

令和7年度 甲賀圏域地域医療構想調整会議

資料

令和8年2月12日

滋賀県甲賀健康福祉事務所（甲賀保健所）

1 地域医療構想について

【構想の目的】

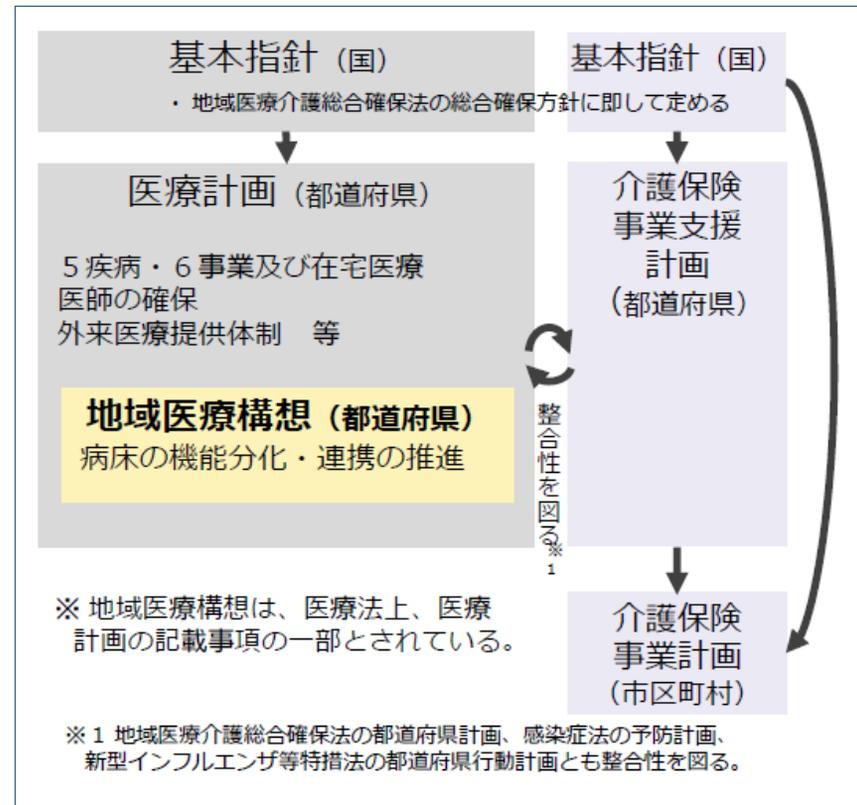
- 地域の**医療需要（患者数）の将来推計等をデータに基づき**明らかにする
- **構想区域ごとの各医療機能がどれだけ必要であるかについて**検討する
- 地域にふさわしいバランスのとれた**医療機能の分化と連携を推進**する
- 住み慣れた地域で安心して暮らせる**地域包括ケアシステムを構築**する

【構想の位置付け】

- 医療法第30条の4の規定に基づく医療計画（「滋賀県保健医療計画」）の一部
- 関連計画との整合を図り、一体的な事業を推進

【構想区域】

- 滋賀県保健医療計画で定める二次保健医療圏と同様に、7構想区域を設定



1 基本事項

1 構想策定の趣旨

- 平成26年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」の一部である改正医療法で、都道府県において地域医療構想の策定が義務付けられた。
- 構想の目的は、①地域の医療需要(患者数)の将来推計等をデータに基づき明らかにすること、②構想区域ごとの各医療機能の必要見込量について検討すること、③地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を推進すること、④地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築することである。
- 構想策定・推進にあたっては、病床の必要量を推計するだけでなく、地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を幅広い関係者で検討すること、また、各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で望ましいサービス提供体制を構築していくことが求められている。
- こうした趣旨を踏まえ、医療・介護関係者、保険者、住民、市町との十分な連携を図り、平成37年(2025年)を見据えて、滋賀県地域医療構想を策定する。

2 構想の位置づけ

- 医療法第30条の4の規定に基づく医療計画の一部
- 平成37年(2025年)に向けての取組を推進
- 関連計画との整合を図り、一体的な事業を推進

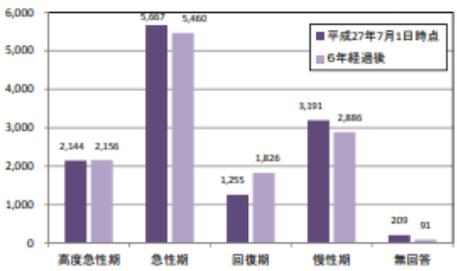
3 構想区域

- 滋賀県保健医療計画で定める二次保健医療圏と同様に7構想区域を設定

構想区域	構成市町	人口(人) (H27.10.1)	面積(km ²) (H26.10.1)
大津	大津市	341,331	464.51
湖南	草津市、守山市、栗東市、野洲市	335,227	256.39
甲賀	甲賀市、湖南市	144,487	552.02
東近江	近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町	229,983	727.97
湖東	彦根市、愛宕町、豊郷町、甲良町、多賀町	155,946	392.04
湖北	長浜市、米原市	158,534	931.40
湖西	高島市	49,865	693.05
県計		1,415,373	4,017.38

2 医療機能の現状

○平成27年度(2015年度)病床機能報告の概要(滋賀県調査)



医療機能	2016.7.1時点		8年後推計(予定)		差引 ②-①
	病床数①	増減比	病床数②	増減比	
高度急性期	2,144	17.2%	2,156	17.4%	12
急性期	5,667	45.5%	5,460	44.0%	▲ 207
回復期	1,255	10.1%	1,826	14.7%	▲ 571
慢性期	3,191	25.6%	2,886	23.2%	▲ 305
無回答	209	1.7%	91	0.7%	▲ 118
計	12,466	100.0%	12,419	100.0%	▲ 47

3 医療需要の推計

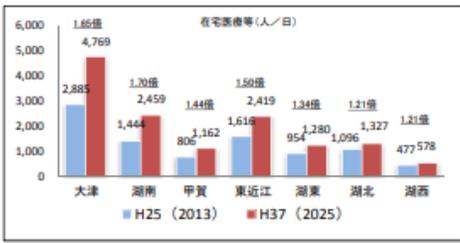
○医療機能別の医療需要(人/日) *推計は、医療法施行規則に基づき、「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省作成)により算出

県全体	医療需要		差引 (②-①)	増加率
	2013年 医療需要① [医療機能]	2025年 医療需要② [医療機能]		
高度急性期	840	957	117	114%
急性期	2,517	3,017	500	120%
回復期	2,529	3,221	692	127%
慢性期	2,468	2,384	-84	97%
計	8,354	9,579	1,225	115%



○在宅医療等の医療需要(人/日)

県全体	医療需要		差引 (②-①)	増加率
	2013年 医療需要①	2025年 医療需要②		
在宅医療等	9,278	13,995	4,717	151%
(内訳)うち 訪問診療分	5,193	7,428	2,235	143%



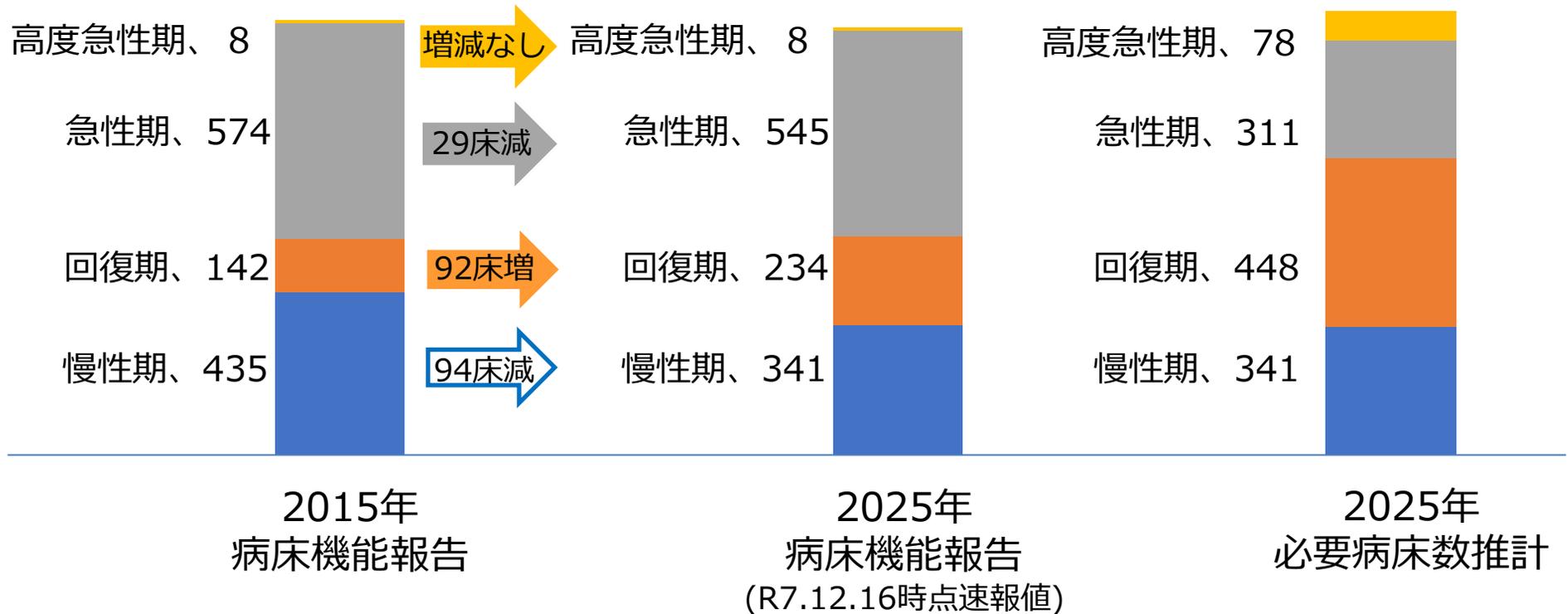
※在宅医療等の推計に含まれる医療需要
 ・訪問診療を受けている患者 ・老健施設の入所者
 ・療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%および地域差解消分
 ・一般病床入院患者のうち、
 医療資源投入量(患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値)175点未満の患者

2 報告事項

1) 当圏域の医療機能の分化と連携

(1) 病床機能・病床数

- ・ 病床機能報告上の病床数について、2015年から2025年にかけて、1,159床から1,128床になり、2025年の必要病床数である1,178床と同程度の水準。
- ・ 機能別の乖離率は、急性期と回復期、慢性期で縮小している。
- ・ 全体として病床過剰はない。病院間の機能分担がなされている。



参考1 医療機関別の医療機能別の許可病床数

		高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟、 転換等
1	公立甲賀病院	8	299	94	12	0
2	甲賀市立信楽中央病院	0	0	40	0	0
3	独立行政法人国立病院機構 紫香楽病院	0	0	0	180	0
4	医療法人阿星会 甲西リハビリ病院	0	0	100	0	0
5	医療法人社団仁生会 甲南病院	0	100	0	99	0
6	医療法人社団美松会 生田病院	0	99	0	50	0
7	医療法人みのり会 濱田クリニック	0	9	0	0	0
8	医療法人真心会 野村産婦人科	0	19	0	0	0
9	ハートクリニックこころ	0	19	0	0	0
甲賀保健医療圏 計		8	545	234	341	0

(順不同)

出典：令和7年度病床機能報告 病棟票・診療所ローデーター一覧より（令和7年12月16日時点 速報版）滋賀県医療政策課

参考 2

《公立病院》

- ◇ 公立甲賀病院 : 甲賀保健医療圏の基幹病院（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）
- ◇ 信楽中央病院 : 地域医療を担う一次医療機関、救急医療及びへき地医療を担う地域の中核病院（回復期）

《公的病院》

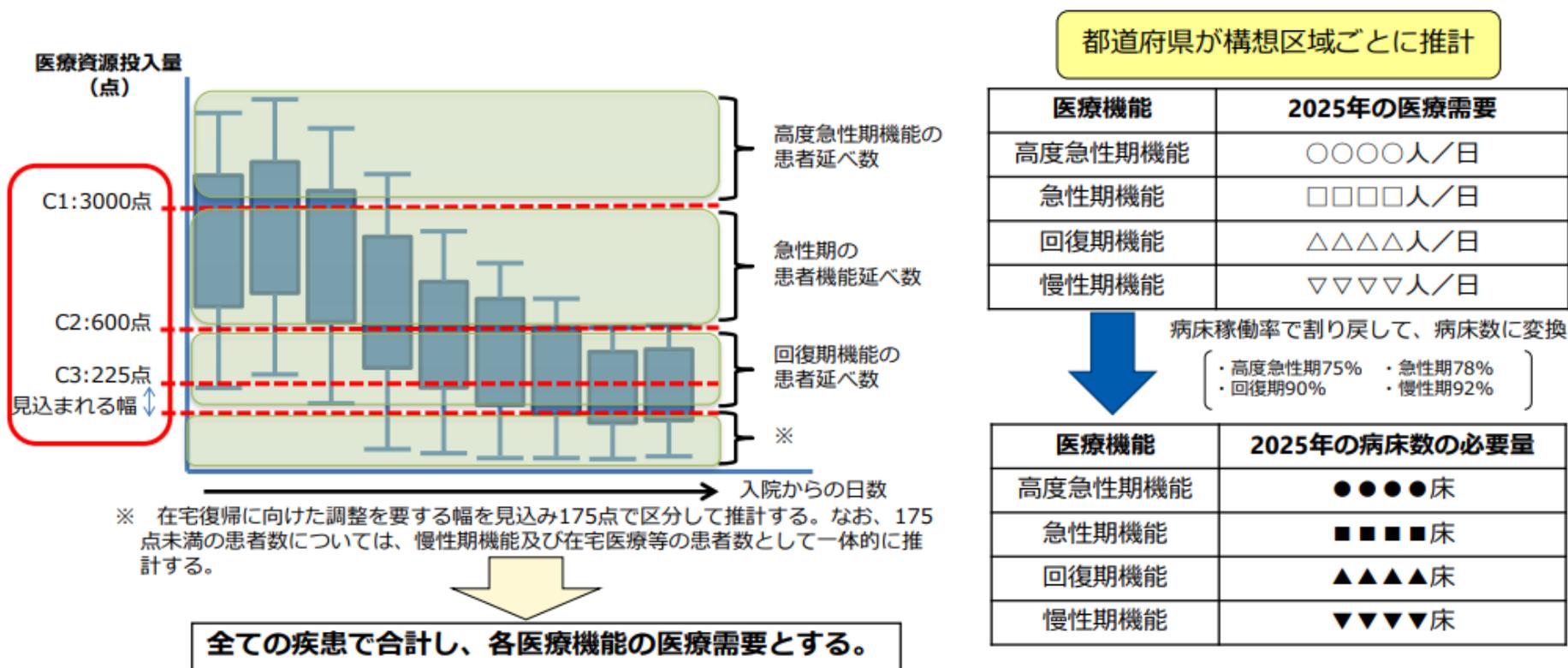
- ◇ 紫香楽病院 : 重症心身障害児者医療および神経難病医療の政策医療を担う病院（慢性期）

《民間病院》

- ◇ 甲西リハビリ病院 : （回復期）
- ◇ 甲南病院 : （急性期～慢性期）
- ◇ 生田病院 : （急性期～慢性期）
- ◇ 水口病院 : （精神病床）

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 患者に対して行われた診療行為を、**診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。**



(2) 医療機関ごとの具体的対応方針

- ・ 公立病院経営強化プラン **合意完了**

公立甲賀病院 令和5年度合意済（プランの対象期間 令和5年度～令和9年度 5か年）

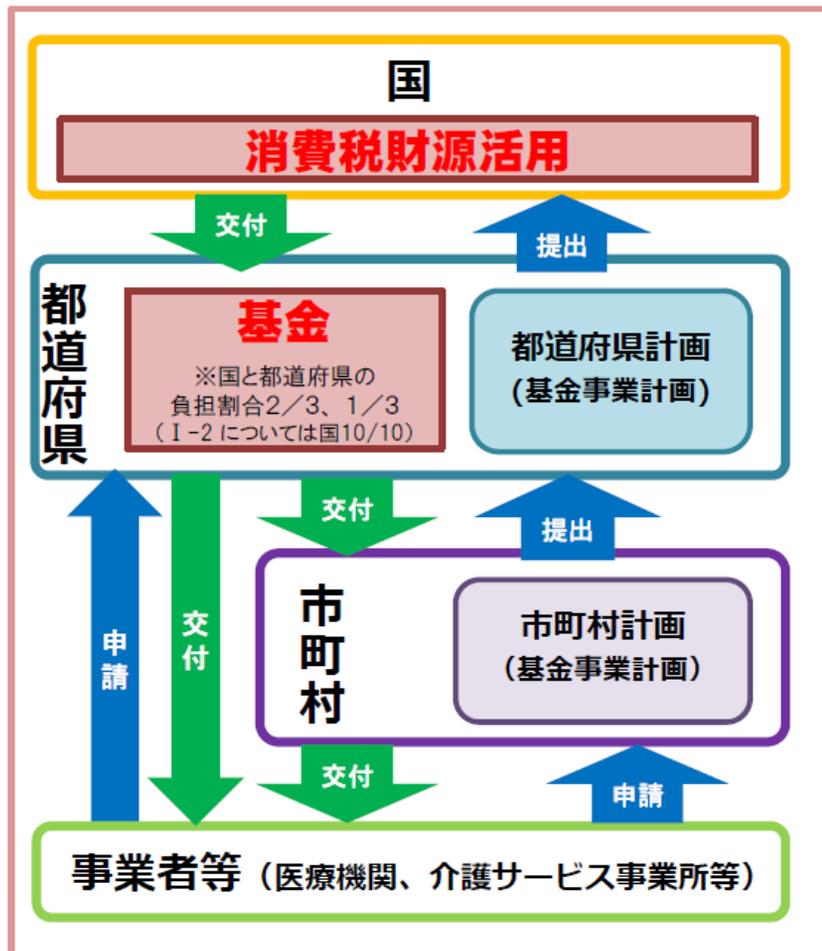
信楽中央病院 令和6年度合意済（プランの対象期間 令和6年度～令和9年度 4か年）

(3) 地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療介護総合確保基金

令和7年度予算案:公費で1,433億円
(医療分 909億円、介護分 524億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

事業区分	標準事業例	事業の概要
I 病床の機能分化・連携のために必要な事業	1 ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備	病院・診療所間の切れ目のない医療情報連携を可能とするため、医療機関相互のネットワーク構築を図るとともに、連携などによる診療情報流出防止の観点から、防災上安全な地域にデータサーバーを設置し、診療情報等のデータを当該サーバーに標準的な形式で保存することができるよう設備の整備を行う。
	2 精神科長期療養患者の地域移行を進め、医療機関の病床削減に資するため、精神科医療機関の病床のデイクア施設や地域生活支援のための事業への移行を促進するための施設・設備整備	精神科医療機関の機能分化を進める観点から、病床を外来施設やデイクア施設等新たな用途に供するための改修又は施設・設備の整備を行う。
	3 がんの医療体制における空白地域の施設・設備整備	がん診療連携拠点病院の存在しない二次医療圏において、新たに設置する「地域がん診療病院」に対して、新たに整備する放射線治療や検査室等の整備を行う。
	4 地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療の推進	地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対して全身と口腔機能の向上を図るため、病院・外来に歯科医師及び歯科衛生士を配置又は派遣し、患者の口腔管理を行う。また、病院内の退院時支援を行う地域医療連携センター等に歯科医師及び歯科衛生士を配置又は派遣し、退院時の歯科診療所の紹介等を行うための運営費に対する支援を行う。
	5 病床の機能分化・連携を促進するための基盤整備	基幹病から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを支える地域において総合的に確保するため、病床の機能分化、連携を促進するための施設・設備の整備を行う。
	6 妊娠時の多様なニーズに 대응するための院内助産所・助産師外来の施設・設備整備	院内助産所や助産師外来を開設しようとする産科を有する病院・診療所の増設・改修や、体制整備に必要な備品の設置に対する支援を行う。
II 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業	7 在宅医療の実施に係る拠点の整備	市町村及び地域の医師会が主体となって、在宅患者の日常生活の支援・学習のために、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師が連携し、医療者から介護員へ支援するための在宅医療連携拠点を整備することにかかる経費に対する支援を行う。
	8 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援	在宅患者の遠隔診察や急病時の入院受入設備等に資する病院との医療連携体制の運営に係る人件費（研修等を図るための人員雇用分等）や会議費などに対する支援を行う。
	9 在宅医療推進協議会の設置・運営	県内の在宅医療の推進を図るため、在宅医療関係者等で構成する多職種協働による「在宅医療推進協議会」の設置、訪問看護に関する課題、対策等を検討するための訪問看護関係者で構成する「訪問看護推進協議会」を設置し、保健所における関係連携会議の開催を促進する。上記協議会を開催するための会議費、研修費等に対する支援を行う。
	10 在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施	在宅医療に即り前の病院関係者への理解を深めるために「在宅医療導入研修」を実施する。また、在宅医療関係者の多職種連携研修や専門職の質の向上に資する研修、在宅医療・介護の連携を担うコーディネーター育成するための研修、地域包括ケア体制の構築・推進を図る研修（市町村主要部門、保健所等）に対する研修の実施に必要な経費に対する支援を行う。
	11 かかりつけ医療のための研修やかかりつけ医を持つことに対応する普及・啓発	かかりつけ医の普及定着を促進するため、地域医師会等における、医師に対する研修や、住民に対する広報活動に対する支援を行う。
	12 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施	訪問看護の安定的な確保体制を整備するための継続強化型訪問看護ステーションの設置支援等、訪問看護の人材育成及び人材確保を促進するための遠隔研修研修や人事交流派遣支援等、訪問看護の認知度を高め、訪問看護の役割を地域に浸透させるための講演会等を実施すると、上記の研修等の実施に必要な経費に対する支援を行う。
	13 認知症ケアパスや入院退院時の連携パスの作成など認知症ケア等に関する医療介護連携体制の構築	認知症への対応など多職種間の連携を促すため、認知症専門医の指導の下、地域の医療と介護の連携の場を設け、各地域における認知症ケアの流れ（認知症ケアパス）等の検討を支援する。
	14 認知症医療センター・診療所における個別診療の実施	認知症医療センターの一環として指定された診療所が、医療機関とネットワークを構築し、認知症の個別診断に資するための経費に対する支援を行う。
	15 早期退院・地域生活支援のための精神科医療機関内の委員会への地域連携事業等の参加支援等	精神科医療機関の院内委員会へ入院患者本人や家族からの相談に迅速に適切な情報提供を行う相談支援事業者等を招聘するなど、地域における医療と福祉の連携体制を整備するための経費に対する支援を行う。
	16 在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備	在宅歯科医療を推進するため、都道府県歯科医師会等に在宅歯科医療推進室を設置し、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の開業、在宅歯科医療等に関する相談、在宅歯科医療を実施しようとする医療機関に対する歯科医療機器等の貸出の実施にかかる運営費等に対する支援を行う。
	17 在宅歯科医療連携拠点や在宅歯科医療支援センター等との連携の推進	現在、都道府県歯科医師会等に設置されている在宅歯科医療推進室を都道府県単位だけでなく、二次医療圏単位や市町村単位へ拡充して設置し、在宅医療連携拠点、在宅医療支援病院、在宅医療支援診療所、在宅医療支援歯科診療所、地域包括支援センター等と連携し、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の開業、在宅歯科医療等に関する相談、在宅歯科医療を実施しようとする医療機関に対する歯科医療機器等の貸出にかかる運営費等に対する支援を行う。
	18 在宅で療養する高齢者を有する者に対する歯科保健医療を高めるための研修の実施	在宅で療養する高齢者や認知症等の疾患を有する者に対する歯科保健医療を実施するための、歯科医師、歯科衛生士を対象とした、当該疾患に対する知識や歯科治療技術等の研修の実施に必要な経費の支援を行う。
	19 在宅歯科医療を実施するための設備整備	在宅歯科医療を実施する医療機関に対して在宅歯科医療の実施に必要な、訪問歯科診療車や在宅歯科医療機器、安心・安全な在宅歯科医療実施のための機器等の購入を支援する。
	20 在宅歯科医療希望者の診療整備	在宅歯科医療を実施する歯科医療機関（在宅医療支援歯科診療所等）でカバーできない空白地域の患者に対して必要な医療が実施できるよう、地域で拠点となる病院等を中心とした搬送体制を整備する。
	21 在宅歯科医療を実施するための人材の確保支援	在宅歯科医療を実施する歯科診療所の後方支援を行う病院等科等の歯科医師、歯科衛生士の確保を行う。
22 訪問薬剤師指導を行うおとす薬局への研修や実施している薬局の周知	これまで訪問薬剤師指導に取り組みが継続のない薬局に対して地域薬剤師が行う研修の実施を支援する。また、患者が入院から在宅医療へ円滑に移行するために、地域薬剤師会が訪問薬剤師指導を実施している薬局の周知・紹介を行うことを支援する。	
23 在宅医療における衛生材料等の内蔵供給の体制整備	在宅医療における衛生材料・医療材料の供給を円滑に行うため、地域で使用する衛生材料等の規格・品質統一等に関する協議を地域の関係者間（地域医師会、地域薬剤師会、訪問看護ステーション等）で行うとともに、地域で使用する衛生材料等の供給拠点となる薬局が設備整備を行うことを支援する。	
24 終末期医療に必要な医療用医薬品の円滑供給の支援	人生の最終段階の医療の実施に当たり、疼痛コントロールが円滑にできるようにするため、地域で使用する医療用医薬品について、地域の関係者間（地域医師会、地域薬剤師会、訪問看護ステーション等）で品質・規格統一等に関する協議等を実施することを支援する。	

出典：令和8年度地域医療介護総合確保基金（医療分）にかかる事業提案について
滋賀県医療政策課

事業区分	標準事業例	事業の概要				
Ⅲ 医療従事者の確保・養成のための事業	(1) 医師の不足の解消等の事業	25 地域医療支援センターの運営(地域別に係る協賛資金の貸与事業、無料継ぎ船介事業、定年退職後の医師の活用事業を含む)	地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に、医師不足病院への医師の配置等を行うための地域医療支援センターの運営に必要な経費に対する支援を行う。			
		26 医師不足地域の医療強めへの医師派遣体制の確立	医療資源の重点的かつ効率的な配置を図ってもなお医師の確保が困難な地域において、都道府県が地域医療対策協議会における議論を踏まえ、医師派遣等を行う医療機関の運営等に対する支援を行う。			
		27 地域医療対策協議会における調査結果	地域医療対策協議会で定める指針について、計画の進捗及び達成状況を関係機関において検証し、次の施策へつなげるための調査を行う。			
		(2) 小児医療の確保のための事業	28 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援	産科医、救急医、新生児医療担当医等の確保を図るため、これらの医師の処遇改善に取り組みを医療機関を支援する。 また、精神保健指定医の公務員としての義務や地域の精神科救急医療体制の確保のための精神科医確保に協力する医療機関の運営等に対する支援を行う。		
			29 小児専門医等の確保のための研修の実施	医療機関において、小児の救急・重症治療に習熟した小児科医や看護師の数が不足している状況にあることから、専門性の高い医療従事者の確保のための研修の実施を支援する。		
			30 救急や内科をはじめとする小児科以外の医師等を対象とした小児救急に関する研修の実施	地域医療等において、地域の小児救急医療体制の確立及び質の向上を図るため、地域の救急医や内科医等の医療従事者を対象とした小児救急に関する研修の実施を支援する。		
			④ 医師・歯医・薬剤師	31 医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施	医科・歯科連携を促進するため、がん患者、難病患者等と医科との連携に係る研修会を開催し、疾病予防・疾病の早期治療等に有用な医科・歯科の連携に関する研修会の実施にかかる支援を行う。	
				32 女性医師等の離職防止や再就業の促進	出産・育児及び離職後の再就業に不安を抱える女性医師等のための育児・預託窓口の設置・運営、復職研修や就業環境改善の取組を行うための経費に対する支援を行う。	
				(3) 女性の医療従事者	33 産科医師、産科衛生士、産科技士の確保対策の推進	産科医師、産科衛生士、産科技士を確保するため、出産・育児等の一時的な離職により再就職に不安を抱える女性産科医師等に対する必要な相談、研修等を行うための経費に対する支援を行う。 また、今後、産科衛生士、産科技士を目指す学生への奨学支援を行う。
					34 女性薬剤師等の復職支援	病院・薬局等での勤務経験がある薬剤師(特に女性)の復職支援を促進するため、地域薬剤師会において、地域の病院・薬局等と連携した復職支援プログラムの実施を支援する。
	35 新人看護職員の質の向上を図るための研修の実施				看護の質の向上や安全な医療の確保、早期離職防止の観点から、新人看護職員に対する臨床研修実施のための経費に対する支援を行う。	
	36 看護職員の資質の向上を図るための研修の実施			看護職員を対象とした資質向上を図るための研修等を開催するための経費に対する支援を行う。		
	37 看護職員の負担軽減に資する看護補助者の活用も含めた看護現場の研修の実施			看護管理層向けに看護補助者の活用も含めた看護サービスマネジメントの向上のための研修を実施するための経費に対する支援を行う。		
	(4) 看護職員等の確保のための事業	38 離職防止を始める看護職員の確保対策の推進		地域の実情に即じた看護職員の離職防止対策を始めるための総合的な看護職員確保対策の取組を図るための経費に対する支援を行う。		
		39 看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備		看護師等養成所における教育内容の向上を図るため、専任教員の配置や実習結果など養成所の運営に対する支援を行う。		
		40 看護職員が都道府県内に定着するための支援		地域における看護職員確保のため、養成所における都道府県内医療機関やへき地の医療機関等への看護就職率等に即じた財政支援を行う。		
		41 医療機関と連携した看護職員確保対策の推進	地域の医療機関が看護職員確保の支援や看護職員の復職支援の促進を図るため、ナースセンターやサポートデスク、効率的な確保支援プログラム等の導入や看護職員不足地域への看護職員派遣など看護師等人材確保促進法の特組みを活用した看護職員確保の強化を図るための経費に対する支援を行う。			
		42 看護師等養成所の施設・設備整備	看護師等養成所の増設・増設等に係る施設整備や、施設に付随する設備整備、在学看護生等室の新設に係る備品購入、修業年限の延長に必要な施設整備に対する支援を行う。			
		43 看護職員定着促進のための働き方支援	看護師等養成所が看護職員の離職防止対策の一環として働き方支援に対する支援を行う。			
		44 看護師等養成所の実習生に対する必要経費等の施設整備	実習生養成施設の実習生の増設等に付随する施設整備に対する支援を行う。			
		45 看護職員の就業環境改善のための体制整備	短時間正規雇用など多様な勤務形態等の導入や総合預託窓口の設置、看護業務の効率化や職場風土改善の研修等を行うための経費に対する支援を行う。			
		46 看護職員の勤務環境改善のための施設整備	病院のナースステーション、仮眠室、取置室、カンファレンスルーム等の整備や前線より看護職員が働きやすい合理的な病棟づくりとするために必要な施設整備に対する支援を行う。			
		47 産科衛生士・産科技士養成所の施設・設備整備	産科衛生士、産科技士の教育内容の充実、質の高い医療を提供できる人材を育成するために必要な施設・設備の整備を行う。			
	48 地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援	地域薬剤師会において、支援希望の薬剤師の氏名、勤務希望施設、勤務条件などを登録し、薬剤師の確保が困難な、地域包括ケア等を担う病院・薬局からの求めに対して、周辺地域に勤務する薬剤師の緊急派遣などの協議・調整を行うための体制整備を支援する。				
	(5) 医療従事者の勤務環境改善のための事業	49 勤務環境改善支援センターの運営	医師・看護師等の医療従事者の離職防止・定着促進を図ることを目指し、FDCAサイクルを活用して勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組みを活用して勤務環境改善に取り組み、各医療機関に対して総合的に支援を行うための施設整備(医療勤務環境改善支援センター)を都道府県が運営するための経費に対する支援を行う。			
		50 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援(医療クラウド、ICTシステム導入、院内保育所整備・運営等)	計画的に勤務環境の改善を行う医療機関に対して、医療クラウド・看護補助者の配置などの医療従事者の働き方・休み方の改善に資する取組、専門アドバイザーによる助言指導、業務省力化・効率化など勤務環境改善に資するICTシステムの導入、院内保育所の整備・運営などの働きやすさ確保のための環境整備など、改善計画を進める医療機関の取組を支援する。			
		51 有休診療所における非常勤医師を含む医師、看護師等の確保支援	病院を退院する患者が自宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療等を確保するため、有休診療所において休日・夜間に勤務する医師・看護師等を配置する。			
		52 休日・夜間の小児救急医療体制の整備	小児救急医療の負担を軽減するため、小児科を擁する病院等が輪番制方式もしくは非開科期間方式により、又は複数の二次医療圏による広域を対象に小児患者を受け入れることにより、休日・夜間の小児救急医療体制を整備するために必要な医師、看護師等の医療従事者の確保に必要な経費及び「小児救急医療拠点病院」の運営に必要な経費に対する支援を行う。			
		53 電話による小児患者の相談体制の整備	地域の小児救急医療体制の確立と医療機関の機能分担を促進し、全国どこでも患者の症状に即じた適切な医療が受けられるようにすることを通じ、小児科医の負担を軽減するため、地域の小児科医等による夜間の小児患者の保護者等向けの電話相談体制を整備するための経費に対する支援を行う。			
		54 遠方支援機関への搬送体制の整備	救急や小児重症等の医師の負担を軽減するため、重症医療機関において不安定な状態に陥った患者を搬送元等の医療機関に救急自動車等で搬送する際の経費に対する支援を行う。 また、受入医療機関に積極的に受け入れるための3-Dネットワークの整備を支援する。			

出典：令和8年度地域医療介護総合確保基金(医療分)にかかる事業提案について
滋賀県医療政策課

・令和8年度にかかる事業提案

6月13日 募集締め切り

対象の事業区分

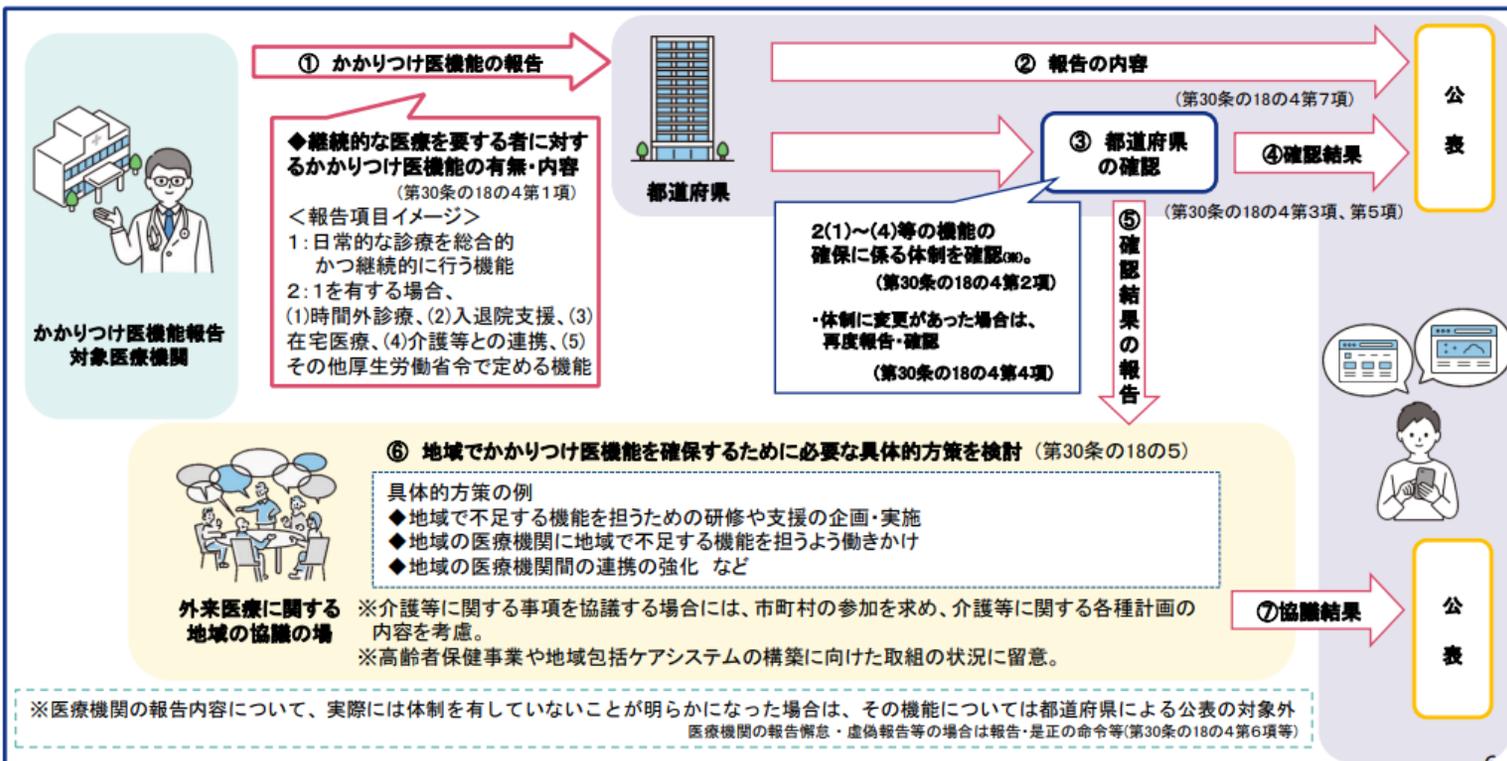
- ①-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- ①-2 地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ④ 医療従事者の確保に関する事業
- ⑥ 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

甲西リハビリ病院が提案（医学的リハビリテーション施設整備事業）

(4) かかりつけ医機能報告

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、**複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加**と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「**治す医療**」から「**治し、支える医療**」を実現していくためには、これまでの**地域医療構想**や**地域包括ケアの取組**に加え、**かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある**。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、**各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化**することで、**地域において必要なかかりつけ医機能を確保**するための制度整備を行う。



出典：令和5年11月15日
第1回かかりつけ医機能が発揮される
制度の施行に関する分科会資料

報告を求めるかかりつけ医機能の概要

各機能に係る政策課題及び報告事項は以下のとおりです。診療時間外における診療体制や後方支援病床の確保状況等について報告いただくこととなっています。

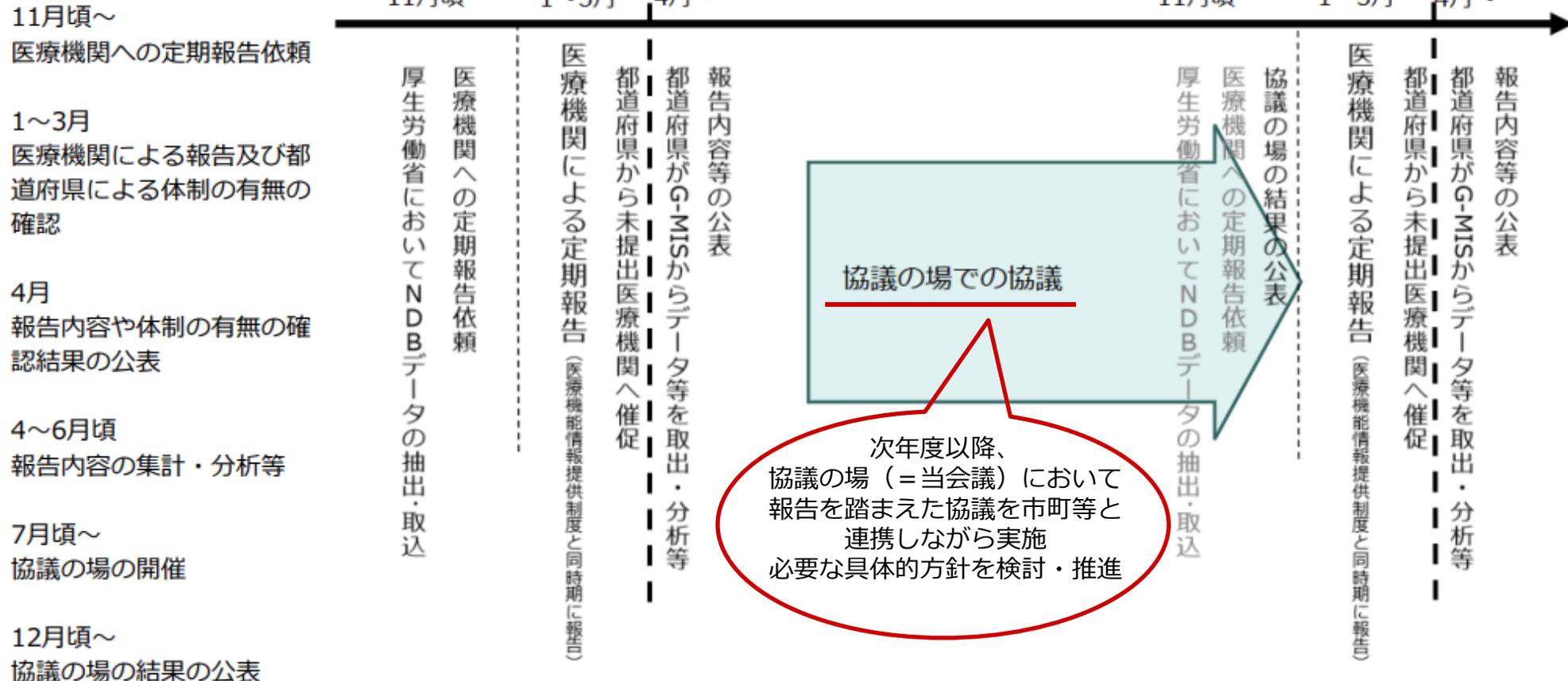
		政策課題	報告事項
かかりつけ医機能	1号機能	日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能	よくある疾患への一次診療や医療に関する患者からの相談への対応など、患者の多様なニーズに対応できる体制を構築すること
	2号機能	(イ) 通常の診療時間外の診療	地域の医療機関同士の連携体制を構築し、時間外に患者の体調の悪化等があった場合にも、身近な地域の医療機関において適切な診療を受けられる体制を構築すること
		(ロ) 入退院時の支援	地域の医療機関同士が連携し、入退院を円滑に行うための体制を構築すること
		(ハ) 在宅医療の提供	定期的な訪問診療、在宅患者の急変時における往診や連絡対応、看取り等に対応できる体制を構築すること
		(ニ) 介護サービス等と連携した医療提供	医療機関が地域における介護等の状況について把握するとともに、医療・介護等で適切に情報共有を行いながら、医療や介護サービス等を切れ目なく提供できる体制を構築すること
		<ul style="list-style-type: none"> 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること かかりつけ医機能に関する研修の修了者・総合診療専門医の有無 17の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（一次診療を行うことができる疾患も報告する） 医療に関する患者からの相談に応じることができること 等 	
		<ul style="list-style-type: none"> 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況 等 	
		<ul style="list-style-type: none"> 自院又は連携による後方支援病床の確保状況 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数 等 	
		<ul style="list-style-type: none"> 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況 自院における訪問看護指示料の算定状況 自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況 等 	
		<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況 介護保険施設等における医療の提供状況(協力医療機関となっている施設の名称) 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況 A C P(人生会議)の実施状況 等 	

※報告事項の中には、今後対応を行う意向の有無を確認する項目があります。

かかりつけ医機能報告制度の年間スケジュール

医療機関からの報告期間は1月から3月です。医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に行います。都道府県は医療機関の報告に基づき、かかりつけ医機能に係る体制の有無を確認の上、報告内容とともに公表、協議の場の開催を行います。

年間サイクルのイメージ



出典：令和6年5月24日 第5回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料(一部改)

(5) 重点医師偏在対策支援区域

① 重点医師偏在対策支援区域について

第7回地域医療構想及び
医療計画等に関する検討会
令和7年11月14日(金)

資料1

- 医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月25日）においては、都道府県における重点医師偏在対策支援区域の設定の考え方や厚生労働省が提示する候補区域の考え方が示されている。

＜医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（令和6年12月25日）＞ （抄）

① 重点医師偏在対策支援区域

- 今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進める。
- 重点医師偏在対策支援区域の設定に当たっては、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとする。当該区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられる。また、対策の実施に当たっては、地域の関係者の理解が重要であることから、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で当該区域を選定する。
- 厚生労働省が提示する候補区域については、
 - ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
 - ② 医師少数県の医師少数区域
 - ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）のいずれかに該当する区域を提示する。

① 重点医師偏在対策支援区域について

- 令和6年度補正予算においては、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに記載されている要件に基づき、以下の候補区域（計109区域）を厚生労働省が提示した。

＜厚生労働省が提示する候補区域の要件＞ ※以下のいずれかに該当する区域

- ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
- ② 医師少数県の医師少数区域
- ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）

都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏	都道府県	二次医療圏
北海道	南檜山	宮城県	仙南	群馬県	桐生	長野県	飯伊	山口県	柳井
北海道	北渡島檜山	宮城県	大崎・栗原	群馬県	太田・館林	長野県	木曾	山口県	長門
北海道	南空知	宮城県	石巻・登米・気仙沼	埼玉県	利根	岐阜県	西濃	徳島県	西部
北海道	北空知	秋田県	県北	埼玉県	北部	岐阜県	飛騨	香川県	小豆
北海道	日高	秋田県	県南	埼玉県	秩父	静岡県	賀茂	愛媛県	八幡浜・大洲
北海道	富良野	山形県	最上	千葉県	山武長生夷隅	静岡県	富士	高知県	幡多
北海道	宗谷	山形県	庄内	千葉県	君津	静岡県	中東遠	福岡県	京築
北海道	北網	福島県	県南	東京都	島しょ	愛知県	西三河北部	佐賀県	西部
北海道	遠紋	福島県	相双	神奈川県	県西	愛知県	東三河北部	長崎県	県南
北海道	釧路	福島県	いわき	新潟県	下越	三重県	東紀州	熊本県	宇城
北海道	根室	福島県	会津・南会津	新潟県	県央	滋賀県	甲賀	大分県	西部
青森県	八戸地域	茨城県	日立	新潟県	中越	京都府	丹後	宮崎県	都城北諸県
青森県	西北五地域	茨城県	常陸太田・ひたちなか	新潟県	魚沼	大阪府	中河内	宮崎県	延岡西臼杵
青森県	上十三地域	茨城県	鹿行	新潟県	上越	兵庫県	丹波	宮崎県	西諸
青森県	下北地域	茨城県	取手・竜ヶ崎	新潟県	佐渡	奈良県	西和	宮崎県	西都児湯
岩手県	岩手中部	茨城県	筑西・下妻	富山県	砺波	和歌山県	新宮	宮崎県	日向入郷
岩手県	胆江	茨城県	古河・坂東	石川県	能登北部	鳥取県	中部	鹿児島県	出水
岩手県	両磐	栃木県	県北	福井県	奥越	島根県	雲南	鹿児島県	曾於
岩手県	気仙	栃木県	県西	福井県	丹南	島根県	大田	鹿児島県	熊毛
岩手県	釜石	群馬県	渋川	山梨県	峡東	岡山県	高梁・新見	鹿児島県	奄美
岩手県	宮古	群馬県	伊勢崎	長野県	上小	岡山県	真庭	沖縄県	宮古
岩手県	久慈	群馬県	吾妻	長野県	上伊那	広島県	尾三		

重点医師偏在対策支援区域設定区域（事務局案）比較表

当初案（R7.8.6時点）

保健医療圏	設定区域
甲賀	全域（甲賀市、湖南市）



修正案（R7.12.25）

保健医療圏	設定区域 ※（）内を重点医師偏在対策支援区域として設定
大津	大津市（葛川地区）
湖南	-
甲賀	全域（甲賀市、湖南市）
東近江	近江八幡市（沖島） 東近江市（旧永源寺町）
湖東	全域（彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町）
湖北	米原市（旧伊吹町） 長浜市（旧余呉町、旧西浅井町、旧木之本町、旧浅井町）
湖西	全域（高島市）

(6) 病床数適正化緊急支援基金

【○病床数の適正化に対する支援】

令和7年度補正予算案 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:オ 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

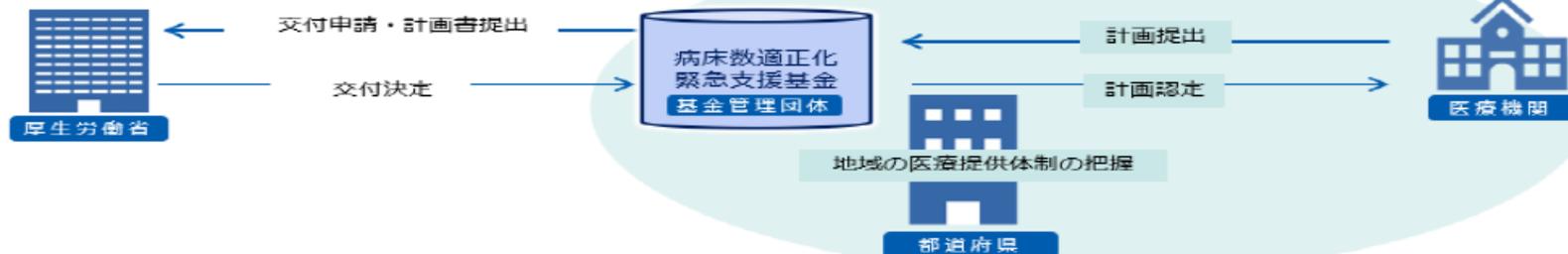
I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

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。

出典:厚生労働省 令和7年度 補正予算案の主要施策集

(7) 地域医薬品提供体制強化のための 「地域における問題解決のための協議会」について

地域医薬品提供体制構築推進事業（R7年～）

▶ 事業の背景

在宅医療や緊急時の医薬品提供体制の構築が全国的に問題となっているが、その事象に至るには理由があり、その理由の分析や対応がとられていない。

▶ 事業の概要

地域薬剤師会と地域行政が連携して、地域における医薬品提供体制の課題を整理したうえで、その課題解決のための取り組みを行う。

取り組み内容

- ・ 地域における薬局機能の把握、情報発信体制の整備、他職種・行政等からの相談総合窓口設置
- ・ 地域で流通する医薬品情報・在庫情報等の把握・共有
- ・ 在宅医療における医薬品提供体制に係る取組
- ・ 医薬品提供体制に係る多職種連携に関する取組

▶ 規制改革実施計画

実態を踏まえ検討し※、必要に応じて措置をずる（令和9年までに）

※各地域での協議会の開催

地域医薬品提供体制構築推進事業

いついかなる時にも医薬品の供給を行う

- 在宅医療や緊急時の医薬品提供体制の構築が全国的に問題となっているため薬剤師会が薬局リソースを把握



課題がないか検討

課題があればその解決を図る具体策を検討

例えば・・・

自局での対応が無理なら近隣薬局との連携を図る

地域標準薬の作成

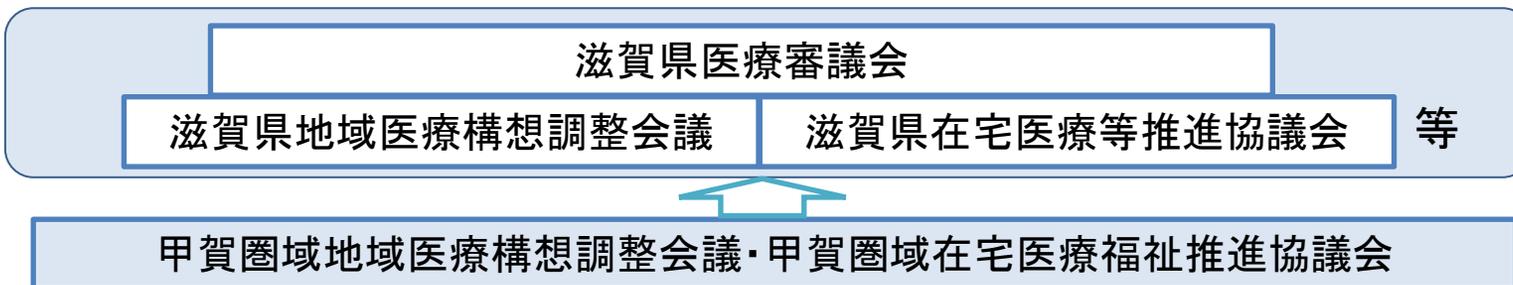
在宅対応力の強化など

2 報告事項

2) 当圏域の地域包括ケアシステムの構築 について

(1) 当圏域における地域包括ケア・保健医療福祉の推進体制

R7.11改編



甲賀圏域の保健医療福祉の提供体制の整備・推進

1. 地域包括ケアの実現に向けた関係機関の連携、多職種協働の推進と人材の確保・育成
 - ・甲賀湖南うつ病・認知症・在宅医療等懇話会(多職種連携)
 - ・甲賀圏域看護ネットワーク推進会議(同職種連携)
 - ・甲賀圏域管理栄養士連絡会議(同職種連携)
 - ・甲賀圏域地域連携検討会(入退院支援の深化)
 - ・甲賀地域認知症疾患医療連携協議会
2. 若い世代の健康づくり
 - ・甲賀圏域地域・職域連携推進会議
 - ・甲賀湖南糖尿病対策プロジェクトチーム会議
 - ・甲賀地域歯科保健調整会議
3. 難病患者、障害児・者等の地域生活支援
 - ・甲賀圏域難病対策地域協議会
 - ・甲賀圏域における自殺未遂者支援事業連絡会議
 - ・滋賀県精神科救急医療システム連絡調整委員会 東近江・甲賀・湖南ブロック部会
 - ・甲賀地域精神保健医療福祉チーム(中核の人材)会議
 - ・甲賀地域障害児者サービス調整会議(精神障害者部会)

日常生活の単位での地域包括ケアシステムの構築

- (介護保険事業計画、地域福祉計画、障害福祉計画、健康増進計画 等)
- ・介護保険運営協議会
 - ・地域ケア会議(個別・地域) 等

※別記参照

主たる検討の場:甲賀市、湖南市

4. 医療体制の構築

- ・甲賀地域健康危機管理調整会議
- ・甲賀圏域周産期保健医療連絡調整会議
- ・湖南・甲賀ブロック安心・安全な分娩の在り方検討会(R7～)
- ・湖南甲賀圏域小児救急医師連絡協議会
- ・湖南甲賀ブロック小児救急・診療対策協議会(R7～)

各組織での医療・看護・福祉の体制の整備・推進

- 甲賀湖南医師会
- 各病院
- 甲賀湖南歯科医師会
- 甲賀湖南薬剤師会
- 看護協会第3地区支部
- 訪問看護ステーション協議会第3地区支部
- 栄養士会甲賀支部
- 歯科衛生士会湖南・甲賀支部
- 老人福祉協議会甲賀ブロック
- 甲賀湖南介護支援専門員連絡協議会
- 甲賀市介護保険事業者協議会
- 甲賀市社会福祉協議会
- 湖南市社会福祉協議会 等

主たる検討の場:各機関、団体

5. 感染症対策

- ・甲賀圏域感染制御ネットワーク

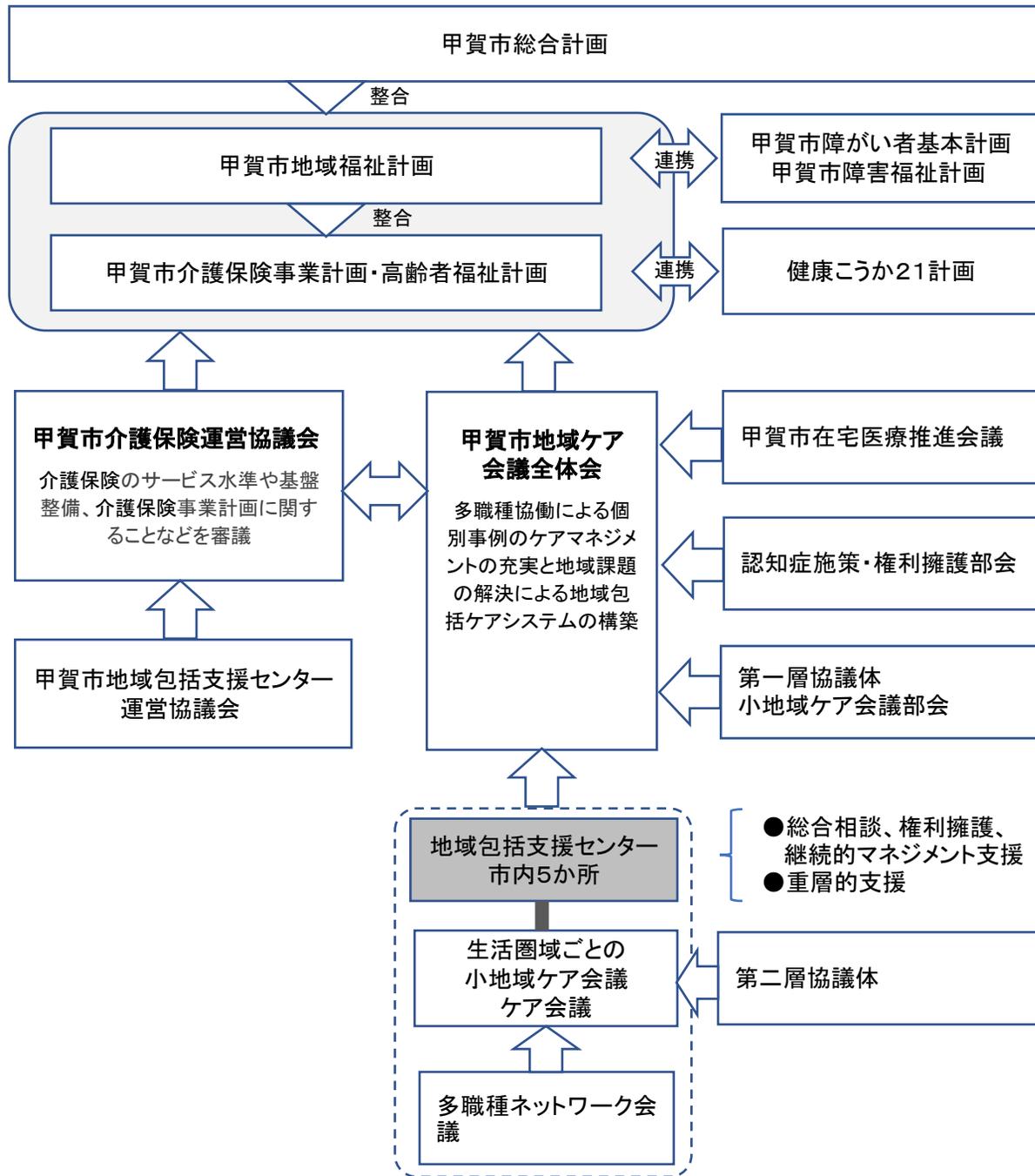
主たる検討の場:甲賀健康福祉事務所(甲賀保健所)

別記 甲賀市

計画

市全域会議

生活圏域会議

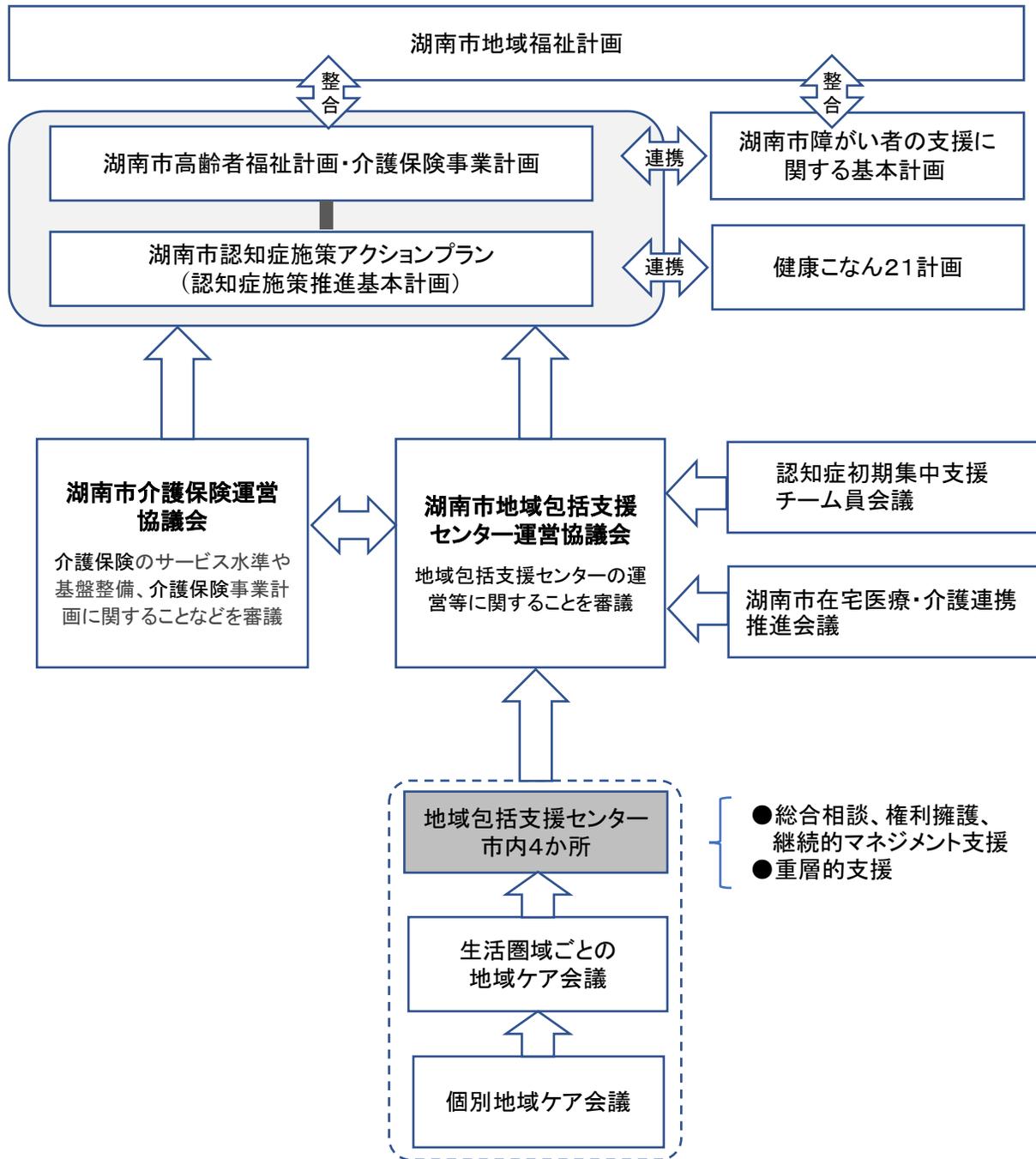


別記 湖南省市

計画

市全域会議

生活圏域会議



(2) 在宅医療・福祉の課題整理と取組



意向
 ・人生の最期を迎えたい場所 = 「自宅」
 甲賀市 **41.4%**
 湖南市 **40.7%** 県平均並み (県**40.8%**)
 出典：令和4年度滋賀の医療福祉に関する県民意識調査

背景
 ・「緩和ケアは在宅や外来でも受けられる」
 19.1% 県最少 (県**24.1%**)
 ・「悪くなった時すぐに入院できるか不安」
 48.8% 県最多 (県**38.4%**)
 出典：令和4年度滋賀の医療福祉に関する県民意識調査

実際の死亡場所
 ・施設 9.3% 県最少 (県**11.5%**)
 ・自宅 17.3% 平均以下 (県**18.8%**)
計 26.6% 出典：令和5年死亡統計データまとめ

施設での看取りの課題
 ・急変時の対応が不安 **33.3%** 県最少 (県**41.8%**)
 ・本人の意思確認が不十分 **61.1%** 県最多 (県**45.6%**)
 ・看護職員の体制が不十分 **22.2%** 県平均並み (県**25.3%**)
 出典：令和2年度施設等における看取りと介護の現状と課題調査

医療保険 令和5年度→6年度 (前年度比) 出典：滋賀県	甲賀圏域		県	
	延件数	実人員	延件数	実人員
在宅患者訪問診療料	1.46	1.06	1.46	1.06
在宅患者訪問薬剤管理指導料	1.29	0.83	1.47	1.15
訪問歯科診療	1.23	1.13	1.18	1.08
訪問歯科衛生指導料	1.23	1.16	1.29	1.14
訪問看護	1.05	0.97	1.11	1.11

介護保険 令和5年度→6年度 (前年度比) 出典：滋賀県	甲賀圏域		県	
	延件数	実人員	延件数	実人員
居宅療養管理指導 [医師]	1.14	1.14	1.12	1.12
居宅療養管理指導 [薬剤師]	1.06	1.13	1.11	1.11
居宅療養管理指導 [歯科医師]	1.23	1.32	1.07	1.07
居宅療養管理指導 [歯科衛生士]	1.20	1.11	1.33	1.12
訪問看護	1.01	1.00	1.12	1.06

患者
 従事者

最もふさわしい・望む場所で療養できる

良質なケアの提供・調整、適切・切れ目のない連携を一層強化する

人材不足の中、今ある従事者が力を出し合っしかない

予測
 ・介護需要 増
 R2→R32年 1.33倍 (全国**1.25**倍)
 出典：日本医師会 地域医療情報システム R7年4月現在



在宅療養・看取りを望む人に選択肢を

R6年度 甲賀圏域在宅医療福祉推進協議会
 まとめ「対策全体としては拡充方向にあることを確認」

R7年度 主な取り組み内容
 ※行政

評価指標(案)

療養・看取り(場所等)の意思決定支援の強化

- 意思決定支援の拡充 (各々でACPの取組、研修の広がり、ツール活用、施設間連携に向けた動き等)
- 病院、訪問看護ステーション、高齢者施設、行政の実践報告の共有と意見交換 (甲賀圏域看護ネットワーク推進会議)
- 市民意識調査結果や実際の取組について多職種で共有、意見交換 (甲賀湖南うつ病・認知症・在宅医療等懇話会) 等

自宅まで最期まで療養できるか
 “わからない”の回答率の低下
 R1 28.2% (県27.1%)
 R4 34.8% (県31.3%)

人生の最期を迎えたい場所
 “わからない”の回答率の低下
 R1 24.1% (県25.4%)
 R4 30.5% (県27.7%)

サービス調整の強化、不足するサービスの開拓・検討

- 訪問診療の支援体制拡充 (湖南市在宅医療ネットワーク)
- フィードバックカンファレンスの推進や他職種連携の動きがある
- 医師会、各市の調査結果からみえた課題は①医療資源の不足 (訪問診療医、訪問看護師、吸引できるヘルパーの不足)、②在宅看取りを見据えたACPが不十分、③在宅看取りには症状が安定していること、家族と支援者間の情報共有や連携が十分に行われることの必要性
- 痰吸引を要する在宅療養者が認知されにくい。ニーズが見えず、事実が共通認識されていない
- 新たに【痰吸引×24時間体制の難しさ】の課題感を共有

在宅における吸引状況に関する調査 (甲賀市)
 ・在宅医療のニーズ調査 (湖南市)
 ・医療資源調査 (甲賀市、湖南市、甲賀保健所、甲賀湖南医師会) 等

介護サービス事業所数の維持・増加
 ※居宅サービス 訪問介護 R7.4.1時点 23か所 (甲賀市14、湖南市9)

たん吸引・経管栄養登録 特定行為事業者数 (不特定多数の者対象) の増加
 R7.10月時点 31か所 (甲賀市16、湖南市15)

一時入院のさらなる円滑化

- 甲賀市域を中心に各病院でレスパイト入院拡充 (甲南・甲賀・信楽中央・紫香楽・生田病院)
- レスパイト入院受入情報一覧の作成・周知 (甲賀保健所)

レスパイト入院拡充
 R7.10.1時点 5病院、水口病院は通院中患者に対応
 毎年度の情報更新および周知

(3) 他の協議会等の取組

- ・ 甲賀圏域在宅医療福祉推進協議会
- ・ 甲賀湖南うつ・認知症・在宅医療等懇話会
- ・ 甲賀圏甲賀圏域地域連携検討会
- ・ 甲賀地域認知症疾患医療連携協議会
- ・ 甲賀圏域難病対策地域協議会
- ・ 甲賀圏域における自殺未遂者支援事業連絡会議
- ・ 滋賀県精神科救急システム連絡調整委員会
- ・ 甲賀地域健康危機管理調整会議
- ・ 甲賀圏域周産期保健医療連絡調整会議
- ・ 湖南・甲賀ブロック安心・安全な分娩の在り方検討会
- ・ 湖南甲賀ブロック小児救急・診療対策協議会

別添資料参照

※抜粋

3 協議事項

1) 外来機能の明確化

I 計画改定の趣旨

外来医療に係る偏在指標を定め、また外来医療に関する情報を可視化して、その情報を新規開業希望者等へ情報提供するとともに、地域の医療関係者等において外来医療機関間での機能分化・連携の方針等について協議を行い、協議を踏まえた取組を推進することを目的として、「滋賀県外来医療計画」を策定している。
 現行計画の期間は、令和5年度(2023年度)までであるため、令和6年度(2024年度)以降に向けて本計画を改定する。

II 計画の位置づけ

○医療法第30条の4第1項の規定に基づく医療計画の一部(外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項)として策定

III 計画の構成

- 第1章 基本事項
 - 1 計画策定の趣旨
 - 2 計画の位置づけおよび期間
 - 3 区域単位
- 第2章 外来医療機能の現状
 - 1 外来医療の現状
 - 2 滋賀県の外来医療提供体制
- 第3章 外来医師偏在指標
 - 1 外来医師偏在指標
 - 2 外来医師多数区域
 - 3 外来医師偏在指標等の公表
- 第4章 新規開業希望者等に対する情報提供
 - 1 地域に求められる医療機能
 - 2 新規開業希望者等に対する情報提供
 - 3 外来医師多数区域における新規開業希望者による届出および届出の際に求める事項
- 第5章 外来医療に関する協議の場の設置
 - 1 外来医療機能に関する協議
 - 2 地域で不足している外来医療機能
 - 3 外来医療の機能の明確化・連携
- 第6章 医療機器の効率的な活用
 - 1 医療機器の効率的な活用に関する考え方
 - 2 医療機器の保有状況
 - 3 医療機器の配置状況
 - 4 医療機器に関する協議の場の設置
 - 5 医療機器の効率的な活用のための検討
- 第7章 計画の推進
 - 1 進行管理

IV 計画の概要

外来医師偏在指標

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化する
- 診療所の外来医療需要・人口および将来の変化、患者の流出入等、へき地の地理的条件、医師偏在の種別を考慮した指標
- 外来医師偏在指標の値が全国上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定する

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標および外来医師多数区域である二次医療圏の情報や、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等**に情報提供する
- 外来医師多数区域においては、届出様式を定め、新規開業希望者に対し、地域で不足する医療機能を担うことに対する考え方を確認する
- 届出の内容については協議の場において確認を行う

外来医療に関する協議の場の設置

- 各圏域に設置されている地域医療構想調整会議を地域で不足する外来医療機能や外来医療機能の機能分化・連携について議論を行う、**協議の場**として活用する
- 外来医師多数区域においては、**新規開業希望者**に対して、協議の内容を踏まえて、**初期救急(夜間・休日の診療)、在宅医療、公衆衛生(学校医、産業医、予防接種等)**等の地域で不足する医療機能に関する情報を提供する
- 外来医療機能の明確化・連携に向けて、各地域医療構想調整会議で協議を行い、**医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う紹介受診重点医療機関**を決定し、公表する

紹介受診重点医療機関 令和5年(2023年)11月1日時点

圏域	医療機関名
大津	地域医療機能推進機構滋賀病院、滋賀医科大学医学部附属病院、大津赤十字病院、市立大津市民病院
湖南	淡海医療センター、淡海ふれあい病院、県立総合病院、済生会滋賀県病院、市立野洲病院
甲賀	公立甲賀病院
東近江	近江八幡市立総合医療センター、東近江総合医療センター
湖東	彦根市立病院
湖北	市立長浜病院、長浜赤十字病院
湖西	高島市民病院

※毎年度の協議の結果、変更される可能性があります

目標

目標項目	目標(令和8年度)
外来医療に対して満足する県民の割合	計画初年度より上昇
各紹介受診重点医療機関の紹介率・逆紹介率	計画初年度より上昇
医療機器の共同利用計画作成数	計画初年度より増加

《滋賀県の二次保健医療圏別外来医師偏在指標》

圏域名	前回策定時 (R.2.3)			今回改定時 (R5.11)			
	外来医師偏在指標	全国順位(335二次医療圏中)	区分	外来医師偏在指標	全国順位(330二次医療圏中)	前回順位(R2.3)比較	区分
大津	118.0	55位	外来医師多数区域	125.7	41位	↑14	外来医師多数区域
湖南	98.5	156位		105.3	135位	↑21	
甲賀	83.5	267位		86.5	252位	↑15	
東近江	95.0	183位		94.8	200位	↓17	
湖東	101.2	142位		98.2	180位	↓38	
湖北	90.2	226位		98.2	181位	↑45	
湖西	93.9	195位		94.1	206位	↓11	

【参考】無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- ・ **自由開業制との関係** (現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要)
- ・ **国民皆保険との関係** (国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限)
- ・ **雇入れ規制の必要性** (開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難)
- ・ **新規参入抑制による医療の質低下への懸念** (新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念)
- ・ **駆け込み開設への懸念** (病床規制を導入した際は、S59～H3の間に238,916床増床)

医療機器の効率的な活用

医療機器の配置状況に関する情報提供

- 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の種類ごと(CT、MRI、PET(PETおよびPET-CT)、放射線治療(リニアクおよびガンナイフ)、マンモグラフィの項目ごとに)に指標化し、可視化する
- 医療機器の配置状況に関する指標に加えて、**医療機器を有する医療機関**についてマッピングに関する情報等について情報を公表する

医療機器の稼働状況に関する情報提供

- 令和5年4月1日以降に医療機器を新規購入した医療機関は、**医療機器の稼働状況(医療機器の利用件数や共同利用の有無等)**について、県へ報告し、県は報告された稼働状況を、協議の場において報告する
- 報告があった稼働状況は、医療機関や金融機関等の関係者に情報提供を行う

医療機器に関する協議の場の設置・効率的な活用のための検討

- 外来医療機能の協議の場を活用する
- 医療機器の種類ごとに共同利用の方針について協議を行い、結果を公表する
- 医療機関が医療機器を購入する場合には、**共同利用に係る計画の作成を検討し、県は提出された計画を定期的に協議の場において確認する**

(1) 紹介受診重点医療機関の認定

医療機関別の紹介受診重点医療機関となる意向および基準

令和6年度外来機能報告(令和5年度実績)

医療機関名	意向の有無	外来件数のうち、重点外来の割合(%)		紹介受診重点医療機関の基準を満たすか	参考水準 紹介率・逆紹介率(%)	
		初診(40%)	再診(25%)		紹介(50%)	逆紹介(40%)
公立甲賀病院	有	54.4	30.3	○(認定済)	68.5	65.4
甲南病院	無	36.0	27.6	—	18.1	14.9
紫香楽病院	無	12.6	10.0	—	6.0	28.3
市立信楽中央病院	無	7.6	8.7	—	14.8	5.5
甲西リハビリ病院	無	14.3	1.9	—	10.0	11.5
生田病院	無	—	—	—	0.0	0.0
濱田クリニック	無	46.2	9.9	—	0.0	0.0
野村産婦人科	無	16.4	7.2	—	0.0	0.0
ハートクリニックころろ	無	71.9	46.8	○	0.0	0.0

- ① 紹介受診重点医療機関となる意向があり、基準を満たす医療機関

公立甲賀病院



紹介受診重点医療機関として認定
【R5年度済】

- ② 紹介受診重点医療機関となる意向はないが、基準を満たす医療機関

ハートクリニックこころ



紹介受診重点医療機関として認定なし
【変化なし】

- ③ 紹介受診重点医療機関となる意向はあるが、基準を満たさない医療機関

該当なし

⇒ 紹介受診重点医療機関の認定は、**変更なし**

紹介受診重点医療機関について

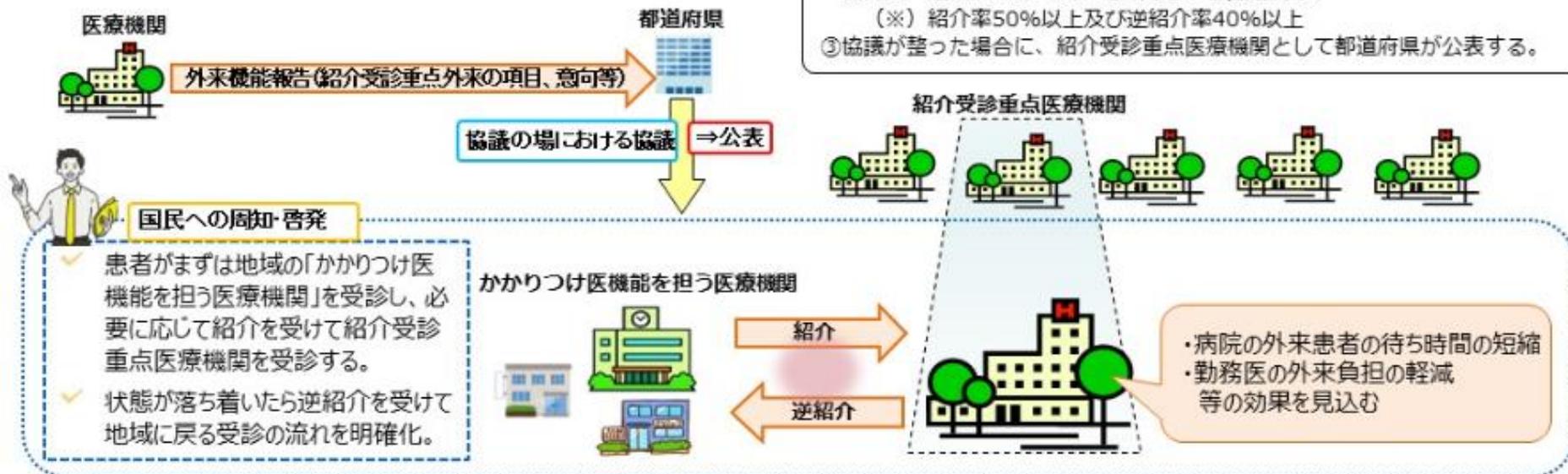
- 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。
 - ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
 - ② 「協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

【外来機能報告】

- 紹介受診重点外来等の実施状況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【協議の場】

- ① 紹介受診重点外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にして協議を行う。
 - (※) 初診に占める紹介受診重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める紹介受診重点外来の割合25%以上
- ② 紹介受診重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
 - (※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。





始まりません。
 紹介受診重点医療機関。

それは、かかりつけ医からの紹介状を持って
受診いただくことに重点をおいた医療機関です。

- この制度により、医療機関の混雑緩和や、スムーズな受診につながります。
- 紹介状がなく来院された場合は、一部負担金(3割負担等)とは別に、「特別の料金」がかかる場合があります。

上手な医療のかかり方

症状 ▶ かかりつけ医 ▶ 紹介状を持って「紹介受診重点医療機関」へ

2023年新制度スタート

1 「紹介受診重点医療機関」とは？



- 外來受診の際に紹介状が必要となる医療機関です。
- 手術・処置や化学療法等を必要とする外來、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外來を行っています。
- 「紹介受診重点医療機関」の情報は、都道府県や厚生労働省のホームページをご確認ください。

へえどうやって受診するの？

2 紹介状を用いた受診のながれ



- 「かかりつけの医療機関」を受診後、専門的な検査や治療が必要と判断された場合に紹介状が発行されます。
- 紹介状を持って「紹介受診重点医療機関」を受診し、専門的な検査や治療を受けた後は、「かかりつけの医療機関」にて、経過を見てもらいましょう。
- 「かかりつけの医療機関」と「紹介受診重点医療機関」の役割分担により、患者さんが適切な検査や治療をよりスムーズに受けられるようになり、待ち時間の短縮等が期待されます。

なるほど！
待ち時間が減るのはいいね！

3 新しいかかり方のコツを覚えて通院しましょう！



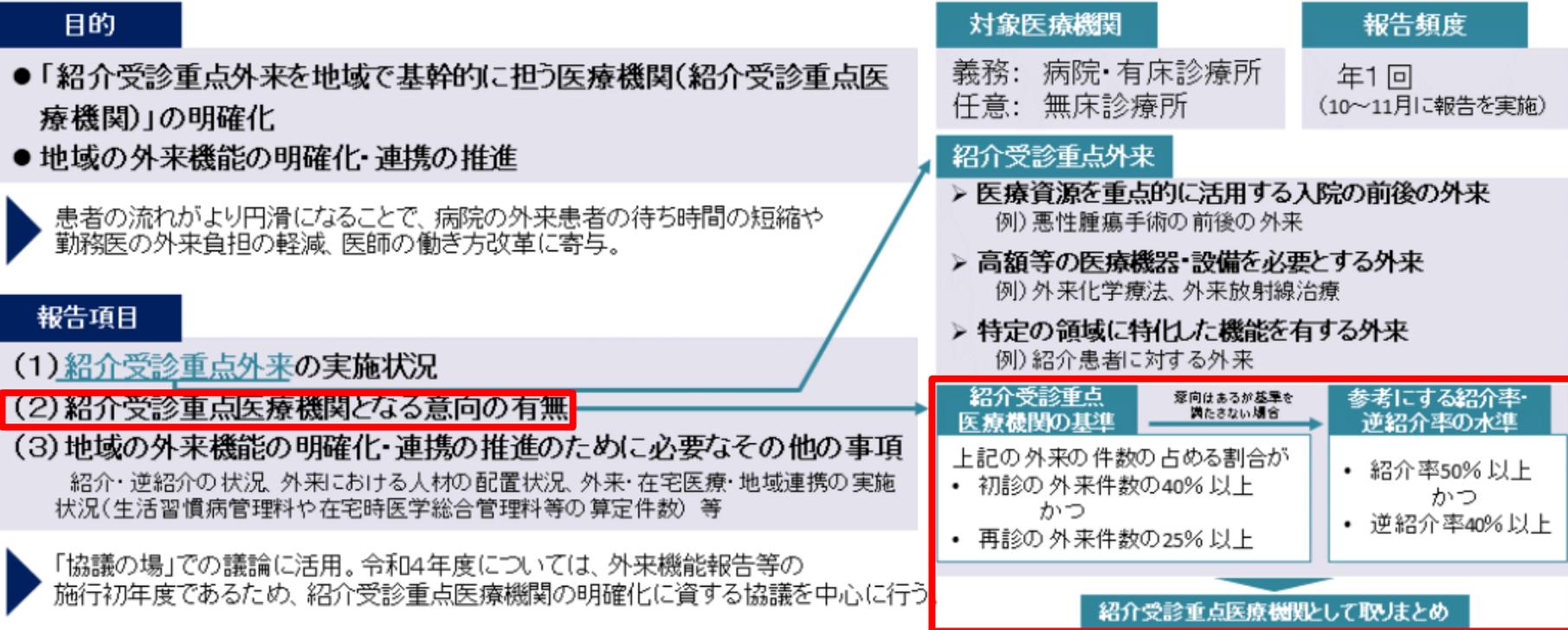

外来機能報告

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）が成立・公布され、医療法に新たに規定された（令和4年4月1日施行）。

参考：医療法（一部抜粋）

第30条の18の2 **病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの**（以下この条において「**外来機能報告対象病院等**」という。）の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の**都道府県知事に報告しなければならない**。

第30条の18の3 **患者を入院させるための施設を有しない診療所**（以下この条において「**無床診療所**」という。）の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。



(2) 医療機器共同利用の受け入れ医療機関【確認】

参 考

医療機器共同利用計画書提出のお願い

平成30年(2018年)7月に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」に基づき、滋賀県では令和2年(2020年)3月に「滋賀県外来医療計画」を策定し、医療機器の共同利用を推進することとしております。

つきましては、令和4年8月1日以降にCT・MRI等の対象医療機器を設置・更新した医療機関におかれましては、本計画に基づき「医療機器共同利用計画書」の提出に御協力をお願いします。

- 1 目 的 今後、人口減少がさらに進み、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中で、医療機器についても共同利用の推進等によって効率的な活用を進める必要があるため
- 2 対 象 令和4年8月1日以降に、CT、MRI、PETおよびPET-CT、放射線治療装置(リニアックおよびガンマナイフ)、マンモグラフィー医療機器を設置・更新する病院および一般診療所

共同利用の方針：いずれの医療機関も「共同利用しない」

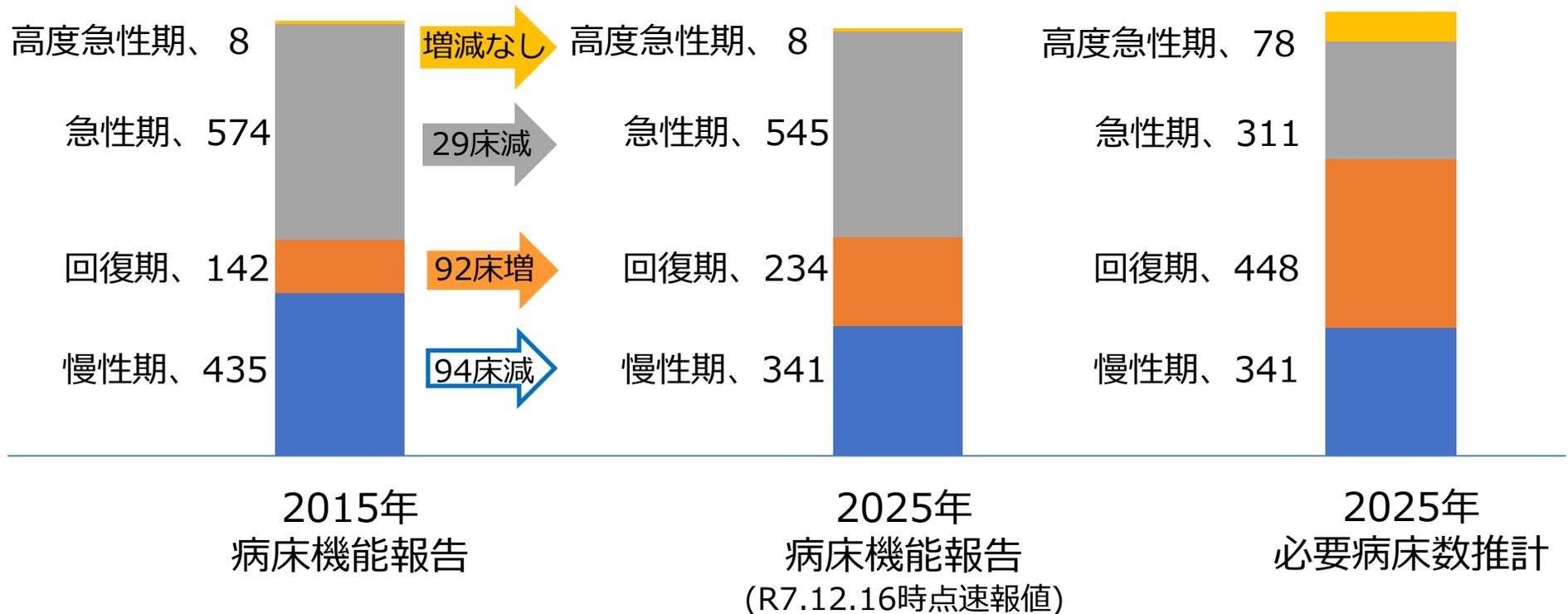
	甲南病院	ハートクリニックころ
共同利用 対象機器	<p>MRI 1台 令和7年6月30日設置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・製品名 Philips社製 Inginia Elition 3.0T X ・主な仕様 3.0T 	<p>CT 1台</p> <ul style="list-style-type: none"> ・製品名 全身用X線CT診断装置 CTスキャナ Aquilion Server TSX-307A ・主な仕様 マルチスライスCT (64列以上)
共同利用 しない理由	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医からの紹介患者に対して、当院でMRI検査と医師の診断を行い、その所見を開業医へ伝える体制が機能しているため現時点では共同利用は行わない 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員が少なく受入対応が困難なため

3 協議事項

2) 現行の地域医療構想の評価

(1) 【再掲】病床機能・病床数

- ・ 病床機能報告上の病床数について、2015年から2025年にかけて、1,159床から1,128床になり、2025年の必要病床数である1,178床と同程度の水準。
- ・ 機能別の乖離率は、急性期と回復期、慢性期で縮小している。
- ・ 全体として病床過剰はない。病院間の機能分担がなされている。



(2) 令和7年度医療資源調査結果報告

- ◇調査目的 今後行政として取り組むべき医療福祉に関する対策の基礎資料とすること
- ◇実施主体 甲賀市、湖南市、滋賀県甲賀健康福祉事務所（甲賀保健所）
- ◇協力機関 一般社団法人 甲賀湖南医師会
- ◇調査時期 令和7年9月～12月
- ◇調査対象 甲賀市内の有床診療所及び無床診療所 39施設
湖南市内の病院、有床診療所及び無床診療所 26施設
- ◇調査方法 事前に依頼書を送付、書面と行政行政担当者による対面聞き取り調査
調査項目
 - ・ 基本情報 医療機関名、院長名、医療機関の所在地、診療科目、開設年、現在の常勤・非常勤医師スタッフ体制
 - ・ 診察情報 1日の患者数、送迎車所有の有無、診療時間外の受診の対応、ACP支援、在宅医療の取り組み、医療機関の将来について、後継者確保 など
- ◇回答率 63施設、96.9%（甲賀市 37施設 94.9%、湖南市 26施設 100%）

結果 [抜粋]

1) 医療機関の所在地

	湖南省		甲賀市					計
	甲西町	石部町	水口町	甲南町	土山町	甲賀町	信楽町	
箇所数	21	5	24	5	4	2	2	63
%	33.3%	7.9%	38.1%	7.9%	6.3%	3.2%	3.2%	100.0%

2) 診療科目 (重複あり)

	内科	小児科	外科	循環器内科	整形外科	消化器内科	リハ科	眼科	耳鼻咽喉科	呼吸器内科	皮膚科	アレルギー科	糖尿病内科	産婦人科	心療内科	精神科	腎臓内科	泌尿器科	肛門外科	その他
湖南省	17	7	6	7	5	4	4	4	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	0	1
甲賀市	23	9	8	6	6	7	7	3	4	4	3	4	2	2	2	1	1	1	2	1
計	40	16	14	13	11	11	11	7	7	6	5	5	5	3	3	2	2	2	2	2

3) 常勤医の状況 ※病院2か所含む

甲賀圏域	1名	2名	3名以上	計
箇所数	52	7	4	63
うち60歳以上	32 (61.5%)	6 (85.7%)	3 (75.0%)	41 (65.1%)

湖南省	1名	2名	3名以上	計
箇所数	20	3	3	26
うち60歳以上	11 (55.0%)	3 (100%)	2 (66.7%)	16 (61.5%)

甲賀市	1名	2名	3名以上	計
箇所数	32	4	1	37
うち60歳以上	21 (65.6%)	3 (75.0%)	1 (100%)	25 (67.6%)

4) 訪問診療の実施について ※病院2か所除く

	実施あり	実施なし	今後検討
湖南省	11	13	2
甲賀市	16	19	2
計	27(41.5%)	34(52.3%)	4(6.2%)

実施なしの理由(抜粋)

- ・ 人手がない
- ・ 余裕がない(時間的にも、体力的にも)
- ・ 遠方在住のため緊急対応が困難
- ・ 対象者が少ない など

5) 在宅医療(訪問診療、往診)を行う上での課題 ※重複回答

	時間的負担	人員不足	報酬制度	地域連携が困難	患者家族の理解	移動手段	その他
湖南省	12	10	5	3	3	1	8
甲賀市	23	14	5	5	3	1	15
計	35	24	10	8	6	2	21

その他(抜粋)

- ・ 休日、夜間の対応
- ・ 体力的な負担
- ・ 事務的な負担
- ・ 依頼があればやるが依頼や対象者がいない など

6) 医療体制への意見(主に在宅医療に関すること)

- ・ 看取り、夜間の輪番制
- ・ 在宅医療は拠点があるとよい
- ・ 診療所同士の連携、横のつながり
- ・ 近隣医療圏との連携
- ・ 主治医が患者を診るのではなく、地域全体で患者を診れるとよい
- ・ 医療スタッフが不足している
- ・ あまり困っていない
- ・ 今のままで十分 など

7) 病院の将来についての考え ※重複回答

	医療法人や他医に継承	親族で継続	廃止・閉院の検討中	未定
湖南省	4	3	4	13
甲賀市	10	8	2	24
計	14	11	6	37

(3) 意見交換

◆当圏域の地域医療構想、在宅医療の提供体制、医療と介護の連携体制について

◆実現のためにそれぞれができること、必要なこと

3 協議事項

3) 「新たな地域医療構想の方向性」を踏まえた次年度以降の当会議の在り方について

新たな地域医療構想の検討状況について

滋賀県健康医療福祉部医療政策課

全体構成

- ① 国が実施する検討会の進捗状況について（P47）
- ② 新たな地域医療構想について（P48）
- ③ 病床機能報告について（P52）
- ④ 医療機関機能報告について（P55）
- ⑤ その他の記載事項について（P59）

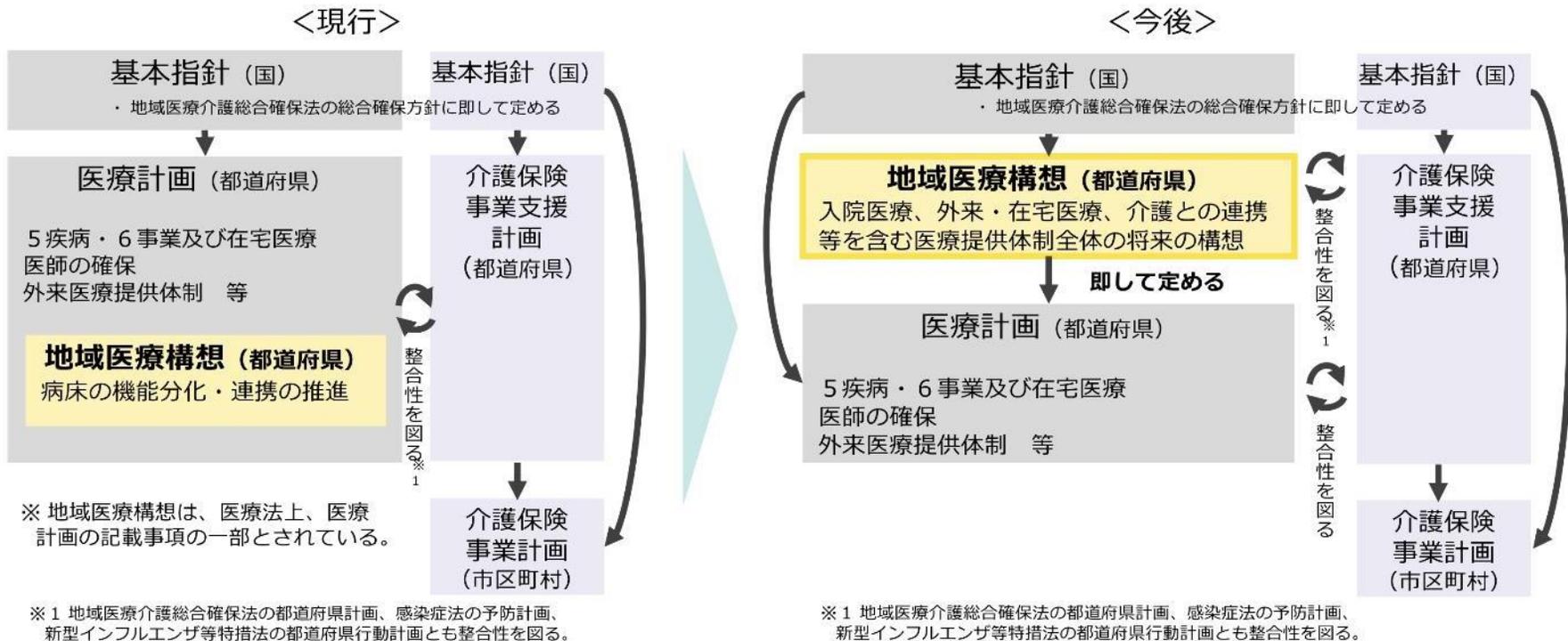
①国が実施する検討会の進捗状況について

- 国において、新たな地域医療構想の策定ガイドラインの作成に向けた検討会が実施されている。
- ただし、秋頃に予定されていた中間とりまとめは見送られており、現時点では今年度末のガイドライン発出に向けて検討会が続いている状況。

年度	検討会	議題等
R6年度	新たな地域医療構想に関する検討会	令和6年12月18日 とりまとめ（全13回）
R7年度	地域医療構想及び医療計画等に関する検討会	第1回 7月24日 検討会及びワーキンググループの議論の進め方等
		第2回 8月8日 医療機関機能・医療従事者の確保
		第3回 8月27日 区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方
		第4回 9月11日 医師偏在対策
		第5回 10月15日 構想の策定・取組の進め方、病床等の医療需要の見込み
		第6回 10月31日 医療機関機能、構想区域、地域医療構想調整会議等
		第7回 11月14日 医師確保計画の見直し
		第8回 12月12日 高齢者救急、医療機関機能、医師確保計画の見直し等
		第9回 1月16日 医療需要の推計等、医療機関機能報告・病床機能報告、医師確保計画の見直し等
		第10回 1月28日 地域での協議、構想区域に関する協議、医療機関機能に関する協議、地域医療構想調整会議のあり方、精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制（報告）

②新たな地域医療構想について

- 85歳以上の増加や人口減少が進む2040年以降を見据え、全ての患者が、適切に医療・介護を受けることができ、同時に、医療従事者の持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築を目指す。
- 新構想は医療計画の一部から上位の位置づけに変更となり、医療計画は新構想に即して具体的な取組を進める計画となる。



新構想ガイドラインの構成案

- これまでの病床機能だけでなく、新たに医療機関機能が追加され、外来・在宅医療、介護との連携、医療従事者の確保も具体的な記載事項となる。

【現構想のガイドライン】

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたPDCA

III 床転換報告制度の公表の仕方

- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用



【新構想のガイドライン案】

I 経緯・背景

- 1 ガイドラインの目的
- 2 位置づけ
- 3 新たな地域医療構想の対象について
- 4 背景となる地域毎の課題
- 5 医療計画との関係
- 6 これまでの地域医療構想について

II 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定の進め方について
- 2 構想区域について
- 3 医療機関機能・病床機能と、当該機能を踏まえた需要推計の基本的な考え方
- 4 入院医療に関する取組について
- 5 外来・在宅医療に関する取組について
- 6 介護との連携について
- 7 医療従事者の確保について

III 取組の推進について

- 1 地域での課題等の共有
- 2 知事権限について
- 3 地域医療介護総合確保基金の活用について
- 4 地域医療構想の実現に向けた柔軟かつ実践的な点検・プロセス・評価の観点について

IV 地域医療構想と医療計画の関係等

- 1 5疾病6事業との関係について
- 2 地域医療構想調整会議とその他会議体との関係について

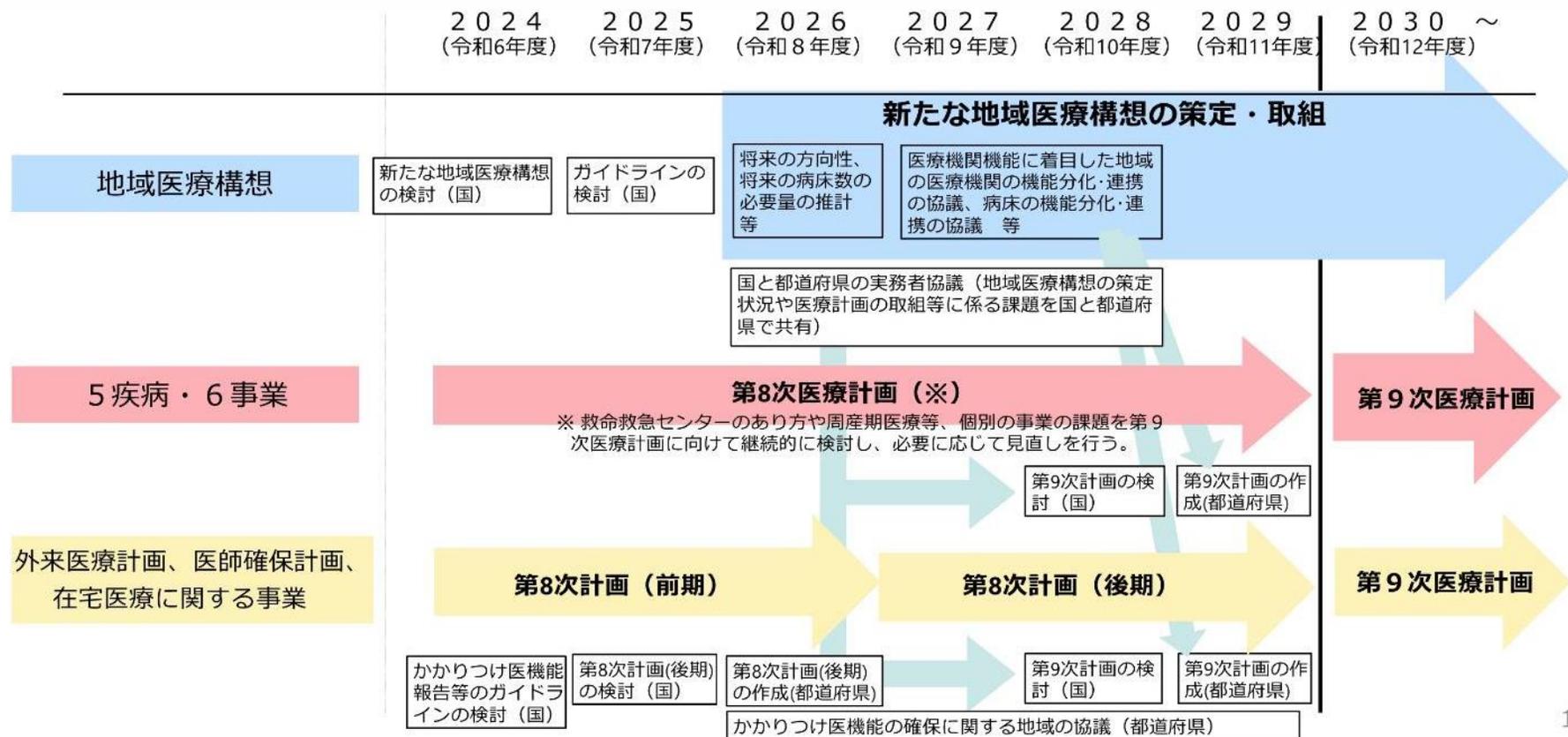
地域医療構想調整会議における検討事項について

- 記載事項の追加に合わせ、調整会議での検討事項が幅広くなる。
- 検討事項に応じた各分野における既存の会議体の活用も検討する。

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想の進め方 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	<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 	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
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） オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進 	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	<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 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	<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） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進 	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

新構想の策定スケジュールと医療計画等との関係

- 新構想の策定は、今年度未発出見込みのガイドラインをふまえ、令和8年度から必要病床数等の検討を開始し、令和9年度から医療機関機能等について協議することが示されている。
- 新構想の策定期限について、国は「令和10年度中までに取組を開始すること」としている。
- 医療計画においては、基本的に第9次計画で新構想の内容を盛り込むものとされる。



③病床機能報告について

病床機能区分の見直し

- これまでの「回復期」に代えて『包括期』が設けられる。
- 「回復期」は、主に「急性期を経過した患者」へのリハビリを提供する機能とされていたが、『包括期』は、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として、高齢者救急等の一部の急性期と回復期の機能をあわせもつ機能となる。
- 包括期の必要病床数の推計にあたっては、医療資源投入量では急性期と見なされる75歳以上の高齢者患者の一定割合を包括期として按分することになる見込み。

病床機能区分

機能の内容

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

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	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 	<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。

必要病床数の推計手法の見直し

- これまでの推計は、性・年齢階級別の入院受療率や病床稼働率が変わらない仮定で、2013年の人口と医療需要をベースにしたもの。
- ただし、現在まで見直しが行われず、将来人口推計や医療需要、医療提供体制の変化が反映されていないことが課題であった。
- 新構想では、2040年に向けて必要病床数を定期的に見直すこととしたうえで、医療提供体制の効率化等による受療率の変化も必要量の計算に組み込まれる見込み。
- 具体的な計算手法はガイドラインにおいて示される。

【参考：現構想の考え方】

$$\begin{array}{r} \text{2025年} \\ \text{必要病床数} \end{array} = \frac{\frac{\text{2013年 性・年齢} \\ \text{階級別医療需要}}{\text{2013年 性・年齢} \\ \text{階級別人口}} \times \text{2025年性・年齢} \\ \text{階級別推計人口}}{\text{機能別の想定病床稼働率}}$$

※現構想ガイドラインの想定病床稼働率

高度急性期：0.75 急性期：0.78 回復期：0.90 慢性期：0.92

④医療機関機能報告について

- これまでの病床機能とは別に地域で担う「医療機関機能」を報告いただき、医療機関の役割を明確にして、地域の医療提供体制の確保に向けて連携や分担を推進。
- 令和8年10月から、従来の病床機能報告と同時に報告開始となる見込み。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

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

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

12

区域の人口規模を踏まえた地域の医療機関機能の考え方

○ 各地域での医療機関機能確保に向けた考え方は、人口規模や地域の実情に応じて柔軟に検討。

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<p>100万人以上</p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<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 等
地方都市型	<p>50万人程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 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 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	<p>～30万人</p> <p>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる <p>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自らが在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

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。

急性期拠点機能にかかる議論の進め方

- 地域には様々な設立主体の医療機関があり、経営等の状況も様々。
- 1～2年で体制を大きく変える合意形成と急性期集約や高齢者救急分担は困難。
- 上記をふまえ、現状のスケジュールでは、2026年以降に協議をはじめ、遅くとも2028年までに方針を定め、2035年を目途に体制確保に取り組むとされる。

2026年

【協議の開始】

- 急性期拠点機能を有する医療機関の必要数や急性期拠点機能の集約化の協議。
- この間は、医療提供の実情を踏まえて医療機関から報告いただく。

2028年頃

【方向性の決定】

- 遅くとも2028年までに将来的に急性期拠点機能を担う医療機関を決定。
- 2035年に向けた連携・再編・集約化の方向性を定め、取組を開始する。

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に急性期拠点機能にかかる医療提供体制を確保する。

⑤その他の記載事項について

医療従事者の確保について

- 各分野の協議の場で検討が進んでいることから、各分野で新たな人材確保等の方向性が定まった場合に、必要に応じてガイドラインに反映することになる見込み。

医療と介護の連携について

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部は患者像が重複することから、構想区域単位において、国から提供されるデータにより、療養病床の病床数や介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等をあわせて提供体制を検討することになる見込み。

外来医療について

- 外来医療計画において、外来医師偏在指標が「全国平均値＋標準偏差の1.5倍」以上かつ可住地面積あたり診療所数が上位10%の区域が、地域で不足する医療機能の提供や医師不足地域での医療提供を要請できる『外来医師過多区域』として設定される。
- 滋賀県内では、令和6年1月時点の外来医師偏在指標で大津圏域が外来医師多数区域となっているが、『外来医師過多区域』には該当していない。

(3) 意見交換

◆事務局(案)

- ・ 当会議と甲賀圏域在宅医療福祉推進協議会を一体化して開催
- ・ 委員は両会議の委員を統合し、各団体から代表1名
- ・ 必要に応じた開催回数とする

◆上記の方向性への意見