

厚生労働省「新たな地域医療構想等に関する検討会」

保険者の目線から

- (1) 現行の地域医療構想に関する評価と課題
- (2) 2040年頃を見据えた医療提供体制のイメージ
- (3) 新たな地域医療構想に期待すること

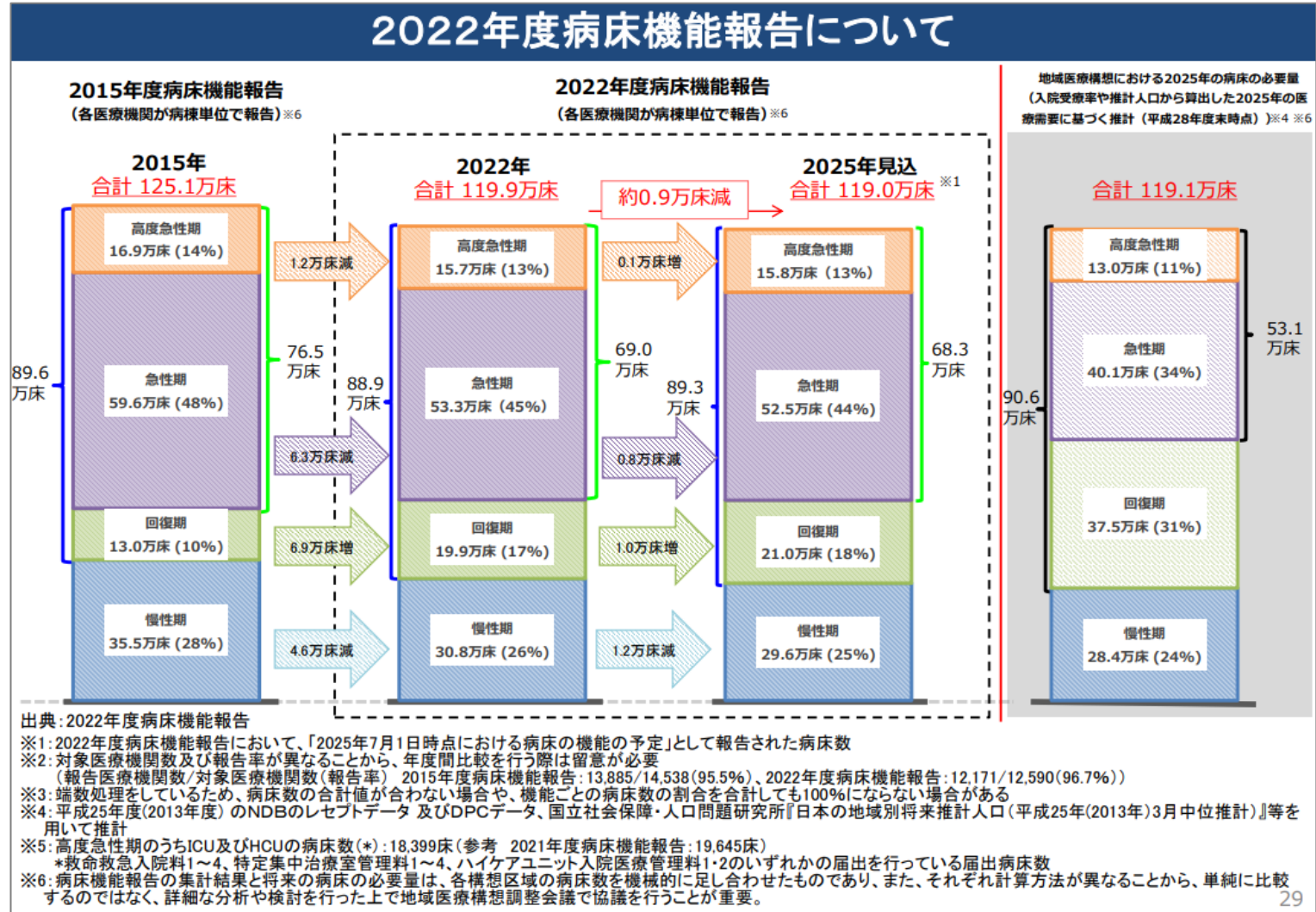
令和6年5月22日

健康保険組合連合会 専務理事

河本 滋史

(1) 現行の地域医療構想に関する評価と課題_その1

日本全体として病床数が必要量に収斂することは、地域医療構想の大きな成果。
 医療資源投入量に着目して将来の医療需要を推計し、計画的に調整する手法は妥当。



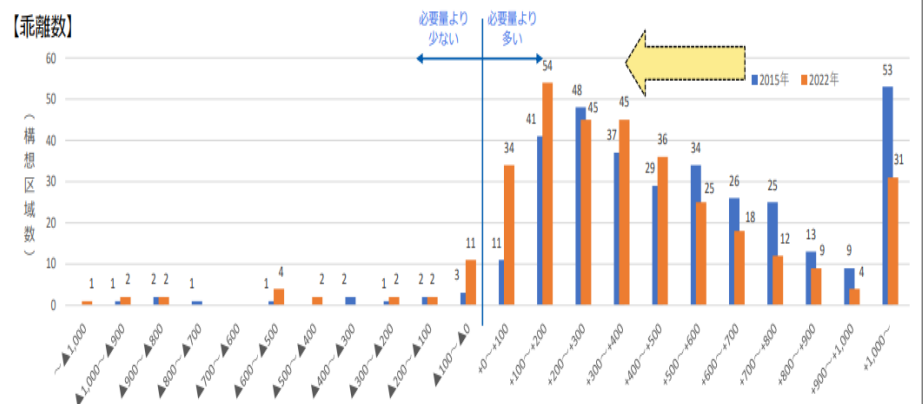
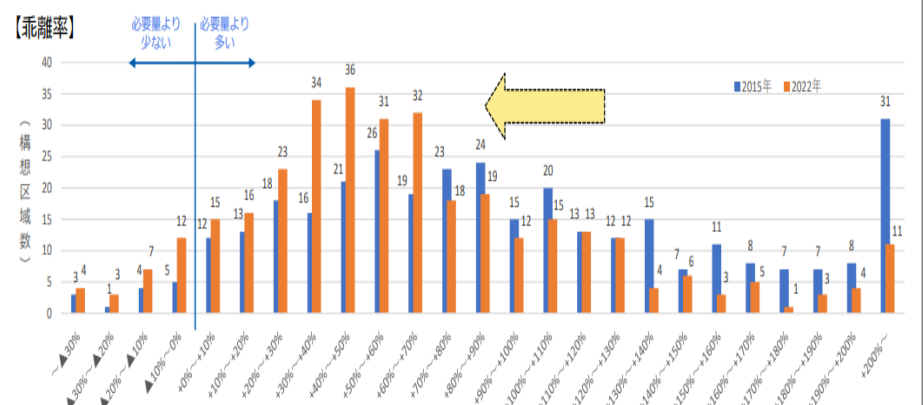
地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(令和5年11月9日)資料から抜粋・一部改編

(1) 現行の地域医療構想に関する評価と課題 その2

急性期が必要量より多く、回復期が必要量より少ない状況は解消されつつあるが、病床機能報告の数字上は、依然として多くの構想区域で必要量との乖離が発生。

2025年の必要量との乖離（構想区域別/急性期）

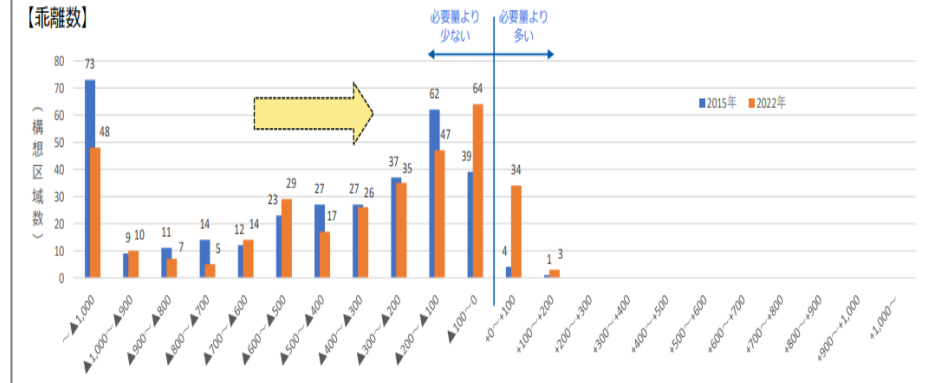
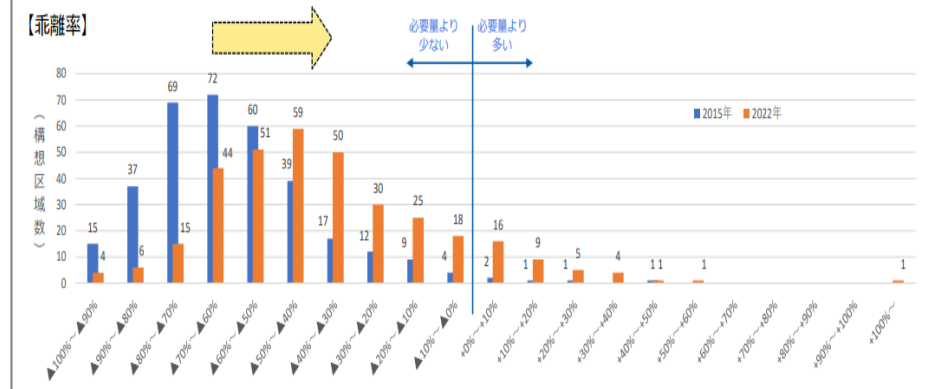
○ 急性期について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。



資料出所：病床機能報告

2025年の必要量との乖離（構想区域別/回復期）

○ 回復期について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。



資料出所：病床機能報告
 ※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。(2015年：95.5%、2022年：96.7%)
 ※2 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのはなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

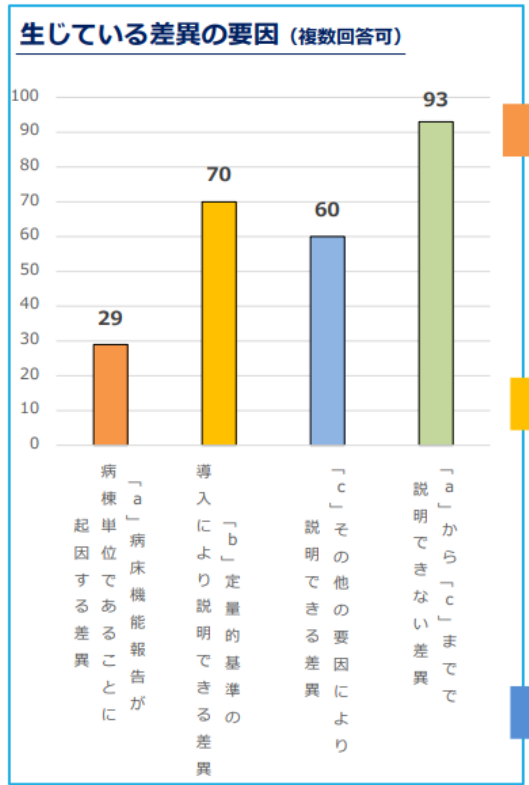
地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(令和5年11月9日)資料から抜粋・一部改編

(1) 現行の地域医療構想に関する評価と課題 その3

必要量と差異が生じた要因について「病床機能報告が病棟単位であることに起因」「定量的な基準の導入で説明できる」等が多い一方で、約6割の構想区域において、十分に説明できない差異があることも事実であり、さらなる要因の精査が必要。

地域医療構想の進捗状況の検証②（生じている差異の要因）

○ 差異を解析している構想区域（147区域）について、生じている差異を要因別にみると、「病床機能報告が病棟単位であることに起因する差異がある区域」は29区域、「定量的基準の導入により説明できる差異がある区域」は70区域、「その他の要因により説明できる差異がある区域」は60区域、「これらの要因では説明できない差異がある区域」が93区域あった。



- a 具体的な主な解析方法**
- 医療機関へのアンケート調査
 - 各医療機関の対応方針における2025年の機能別病床数との比較

- b 定量的基準の主な内容**
- 急性期病棟のうち、50床あたり「手術+救急入院>1日2件」を目安に条件を満たさない病棟を回復期に計上。
 - 「急性期・慢性期病棟のうち、地域包括ケア入院管理料を算定している病床」及び「将来回復期に転換予定として報告している病棟」を回復期に計上。
 - 以下の入院料を算定する病棟を回復期に計上。
(急性期一般入院料4~6、地域一般入院料、小児入院医療管理料4、5、回復期リハ入院料、地域包括ケア入院料、緩和ケア入院料、特定一般病棟入院料)

- c その他の主な要因**
- 医療機関において、令和4年度病床機能報告後に、病床の廃止や病床機能の見直しに関する方針を変更したため。

医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）12

地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(令和6年3月13日)資料から抜粋・一部改編

(1) 現行の地域医療構想に関する評価と課題 その4

コロナ禍による議論の停滞は止むを得ないが、PDCAが十分に機能しておらず、今後2年間の取組みは、新たな地域医療構想の発射台という観点でも極めて重要。

2025年に向けた地域医療構想の更なる推進（案）

○ 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、3月中を目途に通知を発出し、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。

2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月予定）

1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域(仮称)を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域(仮称)のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域(仮称)を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

2. 国による積極的な支援

①地域別の病床機能等に見える化

- 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等に見える化
- これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる

②都道府県の取組の好事例の周知

- 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知

③医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

- 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知

④基金等の支援策の周知

- 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成

⑤都道府県等の取組のチェックリスト

- 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。

⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施

地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(令和6年3月13日)資料から抜粋・一部改編

(2) 2040年頃を見据えた医療提供体制のイメージ_その1

今後の医療の在り方を考える際に想定される要素

人口構造の変化

- 高齢化の進展(後期高齢者の増加は鈍化)
- 生産年齢人口の急激な減少
- 大都市・地方都市・過疎地の格差拡大

医療需要の変化

- 高齢患者が占める割合が継続的に上昇
- 医療と介護の複合ニーズの更なる高まり
- 高齢者救急の増加
- 死亡数・看取りの増加
- 外来の変化
 - ・ 全国で患者数が2025年にピーク
 - ・ 多くの地域で既にピークアウト
- 在宅の変化
 - ・ 全国で患者数が2040年以降にピーク
 - ・ 多くの地域で患者数が今後も増加
- 入院の変化
 - ・ 全国で患者数が2040年にピーク
 - ・ 多くの地域で2035年までにピークアウト
 - ・ がん・心疾患・脳梗塞が相対的に低下
 - ・ 大腿骨骨折が相対的に上昇

医療の高度化

- 高額な薬剤・医療機器・再生医療の開発

医療・介護人材の不足

- 就業者数の大幅な減少
- 医師の高齢化
- 勤務医の時間外労働規制の厳格化
- タスクシェア/タスクシフトやマルチタスク化の進行

医療DX等の推進

- オンライン診療等の普及
- 全国医療情報プラットフォームの定着
- プログラム医療機器やAI診断の活用
- オンライン会議による連携の効率化

国民・患者の変化

- PHRによる医療リテラシーの向上
- プログラム医療機器、健康アプリの浸透
- オンライン診療やリフィル処方による受診の効率化
- かかりつけ医の積極的な活用

財政制約の深刻化

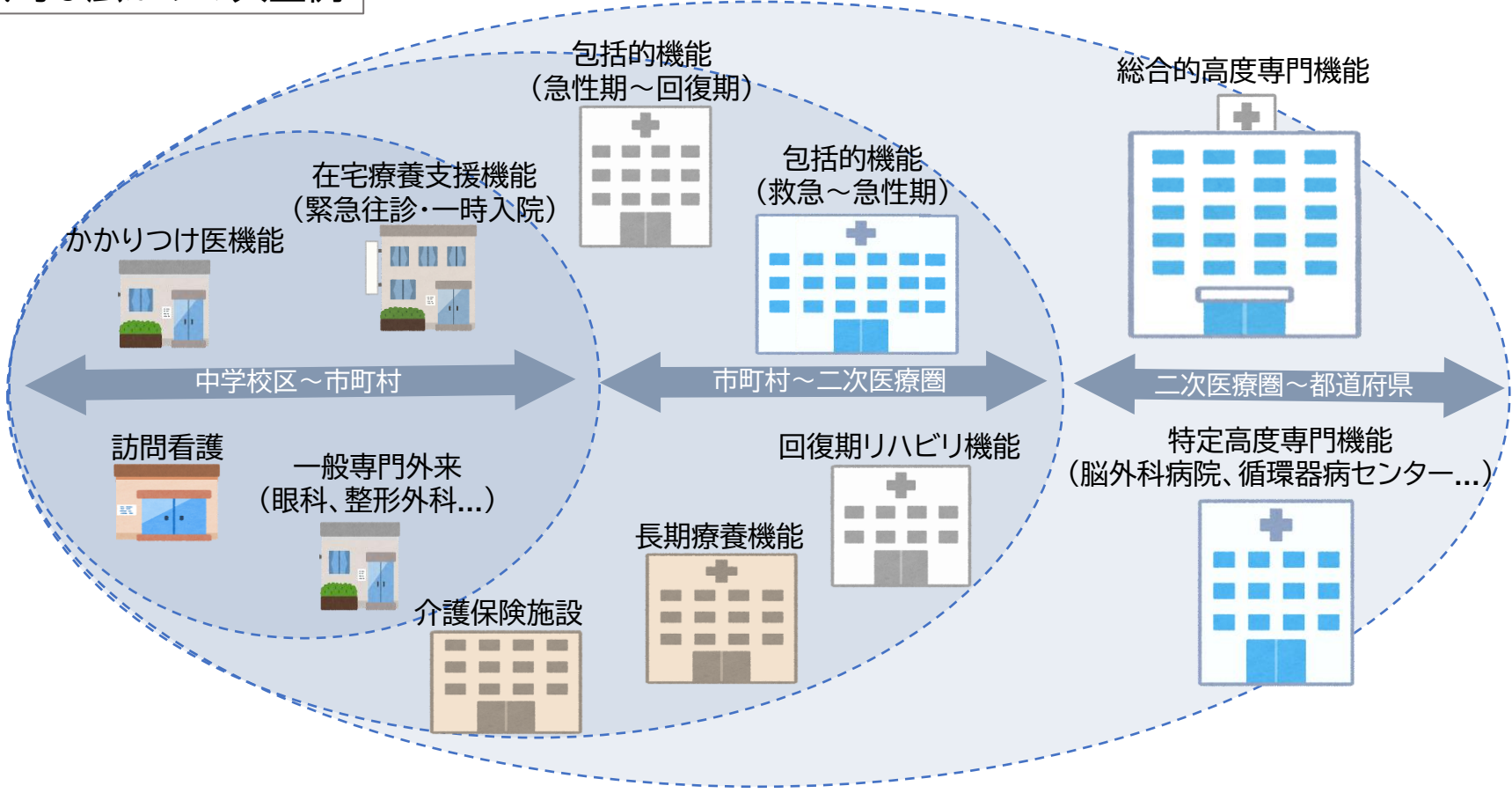
- 医療費の継続的な増加
- 支え手となる現役世代の減少

(2) 2040年頃を見据えた医療提供体制のイメージ_その2

患者が必要なときに迅速に必要な医療を受けられるよう、
更なる医療機能の分化・強化と介護を含めた連携により、
過不足のない最適な医療・介護の提供体制を構築する。

地域的な広がり の 典型例

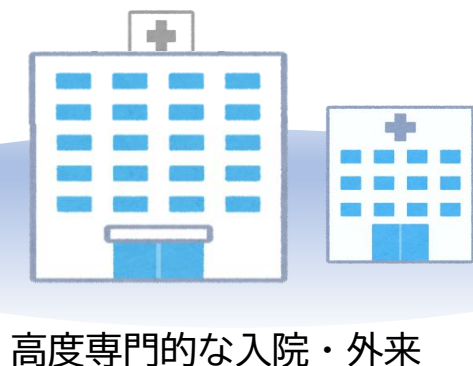
地域の実情に応じて区域の範囲を調整



(2) 2040年頃を見据えた医療提供体制のイメージ __ その3

重層的な役割分担の典型例

各医療機関が担う役割にはグラデーションがあり、明確に区分できない前提。
各層内・各層間でICTも活用した縦横の連携により、切れ目なく医療・介護を提供。



顔の見える関係

地域包括ケアシステム

- かかりつけ医が患者を中心に医療・介護を調整
- 日常的な外来医療と在宅医療を充足
- 有床診療所等を活用した一時的入院も想定

まさかの時の支え

地域完結医療

- 救急搬送を含めた一般的な入院医療を充足
- 紹介患者を中心とする専門外来を担当
- 時間外診療や在宅医療の不足を補完

最後の砦

広域医療

- 基幹病院・拠点病院が濃密な医療を集中投入
- 重度な救急搬送やがん等の難しい手術を集約
- 難病等の専門性が極めて高い特殊な外来に専念

(2) 2040年頃を見据えた医療提供体制のイメージ__その4

外来

- 患者数が減少するなかで、臓器別・診療科別に特化した診療所が増え続ける状況は非効率。得意領域を持ちつつも、日常的な症状に幅広く対応する「かかりつけ医機能」の強化が重要。
- 短期的には連携による面での対応が現実的。長期的には診療所の集約化・大規模化も視野。
- 時間外診療・夜間往診・緊急入院の対応を念頭に、中小病院や有床診療所の活用も選択肢。

在宅

- 入院並みの重装備在宅と日常診療にとどまる軽装備在宅で異なるアプローチを検討。
 - ✓ 重装備型は、緊急往診・入院や看取りが可能な中小病院や複数医師診療所が主に担当。難病や医療的ケア児等の低年齢患者の在宅医療ニーズを充足させるための受け皿。
 - ✓ 軽装備型は、外来のかかりつけ医が引き続き担当することによって、裾野を拡大。
- 都市部を中心に在宅を専門に大規模展開する医療機関をどのように位置付けるかも課題。

入院

- 医療資源の投入量に見合った最適な病床・病棟の配置となるよう、引き続き再編・統合。
 - ✓ 病床区分は基本的に現行の枠組みを踏襲しつつ、定量的な基準を活用。
 - ✓ 高度急性期～急性期については、更なる集約化・大規模化により、症例集積を高める。
 - ✓ 急性期～回復期については、高齢者救急への対応を念頭に包括的機能を発揮。
 - ✓ 慢性期については、在宅医療や介護と役割分担しつつ、医療ニーズの高い患者に重点化。

(3) 新たな地域医療構想に期待すること

患者にとって安全・安心な医療・介護が効果的・効率的に提供されることに期待

医療需要の適切な推計	<ul style="list-style-type: none">● 病床の必要量だけでなく、外来医療や在宅医療の必要量についても、疾病構造や患者の状態を考慮し、医療資源投入量を踏まえて可能な限り詳細に推計。
構想区域の柔軟な設定	<ul style="list-style-type: none">● 都市部モデルや過疎地モデルのみならず、地域毎に関係者が主体的に検討。● 医療計画の更新等に併せて段階的に区域のサイズを変化させることも選択肢。
医療・介護資源の最適配置と連携	<ul style="list-style-type: none">● 役割の選択・集中と強い連携により、限られた医療・介護人材が能力を最大化。● 地域ごとに24時間365日救急患者を受け入れる二次救急医療機関を確保。● 医師偏在対策として、医師多数区域から医師少数区域への再配置を調整。<ul style="list-style-type: none">・ 過剰地域では、新規開業の妥当性を判断するための特例的な仕組みを導入。併せて、医師が病院勤務医としてキャリアを長く継続しやすくする施策も必要。・ 不足地域では、医師個人の努力だけに頼らず、組織的に持続可能性を確保。● 高額機器等の過剰な配置を抑制し、症例集積や共同利用で設備を有効に活用。
医療の質向上・効率化	<ul style="list-style-type: none">● 全国医療情報プラットフォームやオンライン診療が導入期を経て定着し、さらにプログラム医療機器や健康アプリが拡大し、医療機関のコスト抑制に寄与。
患者の希望による選択	<ul style="list-style-type: none">● 地域医療構想の内容と進捗を住民に分かりやすく情報提供することが必要。● 医療情報提供制度を継続的に改善。その際、アウトカムデータの公開が重要。
行政のガバナンス	<ul style="list-style-type: none">● 当初からPDCAサイクルを実装し、都道府県知事または国が確実に進捗管理。● 人口流出入等により当初の想定が大きく変化する場合、構想の見直しも検討。
保険者機能の発揮	<ul style="list-style-type: none">● DX等により可視化される医療・介護情報も活用しつつ、医療関係者と協働し、これまで以上に患者中心の医療を推進。