

# 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 (P3)
- ② 新たな地域医療構想について (P4)
- ③ 病床機能報告について (P8)
- ④ 医療機関機能報告について (P11)
- ⑤ その他の記載事項について (P15)

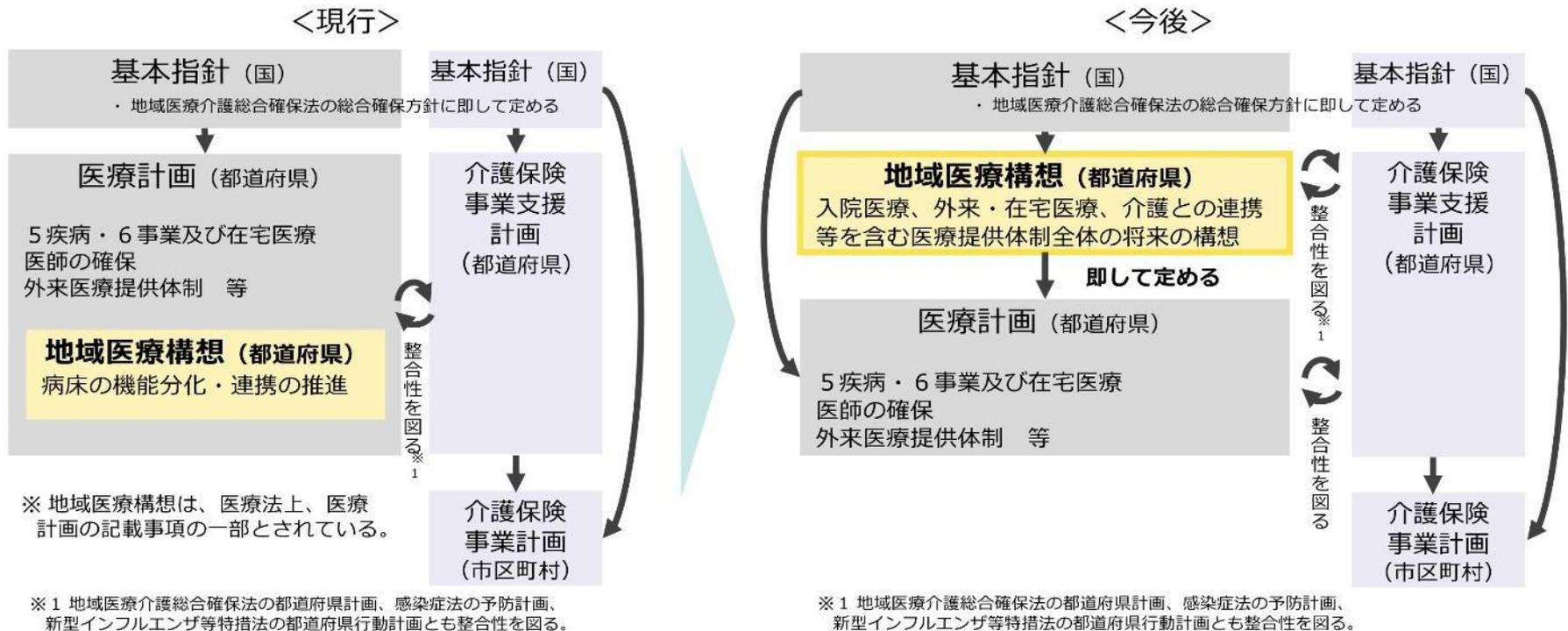
# ①国が実施する検討会の進捗状況について

- 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

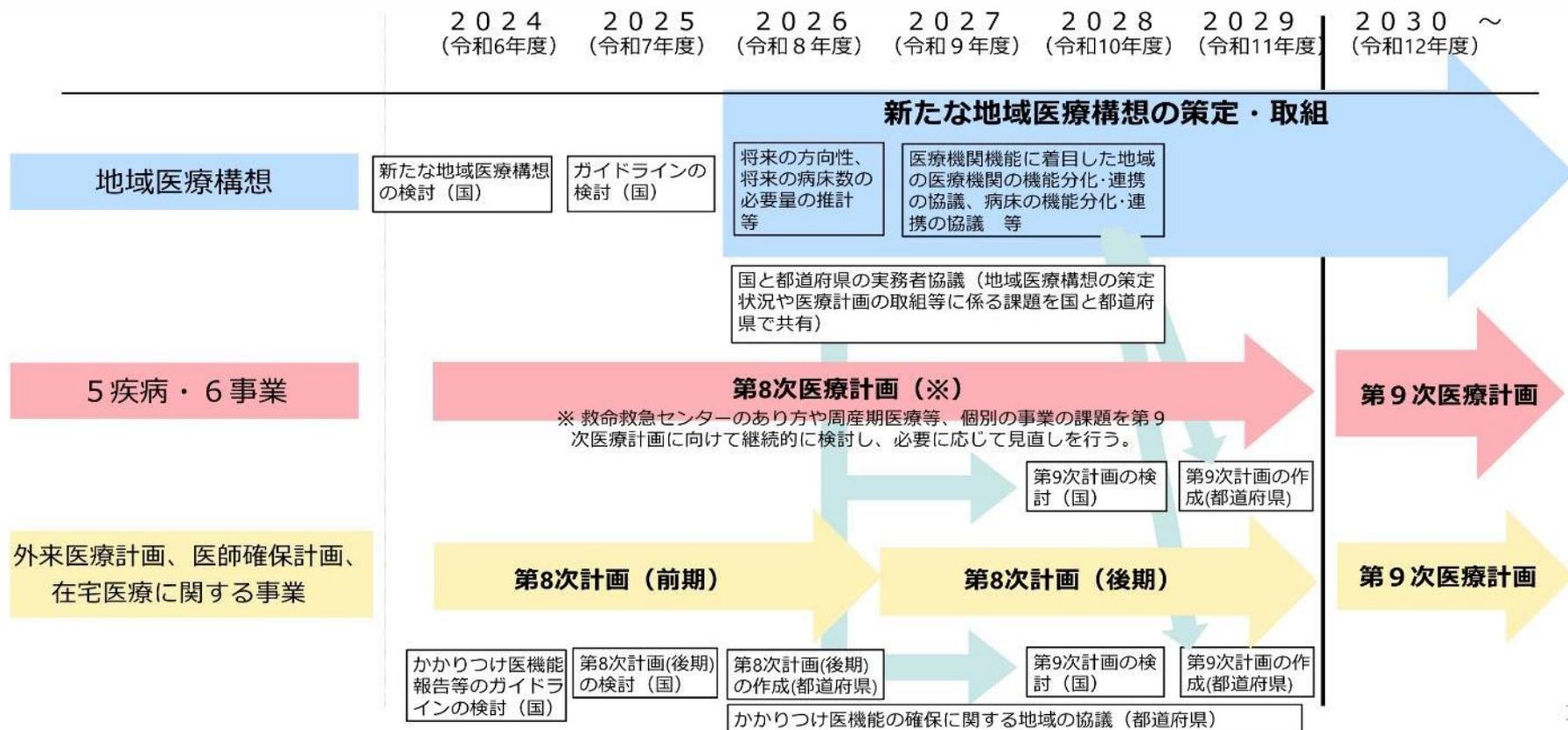
# 地域医療構想調整会議における検討事項について

- 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"> <li>地域医療構想の進め方</li> </ul>	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"> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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）</li> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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</li> </ul>	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"> <li>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</li> </ul>	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、今年度末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	<ul style="list-style-type: none"><li>高齢者等の急性期患者について、<u>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></li><li>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</li><li>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）</li></ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"><li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li><li>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</li></ul>

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

※ 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】

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

※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。

# 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><b>100万人以上</b></p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <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"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療等</li> </ul>
地方都市型	<p><b>50万人程度</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <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"> <li>高齢者救急の対応</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	
人口の少ない地域	<p><b>～30万人</b></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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> <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"> <li>地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	

※ 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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
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と議論の進め方

- 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と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。