

新たな地域医療構想について (国の動向)

令和6年7月24日(水)
岡山県医療推進課

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】

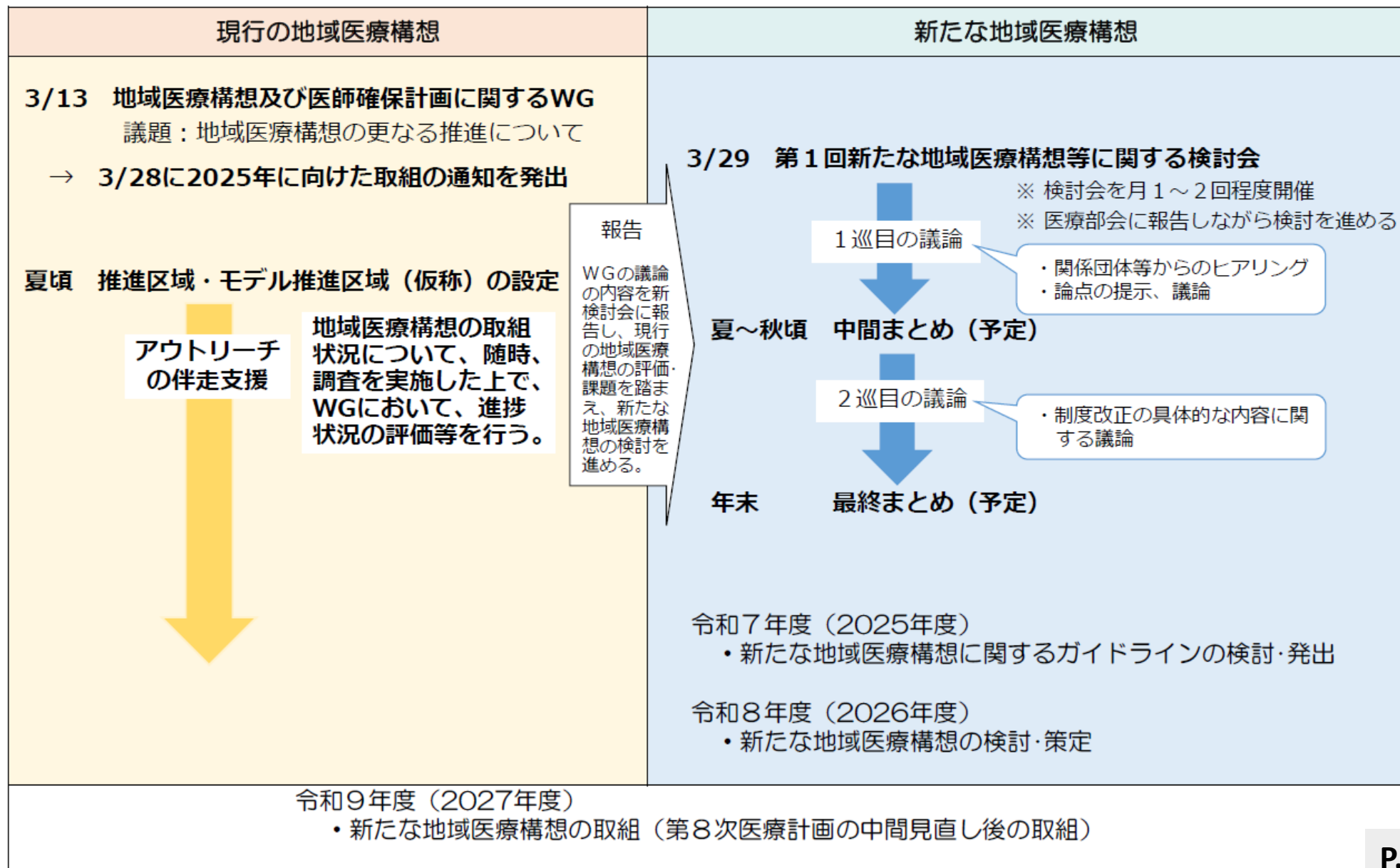
- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離**。
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等**を含めた、**医療提供体制全体の議論が不十分**。
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要**。その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要**。
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる**。
-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

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール (案)



報告

WGの議論の内容を新検討会に報告し、現行の地域医療構想の評価・課題を踏まえ、新たな地域医療構想の検討を進める。

- 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ふ指摘がある。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

（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、地域に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

（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

**2025年に向けた地域医療構想の
更なる推進について
(推進区域の設定)**

令和6年7月24日（水）
岡山県医療推進課

通知内容

2024年度からの新たな取組として、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。

推進区域（仮称）の設定の考え方

- 推進区域仮称については、これまでの取組状況等を踏まえ、以下の区域から設定することとしたい。
 - ①データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じている区域
 - ②データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じている区域
 - ③令和5年9月末調査において、再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関がある区域
 - ④その他医療提供体制上の課題があって重点的な支援の必要性があると考えられる区域
- ※厚生労働省において、都道府県に相談した上で、推進区域（仮称）として都道府県あたり、1～2か所設定する。

モデル推進区域（仮称）の設定の考え方

- モデル推進区域（仮称）については、厚生労働省において、推進区域の中から、都道府県に相談した上で、全国に10～20か所程度設定するものであり、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区域を設定する。
- 具体的には、必要量より多くなっている機能別病床について、2015年と比べて、病床数が増加かつ病床利用率が低下している、医療提供体制上の課題の分析や地域医療連携推進法人制度の活用等を行い、将来に向けて地域医療構想を進めようとしているなど、医療提供体制上の課題があって重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定することとしたい。

推進区域の設定について

※本県において、慎重に検討した結果、推進区域（仮称）の設定の考え方④に基づき、以下の理由により真庭圏域を設定

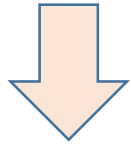
- 真庭圏域は、二次医療圏の見直しを国から求められている圏域である。今後も、人口減少・高齢化の進展により、医療機関の存続や持続的な医療提供体制の維持が懸念される中、県内の5圏域の中で最も人口が少ない真庭医療圏（真庭区域）については、広域化などの見直しの検討を余儀なくされる可能性が考えられる。
- 当圏域は、以前から、圏域内の中核病院が地域の他の医療機関と積極的に連携しながら、地域医療を支えてきた経緯がある。
- 人口減少・高齢化が進んでいく中で、本県の二次医療圏において、人口が最も少なく、高齢化率も2番目に高い圏域であることから、かかりつけ医と中核病院の機能分化・連携に先駆的に取り組んできた圏域である。
- 人口の高齢化に伴う医療ニーズの変化に対応するため、厳しい経営環境の中においても、医療提供体制の見直しを行い、医師不足・看護師不足を乗り越えてきた地域である。
- 次期地域医療構想は、2040年を見据えて国において検討がなされているが、85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化により、病床機能の見直しにとどまらず、かかりつけ医機能、在宅医療、医療・介護連携や人材の確保など、地域包括ケアシステムの深化を図り、地域の医療提供体制全体を議論していく必要がある。
- 今回、圏域内の医療機能の分化・連携が一定程度進んでおり、県下をリードして、2040年を見据え、無床診療所を含めた地域医療提供体制の検討に向け、活発な議論が期待できる真庭圏域を推進区域として設定することとする。

※モデル推進区域（仮称）については、厚生労働省から候補案の提示はなかった。

今後のスケジュールについて

令和6年度 第1回真庭圏域地域医療構想調整会議【7月24日（水）】

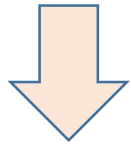
●推進区域の設定に関する報告



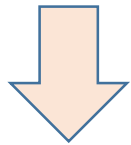
※推進区域対応方針（案）の検討、策定に着手（事務局で（案）を作成）

令和6年度 第2回真庭圏域地域医療構想調整会議

●推進区域対応方針（案）の協議
（第3回調整会議での継続協議もあり得る）



●調整会議で了承を得た推進区域対応方針を厚生労働省へ報告



●推進区域対応方針に基づく取組等の実施（2025年度まで）

推進区域対応方針の様式例（案）について①

※厚生労働省から示されている推進区域対応方針の様式例（案）は、次のとおり

〇〇構想区域

区域対応方針

様式例

令和6年 ○月 策定

【1. 構想区域のグランドデザイン】

【2. 現状と課題】

① 構想区域の現状及び課題（課題が生じている背景等を記載）

② 構想区域の年度目標（令和5年3月31日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

③ これまでの地域医療構想の取組について

④ 地域医療構想の進捗状況の検証方法（地域医療構想調整会議の進め方やデータ分析方法等）

⑤ 地域の医療機関、患者、住民等に対する周知方法（地域医療構想に係る取組内容、進捗状況の検証結果等）

推進区域対応方針の様式例（案）について②

⑥各時点の機能別病床数

	2015年 病床数	2023年度 病床機能報告 (A)	2025年の 予定病床数 (B) ※	2025年 病床数の必要量 (C)	差し引き (C)-(A)	差し引き (C)-(B)
高度急性期						
急性期						
回復期						
慢性期						

※ 病床機能報告における「2025年7月1日時点における病床の整備の予定」として報告された病床数の合計又は各医療機関における対応方針の予定病床数の合計

【3. 今後の対応方針】※2を踏まえた具体的な方針について記載

① 構想区域における対応方針

② 「①構想区域における対応方針」を達成するための取組

③ 必要量との乖離に対する取組

④ 3. ②及び③による取組の結果、想定される2025年の予定病床数

	2025年の 予定病床数 (時点)
高度急性期	
急性期	
回復期	
慢性期	

【4. 具体的な計画】 ※【3. 今後の対応方針】を踏まえた具体的な工程等について記載

	取組内容	到達目標
2024年度		
2025年度		

推進区域の設定

○ 推進区域について、地域の実情に応じた地域医療構想の取組を更に推進するため、都道府県との調整を踏まえ、①～④の事項等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する。

- ① データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じていること
- ② データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じていること
- ③ 令和5年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関があること
- ④ その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられること

※「調整中」の都道府県について、引き続き調整を行う。

【7月5日時点】

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 北海道【調整中】 ▪ 青森県【青森】 ▪ 岩手県【両磐】 ▪ 宮城県【石巻・登米・気仙沼】 ▪ 秋田県【大館・鹿角・能代・山本】 ▪ 山形県【庄内】 ▪ 福島県【会津・南会津】 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 茨城県【土浦、鹿行、取手・竜ヶ崎】 ▪ 栃木県【宇都宮】 ▪ 群馬県【伊勢崎、藤岡】 ▪ 埼玉県【北部】 ▪ 千葉県【香取海匠】 ▪ 東京都【区中央部、区南部、区西南部、区西部、区西北部、区東北部、区東部、西多摩、南多摩、北多摩西部、北多摩南部、北多摩北部、島しょ】 ▪ 神奈川県【県西】 ▪ 新潟県【中越】 ▪ 山梨県【峡南】 ▪ 長野県【上小】 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 富山県【新川】 ▪ 石川県【能登北部】 ▪ 岐阜県【飛騨、東濃】 ▪ 静岡県【駿東田方】 ▪ 愛知県【東三河北部】 ▪ 三重県【松阪】 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 福井県【嶺南】 ▪ 滋賀県【湖北】 ▪ 京都府【丹後】 ▪ 大阪府【南河内】 ▪ 兵庫県【調整中】 ▪ 奈良県【調整中】 ▪ 和歌山県【有田、新宮】 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 鳥取県【調整中】 ▪ 島根県【調整中】 ▪ 岡山県【真庭】 ▪ 広島県【呉】 ▪ 山口県【宇部・小野田】 ▪ 徳島県【東部】 ▪ 香川県【東部】 ▪ 愛媛県【松山】 ▪ 高知県【中央】 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 福岡県【調整中】 ▪ 佐賀県【中部、南部】 ▪ 長崎県【長崎】 ▪ 熊本県【熊本・上益城】 ▪ 大分県【東部、北部】 ▪ 宮崎県【西諸】 ▪ 鹿児島県【始良・伊佐】 ▪ 沖縄県【中部、南部】 |

※ 原則として各都道府県あたり1～2か所設定することとしているが、地域の実情等を踏まえ、複数の圏域にまたがる課題の解決が必要な場合等には、複数の構想区域を設定。

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の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。

※ 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

モデル推進区域の設定

- モデル推進区域について、都道府県との調整を踏まえ、推進区域の中から、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組状況等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する。
※以下の都道府県以外について、引き続き調整を行う。

【7月5日時点】

- | | |
|--------------------|---------------|
| ▪ 秋田県【大館・鹿角、能代・山本】 | ▪ 滋賀県【湖北】 |
| ▪ 山形県【庄内】 | ▪ 京都府【丹後】 |
| ▪ 栃木県【宇都宮】 | ▪ 山口県【宇部・小野田】 |
| ▪ 群馬県【伊勢崎、藤岡】 | ▪ 高知県【中央】 |
| ▪ 石川県【能登北部】 | ▪ 長崎県【長崎】 |
| ▪ 山梨県【峡南】 | |
| ▪ 三重県【松阪】 | |

伴走支援の内容

○技術的支援 （下線は従来の重点支援区域における技術的支援では実施していない新たな支援策）

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析 ・ 構想区域からの依頼に基づき議論の場・講演会、住民説明会などへの国職員の出席 ・ 関係者との議論を行う際の資料作成支援 ・ 関係者の協議の場の設定 | <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置</u> ・ <u>区域対応方針（※）の作成支援</u> ・ <u>構想区域内の課題の把握</u> ・ <u>分析結果を踏まえた取組に関する支援</u> ・ <u>地域の枠組みを超えた構想区域や都道府県間の意見交換会の設定</u> ・ <u>定量的基準の導入に関する支援</u> 等 |
|---|---|

（※）「地域医療構想の進め方について」（令和5年3月31日付け医政地発 0331 第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）において示した、構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するために年度毎に策定する工程表を含む。

○財政的支援

モデル推進区域が属する都道府県に対しては、重点支援区域への支援と同様に、地域医療介護総合確保基金について、事業区分Ⅱ・Ⅳの優先配分を行うほか、個別医療機関の再編統合を実施する場合における上乗せの財政支援を行う。

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の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。

※ 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。