

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（案）

令和6年12月●日

新たな地域医療構想等に関する検討会

目次

1. はじめに

2. 2040年頃の医療をとりまく状況と課題

- (1) 医療需要等
- (2) 医療従事者
- (3) 地域性

3. 現行の地域医療構想の評価と課題

- (1) これまでの取組
- (2) 評価と課題

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

- (1) 新たな地域医療構想における基本的な方向性
- (2) 外来医療・在宅医療
- (3) 高齢者救急
- (4) 救急・急性期医療
- (5) その他
 - ① リハビリテーション
 - ② 慢性期医療
- (6) 医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療
- (7) 構想区域のあり方

5. 新たな地域医療構想

- (1) 基本的な考え方
- (2) 新たな地域医療構想の位置付け
- (3) 医療機関機能・病床機能
 - ① 基本的な考え方
 - ② 医療機関機能報告
 - ③ 病床機能

37	④ 構想区域
38	⑤ 調整会議
39	
40	(4) 地域医療介護総合確保基金
41	
42	(5) 都道府県知事の権限
43	① 医療機関機能の確保
44	② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
45	
46	(6) 国・都道府県・市町村の役割
47	① 国
48	② 都道府県
49	③ 市町村
50	
51	(7) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け
52	
53	6. おわりに
54	
55	

56 1. はじめに

57 ○ 地域医療構想については、平成 26 年 6 月に公布された「地域における医
58 療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」
59 (平成 26 年法律第 83 号)により、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)が改
60 正され、平成 27 年 4 月から、医療計画の一部として位置付けられた。現行
61 の地域医療構想においては、2025 年の医療需要を踏まえた病床数の必要量
62 (以下「必要病床数」という。)を定めた上で、病床機能報告、地域医療構
63 想調整会議における協議、地域医療介護総合確保基金の活用、都道府県知事
64 の権限等を通じて、病床の機能分化・連携の取組が進められてきた。

65

66 ○ 現行の地域医療構想は 2025 年に向けた取組であり、「全世代型社会保障構
67 築を目指す改革の道筋(改革工程)」(令和 5 年 12 月 22 日閣議決定)におい
68 ては、「2026 年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の
69 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に伴う医療需要
70 の変化に対応できるよう、2040 年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、か
71 かりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理
72 して検討を行う。こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の
73 明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。」こととされて
74 いる。

75

76 ○ また、令和 6 年 6 月 21 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本
77 方針 2024」において、「2040 年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱
78 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
79 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、
80 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
81 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
82 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
83 い、2024 年末までに結論を得る」とされたところである。

84

85 ○ こうした中、新たな地域医療構想等に関する検討会において、令和 6 年 3
86 月から、関係団体・有識者へのヒアリングを行いながら検討を進めてきたと
87 ころであり、今般、2040 年頃の医療をとりまく状況と課題、新たな地域医療
88 構想を通じて目指すべき医療提供体制、新たな地域医療構想に関する制度改
89 正の内容等についてとりまとめを行うものである。

90

91

92 **2. 2040年頃の医療をとりまく状況と課題**

93 **(1) 医療需要等**

94 ○ 人口については、全国的に、生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上
95 を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。地域ご
96 とにみると、高齢者人口については、大都市部を中心に増加し、過疎地域を
97 中心に減少する一方、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少することが見込
98 まれる。

99
100 ○ 2040年の医療需要については、85歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニ
101 ーズを有するケースが多く、85歳以上人口の増加に伴い、2020年と比較して、
102 85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療の需要は
103 62%増加することが見込まれる。また、認知症の人の数は増加している。

104
105 ○ このうち、高齢者救急については、自宅以外の高齢者施設等からの救急搬
106 送の増加も見込まれるほか、発症後の生活機能を維持するためのリハビリテ
107 ーションや、退院後の生活環境等も踏まえた退院調整がさらに重要となる。

108
109 ○ 在宅医療については、大半の地域で需要が増加することが見込まれる一方
110 で、在宅医療の提供の主体は診療所であるが、近年、在宅医療を提供する診
111 療所の数は横ばいとなっている。また、外来医療については、全国的にす
112 でに需要が減少傾向にある。

113
114 ○ 入院医療について、病床利用率は低下傾向にあり、病院の医業利益率は低
115 下している。また、多くの医療資源を要する手術については、全ての診療領
116 域で、2020年から2040年にかけて、半数以上の構想区域において手術件数
117 が減少することが見込まれている。

118
119
120 **(2) 医療従事者**

121 ○ 医療従事者の確保が困難となっている中、2040年に向けて、さらなる生産
122 年齢人口の減少に伴い、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タ
123 スクシフト・シェア等の推進が重要となる。

124
125 ○ 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課
126 題となっているほか、特に診療所の医師は平均年齢が60代以上と高齢化し
127 ており、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

128 医療圏では診療所数は増加傾向にある。

129

130 ○ 歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者についても、養成のあり方や偏
131 在等の課題が指摘されている。

132

133

134 (3) 地域性

135 ○ 2040 年頃を見据えると、人口動態の変化に伴い、医療の需要や提供体制等
136 の地域差が拡大していく。過疎地域を中心にすでに高齢者も減少し、医療需
137 要が減少している地域があれば、大都市部を中心に高齢者等の医療需要の増
138 加が見込まれる地域もある。

139

140 ○ 地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制の
141 あり方は異なっていく。例えば、都市部においては、増加する高齢者救急や
142 在宅医療の受け皿を整備すること等が課題となり、過疎地域においては、患
143 者や医療従事者の減少に対応しながら地域の実情に応じて必要な医療機能を
144 維持することが特に課題となる。

145

146

147 3. 現行の地域医療構想の評価と課題

148 (1) これまでの取組

149 ○ 現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして位置付けられ、
150 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
151 する医療需要に対応するため、主に入院医療を対象として、病床の機能分
152 化・連携を推進するものである。

153

154 ○ 具体的には、各都道府県において、二次医療圏を基本とする構想区域を単
155 位として、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に着目
156 し、2025 年の必要病床数を定め、地域医療構想を策定している。2015 年時
157 点の推計では、病床の機能分化・連携を進めない場合、2025 年の時点で 152
158 万床程度の病床が必要とされていたところ、一般病床において医療資源投入
159 量の少ない患者（C3 基準未満の患者）の在宅医療等への移行等を通じて、
160 2025 年に 119.1 万床となることを目標としてきた。

161

162 ○ また、毎年度、病床機能報告により、医療機関は病棟単位で現在の病床機
163 能と今後の方向性等の報告をしてきた。これらの報告等をもとに、各構想区

164 域の地域医療構想調整会議において、病床機能の転換、再編等についての協
165 議を行い、地域の実情に応じて取組を進めてきた。その際、都道府県は、地
166 域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を支援するととも
167 に、必要に応じて医療法に定められた権限の行使を含めた役割を発揮するな
168 ど、地域医療構想の実現に向けた重要な役割を担ってきた。

- 169
- 170 ○ 国においても、地域医療介護総合確保基金による財政支援を行うほか、重
171 点支援区域、地域医療構想アドバイザー、データ分析チーム構築支援事業、
172 モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援等により、都道府県による
173 取組への支援を進めてきた。

174

175

176 (2) 評価と課題

- 177 ○ 病床機能報告上の病床数について、2015 年から 2023 年にかけて、125.1
178 万床から 119.2 万床になり、2025 年の必要病床数である 119.1 万床と同程度
179 の水準となっている。また、機能別の病床数をみると、急性期と慢性期が減
180 少し、回復期が増加するなど、全体として地域医療構想の進捗が認められる。

- 181
- 182 ○ また、療養病床における医療区分 1 の入院患者の 70%に該当する患者、一
183 般病床における医療資源投入量の少ない患者（C3 基準未満の患者）及び療
184 養病床の受療率の地域差解消による減少分をあわせて、約 30 万床について、
185 入院から在宅医療等に移行することとしていたが、介護医療院の創設等の取
186 組が進み、以下のとおり、概ね達成しているといえる。

187 ・ 療養病床の医療区分 1 入院患者に係る病床について、2025 年に 12.8 万
188 床（病床の機能分化・連携を進めない場合）と推計されていたところ、
189 2022 年度の診療実績データに基づく 2025 年時点の推計によると、3.0 万床
190 程度となり、76%減少している。

191 ・ 一般病床における医療資源投入量の少ない患者（C3 基準未満の患者）
192 について、2025 年に 11.8 万床（病床の機能分化・連携を進めない場合）
193 と推計されていたところ、2022 年度の診療実績データに基づく 2025 年時
194 点の推計によると、4.3 万床程度となり、64%減少している。

195 ・ 療養病床の受療率の地域差解消により、療養病床が上記以外で 2025 年ま
196 までに 11.9 万床減少すると推計していたところ、2022 年度の診療実績デー
197 タに基づく 2025 年時点の推計によると、11.0 万床の減少となる。

- 198
- 199 ○ 他方、現行の地域医療構想については、以下のような課題が指摘されてい

- 200 る。
- 201 ・ 病床数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なされにくい。また、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供
 - 202 体制全体の議論がなされていない。
 - 203
 - 204 ・ 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
 - 205 いがわかりづらい。
 - 206 ・ 機能別の必要病床数と実際の病床数に差異が生じている。
 - 207 ・ 必要病床数と基準病床数の関係がわかりづらい。

208
209

210 4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

211 (1) 新たな地域医療構想における基本的な方向性

- 212 ○ 医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者の増加や人口減少が
- 213 さらに進む 2040 年、さらにその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患
- 214 者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常
- 215 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
- 216 る医療提供体制を構築する必要がある。このため、新たな地域医療構想にお
- 217 いて、以下の 4 点を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しなが
- 218 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
- 219 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必要がある。
- 220
- 221 ○ 1 点目は、増加する高齢者救急への対応である。高齢者救急について、そ
- 222 の受入体制を強化するとともに、ADL の低下を防止するため、入院早期か
- 223 ら必要なりハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻
- 224 ることができる支援体制を確保することが求められる。その際、救急搬送や
- 225 状態悪化の減少等が図られるよう、医療DXの推進等による在宅医療を提供
- 226 する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医
- 227 機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応
- 228 力を強化することも求められる。
- 229
- 230 ○ 2 点目は、増加する在宅医療の需要への対応である。在宅医療について、
- 231 地域の実情に応じて、医療機関や訪問看護ステーション等の連携により、地
- 232 域での 24 時間の提供体制を構築するとともに、オンライン診療の積極的な
- 233 活用、介護との連携等を通じて、効率的かつ効果的に提供体制を強化するこ
- 234 とが求められる。あわせて、外来医療についても、時間外対応等のかかりつ
- 235 け医機能を発揮して必要な提供体制を確保することが求められる。

236

237 ○ 3点目は、医療の質や医療従事者の確保である。今後、多くの医療資源を
238 要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経
239 営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医
240 療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体
241 制を構築することが求められる。

242

243 ○ 4点目は、地域における必要な医療提供の維持である。特に過疎地域にお
244 いては、人口減少や医療従事者の不足が顕著となる中で、拠点となる医療機
245 関からの医師の派遣、巡回診療、ICTの活用等により、生産性の向上を図
246 り、地域で不可欠な医療機能を維持することが求められる。

247

248

249 (2) 外来医療・在宅医療

250 ○ 外来医療の需要については、多くの二次医療圏ですでに減少している。診
251 療所については、医師は全体として高齢化しており、都市部では診療所数は
252 増加傾向にあり、人口が少ない地域では減少傾向にある。

253

254 ○ 外来受診の多い疾患は高血圧等の内科疾患であり、診療所においては診療
255 科のうち内科を標榜する診療所が最も多く、ほぼ全ての二次医療圏において
256 半数以上の診療所が内科を標榜している。

257

258 ○ 診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がな
259 いと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度
260 増加することが見込まれる。

261

262 ○ こうした中、地域で必要な外来医療を提供するため、内科医療の提供体制
263 とともに、他の診療科を需要に応じて効率的に提供するための連携体制の確
264 保が求められる。また、医師偏在や診療所医師の高齢化のほか、生産年齢人
265 口の減少による医療従事者確保の制約等に対応することが求められる。

266

267 ○ このほか、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ
268 医機能の強化とともに、外来医療計画による外来の機能分化・連携等を推進
269 することが求められる。

270

271 ○ また、内科やその他の診療科について、需要に応じながら効率的な医療が

272 提供できるよう、地域の実情に応じて、診療所と中小病院等の連携や、医療
273 関係団体、医師派遣を行う医療機関、都道府県、市町村等が連携し、オンラ
274 イン診療を含めた遠隔医療の活用、医師派遣、巡回診療等を推進することが
275 求められる。また、外来医療の医科・歯科連携、薬局・薬剤師、看護師等の
276 役割の検討、介護や福祉サービス等との連携を進めることが求められる。
277

278 ○ 多くの地域で外来医療の需要は減少する見込みである一方、在宅医療につ
279 いては、2013 年から 2022 年にかけて患者数は増加しており、2040 年に向け
280 ても、在宅医療や訪問看護について、大半の地域で需要は増加する見込みで
281 ある。

282

283 ○ 在宅医療については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養
284 後方支援病院等の在宅医療に係る医療機関、訪問看護ステーション、歯科医
285 療機関、薬局、介護施設・事業所等が多職種で協働して対応している。

286

287 ○ 在宅医療の提供体制をみると、人口規模の大きい二次医療圏において、65
288 歳以上人口あたりの在宅訪問患者数が多く、人口規模が小さくなると在宅訪
289 問患者数は少ない。

290

291 ○ 在宅医療について、医療機関によって1か月あたりの在宅訪問患者数に幅
292 がある。無床診療所を中心とした一部の医療機関では1か月あたり 200 人
293 以上の患者に在宅医療を提供している等、在宅医療を提供する医療機関全体
294 中で1か月あたりの在宅訪問患者数が多い医療機関の割合は増加している。
295 特に人口規模の大きい地域では、多数の在宅訪問患者に在宅医療を提供する
296 医療機関が増加している。在宅医療を受ける患者の場所（施設等の同一の建
297 物への訪問か否か）については、人口規模別に大きな差はない。

298

299 ○ また、二次医療圏ごとに病院が対応する在宅訪問患者の割合が異なり、地
300 域によって在宅医療に係る病院の役割は異なる。病院における在宅医療の提
301 供は、急性期や回復期に係る病棟を有する医療機関が中心であり、後方支援
302 を行う医療機関は急性期に係る病棟を有する医療機関が中心となっている。

303

304 ○ 訪問看護ステーションについては、人口規模の小さな市町村では存在しな
305 いところもある。多くの事業所が常勤換算7人未満で運営されており、常勤
306 7人以上の体制等を有する機能強化型訪問看護管理療養費の届出のある訪問
307 看護ステーション数は全体の 5.6%である。

308

309 ○ また、病院・診療所での死亡の割合は 2005 年をピークに減少し、近年は
310 看取りへの対応力を強化していることもあり、自宅や介護施設等での死亡の
311 割合が増加している。人口規模が大きい二次医療圏ほど、75 歳以上の死亡数
312 に占める在宅等での看取りの割合が高い二次医療圏が多い。また、こうした
313 医療機関と介護施設の日ごろからの連携による対応力を強化し、状態悪化を
314 防ぐことで、救急搬送の減少や円滑な入院につながることも期待される。

315

316 ○ このほか、介護老人保健施設等の介護施設や在宅医療等での適切な管理、
317 医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有、
318 ACP の取組の推進等により、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水等の適切な
319 管理を通じて患者の状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につな
320 げていくことが取り組まれている。訪問看護においても、ICT の活用等によ
321 り、効率的な提供の事例があり、こうした取組は今後ますます重要になる。

322

323 ○ こうした中、2040 年に向けて、在宅医療の需要の増加に対応するため、実
324 効性のある体制整備を進めるためには、医療機関だけでなく、訪問看護ステ
325 ーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等も含め、多職種・多機
326 関が連携して、地域の需要と資源に応じて供給力を高めることが求められる。
327 在宅医療を行う医療機関の ICT の活用や連携等による対応力強化、これま
328 で在宅医療を行っていない医療機関の参入促進、D to P with N 等のオン
329 ライン診療の活用、訪問看護ステーションの機能強化等が求められる。特に、
330 人口規模の小さい地域においては、移動時間や担い手不足等の課題を踏まえ、
331 D to P with N 等のオンライン診療の積極的な活用等に加えて、高齢者の
332 集住等のまちづくりの取組とあわせて体制を構築していくことが求められる。

333

334 ○ このような中、外来医療・在宅医療についても、地域ごとに現状や将来の
335 医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来の外来医療・在宅医
336 療提供体制のあるべき姿を議論することが重要であり、新たな地域医療構想
337 においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護連携等も対象
338 とすることが適当であり、その際、以下のように対応することが考えられる。

339 ・ 議題に応じて、協議を行う区域や参加者を設定し、医療関係者、介護関
340 係者、保険者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施する。従来の構
341 想区域だけでなく、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することとし、
342 実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じ

343 た主な参加者等について新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイド
344 ラインで明確化する。

345 ・ かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の現在や
346 将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来・在宅・介護連携等
347 に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有する。

348 (例) 共有するデータや課題等の例 (ガイドラインで検討)

349 - 医師数や診療領域ごとの診療体制

350 - 時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況

351 - 慢性期・在宅需要と在宅医療提供量・療養病床・介護施設・高齢者住まい等の状況

352 - 医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況 等

353 ・ 地域の実情を踏まえ課題への対応を検討・協議して、必要な外来医療・
354 在宅医療の提供のための取組を行う。

355 (取組の方向性 (イメージ)) (ガイドラインで検討)

356 - 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
357 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、
358 診療所の承継支援、医師の派遣、巡回診療の整備等)

359 - D to P with N 等のオンライン診療や医療DXによる在宅医療等の効率的な提供のた
360 めの方策

361 - 患者の状態悪化の防止や必要時の円滑な入院等に向けた医療機関と介護施設等の具
362 体的な連携、高齢者の集住等のまちづくりの取組との連携 等

363

364

365 (3) 高齢者救急

366 ○ 85 歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患
367 の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応され
368 るものが多い。

369

370 ○ また、高齢者は 10 日程度のベッド上での安静により筋力が低下 (下肢筋
371 力の 15.6%低下等) することが知られている。入院早期からの離床やリハビリ
372 リテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要である。
373 また、入院でのリハビリテーションよりも通所でのリハビリテーションが有
374 用な可能性やリハビリ専門職以外による早期の離床の介入の有用性が示され
375 ており、必要な場でリハビリテーションを提供し、早期に自宅等の生活に戻
376 ることが重要である。

377

378 ○ 高齢者の入院の4%を占める大腿骨近位部の骨折については、早期の手術
379 が推奨されているが、欧米よりも待機時間が長いとされており、手術までの
380 期間が長い二次医療圏がある。術後は早期離床・早期荷重が重要で、周術期
381 以降は、外来・在宅でのリハビリテーションが有用との報告もある。また、
382 家庭からの入院症例について、手術を実施する施設内で転棟した場合より、
383 他院に転院した場合の在院日数が長い傾向にある。

384

385 ○ 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるADL低
386 下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の社会的な背景も考えられ
387 る。こうした課題を有する患者の割合は2040年に向けてさらに増加するこ
388 とが見込まれる。

389

390 ○ こうした状況を踏まえ、増加する高齢者救急に対応するため、医療機関に
391 おいて、救急搬送を受け入れるだけでなく、入院早期からのリハビリテーシ
392 ョン等の離床のための介入をできることが必要である。必要に応じて専門病
393 院等と協力・連携するとともに、高齢者の抱える背景事情も踏まえた退院調
394 整等による早期退院、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリテー
395 ションを継続できるような体制の確保が求められる。

396

397

398 (4) 救急・急性期医療

399 ○ 近年、一般病床や療養病床の病床利用率は低下しており、二次救急医療施
400 設においても病床利用率は低下傾向にある。2040年に向けて、手術について、
401 全ての診療領域で、半数以上の構想区域において減少が見込まれる等、高齢
402 者救急以外の多くの医療資源を要する急性期の医療需要は減少することが見
403 込まれる。

404

405 ○ 緊急手術の実施にあたっては、手術の主たる診療科や救急部門、麻酔に関
406 わる医師、看護師のほか、検査や薬剤等の様々な部門のスタッフが必要とな
407 る。年間300日以上休日や夜間において緊急手術が発生する二次医療圏は31
408 であり、毎日発生しない二次医療圏が数多くある。また、一年のうち最も多
409 く休日や夜間の手術が必要な日でも1~4件程度である二次医療圏が多い。
410 一方、こうした二次医療圏においても、複数の医療機関で緊急手術を受けら
411 れる体制をとっているケースが見受けられる。

412

413 ○ 一定の手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少な

414 い医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。また、二次医療圏ごと
415 に日中に手術を行うが、時間外等に手術を行わない医療機関が一定数存在す
416 る。

417

418 ○ 医師の働き方については、脳神経外科や外科、産婦人科等で時間外・休日
419 労働が多いが、臨床研修医等は少ない傾向にある。例えば、分娩については、
420 休日対応等が多く発生するが、常勤換算医師数が2人未満の医療機関が多い
421 等の実態があり、施設の人員体制に応じて一部の医師の負担となっている可
422 能性がある。

423

424 ○ 救急医療については、救急搬送は高齢者（65歳以上）の割合が増加してい
425 るが、30%程度は成人（18歳以上65歳未満）が占めている。

426

427 ○ 二次救急医療施設については、現在、約3,200医療機関あり、全体として
428 救急車の受入件数の約7割を受け入れている。二次救急医療施設においては、
429 年間5,000件以上の救急車（三次救急医療施設の中央値）を受け入れる医療
430 機関数は132である。一部の二次救急医療施設においては、二次医療圏で救
431 急医療の中心的な役割を担っている。一方、半数近い二次救急医療施設で救
432 急車の受入件数が年間500件未満となっている。

433

434 ○ また、全ての二次医療圏の半数以上に三次救急医療施設があり、三次救急
435 医療施設がない二次医療圏の方が少ない。三次救急医療施設がない二次医療
436 圏のうち半数以上の医療圏で、圏域の5割以上の救急車受入シェアを占める
437 二次救急医療施設が存在する。

438

439 ○ 人口100万人超の二次医療圏においては、生産年齢人口の減少が緩やかな
440 ところが多く、二次救急医療施設が一定以上の救急車の受入れを行っている
441 圏域が多い。

442

443 ○ こうした状況を踏まえ、緊急対応を含む救急・急性期医療については、地
444 域の医療需要や医療資源等を踏まえながら、持続可能な医療従事者の働き方
445 や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、搬送体制
446 の強化等に取り組みつつ、地域ごとに必要な連携・再編・集約を進め、二次救
447 急医療施設も含めた医療機関において一定の症例数を集約して対応する地域
448 の拠点として対応できる医療機関を確保することが求められる。

449

450

451 (5) その他

452 ① リハビリテーション

453 ○ 急性期の患者の多くは家庭に退院し、回復期等の療養のため、他の病院や
454 診療所に転院する患者は6-8%程度である。こうした中、高齢者については、
455 急性期の治療後の速やかな在宅復帰が重要であり、入院早期からの離床やリ
456 ハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要であ
457 る。

458

459 ○ 回復期を担う主な病床としては、複数のリハビリ専門職が専従し、集中的
460 にリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ
461 病棟）、急性期を経過した患者の受入とともに、在宅で療養している患者等
462 の対応を行う地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）がある。

463

464 ○ 回リハ病棟と地ケア病棟については、入院患者の半数以上が80歳以上と
465 なっており、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。回リハ病棟
466 については、大腿骨近位部の骨折、脳卒中、胸腰椎の骨折、膝関節症等の疾
467 患が多く、地ケア病棟については、高齢者救急に関連する肺炎等や白内障等
468 の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折、腰椎の骨折等の回リハ病棟で見ら
469 れる疾患の患者も入院している実態がある。

470

471 ○ 回リハ病棟と地ケア病棟の二次医療圏別の平均在院日数については、回リ
472 ハ病棟の平均在院日数の中央値は56日、最大の二次医療圏で98日、地ケア
473 病棟の平均在院日数の中央値は20日、最大の二次医療圏で32日である。

474

475 ○ リハビリテーションについては、入院での早期のリハビリテーションや集
476 中的なリハビリテーションが効果的な場合は入院でのリハビリテーションを
477 提供しつつ、それ以外の場合には、他施設とも連携しながら、外来医療・在
478 宅医療等におけるリハビリテーションの提供を含め、患者の身体機能等に
479 じて、適切な場でリハビリテーションを提供することが求められる。

480

481 ② 慢性期医療

482 ○ 療養病床については、地域医療構想の取組等に伴い、医療区分1の患者を
483 はじめとして入院患者が減少し、療養病床数も減少している。一方、介護施
484 設・高齢者向け住まいの利用者数は増加している。また、在宅医療と介護施
485 設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があります、都道府県別の

486 療養病床数について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。

487

488 ○ こうした中、慢性期の医療提供体制については、今後増加する在宅医療の
489 需要に対応する観点からも、限りある資源を活用することが重要であり、地
490 域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、在宅医療・介護等のデータも踏
491 まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施
492 設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要である。

493

494

495 (6) 医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療

496 ○ 医師派遣機能については、都道府県が関与し、地域医療支援センターを通
497 じた派遣が行われているほか、大学病院から直接派遣されているケースも多
498 く、大学病院は医師派遣について一定の役割を担っている。

499

500 ○ 医育機能については、大学病院本院では、卒前教育に加えて、多くの専門
501 研修プログラム、看護師等の医療従事者への教育等を通じて、地域において
502 幅広く質の高い医療人材の育成を担っている。

503

504 ○ 移植医療や難病に係る医療等は、大学病院本院が主体的な役割を担ってい
505 る。一方、大学病院本院以外であっても、腎移植、三次救急医療施設、総合
506 周産期母子医療センター等を担っている医療機関が存在する。

507

508 ○ 大学病院の関係者は半数程度の地域医療構想調整会議に参画している等、
509 都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想に関して様々な形で連携して
510 いる。

511

512 ○ こうした広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教
513 育や看護師等の医療従事者の育成及び広域な観点が求められる診療について、
514 大学病院本院は総合的に担うことが求められる。

515

516

517 (7) 構想区域のあり方

518 ○ 現行の地域医療構想においては、構想区域は、地域における病床の機能分
519 化・連携を推進するため、二次医療圏を基本としており、構想区域ごとに地
520 域医療構想調整会議を開催し、地域での協議等の取組を進めてきた。

521

522 ○ 一方、第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏や100万人以上
523 上の二次医療圏については、必要に応じて区域の設定の見直しを検討すること
524 としている。三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療等の提供
525 等のため、基本的に都道府県の単位を区域として設定している。

526

527 ○ 現在でも、人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数
528 や手術件数が少なく、脳血管内手術の実施がない二次医療圏も一定数存在す
529 る。人口20万人未満の構想区域においては、2040年には、生産年齢人口が
530 3割程度減少、高齢人口が1割程度減少することが見込まれており、医療需
531 要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、現在の二次医療圏を基本とす
532 る構想区域では医療提供体制の確保が困難となる可能性がある。

533

534 ○ 在宅医療については、第8次医療計画における在宅医療の圏域の設定に当
535 たっては、市町村単位や保健所圏域等、地域の医療及び介護資源等の実情に
536 応じて弾力的に設定することとされているほか、介護保険事業計画を作成す
537 る市町村において在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療
538 圏より狭い区域において取組が行われている。

539

540 ○ 新たな地域医療構想における構想区域については、人口規模、医療需要の
541 変化、医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から、医療提供体制上の
542 課題がある場合には、必要に応じて構想区域の見直しを検討することが求め
543 られる。

544

545

546 5. 新たな地域医療構想

547 (1) 基本的な考え方

548 ○ 2040年頃をとりまく状況と課題、現行の地域医療構想の評価と課題等を踏
549 まえ、2040年に向けて、病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅
550 医療、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資
551 するよう、新たな地域医療構想を策定・推進するべきである。

552

553 ○ 2040年やその先を見据えて、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、
554 地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う
555 医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進するこ
556 とが重要である。このため、新たな地域医療構想を通じて、病床の機能分
557 化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の

558 提供、救急・急性期の医療提供等）及び広域な観点の医療機関機能（医育及
559 び広域診療等の総合的な機能）の確保に向けた取組を推進するべきである。

560

561 ○ このため、新たな地域医療構想について、（２）から（７）までの対応を
562 行うよう、法律改正を含む必要な措置を講ずるべきである。

563

564 ○ 新たな地域医療構想については、2025（令和7）年度に国で新たな地域医
565 療構想の策定・推進に関するガイドラインを検討・作成し、都道府県におい
566 て、医療機関からの報告データ等を踏まえながら、2026（令和8）年度に地
567 域の医療提供体制全体の方向性、必要病床数の推計等を検討・策定、2027
568 （令和9）年度から2028（令和10）年度までに医療機関機能に着目した地
569 域の医療機関の連携・再編・集約化の協議等を行うことが考えられる。この
570 ため、現行の地域医療構想の取組について、2026（令和8）年度も継続する
571 こととし、新たな地域医療構想については、2027（令和9）年度から順次取
572 組を開始することとし、円滑な移行を図ることが適当である。

573

574

575 （２）新たな地域医療構想の位置付け

576 ○ 新たな地域医療構想については、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズ
577 の質・量の変化を見据え、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の
578 確保を目的として、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との
579 連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るもの
580 として位置付けることが適当である。

581

582 ○ 具体的には、現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして、
583 病床の機能分化・連携に向けた取組を進めてきたが、新たな地域医療構想に
584 においては、医療提供体制全体を対象として、地域の医療提供体制全体の将来
585 のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、
586 病床の機能分化・連携等に関する事項を定めるものとするのが適当である。

587

588 ○ これに伴い、新たな地域医療構想については、医療計画の上位概念として
589 位置付け、医療計画については、その実行計画（6年間、一部3年間）とし
590 て、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業、在宅医療、医師確保、
591 外来医療等の具体的な取組を定めることとし、医療提供体制の確保に向けた
592 取組を中長期的な需要等を踏まえて計画的に進めることが適当である。その
593 際、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業支援計画等の各

594 種計画との整合性を図ることが適当である。

595

596 ○ 地域医療構想の具体的な記載事項としては、以下の事項を盛り込んだ上で、
597 新たな地域医療構想の実現に向けて、PDCAサイクルに沿って医療機関機
598 能及び病床機能の確保に向けた取組を推進することが適当である

599 ・ 地域の医療提供体制全体（入院医療、外来医療・在宅医療、介護との連携、
600 人材確保等）の将来のビジョン・方向性

601 ・ 構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方

602 ・ 構想区域における将来の病床数の必要量

603 ・ 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取
604 組

605 ・ 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組

606 ・ 医療機関機能の情報提供の推進

607 ・ 病床機能の情報提供の推進

608 なお、これらの具体的な記載内容等については、ガイドラインにおいて検
609 討することが適当である。

610

611

612 (3) 医療機関機能・病床機能

613 ① 基本的な考え方

614 ○ 新たな地域医療構想を通じて、医療機関機能・病床機能に着目した医療提
615 供体制の構築を進めるためには、医療機関から都道府県への報告制度、必要
616 病床数の推計、地域における関係者の協議、取組を推進するための支援等
617 について必要な見直しを図ることが必要である。病床機能に加えて、医療機関
618 機能を報告することとし、地域の医療提供体制の確保に向けて関係者による
619 医療機関の役割分担・連携に関する協議を促進するとともに、国民・患者に
620 共有することが重要である。その際、診療報酬における届出等に応じた客観
621 性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすること
622 が適当である。

623

624 ② 医療機関機能報告

625 ○ 新たな地域医療構想においては、医療機関機能に着目して地域医療構想を
626 策定・推進することに伴い、新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる
627 医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設する
628 ことが適当である。具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに
629 確保すべき医療機関機能として、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等

630 連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点
631 で確保すべき医療機関機能として、育及及び広域診療機能を位置付け、医療
632 機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について
633 報告することが考えられる。報告に当たっては、地域の実情に応じて、一医
634 療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、複数
635 の医療機関機能を報告することが想定される。

636 また、高齢者救急に係る報告にあたっては、救急搬送だけではなく、医療
637 機関と介護施設等の連携の推進等による、救急搬送ではない緊急入院の評価
638 等の観点にも留意することが重要である。

639

640

641 <医療機関機能の名称と定義>

642 ・ 高齢者救急・地域急性期機能

643 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門
644 病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退
645 院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提
646 供を確保する。

647 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

648

649 ・ 在宅医療等連携機能

650 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護
651 等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。

652 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

653

654 ・ 急性期拠点機能

655 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、
656 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。

657 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準
658 を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想
659 区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

660

661 ・ 専門等機能

662 上記の機能にあてはまらないが、集中的なりハビリテーション、中長期に
663 わたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診
664 療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

665

666 ※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多
667 疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点
668 が重要である。

669

670 ・ 医育及び広域診療機能

671 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の
672 卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診
673 療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府
674 県と必要な連携を行う。

675

676

677 ○ 高齢者救急・地域急性期機能については、地域ごとに救急搬送件数が異な
678 り、相対的には少ない救急搬送件数であっても地域の相当な割合の救急搬送
679 を受け入れている場合があること等を踏まえ、地域の実情に応じて、一定の
680 幅を持った水準に該当する場合に報告を行うこととする。同様に、在宅医療
681 等連携機能については、在宅医療の提供の中心が地域によって診療所であつ
682 たり、病院であつたりするなど、地域ごとに在宅医療を担う病院等が果たす
683 べき役割が異なる場合が考えられるため、地域の実情に応じて、一定の幅を
684 持った水準に該当する場合に報告を行うこととする。

685

686 ○ 急性期拠点機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を
687 確保するための医師や症例等の集約化に資するよう、地域シェア等の地域の
688 実情を踏まえた一定の水準を満たす役割を有する場合に報告を行うこととす
689 る。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の
690 病院数を確保するか設定することとする。これらの報告の水準等については、
691 ガイドラインにおいて検討することが適当である。

692

693 ○ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等においては、広域な観点で確
694 保すべき医師の派遣や診療等について一定の役割を有する場合が考えられる
695 ことから、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割につい
696 ても報告を求めることとし、地域全体での機能確保に向けた協議に活用するこ
697 ととする。

698

699 ③ 病床機能

700 ○ 機能区分ごとの必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体とし
701 て医療需要を捉えて病床の機能分化・連携を推進する仕組みとして一定の役

702 割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当
703 である。

704

705 ○ 一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に
706 ついては、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、
707 2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能
708 をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代
709 えて、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテ
710 ーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する
711 機能」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】として位置づける
712 べきである。

713

714 ○ また、将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、
715 定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと等に）2040年の病床数の必要量の
716 見直しを行うことが適当である。また、これまでの取組との連続性等の観点
717 から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本
718 的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラ
719 インの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討するべきであ
720 る。

721

722 ④ 構想区域

723 ○ 構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を原則としつつ、人口
724 規模が20万人未満の構想区域や100万人以上の構想区域等、医療需要の変
725 化や医療従事者の確保、医療機関の維持、アクセス等の観点から医療提供体
726 制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を見直すことが適当であ
727 る。なお、二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分
728 割等を先行して行うことも考えられる。

729

730 ○ また、広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次
731 医療圏）で設定することが適当である。

732

733 ○ 在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要
734 であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所
735 圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することが適当である。

736

737 ○ 具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医

738 療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方
739 等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を
740 含めて、ガイドラインを検討する際に検討するべきである。

741

742 ⑤ 調整会議

743 ○ 地域医療構想調整会議には、議題に応じて、医療関係者、介護関係者、保
744 険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が参画して、医療機関の経営状況
745 等の地域の実情も踏まえながら、実効性のある協議を実施することが重要で
746 ある。一方、地域においては、調整会議を含む多くの会議が開催されている
747 ことを踏まえ、既存の会議の活用や合同で開催するなど、都道府県や参加者
748 に過重な負担が生じないよう効率的に開催することが適当である。

749

750 ○ 新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の
751 確保のため実効性のある議論や効率的な運用に資するよう、区域ごとに議論
752 すべき内容や議題に応じた主な参加者を明確化する等について、ガイドライ
753 ンを検討する際に検討するべきである。

754

755

756 (4) 地域医療介護総合確保基金

757 ○ 地域医療介護総合確保基金については、都道府県ごとに執行状況に差異が
758 みられるものの、地域医療構想に基づく病床の機能転換・再編等に一定の役
759 割を果たしてきたものと評価できる。

760

761 ○ 地域医療介護総合確保基金について、現在、2026年度（令和8年度）まで
762 現行の病床の機能分化・連携の支援を行うこととしているが、2027年度（令
763 和9年度）から、新たな地域医療構想の取組を推進するため、病床の機能分
764 化・連携の支援に加え、医療機関機能の確保に向けた取組を支援することが
765 適当である。具体的には、地域医療介護総合確保基金の対象に、医療機関機
766 能に着目した医療機関の連携・再編・集約化に向けた施設・設備整備の支援
767 を追加することが適当である。

768

769 ○ また、病床の機能分化・連携を更に推進するため、引き続き、病床の機能
770 分化・連携のための施設・設備整備の支援、病床減少を伴う病床機能再編や
771 病床減少を伴う医療機関の統合等の支援を行うとともに、都道府県における
772 地域医療介護総合確保基金の活用に向けた好事例の周知等の方策を講じるこ
773 とが適当である。

774

775

776 (5) 都道府県知事の権限

777 ○ 都道府県知事の権限について、医療機関の自主的な取組が進まない場合の
778 措置として、不足する医療機能への転換促進等のための権限を設けている。

779

780 ① 医療機関機能の確保

781 ○ 医療機関機能報告の創設に伴い、医療機関機能の報告内容が実態に合わな
782 い医療機関に対して、都道府県は報告の見直しを求めることができることと
783 することが適当である。

784

785 ○ また、医療機関機能のうち急性期拠点機能を担うべき医療機関が役割を
786 揮するため、必要に応じて医療機関の経営状況等も踏まえながら調整会議で
787 協議を行うこととし、都道府県は、協議が調った事項について、医療機関に
788 対して取組を求めることができることとすることが適当である。

789

790 ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

791 ○ 人口減少が加速する中で、将来を見据えて、地域の需要・医療資源の状況
792 等を踏まえながら、病床整備を行い、地域の実情に応じて、不足する医療機
793 能への転換、病床の減少等を図る必要がある。

794

795 ○ 基準病床数制度は、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導する
796 ことを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を
797 確保するためのものであるが、第8次医療計画においては、第7次医療計画
798 からの受療率の変化等に伴い、多くの都道府県で基準病床数が増加している。
799 また、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、必要病床数を上回っても、
800 基準病床数まで増床が可能である。

801

802 ○ こうした中、必要病床数と基準病床数の関係性が分かりづらいとの指摘も
803 あり、基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保するとともに、近年の
804 病床利用率の低下等を踏まえ、効率的な病床整備を進めることが重要である。

805

806 ○ このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、医療計画の基準病床数に
807 ついて、必要病床数も勘案した算定を検討するとともに、必要病床数を超え
808 て増床等を行おうとする場合には、都道府県は、地域医療構想調整会議にお
809 いて増床等の必要性が認められた場合に限り、基準病床数の範囲内で増床等

810 の許可を行うことができることとすることが適当である。

811

812 ○ また、都道府県は、既存病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床及
813 び療養病床の許可病床数が必要病床数を上回る場合は、地域の実情に応じて、
814 病床の機能転換・減少等に向けて、必要な医療機関に対し、調整会議への出
815 席を求めることができることとすることが考えられる。

816

817

818 (6) 国・都道府県・市町村の役割

819 ① 国

820 ○ 国においては、これまで、地域医療構想策定ガイドラインを策定するとと
821 もに、病床機能再編支援事業を含む地域医療介護総合確保基金、重点支援区
822 域の選定、データ分析チーム構築支援事業、地域別の病床機能等の見える化、
823 都道府県等の取組のチェックリストの作成、モデル推進区域におけるアウト
824 リーチの伴走支援等を進めてきた。

825

826 ○ 新たな地域医療構想については、対象範囲を医療提供体制全体に拡大する
827 こと等を踏まえると、国による役割が重要となることから、国において、都
828 道府県による地域の実情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働
829 大臣の責務を明確化し、データ分析・共有、研修等の支援策を講じることが
830 適当である。

831

832 ○ 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策
833 定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき
834 方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、関連
835 するデータ等を提供することが適当である。

836

837 ② 都道府県

838 ○ 各都道府県における地域医療構想の取組状況をみると、例えば、地域医療
839 構想調整会議の開催回数や構成員の参加、データに基づく議論、地域医療介
840 護総合確保基金の活用等の状況にばらつきが見られる。

841

842 ○ 都道府県ごとの取組状況に差違がある中で、都道府県の取組の底上げを図
843 る観点から、ガイドラインにおいて、調整会議について区域ごとに議論すべ
844 き内容、議題に応じた主な参加者や議論の進め方等、データ分析・共有、地
845 域医療介護総合確保基金の活用など、都道府県の望ましい取組を示すとも

846 に、都道府県の取組状況を見える化することが適当である。

847

848 ○ 医療関係者や医療保険者等の関係者には調整会議で協議が調った事項の実
849 施に協力する努力義務が定められている中で、都道府県についても、調整会
850 議で協議が調った事項の実施に努めることとすることが適当である。

851

852 ③ 市町村

853 ○ 新たな地域医療構想においては、新たに在宅医療、介護との連携等が対象
854 に追加される中で、在宅医療・介護連携推進事業を実施するとともに、介護
855 保険事業を運営している市町村の役割が重要となる。

856

857 ○ このため、市町村に対して、議題に応じて調整会議への参画を求め、在宅
858 医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に努めることとすることが適当
859 である。

860

861 ○ 一方、これまで医療提供体制の確保は都道府県が中心となり医療計画に基
862 づき取り組んできたことから、市町村にとってノウハウや体制が不十分であ
863 ることが考えられる。市町村の地域医療構想の理解を促進するため、国によ
864 る研修や都道府県から市町村への調整会議に関する情報提供等の取組を推進
865 することが適当である。また、地域医療介護総合確保基金の活用により、市
866 町村による在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等の取組を推進す
867 ることが適当である。

868

869

870 (7) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

871 ○ 現行の地域医療構想では精神病床は必要病床数の推計や病床機能報告の対
872 象となっていないが、「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場
873 合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」において、これまでの精神医
874 療に関する施策等を踏まえ、新たな地域医療構想において精神医療を位置付
875 ける場合の課題等について検討が行われ、報告書が取りまとめられた。

876

877 ○ 同検討プロジェクトチームの報告書も踏まえ、以下の観点から、新たな地
878 域医療構想に精神医療を位置付けることが適当であると考えられる。

879 ・ 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、
880 外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医
881 療構想とする方向で検討を進めており、地域の医療提供体制全体の中には、

882 精神医療も含めて考えることが適当である。

883 ・ 新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の
884 意義が考えられる。

885 - 2040年頃の精神病床数の必要量を推計することにより、中長期的な精
886 神医療の需要に基づく精神医療体制を推進する。

887 - 病床機能報告の対象に精神病床を追加することにより、データに基づ
888 く協議・検討が可能となる。

889 - 精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精
890 神医療関係者の参画により、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する
891 医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療と
892 の連携等を推進する。

893 - 地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使により、
894 精神病床等の適正化・機能分化を推進する。

895 ○ 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、
896 法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、精神医
897 療に係る施行には十分な期間を設けることが適当である。

898 ※ 精神病床の必要病床数の推計方法、精神病床の機能区分、精神科医療
899 機関の医療機関機能、医療機関機能・病床機能報告の報告事項、精神医
900 療の構想区域・協議の場の範囲・参加者等

901

902

903 6. おわりに

904 ○ 都道府県における新たな地域医療構想の策定等においては地域における関
905 係者との協議等の十分な検討・調整の期間が必要であることから、厚生労働
906 省においては、新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、上記の内容を踏
907 まえ、速やかに法律改正を行った上で、政省令の整備、ガイドラインの策定
908 を行うべきである。さらに、新たな地域医療構想を実現するためには、地域
909 医療介護総合確保基金等の財政支援が必要であり、厚生労働省においては、
910 引き続き、必要な検討を行った上で、予算の確保に努めるべきである。

911

912 ○ 政省令の整備、ガイドライン等の検討に当たっては、新たな地域医療構想
913 の取組が地域の実情に応じた実効性のある取組となるよう、都道府県、市町
914 村、医療関係者等の関係者の意見を十分に聞きながら検討を行うべきである。

915

916 ○ 2040 年頃に向けて、人口動態の変化に伴い、医療の需要や提供体制等の地
917 域差が拡大し、地域ごとに将来を見据えた取組が求められる。新たな地域医
918 療構想を通じて、国、都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、
919 住民の協働のもと、中長期的に質の高い効率的な医療提供体制が確保される
920 ことを期待する。

921

922

923