



ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

第6回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年6月21日

資料 1

新たな地域医療構想に関する論点について

1. これまでの議論の主な経過

社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抄）

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

（1）改革が求められる背景

（略）

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心となる。こうした時代の医療は、病気と共に存しながらQOL（Quality of Life）の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはこうした姿に変わっていない。

（略）

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008（平成20）年6月に公表された「社会保障制度改革第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

（略）

2008（平成20）年の「社会保障制度改革最終報告」で示された「るべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抄）

（3）改革の方向性

② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、**急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある**。この時、**機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる**。

（略）

加えて、今般の国民会議の議論を通じて、**地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された**。

（略）

しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しのけたりといった事態を招きかねない。改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たなして断行していかねばならないのである。

社会保障制度改革国民會議報告書（平成25年8月6日）（抄）

2 医療・介護サービスの提供体制改革

（1）病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた**医療機能に係る情報の都道府県への報告制度**（「**病床機能報告制度**」）を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される**地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データ**に基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す**地域医療ビジョン**を都道府県が策定することが求められる。さらには、**地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進**されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要はあるものの、次期医療計画の策定時期である2018（平成30）年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

（4）医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

（略）

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、**介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠**である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、**かかりつけ医の役割が改めて重要**となる。（略）

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和4年12月28日)①(抄)

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

1 基本的な考え方

- 今般の新型コロナウイルス感染症への対応においては、行政による事前の準備が十分でなかつたため、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面し、それぞれの地域において、通常医療との両立を含め機能する保健医療提供体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を連携やネットワークにより提供していくことの重要性が改めて認識された。
- 一方、この間も少子高齢化は着実に進みつつあり、今後、さらなる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあることを踏まえ、地域によって大きく異なる「人口構造の変化」に対し、機能分化と連携、人材の確保を一層重視した国民目線での提供体制の改革を進め、コロナ禍における関係者の密接な意思疎通や役割分担・連携の模索の経験・教訓も活かしながら、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくことが喫緊の課題である。
- このため、2040年頃まで続く高齢化への対応とあわせて、人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくという基本理念の下で医療提供体制の改革を推進する必要がある。

(2) 人口構造の変化への対応

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を一体的に推進するとともに、DX等の技術革新を医療分野に確実に取り込むなど、総合的な医療提供体制改革を推進する必要がある。
 - ① 地域医療構想については、新型コロナ禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深めることが必要である。
 - ・ 現在は2025年までの取組となっているが、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を始めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある。
 - ・ このため、「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するとともに、これまでの地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進（急性期～回復期～慢性期）に加え、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りをする高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。（略）

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和4年12月28日)②(抄)

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

2. 具体的な改革の内容について

(3) 地域医療構想の推進

(地域医療構想 2025)

- 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めいく必要がある。
- 地域医療構想の推進にあたっては、これまでも PDCA サイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の 2025 年までの取組を地域の実情を踏まえつつ着実に進めるために、対応方針の策定率を目標とした PDCA サイクルの強化や構想区域の評価・分析など都道府県の責務の明確化により取組を進めるべきではないか。
- また、第 8 次医療計画の策定作業と併せて、各都道府県において、2022年度及び 2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを進めるべきではないか。
- 厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域について、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援を行うべきではないか。

(今後の取組)

- 2025 年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる 2040 年頃までを視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定すべきではないか。
- そのため、現在の取組を確実に進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向け、現状と課題を分析し、課題の整理・検討を行うべきではないか。
- なお、今後の取組については、必要な医療を面として提供するための医療機関ごとの機能分化と連携が重要である、かかりつけ医機能や在宅医療を取り込むため、外来医療、在宅医療の整備計画の中で新たな方向性や目標を踏まえながら、2025 年以降の入院需要を推計していくべき、新たな地域医療構想を踏まえて、看護職員の需給推計を実施すべき、医師の働き方改革への各医療機関の対応を踏まえた上で、地域医療構想における医療機関の役割分担と連携の在り方を議論すべき、構想区域の規模や在り方を議論すべきとの意見を踏まえて、検討を深めるべきではないか。

「経済財政運営と改革の基本方針2023」（令和5年6月16日閣議決定）（抄）

第13回地域医療構想及び医師確保
計画に関するワーキンググループ 資料1
令和5年11月9日

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

医療・介護サービスの提供体制については、今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応し、限りある資源を有効に活用しながら質の高い医療介護サービスを必要に応じて受けのことのできる体制を確保する観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革、医療・介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した改革を早期に進める必要がある。

このため、1人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の実情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に關し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進、地域医療連携推進法人制度の有効活用、地域で安全に分娩できる周産期医療の確保、ドクターヘリの推進、救急医療体制の確保、訪問看護の推進、医療法人等の経営情報に関する全国的なデータベースの構築を図る。

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

社会保障 4. 医療・福祉サービス改革

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

資料1
(一部
改)

KPI第2階層	KPI第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	24	25	26
<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合 【2025年度に100%】 (実際に増減された病床数／地域医療構想の2025年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数(病床機能報告))</p>	<p>○地域医療構想調整会議の開催回数【2024年度末までに約2,000回】</p> <p>○各医療機関の対応方針の策定率【2025年度に100%】</p> <p>○対応方針の検討状況等の公表率【100%】</p>	<p>3.9. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進</p> <p>a. 地域医療構想については、2025年までの取組をより一層推進するため、これまでのP D C Aサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。</p> <p>b. 国においては、以下の取組を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化 ・構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等の周知） ・地域医療介護総合確保基金やデータ分析チーム構築支援等の効果的な活用方法の周知 ・地域医療構想の取組の進め方に関するチェックリストの作成 ・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量の乖離等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられるモデル構想区域等を設定して、アウトリーチの伴走支援の実施 ・地域医療構想調整会議の議論の実施状況の市町村への報告等について、法制上の位置付けも含め、必要な措置 <p>c. 都道府県に対し以下の取組を求める。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量に著しい乖離が生じている構想区域について、医療提供体制に関する分析・評価を行い、評価結果に基づき必要な方策を講じること ・地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定率等をK P IとしたP D C Aサイクルを年度ごとに実施し、対応方針の検討状況、策定率を公表すること ・国において設定したモデル構想区域等において、地域医療構想調整会議で構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議し、対応方針を策定するなど、必要な方策を講じること <p>d. 2026年度以降の地域医療構想について、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。また、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。</p>			

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

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

2. 医療・介護制度等の改革

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

◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ 地域医療構想については、これまでのP D C Aサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する。
- ・ **2026年度以降の地域医療構想の取組**について、今後、**医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。**
- ・ こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。
- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る。
- ・ さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・ また、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた、医師の教育や研修の充実にも取り組んでいく。

◆ 医師偏在対策等

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

令和6年5月27日 全世代型社会保障構築会議における主な意見（地域医療構想関連）

- ・医療・介護の需要のピークは2060年以降。ただし、地域によって人口の状況は異なり、東京のように医療・介護の需要が増える地域と、既に2040年、2060年の状態になっている地域がある。医療提供体制については、病床機能だけでなく、在宅も含めて地域医療全体について考える、医療だけでなく、介護も含めて地域包括ケアの中で考える方向。今あるリソースでどうやって全体をカバーしていくか全体像を考える。病床を増やす減らす、機能分化をどうするだけでなく、どのように連携して切れ目のない医療・介護体制をそれぞれの地域でつくるかという視点で議論する。地域の中小病院、多機能病院の病床の機能をどう考えるかが大きなテーマとなる。
- ・地域医療構想について、2025年までの取組を手抜かりなく進める必要。その上で、2040年を見据え、入院は引き続き取り組むとともに、外来、医療と介護の連携にも視野を広げて、地域の医療と介護の提供体制をどのように整えていくか、地域医療構想を土台に検討することが必要。データに基づいて数値化し、その在り方を地域で議論して取り組んでいく形が重要。
- ・医療・介護人材の偏在は正に取り組むことを前提としつつも、新たな地域医療構想では、それでもなお不足する場合を考えざるを得ない。地域で医療人材を十分に確保できない場合は別の方策でカバーするという考え方を持って、地域医療構想を各地で展開することが必要。
- ・地域医療構想の進捗として、全体として病床数は減少しているが、病床機能別に見るとまだ道半ば。目標年の2025年までに最後の一押しをしてほしい。今期の反省を踏まえて、推進手法として、都道府県にもう少し強い権限を与えたほうがいいのではないか。病床機能の転換を引き続き推進することに加え、外来、介護も含めるなど内容面の強化も必要。
- ・地域医療構想の病床機能の見直しは、2025年の目標に到達できていない。次期構想では、都道府県の権限強化や責任の明確化、これを踏まえた具体的な推進策を検討し、法律上に明記すべき。また、日本全体で人手不足の中、医療分野だけ人を増やせるものではないため、DXにより効率化を図ることが必要。2040年を展望すると、病院、介護、住宅での見守り等を連携していく必要。病床機能に関する取組は継続するとともに、過剰な外来提供を適正化する議論も必要。
- ・病院経営のレベルでも、急性期から非急性期に変えるのは医師のスキルの問題等もあり大変で、動きにくい背景があると思う。行政の側に相当強く誘導する何らかのツールを持たせないと、非急性期へのシフトは起きにくい。また、病院経営側が経営改善や再編をしていくような仕組みを考えないといけない。
- ・医師の偏在問題がシリアスになるのは、実際の医師がリアルにいる必要がある急性期。市場経済では解決できない領域に入ってくるので、政府部門が介入しないといけないと偏在の問題は解消しない。市場機能を働かせる部分と政府が介入する部分が重なり合っていく問題。
- ・地域医療構想について、これまであまり進んでおらず、一層の都道府県の権限強化が非常に大事。十分に診療実績のない急性期病床が急性期病床の約3割に上っており、診療実績を見える化して、実態に合う医療機能を国民に見えるようにする必要がある。救急搬送の応需率を地域単位で公表して、改善を図っていくような取組も考えてはどうか。
- ・2025年までに65歳以上高齢者のピークを迎える市町村は全国の60%を超える、2040年度以降にピークを迎える市町村は35%であり、二極化する。これを前提に提供体制を議論していく必要。また、地域医療構想のほか、医療計画や医療適正化計画のような都道府県レベルの計画にも働きかける必要。公立病院系には対応し、民間病院は放っておくスタンスだと問題。地域医療構想では、都道府県の権限を強化しなければならない。地方分権もあるので、国はそれをサポートする役割になる。
- ・地域医療構想、かかりつけ医機能の発揮のための制度が機能するためには、医師の育成確保と適正配置が必要。回復期の病床機能の強化やかかりつけ医機能の発揮に当たり、そこで診療に従事する医師や幅広い診療領域について全人的に診療できる医師が必要であり、大学との連携が一層重要になる。他方で、専門的・高度先進的な医療を行う医師の育成確保を看過してはならない。将来の医療提供体制を念頭にバランスよく医師を育成することが必要。
- ・医療の課題を解決するには時間軸を使って解決するしか方法はない。医療提供体制を本当に変えるには、長い時間をかけて進めていくしかない。
- ・人口減少によって医療需要が減り、例えば、急性期の医療が減って回復期が増えていくとしても、最低限全世代が幸せに暮らせるための医療体制について、国が規制をかけて確保することが重要。医療体制の変化にあわせて、看護師や介護士の在り方も考える必要。

地域医療構想の検討体制

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

〈現行の地域医療構想〉

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

(敬称略。五十音順)

伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会长代行
猪口 雄二	公益社団法人日本医師会副会长
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大屋 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
○ 尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会长
幸野 庄司	健康保険組合連合会参与
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
田中 一成	一般社団法人日本病院会常務理事
野原 勝	全国衛生部長会
望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会长
○ : 座長	

〈新たな地域医療構想〉

新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

石原 靖之	岡山県鏡野町健康推進課長 (敬称略。五十音順)
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会长代行
猪口 雄二	公益社団法人全日本病院協会会长
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務理事
○ 遠藤 久夫	学習院大学長
大屋 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
岡 俊明	一般社団法人日本病院会副会长
□ 尾形 裕也	九州大学名誉教授
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
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
高橋 泰	国際医療福祉大学大学院教授
玉川 啓	福島県保健福祉部次長(保健衛生担当)
土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会长
松田 晋哉	産業医科大学教授
望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会长
森山 明	富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMIL理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常務理事

○ : 座長、□ : 座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

令和6年3月29日 第1回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①

<2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・地域医療構想の本質は大幅な人口の減少であり、人的な資源が限られる中、変化する高齢者の医療ニーズ等にどのように対応し、持続可能な体制を構築するかが目的である。
- ・医療提供体制モデルの前提として、各地域における医療・介護の必要量の推計と現状を比較し、過不足を明らかにすることが重要。
- ・新たな地域医療構想については、高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方で入院患者が減少していること、在宅患者数の増加していることを十分に踏まえ、性・年齢階級別の現状投影モデルから脱却し、国民の医療の関わり方を含め、様々な予測を行い、客観的に分析することが必要。
- ・病院・施設の必要病床数の将来予測について、高齢者の心身状態の向上や疾病構造の変化を組み入れることが必要。
- ・入院患者、外来患者、在宅患者はピークの時期が異なるため、2040年を見据えるだけではなく、その前後の状況も意識することが必要。
- ・医療提供体制モデルの設定について、病床機能だけでなく、外来・在宅・介護等の各機能の地域における配置・機能分化・連携の状況について、地域住民に分かりやすく全体の姿を見せるべき。
- ・2040年頃を見据えると、高齢者の数が増加に対して生産年齢人口が激減するため、病院や介護施設の運営や業務内容について、ITの活用を含め、効率化を検討することが必要。
- ・医師の働き方改革もあり、人材確保面での制約が大きくなるため、患者側の需要面だけでなく、供給側の人材確保、地域間・診療科間の偏在の是正も視野に入れ、地域医療構想に取り込むことが必要。
- ・生産年齢人口が急減する中で地域医療を維持するため、将来の医療需要に応じて医療従事者を確保することが必要。医師以外の医療従事者の確保も非常に重要。
- ・PDCAサイクルにより、計画的に進捗を管理することが不可欠。

令和6年3月29日 第1回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②

<現行の地域医療構想の評価>

- ・2022年の病床機能報告上の病床数と2025年の必要病床数を比較すると、必要病床数に最も近づいているのは慢性期機能。介護医療院の創設により、療養病床の転換が進んできており、医療のみならず、介護をあわせた総合的な対応が有効である。
- ・急性期と回復期については、必要病床数との関係でそれぞれ過大、過小と指摘されるが、定量的基準を導入した場合には、必要病床数とかなり近い数値となっている場合がある。新たな地域医療構想における病床機能区分の検討においては、現在の病床機能区分が見かけ上のアンバランスを生じさせている点を十分踏まえる必要がある。
- ・地域医療構想では市町村の役割があまり明確になっていない。介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の実施主体は市町村であり、その役割を地域医療構想においても明確化する必要がある。

<新たな地域医療構想に期待すること>

- ・地域医療構想調整会議に介護分野の行政担当者や関係団体等が参加して、地域の介護施設や高齢者住宅でどのような医療が提供されているかを共有することが必要。介護保険の事業計画との整合性も求められ、縦割りのない連携が重要。
- ・病床機能報告は医療機関の裁量であり尊重すべきであるが、各医療機関の病棟単位で果たしている機能に着目することも重要。
- ・地域医療構想は病院経営に大きな影響を及ぼすものであり、各医療機関が地域において健全経営が担保できることを踏まえた議論が必要。
- ・地域の実情については、一次医療圏単位、それ以下の生活圏で丁寧に把握する必要がある。入退院支援のルールや退院後の介護認定等に関する共通の理解も必要。市町村における課題抽出会議や多職種連携の研修を推進する役割も重要。
- ・認知症高齢者が今後急速に増加するため、入院医療や在宅医療において、認知症への対応を含め議論すべき。
- ・介護医療院と介護老人老健施設など、介護分野でどのような医療提供ができるのかを議論することが必要。
- ・複数の医療や介護の支援を受けられる都市部より、支援が乏しい地方の方が、介護から在宅医療まで切れ目なくサービスを提供できる体制の確立が求められている。また、地域の開業医は高齢化しており、その存続が難しい。特に在宅医療が継続的に提供されるよう、専門医の育成、24時間対応可能なサービスやその環境整備への支援が必要であり、その在り方について更なる議論が必要。
- ・地域医療介護総合確保基金の活用は財政支援として重要な施策。財政支援の強化がなければ実効性ある政策はできない。

令和6年4月17日 第2回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見① (第1回ヒアリング)

<2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・各地域ごとに2040年、2060年の絵姿を描き、バックキャストで、いかに医療・介護需要をカバーするかという視点が必要。地域資源の状況を踏まえた改革を地域で合意することが必要。
- ・現状の診療行動・機能分担を前提にした現状投影型の推計ではなく、最適な資源分配とか機能分担やタスクシフトなど、医療・介護改革を織り込んだ改革遂行型の地域医療構想とすべき。
- ・将来確保できる有限な資源を効率的に活用し、増大する医療・介護需要に応える視点が重要。かかりつけ医機能の実装、働き方改革、タスクシフトやテクノロジーの活用が必要。
- ・集住、コンパクトシティ等、コミュニティの形を変える改革が進むことを視野に入れ、動態的な視点で考えることが必要。地域の医療資源の分布、人口・高齢化率・疾病構造の変化等を見通し、地域の細かい類型分けが必要。
- ・2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超え、その半数は要介護、4割は認知症となり、独居・高齢夫婦が大半となる中、家族介護力が期待できないため、アウトリーチを前提とした医療提供体制が必要。

<現行の地域医療構想の評価>

- ・データによる地区診断が不十分なまま、機能別病床数の議論をしたことが問題。地域ニーズにあった体制を構築するという地域医療構想の目的を踏まえ、データに基づき地区診断を行った上で、高齢者救急や在宅医療のニーズへの対応を検討すべき。
- ・高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方、年間入院患者数は減少している。今後の推計に当たっては、こうした変化を推計値に反映していくことが必要。
- ・現行の地域医療構想は病床機能のみに限定したため、病院内の病床の機能分化を進めればこと足りたところ、個々の病院内での対応にとどまり、地域における病院間の機能分化を推進するまでには至らなかった。1つの病院だけでは対応できない多様化する医療ニーズに応えるためにも、病院の役割分担と連携は欠かせない。
- ・「病床機能報告」を「病棟機能報告」として位置付け、「回復期」を「包括期」と名称変更し、分かりやすく示すことが必要。
- ・地域医療構想の喫緊の課題は、高齢者救急対応。地域の医療資源を活用して高齢者救急に対応することが必要。

令和6年4月17日 第2回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見② (第1回ヒアリング)

<新たな地域医療構想に期待すること>

- ・在宅医療の強化、将来の人口・医療資源の分布を踏まえ、医療圏を見直す必要がある。
- ・在宅医療圏は、原則市町村単位とする。かかりつけ医機能報告や高齢者施設を踏まえた在宅医療の議論が重要。
- ・地域の介護施設や高齢者住宅における介護サービスや在宅医療がどのように提供されているかを十分に踏まえた議論が必要であり、市町村・介護関係者が調整会議に参加し、「地域医療構想」から「地域医療介護構想」に変革していく必要がある。
- ・構想区域について、人口規模に応じて分割・合併を弾力的に行うことが必要。
- ・二次医療圏を弾力的に運用をしてはどうか。具体的には、二次医療圏が小規模な場合に、複数の二次医療圏を統合して運用することにより、一つの二次医療圏の単位の中で十分に医療機能を満たすことができるのではないか。
- ・二次医療圏を地域医療構想区域に設定して議論を進めてきたが、人口の変化や情報通信技術、道路網の整備等の社会の発展や変化を考慮すると、日常生活圏を基盤として、複数の日常生活圏の医療を確保する地域医療圏、複数の地域医療圏の医療を確保する広域医療圏という考え方へ変えていくことが必要。
- ・病院機能の分類は、将来の医療供給体制を方向付ける点で重要。病院経営においても長期の経営戦略を考える上で大きな影響。地域医療構想において機能分担を明確にする上で、「病院機能」（高度急性期病院、急性期病院、かかりつけ医機能支援病院、慢性期病院）による分類が現実的。
- ・地域医療構想の見直しで、地域型病院（治し支える医療）と広域型病院（治す医療）の病院類型を創設して、病院の機能分化と病院間連携を進めるべき。
- ・働き方改革、かかりつけ医機能、医療人材の確保は重要な課題であり、地域ごとに状況が全く異なる。地域によっては全ての医療機能をフレキシブルに確保しなければならないところもある。このため、都道府県又は市町村を中心に、日常生活圏、二次医療圏、さらに広域な単位で、必要な病院機能・病棟機能を整理する必要がある。
- ・二次救急、三次救急のほか、一次救急の機能を地域で確保することが重要。
- ・在宅医療を増やすためには、緊急時の対応機能としての入院の受皿や緊急往診の体制、次に、特に訪問看護、訪問診療の体制が重要。
- ・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないか。
- ・医療と介護の連携、病院と在宅の連携について、函館の医療・介護連携サマリー等による情報共有を進めていくことが必要。

令和6年5月22日 第3回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見① (第2回ヒアリング)

<2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・認知症や基礎疾患等を抱える高齢患者や独居の増加等も想定した地域のニーズに対応できる医療・介護全体での体制構築や医療・介護の人才確保の議論が必要。
- ・認知症や各疾患の患者予測について、従来の静的手法ではなく、高齢者の急激な変化の影響を踏まえた動的手法を用いるべき。
- ・必要病床数について、現状投影モデルで推計するとともに、認知症患者や寝たきりの高齢者の減少など、医療・介護提供体制に大きな影響を及ぼす因子を組み込んだ複数のシナリオを作り、地域ごと・病種ごとに推計すべき。
- ・全ての構想区域において統一モデルで必要量を算出しつつ、地域特性や人材制約を踏まえたシナリオを作った上で、地域ごとに2040年に向けて取り組んでいくべき。
- ・外来医療・在宅医療の必要量についても、疾病構造、患者の状態及び医療資源投入量を踏まえ、可能な限り詳細に推計すべき。

<現行の地域医療構想の評価>

- ・公立病院等の再編が当初の目的に合致する結果が得られたかについて、再編後の効果を経時的に検証し、公表する仕組みが必要。
- ・基準病床数と必要病床数について、一部の自治体で第8次医療計画の基準病床数が増加し、混乱を招いているため、差を解消すべき。地域診断や地域の未来像を踏まえ、地域医療構想の協議を活性化させることが必要。
- ・国民が地域医療構想に十分に参画できているとはいえないため、住民の意見を反映しながら協働していくことが大切。地域医療構想の内容と進捗を住民に分かりやすく情報提供することが必要。

令和6年5月22日 第3回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見② (第2回ヒアリング)

<新たな地域医療構想に期待すること>

- ・患者にとって安全、安心な医療や介護が効果的かつ効率的に提供されるとともに、社会保障のサステナビリティを確保することが重要。
- ・地域医療構想は、国が地方に指示するという単純な構図ではなく、国民、患者、医療従事者、医療団体、医療機関、自治体、国等が協働で取り組む政策課題であり、国と都道府県等との協働・対話関係のアップデートが必要。
- ・オールジャパンとしての方向性、構想の全体像、必要な施策、推進のスタンス等の可視化や共有が不可欠。
- ・これまでPDCAサイクルを通じて取組を進めてきたが、行政のガバナンスは重要であり、都道府県や国が確実に進歩管理すべき。
- ・民間病院と公立・公的病院の特徴を活かした医療提供体制の再構築が重要。
- ・地域医療構想の策定後に生じる様々な変化を踏まえ、考え方の見直しやデータの更新を図るなど、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべき。人口流出等により、想定を大きく上回る変化が生じた場合は、地域医療構想の見直しを検討すべき。
- ・構想区域は、都市型モデル・過疎地モデルのみではなく、地域ごとに主体的に検討し、柔軟に設定すべき。
- ・医療DXは重要であるが、病院経営に大きな負担となるため、適正なコストコントロールを可能とする仕組みが必要。
- ・医科・歯科連携、歯科と介護との連携、入院時から在宅・施設等までの歯科診療所と病院の連携、ICTを活用した多職種連携の強化が必要。
- ・医療提供施設である薬局を外来医療提供体制のモデルに含めることが必要。薬局・薬剤師の地域偏在、病院薬剤師の確保が課題。
- ・在宅医療において、薬局が医療・介護連携に積極的に参画し、多職種連携を進めることで、地域包括ケアにおけるチーム医療へ貢献すべき。

令和6年5月27日 第4回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見① (第3回ヒアリング)

<2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・医療機関と施設、地域が一体となって健康や暮らしを守ることが望まれるため、入院だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医機能、訪問看護、介護サービス等を一体的に考えていく必要がある。
- ・高齢者の複合ニーズに対し、集中的な入院医療と在宅生活を支える在宅医療が重要。特に在宅では、予防・治療から看取りまでのその人らしい生活を支援することが考えられるのではないか。
- ・要介護者等を含む在宅療養者に対して、医療及び在宅介護サービスを適切に提供できる体制を整備することが必要。
- ・独居や認知症の方が地域で生活するための生活支援体制を整備することが必要。
- ・かかりつけ医との連携、情報連携の仕組みが非常に重要。かかりつけ医が機能するためには訪問看護が極めて重要。研修等も踏まえた医療側と介護側の顔の見える関係の構築が必要。基本情報を共有するためのインターフェースの構築については国の関与が必要。
- ・今後増加する、独居、老夫婦世帯、認知症高齢者の方の生活を支える医療の充実、伴走型介護拠点の整備、日常生活圏域を基盤とした地域を面として支える安心な医療・介護連携体制の確立が求められる。特に、認知症等の生活機能が激変した人に対する医療の在り方が大きな課題ではないか。
- ・利用者の病態・ADL・社会状況にふさわしい地域包括ケアシステムが確立され、地域医療ネットワークにより、市町村ごとに基幹型の救急及び在宅医療連携拠点と地域包括支援センターが連携し、医療や介護を含めた様々な生活支援サービスがどこにいても受けられる体制の構築が重要。

<現行の地域医療構想の評価>

- ・人材やサービスについて、医療と介護の両面で総合的な全体図を描くことが必要。介護施設でも医師、看護師、リハ職、介護人材等が必要となる一方、医療機関でも専門職に加えて看護補助者等も必要。また、介護の中にも医療サービスがあったが、現行の地域医療構想調整会議で触れられていなかった。医療・介護で提供しているサービスを整理すべき。
- ・医療・介護の連携の質をどのように高め、利用者の療養生活の質をどのように保障していくのか、という観点から議論しなければならないステージに来ている。

令和6年5月27日 第4回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見② (第3回ヒアリング)

<新たな地域医療構想に期待すること>

- ・今後は、要介護高齢者、認知症を有する高齢者の医療介護をどこでどのように受けるのが適切か、総合的な全体図を描きつつ、そのフィードバックを地域医療構想に結びつけていくことが必要。
- ・重度化した方、認知症の方、独居の方、生活支援が必要な方等が増える中で、介護がどう受け止め、医療がどう対応するか等の共通の課題がある。特養、特定施設、サ高住、介護医療院がどのような医療をどう提供するかを根本的に考えないといけない。
- ・将来的には通院できなくなる方が増えるので、医療のアウトリーチが必要。地域医療構想を形にする上で、かかりつけ医やサポートする医療機関をどう考えるか、施設や高齢者住まいを含めた在宅医療をどう考えるか、総合的に診療するかかりつけ医をどのように養成するかが課題。
- ・都市部において往診可能なかかりつけ医やそれをバックアップする地域病院など、地域を面として支える医療体制の構築、ケアマネ等が高齢者の生活機能の変化に気づいてつなぐ仕組みの構築、関係機関で情報が共有される仕組みの構築が重要。
- ・特養の医療提供は、配置医や看護職員等の多職種連携が円滑に行われるという利点がある。
- ・老健施設において、認知症短期集中リハビリテーションや医療ショートの利用等により軽度な医療ニーズへの対応が可能であり、こうした高齢者施設における機能を活用すべき。
- ・本人・家族が望まないような過度な医療提供を未然に防ぐためにも、事前にどの程度の医療提供を希望するかの意思を確認する「プレターミナルACP」が重要。
- ・高齢者が集まって住むことは、効率性・合理性があり、80歳以上のうち約7%の方が高齢者住まいに入居している。今後さらに数パーセント程度の需要があると思われる。慢性疾患の管理や食事の提供、24時間体制の見守り等が高齢者住まいの利点である。
- ・これまで地方のそれぞれの特性に応じた様々な成功事例があり、これらを参考にしつつ、医療関係団体、都道府県、市町村が最適解を検討する仕組みが構築されることに期待。
- ・2040年頃には医療も介護も人材不足。限られた人的資源の効果的・効率的な活用が極めて重要であり、医療・介護の枠を超えて役割分担を行う必要がある。
- ・医療資源の効率的で有効な転換を図るために、地域医療介護総合確保基金を活用して精神科医療の多角化に対応する必要。
- ・今後、地域医療構想の中で精神科救急の在り方を考えていっていただければありがたい。

令和6年5月31日 第5回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見① (第4回ヒアリング)

<2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・地域医療構想について、外来患者の減少、在宅患者の増加、医療・介護の複合ニーズ、死亡数の増加等への対応を見極めた上で、病床数のみではなく、在宅も含めて対象とする必要がある。
- ・医療と介護の複合ニーズに対応するため、医療（診療計画・看護計画・訪問看護計画等）からつながるケアプランの一体的な作成、専門性の高い看護師の外来・地域活動の推進、ケアの継続による重症化予防が重要。また、医療においても、アウトリーチ型の伴走支援が必要。
- ・かかりつけ医機能、働き方改革、機能分化・連携、救急体制の確保について、公民関わりなく、未来を見据えて考える必要がある。
- ・今後は二次医療圏ではなく、日常生活圏がベース。地域毎に状況は全く異なるため、医療DXを推進し、最新のデータを活用すべき。

<現行の地域医療構想の評価>

- ・地域医療構想は、地域の関係者が集まり、課題を共有する機会となり、機能分化に向けて一定の成果を上げてきた。
- ・病床機能報告について、福井県の取組として、病床単位で把握することにより、医療機関が病床機能を真剣に考える機会になった。
- ・病床機能については、急性期、地域包括期、慢性期、さらには、高度急性期、急性期多機能、慢性期多機能、慢性期と整理できるのではないか。
- ・病院完結型医療から地域完結型医療への転換は不十分。グループ・プラクティスの推進、中小病院の役割の明確化、かかりつけ医機能・多職種協働・看護小規模多機能型居宅介護・診療所における看護機能の推進が重要。

令和6年5月31日 第5回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見② (第4回ヒアリング)

<新たな地域医療構想に期待すること>

- ・ステークホルダー同士の信頼関係が重要。行政の聴く力、市町村の巻き込み、大胆な集約化、丁寧な説明と情報提供、トップダウンからボトムアップ、プッシュ型の情報開示等が必要。
- ・地域包括ケアの視点から、地域密着型多機能型病院が重要であり、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携が重要。
- ・小規模病床を有する有床診療所は、病院や介護施設との連携や在宅医療を担い、柔軟な運用が可能である。入院機能を有する究極のかかりつけ医機能であり、重要な医療資源である。小規模で柔軟な運用が可能。病院の病床とは異なる役割として、今まで以上に効果的かつ有効に活用されることに期待。病床機能区分にはじまないため、「診療所病床」という新しい病床単位を考えてはどうか。
- ・特養は、常時看護職員が健康状態を把握し、緊急を要する場合や医療的処置が必要となる場合に速やかに対応できる機能を備えているため、地域医療構想において、「居宅等」とは異なる位置づけを検討いただきたい。配置医師のあり方・機能・役割について、地域医療構想に位置づけることが必要。
- ・特養等利用者への切れ目のない診療を行うためには、緊急時や夜間を含むオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談できる仕組みが必要。
- ・在宅療養や在宅看取り、介護施設における医療ニーズの増大に対応するためには、地域全体での24時間体制の安定的・効率的な確保が急務。連携拠点となる訪問看護事業所を地域医療構想に位置づけ、全国医療情報プラットフォームの活用等による複数の訪問看護事業所の機能分化・連携を図る体制が必要。
- ・国や地方自治体の役割として、タスクシェアに向けた人材育成が必要であり、特に特定行為ができる看護師の養成・推進が重要。
- ・生産年齢人口が減少していく中、他職種との協働や医療・看護DXの推進を前提としつつ、施設単位から、地域全体での看護職の育成・確保・共有への転換が必要。
- ・都道府県、二次医療圏の範囲では、地域完結型医療は困難であるため、市町村の高齢者保健福祉計画と地域医療構想の一体化、市町村個別の医療計画が必要。

2. 新たな地域医療構想に関する論点

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

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

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

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

など

【主な課題】

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

など

【主な検討事項（案）】

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

など

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜新たな地域医療構想の方向性＞

- ・地域医療構想の本質は、大幅な人口の減少であり、人的な資源が限られる中、変化する高齢者の医療ニーズ等にどのように対応し、持続可能な体制を構築するかが目的である。
- ・各地域ごとに2040年、2060年の絵姿を描き、バックキャストで、いかに医療・介護需要をカバーするかという視点が必要。地域資源の状況を踏まえた改革を地域で合意することが必要。
- ・地域医療構想について、外来患者の減少、在宅患者の増加、医療・介護の複合ニーズ、死亡数の増加等への対応を見極めた上で、病床数のみではなく、在宅も含めて対象とする必要がある。
- ・地域の介護施設や高齢者住宅における介護サービスや在宅医療がどのように提供されているかを十分に踏まえた議論が必要であり、市町村・介護関係者が調整会議に参加し、「地域医療構想」から「地域医療介護構想」に変革していく必要がある。
- ・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないか。
- ・医療機関と施設、地域が一体となって健康や暮らしを守ることが望まれるため、入院だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医機能、訪問看護、介護サービス等を一体的に考えていく必要がある。
- ・入院患者、外来患者、在宅患者はピークの時期が異なるため、2040年を見据えるだけではなく、その前後の状況も意識することが必要。
- ・現状の診療行動・機能分担を前提にした現状投影型の推計ではなく、最適な資源分配とか機能分担やタスクシフトなど、医療・介護改革を織り込んだ改革遂行型の地域医療構想とすべき。
- ・集住、コンパクトシティ等、コミュニティの形を変える改革が進むことを視野に入れ、動態的な視点で考えることが必要。地域の医療資源の分布、人口・高齢化率・疾病構造の変化等を見通し、地域の細かい類型分けが必要。
- ・新たな地域医療構想については、高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方で入院患者が減少していること、在宅患者数の増加していることを十分に踏まえ、性・年齢階級別の現状投影モデルから脱却し、国民の医療の関わり方を含め、様々な予測を行い、客観的に分析することが必要。
- ・今後は、要介護高齢者、認知症を有する高齢者の医療介護をどこでどのように受けるのが適切か、総合的な全体図を描きつつ、そのフィードバックを地域医療構想に結びつけていくことが必要。
- ・独居や認知症の方が地域で生活するための生活支援体制を整備することが必要。
- ・2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超える、その半数は要介護、4割は認知症となり、独居・高齢夫婦が大半となる中、家族介護力が期待できないため、アウトリーチを前提とした医療提供体制が必要。
- ・重度化した方、認知症の方、独居の方、生活支援が必要な方等が増える中で、介護がどう受け止め、医療がどう対応するか等の共通の課題がある。特養、特定施設、サ高住、介護医療院がどのような医療をどう提供するかを根本的に考えないといけない。
- ・患者にとって安全、安心な医療や介護が効果的かつ効率的に提供されるとともに、社会保障のサステナビリティを確保することが重要。
- ・地域医療構想は、国が地方に指示するという単純な構図ではなく、国民、患者、医療従事者、医療団体、医療機関、自治体、国等が協働で取り組む政策課題であり、国と都道府県等との協働・対話関係のアップデートが必要。
- ・オールジャパンとしての方向性、構想の全体像、必要な施策、推進のスタンス等の可視化や共有が不可欠。
- ・民間病院と公立・公的病院の特徴を活かした医療提供体制の再構築が重要。
- ・地域医療構想は病院経営に大きな影響を及ぼすものであり、各医療機関が地域において健全経営が担保できることを踏まえた議論が必要。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<入院（病床の機能分化・連携等）>

- ・病院・施設の必要病床数の将来予測について、高齢者的心身状態の向上や疾病構造の変化を組み入れることが必要。
- ・高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方、年間入院患者数は減少している。今後の推計に当たっては、こうした変化を推計値に反映していくことが必要。
- ・必要病床数について、現状投影モデルで推計するとともに、認知症患者や寝たきりの高齢者の減少など、医療・介護提供体制に大きな影響を及ぼす因子を組み込んだ複数のシナリオを作り、地域ごと・病種ごとに推計すべき。
- ・認知症や各疾患の患者予測について、従来の静的手法ではなく、高齢者の急激な変化の影響を踏まえた動的手法を用いるべき。
- ・全ての構想区域において統一モデルで必要量を算出しつつ、地域特性や人材制約を踏まえたシナリオを作った上で、地域ごとに2040年に向けて取り組んでいくべき。
- ・2022年の病床機能報告上の病床数と2025年の必要病床数を比較すると、必要病床数に最も近づいているのは慢性期機能。介護医療院の創設により、療養病床の転換が進んできており、医療のみならず、介護をあわせた総合的な対応が有効である。
- ・急性期と回復期については、必要病床数との関係でそれぞれ過大、過小と指摘されるが、定量的基準を導入した場合には、必要病床数とかなり近い数値となっている場合がある。新たな地域医療構想における病床機能区分の検討においては、現在の病床機能区分が見かけ上のアンバランスを生じさせている点を十分踏まえる必要がある。
- ・「病床機能報告」を「病棟機能報告」として位置付け、「回復期」を「包括期」と名称変更し、分かりやすく示すことが必要。
- ・病床機能については、急性期、地域包括期、慢性期、さらには、高度急性期、急性期多機能、慢性期多機能、慢性期と整理できるのではないか。
- ・小規模病床を有する有床診療所は、病院や介護施設との連携や在宅医療を担い、柔軟な運用が可能である。入院機能を有する究極のかかりつけ医機能であり、重要な医療資源である。小規模で柔軟な運用が可能。病院の病床とは異なる役割として、今まで以上に効果的かつ有効に活用されることに期待。病床機能区分にはなじまないため、「診療所病床」という新しい病床単位を考えてはどうか。
- ・病床機能報告は医療機関の裁量であり尊重すべきであるが、各医療機関の病棟単位で果たしている機能に着目することも重要。
- ・現行の地域医療構想は病床機能のみに限定したため、病院内の病床の機能分化を進めればこと足りたところ、個々の病院内での対応にとどまり、地域における病院間の機能分化を推進するまでには至らなかった。1つの病院だけでは対応できない多様化する医療ニーズに応えるためにも、病院の役割分担と連携は欠かせない。
- ・病床機能報告について、福井県の取組として、病床単位で把握することにより、医療機関が病床機能を真剣に考える機会になった。
- ・認知症高齢者が今後急速に増加するため、入院医療や在宅医療において、認知症への対応を含め議論すべき。
- ・2040年頃を見据えると、高齢者の数が増加に対して生産年齢人口が激減するため、病院や介護施設の運営や業務内容について、ITの活用を含め、効率化を検討することが必要。
- ・基準病床数と必要病床数について、一部の自治体で第8次医療計画の基準病床数が増加し、混乱を招いているため、差を解消すべき。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見③

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<外来、在宅>

- ・外来医療・在宅医療の必要量についても、疾病構造、患者の状態及び医療資源投入量を踏まえ、可能な限り詳細に推計すべき。
- ・将来的には通院できなくなる方が増えるので、医療のアウトリーチが必要。地域医療構想を形にする上で、かかりつけ医やサポートする医療機関をどう考えるか、施設や高齢者住まいを含めた在宅医療をどう考えるか、総合的に診療するかかりつけ医をどのように養成するかが課題。
- ・都市部において往診可能なかかりつけ医やそれをバックアップする地域病院など、地域を面として支える医療体制の構築、ケアマネ等が高齢者の生活機能の変化に気づいてつなぐ仕組みの構築、関係機関で情報が共有される仕組みの構築が重要。
- ・医療と介護の複合ニーズに対応するため、医療（診療計画・看護計画・訪問看護計画等）からつながるケアプランの一体的な作成、専門性の高い看護師の外来・地域活動の推進、ケアの継続による重症化予防が重要。また、医療においても、アウトリーチ型の伴走支援が必要。
- ・在宅医療圏は、原則市町村単位とする。かかりつけ医機能報告や高齢者施設を踏まえた在宅医療の議論が重要。
- ・在宅医療を増やすためには、緊急時の対応機能としての入院の受皿や緊急往診の体制、次に、特に訪問看護、訪問診療の体制が重要。
- ・複数の医療や介護の支援を受けられる都市部より、支援が乏しい地方の方が、介護から在宅医療まで切れ目なくサービスを提供できる体制の確立が求められている。また、地域の開業医は高齢化しており、その存続が難しい。特に在宅医療が継続的に提供されるよう、専門医の育成、24時間対応可能なサービスやその環境整備への支援が必要であり、その在り方について更なる議論が必要。
- ・高齢者の複合ニーズに対し、集中的な入院医療と在宅生活を支える在宅医療が重要。特に在宅では、予防・治療から看取りまでのその人らしい生活を支援することが考えられるのではないか。
- ・在宅療養や在宅看取り、介護施設における医療ニーズの増大に対応するためには、地域全体での24時間体制の安定的・効率的な確保が急務。連携拠点となる訪問看護事業所を地域医療構想に位置づけ、全国医療情報プラットフォームの活用等による複数の訪問看護事業所の機能分化・連携を図る体制が必要。
- ・医科・歯科連携、歯科と介護との連携、入院時から在宅・施設等までの歯科診療所と病院の連携、ICTを活用した多職種連携の強化が必要。
- ・在宅医療において、薬局が医療・介護連携に積極的に参画し、多職種連携を進めることで、地域包括ケアにおけるチーム医療へ貢献すべき。
- ・医療提供施設である薬局を外来医療提供体制のモデルに含めることが必要。薬局・薬剤師の地域偏在、病院薬剤師の確保が課題。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見④

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜医療・介護連携＞

- ・人材やサービスについて、医療と介護の両面で総合的な全体図を描くことが必要。介護施設でも医師、看護師、リハ職、介護人材等が必要となる一方、医療機関でも専門職に加えて看護補助者等も必要。また、介護の中にも医療サービスがあったが、現行の地域医療構想調整会議で触れられていなかった。医療・介護で提供しているサービスを整理すべき。
- ・医療と介護の連携、病院と在宅の連携について、函館の医療・介護連携サマリー等による情報共有を進めていくことが必要。
- ・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないか。
- ・介護医療院と介護老人老健施設など、介護分野でどのような医療提供ができるのかを議論することが必要。
- ・老健施設において、認知症短期集中リハビリテーションや医療ショートの利用等により軽度な医療ニーズへの対応が可能であり、こうした高齢者施設における機能を活用すべき。
- ・特養の医療提供は、配置医や看護職員等の多職種連携が円滑に行われるという利点がある。
- ・特養は、常時看護職員が健康状態を把握し、緊急を要する場合や医療的処置が必要となる場合に速やかに対応できる機能を備えているため、地域医療構想において、「居宅等」とは異なる位置づけを検討いただきたい。配置医師のあり方・機能・役割について、地域医療構想に位置づけることが必要。
- ・特養等利用者への切れ目のない診療を行うためには、緊急時や夜間を含むオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談できる仕組みが必要。
- ・医療・介護の連携の質をどのように高め、利用者の療養生活の質をどのように保障していくのか、という観点から議論しなければならないステージに来ている。
- ・高齢者が集まって住むことは、効率性・合理性があり、80歳以上のうち約7%の方が高齢者住まいに入居している。今後さらに数パーセント程度の需要があると思われる。慢性疾患の管理や食事の提供、24時間体制の見守り等が高齢者住まいの利点である。
- ・地域医療構想調整会議に介護分野の行政担当者や関係団体等が参加して、地域の介護施設や高齢者住宅でどのような医療が提供されているかを共有することが必要。介護保険の事業計画との整合性も求められ、縦割りのない連携が重要。

＜人材確保＞

- ・医師の働き方改革もあり、人材確保面での制約が大きくなるため、患者側の需要面だけでなく、供給側の人材確保、地域間・診療科間の偏在の是正も視野に入れ、地域医療構想に取り込むことが必要。
- ・生産年齢人口が急減する中で地域医療を維持するため、将来の医療需要に応じて医療従事者を確保することが必要。医師以外の医療従事者の確保も非常に重要。
- ・2040年頃には医療も介護も人材不足。限られた人的資源の効果的・効率的な活用が極めて重要であり、医療・介護の枠を超えて役割分担を行う必要がある。
- ・国や地方自治体の役割として、タスクシェアに向けた人材育成が必要であり、特に特定行為ができる看護師の養成・推進が重要。
- ・生産年齢人口が減少していく中、他職種との協働や医療・看護DXの推進を前提としつつ、施設単位から、地域全体での看護職の育成・確保・共有への転換が必要。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑤

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜医療機関機能＞

- ・病院機能の分類は、将来の医療供給体制を方向付ける点で重要。病院経営においても長期の経営戦略を考える上で大きな影響。地域医療構想において機能分担を明確にする上で、「病院機能」（高度急性期病院、急性期病院、かかりつけ医機能支援病院、慢性期病院）による分類が現実的。
- ・地域医療構想の見直しで、地域型病院（治し支える医療）と広域型病院（治す医療）の病院類型を創設して、病院の機能分化と病院間連携を進めるべき。
- ・地域包括ケアの視点から、地域密着型多機能型病院が重要であり、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携が重要。

＜構想区域＞

- ・働き方改革、かかりつけ医機能、医療人材の確保は重要な課題であり、地域ごとに状況が全く異なる。地域によっては全ての医療機能をフレキシブルに確保しなければならないところもある。このため、都道府県又は市町村を中心に、日常生活圏、二次医療圏、さらに広域な単位で、必要な病院機能・病棟機能を整理する必要がある。
- ・構想区域について、人口規模に応じて分割・合併を弾力的に行うことが必要。
- ・二次医療圏を弾力的に運用をしてはどうか。具体的には、二次医療圏が小規模な場合に、複数の二次医療圏を統合して運用することにより、一つの二次医療圏の単位の中で十分に医療機能を満たすことができるのではないか。
- ・二次医療圏を地域医療構想区域に設定して議論を進めてきたが、人口の変化や情報通信技術、道路網の整備等の社会の発展や変化を考慮すると、日常生活圏を基盤として、複数の日常生活圏の医療を確保する地域医療圏、複数の地域医療圏の医療を確保する広域医療圏という考え方へ変えていくことが必要。
- ・地域の実情については、一次医療圏単位、それ以下の生活圏で丁寧に把握する必要がある。入退院支援のルールや退院後の介護認定等に関する共通の理解も必要。市町村における課題抽出会議や多職種連携の研修を推進する役割も重要。
- ・今後は二次医療圏ではなく、日常生活圏がベース。地域毎に状況は全く異なるため、医療DXを推進し、最新のデータを活用すべき。
- ・在宅医療の強化、将来の人口・医療資源の分布を踏まえ、医療圏を見直す必要がある。
- ・構想区域は、都市型モデル・過疎地モデルのみではなく、地域ごとに主体的に検討し、柔軟に設定すべき。
- ・都道府県、二次医療圏の範囲では、地域完結型医療は困難であるため、市町村の高齢者保健福祉計画と地域医療構想の一体化、市町村個別の医療計画が必要。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑥

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜医療提供体制のモデル＞

- ・医療提供体制モデルの設定について、病床機能だけでなく、外来・在宅・介護等の各機能の地域における配置・機能分化・連携の状況について、地域住民に分かりやすく全体の姿を見せるべき。
- ・医療提供体制モデルの前提として、各地域における医療・介護の必要量の推計と現状を比較し、過不足を明らかにすることが重要。
- ・地域医療構想の喫緊の課題は、高齢者救急対応。地域の医療資源を活用して高齢者救急に対応することが必要。
- ・二次救急、三次救急のほか、一次救急の機能を地域で確保することが重要。
- ・要介護者等を含む在宅療養者に対して、医療及び在宅介護サービスを適切に提供できる体制を整備することが必要。
- ・今後増加する、独居、老夫婦世帯、認知症高齢者の方の生活を支える医療の充実、伴走型介護拠点の整備、日常生活圏域を基盤とした地域を面として支える安心な医療・介護連携体制の確立が求められる。特に、認知症等の生活機能が激変した人に対する医療の在り方が大きな課題ではないか。
- ・かかりつけ医機能、働き方改革、機能分化・連携、救急体制の確保について、公民関わりなく、未来を見据えて考える必要がある。
- ・かかりつけ医との連携、情報連携の仕組みが非常に重要。かかりつけ医が機能するためには訪問看護が極めて重要。研修等も踏まえた医療側と介護側の顔の見える関係の構築が必要。基本情報を共有するためのインターフェースの構築については国の関与が必要。
- ・病院完結型医療から地域完結型医療への転換は不十分。グループ・プラクティスの推進、中小病院の役割の明確化、かかりつけ医機能・多職種協働・看護小規模多機能型居宅介護・診療所における看護機能の推進が重要。
- ・利用者の病態・ADL・社会状況にふさわしい地域包括ケアシステムが確立され、地域医療ネットワークにより、市町村ごとに基幹型の救急及び在宅医療連携拠点と地域包括支援センターが連携し、医療や介護を含めた様々な生活支援サービスがどこにいても受けられる体制の構築が重要。
- ・将来確保できる有限な資源を効率的に活用し、増大する医療・介護需要に応える視点が重要。かかりつけ医機能の実装、働き方改革、タスクシフトやテクノロジーの活用が必要。
- ・医療DXは重要であるが、病院経営に大きな負担となるため、適正なコストコントロールを可能とする仕組みが必要。
- ・認知症や基礎疾患等を抱える高齢患者や独居の増加等も想定した地域のニーズに対応できる医療・介護全体での体制構築や医療・介護の人材確保の議論が必要。
- ・本人・家族が望まないような過度な医療提供を未然に防ぐためにも、事前にどの程度の医療提供を希望するかの意思を確認する「プレターミナルACP」が重要。
- ・今後、地域医療構想の中で精神科救急の在り方を考えていっていただければありがたい。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑦

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜調整会議＞

- ・地域医療構想は、地域の関係者が集まり、課題を共有する機会となり、機能分化に向けて一定の成果を上げてきた。
- ・データによる地区診断が不十分なまま、機能別病床数の議論をしたことが問題。地域ニーズにあった体制を構築するという地域医療構想の目的を踏まえ、データに基づき地区診断を行った上で、高齢者救急や在宅医療のニーズへの対応を検討すべき。
- ・地域診断や地域の未来像を踏まえ、地域医療構想の協議を活性化させることが必要。
- ・ステークホルダー同士の信頼関係が重要。行政の聴く力、市町村の巻き込み、大胆な集約化、丁寧な説明と情報提供、トップダウンからボトムアップ、プッシュ型の情報開示等が必要。
- ・これまで地方のそれぞれの特性に応じた様々な成功事例があり、これらを参考にしつつ、医療関係団体、都道府県、市町村が最適解を検討する仕組みが構築されることに期待。
- ・公立病院等の再編が当初の目的に合致する結果が得られたかについて、再編後の効果を経時的に検証し、公表する仕組みが必要。
- ・国民が地域医療構想に十分に参画できているとはいえないため、住民の意見を反映しながら協働していくことが大切。地域医療構想の内容と進捗を住民に分かりやすく情報提供することが必要。

＜地域医療介護総合確保基金＞

- ・地域医療介護総合確保基金の活用は財政支援として重要な施策。財政支援の強化がなければ実効性ある政策はできない。
- ・医療資源の効率的で有効な転換を図るために、地域医療介護総合確保基金を活用して精神科医療の多角化に対応する必要。

＜都道府県の権限、市町村の役割等＞

- ・これまでPDCAサイクルを通じて取組を進めてきたが、行政のガバナンスは重要であり、都道府県や国が確実に進捗管理すべき。
- ・PDCAサイクルにより、計画的に進捗を管理することが不可欠。
- ・地域医療構想の策定後に生じる様々な変化を踏まえ、考え方の見直しやデータの更新を図るなど、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべき。人口流出等により、想定を大きく上回る変化が生じた場合は、地域医療構想の見直しを検討すべき。
- ・地域医療構想では市町村の役割があまり明確になっていない。介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の実施主体は市町村であり、その役割を地域医療構想においても明確化する必要がある。

新たな地域医療構想の論点（案）①

- 新たな地域医療構想の検討において、以下の論点について検討を進めてはどうか。

1. 新たな地域医療構想の方向性（総論）

- 2035年、2040年、さらにその先を見据えると、
 - ・複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかる85歳以上の高齢者の増加への対応
 - ・生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約
 - ・大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大（人口動態、医療需要、疾病構造等）等の課題が想定され、これらの課題に対応し、持続可能な医療提供体制を確保することが重要。
- このような中、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）をどう考えるか。
- また、新たな地域医療構想について、どのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるか。
※ 6月21日の検討会で総論を議論した上で、その後の検討会で各論を順次議論していく、また総論の議論に戻ることを想定

2. 新たな地域医療構想の具体的な内容、その達成に向けた取組（各論）

（1）入院（病床の機能分化・連携等）

- 2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、構想区域ごと・機能ごとに乖離が生じている。2040年頃を見据えると、85歳以上の高齢者の増加に伴い、高齢者救急、リハビリ、在宅復帰支援等を行う機能の重要性が高まるという指摘がある。地域医療構想の進捗・課題等を踏まえ、病床の機能分化・連携の推進に向けて、どのような対応が考えられるか。
 - ・将来の病床の必要量を推計するに当たり、機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の在り方、医療資源投入量、受療率、病床稼働率等の考え方、在宅医療等への移行や介護医療院・老健・特養・高齢者住まい等の介護における受け皿等を踏まえた推計方法について、どのように考えるか。現状投影のほか、改革モデル等の複数シナリオの推計をどう考えるか。
 - ・病床の機能によって広域の圏域で必要量の推計や協議を行うことについて、どのように考えるか。
 - ・病床機能報告について、機能区分の在り方（名称、定義等）、報告基準について、どのように考えるか。また、各都道府県の導入する定量的基準についてどのように考えるか。
など
- 2040年頃を見据え、人口構造の変化により医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、医療情報の共有基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等を行いつつ、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療等の活用等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか。特に都市部では高齢者救急等の増加にどのように対応し、特に過疎地域では人口減少や医療従事者不足等が懸念される中で必要な医療機能をどのように維持していくか。
- 感染症対応について、病床確保等に係る都道府県と医療機関の協定の仕組みがあるが、地域医療構想でどのように考えるか。
- 精神病床について、将来の病床の必要量の推計や病床機能報告においてどのように考えるか。
- 将来の病床の必要量と基準病床数との関係について、どのように考えるか。
など

新たな地域医療構想の論点（案）②

（2）外来医療、在宅医療

- 現行の地域医療構想では、将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、外来や在宅医療等を含めた、地域の医療提供体制全体の議論が不十分。外来医療、在宅医療、看取り等について、地域ごとに現状や将来の需要推計を踏まえ、将来の医療提供体制のあるべき姿を議論することについて、どのように考えるか。現状投影のほか、改革モデル等の複数シナリオの推計をどう考えるか。
- 2040年頃を見据えると、地域によって、外来需要は減少又は横ばい、在宅需要は増加が見込まれ、医師の高齢化や人材確保等が課題となる中、身近な地域で日常的な診療の総合的・継続的実施や在宅医療の提供等を行う「かかりつけ医機能を担う医療機関」や「専門外来中心の医療機関」の連携、地域の病床・介護施設等の資源量も踏まえた在宅医療の強化や後方支援病床の確保等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか。特に過疎地域では人口減少や医療従事者不足等が懸念される中で、地域によって、高齢者の集住やコンパクトシティ等の取組とあわせて、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、オンライン診療、ヘルスケアモビリティの活用等により、必要な医療機能をどのように維持していくか。
- 高齢者の増加に伴い、地域における初期救急体制をどのように確保するか。
- 在宅医療の推進等における市町村の役割について、どのように考えるか。
- 死亡数の増加に伴う看取りの体制強化やACPの推進について、どのように対応するか。 など

（3）医療・介護連携

- 地域における介護医療院・老健・特養・高齢者住まい等の医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）の状況を把握して、医療と介護の連携の強化をどのように図っていくか。介護施設等における医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）について、地域医療構想からどう考えるか。
- 医療と介護の連携強化に向けて、情報連携、入退院支援の強化、急変時の対応の地域のルールづくりなど、どのような対応が考えられるか。
- 介護保険事業計画との整合性の確保をさらに推進すべきではないか。
- 介護保険や在宅医療・介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。 など

（4）人材確保

- 2040年頃を見据え、人材確保が困難になると見込まれる中、医療従事者の需給を勘案して、地域の医療提供体制の検討を行うことについて、どのように考えるか。
- 医療従事者の不足に対応するため、医療機関の集約化やICT等の活用による医療従事者の効率的な配置、専門職間のタスクシフトなど、どのような対応が考えられるか。
- 限られた医療資源の中で効率的な医療提供体制を確保するため、医療DX、遠隔医療、オンライン診療、地域医療連携推進法人制度など、どのような対応が考えられるか。 など

新たな地域医療構想の論点（案）③

（5）医療機関機能、構想区域、医療提供体制のモデル

- 2040年頃を見据えて、医療人材の確保が困難になる中で、医療需要の質・量の変化に対応できるよう、医療の質、救急等の受入体制、人材確保等の観点から、医療機関機能に着目して、医療機関の役割分担・連携を推進することについて、どのように考えるか。その際、身近な地域における高齢者等の外来・在宅・救急・入院・介護連携等の包括的な支援機能、二次救急等を受け入れる機能、三次救急や人材確保等の拠点となる機能など、医療機関機能の機能区分、報告や協定等の手法のあり方について、どのように考えるか。
- 二次医療圏をベースとする現行の構想区域について、人口動態、医療資源、移動・搬送時間等を踏まえ、構想区域の見直し（合併、分割等）や、複数の構想区域での合同協議等の弾力的な運用を行うことについて、どのように考えるか。また、協議するテーマに応じて、かかりつけ医機能、在宅医療、医療・介護連携等は市町村単位等で設定するなど、重層的に構想区域を設定することについて、どのように考えるか。
- 地域の実情に応じた医療提供体制の協議に資するよう、人口動態等により構想区域を類型化し、類型ごとに、求められる医療機関の機能や配置のあり方を含む医療提供体制のモデルを示すことについて、どのように考えるか。 など

（6）地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割等

- 新たな地域医療構想においては、病床だけではなく、外来、在宅医療、医療・介護連携等を対象にすることを踏まえ、調整会議の実効性を確保するため、協議する内容に応じた市町村単位等での開催、市町村や介護関係団体の参画など、どのような対応を考えられるか。協議の場や協議すべき課題の増加に伴い、効果的かつ効率的に会議を開催するために、どのような対応を考えられるか。
- 調整会議における協議の活性化に向けたデータ分析・活用、地域診断等のあり方について、どのように考えるか。
- 調整会議の議論等、地域医療構想に関する内容の周知を進めるため、どのように対応するか。
- 地域医療介護総合確保基金について、これまでの活用状況、都道府県や医療機関のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが考えられるか。
- 都道府県知事の権限について、権限行使の状況、都道府県のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが考えられるか。
- PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進のあり方について、どのように考えるか。
- 介護保険や在宅医療・介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。 など

新たな地域医療構想の方向性（総論）（案）

- 2035年、2040年、さらにその先を見据えると、
 - ・複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかる85歳以上の高齢者の増加への対応
 - ・生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約
 - ・大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大(人口動態、医療需要、疾病構造等)等の課題が想定され、これらの課題に対応し、持続可能な医療提供体制を確保することが重要。
- このような中、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。2040年頃を見据えた地域の類型(大都市部、地方都市部、過疎地域等)ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル(医療DX、遠隔医療等の取組の反映)をどう考えるか。
- また、新たな地域医療構想について、どのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるか。
※ 6月21日の検討会で総論を議論した上で、その後の検討会で各論を順次議論していき、また総論の議論に戻ることを想定
- **新たな地域医療構想の目指す方向性（イメージ案）**
 - ・ 現行の地域医療構想は、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床機能の分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの。
 - 新たな地域医療構想は、2040年頃を見据えて、85歳以上人口の増加、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が困難となることが見込まれる中で、地域ごとに在宅医療や医療・介護複合ニーズ等の増加、生産年齢人口に係る医療需要の減少等に対して、医療機関等が機能に応じて連携するとともに、介護施設・事業者・住まい等とも連携しながら対応することにより、持続可能な質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの。
 - 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差を踏まえつつ、例えば36～37ページのイメージのように、身近な地域におけるかかりつけ医機能やそれを支える入院機能等、より広い区域における二次救急等を受け入れる機能、さらに広い区域における三次救急や人材確保等の拠点となる機能等の確保など、階層的に地域で必要な医療提供体制の確保を目指す。
- **新たな地域医療構想の視点・手法（イメージ案）**
 - ・ 現行の地域医療構想は、機能ごとに2025年の病床数の必要量を推計し、医療機関から現在の病床機能と将来の方向性を報告して、地域で協議を行うこと等により、病床機能の分化・連携を推進。
 - 新たな地域医療構想は、2040年頃を見据えて、将来の病床・外来・在宅等の医療需要の推計や医療従事者の確保の見込みを踏まえ、外来医療、在宅医療、介護施設・事業者・住まい等との連携等について地域（身近な地域）で協議を行うとともに、入院機能について地域（より広い区域）で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整を行うことにより、地域の医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示す。あわせて、将来ビジョンを踏まえ、医療機関から現在の役割・機能と将来の方向性を報告して、地域で協議を行うとともに、将来ビジョンを実現するための様々な施策を講じることにより、医療機関の役割分担・連携、病床機能の分化・連携等を推進。
 - その際、国において、2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する区域のあり方や医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）を示す。地域の協議の参考となる地域診断のデータを示す。
 - 地域医療構想において中長期的な将来の医療需要や医療資源等を踏まえた医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示すこと、その中で医療計画は直近6年間（一部3年間）の五疾病六事業に関する事項等の具体的な取組を定めること等、医療計画と地域医療構想の関係を明確化する。

2040年頃までを視野に入れた今後の人団動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）①

- 慢性疾患有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れて、今後の人団動態・医療需要等を踏まえ、地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制について、地域での連携も含め、以下のようなイメージを念頭におきながら、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討を進めてはどうか。

※ 本資料の記載はかかりつけ医機能に関連しそうな主なものであり、記載していない医療機能の必要性・重要性を否定するものではない。

※ 本資料は事務局で一定の整理を試みたものであり、引き続き議論を行うもの。

1. 2040年頃までを視野に入れた人団動態・医療需要

- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保し、地域の医療需要に対応することが一層重要となるのではないか。
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者の増加に伴い、地域において以下の機能を確保することが一層重要となるのではないか。
 - ▶ 複数の慢性疾患の継続的な管理を行う機能
 - ▶ 患者に体調悪化が生じた場合に、生活背景等も踏まえた全人的な診療や保健指導等を行う機能
 - ▶ 必要に応じて他の専門的な医療機関に紹介し、その後、患者の状態が落ち着いた場合は、逆紹介を受け身近な地域で継続的に医療を提供する機能
 - ▶ 認知症対応を行う機能
 - ▶ 高齢者の体調急変時に夜間・休日対応を行う機能、初期救急や二次救急等で高齢者を受け入れる機能
 - ▶ 医療機関等で医療情報の共有を行い、継続的な治療や服薬管理等を行う機能
 - ▶ 生活の場で高齢者を支える在宅医療を行う機能
 - ▶ 在宅療養者の後方支援病床を確保し、入院医療機関と在宅医療を行う医療機関等が連携し、入退院時の情報共有・支援を行う機能
 - ▶ 高齢者施設における入所者の高齢化も踏まえ、高齢者施設の入所者に対する日常的な健康管理、慢性疾患の管理、体調急変時に備えた指導や体調急変時の対応など、高齢者施設における医療を行う機能
 - ▶ 自宅や高齢者施設を含め、看取り・ターミナルケアを行う機能。本人の望む医療やケアを繰り返し話し合うACPを行う機能
 - ▶ 地域包括ケアシステムの中で、主治医意見書、地域ケア会議、ケアカンファレンス、認定審査会等の対応をはじめ、介護サービス・生活支援サービス等との連携・調整を行う機能
 - ▶ 高齢者の生活を支える観点から、治療等とともに、健康相談・生活指導等を行う機能
 - ▶ 予防の観点から、健診・予防接種等を行う機能 など
- 高齢者が増加する中で、治し支える医療を提供するため、個々の医師の担う領域を広げていけるよう、医師の教育や研修の充実が重要なのではないか。

2040年頃までを視野に入れた今後の人団動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

2. 2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

- 生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないか。
 - ▶ 生産年齢人口が減少して医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
 - ▶ 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
 - ▶ 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。
- 医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代が医療・健診・健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないか。

3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）

