

新たな地域医療構想の検討状況について（報告）

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に
対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制
全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の
2025年の病床の必
要量について、**病床
機能ごとに推計し、
都道府県が地域医療
構想を策定。**
- 各医療機関から都
道府県に、**現在の病
床機能と2025年の
方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要
量を踏まえ、地域の
関係者が**地域医療構
想調整会議（二次医
療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医
療介護総合確保基金
等を活用して支援。**

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の
合計・機能別とも近付いているが、
構想区域ごと・機能ごとに乖離。
- 将来の病床の必要量を踏まえ、
各構想区域で病床の機能分化・連
携が議論されているが、**外来や在
宅医療等**を含めた、**医療提供体制
全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱え
る85歳以上が増大する中、**在宅を
中心に入退院を繰り返し最後は看
取りを要する高齢者を支える医療
を提供する必要。その際、かかり
つけ医機能の確保、在宅医療の強
化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過
疎地等で、**地域ごとに人口変動の
状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、
医師の働き方改革を進めながら、
地域で必要な医療提供体制を確保
する必要。

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応す
る医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映） 等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役
割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、
構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

など

地域医療構想の検討体制

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

<現行の地域医療構想>

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

(敬称略。五十音順)

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長

○：座長

<新たな地域医療構想>

新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長 (敬称略。五十音順)
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学長
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 高橋 泰 国際医療福祉大学大学院教授
- 玉川 啓 福島県保健福祉部次長 (保健衛生担当)
- 土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授
- 東 憲太郎 公益社団法人全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 森山 明 富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

（社会医療・介護サービスの提供体制等）

高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応するため、限りある資源を有効に活用しながら、質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制を確保するとともに、医療・介護DXの政府を挙げての強力な推進、ロボット・デジタル技術やICT・オンライン診療の活用、タスクシフト/シェア、医療の機能分化と連携など地域の実情に応じ、多様な政策を連携させる必要がある。国民目線に立ったかかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療連携推進法人・社会福祉連携推進法人の活用、救急医療体制の確保、持続可能なドクターヘリ運航の推進や、居住地によらず安全に分べんできる周産期医療の確保、都道府県のガバナンスの強化を図る。地域医療構想について、2025年に向けて国がアウトリーチの伴走支援に取り組む。また、2040年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る。

新たな地域医療構想等に関する検討会の開催状況

- 第1回 令和6年3月29日
- ・新たな地域医療構想に関する検討の進め方について
 - ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングの進め方について
- 第2回 令和6年4月17日
- ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第1回）
- 第3回 令和6年5月22日
- ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第2回）
- 第4回 令和6年5月27日
- ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第3回）
- 第5回 令和6年5月31日
- ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第4回）
- 第6回 令和6年6月21日
- ・新たな地域医療構想に関する論点について
- 第7回 令和6年8月26日
- ・新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について（総論）



引き続き、各論の議論を進め、制度改正の具体的な内容に関する検討を行い、年内に取りまとめを行う予定

（その後の想定スケジュール）

- | | |
|---------------|---------------------------------|
| 令和7年度（2025年度） | 新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出 |
| 令和8年度（2026年度） | 新たな地域医療構想の検討・策定 |
| 令和9年度（2027年度） | 新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組） |

これまでの「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1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<新たな地域医療構想の方向性>

- ・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。
- ・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。
- ・地域医療構想について、外来患者の減少、在宅患者の増加、医療・介護の複合ニーズ、死亡数の増加等への対応を見極めた上で、病床数のみではなく、在宅も含めて対象とする必要がある。
- ・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。
- ・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。
- ・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はなく、その前後の状況も意識することが必要。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

これまでの「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1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<入院（病床の機能分化・連携等）>

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 「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。
- ・ 病床機能については、急性期、地域包括期、慢性期、さらには、高度急性期、急性期多機能、慢性期多機能、慢性期と整理できるのではないか。
- ・ 小規模病床を有する有床診療所は、病院や介護施設との連携や在宅医療を担い、柔軟な運用が可能である。入院機能を有する究極のかけつけ医機能であり、重要な医療資源である。小規模で柔軟な運用が可能。病院の病床とは異なる役割として、今まで以上に効果的かつ有効に活用されることに期待。病床機能区分にはなじまないため、「診療所病床」という新しい病床単位を考えてはどうか。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 病床機能報告について、福井県の取組として、病床単位で把握することにより、医療機関が病床機能を真剣に考える機会になった。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

これまでの「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③

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<外来、在宅>

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 医療と介護の複合ニーズに対応するため、医療（診療計画・看護計画・訪問看護計画等）からつながるケアプランの一体的な作成、専門性の高い看護師の外来・地域活動の推進、ケアの継続による重症化予防が重要。また、医療においても、アウトリーチ型の伴走支援が必要。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 在宅療養や在宅看取り、介護施設における医療ニーズの増大に対応するためには、地域全体での24時間体制の安定的・効率的な確保が急務。連携拠点となる訪問看護事業所を地域医療構想に位置づけ、全国医療情報プラットフォームの活用等による複数の訪問看護事業所の機能分化・連携を図る体制が必要。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

これまでの「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④

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<医療・介護連携>

- ・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。
- ・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。
- ・介護医療院と介護老人老健施設など、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。
- ・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。
- ・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。
- ・特養は、常時看護職員が健康状態を把握し、緊急を要する場合や医療的処置が必要となる場合に速やかに対応できる機能を備えているため、地域医療構想において、「居宅等」とは異なる位置づけを検討いただきたい。配置医師のあり方・機能・役割について、地域医療構想に位置づけることが必要。
- ・特養等利用者への切れ目のない診療を行うためには、緊急時や夜間を含むオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談できる仕組みが必要。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

<人材確保>

- ・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。
- ・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。
- ・国や地方自治体の役割として、タスクシェアに向けた人材育成が必要であり、特に特定行為ができる看護師の養成・推進が重要。
- ・生産年齢人口が減少していく中、他職種との協働や医療・看護DXの推進を前提としつつ、施設単位から、地域全体での看護職の育成・確保・共有への転換が必要。

これまでの「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⑤

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<医療機関機能>

- ・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。
- ・地域包括ケアの視点から、地域密着型多機能型病院が重要であり、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携が重要。

<構想区域>

- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・今後は二次医療圏ではなく、日常生活圏がベース。地域毎に状況は全く異なるため、医療DXを推進し、最新のデータを活用すべき。
- ・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。
- ・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。
- ・都道府県、二次医療圏の範囲では、地域完結型医療は困難であるため、市町村の高齢者保健福祉計画と地域医療構想の一体化、市町村個別の医療計画が必要。

これまでの「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⑥

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜医療提供体制のモデル＞

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ かかりつけ医機能、働き方改革、機能分化・連携、救急体制の確保について、公民関わりなく、未来を見据えて考える必要がある。
- ・ 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。
- ・ 病院完結型医療から地域完結型医療への転換は不十分。グループ・プラクティスの推進、中小病院の役割の明確化、かかりつけ医機能・多職種協働・看護小規模多機能型居宅介護・診療所における看護機能の推進が重要。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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意思を確認する「プレターミナルACP」が重要。
- ・ 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。

これまでの「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⑦

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<調整会議>

- ・ 地域医療構想は、地域の関係者が集まり、課題を共有する機会となり、機能分化に向けて一定の成果を上げてきた。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ ステークホルダー同士の信頼関係が重要。行政の聴く力、市町村の巻き込み、大胆な集約化、丁寧な説明と情報提供、トップダウンからボトムアップ、プッシュ型の情報開示等が必要。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 国民が地域医療構想に十分に参画できているとはいえないため、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。

<地域医療介護総合確保基金>

- ・ 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。
- ・ 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。

<都道府県の権限、市町村の役割等>

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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の論点（案）①

- 新たな地域医療構想の検討において、以下の論点について検討を進めてはどうか。

1. 新たな地域医療構想の方向性（総論）

- 2035年、2040年、さらにその先を見据えると、
 - ・ 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる85歳以上の高齢者の増加への対応
 - ・ 生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約
 - ・ 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大（人口動態、医療需要、疾病構造等）
 等の課題が想定され、これらの課題に対応し、持続可能な医療提供体制を確保することが重要。
- このような中、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）をどう考えるか。
- また、新たな地域医療構想について、どのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるか。 など
 ※ 6月21日の検討会で総論を議論した上で、その後の検討会で各論を順次議論していき、また総論の議論に戻ることを想定

2. 新たな地域医療構想の具体的な内容、その達成に向けた取組（各論）

（1）入院（病床の機能分化・連携等）

- 2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、構想区域ごと・機能ごとに乖離が生じている。2040年頃を見据えると、85歳以上の高齢者の増加に伴い、高齢者救急、リハビリ、在宅復帰支援等を行う機能の重要性が高まるという指摘がある。地域医療構想の進捗・課題等を踏まえ、病床の機能分化・連携の推進に向けて、どのような対応が考えられるか。
 - ・ 将来の病床の必要量を推計するに当たり、機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の在り方、医療資源投入量、受療率、病床稼働率等の考え方、在宅医療等への移行や介護医療院・老健・特養・高齢者住まい等の介護における受け皿等を踏まえた推計方法について、どのように考えるか。現状投影のほか、改革モデル等の複数シナリオの推計をどう考えるか。
 - ・ 病床の機能によって広域の圏域で必要量の推計や協議を行うことについて、どのように考えるか。
 - ・ 病床機能報告について、機能区分の在り方（名称、定義等）、報告基準について、どのように考えるか。また、各都道府県の導入する定量的基準についてどのように考えるか。 など
- 2040年頃を見据え、人口構造の変化により医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、医療情報の共有基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等を行いつつ、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療等の活用等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか。特に都市部では高齢者救急等の増加にどのように対応し、特に過疎地域では人口減少や医療従事者不足等が懸念される中で必要な医療機能をどのように維持していくか。
- 感染症対応について、病床確保等に係る都道府県と医療機関の協定の仕組みがあるが、地域医療構想でどのように考えるか。
- 精神病床について、将来の病床の必要量の推計や病床機能報告においてどのように考えるか。
- 将来の病床の必要量と基準病床数との関係について、どのように考えるか。 など

新たな地域医療構想の論点（案）②

（2）外来医療、在宅医療

- 現行の地域医療構想では、将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、外来や在宅医療等を含めた、地域の医療提供体制全体の議論が不十分。外来医療、在宅医療、看取り等について、地域ごとに現状や将来の需要推計を踏まえ、将来の医療提供体制のあるべき姿を議論することについて、どのように考えるか。現状投影のほか、改革モデル等の複数シナリオの推計をどう考えるか。
- 2040年頃を見据えると、地域によって、外来需要は減少又は横ばい、在宅需要は増加が見込まれ、医師の高齢化や人材確保等が課題となる中、身近な地域で日常的な診療の総合的・継続的实施や在宅医療の提供等を行う「かかりつけ医機能を担う医療機関」や「専門外来中心の医療機関」の連携、地域の病床・介護施設等の資源量も踏まえた在宅医療の強化や後方支援病床の確保等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか。特に過疎地域では人口減少や医療従事者不足等が懸念される中で、地域によって、高齢者の集住やコンパクトシティ等の取組とあわせて、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、オンライン診療、ヘルスケアモビリティの活用等により、必要な医療機能をどのように維持していくか。
- 高齢者の増加に伴い、地域における初期救急体制をどのように確保するか。
- 在宅医療の推進等における市町村の役割について、どのように考えるか。
- 死亡数の増加に伴う看取りの体制強化やACPの推進について、どのように対応するか。 など

（3）医療・介護連携

- 地域における介護医療院・老健・特養・高齢者住まい等の医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）の状況を把握して、医療と介護の連携の強化をどのように図っていくか。介護施設等における医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）について、地域医療構想からどう考えるか。
- 医療と介護の連携強化に向けて、情報連携、入退院支援の強化、急変時の対応の地域のルールづくりなど、どのような対応が考えられるか。
- 介護保険事業計画との整合性の確保をさらに推進すべきではないか。
- 介護保険や在宅医療・介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。 など

（4）人材確保

- 2040年頃を見据え、人材確保が困難になると見込まれる中、医療従事者の需給を勘案して、地域の医療提供体制の検討を行うことについて、どのように考えるか。
- 医療従事者の不足に対応するため、医療機関の集約化やICT等の活用による医療従事者の効率的な配置、専門職間のタスクシフトなど、どのような対応が考えられるか。
- 限られた医療資源の中で効率的な医療提供体制を確保するため、医療DX、遠隔医療、オンライン診療、地域医療連携推進法人制度など、どのような対応が考えられるか。 など

新たな地域医療構想の論点（案）③

（5）医療機関機能、構想区域、医療提供体制のモデル

- 2040年頃を見据えて、医療人材の確保が困難になる中で、医療需要の質・量の変化に対応できるよう、医療の質、救急等の受入体制、人材確保等の観点から、医療機関機能に着目して、医療機関の役割分担・連携を推進することについて、どのように考えるか。その際、身近な地域における高齢者等の外来・在宅・救急・入院・介護連携等の包括的な支援機能、二次救急等を受け入れる機能、三次救急や人材確保等の拠点となる機能など、医療機関機能の機能区分、報告や協定等の手法のあり方について、どのように考えるか。
- 二次医療圏をベースとする現行の構想区域について、人口動態、医療資源、移動・搬送時間等を踏まえ、構想区域の見直し（合併、分割等）や、複数の構想区域での合同協議等の弾力的な運用を行うことについて、どのように考えるか。また、協議するテーマに応じて、かかりつけ医機能、在宅医療、医療・介護連携等は市町村単位等で設定するなど、重層的に構想区域を設定することについて、どのように考えるか。
- 地域の実情に応じた医療提供体制の協議に資するよう、人口動態等により構想区域を類型化し、類型ごとに、求められる医療機関の機能や配置のあり方を含む医療提供体制のモデルを示すことについて、どのように考えるか。 など

（6）地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割等

- 新たな地域医療構想においては、病床だけではなく、外来、在宅医療、医療・介護連携等を対象にすることを踏まえ、調整会議の実効性を確保するため、協議する内容に応じた市町村単位等での開催、市町村や介護関係団体の参画など、どのような対応が考えられるか。協議の場や協議すべき課題の増加に伴い、効果的かつ効率的に会議を開催するために、どのような対応が考えられるか。
- 調整会議における協議の活性化に向けたデータ分析・活用、地域診断等のあり方について、どのように考えるか。
- 調整会議の議論等、地域医療構想に関する内容の周知を進めるため、どのように対応するか。
- 地域医療介護総合確保基金について、これまでの活用状況、都道府県や医療機関のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが考えられるか。
- 都道府県知事の権限について、権限行使の状況、都道府県のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが考えられるか。
- PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進のあり方について、どのように考えるか。
- 介護保険や在宅医療・介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。 など

新たな地域医療構想の方向性（総論）（案）

- 2035年、2040年、さらにその先を見据えると、
 - ・ 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる85歳以上の高齢者の増加への対応
 - ・ 生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約
 - ・ 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大（人口動態、医療需要、疾病構造等）
 等の課題が想定され、これらの課題に対応し、持続可能な医療提供体制を確保することが重要。
- このような中、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）をどう考えるか。
- また、新たな地域医療構想について、どのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるか。
 - ※ 6月21日の検討会で総論を議論した上で、その後の検討会で各論を順次議論していき、また総論の議論に戻ることを想定
- **新たな地域医療構想の目指す方向性（イメージ案）**
 - ・ 現行の地域医療構想は、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床機能の分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの。
 - 新たな地域医療構想は、2040年頃を見据えて、85歳以上人口の増加、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が困難となることが見込まれる中で、地域ごとに在宅医療や医療・介護複合ニーズ等の増加、生産年齢人口に係る医療需要の減少等に対して、医療機関等が機能に応じて連携するとともに、介護施設・事業者・住まい等とも連携しながら対応することにより、持続可能な質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの。
 - 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差を踏まえつつ、例えば36～37ページのイメージのように、身近な地域におけるかかりつけ医機能やそれを支える入院機能等、より広い区域における二次救急等を受け入れる機能、さらに広い区域における三次救急や人材確保等の拠点となる機能等の確保など、階層的に地域で必要な医療提供体制の確保を目指す。
- **新たな地域医療構想の視点・手法（イメージ案）**
 - ・ 現行の地域医療構想は、機能ごとに2025年の病床数の必要量を推計し、医療機関から現在の病床機能と将来の方向性を報告して、地域で協議を行うこと等により、病床機能の分化・連携を推進。
 - 新たな地域医療構想は、2040年頃を見据えて、将来の病床・外来・在宅等の医療需要の推計や医療従事者の確保の見込みを踏まえ、外来医療、在宅医療、介護施設・事業者・住まい等との連携等について地域（身近な地域）で協議を行うとともに、入院機能について地域（より広い区域）で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整を行うことにより、地域の医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示す。あわせて、将来ビジョンを踏まえ、医療機関から現在の役割・機能と将来の方向性を報告して、地域で協議を行うとともに、将来ビジョンを実現するための様々な施策を講じることにより、医療機関の役割分担・連携、病床機能の分化・連携等を推進。
 - その際、国において、2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する区域のあり方や医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）を示す。地域の協議の参考となる地域診断のデータを示す。
 - 地域医療構想において中長期的な将来の医療需要や医療資源等を踏まえた医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示すこと、その中で医療計画は直近6年間（一部3年間）の五疾病六事業に関する事項等の具体的な取組を定めること等、医療計画と地域医療構想の関係を明確化する。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）①

- 慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れて、今後の人口動態・医療需要等を踏まえ、地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制について、地域での連携も含め、以下のようなイメージを念頭におきながら、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討を進めてはどうか。

※ 本資料の記載はかかりつけ医機能に関連しそうな主なものであり、記載していない医療機能の必要性・重要性を否定するものではない。
 ※ 本資料は事務局で一定の整理を試みたものであり、引き続き議論を行うもの。

1. 2040年頃までを視野に入れた人口動態・医療需要

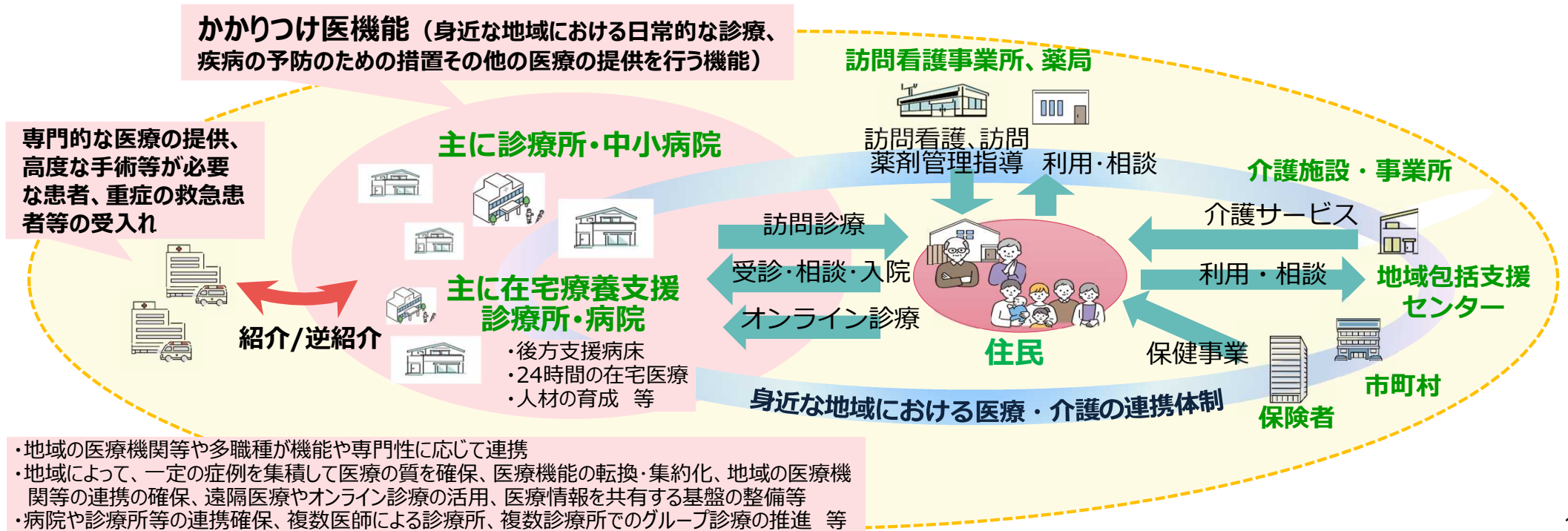
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保し、地域の医療需要に対応することが一層重要となるのではないかと。
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者の増加に伴い、地域において以下のような機能を確保することが一層重要となるのではないかと。
- ▶ 複数の慢性疾患の継続的な管理を行う機能
 - ▶ 患者に体調悪化が生じた場合に、生活背景等も踏まえた全人的な診療や保健指導等を行う機能
 - ▶ 必要に応じて他の専門的な医療機関に紹介し、その後、患者の状態が落ち着いた場合は、逆紹介を受け身近な地域で継続的に医療を提供する機能
 - ▶ 認知症対応を行う機能
 - ▶ 高齢者の体調急変時に夜間・休日対応を行う機能、初期救急や二次救急等で高齢者を受け入れる機能
 - ▶ 医療機関等で医療情報の共有を行い、継続的な治療や服薬管理等を行う機能
 - ▶ 生活の場で高齢者を支える在宅医療を行う機能
 - ▶ 在宅療養者の後方支援病床を確保し、入院医療機関と在宅医療を行う医療機関等が連携し、入退院時の情報共有・支援を行う機能
 - ▶ 高齢者施設における入所者の高齢化も踏まえ、高齢者施設の入所者に対する日常的な健康管理、慢性疾患の管理、体調急変時に備えた指導や体調急変時の対応など、高齢者施設における医療を行う機能
 - ▶ 自宅や高齢者施設を含め、看取り・ターミナルケアを行う機能。本人の望む医療やケアを繰り返し話し合うACPを行う機能
 - ▶ 地域包括ケアシステムの中で、主治医意見書、地域ケア会議、ケアカンファレンス、認定審査会等の対応をはじめ、介護サービス・生活支援サービス等との連携・調整を行う機能
 - ▶ 高齢者の生活を支える観点から、治療等とともに、健康相談・生活指導等を行う機能
 - ▶ 予防の観点から、健診・予防接種等を行う機能 など
- 高齢者が増加する中で、治し支える医療を提供するため、個々の医師の担う領域を広げていけるよう、医師の教育や研修の充実が重要となるのではないかと。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

2. 2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

- 生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域に必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないかと。
- ▶ 生産年齢人口が減少して医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
- ▶ 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
- ▶ 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。
- 医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代が医療・健診・健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないかと。

3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



第7回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年8月26日

資料1

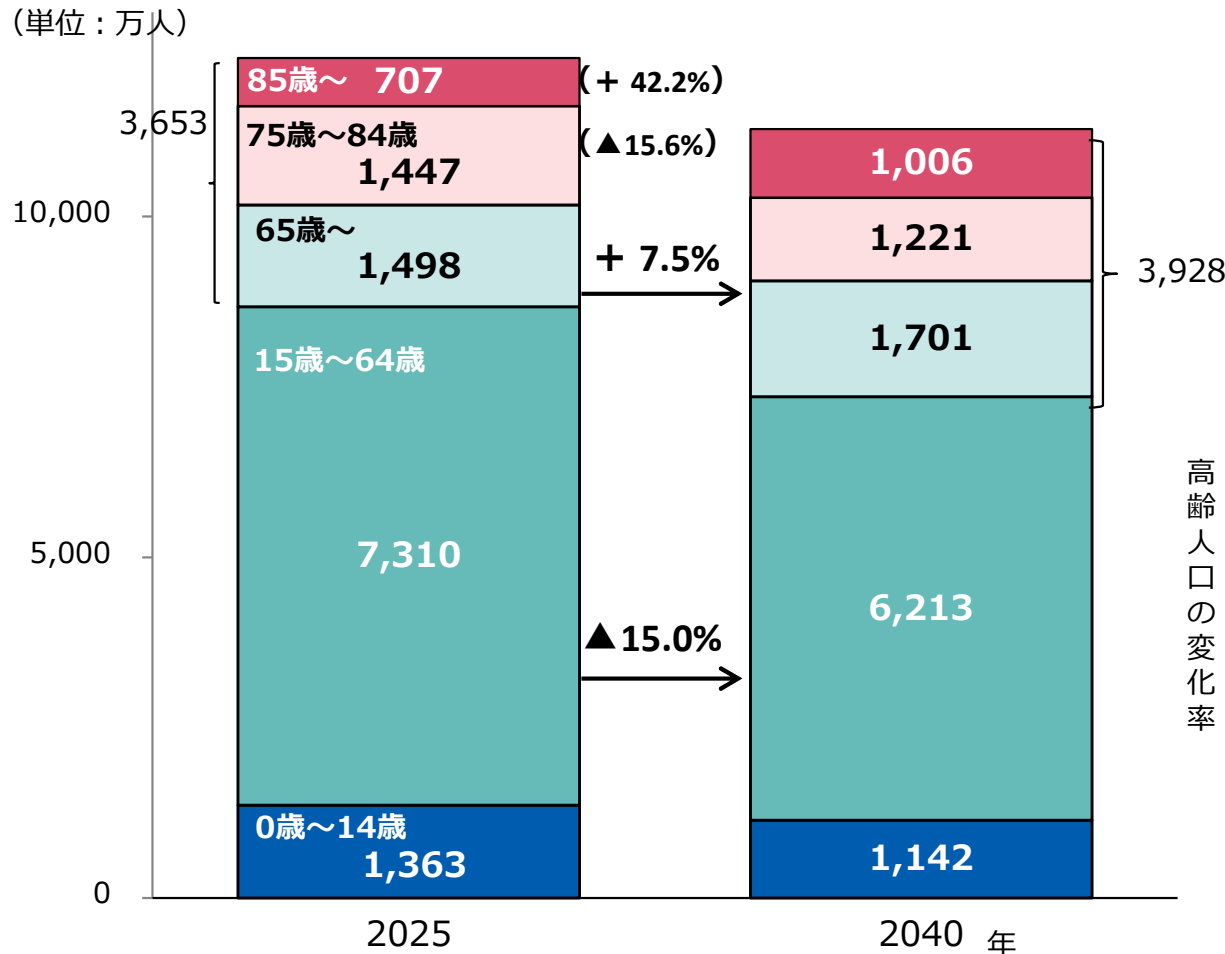
新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について

1. 2040年頃の医療をとりまく状況と課題

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

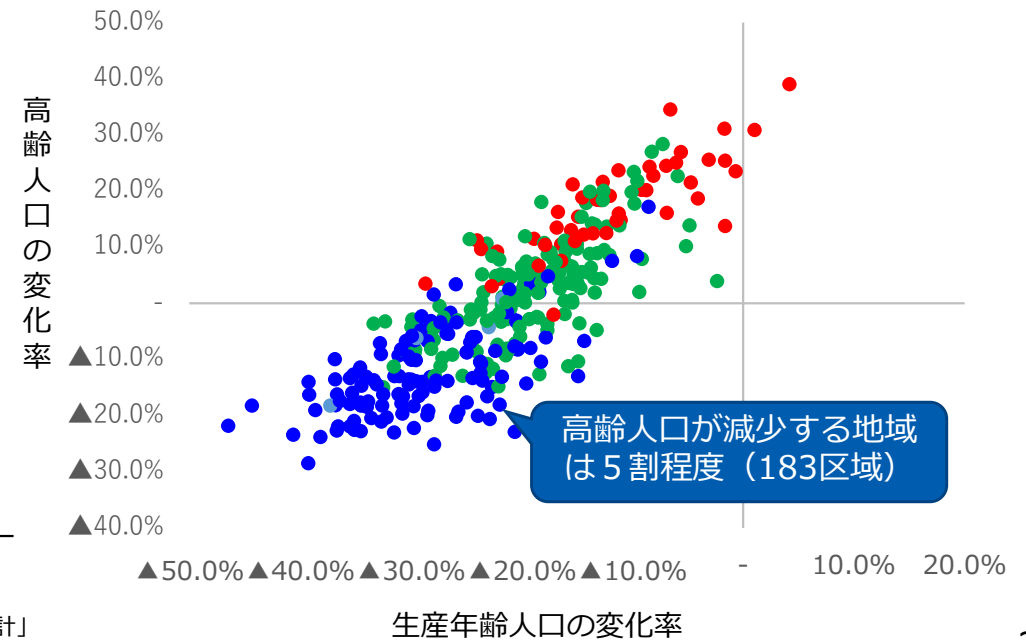
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10~20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外

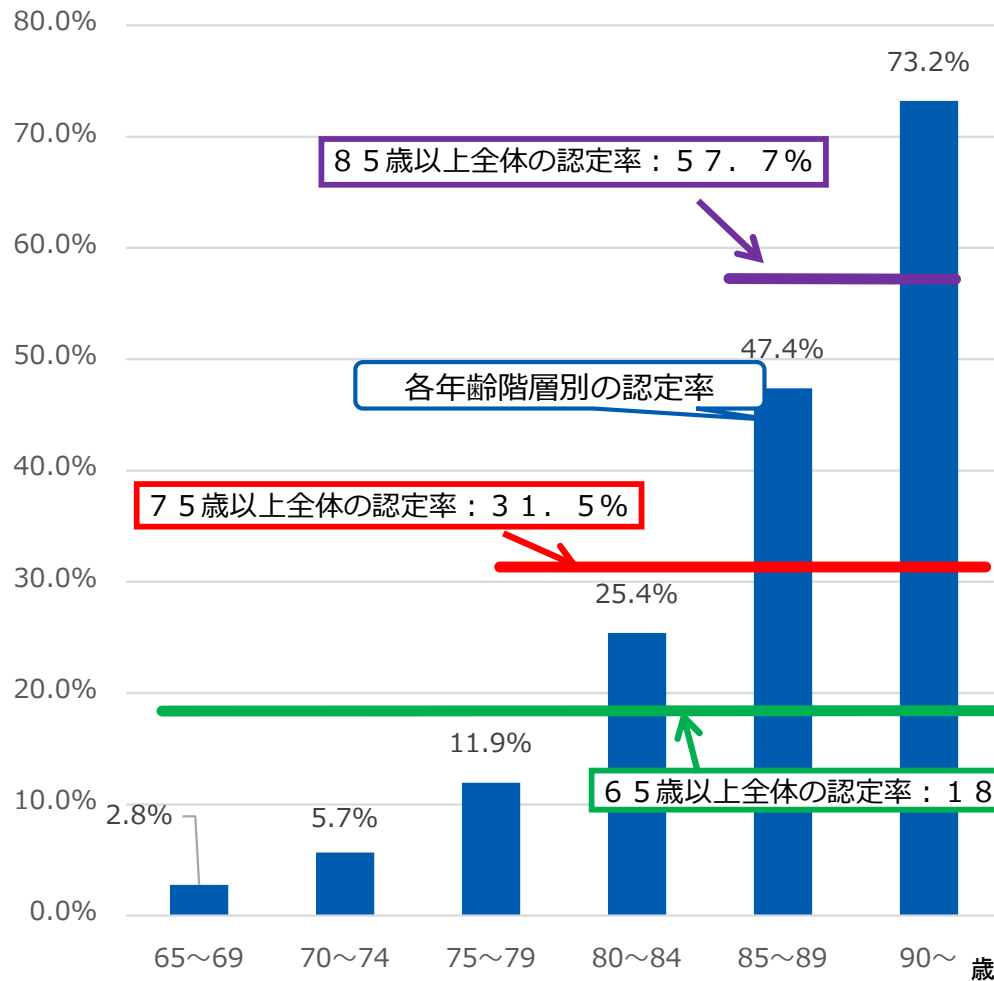


(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

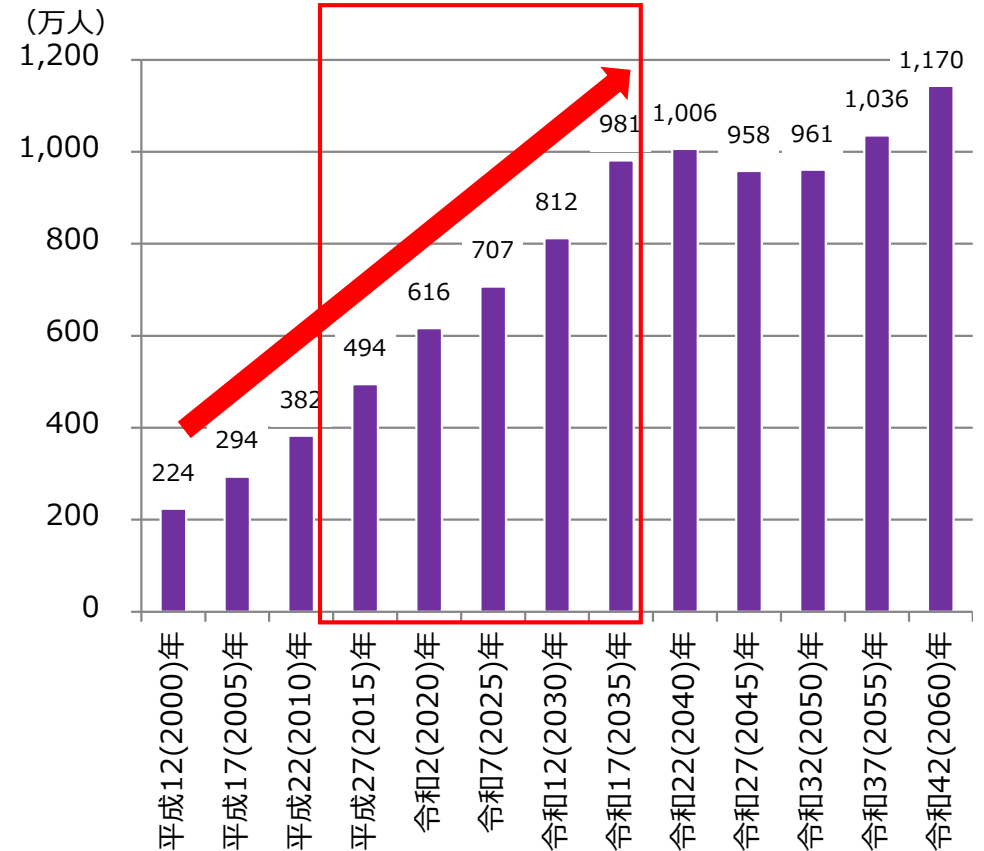
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

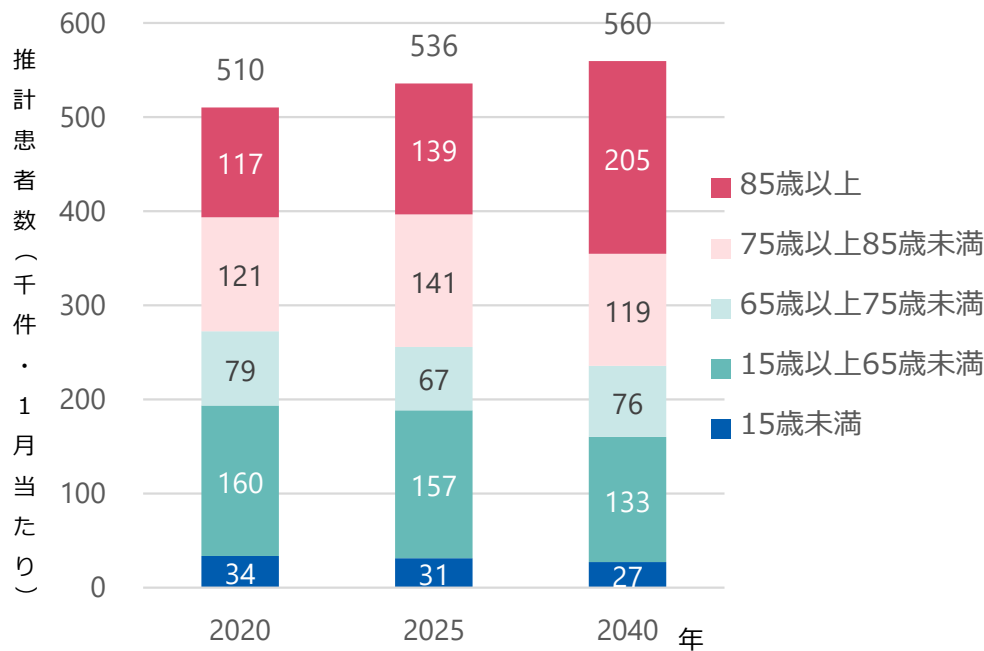
出典：2022年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2022年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

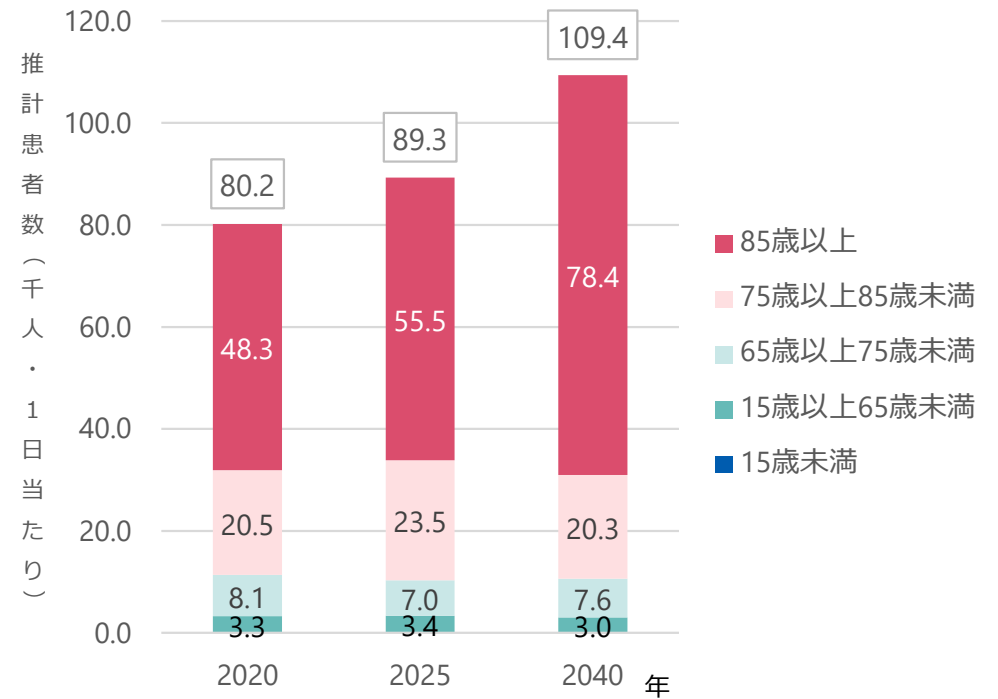
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



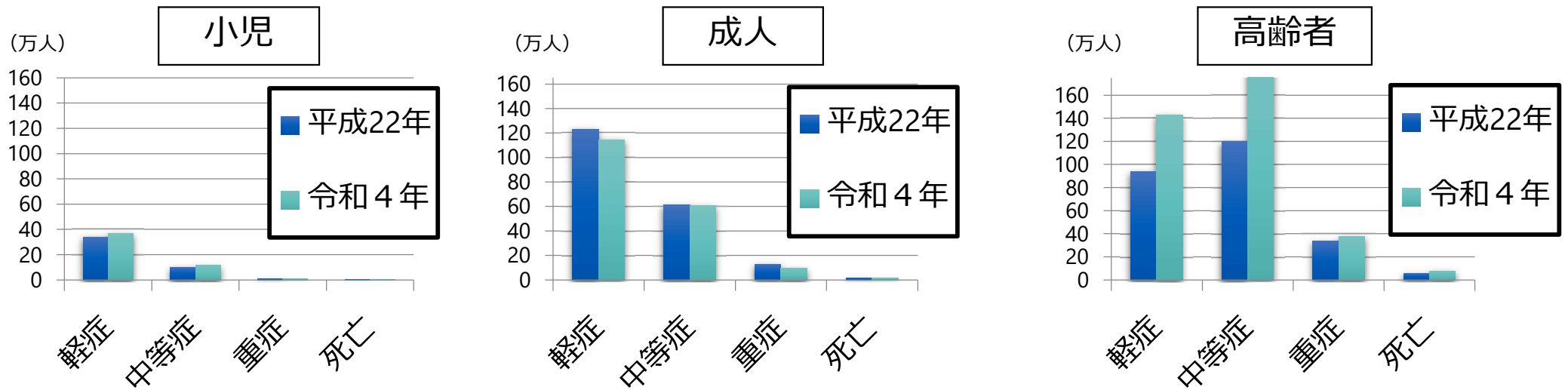
2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017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）」を基に地域医療計画課において推計。

2010年と2022年の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の軽症・中等症の救急搬送が増加している。



2010年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

令和5年度「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータ（第32及び38表）をもとに分析。総人口については、「救急・救助の現況」に準じ令和2年国勢調査人口を記載

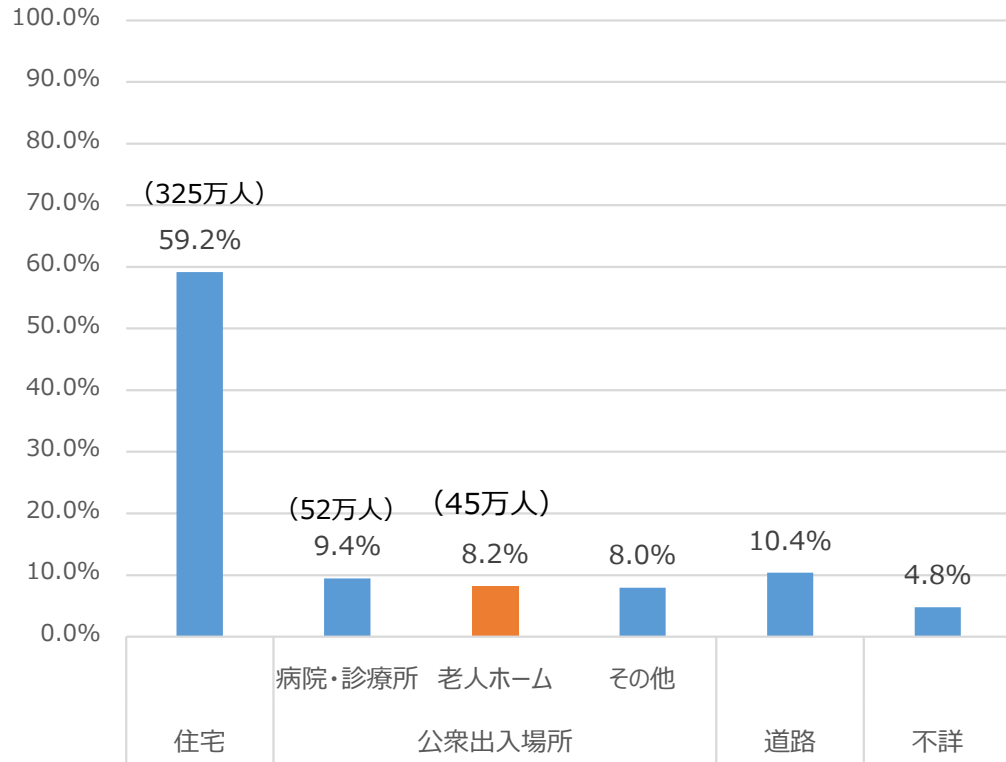
2022年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 -0.03万人 ▲33%	1.3万人 -0.3万人 ▲19%	7.8万人 +1.9万人 +32%
重症 (長期入院)	0.8万人 -0.3万人 ▲27%	9.6万人 -3.1万人 ▲24%	37.7万人 +3.7万人 +11%
中等症 (入院診療)	11.4万人 +1.2万人 +12%	60.8万人 -0.4万人 ▲1%	198.0万人 +78.2万人 +65%
軽症 (外来診療)	36.9万人 +2.8万人 +8%	114.5万人 -8.3万人 ▲7%	142.7万人 +48.8万人 +52%
総人口	1826.2万人 -223.4万人 ▲11%	6961.6万人 -846.1万人 ▲11%	3533.6万人 +585.2万人 +20%

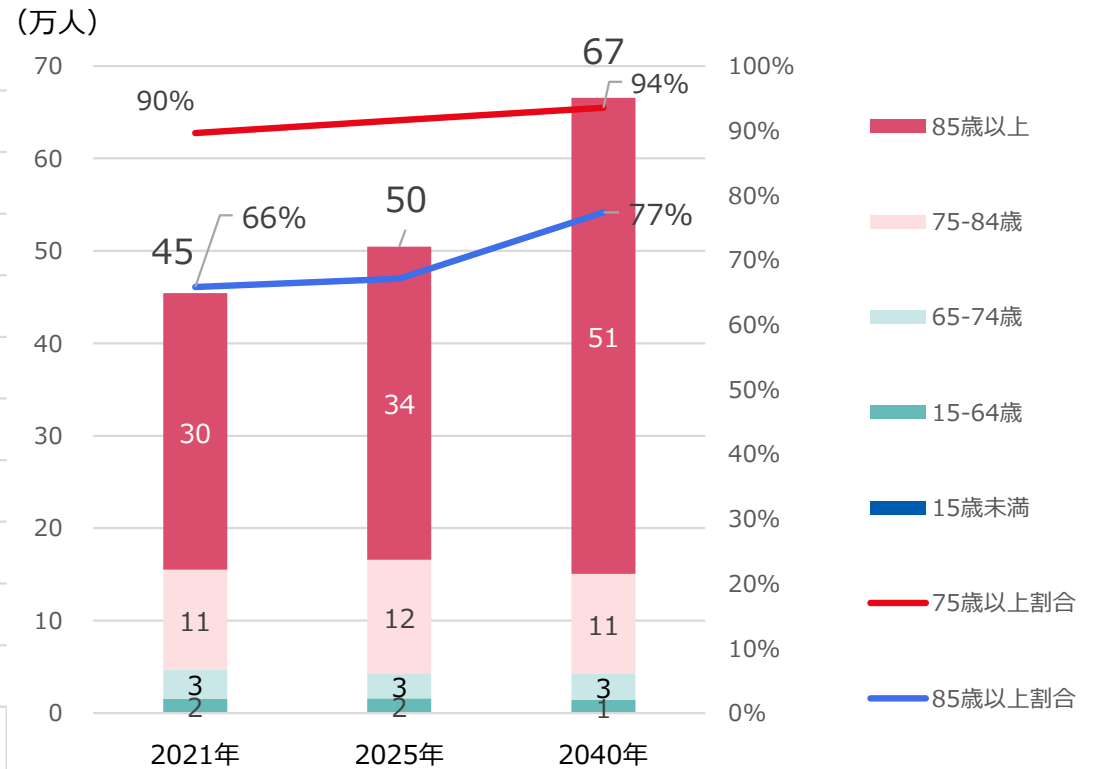
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳 (令和3年)



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
 国立社会保障・人口問題研究所「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作成

在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

意見交換 資料5 - 参考 - 1
R 5 . 3 . 1 5

○ 一般病院への入院(※)が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果（要介護1）

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科（国民健康保険、後期高齢者医療制度）及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

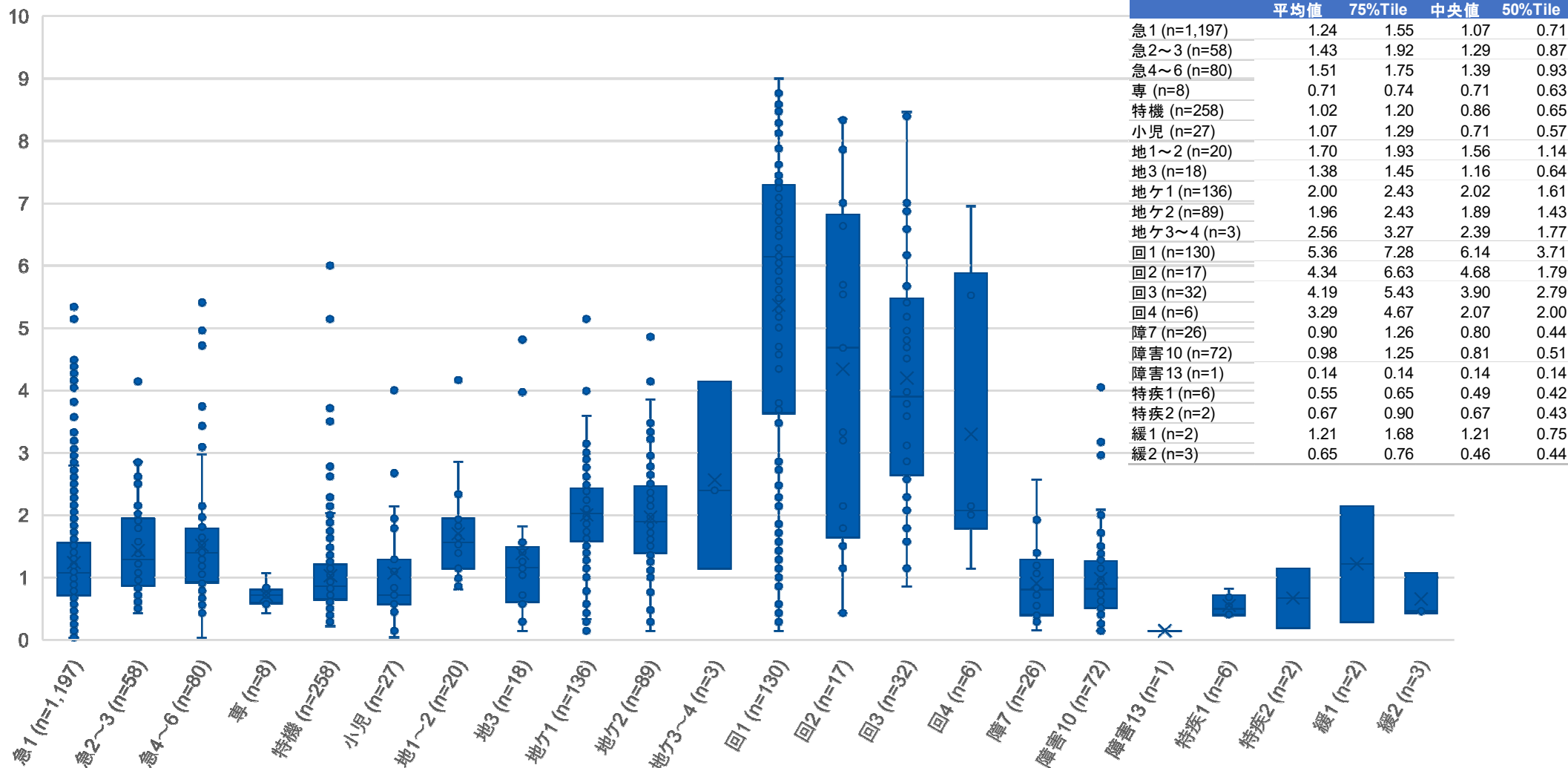
入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

診調組 入-1
5 9 6

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。

入院料別リハビリテーション1日平均提供単位数

平均値・四分位数



入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。

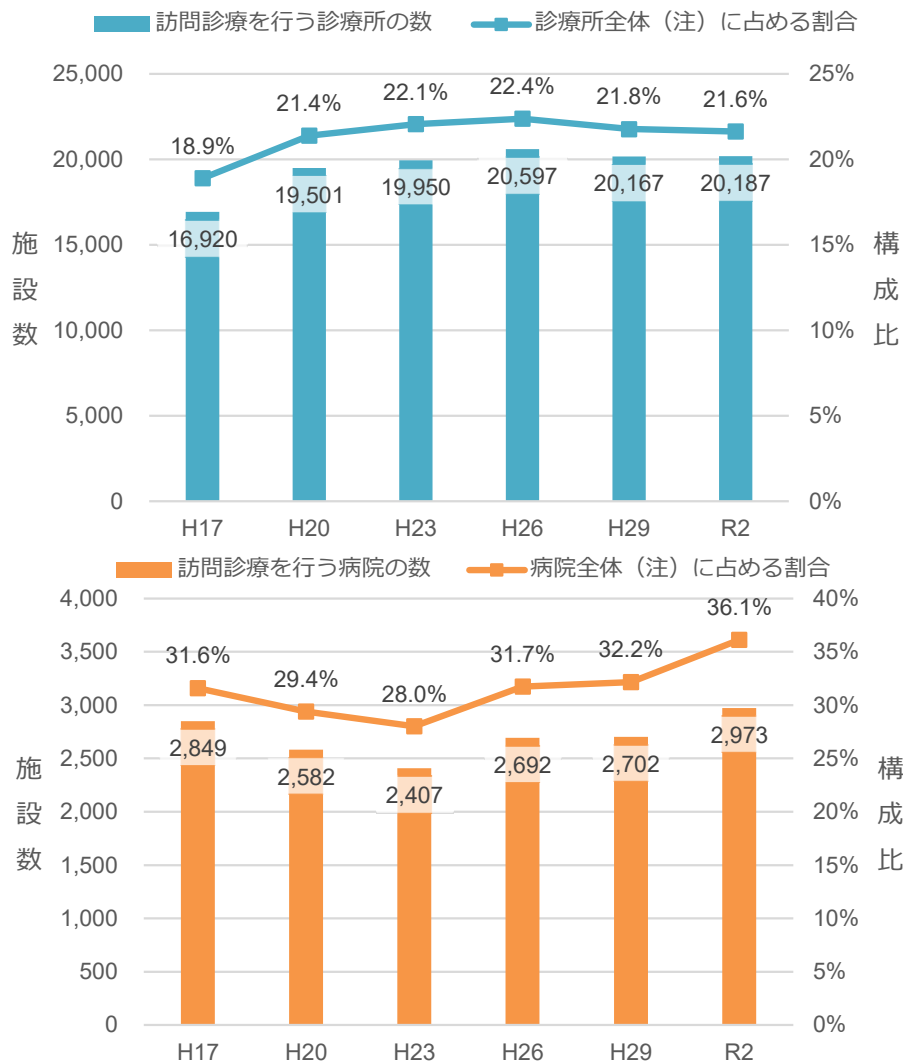
出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2~ 3(n=46)	急性期一般入院料4~ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

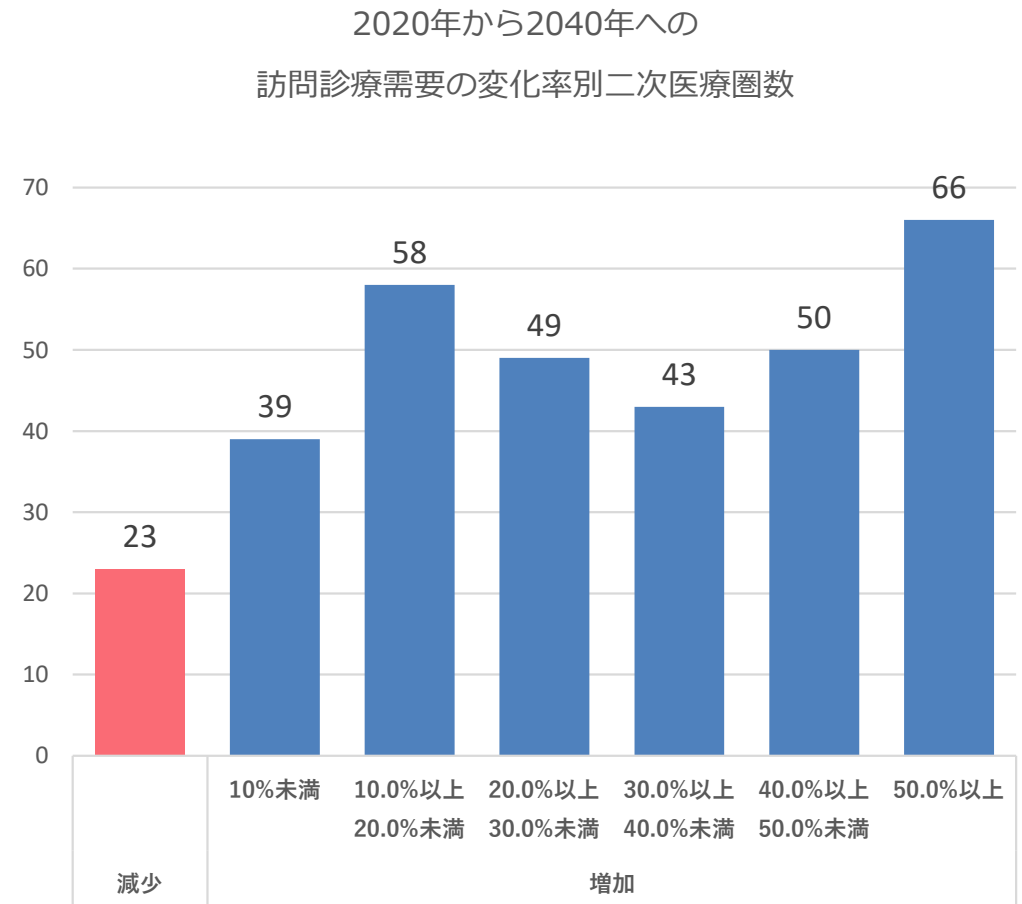
在宅医療の需要と供給

在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

在宅医療の提供体制



在宅医療の需要（二次医療圏毎）

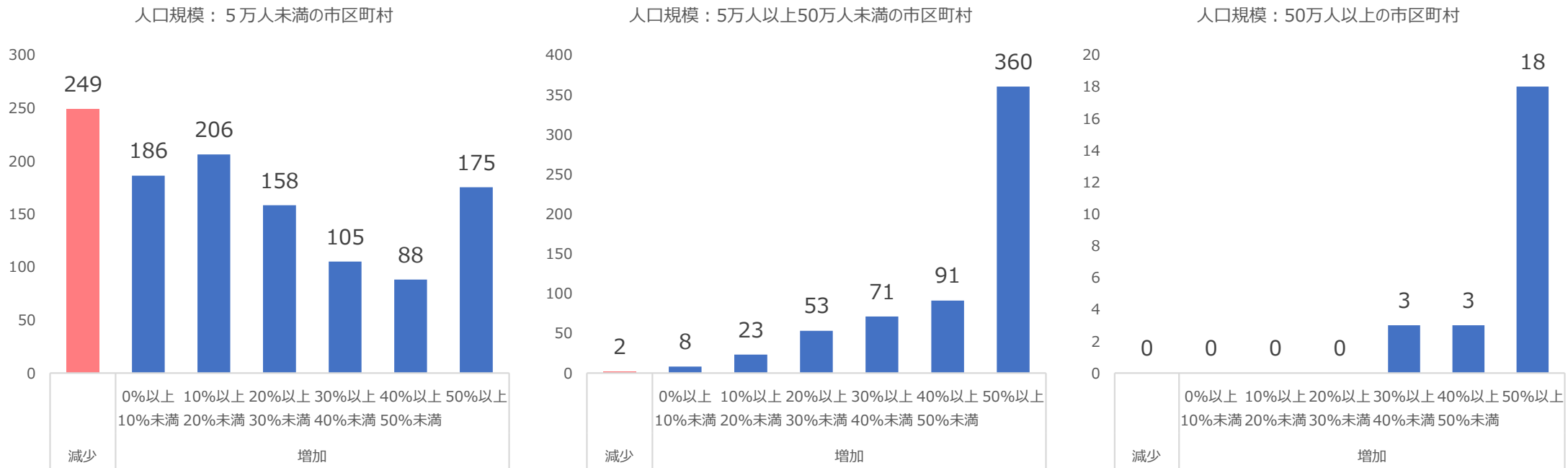


出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
 を基に地域医療計画課において推計。
 ※令和6年4月1日時点において二次医療圏は330であるが、上記の将来推計人口について、福島県相
 双及びいわきの2二次医療圏は推計結果がないため、328二次医療圏の推計結果である。

地域別にみた訪問診療需要の変化の状況

- 2020年から2040年にかけて、人口規模5万人未満の一部の市区町村を除き、多くの市区町村で訪問診療の需要は増加する見込み。特に、人口規模5万人以上50万人未満、50万人以上の市区町村では、多数の市区町村で訪問診療の需要が50%以上増加する見込み。

2020年から2040年への訪問診療需要の変化率別市区町村数（人口規模別）

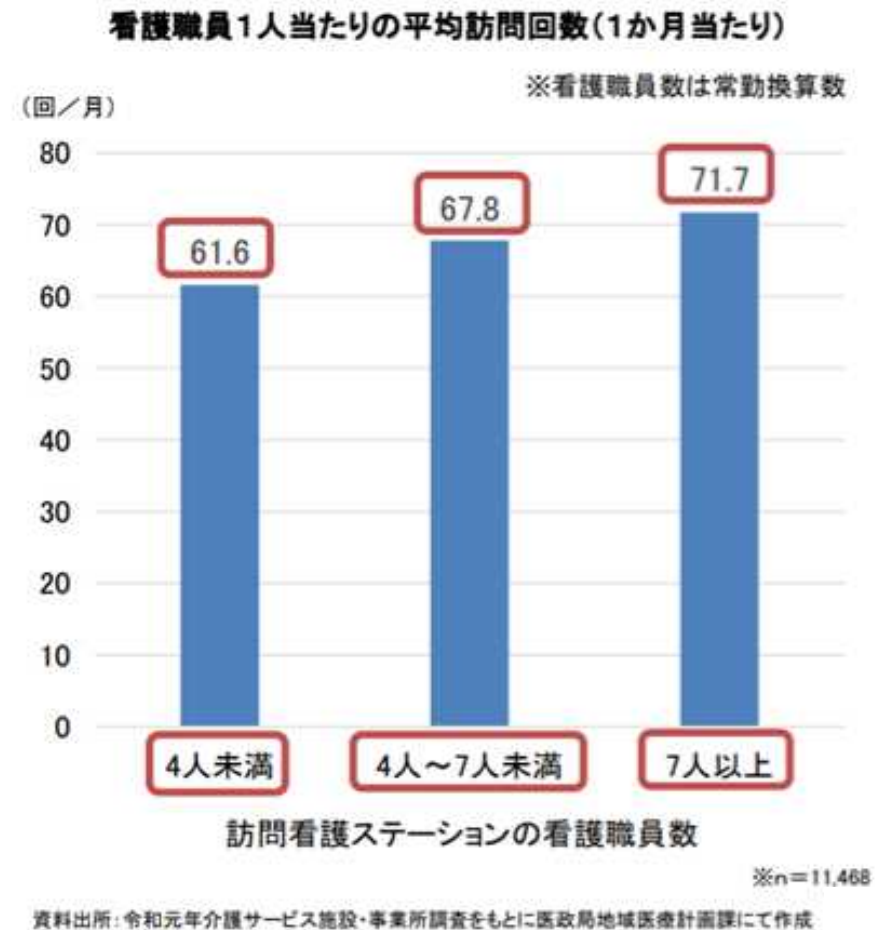
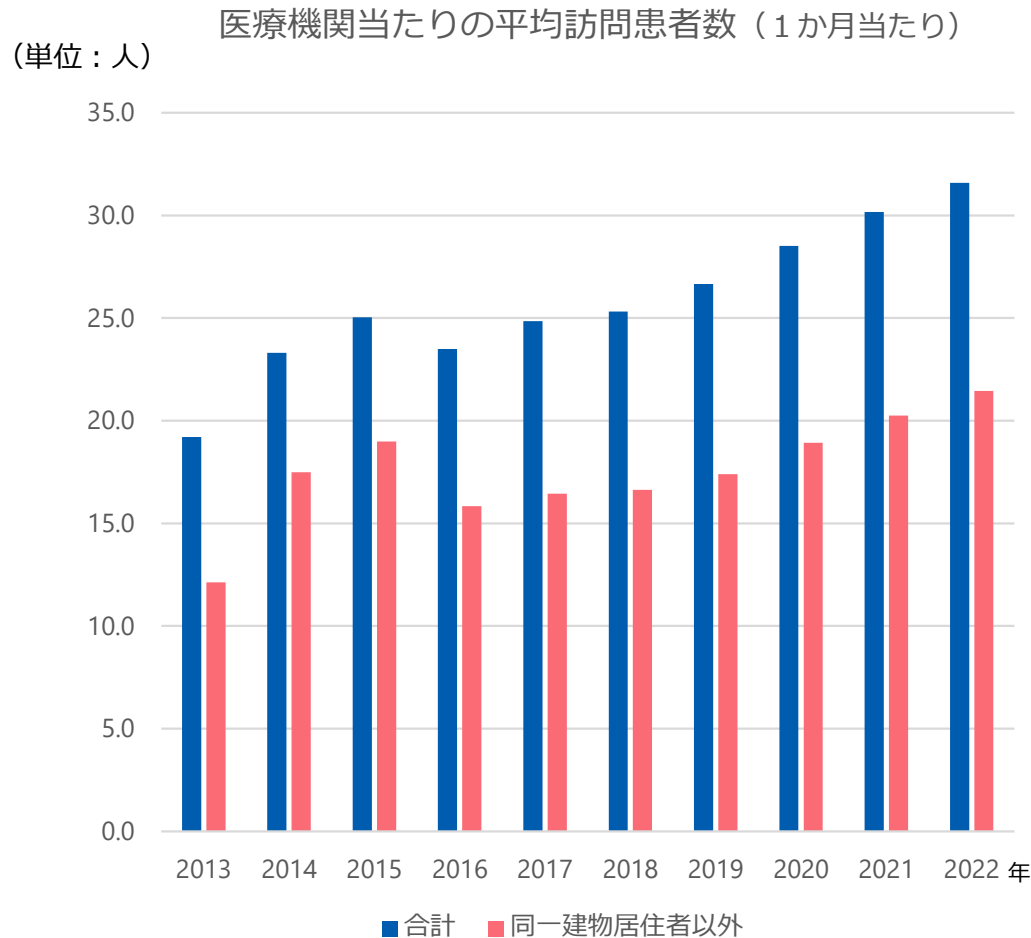


資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口」(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2019年推計)に適用して作成。

※東京都特別区及び政令市については、各区を一つの市区町村とみなして集計

在宅医療の訪問患者数

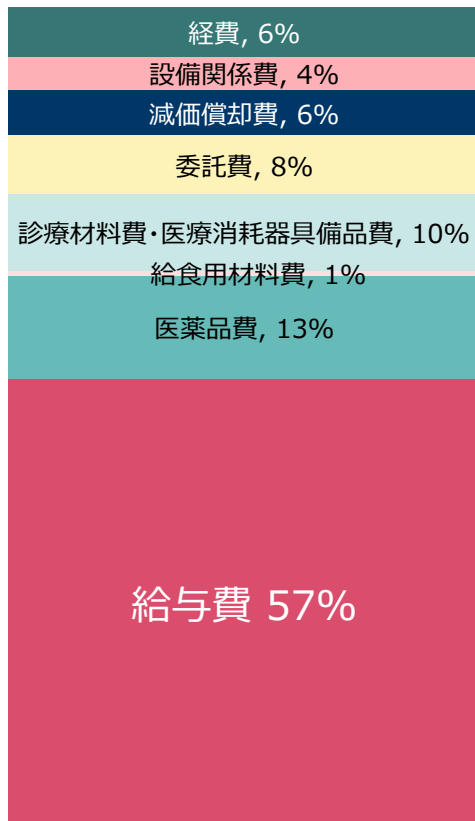
在宅医療において、医療機関・職員当たりの訪問できる患者数に限りがある。



病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

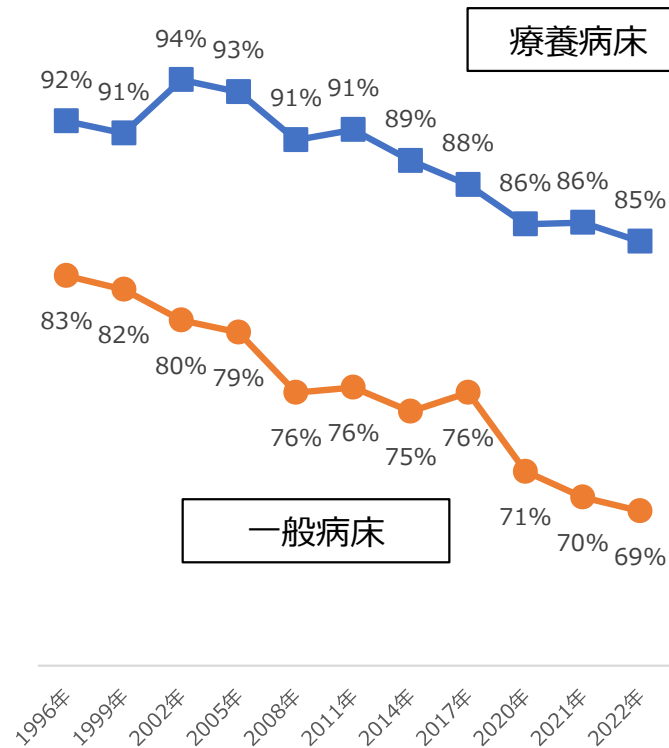
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移

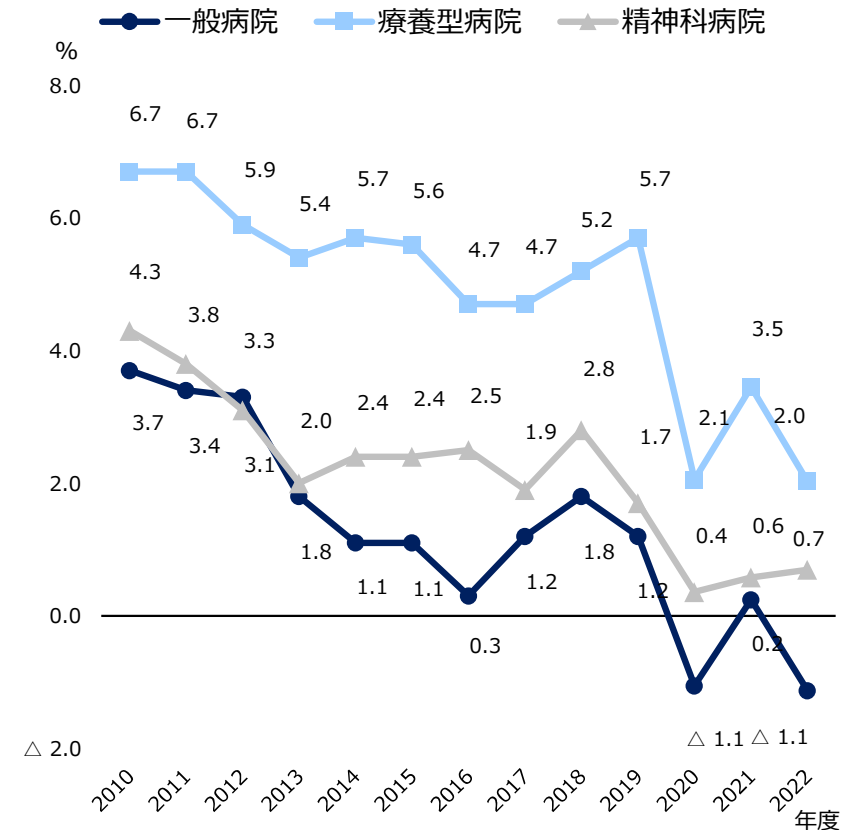


資料出所：厚生労働省「病院報告」

- ※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過旧療養型病床群の数値である。
- ※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過旧その他の病床（経過旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



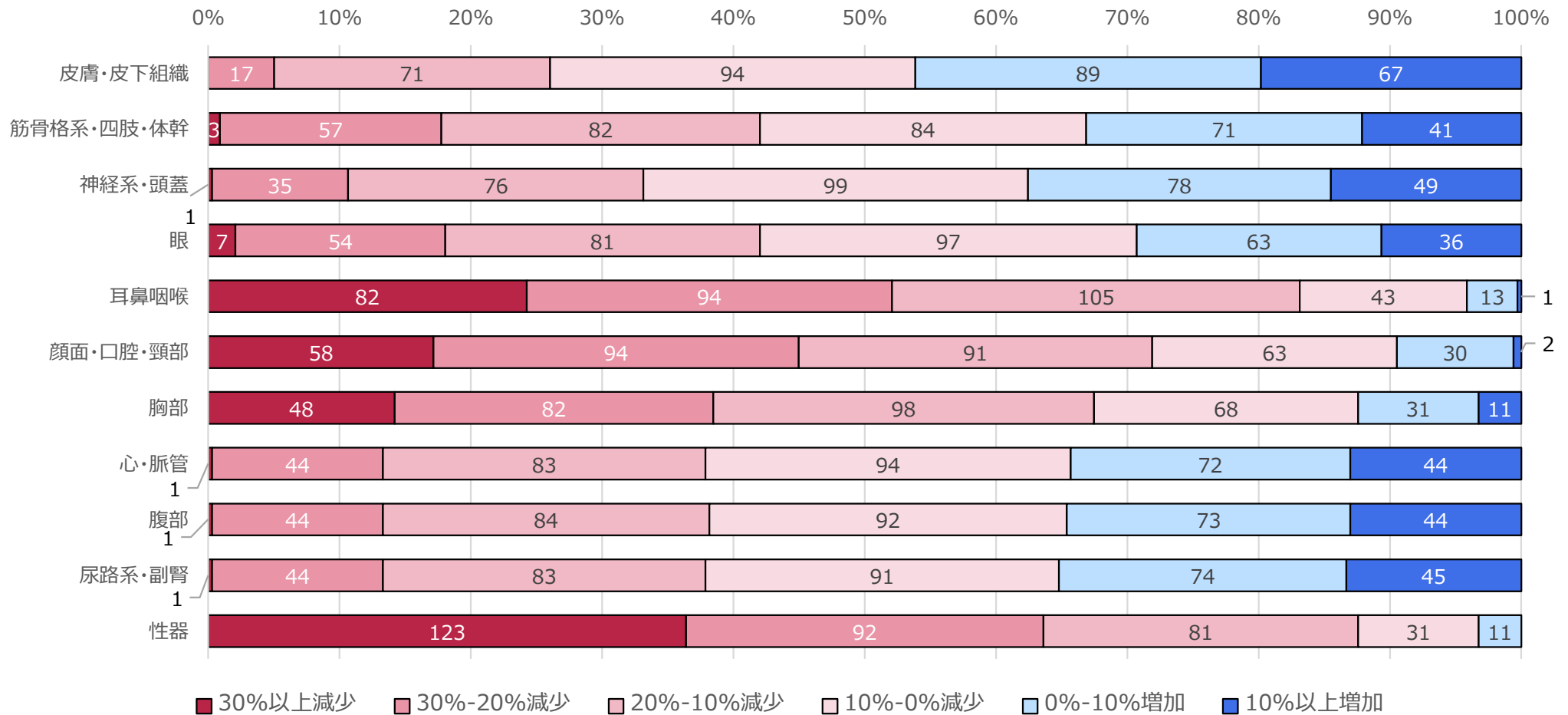
- 注1) コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい
- 注2) コロナ対応のかけ増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおりの補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

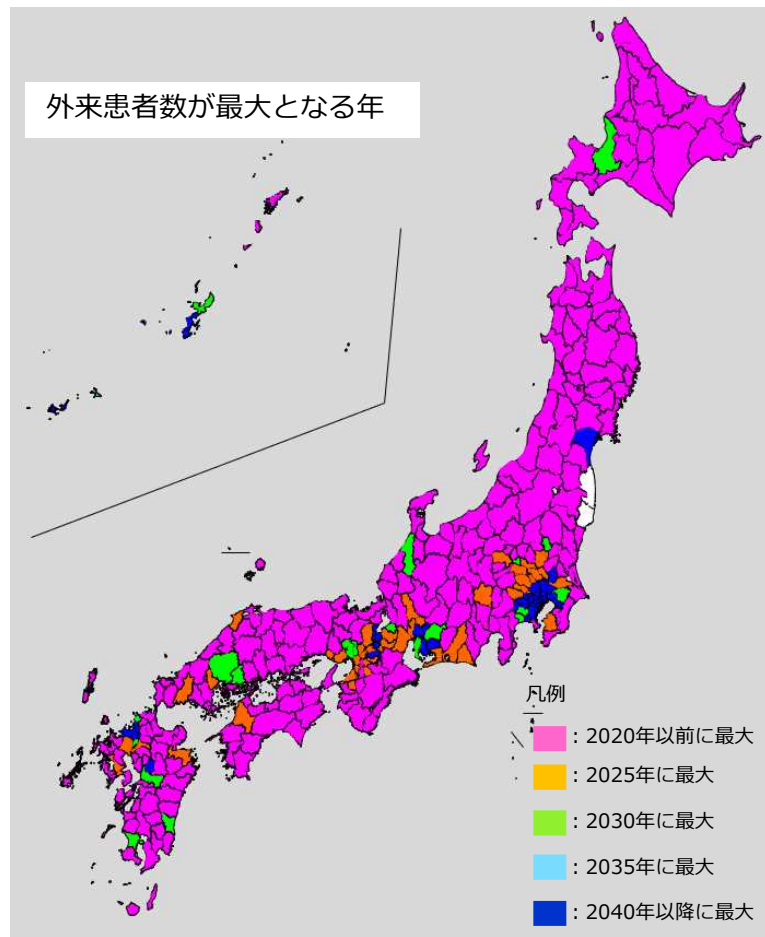
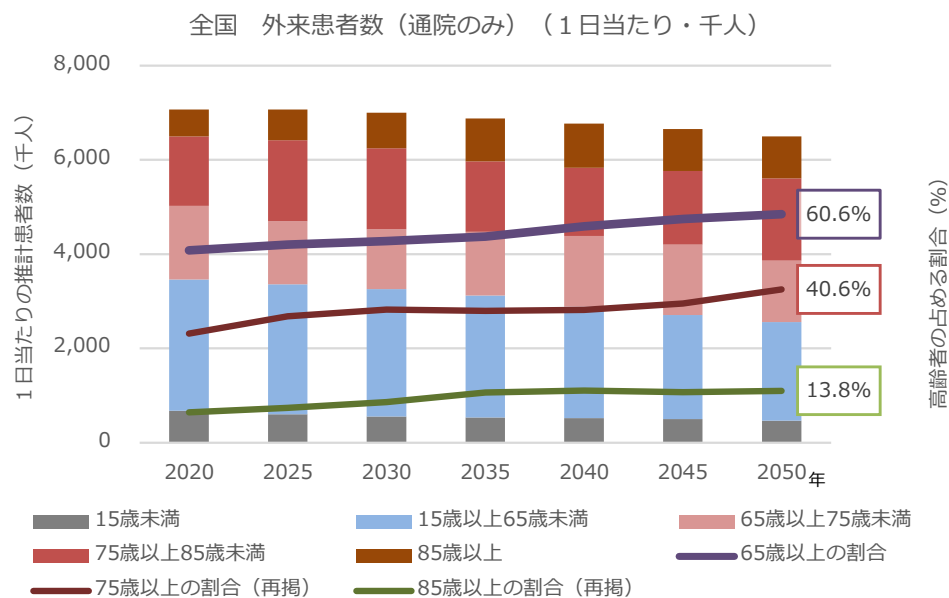
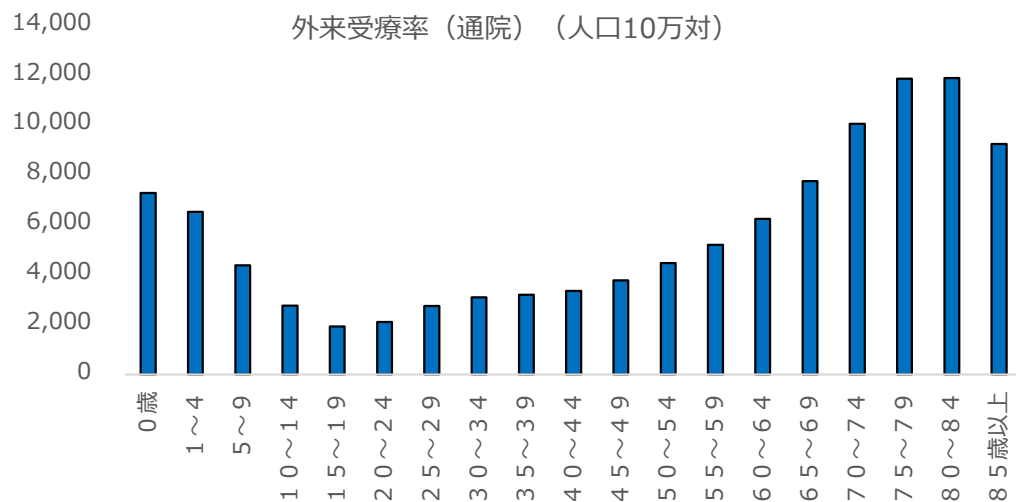
2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022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」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・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。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県を受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

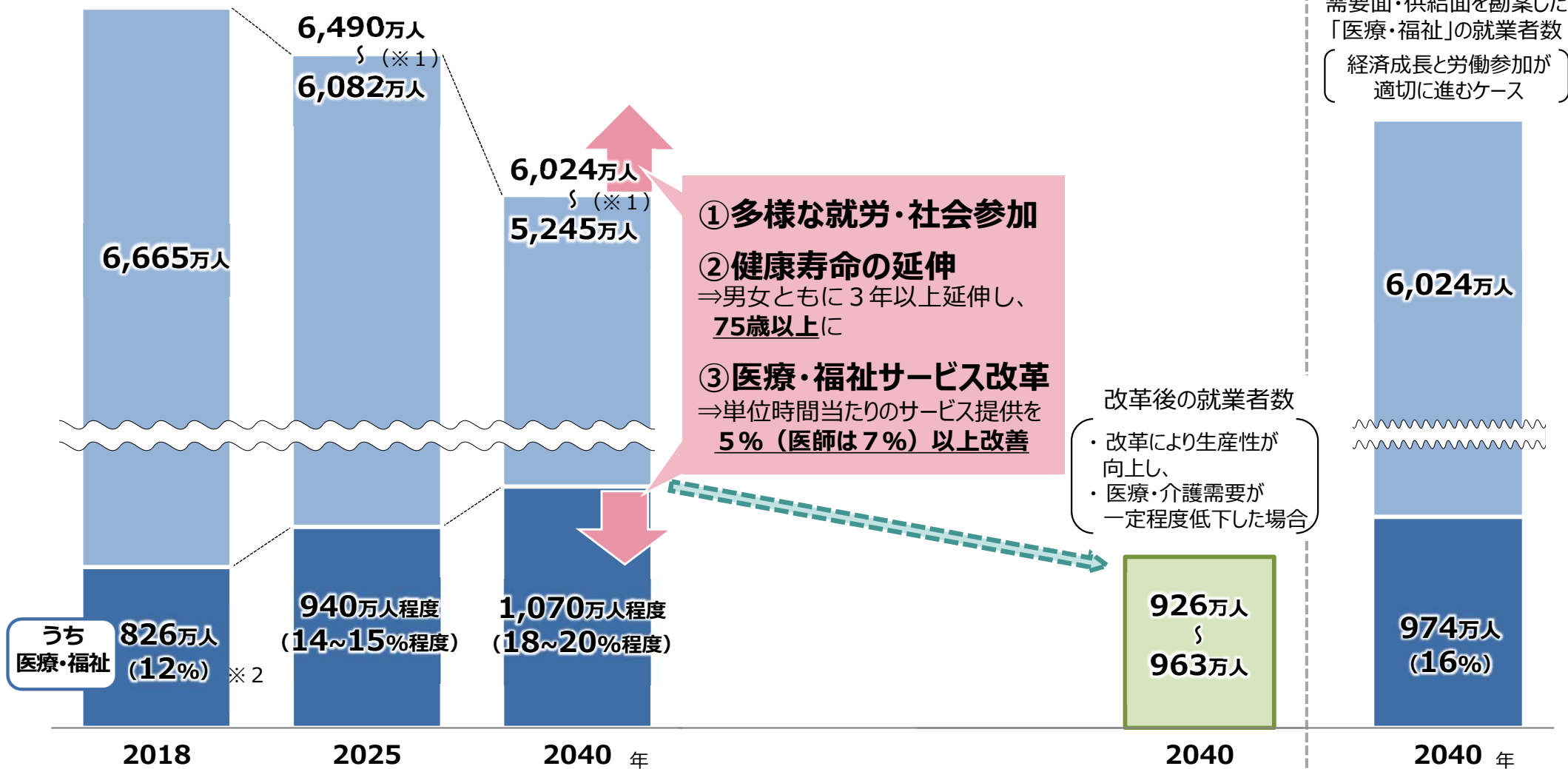
※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

都道府県別の医師偏在指標（令和6年1月公表版）

（都道府県別）

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	255.6
01	北海道	233.8
02	青森県	184.3
03	岩手県	182.5
04	宮城県	247.3
05	秋田県	199.4
06	山形県	200.2
07	福島県	190.5
08	茨城県	193.6
09	栃木県	230.5
10	群馬県	219.7
11	埼玉県	196.8
12	千葉県	213.0
13	東京都	353.9
14	神奈川県	247.5
15	新潟県	184.7

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
16	富山県	238.8
17	石川県	279.8
18	福井県	246.8
19	山梨県	240.8
20	長野県	219.9
21	岐阜県	221.5
22	静岡県	211.8
23	愛知県	240.2
24	三重県	225.6
25	滋賀県	260.4
26	京都府	326.7
27	大阪府	288.6
28	兵庫県	266.5
29	奈良県	268.9
30	和歌山県	274.9
31	鳥取県	270.4

■ 上位1/3 ■ 下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
32	島根県	265.1
33	岡山県	299.6
34	広島県	254.2
35	山口県	228.0
36	徳島県	289.3
37	香川県	266.9
38	愛媛県	246.4
39	高知県	268.2
40	福岡県	313.3
41	佐賀県	272.3
42	長崎県	284.0
43	熊本県	271.0
44	大分県	259.7
45	宮崎県	227.0
46	鹿児島県	254.8
47	沖縄県	292.1

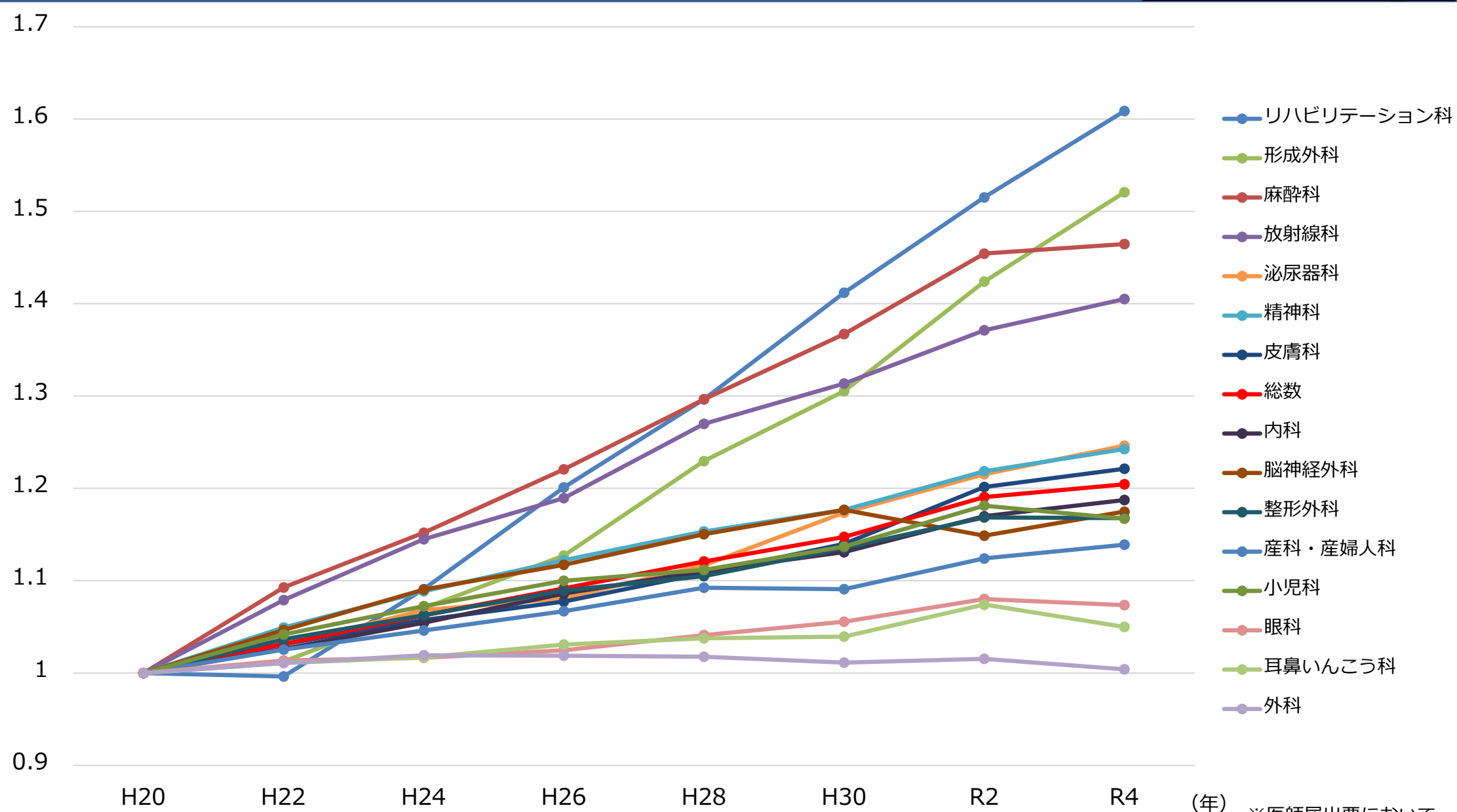
（医師偏在指標について）

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではない。このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に理解した上で、活用する必要がある。

※上位1/3の閾値を266.9、下位1/3の閾値を228.0と設定している。

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第1回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会 資料1
 令和6年1月29日 改編



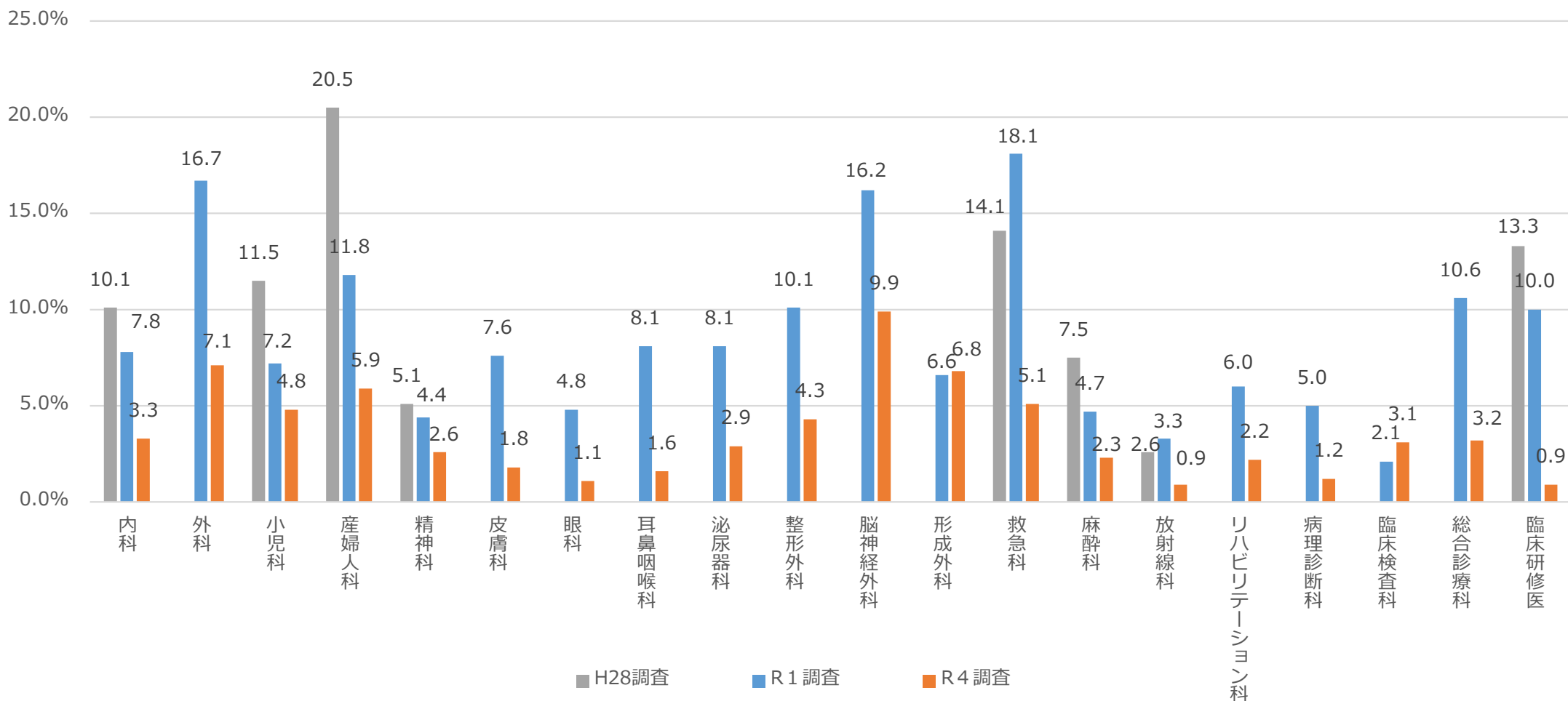
※内科・・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科・・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

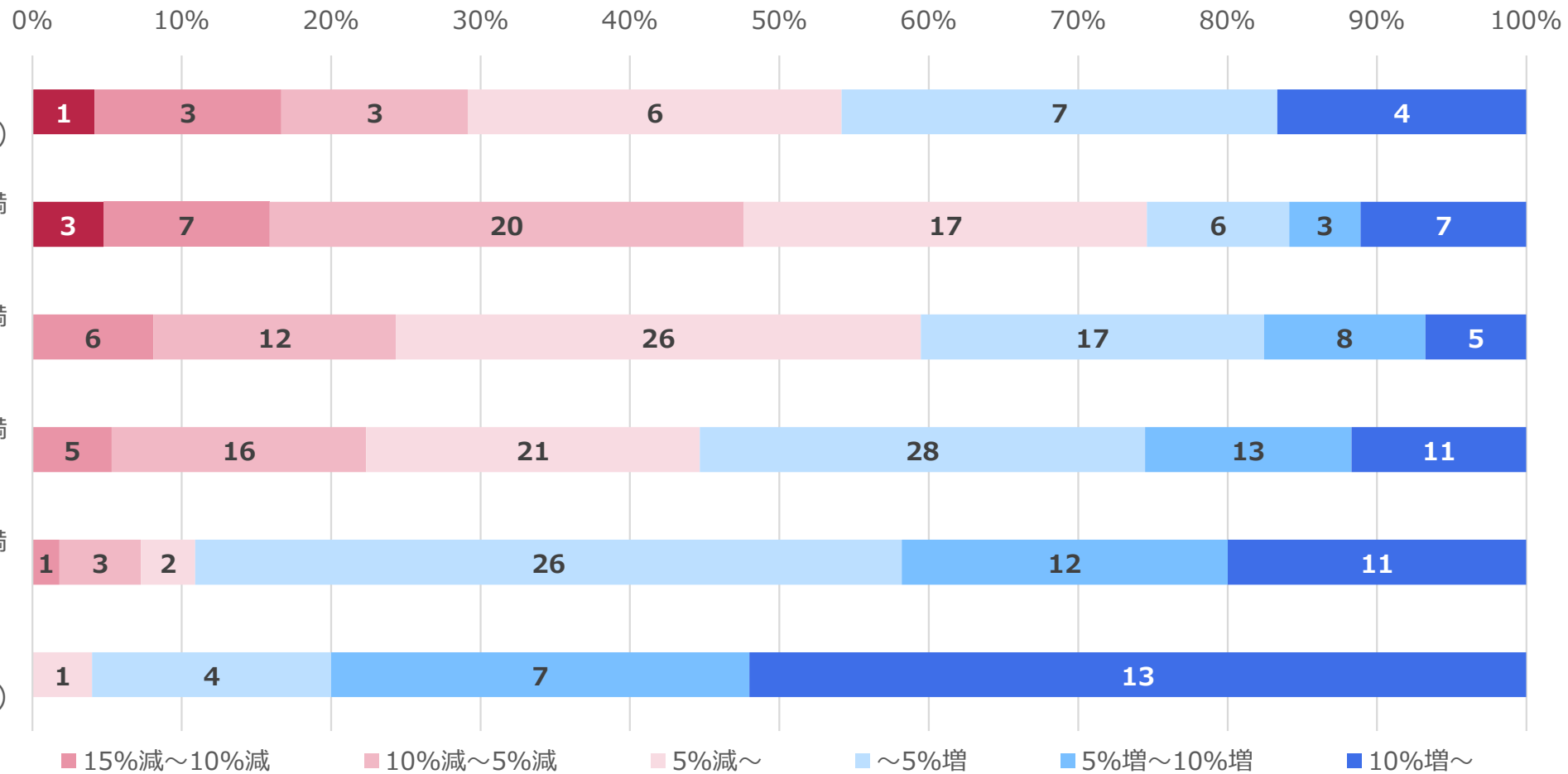


- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間 = 診療時間 + 診療外時間 + 宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



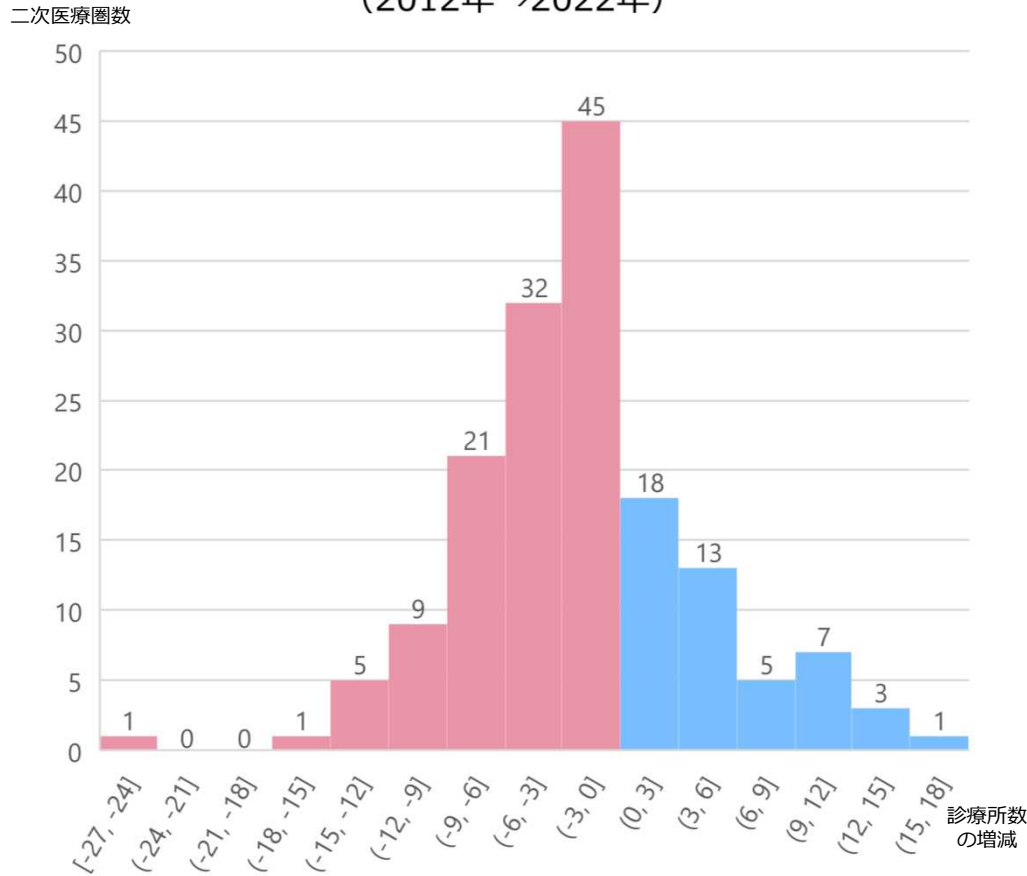
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

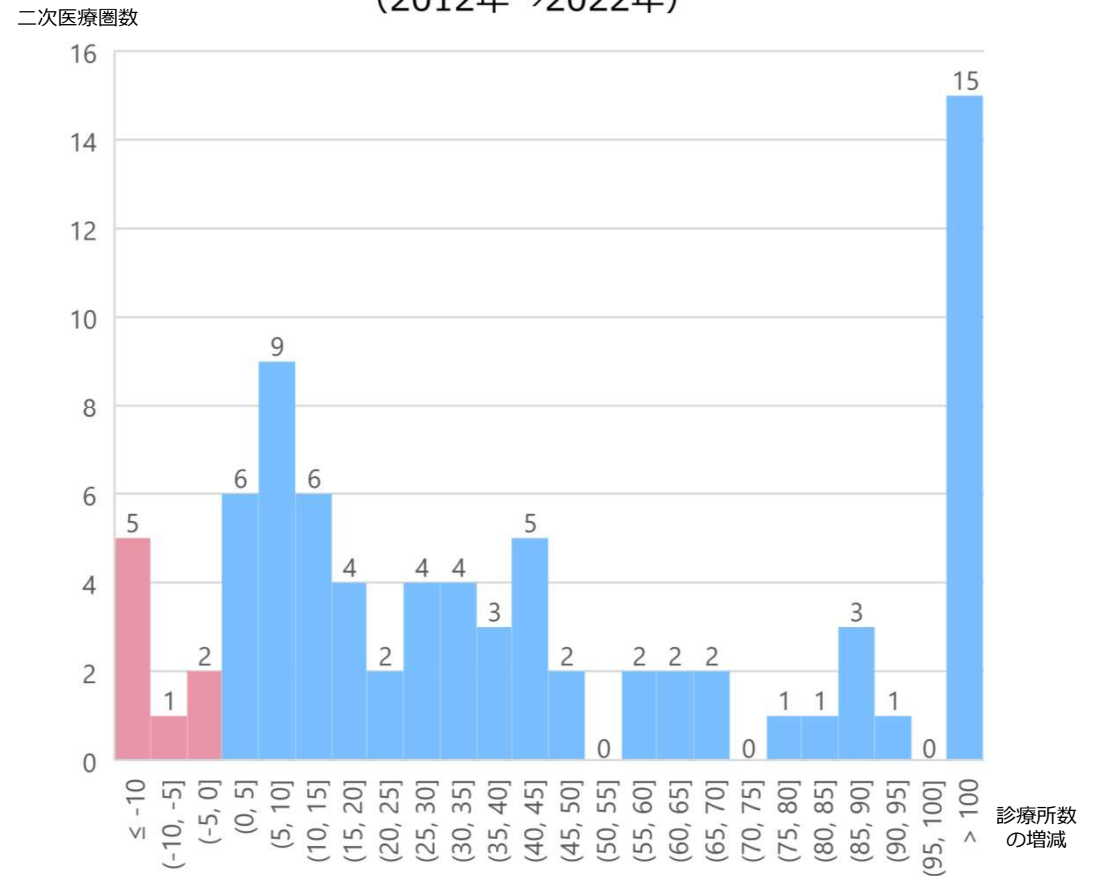
人口規模別の二次医療圏における診療所数の変化（2012年→2022年）

人口20万人未満の二次医療圏の診療所数は減少傾向、人口50万人以上の二次医療圏の診療所数は増加傾向にある。

人口20万人未満の二次医療圏での診療所数の増減
(2012年→2022年)



人口50万人以上の二次医療圏での診療所数の増減
(2012年→2022年)



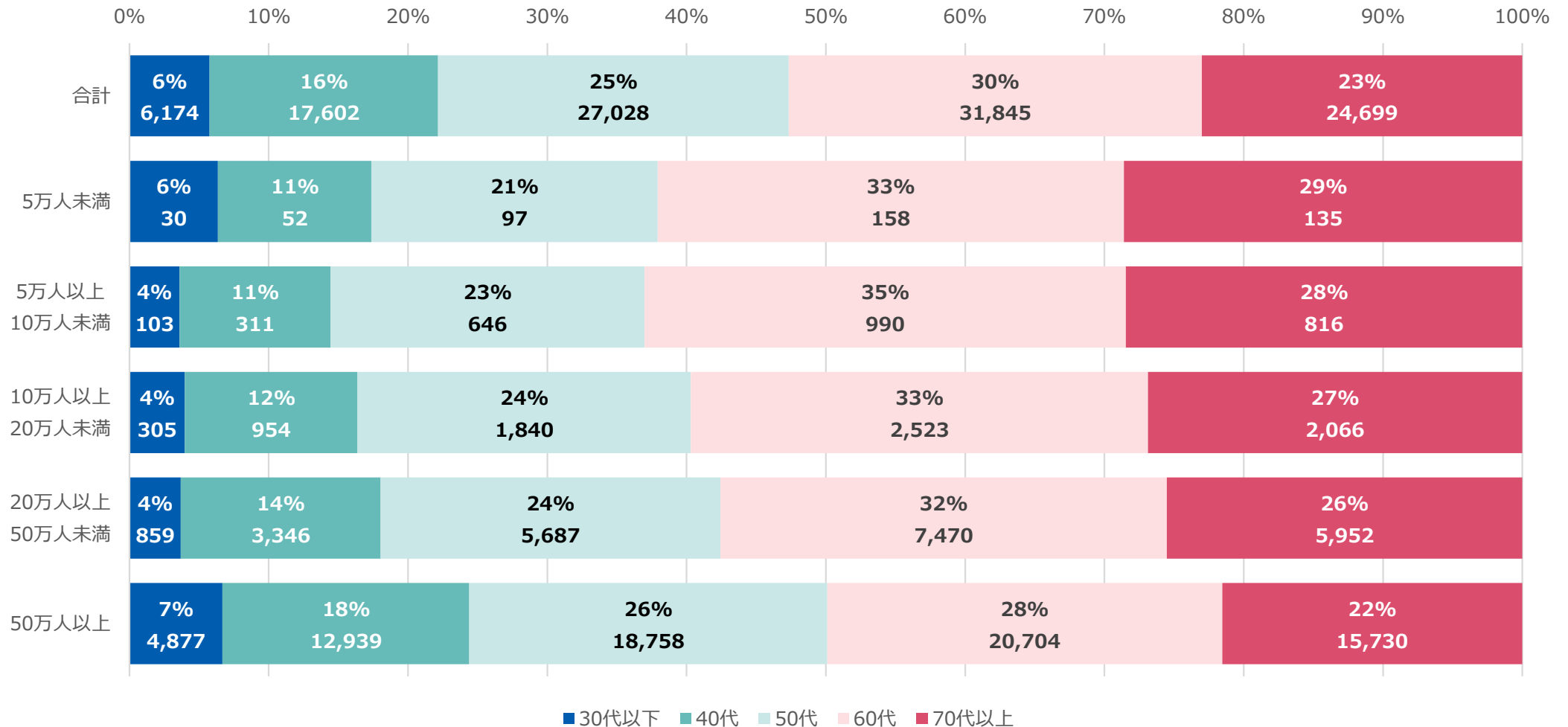
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

人口規模別にみた診療所医師の年齢階級別の分布

診療所の医師は過半数が60代以上であり、人口20万人未満の二次医療圏では、60代以上の医師が60%以上を占める。

人口規模ごとの二次医療圏別にみた年齢階級別の診療所医師数



■ 30代以下 ■ 40代 ■ 50代 ■ 60代 ■ 70代以上

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）の届出票情報を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において特別集計したもの。

※届出票情報を利用し独自集計したため、医師・歯科医師・薬剤師統計の公表値とは一致しない場合がある。

都市部と過疎地域における課題について

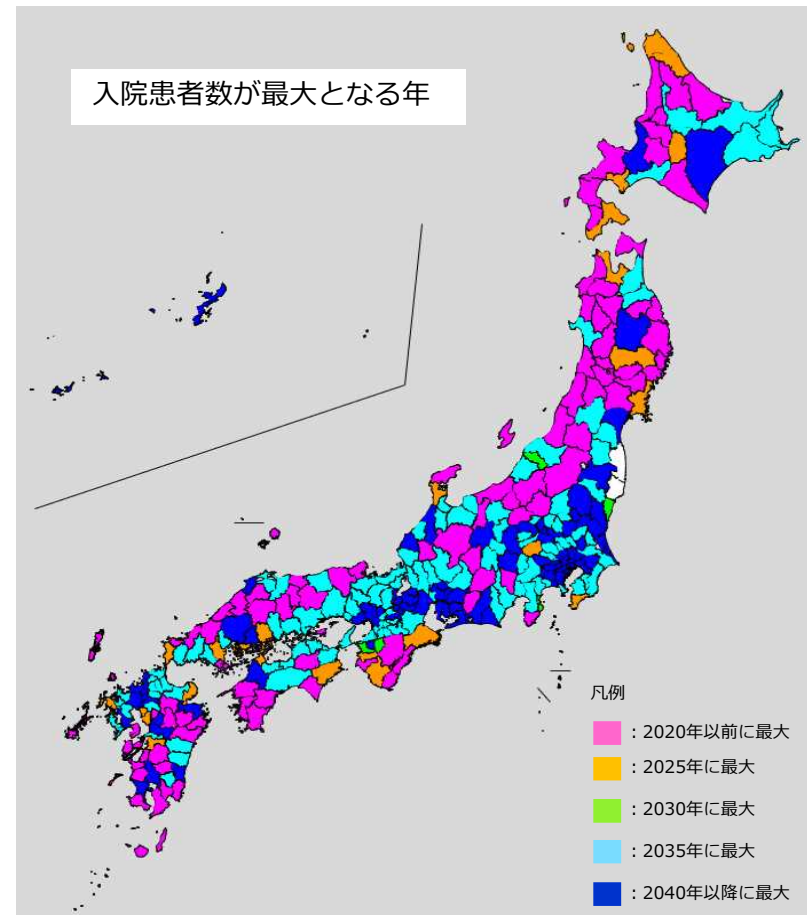
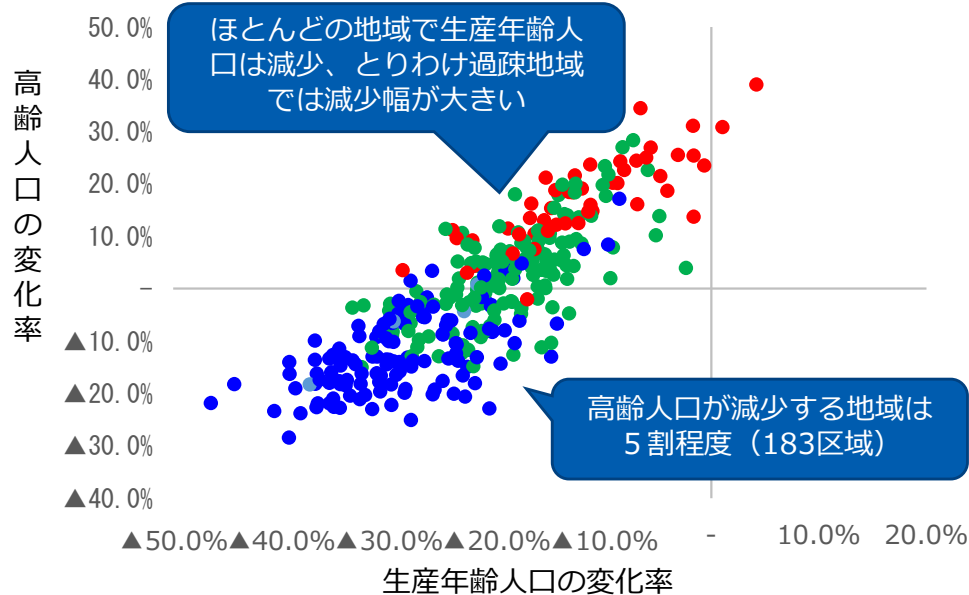
2025年から2040年までの人口構造の変化をみると、都市部と過疎地域で大きく異なり、医療提供体制における課題も異なる。2040年にかけて、大都市部では85歳以上を中心に医療需要が増加する見込みである一方、過疎地域では生産年齢人口の減少も大きく、医療需要は減少する見込み。

2040年の人口

<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・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。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県を受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

2040年頃の医療を取りまく状況と課題 まとめ

【医療需要について】

- 2040年頃を見据えると、高齢者数がピークを迎え、生産年齢人口の減少が見られる。地域毎に見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢者人口は大都市部を中心に増加、過疎地域を中心に減少することが見込まれる。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加し、これに伴い、2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。
- このうち、高齢者救急については、軽症・中等症の救急搬送が増加し、自宅だけではなく、高齢者施設等からの救急搬送の増加が見込まれる。救急搬送後の要介護度の悪化を伴うことも多いが、リハビリの提供状況にはばらつきがあり、また、退院調整のために入院期間の延長等が見込まれる。
- 在宅医療については、提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。在宅医療で医療機関・職員当たりの訪問できる患者数に限りがある。
- 入院医療については、病床利用率が低下傾向にあり、医療機関の医業利益率は低下している。多くの医療資源を要する医療については、2040年にかけて手術件数が全診療領域において半数以上の構想区域で減少となる見込み。外来医療の需要はすでに減少傾向。

【マンパワーについて】

- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保がますます困難となる中、働き方改革も進めていく必要がある。
- 特に医師については、地域偏在や診療科偏在の是正のほか、勤務環境の改善も喫緊の課題である。診療所の医師は高齢化している中、人口が少ない二次医療圏では診療所数は減少傾向、人口の多い二次医療圏では診療所数は増加傾向にある。

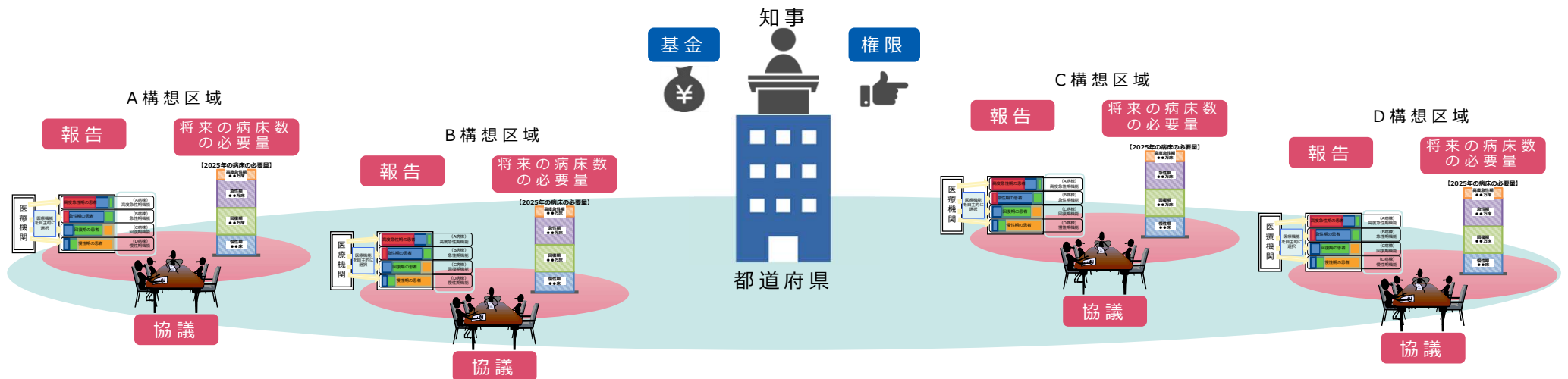
【地域差について】

- 過疎地域を中心にすでに高齢者も減少している地域もあれば、大都市部を中心に高齢者等の医療需要の増加が見込まれる地域もあり、地域ごとに人口変動の状況が異なり、求められる医療提供体制のあり方も様々である。
- 例えば、都市部においては、増加する高齢者救急や在宅医療の受け皿の整備が課題であり、過疎地域においては、人口減少や患者減少に対応した医療提供体制の維持が課題となる。

2. これまでの地域医療構想

地域医療構想について

- 地域医療構想は、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
 - ① 都道府県において、各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。
 - ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を「病床機能報告」により報告。
 - ③ 各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。
 - ④ 都道府県は「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。



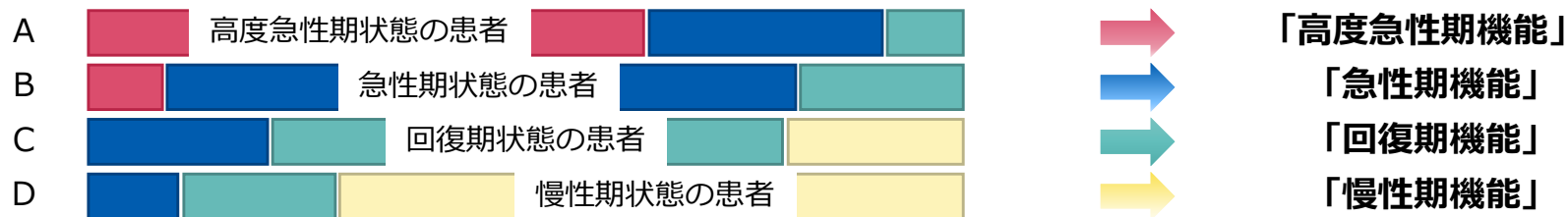
病床機能報告制度

- 各医療機関は、毎年、病棟単位（有床診療所の場合は施設単位）で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟でいずれかのうち最も多い割合の患者を報告することを基本とする。

医療機能の名称	医療機能の内容
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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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
回復期機能	○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）
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

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

（病棟の患者構成イメージ）



地域医療構想推進のための支援について

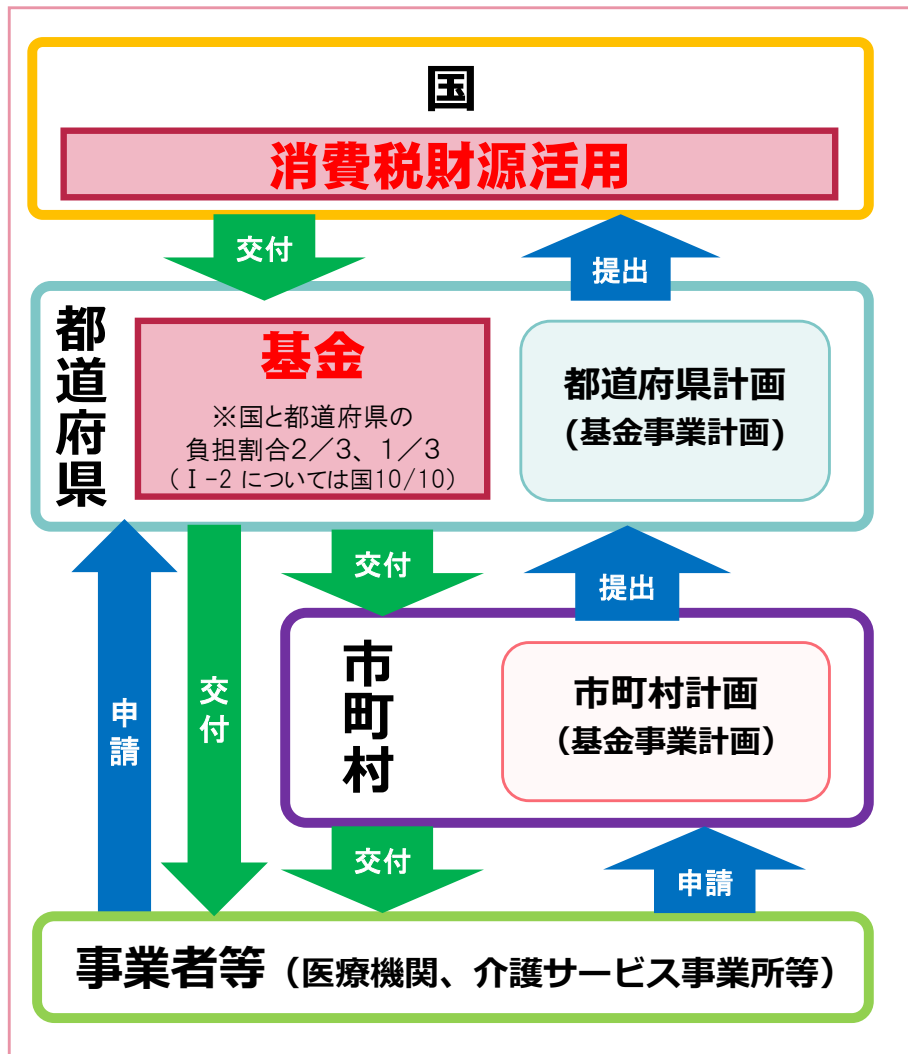
地域の実情に応じた地域医療構想の取組を推進するため、様々な支援を行っている。

地域医療介護総合確保基金 (I-1)	<p>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経費を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再編統合に伴い必要となる施設・設備整備費 ・再編統合と一体的に行う宿舎・院内保育所の施設整備費 ・急性期病床から回復期病床等への転換に要する建設費用 等
地域医療介護総合確保基金 (I-2)	<ul style="list-style-type: none"> ・病床数の減少を伴う病床機能再編をした医療機関に対し、減少する病床数に応じた支援 ・統合に伴い病床数を減少する場合のコストに充当するための支援 ・統合に伴って引き継がれる残債を、より長期の債務に借り換える際の利払い費の支援
重点支援区域	<p>複数医療機関の再編を伴う病床の機能分化・連携に取り組む（検討している）医療機関に対して、直接的な助言、集中的な支援を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析 等 ・地域医療介護総合確保基金の優先配分 等
再編検討区域	<p>複数医療機関の再編について、その検討段階から、相談、事例紹介、調査・分析等を通じて、実現までの支援を行う。</p>
モデル推進区域	<p>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区域に対し、国がアウトリーチの伴走支援を行う。</p>
地域医療提供体制データ 分析チーム構築支援事業	<p>都道府県を対象に、大学病院等の有識者や医療関係団体等で構成されるデータ分析体制の構築等に要する経費を補助</p>
その他税制優遇措置	<ul style="list-style-type: none"> ・再編計画の認定に基づく地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置 医療介護総合確保法に規定する認定再編計画に基づく医療機関の再編に伴い取得した一定の不動産に係る登録免許税、不動産取得税を軽減する特例措置 ・独立行政法人福祉医療機構による地域医療構想に係る優遇融資 医療介護総合確保法に規定する認定再編計画の実行に伴う資産等の取得に必要な資金に関して、融資条件を優遇 ・病床再編等の促進のための特別償却制度 地域医療構想の実現のため、民間病院等が地域医療構想調整会議において合意された具体的対応方針に基づき病床の再編等を行った場合に取得する建物等について、特別償却が可能

令和6年度予算:公費で1,553億円
(医療分 1,029億円、介護分 524億円)

地域医療介護総合確保基金

- 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

重点支援区域について

1 基本的な考え方

- 都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。

2 選定対象

- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。
 - ① 再検証対象医療機関が対象となっていない再編統合事例
 - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を実施。

【技術的支援】

- ・地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・病床機能の再編支援を一層手厚く実施

4 重点支援区域設定の要否

- 全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

5 選定区域

- これまでに以下の**13道県21区域**の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）選定】

- ・宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・滋賀県（湖北区域）
- ・山口県（柳井区域、萩区域）

【2回目（令和2年8月25日）選定】

- ・北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・新潟県（県央区域）
- ・兵庫県（阪神区域）
- ・岡山県（県南東部区域）
- ・佐賀県（中部区域）
- ・熊本県（天草区域）

【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・山形県（置賜区域）
- ・岐阜県（東濃区域）

【4回目（令和3年12月3日）選定】

- ・新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・広島県（尾三区域）

【5回目（令和4年4月27日）選定】

- ・山口県（下関区域）

【7回目（令和5年9月8日）選定】

- ・熊本県（阿蘇区域）

【6回目（令和5年3月24日）選定】

- ・青森県（青森区域）

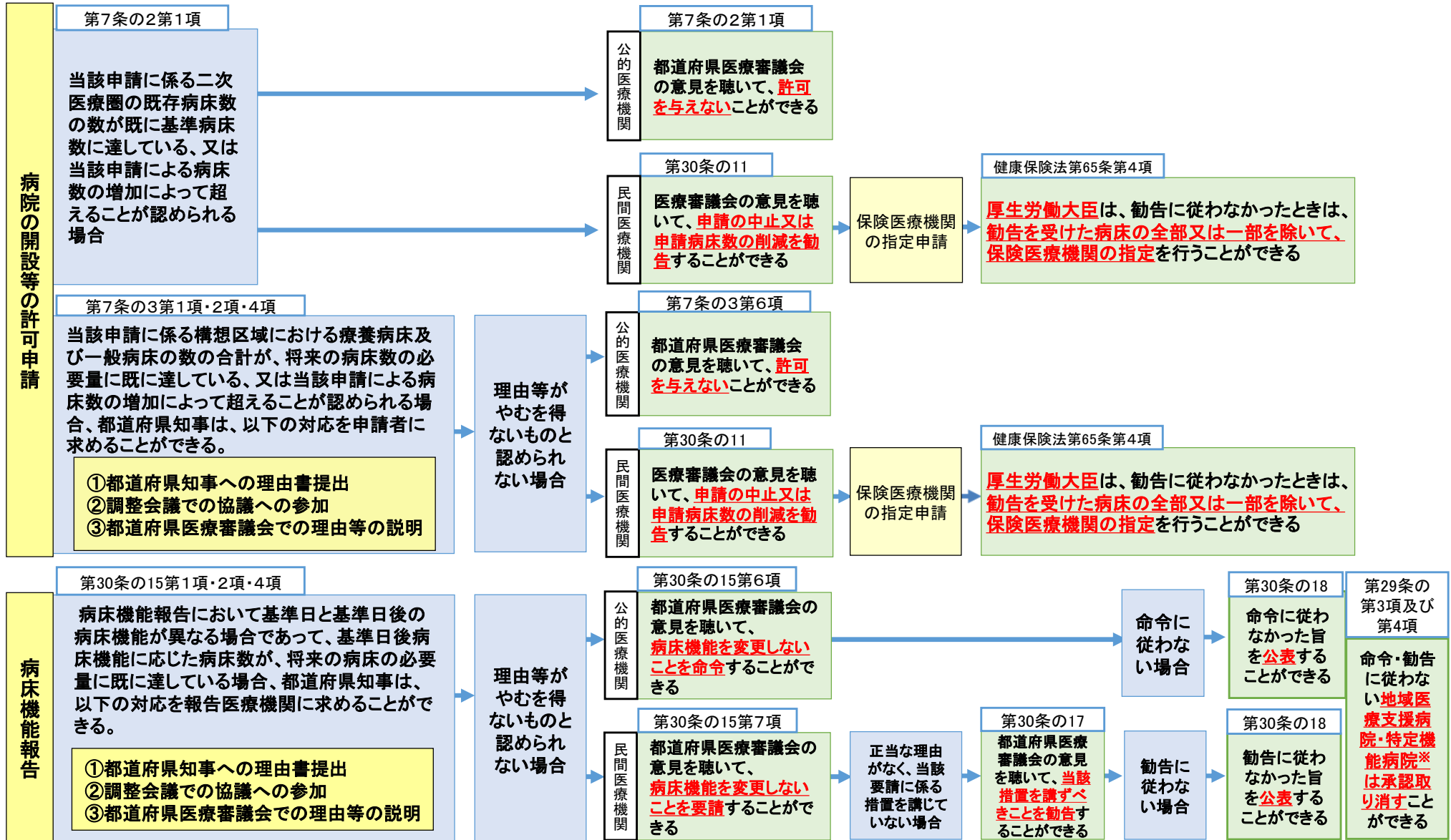
【8回目（令和6年1月16日）選定】

- ・宮城県（仙台区域）

病床に関する都道府県知事の権限と行使の流れ①

○ 都道府県知事には、医療計画の達成や地域医療構想の実現に必要な場合、以下の権限を行使することが認められている。

■ 過剰な医療機能への転換の中止等

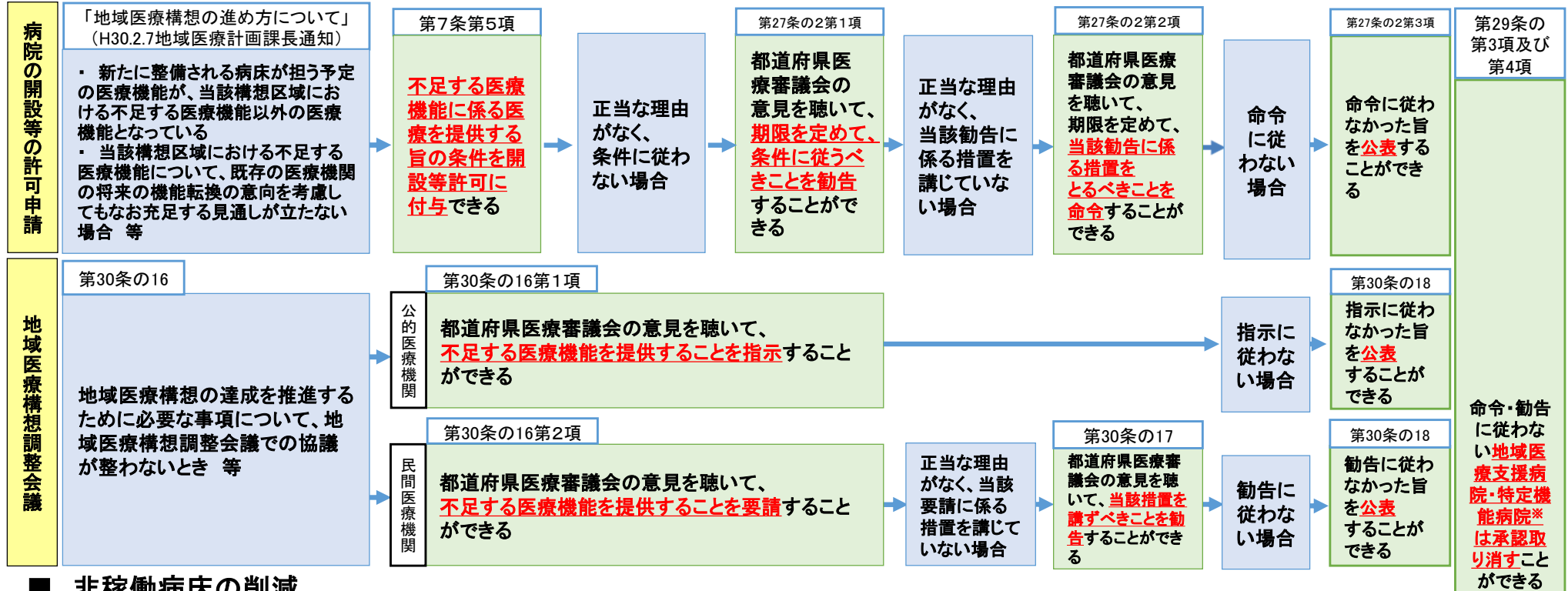


※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

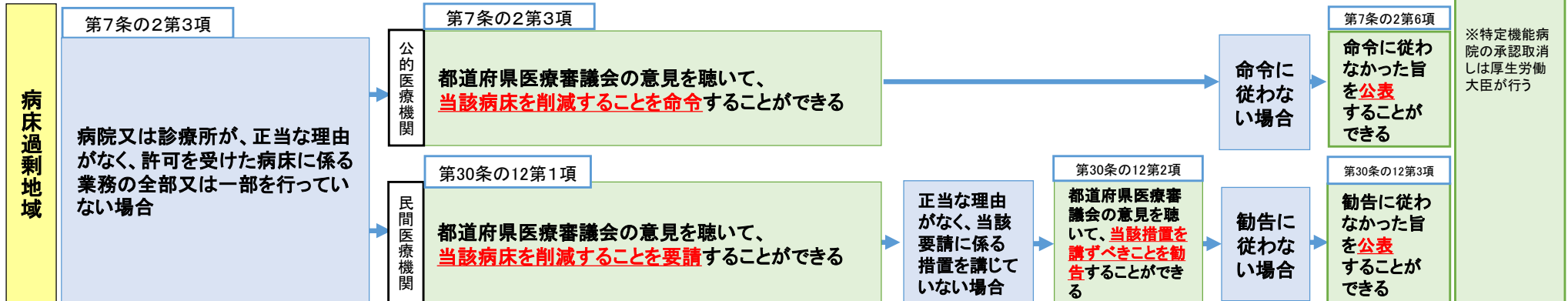
病床に関する都道府県知事の権限と行使の流れ②

○ 都道府県知事には、医療計画の達成や地域医療構想の実現に必要な場合、以下の権限を行使することが認められている。

■ 不足する医療機能への転換等の促進



■ 非稼働病床の削減



2023年度病床機能報告について

速報値

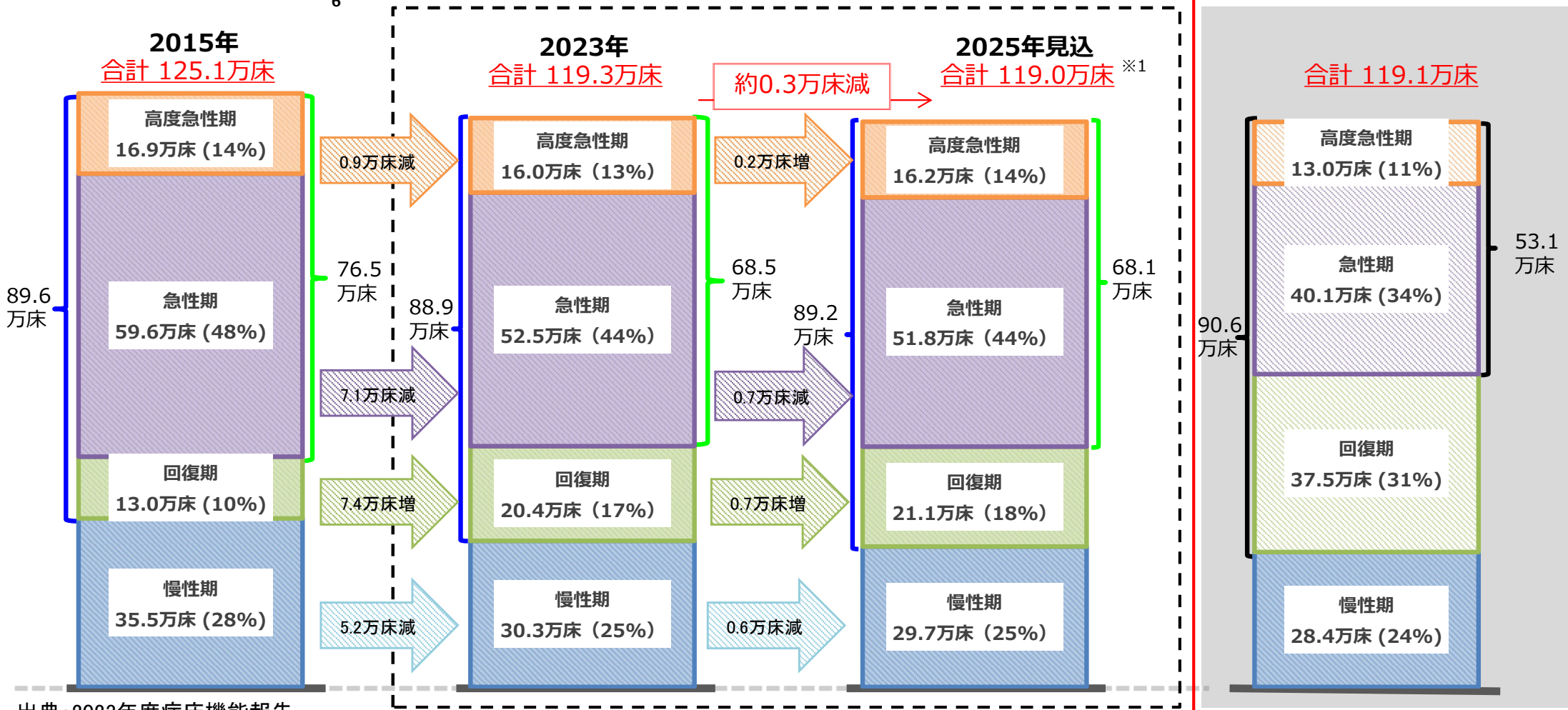
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2023年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)※4※6



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,203/12402(98.4%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)

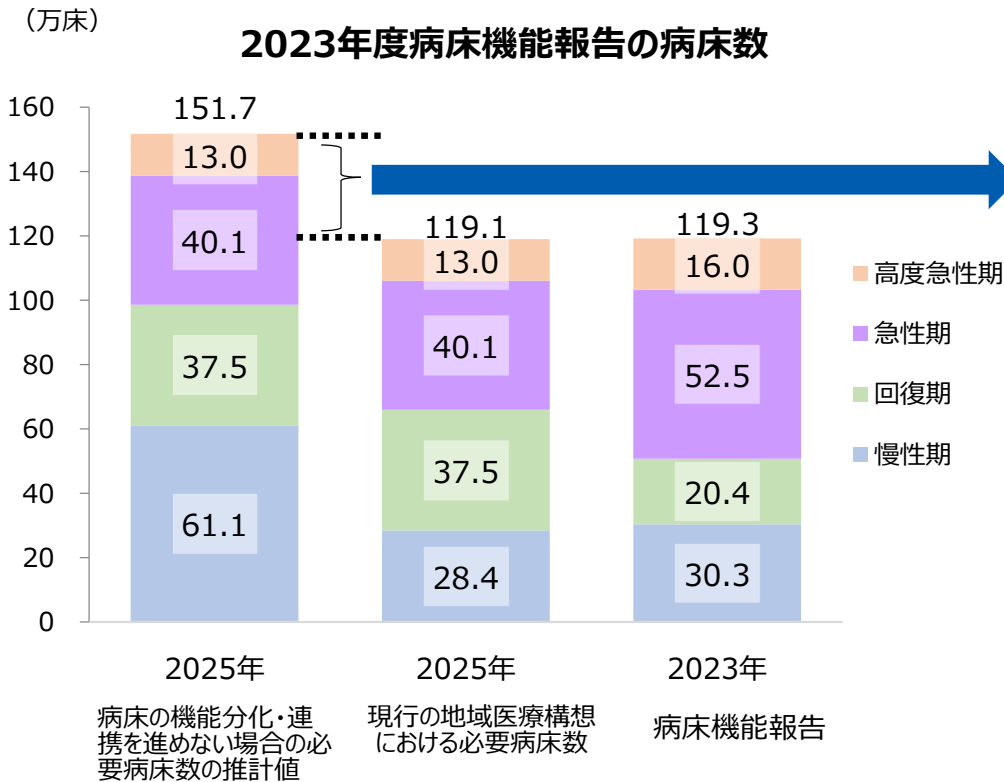
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、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。

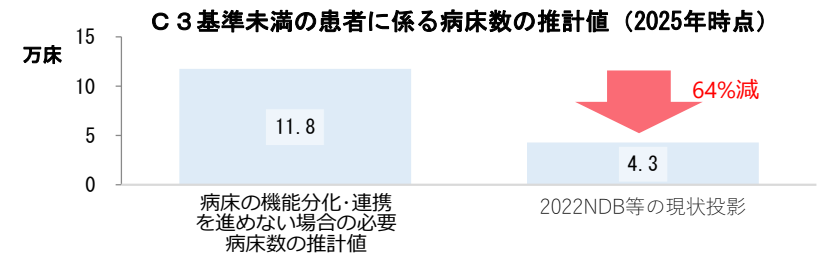
現行の地域医療構想の評価について

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未滿の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未滿の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

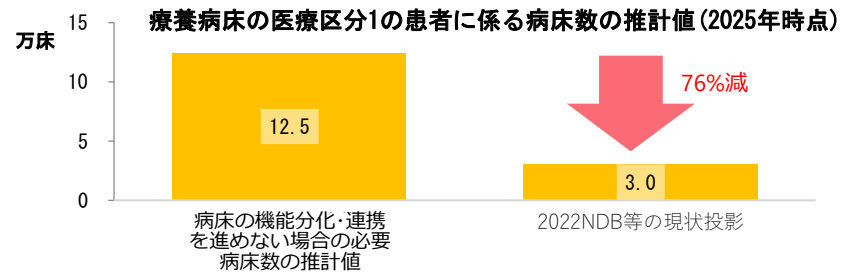
現行の地域医療構想の病床の推計値と
2023年度病床機能報告の病床数



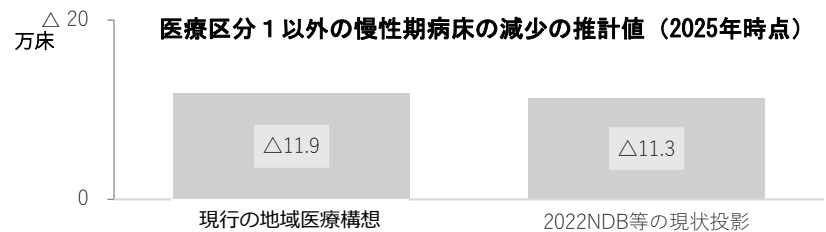
① C3基準未滿の患者に係る病床



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床



③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、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。

これまでの地域医療構想 まとめ

【これまでの取組】

- 現行の地域医療構想については、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床の機能分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指し、地域医療構想を医療計画の記載事項の一つとして位置づけて取組を推進。
- その中で、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に着目し、各都道府県において、二次医療圏を基本とする構想区域の単位で、2025年の病床の必要量を推計した上で、毎年度、病床機能報告制度により、医療機関から病棟単位で病床機能等の報告を受け、当該報告等をもとに地域医療構想調整会議での協議を行うとともに、必要に応じて知事権限を行使しながら、地域の実情に応じて、病床機能の転換や再編等を進めてきた。
- 国においても、地域医療介護総合確保基金、重点支援区域、地域医療構想アドバイザー、データ分析体制構築等の支援を行うことにより、都道府県と連携し、取組を推進してきた。

【評価】

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたところ、2025年時点の必要病床数を119.1万床とする目標としているが、病床機能報告による病床数は2015年の125.1万床から2023年には119.3万床になり、現行の地域医療構想で推計した病床数の必要量と同程度の水準となっている。
- 機能区分別にみても、急性期病床が減少し、回復期病床が増加したほか、介護医療院等の在宅・介護施設等への移行等により慢性期病床が減少するなど、病床数の必要量に近づいており、全体として、進捗が認められる。

【課題】

- 医療機関の機能転換・再編等は医療機関の経営に大きく影響することから、多くの関係者の理解が必要であり、合意形成に時間を要し、依然として構想区域ごと・機能ごとに必要量との差異が生じている中で、2040年頃に向けて、医療需要のピークやその後の減少にも対応できる更なる取組が求められる。
- また、病床の機能分化・連携を図る仕組み等について、これまで以下のような指摘もなされている。
 - ✓ 病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい。また、将来の病床の必要量と基準病床数との関係もわかりづらい。
 - ✓ 病床数に着目した議論をしてきたため、医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい。
 - ✓ 病床数の必要量の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論が十分になされたとは言いがたい。

3. 2040年頃を見据えた目指すべき医療

「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」

医療介護総合確保方針（令和5年3月17日改正）の別添

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

- 医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上でそこから振り返って現在すべきことを考える形（バックキャスト）で具体的に、改革を進めていくことが求められる。
- その際、限りある人材等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、医療・介護提供体制の最適化・効率化を図っていくという視点も重要。
- 高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて、患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い、安心感が確保されるものでなければならない。

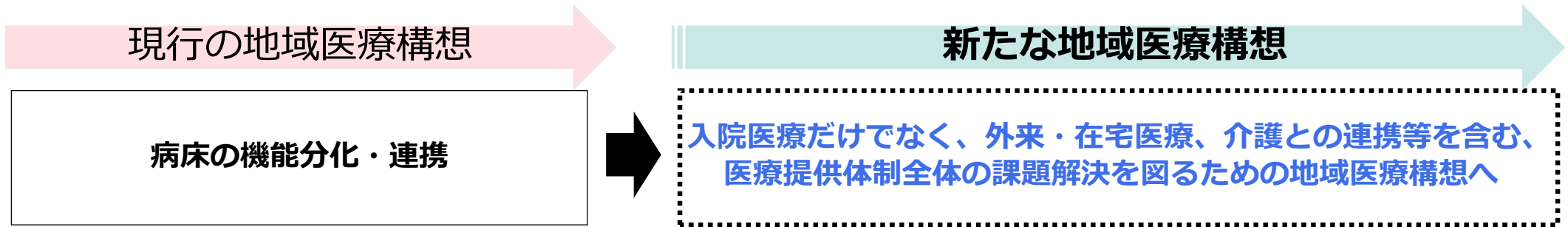
- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「治し、支える」医療や個別ニーズに寄り添った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

目指すべき医療提供体制の基本的な考え方（案）

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を実現する必要がある。
- このため、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含め、地域における長期的に共有すべき医療提供体制のあるべき姿・目標として、地域医療構想を位置づける。人口や医療需要の変化に柔軟に対応できるよう、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議のあり方等を見直した上で、医療・介護関係者、都道府県、市区町村等が連携し、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。
- 具体的には、
 - 増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者の救急の受入体制を強化する。ADLの低下を防ぐため、入院早期から必要なリハビリを適切に提供し、早期に生活の場に戻ることを目指す。その際、医療DXの推進等により、日頃から在宅や高齢者施設等と地域の医療機関の連携、かかりつけ医機能の発揮等を通じ、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指す。
 - 増加する在宅医療需要に対応するため、必要に応じて現行の構想区域よりも小さい単位で、地域の医療機関の連携による24時間の在宅医療の提供体制の構築、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等、効率的かつ効果的な在宅医療の体制強化を目指す。外来医療においても、時間外対応や在宅医療等のかかりつけ医機能を発揮して必要な医療提供を行う体制を目指す。
 - 医療の質やマンパワーの確保のため、手術等の労働集約的な治療が減少し、急性期病床の稼働率の低下による医療機関の経営への影響が見込まれる中、必要に応じて現行の構想区域を越えて、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しつつ、高度医療・救急を提供する体制の構築を目指す。
 - 必要な医療機能を維持するため、特に過疎地域において、人口減少や医療従事者の不足が顕著となる中で、地域で不可欠な医療機能（日常診療や初期救急）について、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、ICT等を活用し、生産性の向上を図り、機能維持を目指す。

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。



地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。