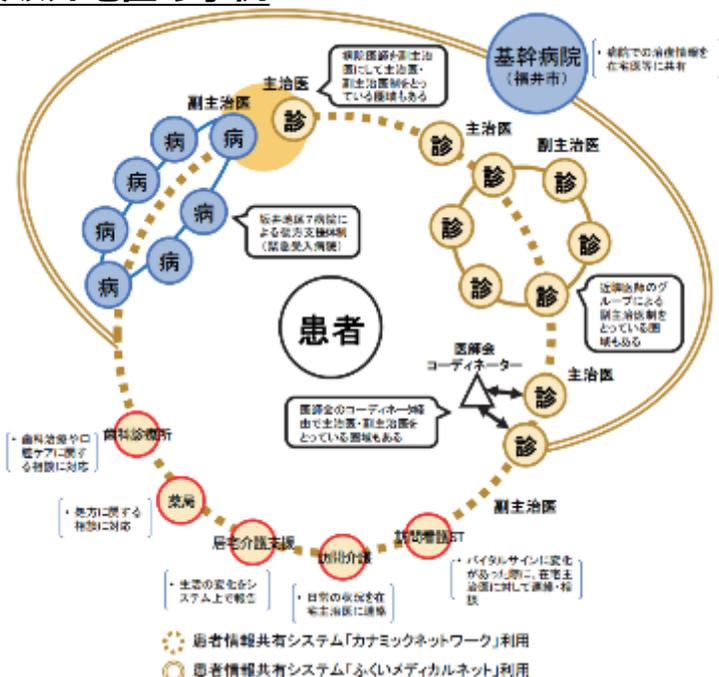
※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

※ 療養病床数（医療区分1相当分）については、都道府県別に、療養病床数（病院、一般診療所及び介護療養型医療施設の合計）に対し療養病棟入院基本料の算定回数に占める医療区分1の算定回数の割合を乗じることにより算定している。

在宅医療の病院と診療所、医科・歯科・薬局・看護・介護・行政の連携の事例

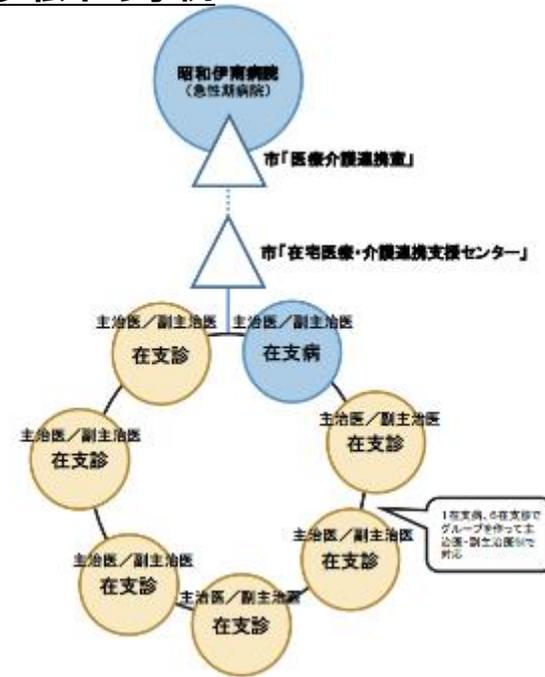
- 在宅医療の提供体制の整備に当たって、各地域で医療資源を踏まえながら医療機関等の役割分担・連携等が行われている。
- 病院と診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護、訪問介護等がICTを活用し患者の情報を共有しながら在宅医療を協力して提供する体制を構築している例や、市が中核病院と在宅医療を担う医療機関の連携を推進して患者の在宅医療へのスムーズな移行を推進している例がある。

例) 福井県坂井地区の事例



地域の7病院で協定を締結し、在宅医療の後方支援に係る病院同士の連携の仕組みを構築しているほか、在宅医療を行う診療所や病院間等で診療情報をICTを活用して共有する体制が構築されている。当該情報は主治医に加え、訪問看護、訪問・居宅介護、薬局、利用者家族等も閲覧や情報発信が可能。

例) 長野県駒ヶ根市の事例



市が市内の中核病院内に「医療介護連携室」を開設、介護支援専門員を配置し、市のサテライト機能として介護・福祉サービスの相談・手続きの窓口を担っているほか、市役所内の在宅医療・介護連携支援センターと連携し、地域の在支診につないでいる。

6. 策定について

（5）在宅医療

- 高齢者の増加に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれる。在宅医療は医師等の従事者が患家等へ移動する必要があり、外来医療等と比較すると効率的ではなく、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においても、今後の在宅医療のあり方の検討が必要とされている。
- 在宅医療については、現在の提供実態や需要の将来見込みなどを活用し、将来の需要の状況を把握した上で、現状と比較して、今後充足できるかを把握する。
- 在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。さらに需要が増加する場合、体制強化や効率化等による在宅医療の提供量の増加のほか、介護施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制を構築することが必要である。また、歯科医療機関と連携した口腔健康管理の実施体制の構築や、薬局と連携した切れ目のない薬剤情報連携体制の構築が重要である。
- 都道府県は、都道府県単位や構想区域単位の議論において、在宅医療等連携機能を報告する予定の医療機関や在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局、訪問看護ステーション、介護関係者等とともに、在宅医療の需要の増加や、在宅医療を提供する医療機関、在宅歯科医療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局の数、療養病床の数、介護保険施設の定員、訪問看護や訪問介護に係る人員の充足状況、医歯薬連携体制に係る状況等を把握する。
- 一般的には、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を提供する診療所等に対し、バックベッド機能の提供や、小児・難病等に関する専門的な訪問診療・訪問看護等に係る技術的な支援等を通じて、後方的な支援を行うことが求められる。
- また、人口の少ない地域を中心に、地域の在宅医療の提供が十分ではない場合等においては、在宅医療等連携機能や専門等機能（有床診療所）を担う医療機関が在宅医療の提供を推進する必要がある。
- また、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において、患者が在宅での療養を継続するためには、疾患の重症化予防とともに、患者の生活機能を維持することが必要であり、そのためには、病院、診療所や介護老人保健施設が提供する訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等を、患者の状況に応じて組み合わせながら、地域において切れ目なくリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供していくことが重要である、と指摘されており、こうしたことも踏まえながら取組の検討が必要。
- 地域ごとに、効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、D to P with N を含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により支えていく、といった様々な方策を組み合わせるなどの取組について検討していく。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

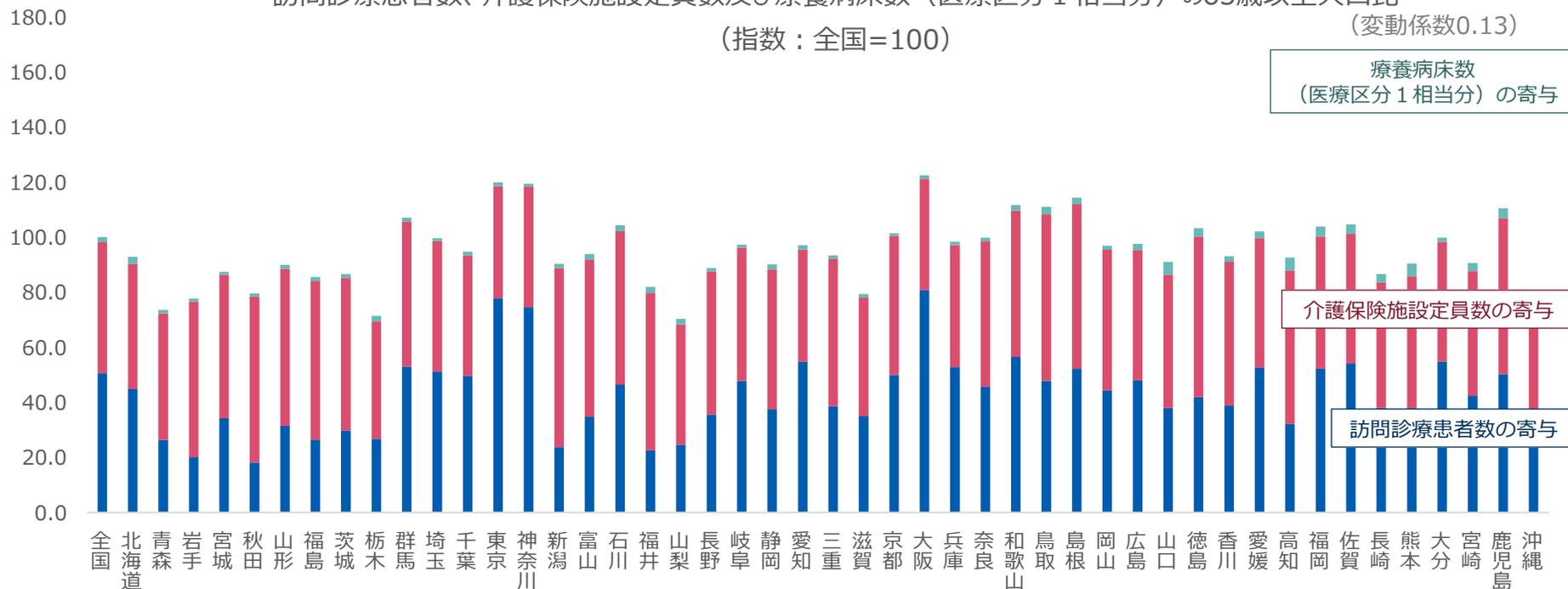
-6 策定について

(6) 介護との連携

慢性期の需要に対応する主な医療・介護サービスの数について （訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差）

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数、療養病床数（医療区分1相当分）と合わせると地域差は縮小する。
- 慢性期の需要に対する医療提供体制の整備については、病院だけでなく、在宅や介護サービスの整備も含めた検討が重要。

訪問診療患者数、介護保険施設定員数及び療養病床数（医療区分1相当分）の65歳以上人口比
（指数：全国=100）
（変動係数0.13）



資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）、厚生労働省「医療施設調査」（2022年）、NDBオープンデータ（2022年度）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。

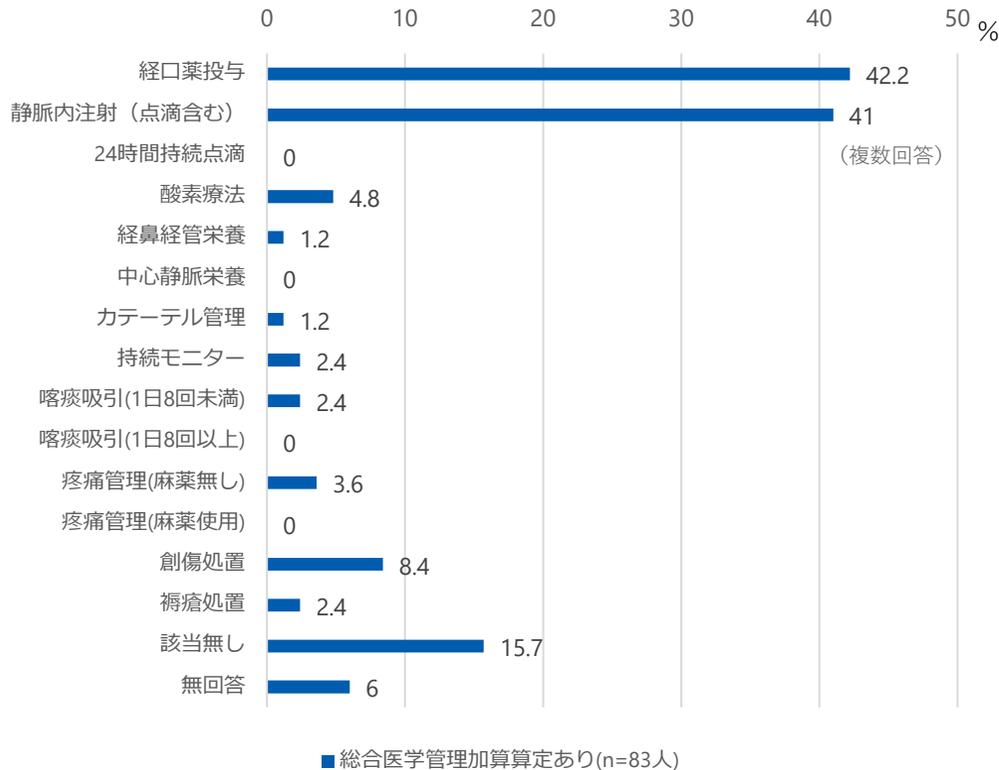
※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

※ 療養病床数（医療区分1相当分）については、都道府県別に、療養病床数（病院、一般診療所及び介護療養型医療施設の合計）に対し療養病床入院基本料の算定回数に占める医療区分1の算定回数の割合を乗じることにより算定している。

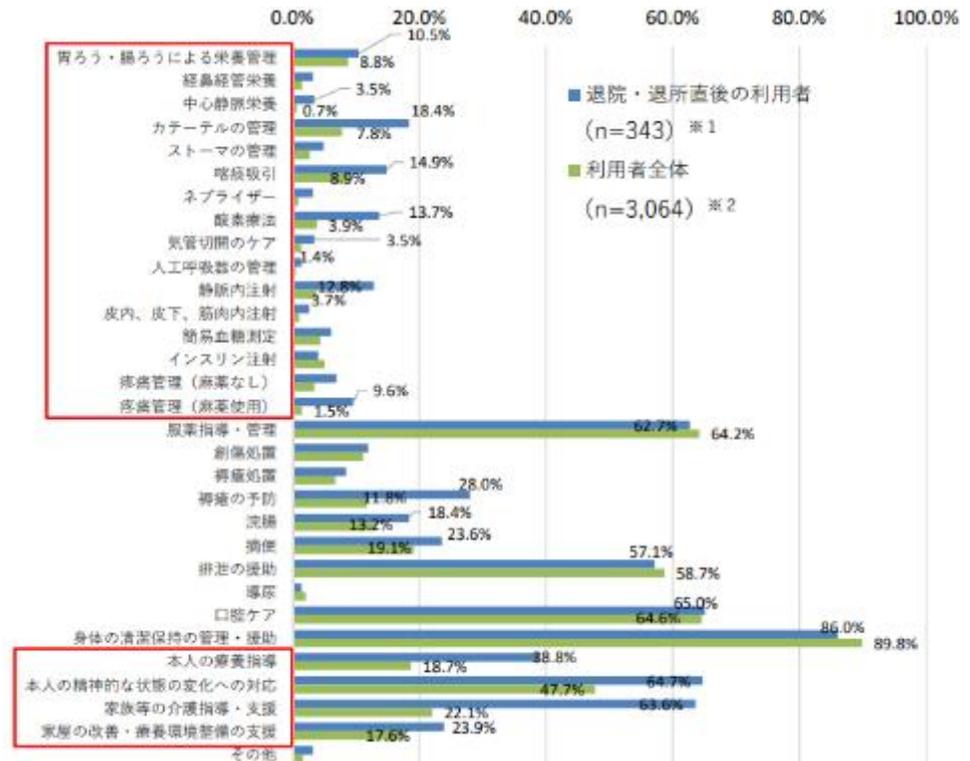
介護老人保健施設等における在宅療養支援機能について

- 介護老人保健施設等における短期入所療養介護は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするための支援を行っている。
- 看護小規模多機能居宅介護における短期利用居宅介護費においても、緊急やむを得ない場合など一定要件を満たした場合、登録者以外の短期利用を可能としており、一定の処置等を実施している。
- こういった、医療処置等を実施する介護保険サービスの活用も含め、慢性期の需要に対する医療提供体制の整備が重要である。

総合医学管理加算算定者に実施した処置



看多機利用者に提供したケア



資料出所：令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和5年度調査）
 (2) 介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業 報告書

資料出所：※1平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成29年度調査)訪問看護のサービス提供のあり方に関する調査研究事業報告書 ※2平成30年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護及び療養通所介護の特性に関する調査研究事業」報告書(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

6. 策定について

(6) 介護との連携

- 地域医療構想においては、慢性期の医療需要について、現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数、在宅歯科医療を担う歯科医療機関数、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護の看護師やヘルパーの確保状況、看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所数等を踏まえ、介護を含む地域の資源を確認し、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める必要がある。
- 介護老人保健施設は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするため、医学管理を実施する者等にショートステイを提供している実態や、リハビリテーションが必要な者に入所や訪問、通所によりリハビリテーションを提供する機能があり、また、認知症を有する患者が急性期を経過した後の退院先の選択肢として挙げられている。介護老人保健施設や介護医療院等の医療と介護の連携に資する介護施設等の機能を地域ごとに適切に医療関係者が把握するほか、介護関係者は各医療機関の機能（高齢者救急・地域急性期機能等）について把握し、医療と介護の連携を進めていくことが重要である。
- 高齢者施設等における医療需要への対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。
- 医療機関と介護施設の具体的な連携については、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等において検討が進められており、得られた好事例については横展開を図ることが重要である。

I. 新たな地域医療構想に向けたこれまでの議論について

II. 検討会における議論のとりまとめについて

II-1 はじめに

-2 新たな地域医療構想について

-3 医療機関機能の確保について

-4 医療需要の推計と病床機能報告について

-5 人口規模に応じた地域毎の課題について

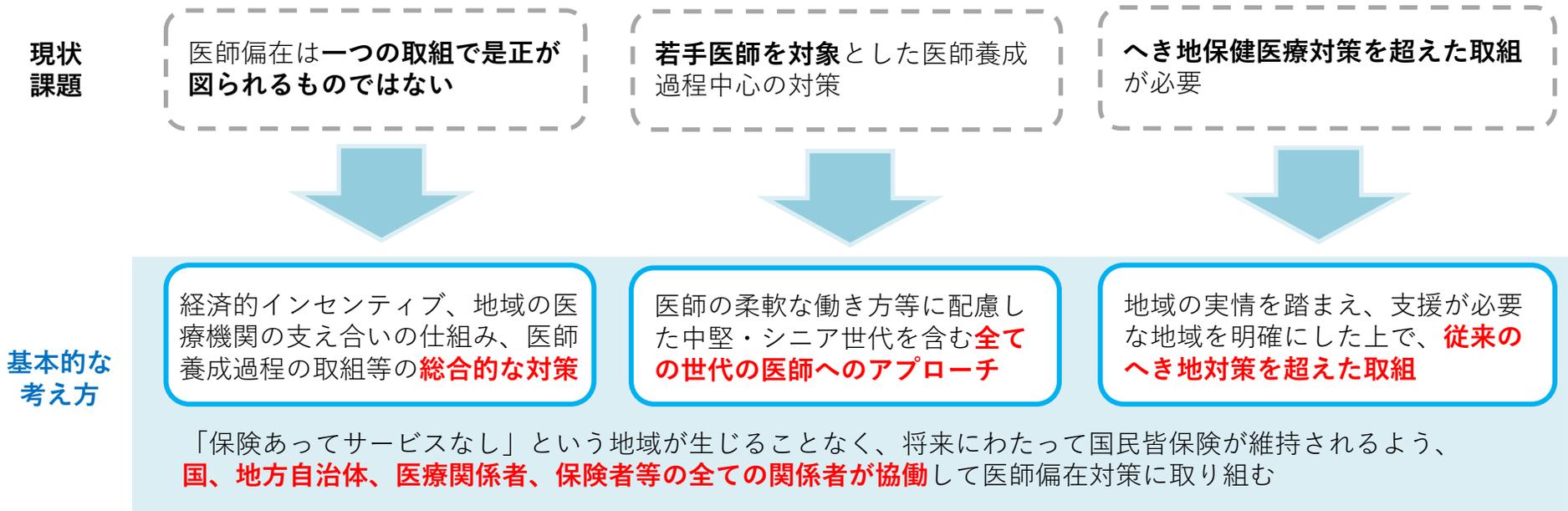
-6 策定について

(7) 人材確保

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
- **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

<医学部定員・地域枠>

- ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
- ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
- ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う

<臨床研修>

- ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
- ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

<重点医師偏在対策支援区域>

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）

<医師偏在是正プラン>

- ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

<経済的インセンティブ>

- ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
 - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
 - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
 - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
 - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

<全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>

- ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進
- <都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>
- ・都道府県と大学病院等で医師派遣・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協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

<医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>

- ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
- ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施

<外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

<保険医療機関の管理者要件>

- ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

医師を除く各職種における需給推計等の検討状況

- 職種ごとに需給の状況や確保のための対策が異なることから、各職種の検討会等において、需給推計や偏在指標等、実情を踏まえた検討が進められている。

	需給推計等の検討状況
歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 「歯科医療提供体制等に関する検討会」及び「歯科医師の適正配置に関するワーキンググループ」において、歯科医師の偏在対策を含め今後の歯科医療提供体制のあり方等について検討中 歯科医師の必要数については、「歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループ」において、今後検討予定
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 2020年～2045年の需給推計を公表（2021年） 薬剤師偏在指標を含む「薬剤師確保計画ガイドライン」を発出（2023年） 都道府県が薬剤師偏在指標に基づく薬剤師確保計画を策定（2023年度）し、計画に基づく偏在対策を開始（2024年度～） 「病院薬剤師の確保及び業務改革推進事業」において、病院薬剤師の確保に係る医療計画への記載事項等を調査（2025年度）
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」において、2025年の需給推計を含む、とりまとめを公表（2019年） 2025年以降の需給推計については、新たな地域医療構想を踏まえた上で検討予定
その他	<ul style="list-style-type: none"> 「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士分科会」において、2040年の需給推計を含む、理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性を公表（2019年）

6. 策定について

（7）人材確保

- 医師の確保について、医師確保計画や医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおいて取組が進められている。また、医師以外の医療従事者については、第8次医療計画等において、確保に係る取組が進められている。
- また、厚生労働省の各担当部局において、各職種に関する需給推計等が進められているところ、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、その内容を踏まえ、ガイドライン又は医療計画において内容を反映させることや、それぞれの取組の好事例の把握や横展開が重要である。
- 急性期拠点機能を担う医療機関は、大学病院本院から人的協力を受けるなど、相対的に医師が多く勤務することが想定される。このため、当該医療機関は地域の医療機関における代診医や当直医の確保に協力するなどの体制の確保への協力が重要であり、構想区域単位の調整会議において協力のあり方について協議を行う。