

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

＜2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ＞

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

<現行の地域医療構想の評価>

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

<新たな地域医療構想に期待すること>

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

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

<2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

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

<現行の地域医療構想の評価>

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

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

<新たな地域医療構想に期待すること>

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

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

<2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

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

<現行の地域医療構想の評価>

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

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

<新たな地域医療構想に期待すること>

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

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

<2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

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

<現行の地域医療構想の評価>

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

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

<新たな地域医療構想に期待すること>

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