

令和8年2月4日

新たな地域医療構想 ガイドラインについて

福岡国際医療福祉大学

看護学部/ヘルスサービスリサーチセンター 教授

松田晋哉

**何がポイントとなるのか？
また、どこに難しい点があるのか？**

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

地域における協議の進め方について

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

協議の進め方にあたり整理が必要な事項

最重要

- ① 協議する事項 ② 地域医療構想調整会議のあり方 ③ スケジュール

協議する事項

現状把握

区域ごとの議論

対応案の作成・協議

地域医療構想の策定

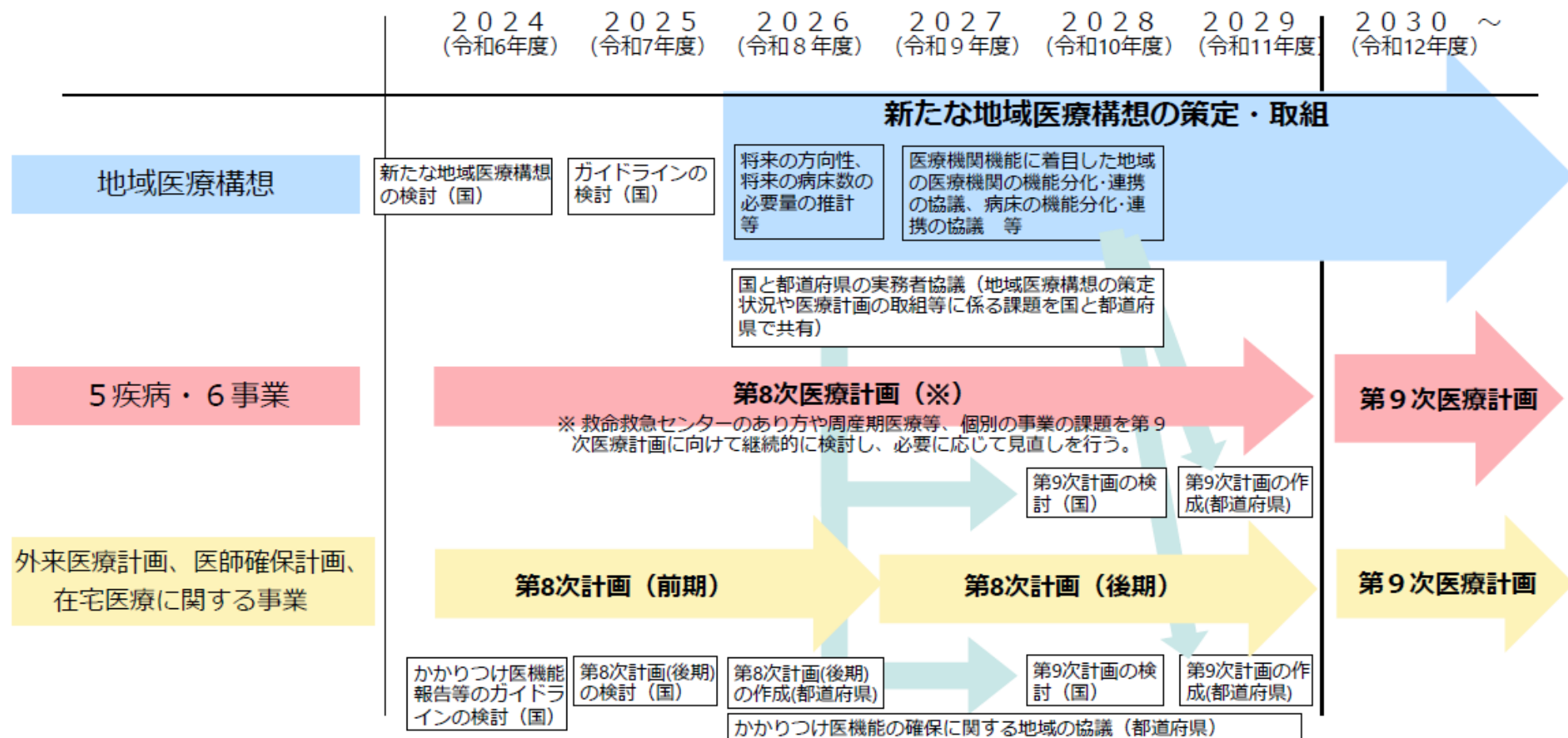
2028年度中

データの 確認・分析

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

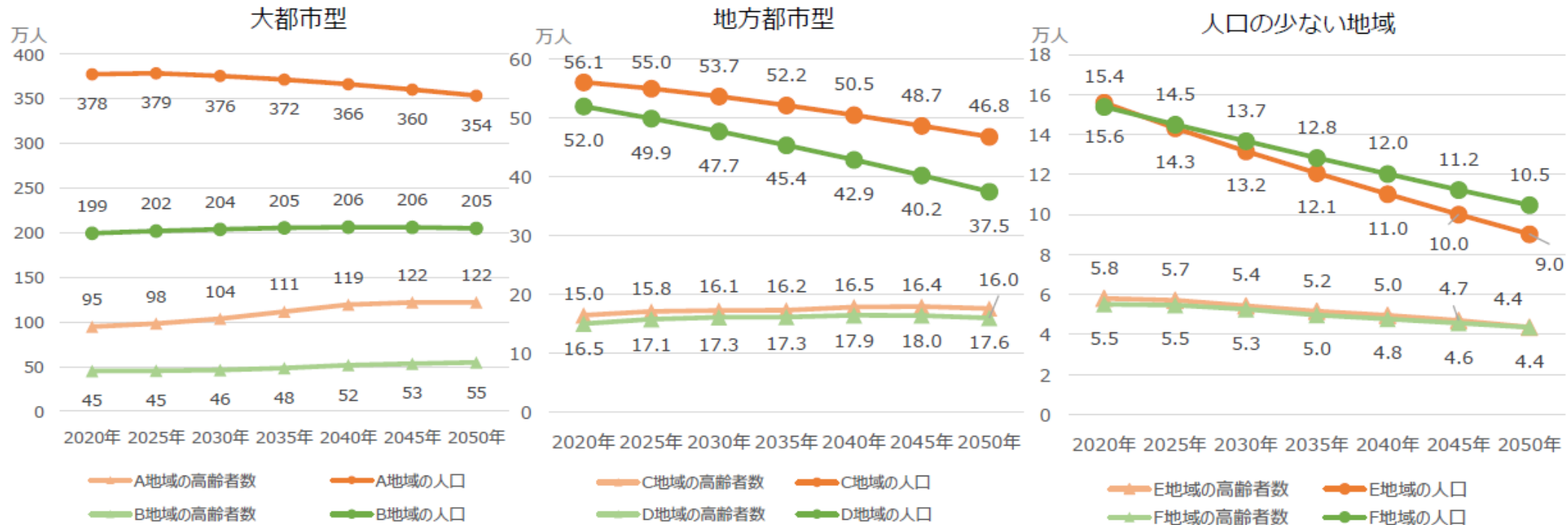
新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



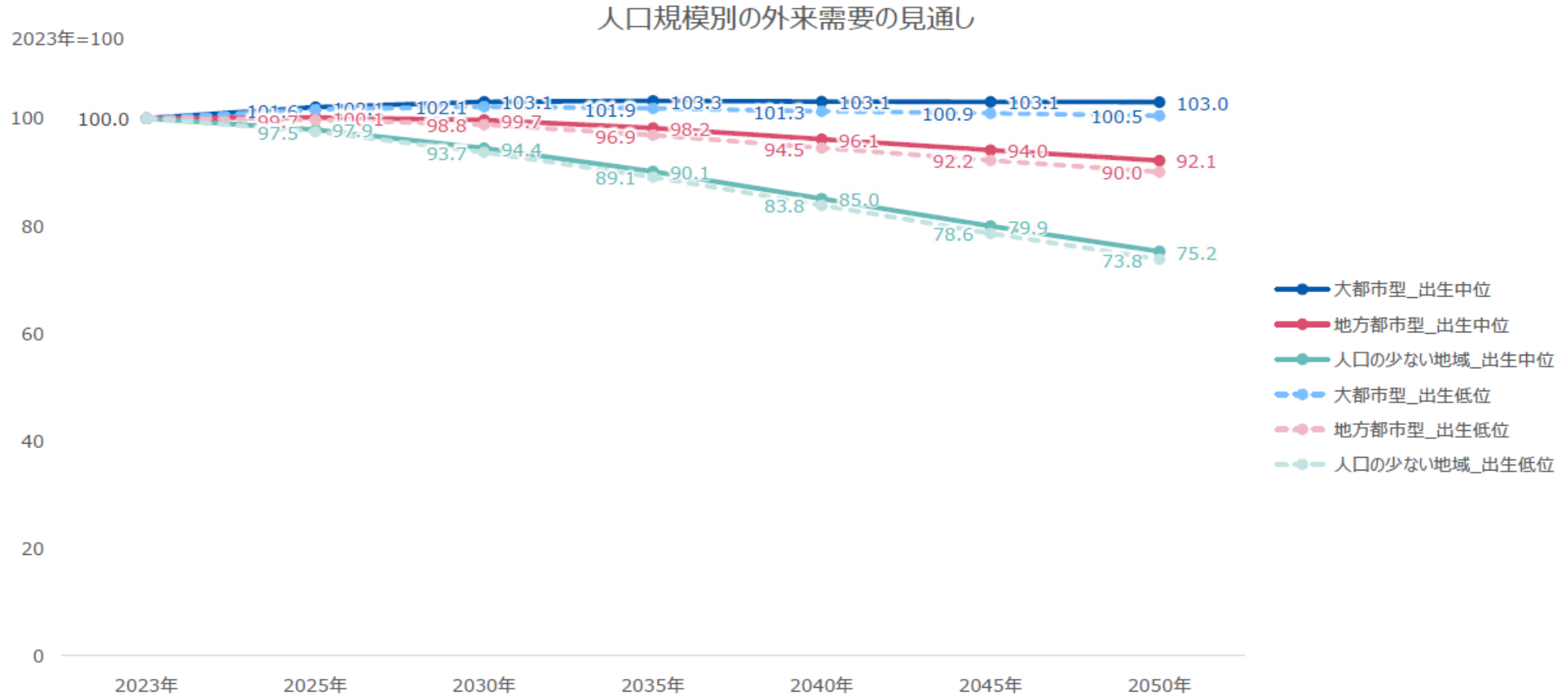
現状の把握について（人口推計の把握）

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



外来医療の需要について

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



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」、「日本の将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

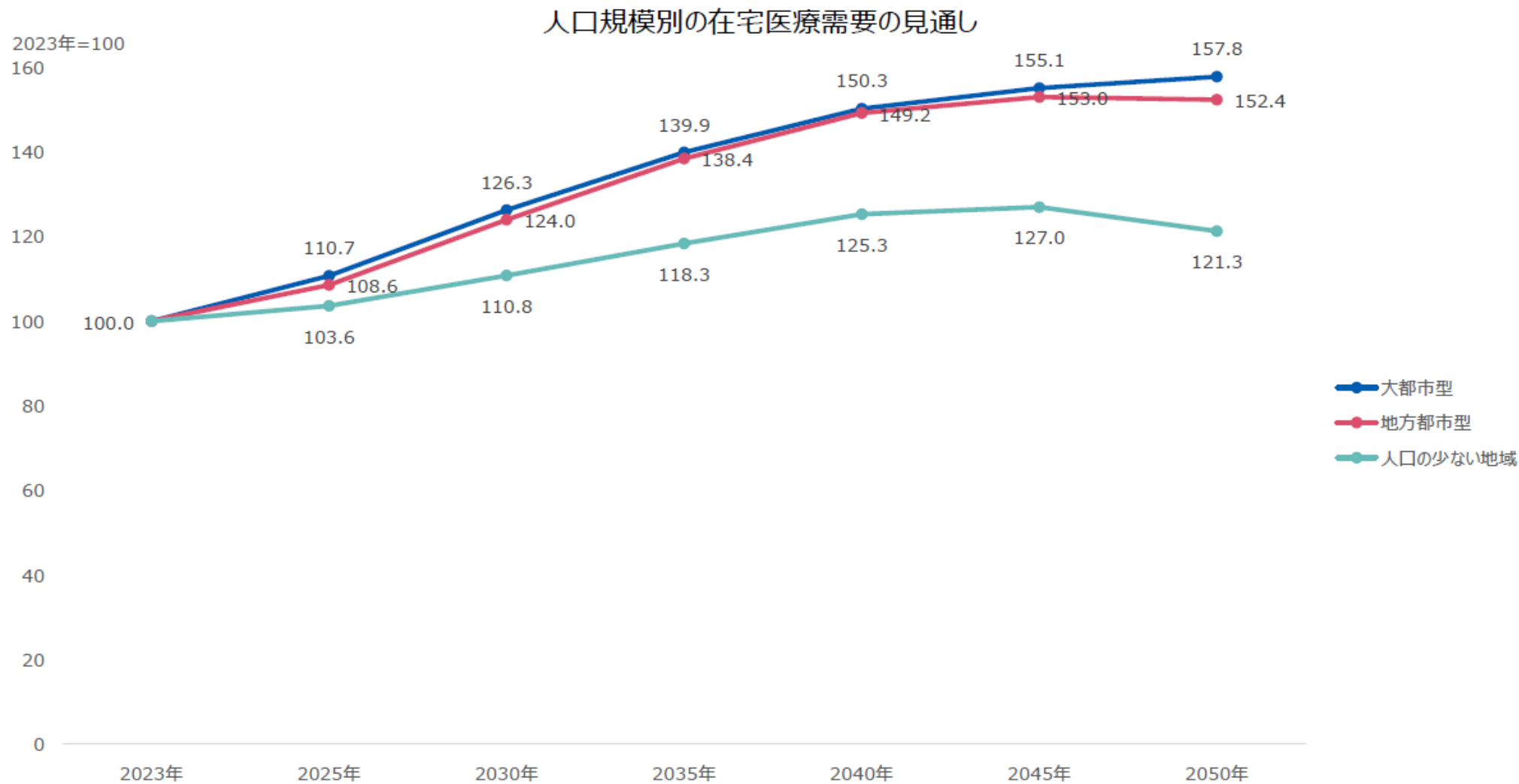
※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

※外来需要は通院患者に限る。

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

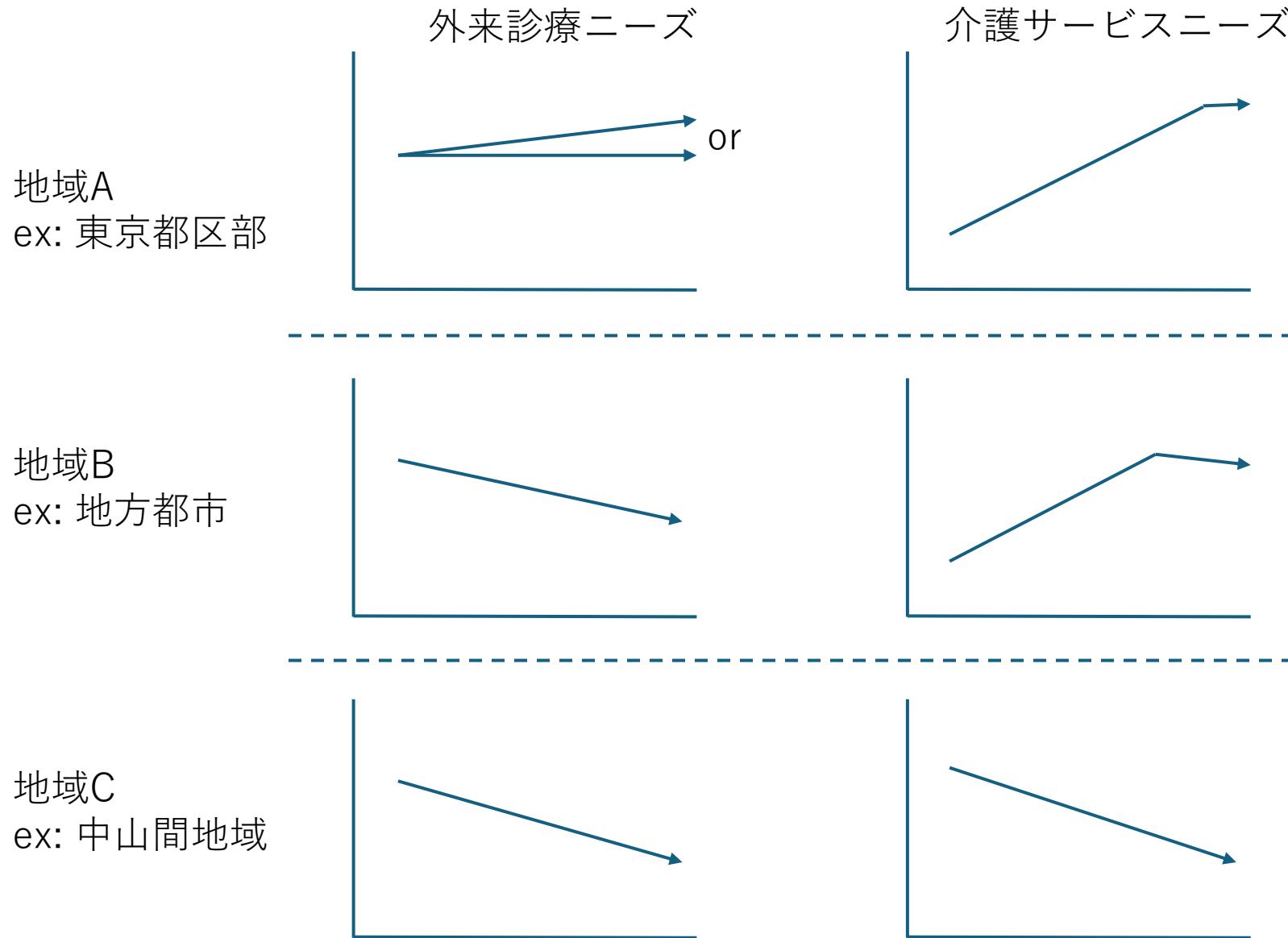
在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。

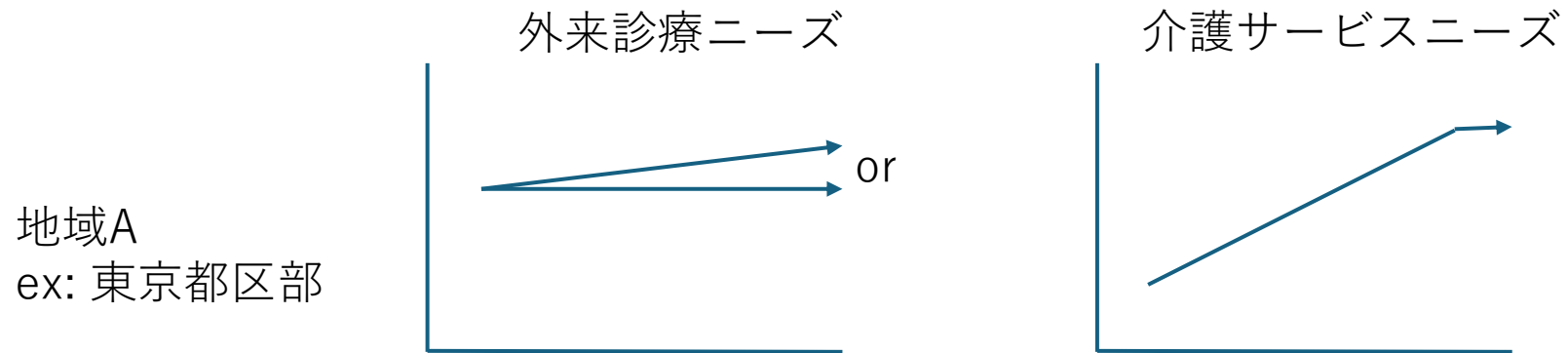


資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※二次医療圏（330圏域）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

外来診療と介護サービスのニーズ変化に基づく地域パターン

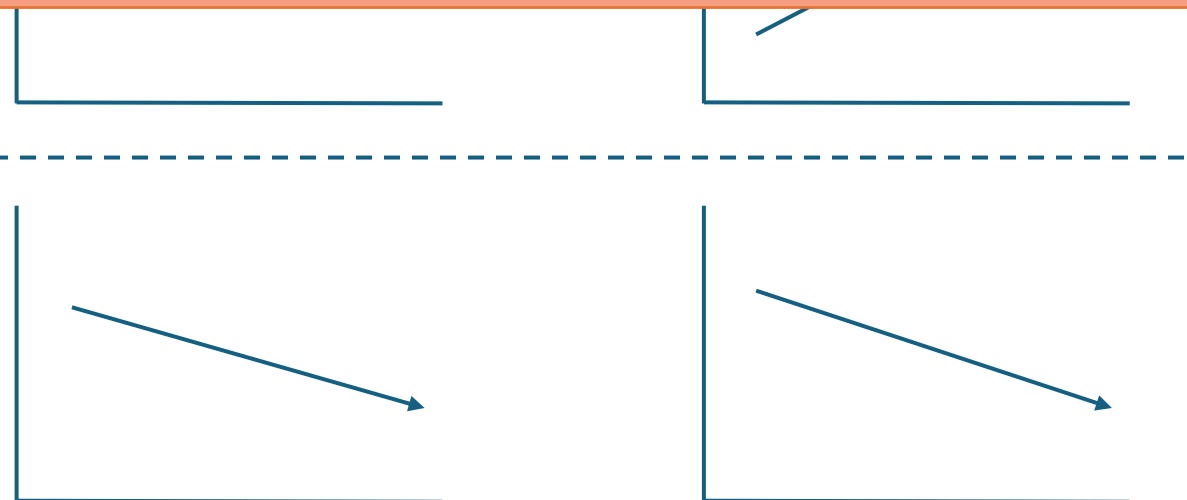


外来診療と介護サービスのニーズ変化に基づく地域パターン

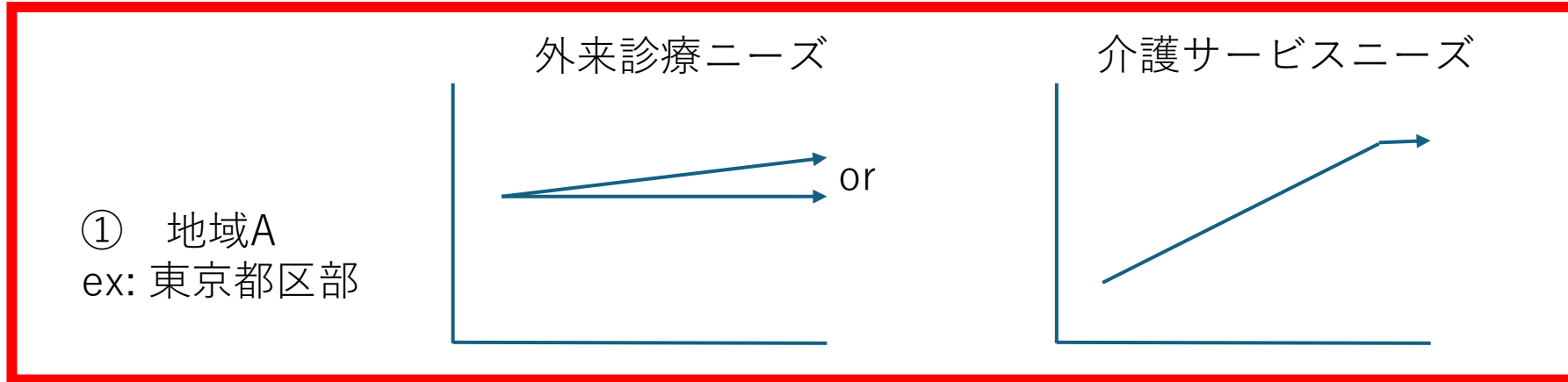


**慢性期から考えることで、
実効性のある地域区分が可能になる。**

地域C
ex: 中山間地域



外来診療と介護サービスのニーズ変化に基づく地域パターン



② 地域B
ex: 地方都市



③ 地域C
ex: 中山間地域



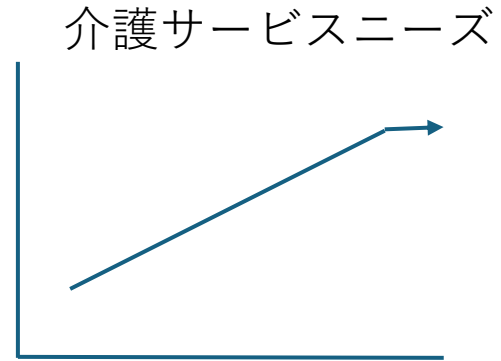
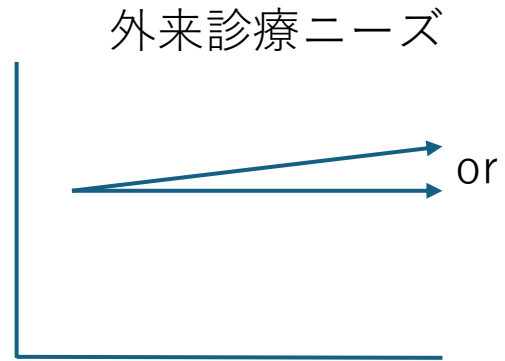
慢性期への対応

$$\text{慢性期} = \overset{\textcircled{1}}{\text{入院}} + \overset{\textcircled{2}}{\text{施設介護}} + \text{在宅}$$

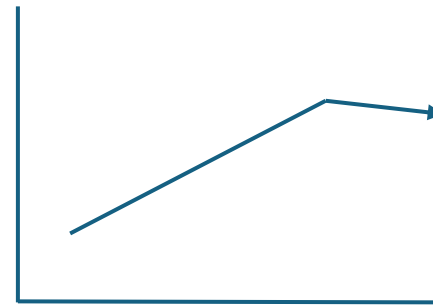
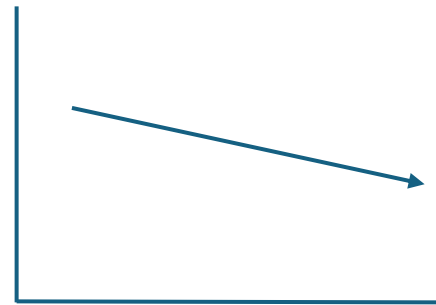
①の地域は2040年以降も外来需要及び介護需要が増加する。急性期から慢性期、介護のニーズ増に応えるための構想が必要。現在であれば施設介護を必要とする状態像の要介護高齢者の在宅ケアが増加するため、**訪問診療を行う医療施設（主に診療所）の確保とそれを支える病院（Type B）病院のネットワーク化が課題**となる。また、**増大する高齢者救急に対応するための地域版RSSが必要**となる。急性期病院においては、**高齢患者への総合的対応を行うための、病院総合医、特定看護師、ソーシャルワーカーの役割が重要**となる。加えて、ベッドサイドでのリハサービス量を増やすためのセラピストの配置が重要となる。

外来診療と介護サービスのニーズ変化に基づく地域パターン

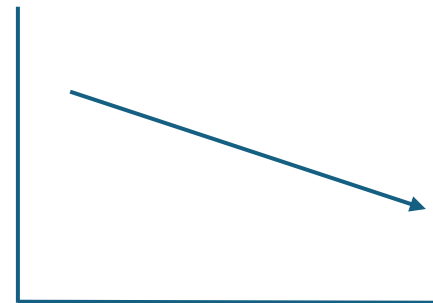
① 地域A
ex: 東京都区部



② 地域B
ex: 地方都市



③ 地域C
ex: 中山間地域



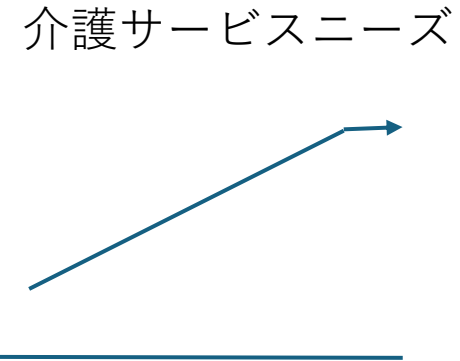
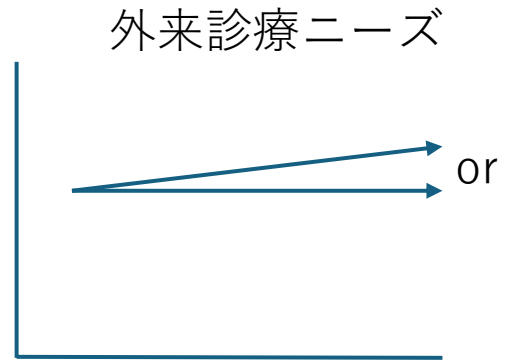
慢性期への対応

$$\text{慢性期} = \overset{\textcircled{1}}{\text{入院}} + \overset{\textcircled{2}}{\text{施設介護}} + \text{在宅}$$

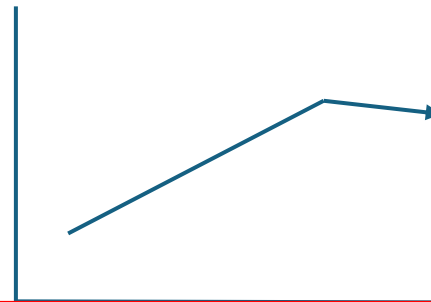
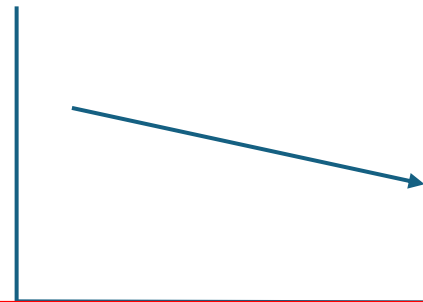
②の地域は2035年から2040年に介護需要のピークを迎え、以後低下傾向になる。すでに外来需要は「減少傾向にあり、入院医療も典型的な急性期のニーズが減少している。①と同様、施設介護を必要とする状態像の要介護高齢者の在宅ケアが増加するため、**訪問診療を行う医療施設（主に診療所）の確保とそれを支える病院（Type B）病院のネットワーク化が課題**となる。そのためにも、地域の一般病院でType Bの機能を担う病院を明確にする必要がある。病院総合医、特定看護師、ソーシャルワーカー、セラピストの役割が重要性になる。

外来診療と介護サービスのニーズ変化に基づく地域パターン

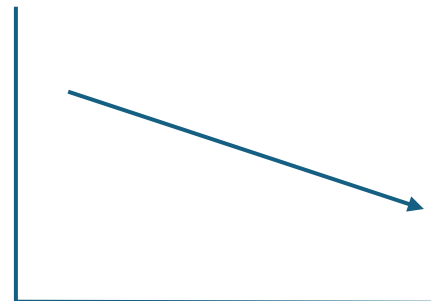
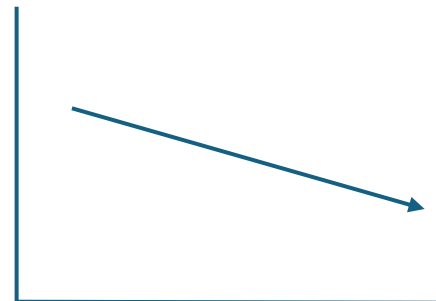
① 地域A
ex: 東京都区部



② 地域B
ex: 地方都市



③ 地域C
ex: 中山間地域



慢性期への対応

$$\text{慢性期} = \overset{\textcircled{1}}{\text{入院}} + \overset{\textcircled{2}}{\text{施設介護}} + \text{在宅}$$

③

③の地域は、すでに入院・外来、介護のいずれのニーズも減少局面となっている。新規参入するサービス提供者は期待できず、また在宅ケアを増加させるための人的資源の制限があるため、**現在、地域にある入院施設、介護施設を維持しながらニーズに伝えていく必要**がある。効率的なサービス提供体制と人的資源確保のため、連携推進法人の設立などを急ぐ必要がある。オンラインを活用した医療MaaSなどの活用を検討する必要がある。**地域の医療職の年齢分布の分析を行い、10年後の医療提供体制の状況を把握しておくことが、議論のために重要**になる。

地域医療構想における活用データの例

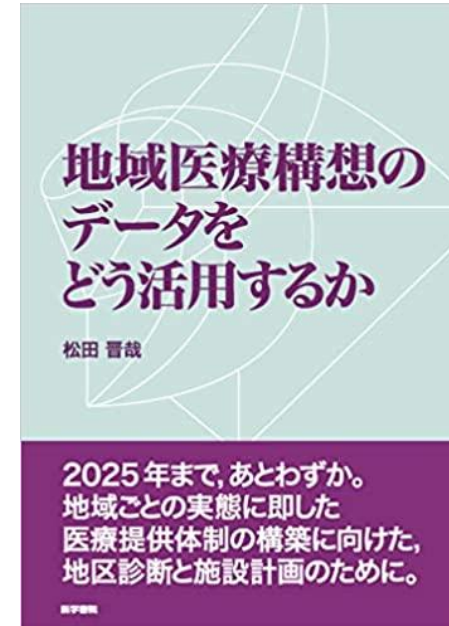
- 地域では、例えば以下のようなデータを踏まえながら、議論が進められている。

<活用データ(例)>

医療圏	データ	データ出所	公開有無
例①	A 地域別将来推計人口	AJAPA (千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP) 地域別将来推計人口 (国立社会保障・人口問題研究所)	有 有
	B 傷病別患者数推計 (入院・外来)	AJAPA (千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP)	有
	C 診療行為別年齢調整標準化レセプト比 (SCR)	経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト (内閣府) 医療計画作成支援データブック (厚生労働省地域医療計画課)	有 有 (都道府県のみ)
	D 要介護度別認定者数推計 介護サービス別種類別受給者数推計	Newcarest (千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP) 地域包括ケア「見える化」システム (厚生労働省)	有 有
例②	A~Dに加えて以下のデータ		
	E 医師数、看護師数 医療機関医師・看護師性年齢別分布	医師・歯科医師・薬剤師調査、看護職員業務従事者届 (厚生労働省) 福岡県有床医療施設従業員調査報告書 (福岡県医師会医療福祉研究所)	有 有
	F 医療圏別入院自己完結率	医療計画作成支援データブック (厚生労働省地域医療計画課)	有 (都道府県のみ)
	G 医療圏別平均搬送時間	消防庁データ等	無
	H 65歳以上高齢者の傷病別患者数、介護施設等から入院患者数	DPC研究班データ	無
例③	A~Hに加えて以下のデータ		
	I 以下の傷病別・施設別データ 入院者数、救急車搬送入院者数、手術入院者数、がん入院者数、がん手術者数	DPC公開データ (厚生労働省)	有
	J 以下の施設別データ 病床稼働率、平均在院日数、常勤医師割合、救急医療状況、入院経路状況、	病床機能報告 (厚生労働省)	有

13

資料出所：医療政策研修会資料、「地域医療構想のデータをどう活用するか」医学書院（松田晋哉）、新たな地域医療構想等に関する検討会有識者ヒアリング松田構成員資料、より地域医療計画課にて作成



1 はじめに
 厚生労働省は令和7年7月24日、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」の第1回会合を開いた。本検討会は、「2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の具体的な内容や地域医療構想及び医療計画の推進等」の検討を目的とし、筆者を含む23名の構成員から成る。今回はスケジュール案などのほか、次の論点が示された（要旨）。

・新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県

新たな地域医療構想をどう考えるのか①
新たな地域医療構想の策定に向けた問題意識

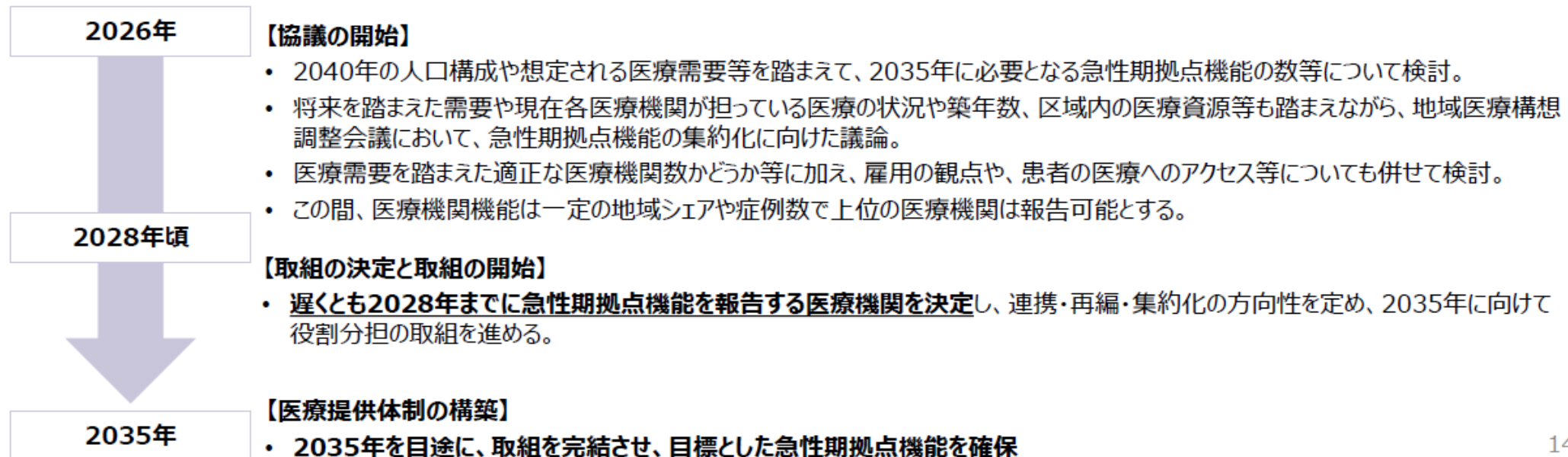
松田晋哉
 福岡国際医療福祉大学看護学部／ヘルスサービスリサーチセンター教授

社会保険旬報で地域医療構想に関する連載を始めましたので、よろしければご参照ください。

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

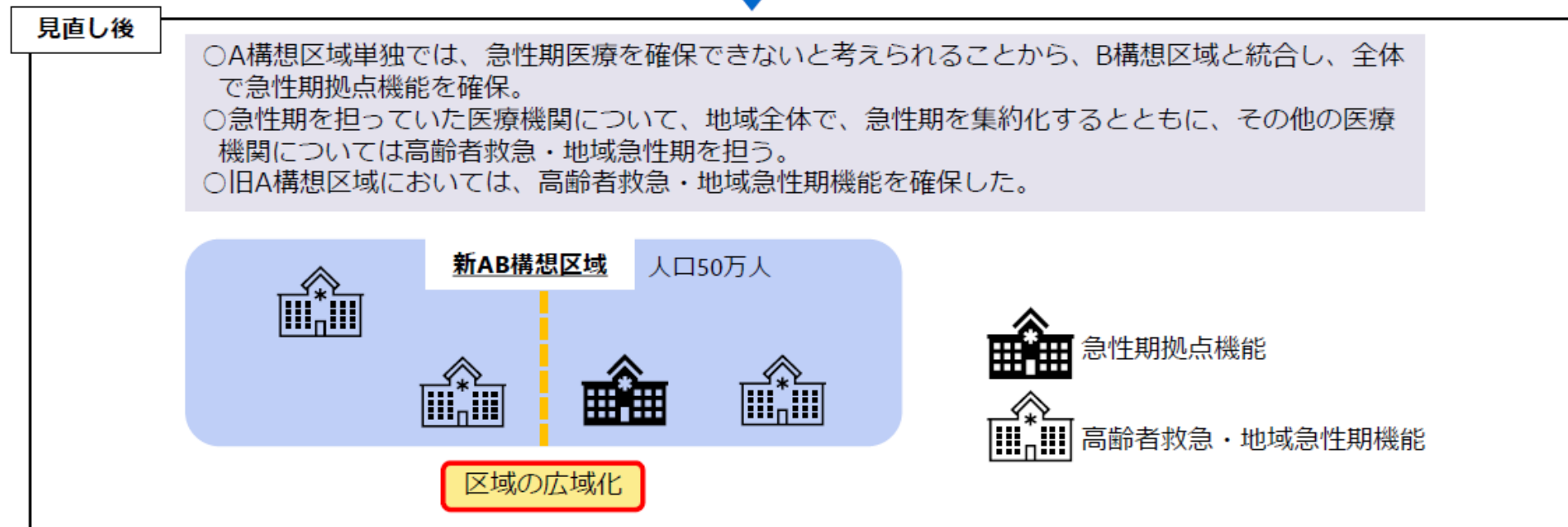
- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1 - 2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化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

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

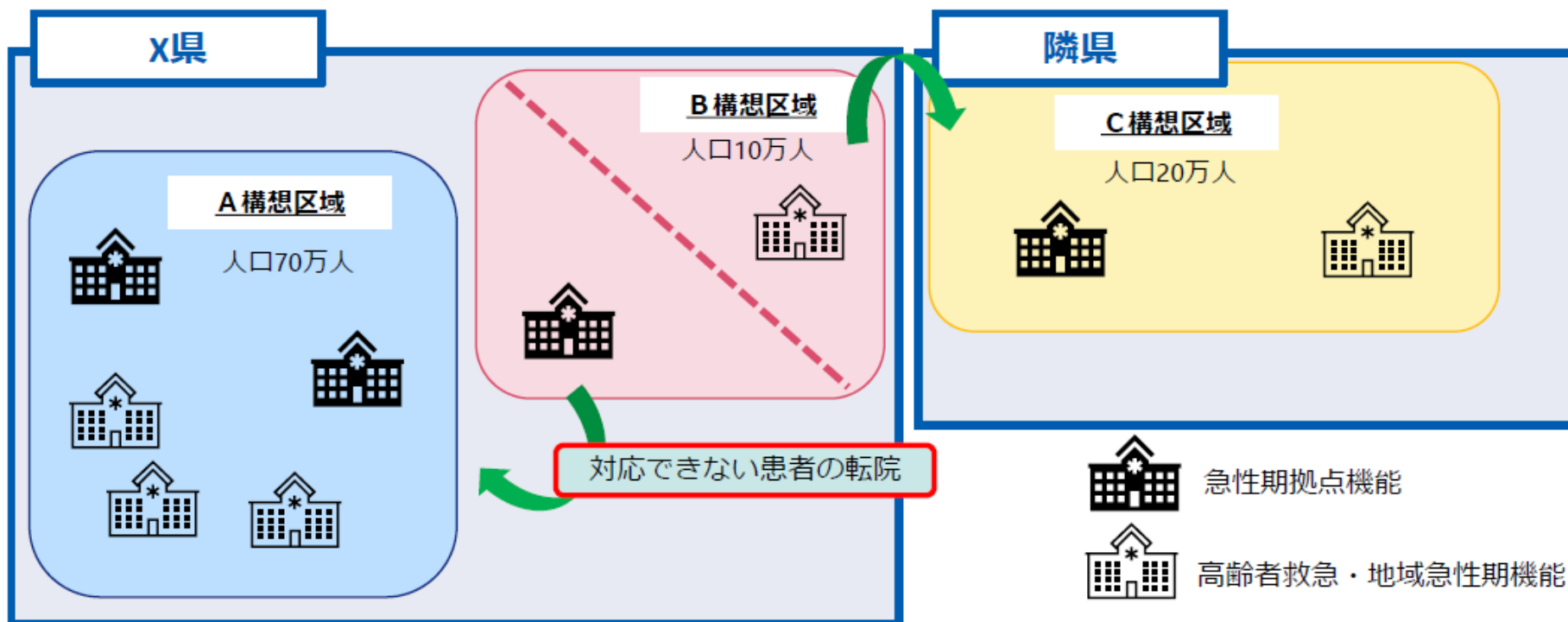
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例②（隣接する都道府県との連携）

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

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



流出が多い地域の分析

入院医療における地域完結率

- 西都児湯医療圏の入院医療における地域完結率は62.5%。
- 入院患者の3割以上が宮崎東諸県へ流出している。

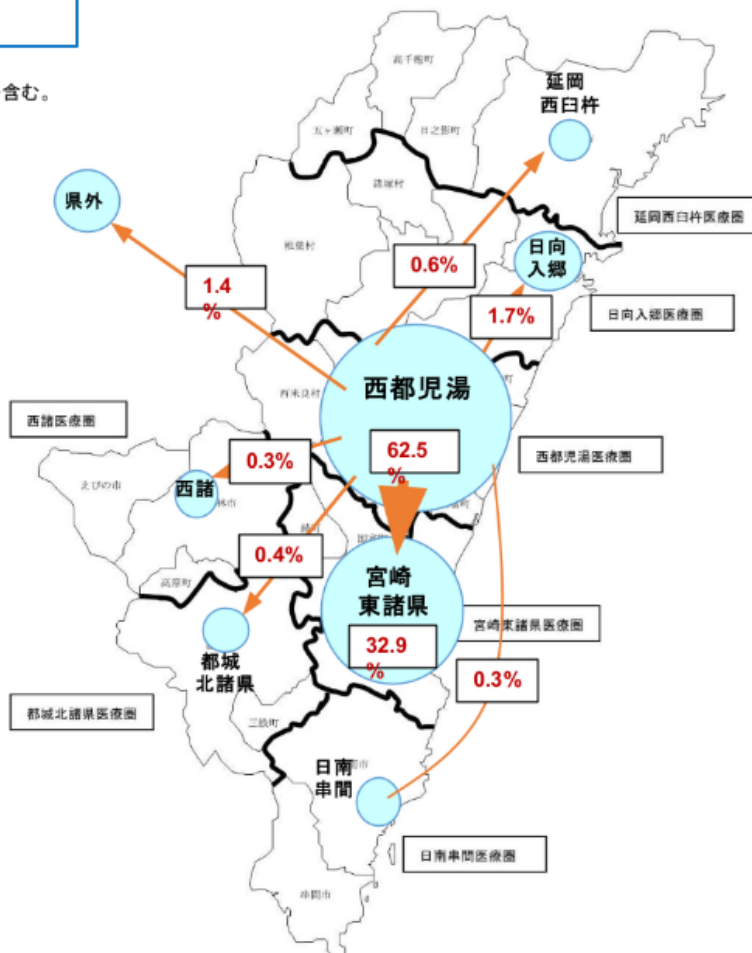
二次医療圏別の入院患者数(一般病床及び療養病床)※有床診療所を含む。

二次医療圏	西都児湯	宮崎東諸県	宮崎西諸県	宮崎北諸県	宮崎南諸県	宮崎県外	延岡	日向	日南
西都児湯	1,056	25	69	27	1	0	0	91	1,269
宮崎東諸県	116	522	79	32	2	1	0	9	761
宮崎西諸県	1	0	2,902	45	9	13	34	37	3,041
宮崎北諸県	6	17	336	639	3	4	3	14	1,022
宮崎南諸県	0	0	75	1	829	14	3	37	959
延岡	0	0	128	12	9	1,383	31	105	1,668
日向	1	0	71	1	3	49	640	48	813
日南	8	12	49	5	13	223	19	0	329
合計	1,188	576	3,709	762	869	1,687	730	341	9,852

二次医療圏別の入院医療における地域完結率(一般病床及び療養病床)

二次医療圏	西都児湯	宮崎東諸県	宮崎西諸県	宮崎北諸県	宮崎南諸県	宮崎県外	延岡	日向	日南
西都児湯	83.2%	2.0%	5.4%	2.1%	0.1%	0.0%	0.0%	7.2%	100.0%
宮崎東諸県	15.2%	68.6%	10.4%	4.2%	0.3%	0.1%	0.0%	1.2%	100.0%
宮崎西諸県	0.0%	0.0%	95.4%	1.5%	0.3%	0.4%	1.1%	1.2%	100.0%
宮崎北諸県	0.6%	1.7%	32.9%	62.5%	0.3%	0.4%	0.3%	1.4%	100.0%
宮崎南諸県	0.0%	0.0%	7.8%	0.1%	86.4%	1.5%	0.3%	3.9%	100.0%
延岡	0.0%	0.0%	7.7%	0.7%	0.5%	82.9%	1.9%	6.3%	100.0%
日向	0.1%	0.0%	8.7%	0.1%	0.4%	6.0%	78.7%	5.9%	100.0%

西都児湯医療圏における入院患者移動の状況



傷病別/手術の有無別/救急の有無別など詳細な分析を行い、宮崎東諸方の病院からの医師派遣を検討することが必要。

(出典:「令和4年度宮崎県入院実態調査(宮崎県医療政策課)」)

区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

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

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

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。

地方都市の現状（R5DPCデータおよび病床機能報告）

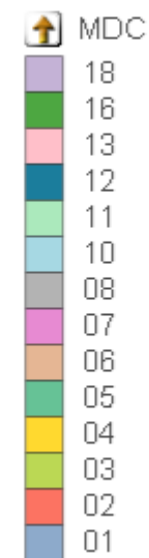


病床数： 257床
 病床稼働率： 71.3%
 救急搬送による入院： 1,011
 手術入院： 1,360

2病院間の距離： 7km (16分)
 最寄りのICからともに3.5m(8分)



病床数165床
 病床稼働率71.3%
 救急搬送による入院： 381
 手術入院： 1,023



医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

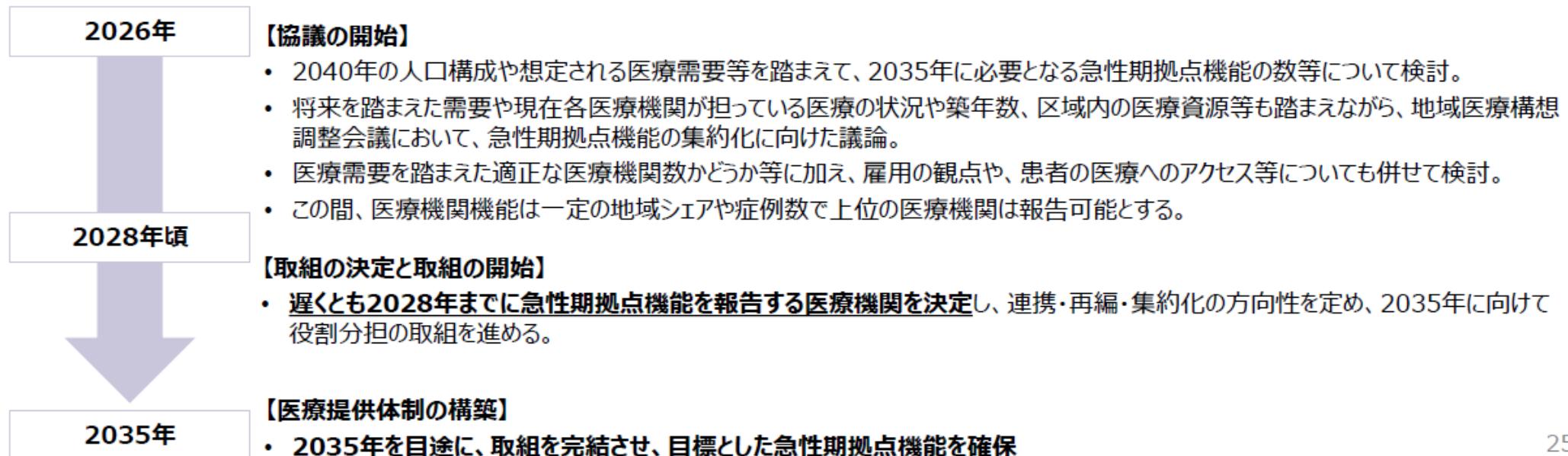
- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） <p>等</p>
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p>等</p>
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受け入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p>等</p>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 <p>等</p>

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

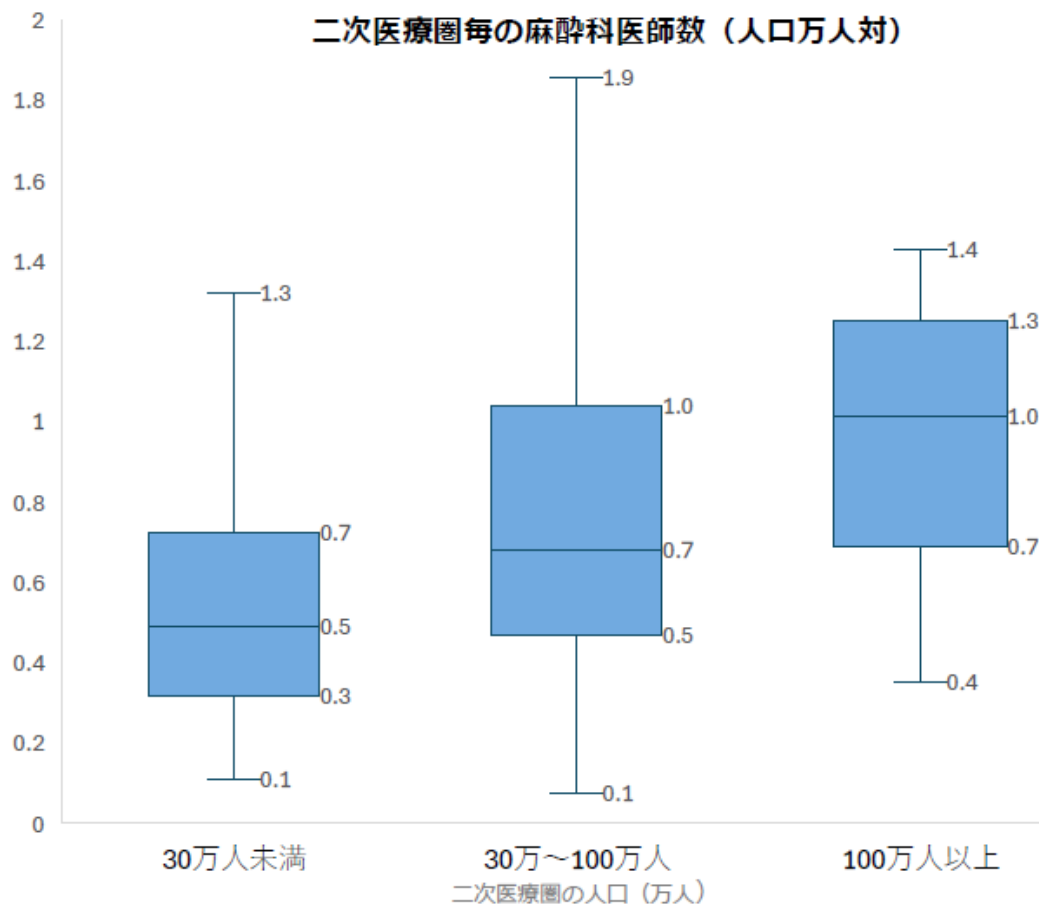
- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1-2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取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

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



麻酔科医の確保について

- 全身麻酔手術等の実施に必要な麻酔科医については、人口あたり医師数で比較しても、人口が多い地域に、より多く集まる傾向にある。また、日本麻酔科学会からは、小規模な外科診療の縮小や急性期病院の集約化を進めることについて指摘されている。
- 都市部においては、急性期拠点機能を担う医療機関以外の医療機関であっても、増加する高齢者の骨折をはじめとした手術を実施する必要があり、一定の集約の議論は進めつつも、急性期拠点機能以外の病院も含めた手術の実施体制の確保が必要であるなど、人材確保の観点も踏まえながら地域ごとの事情に応じた連携・再編・集約化の議論が必要である。



公益社団法人日本麻酔科学会要望書（抜粋）

この度、急激な少子高齢化ならびに人口減に伴ういわゆる2040年問題に関して、我々麻酔科医が主に勤務する急性期病院のさらなる集約化の推進について要望させていただきます。

（略）一方、麻酔科医の増加に伴い、その周辺領域、例えば救急医療、集中治療、ペインクリニック、緩和医療、無痛分娩対応、そして病院管理業務など、本来の周術期麻酔科診療以外での活躍の場が広がってきています。また、麻酔科は他診療科と比べ多様なライフスタイルへの対応を迫られることが多く、一部の麻酔科医に当直や夜間/休日緊急手術対応など負荷がかかっております。

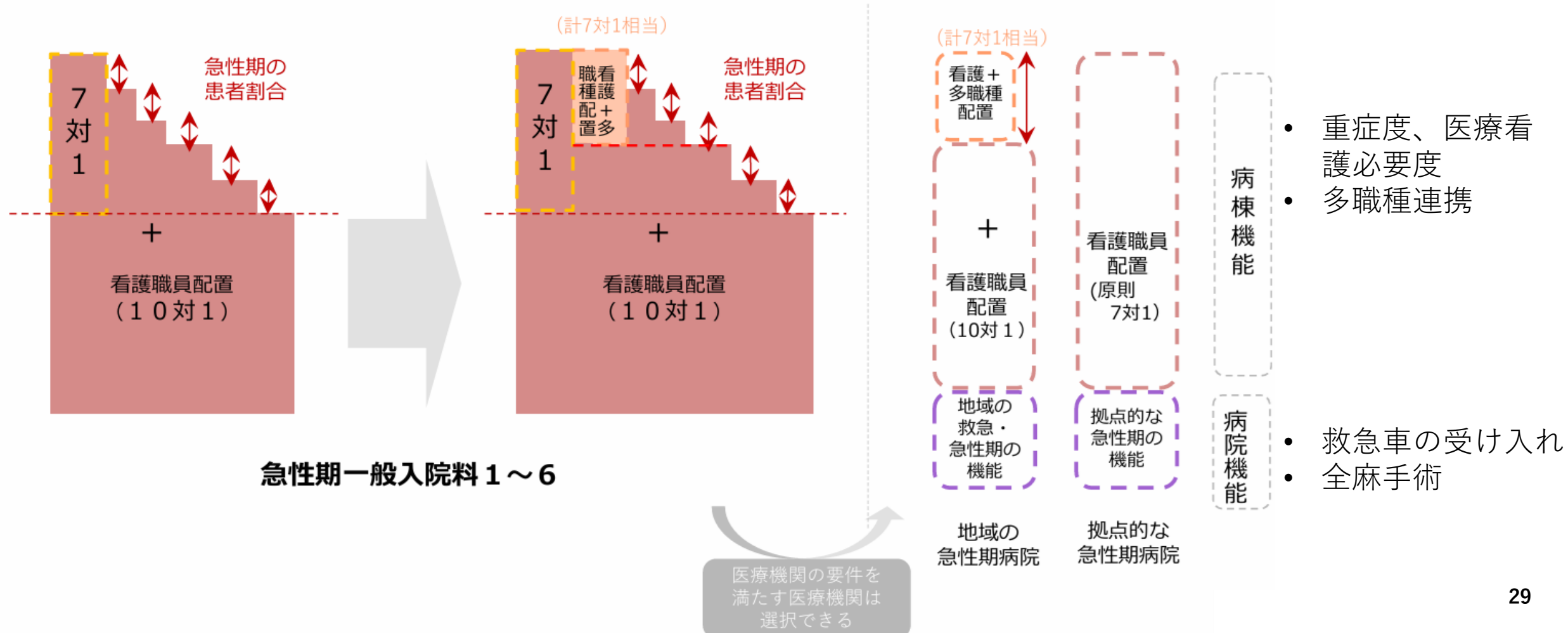
2024年度から、医療現場でも働き方改革が法的に導入され、多職種医療者へのタスク・シフト/シェアが推進されています。国民の周術期医療の安全性を担保しながら、麻酔科医の労働環境を改善することも重要な課題となっています。一方、本邦の超少子高齢化は深刻で、コロナ禍によりこの傾向が助長されることが危惧されます。総務省の報告では、2040年に日本の人口はピーク時より2000万人以上が減少し、高齢化率は35%以上、そして日本の50%の居住地で人口が40%以上減少することが示されています。**ヒューマンリソースが相対的に減少する中、増加する医療ニーズに対応するためには本邦の特徴でもある小規模の外科診療を縮小し、いわゆる急性期病院の集約化・再編を進めることが喫緊の課題であると感じております。急性期病院の集約化は麻酔科医師のマンパワーを効率的に最大限に活用するためにも極めて重要**であると考えます。一方で集約化に伴い、起こりうる地域における医療アクセスも課題であり集約化と均てん化はバランスを持って進めることも重要と考えます。

急性期拠点機能の確保に係る考え方の整理（案）

- 急性期拠点機能については、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものであり、どの医療機関が当該機能を担うかの協議にあたっては、救急搬送や全身麻酔手術等の医療資源を要する医療等の診療実績（件数や地域内のシェア）が基本となる。
- 他方、単純に救急車の受入台数等で決定することは、複数の医療機関の中から急性期拠点機能を担う医療機関を検討する場合に、救急車の搬送件数が増加される懸念や新興感染症への対応等の政策医療を行わない医療機関が当該機能を担うことによる地域の医療提供体制への懸念がある。
- また、診療実績だけに着目すると急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合もある。2040年やその先を見据えると、急性期に係る診療実績は相対的に低くなるが、建物の建替が当面必要ないその他の医療機関が当該機能を担うことや、医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合にその他の医療機関が担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含めて総合的に、地域で協議することとしてはどうか。

多職種配置・病院機能の評価のイメージ

- 急性期一般入院料について、高齢の救急患者の多い病棟において、多職種の協働によりADL低下を防ぐ等の観点から、一部の人員は、看護職員と多職種のスタッフを組み合わせる柔軟に配置できる仕組みとすることが考えられるのではないか。
- また、拠点的な急性期病院や地域の救急・急性期機能を担う病院について、病棟機能とともに、病院としての機能を踏まえた評価とすることが考えられるのではないか。



急性期病棟A

- 急性期病棟A： 急性期医療の拠点として機能する病院。
基準は以下の通り
 - 看護配置: 看護師の配置は7対1
 - 救急医療の実績: 年間で救急用の自動車または救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が2000件以上であること、全身麻酔による手術件数が年間で1200件以上であること
 - 平均在院日数: 平均在院日数は16日以内
 - 在宅復帰率: 在宅復帰率は80%以上
 - 医師の配置: 常勤医師が入院患者数の10分の1以上

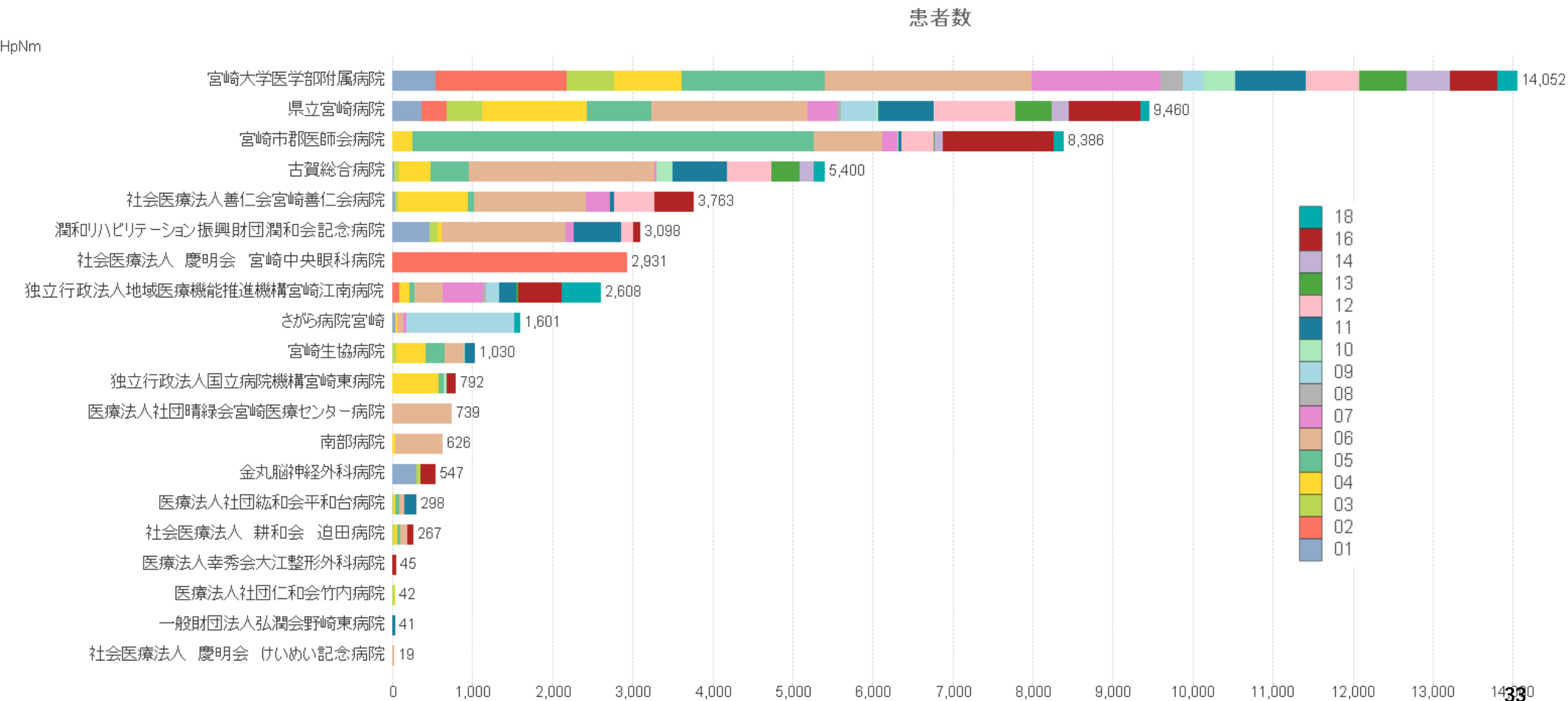
急性期病棟B

- 地域の一般的な急性期病院や、人口20万人以下の医療圏で救急受け入れの中心的役割を果たす病院
- 施設基準・実績要件
 - 看護配置：10対1の体制を基本とする。
 - 平均在院日数：21日以内。
 - 地域包括医療病棟の算定：原則不可（一部地域・離島配慮あり）。
 - 救急搬送・手術件数の実績（いずれかを満たす必要）：
 - 救急用自動車または救急医療用ヘリコプターの搬送件数が年間1,500件以上
 - 同搬送件数500件以上かつ全身麻酔手術件数500件以上
 - 人口20万人以下の医療圏に所在し、搬送件数が最大で1000件以上
 - 離島に所在し搬送件数が最大
- 看護・医療必要度基準：急性期一般入院料1相当の重症度、医療・看護必要度を満たす病棟。
- 多職種協働加算：看護配置10対1に加え、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などを配置し、7対1相当体制を構築済みの場合、評価加算が可能

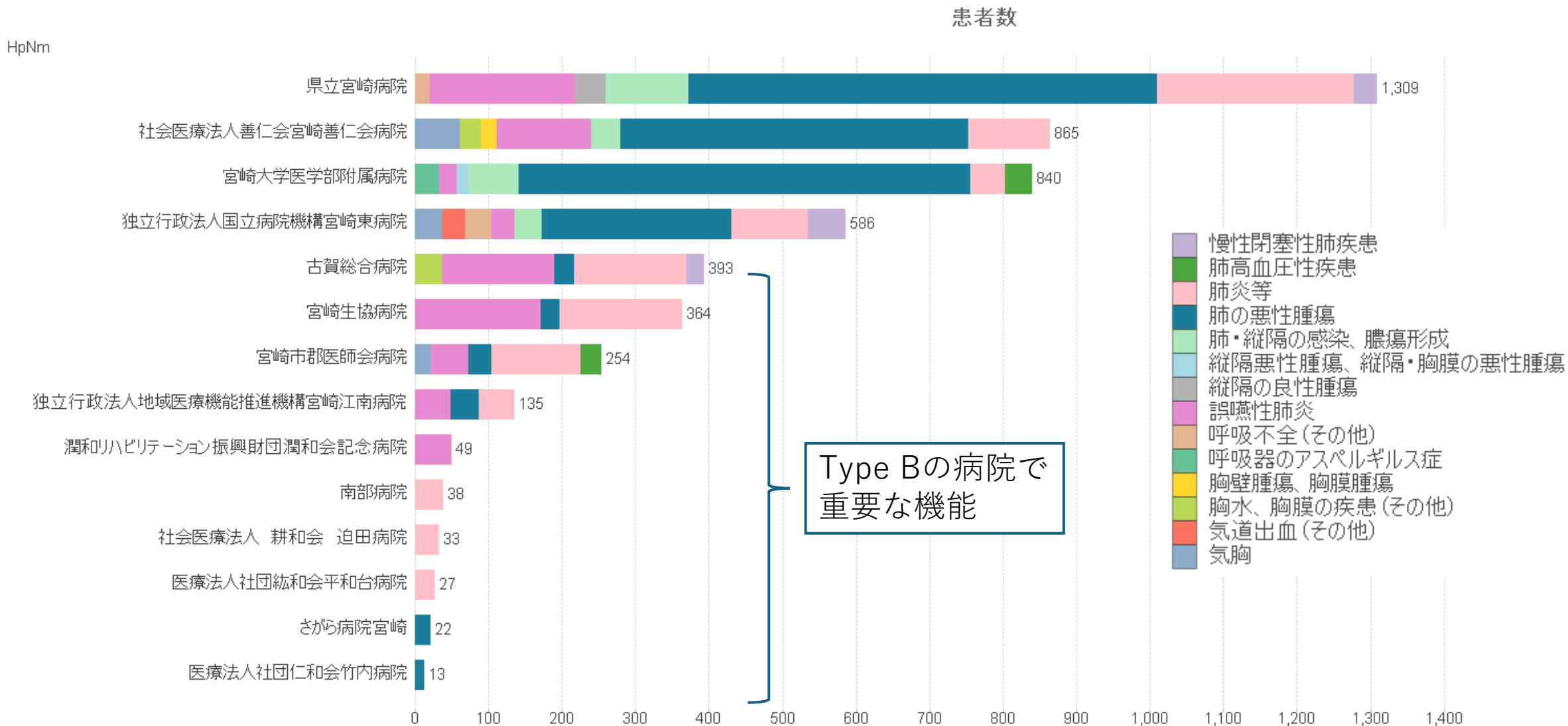
急性期病棟B（続き）

- ケアミックスの制限
 - 地域包括医療病棟との併設は原則不可。
- 協力対象施設入所者入院加算の算定は原則可能
- 地域医療・退院支援との連携
 - 急性期Bでは、患者の早期退院と在宅復帰（在宅復帰率目標あり）を重視しており、地域の回復期病棟や在宅医療との連携が前提。→急性期医療の役割の明確化
- 急性期Bの評価体系とインセンティブ
 - 急性期充実体制加算と総合入院体制加算を統合した急性期総合体制加算において、急性期病棟Aは加算1～4が対象、急性期Bは加算2および5に適用可能。

診療の状況 宮崎東諸県医療圏（全体 R5）

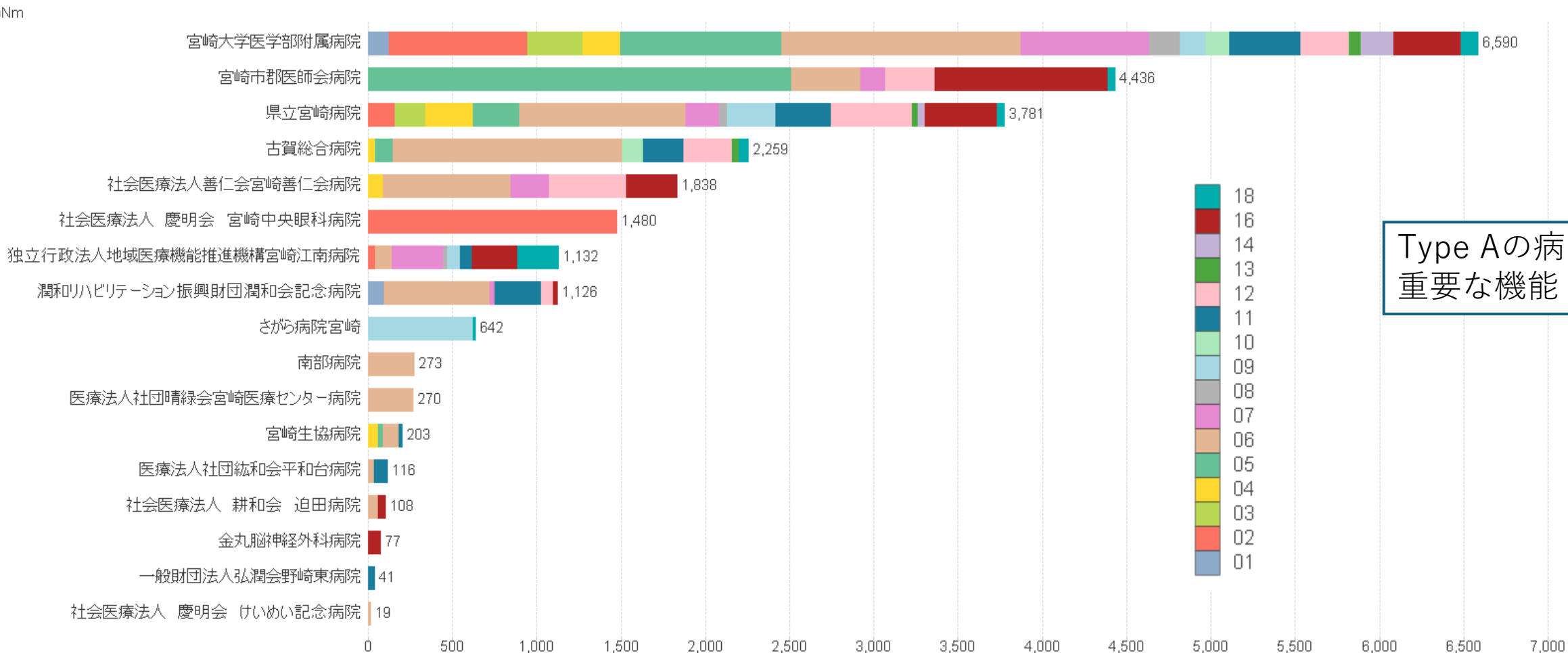


診療の状況 宮崎東諸県医療圏 (MDC04 R5)



手術の状況 宮崎東諸県医療圏

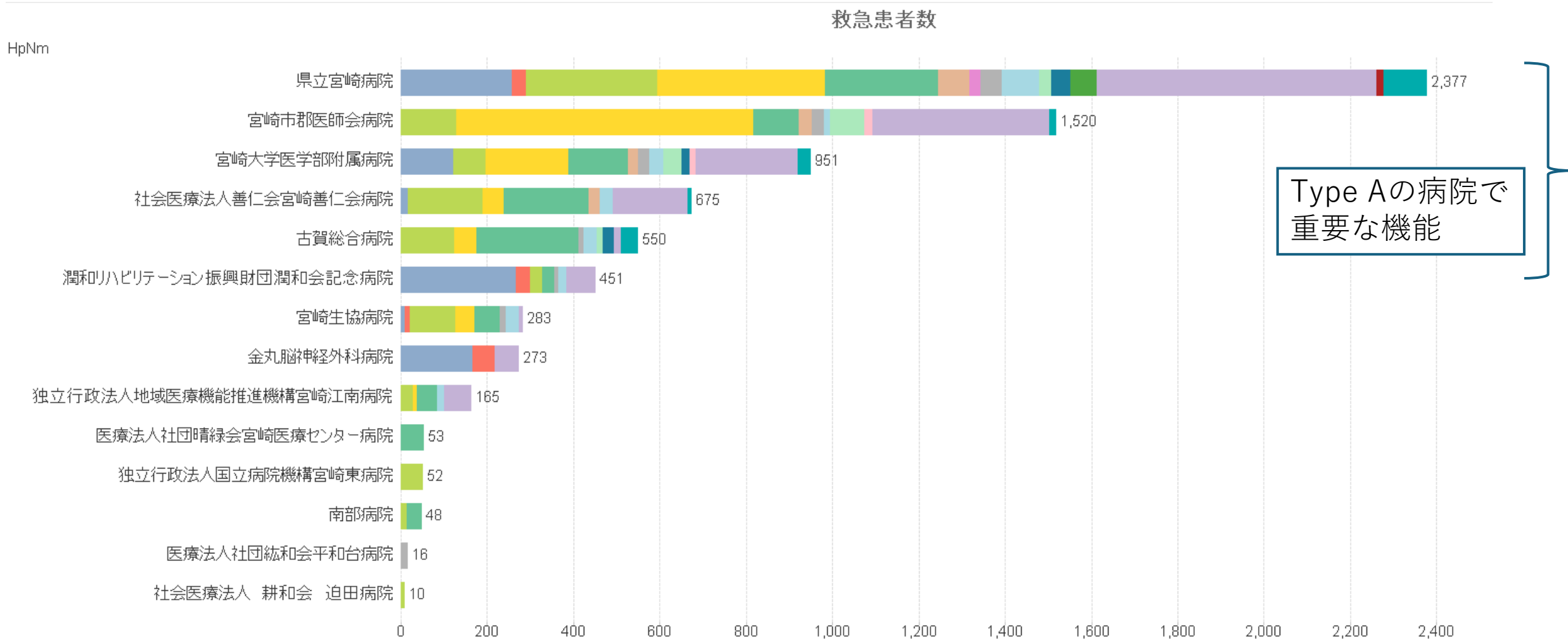
患者数



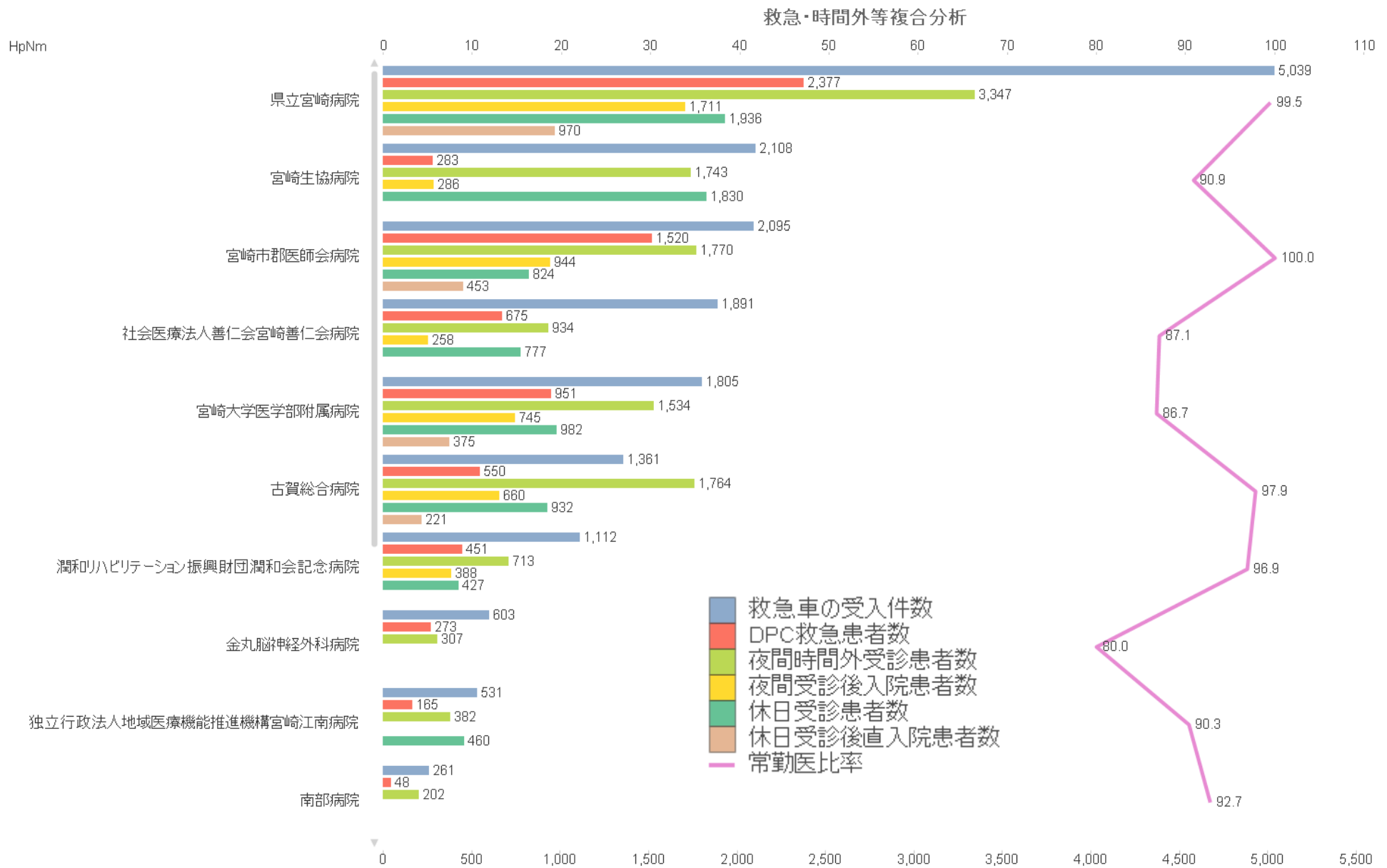
Type Aの病院で
重要な機能

ポイントになるのは麻酔科医の確保→専門医制度との関係

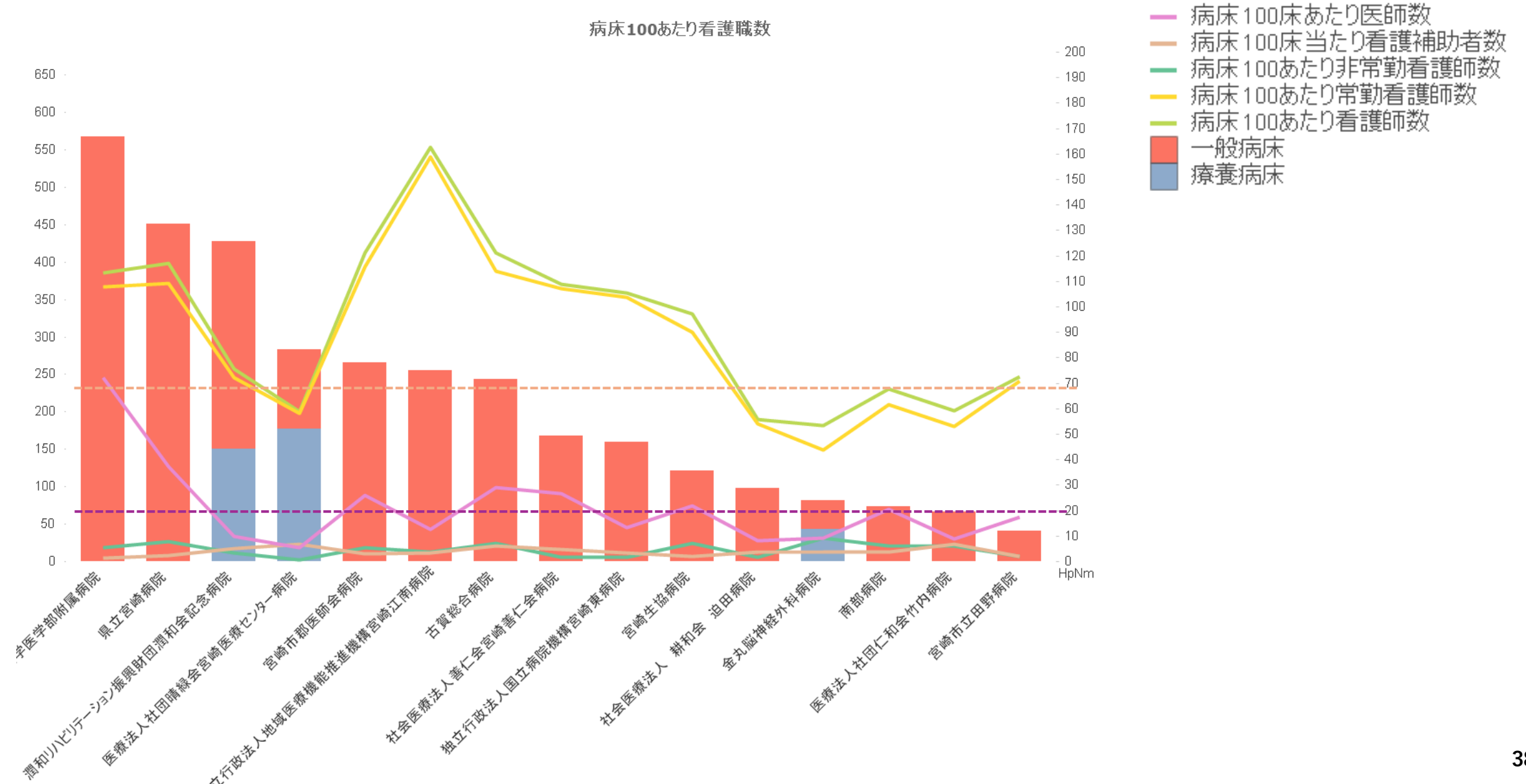
救急の状況 宮崎東諸県医療圏 R5



救急の状況 宮崎東諸県医療圏 R5 救急告示病院



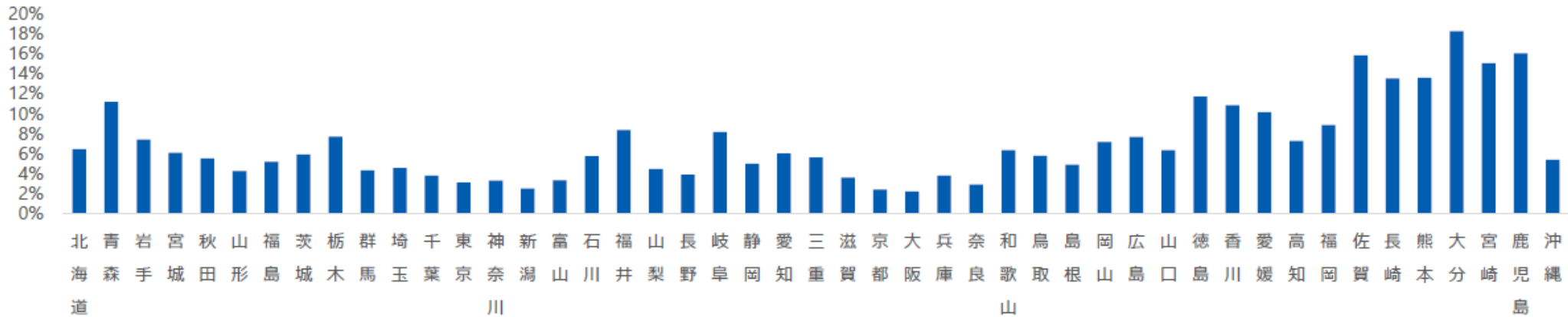
医師・看護師の状況 医療機関別 宮崎東諸県医療圏 R5 救急告示病院



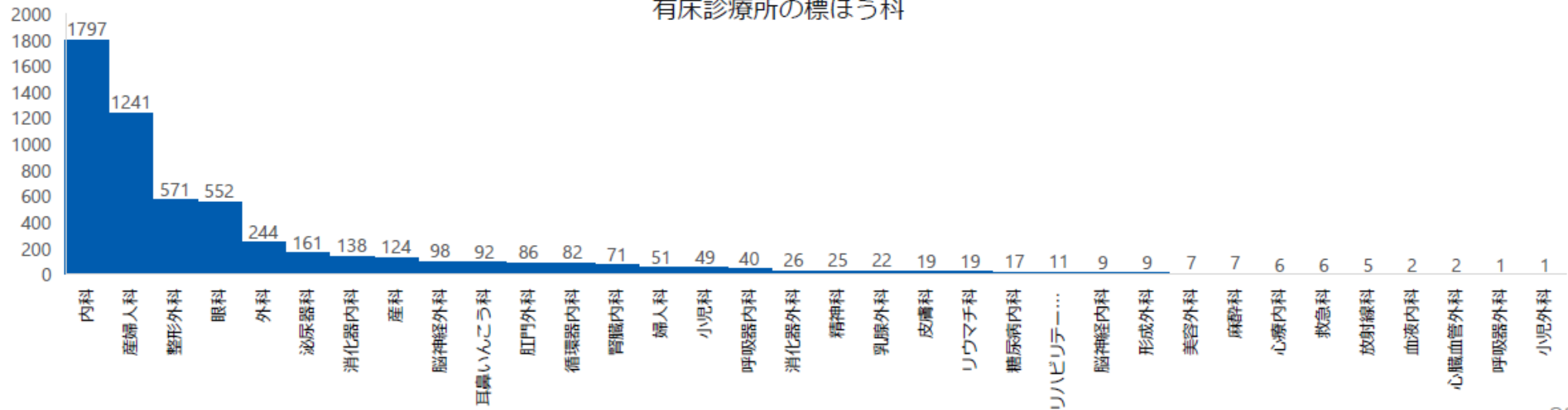
有床診療所が担っている医療

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

全病床（一般及び療養病床）に占める有床診療所の病床数の割合



有床診療所の標ぼう科

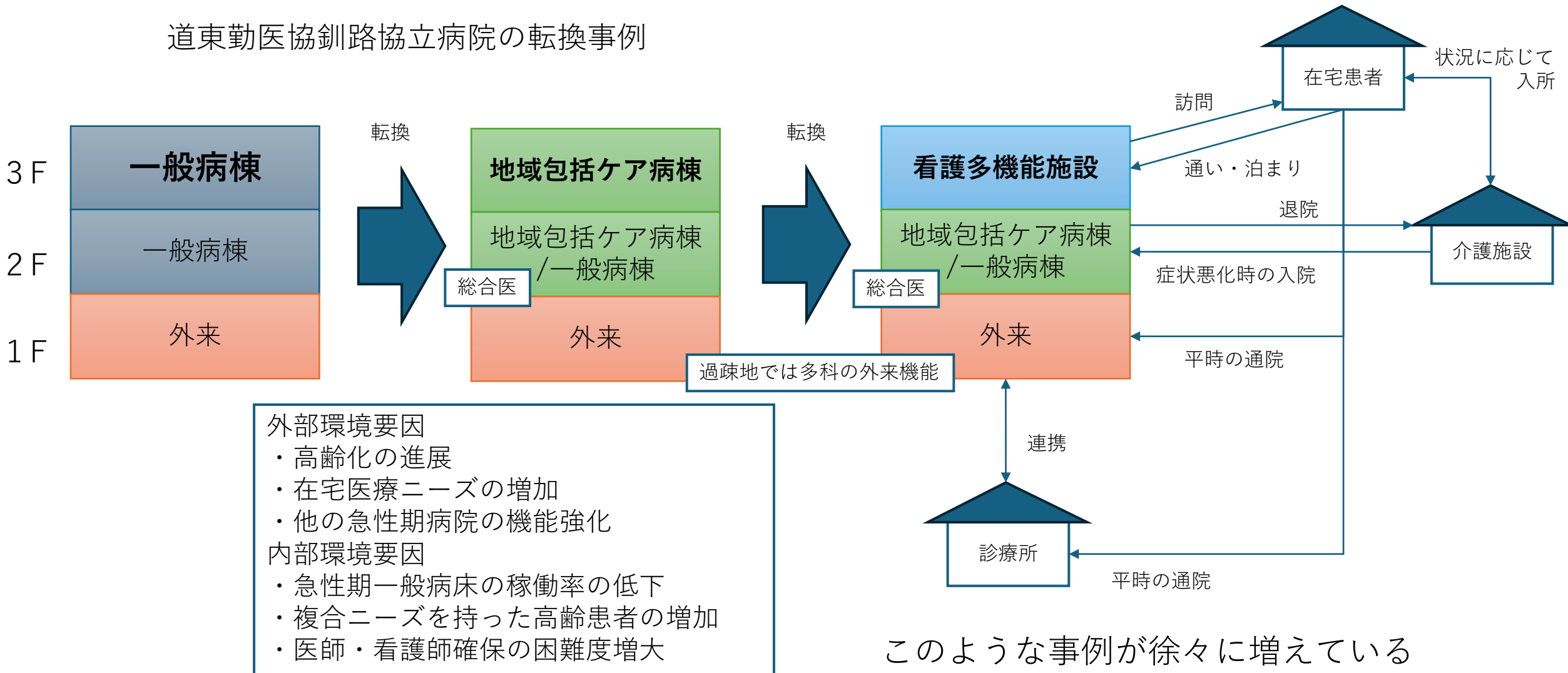


各医療圏のSCRの状況

二次医療圏	初再診料	一般病棟 入院基本 料等	療養病棟 入院基本 料	有床診療 所入院基 本料	有床診療 所療養病 床入院基 本料	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料	地域包括 ケア入院 医療管理 料	往診等	救急搬送 診療料
4501宮崎東諸県	119.3	118.6	115.3	295.1	356.3	79.4	145.3	106.6	241.6
4502都城北諸県	119.2	147.3	76.4	401.3	0.0	125.9	104.9	39.5	292.9
4503延岡西臼杵	103.9	106.2	86.5	266.6	0.0	110.8	83.0	41.8	103.9
4504日南串間	89.8	95.8	123.7	89.0	0.0	0.0	136.8	26.1	170.3
4505西諸	93.8	85.4	120.9	336.2	0.0	122.1	156.4	34.6	126.5
4506西都児湯	82.8	60.3	106.4	103.5	1096.8	0.0	120.5	30.1	36.5
4507日向入郷	94.7	72.3	104.7	337.3	0.0	0.0	150.2	22.8	192.9

データ分析に基づく機能転換

道東勤医協釧路協立病院の転換事例



奈井江町立国民健康保険病院の試み

健康・福祉・医療

- 障がい者福祉
- 高齢者支援
- 高齢者のイベント
- 成人の方の健康
- 予防接種

奈井江町立国民健康保険病院

- 各種病院情報
- 夜間・休日の当番医
- サービス付高齢者向け住宅「あんしん」（奈井江町立国民健康保険病院内）

トップページ > 暮らしの情報 > 健康・福祉・医療 > 奈井江町立国民健康保険病院

奈井江町立国民健康保険病院



施設概要

診療科目

入退院する時

病院の利用料

共同利用型病院の特色

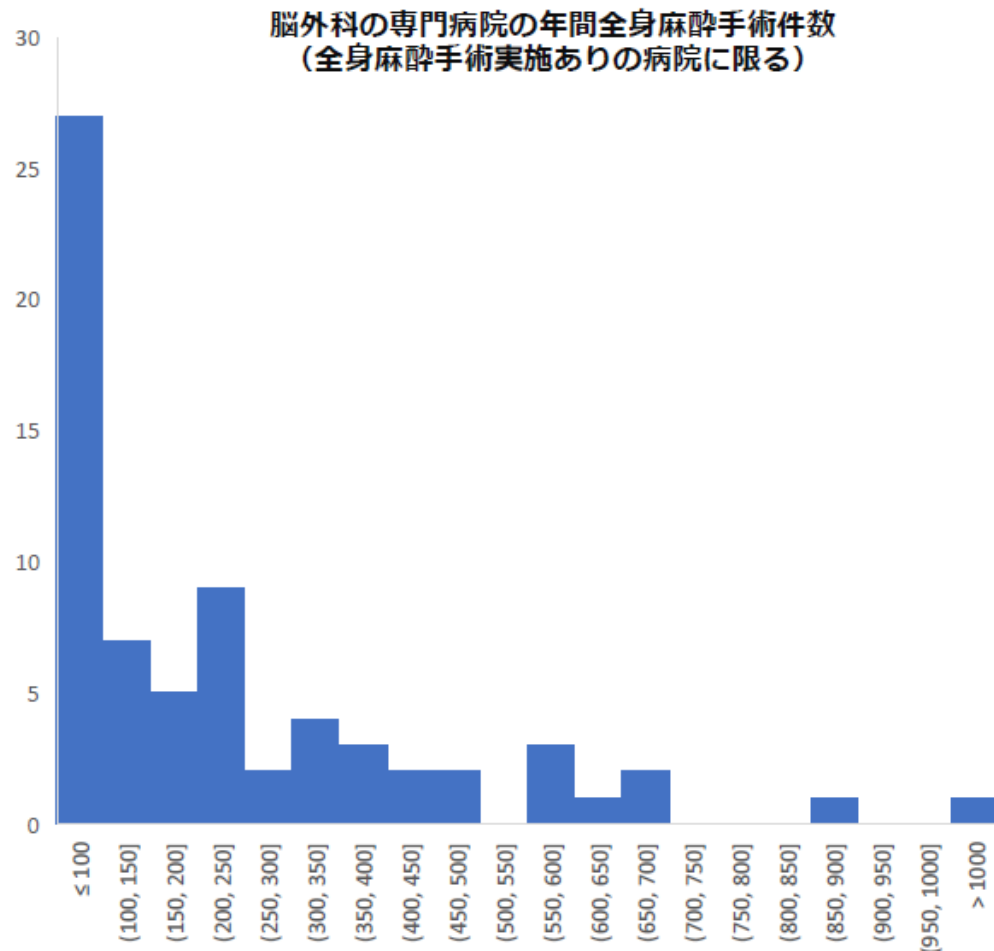
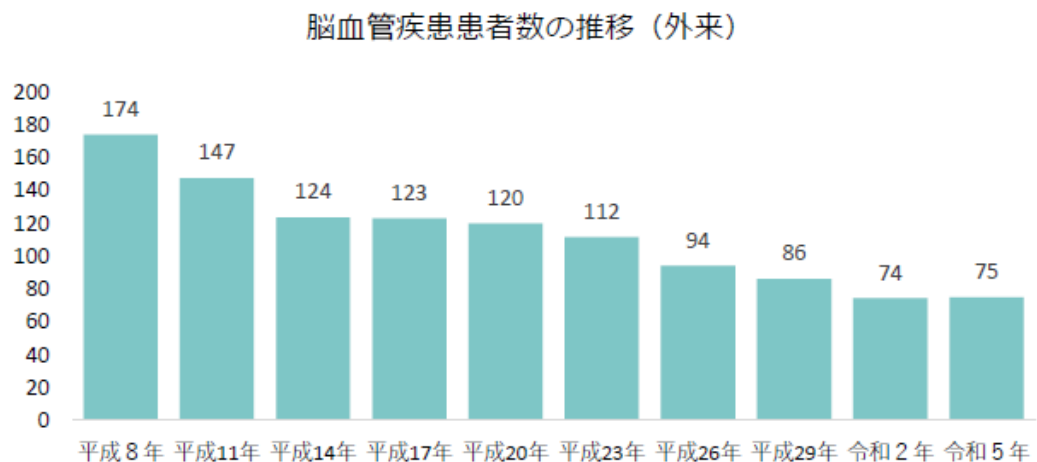
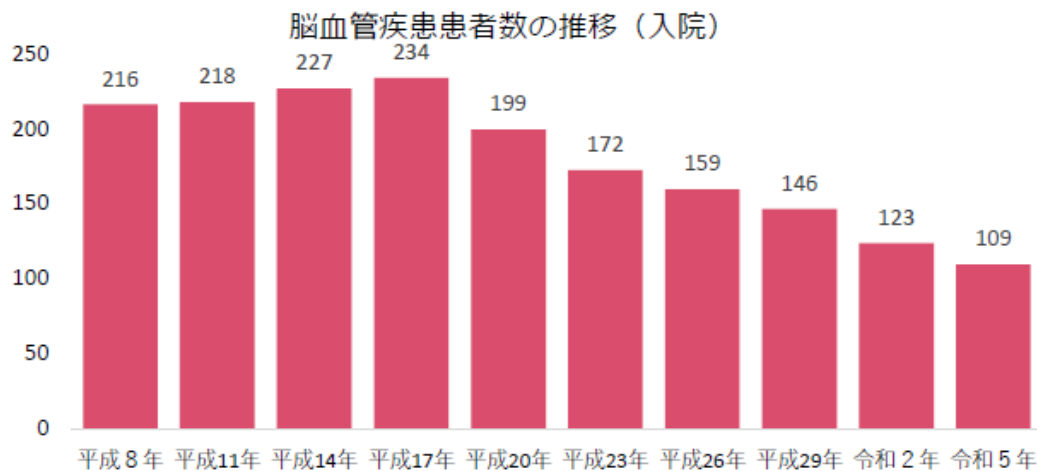
訪問看護サービス



- 平成28年度に病棟再編： 96床（一般46床・医療療養20床・介護療養30床）から50床（一般18床・医療療養32床・介護療養病床廃止）
- 平成30年度： 医療療養型 50床（入院基本料2、うち開放型病床12床）
- 平成28年： 2階部分のみを療養病床として残し、3階はサービス付高齢者住宅（16部屋）に転換

脳外科の専門病院

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



資料出所：患者調査

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

ある地域の脳外科専門病院における併存症・続発症の状況（2020年）

施設	症例数	平均年齢	ALOS	平均 CC数	肺炎	誤嚥性肺炎	心不全	糖尿病 2 型	UTI	悪性腫瘍	認知症
A	921	72.1	31.6	6.5			4.6%	20.3%	6.6%	7.6%	12.7%
B	1,183	73.2	27.2	5.7		4.0%	4.5%	22.9%	4.2%	4.0%	24.9%
C	489	74.4	85.2	4.6				31.5%	6.7%	10.2%	12.7%
D	575	73.9	65.1	0.1							
E	422	73.3	86.1	0.3							
F	713	73.6	51.9	7.9		9.3%	10.0%	21.6%	4.3%		28.6%
G	678	72.0	42.7	1.3				15.2%			
H	1,630	70.5	32.7	2.8		3.1%	2.9%	20.7%	2.5%	4.4%	7.5%
I	1,296	72.4	16.4	4.3		8.3%		12.1%			2.7%
J	1,030	72.8	35.0	3.7		5.0%	12.5%	17.0%	3.0%	5.0%	13.4%
K	1,107	70.6	47.1	2.0			3.1%	16.7%	8.3%	1.0%	3.7%
L	2,743	19.9	15.3	0.0							
M	778	72.6	17.6	7.9		4.6%	7.1%	20.4%	3.9%	9.6%	9.8%
N	1,540	60.8	66.8	1.1		2.4%		5.3%			7.9%
O	720	73.4	21.1	5.4		7.8%	9.4%	21.5%	14.9%		16.3%
P	983	71.2	25.4	7.7		5.1%	6.4%	24.9%	6.1%	7.5%	16.4%
Q	561	70.7	31.5	6.4	6.4%	13.0%	6.4%	23.0%	11.1%	7.3%	12.5%
R	1,145	72.2	29.2	5.8		3.6%	4.2%	24.9%			5.5%
S	1,404	69.7	21.6	3.5		5.3%	4.8%	21.8%	6.3%	3.1%	7.1%
T	1,121	71.0	33.5	1.6		5.9%		10.3%	3.5%		
U	758	74.4	15.6	1.7				17.4%		13.5%	7.3%
V	293	78.3	36.5	4.6			14.3%	19.5%	10.6%		21.2%
W	710	73.5	18.7	3.2		7.2%		17.5%			
X	626	75.2	36.4	5.2			7.5%	22.5%	8.1%		9.7%
総計	23,426	65.4	33.3	3.5	0.6%	3.9%	3.7%	15.6%	3.9%	3.1%	8.3%

包括期の議論 (1)

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進-① (一部改変)

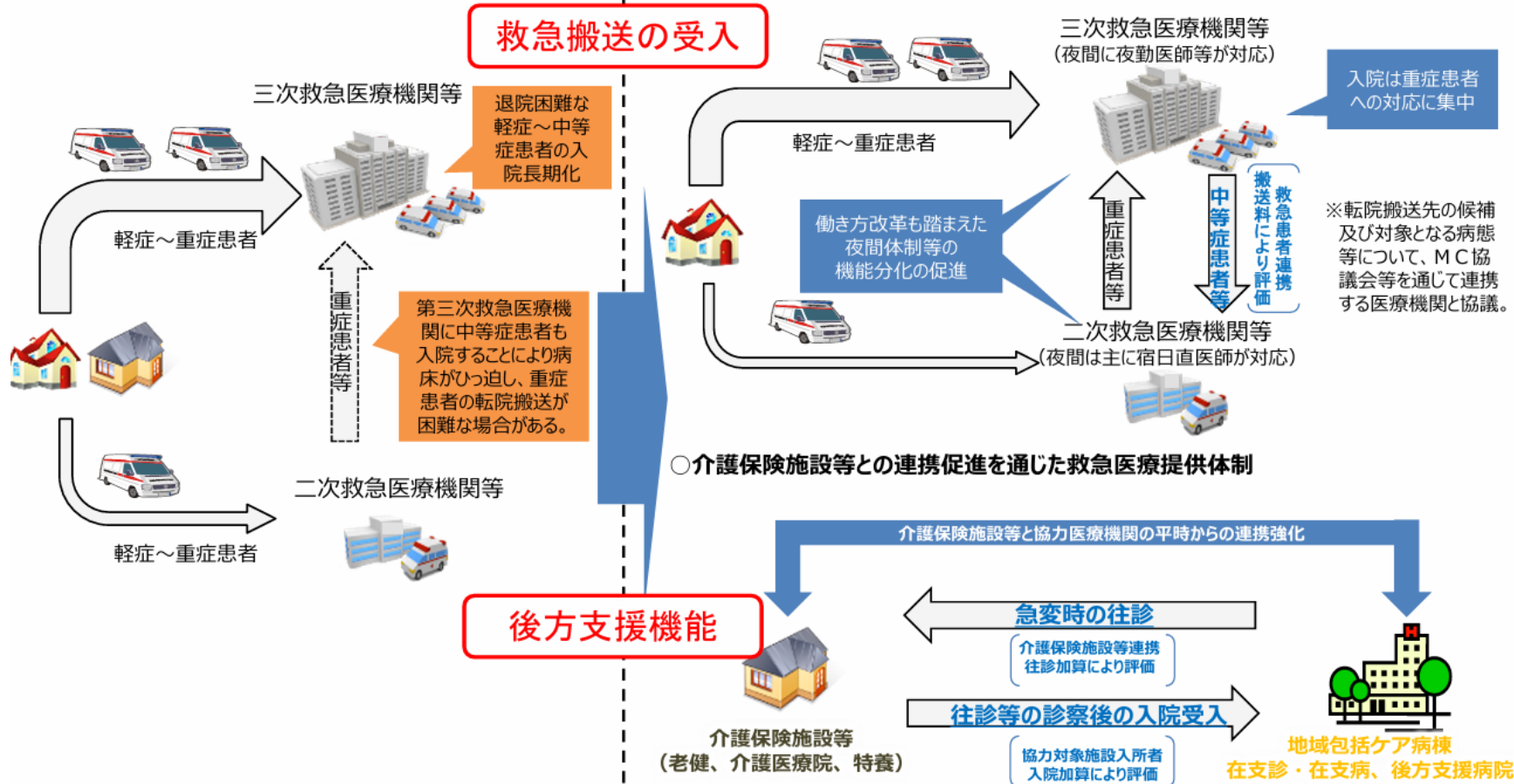
診調組 入-1
7. 6. 13

高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



包括期の議論 (2)

包括期入院医療を担う病院の機能を表現しうる指標の候補

診調組 入-2
参 考
7. 9. 11改

- 救急受入や在宅等の後方支援に関する機能の評価に関連すると考えられる項目を列挙した。
- その他の案を含め、救急受入と後方支援をバランス良く評価することができるか、また救急車利用や入院加療が促されることはないかという観点で指標を検討する必要がある。

評価対象	具体的な指標	データ取得の実現性	評価観点	懸念点	在宅	施設
救急搬送受入件数	外来診察のみで帰宅した症例を含む救急応需件数	病床機能報告を利用、又は別途報告を要する	入院しなかった症例も含まれるため、入院を誘発するおそれがなく、救急外来そのもののパフォーマンスを評価できる	搬送手段として救急搬送が選択されないか	○	○
下り搬送等受入件数	下り搬送を応需した件数	現存するデータでは把握不能のため、別途報告を要する	自院で活発な救急受入を行っていても、他院との連携による機能分化を評価できる	下り搬送の定義について要検討	○	○
当該病棟への緊急入院	当該病棟へ自宅又は施設等から直接緊急入院した件数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	病棟ごとのパフォーマンスを評価できるため、併設病棟の種類に影響を受けない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
後方支援に係る加算の算定件数	A206 在宅患者緊急入院診療加算、A253 協力対象施設入所者入院加算の算定回数の合算	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの情報連携に基づく入院医療の提供について評価できる	同上。現状はA253は在宅病、後方支援病院、地ケアを有する病院に限られており要調整	○ A206	○ A253
自宅等からの入院件数	(地ケアのみ) A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算の算定回数	データ提出加算のデータにより自動的に把握可能	平時からの連携は評価されない	在宅等で加療が可能な状態であっても入院が促されないか	○	○
協力対象施設である介護施設への往診	C000の注10 介護施設等連携往診加算の算定回数	レセプトから把握、又は別途報告を要する	入院に至らない診療も評価することができる	外来受診できる状態でも往診が選択されないか。A253と同様に算定可能な施設は要調整	—	○

包括期の議論 (3)

(参考) 後方支援に関する現状の評価

区分	概要	主な要件	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
A206 在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算。 診療所において「C002」在宅時医学総合管理料等を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。	在支診、在支病、後方支援病院の場合1、 連携医療機関の場合2、 それ以外の場合3	○	○
A253 協力対象施設入所者入院加算	介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）において療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、当該介護保険施設等の従事者の求めに応じて当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて診療が行われ、入院の必要性を認め入院させた場合に、入院初日に算定する。	協力医療機関であること及び在支診、在支病院、後方支援病院又は 地域包括ケア病棟を有する医療機関	○	○
A308-03の注6 在宅患者支援病床初期加算	介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するもの。 入院した日から起算して14日を限度として、所定点数に加算する。	地域包括ケア病棟の施設基準	×	○ (注加算)
C000の注10 介護施設等連携往診加算	当該介護保険施設等に入所している患者の病状の急変等に伴い、往診を行った場合に、所定点数に加算する。	介護保険施設等の協力医療機関として定められており、緊急時の連絡体制及び往診体制等を確保していること。ICTやカンファレンス等により診療情報や急変時の対応方針等を確認可能な体制を有していること。	—	—

包括期のモデル事例： 宮崎江南病院



＜基礎的基準＞ 地域医療への人的協力（医師）

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

大学に対する医師派遣要請の取組（茨城県）

- 茨城県においては、各地域医療構想調整会議からの医師派遣要望数を集計し、医師派遣要請リストを作成・地対協等で協議。とりまとめられたものを踏まえ、県から大学へ医師派遣を要請し、各大学から可能な範囲で医師派遣がなされている。

前回までの論点⑤ 令和5年度医師派遣要請リスト

区分	二次保健医療圏名	医療機関名	内科	呼吸器科	循環器科	消化器科	泌尿器科	皮膚科	小児科	浮腫科	神経科	整形外科	泌尿科	産科	放射線科	眼科	耳鼻科	皮膚科	計		
多数	つくば	筑波大学病院			2.0														2.0		
		筑波記念病院													1.0				1.0		
		筑波大学病院 内科																	1.0		
	水戸	水戸清生会総合病院													1.0					1.0	
		水戸協和病院			1.0		1.0													2.0	
		県立中央病院			1.0		1.0													2.0	
		水戸医療センター			1.0					1.0										2.0	
		霞ヶ浦医療センター					1.0													1.0	
		土浦	土浦協和病院													2.0					2.0
			白河第一病院		1.0																1.0
少数	日立・竜ヶ崎	日立清生会病院			1.0															1.0	
		JAとりで総合医療センター													1.0					1.0	
	鹿行	総合市民第一病院					1.0													1.0	
		小川記念病院									1.0				1.0					2.0	
	古河・坂東	常陸清生会病院					1.0													1.0	
		茨城県南医療センター		1.0					1.0						1.0					4.0	
		つるの協和病院									1.0									1.0	
	筑波・下妻	筑波病院													1.0					1.0	
		茨城県医師会（筑波）													2.0					2.0	
	筑波・大田・ひたちなか	ひたちなか総合病院													1.0					1.0	
茨城県病院									1.0										1.0		
日立	日立総合病院		1.0					2.0											3.4		
	北茨城市民病院																	0.4	2.2		
計			3.2	2.0	6.0	3.0	2.0	2.0	2.0	3.0	2.0	5.0	4.0	1.0	0.4				36.6		

- 令和5年度における大学への、病院別・診療科別の医師派遣要請の一覧。各病院がどの診療科に何人の医師を派遣してほしいかを要望、地域医療構想調整会議で内容を検討・協議し、とりまとめたものを地域医療対策協議会で評価・とりまとめを行い、県から大学へ派遣を要請。

令和5年度 医師派遣要請結果

令和5年度医師派遣要請の結果について

地対協で承認された医師派遣要請までの具体的な手順に沿って、筑波大学・東京医科歯科大学・東京医科大学・自治医科大学・昭和大の5大学に対し、23病院・36.6名の医師派遣の協力を要請した結果、**筑波大学から「12病院・15.4名」の医師派遣が可能との回答があった。**

大学名	要請		回答	
筑波大学	21病院	34.6人	12病院	15.4人
東京医科歯科大学	14病院	18.2人	-	-
東京医科大学	13病院	17.2人	-	-
自治医科大学	13病院	17.2人	-	-
昭和大学	13病院	17.2人	-	-
合計	23病院	36.6人	12病院	15.4人

※ 5大学のうち、各病院が希望する大学へ要請

- 県から各大学へ派遣要請を行い、各大学は県へ派遣可能な病院や診療科を回答。

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

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

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

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

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

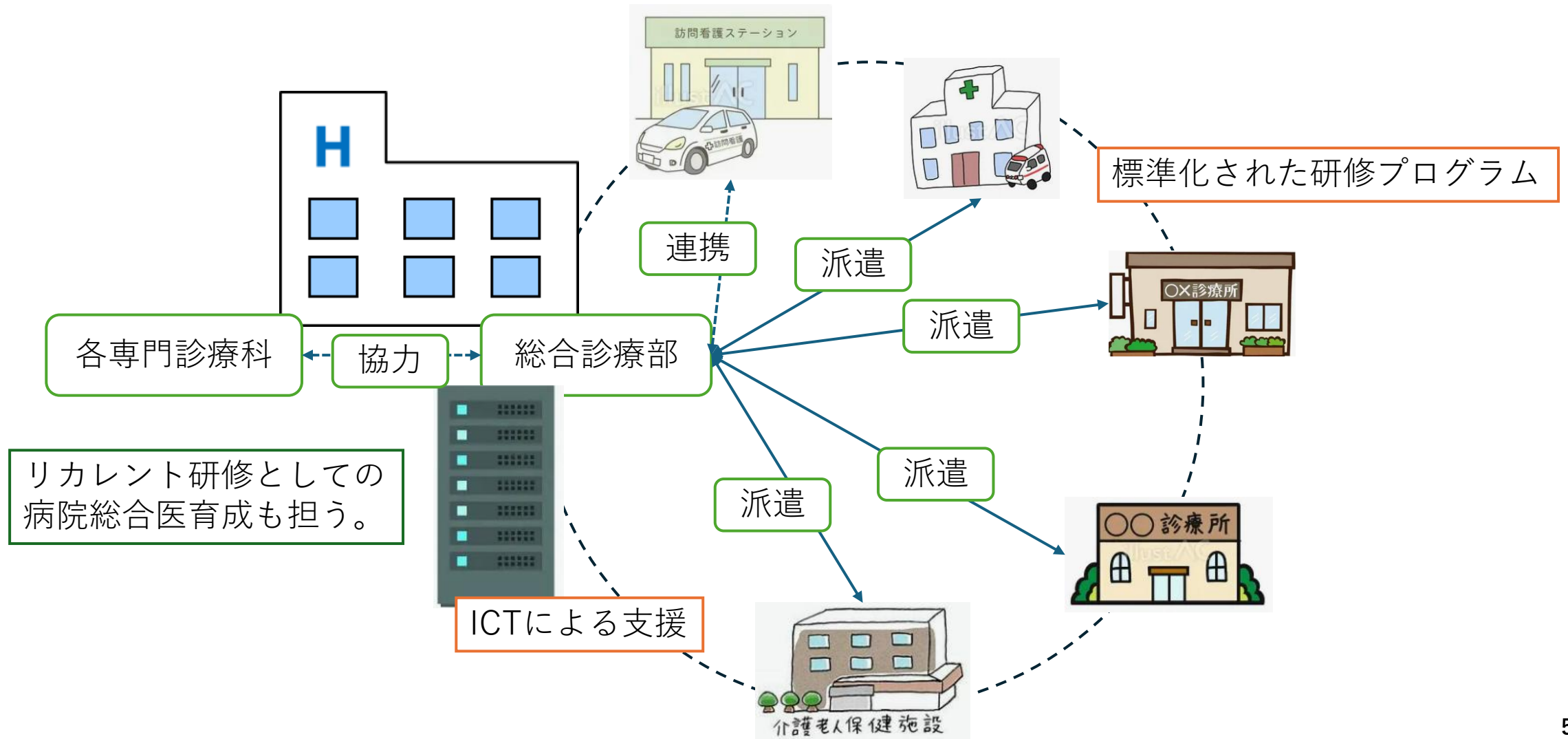
② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整


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

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

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

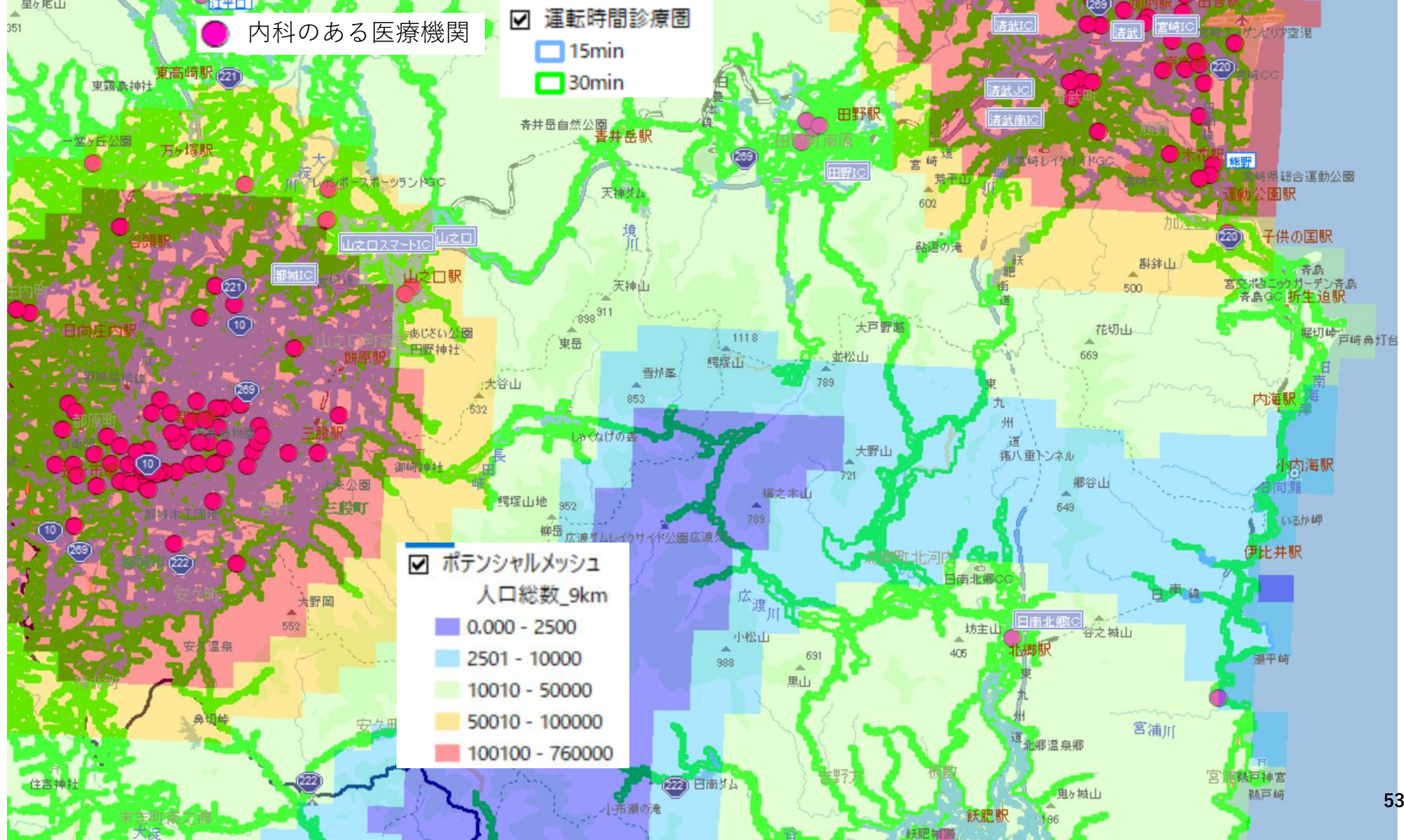
大学病院の総合診療部を中核とした支援



 内科のある医療機関

運転時間診療圏
 15min
 30min

ポテンシャルメッシュ
人口総数_9km
 0.000 - 2500
 2501 - 10000
 10010 - 50000
 50010 - 100000
 100100 - 760000



外来腫瘍化学療法診療料算定施設：アクセシビリティを考慮した医師派遣の検討例

最も近い保険医療機関までの
自動車による運転時間に基づくカバーエリア/人口

現状の評価

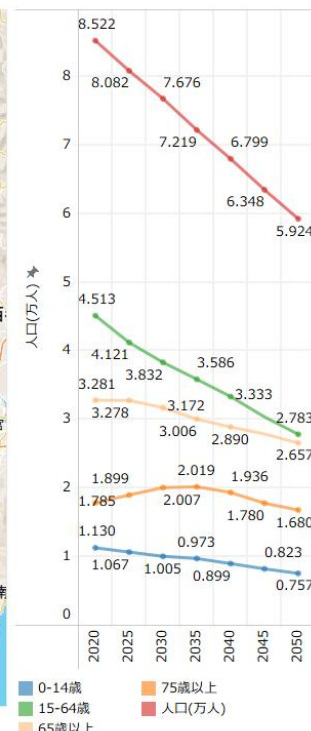
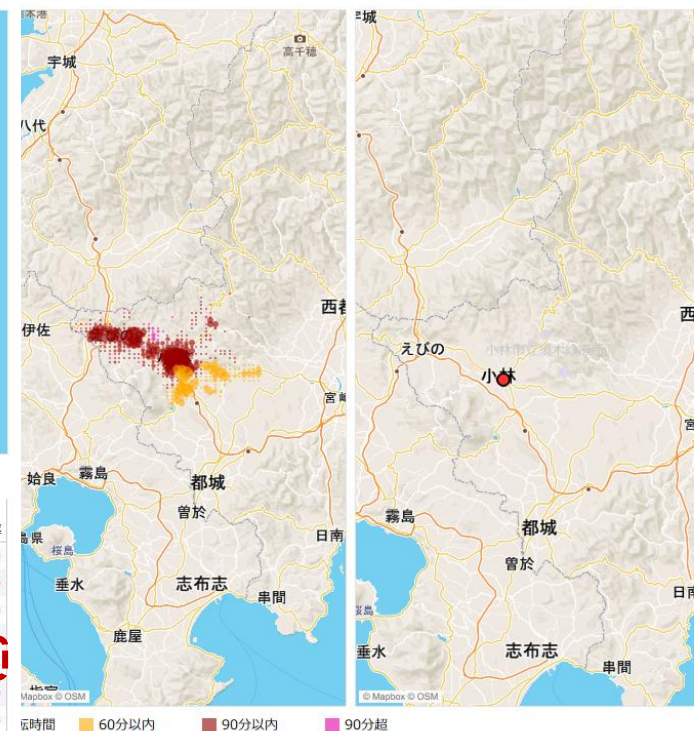
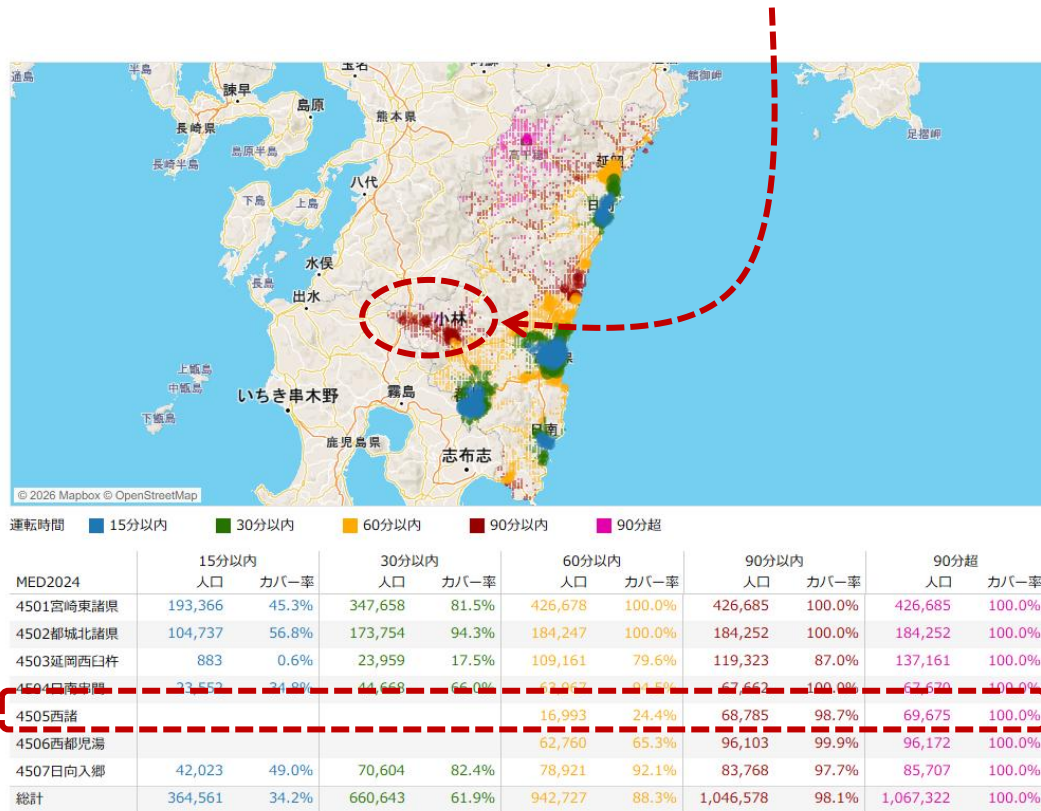
宮崎県：西諸医療圏の患者の約75%は60分以上の移動が必要

改善に向けた方策をデータに基づいて考える

西諸医療圏の
移動時間地図

小林市立病院
医師数16/看護師104人

30分圏の人口は
約8万人(2025年)



人口：2020年度国勢調査、社人研人口推計(2023年)
道路ネットワーク：2024年4月1日時点
運転時間：有料道路を利用しない経路
病床機能報告(2024年)

外来腫瘍化学療法の実施のために
一定の頻度で医師を派遣することは可能か？

地域医療構想策定ガイドライン（抜粋）

地元の新聞社やテレビ局との協力が重要になる

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

○ また、地域医療構想の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、タウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることや、構想区域ごとに既存の圏域連携会議等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続をとることを検討する必要がある。なお、この段階で策定後を見据えて地域医療構想調整会議を設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当である。

○ 策定された地域医療構想は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする（医療法第30条の4第15項）。その際、住民に知ってもらうことが重要であることから、都道府県報やホームページによる公表や、プレスリリース等によりマスコミに周知するなど、幅広い世代に行き渡る手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。

II 地域医療構想策定後の取組

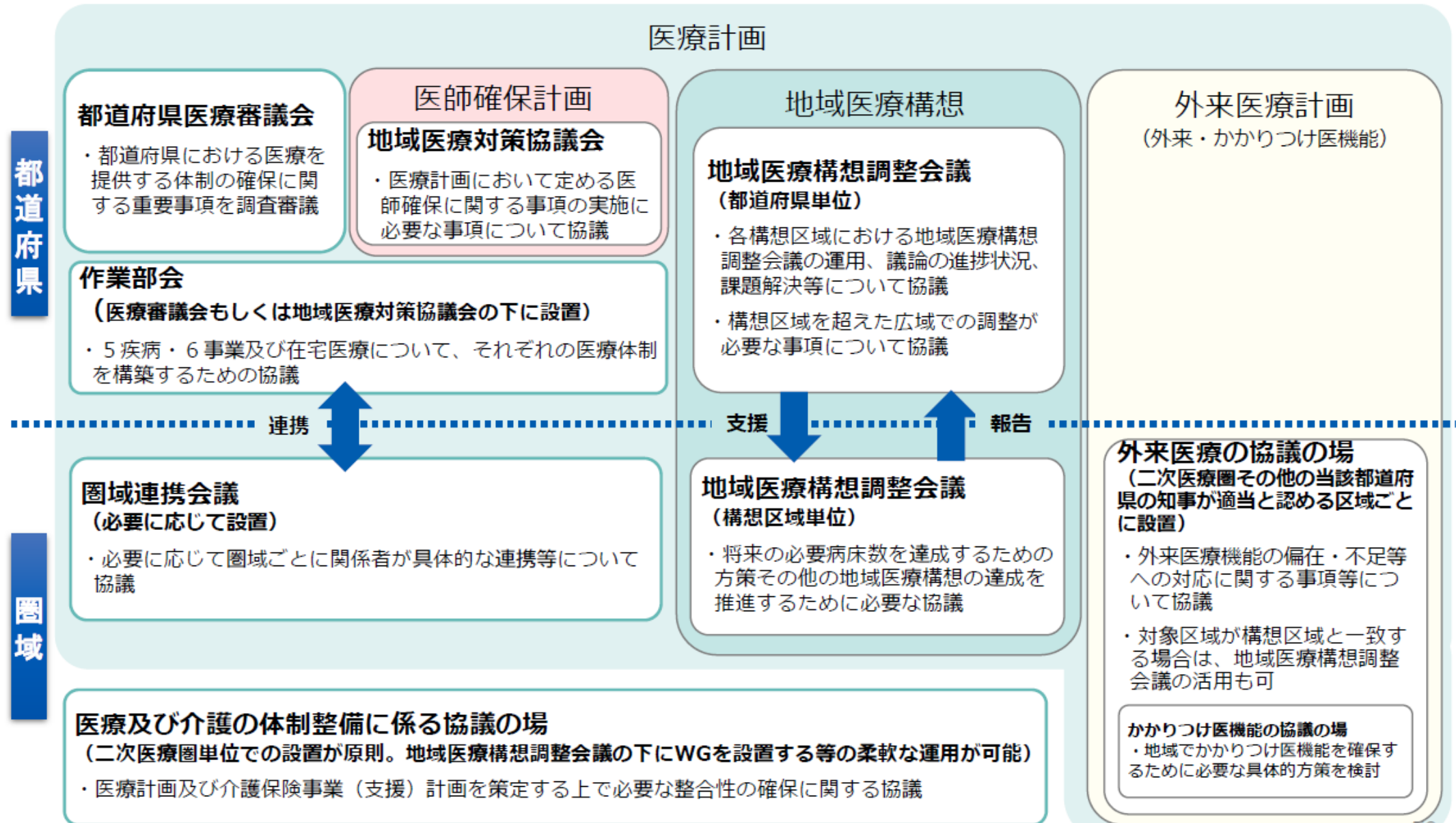
4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

(4) 住民への公表

医療を受ける当事者である患者・住民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高める必要があることから、都道府県はこれらをホームページ等で住民に分かりやすく公表することとする。公表に当たっては、ホームページの情報を見る働きかけを多方面から行うとともに、インターネットにアクセスできない住民向けに紙媒体での配布も準備することが望ましい。

○医療・医学用語は、専門性が高いため難解であるため、住民に向けた解りやすい解説は必須である。一方で、正確性の観点からは、患者・住民や医療関係者以外の者と医療関係者との間で誤解が生じない工夫も必要である。

地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項



地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	<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

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

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

介護との連携について (案)

- 患者像の重複しうる在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部の提供体制の検討にあたっては、それぞれの提供実態等のデータを踏まえてそのあり方の検討が必要。療養病床は構想区域、二次医療圏単位で確保を検討されるものであることや、小さな単位での検討の場を多数作るとは、運営上の課題が懸念されることを踏まえると、構想区域単位等の範囲で都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者等が将来の提供について検討することとし、圏域内において提供体制について特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、具体的に検討することとしてはどうか。
- 検討にあたっては、療養病床の病床数、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等をあわせて検討することが考えられる。こうしたデータについて、都道府県で把握しているもの、データとして公開されているものだけでは、在宅医療の提供実態の把握そのために必要なデータ
- 医療と介護との連携は、県が医療介護の総合的なデータを準備し、構想区域で管内の市町村における医療介護の連携の有り方について複数のシナリオを策定し、それをもとに市町村と協議する、という流れが実際的
この際、慢性期にどのように対応するかという視点が重要
を中心とした連携など、
件数が増加することが見
する等の取組も重要となる。そういった前提のもと、介護保険施設の協力医療機関としての役割については、例えば、介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく等の地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められる。
- 具体的な事項については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで検討することとしてはどうか。なお、その際、介護との連携については、関係者が連携の参考とできるよう、知見を集積し共有できるようにすることとしてはどうか。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

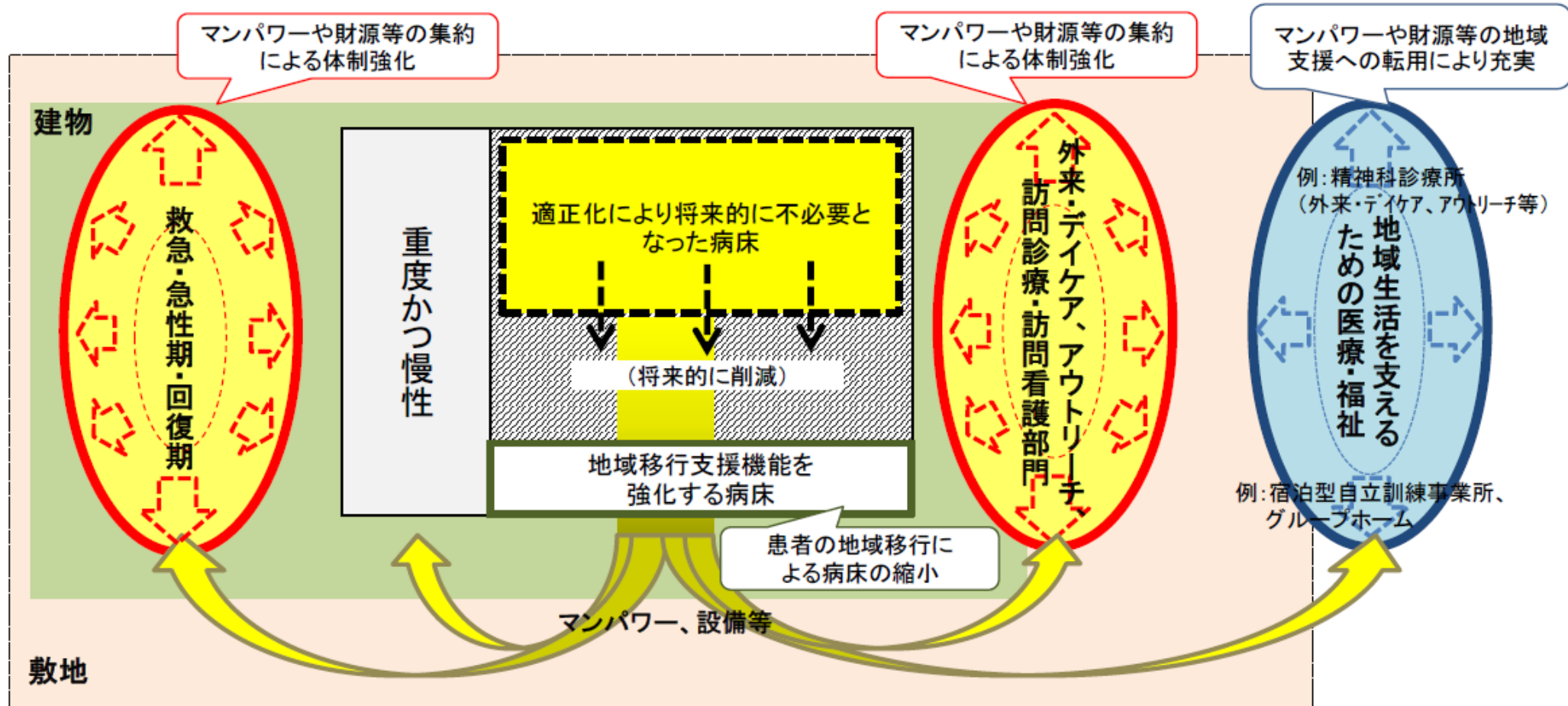
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能



近年の精神保健医療福祉の経緯②

- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用））を踏まえ、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（平成26年7月とりまとめ）では、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す方向性が示された。

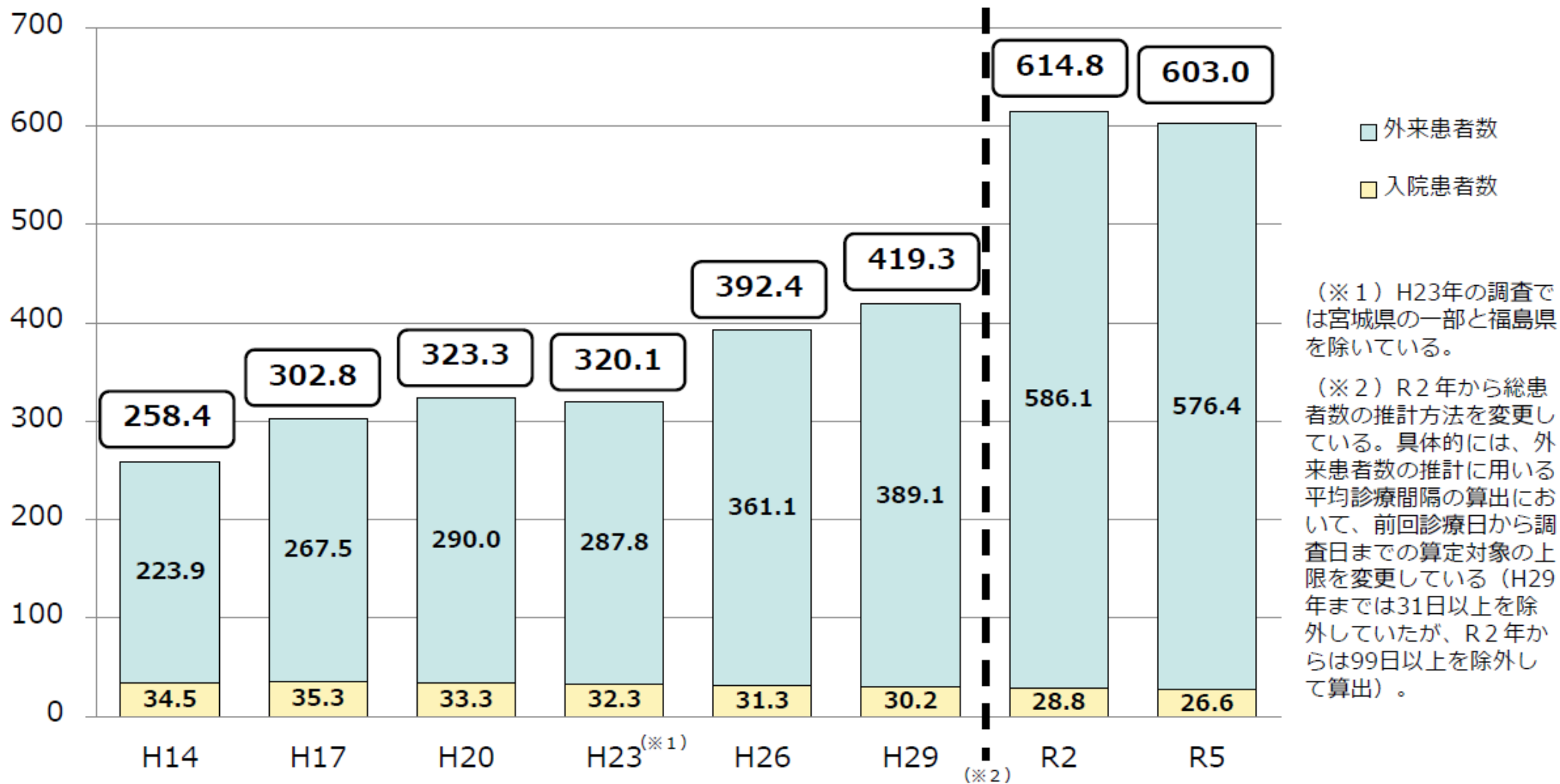
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



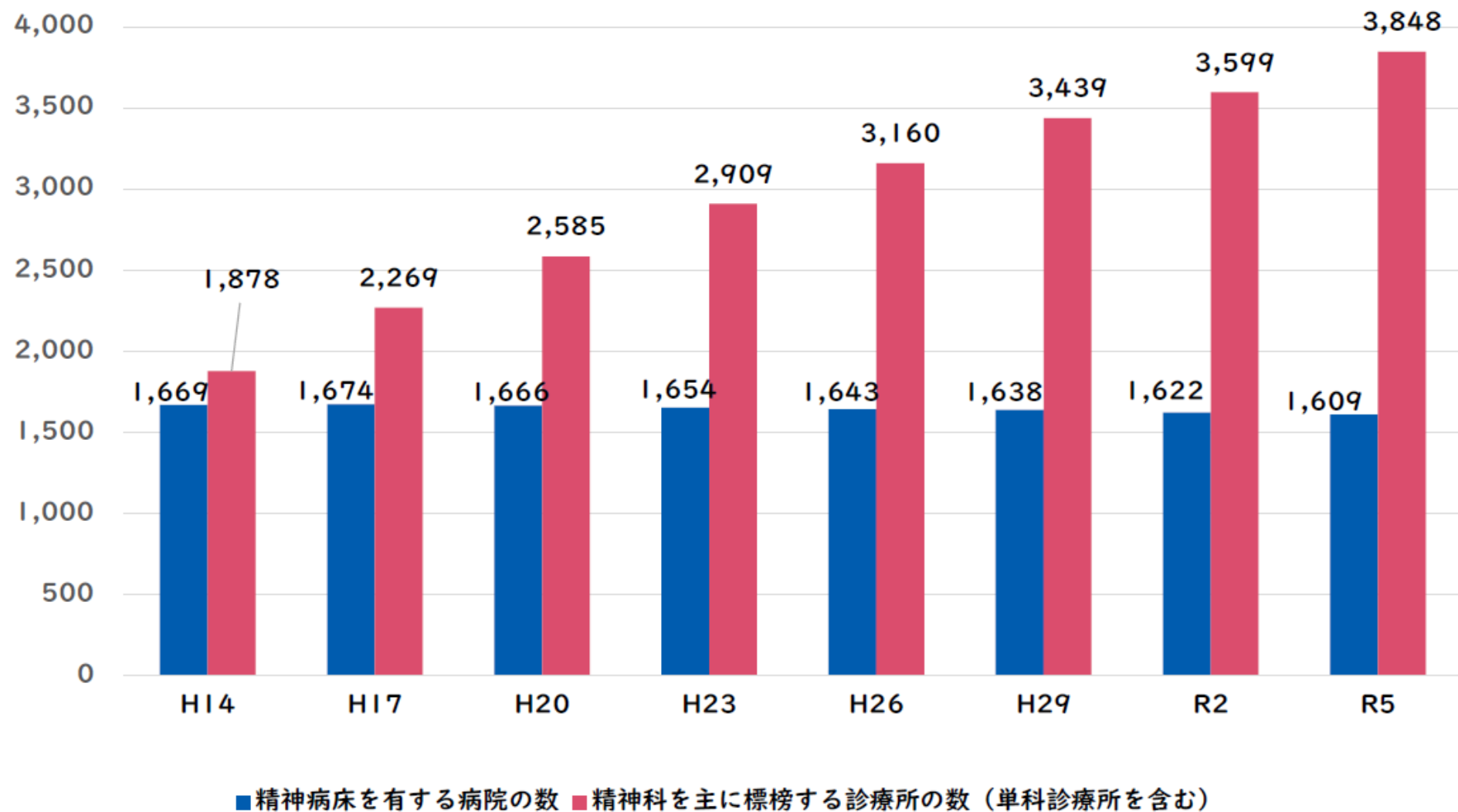
精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は、約603.0万人（入院：約26.6万人、外来：約576.4万人）。

(単位：万人)



精神病床を有する病院数と精神科を主に標榜する診療所数



- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、精神医療の専門家や関係者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととしてはどうか。検討に当たっては、2027年（令和9年）10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

<精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ>

○主な検討事項

- 2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容
- 精神医療における医療機関機能の考え方
- 精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容
- 必要病床数の推計方法 等

○構成員

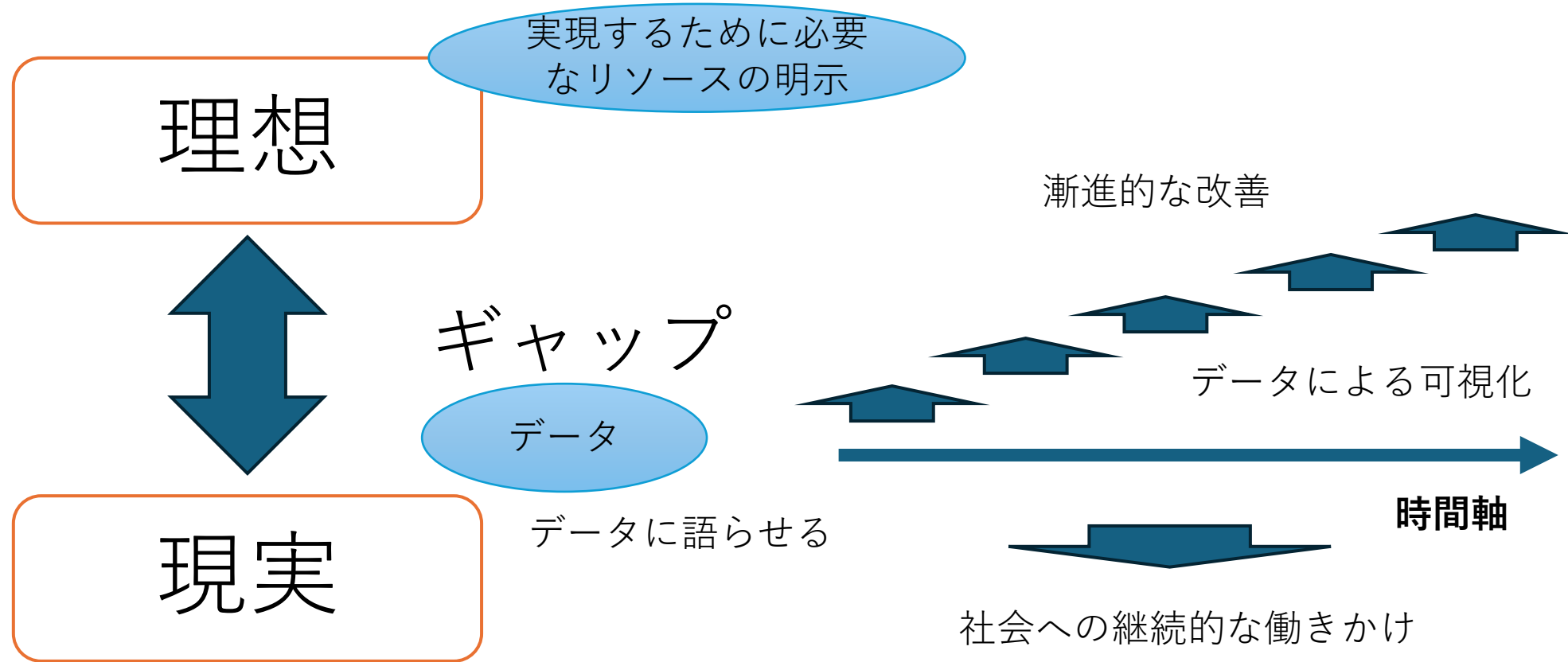
- 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者 等

○検討スケジュール

2026年（令和8年）春 WGにおいて議論
年度内を目途にとりまとめ

※ ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。

精神保健医療施策の展開戦略



人口構造の変化をもとに地域医療構想と 同じ手法で推計すると・・・（患者数）

	1日当たり患者数			
	2014年	2025年	2035年	2040年
看護配置基準10:1,13:1	966	1,052	935	930
看護配置基準15:1	172,848	179,180	142,909	125,427
看護配置基準18:1,20:1	21,320	21,275	17,092	15,026
特定機能病院入院基本料計 7:1	73	76	73	67
特定機能病院入院基本料計 10:1	825	752	661	608
特定機能病院入院基本料計 13:1	1,462	1,427	1,270	1,205
特定機能病院入院基本料計 15:1	1,024	935	825	786
精神療養病棟入院料	3,542	3,753	2,950	2,726
精神療養病棟入院料 重症者 加算1	67,115	71,031	58,702	54,401
精神療養病棟入院料 重症者 加算2	18,924	20,214	17,027	16,108
合計	288,100	299,695	242,445	217,284

NDB open data、医療施設調査・病院報告、社人研人口推計を用いて計算
あくまで一定の仮定の下での推計値

未発表資料（松田）

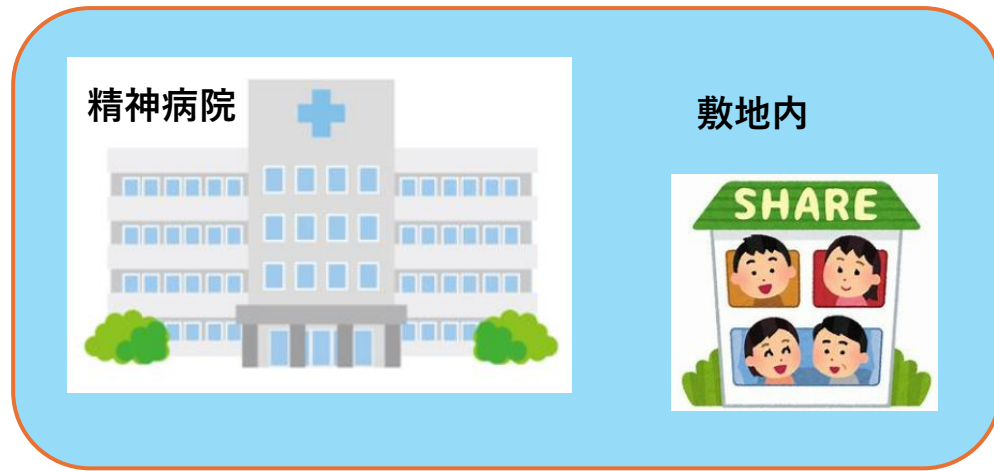
人口構造の変化をもとに地域医療構想と 同じ手法で推計すると・・・（病床数）

	病床数			
	2014年	2025年	2035年	2040年
看護配置基準10:1,13:1	1,137	1,237	1,100	1,094
看護配置基準15:1	192,053	137,141	109,380	96,000
看護配置基準18:1,20:1	23,689	16,284	13,082	11,501
特定機能病院入院基本料計 7:1	91	94	91	84
特定機能病院入院基本料計 10:1	1,031	940	826	759
特定機能病院入院基本料計 13:1	1,624	1,092	972	922
特定機能病院入院基本料計 15:1	1,138	716	631	602
精神療養病棟入院料	3,850	2,397	1,884	1,741
精神療養病棟入院料 重症者 加算1	72,951	53,184	43,953	40,732
精神療養病棟入院料 重症者 加算2	20,570	12,910	10,874	10,288
合計	318,135	225,996	182,795	163,723

近年の在院日数短縮の効果も考慮すると必要病床数が半減するという推計結果になる

NDB open data、医療施設調査・病院報告、社人研人口推計を用いて計算
あくまで一定の仮定の下での推計値

敷地内GHと敷地外GH、現実的に考えると 第一段階としてどちらが望ましいのか？



大事なこと

- ・ 地域に開いていること
- ・ 安心して生活できること

そして、何よりも大事なことは「当事者の思い」
あるサバイバーの方の委員会での発言

「敷地内とか、敷地外とか、私たちにとってはどうでもいい。
私たちが望むものは、社会に自由に出ることができる扉なのです」

安積ホスピタルグループの基本理念である 「統合型地域精神科治療プログラム（OTP）」の概要



資料： <http://asaka.or.jp/>

まとめ

- 令和8年度の診療報酬の改定は、地域医療構想の推進を目指したのになっている。
- データに基づく地区診断と各病院機能の分析が不可欠。自施設の客観的な立ち位置（地域における役割）の確認。
- 慢性期がPatient flowの起点になっていることへの理解。
- 慢性期 = 入院 + 入所 + 在宅 としたうえで、そのバランスを地域の状況に応じて考えることが重要。このような視点を持つことで、入院と外来・在宅、医療と介護を整合性を持って考えることができる。
- 既存施設の有効活用という視点が必要→自治体の理解