

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて (区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方)

- 1． 区域・医療機関機能について**
- 2． 医療と介護の連携**
- 3． 構想策定のあり方**

1. 区域・医療機関機能について

ひと、くらし、みらいのために



これまでの主な意見（区域・医療機関機能）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

- 地域の限られた医療資源を有効に活用するため、急性期拠点機能の病院での適切な配置が不可欠。
- 急性期医療体制の構築に当たっては、緊急性の高い疾患に対応する拠点と高度専門的であるが緊急性の低い疾患の2つの機能に分けて検討するのがよい。緊急性は高くないが、高度な技術や設備を必要とする医療はすべての二次医療圏で整理することが非現実的。
- 医療機関機能の参考指標について、救急搬送の件数だけで計ることはよくない。高齢者の場合、施設から救急車を使わないものの救急搬送の仕組みがうまく動いている地域もある。
- 2040年以降も含め将来にわたって急性期医療を維持できるよう、現在の人口が概ね30万人までの小規模な地域については、1か所に集約に向けて取り組んでいくことが重要。
- 現在人口が30万人を上回っている地方都市型の地域でも、現在の病床稼働率、救急車の受入れ件数、2040年に向けた人口減少を踏まえるとできる限り1か所に集約をして2040年以降も含めて将来にわたって急性期医療を維持していくことが必要。
- 大都市型と地方都市型の急性期拠点機能について、1～複数を確保することとされているが、医療の需要が人口に相関していくということを踏まえると、概ね人口20万人から30万人当たり1か所程度といったイメージであり、目安として示してはどうか。
- 医療機関機能について、地域の実情を強調し過ぎると構想が目指す方向制がぼやけてしまう。最低限の指標や参酌基準をガイドラインにおいて担保していく必要。
- 医療機関機能の議論を行う際にも、病床の機能ごとの必要病床数を客観的に推計したデータを提供し、議論することが必要。その上で区域の中で、急性期の必要病床数のうち急性期拠点機能を担う医療機関のシェアを一つの目安にして、協議を行うことも必要。
- 大学病院の医療従事者の養成や医師の派遣の重要性はどの人口区域でも重要な役割であるが、広域な観点で担う役割について、複数の大学病院本院を有する大都市とそれ以外の地域とは区別して検討する必要。
- 人口が減少し、医療機関の運営維持が困難な地域では大学病院が高度急性期から一般診療を担うことが重要であるが、大都市部においては大学病院にしか提供できない特殊な高度医療や臨床研究のための先鋭的な医療に限られる方向と考える。今後の人口規模によって大学の役割が変化していくことも必要であり、医療機関機能の検討にあたっては大学病院本院の機能も含めて検討する必要があるのではないか。
- 大学病院にもかなりバリエーションがあり、分院の中には規模が大きくなるとも医師派遣の拠点として地域全体を広く支える機能を有している病院もあることに留意が必要。
- 大学病院本院に対して、医師派遣が要件に組み込まれるなど、大学病院に対する期待は高まっている中、できる限り医師を地域に派遣し、地域医療の維持・発展に貢献していきたい。一方で、現状として派遣可能な医師は最大限活用し、地域に派遣しており、大学病院に派遣を行う余力がないことについても留意が必要。

第8次医療計画における医療圏、地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として、二次医療圏と原則一致するものとして設定している。また、第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏について、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は区域の設定の見直しを検討する、また、100万人以上の二次医療圏について、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。
- 令和6年4月時点で、構想区域と二次医療圏は2県を除き一致している。

二次医療圏

330医療圏（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である**と認められるものを単位として設定



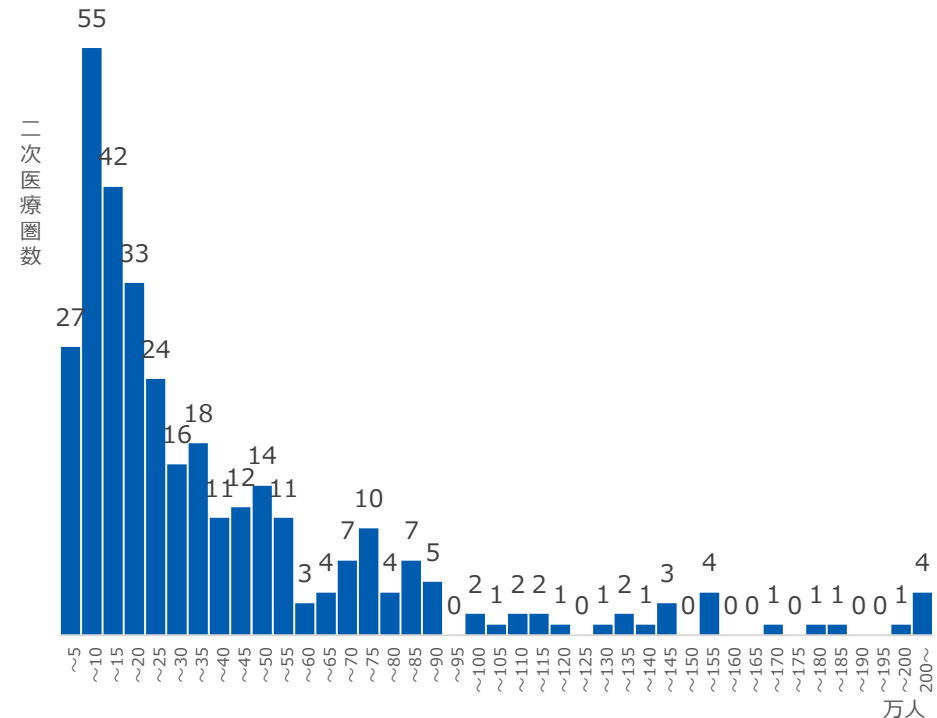
2県以外で一致

構想区域

339構想区域（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

人口規模別二次医療圏数



資料出所：総務省「住民基本台帳人口」（2024年）

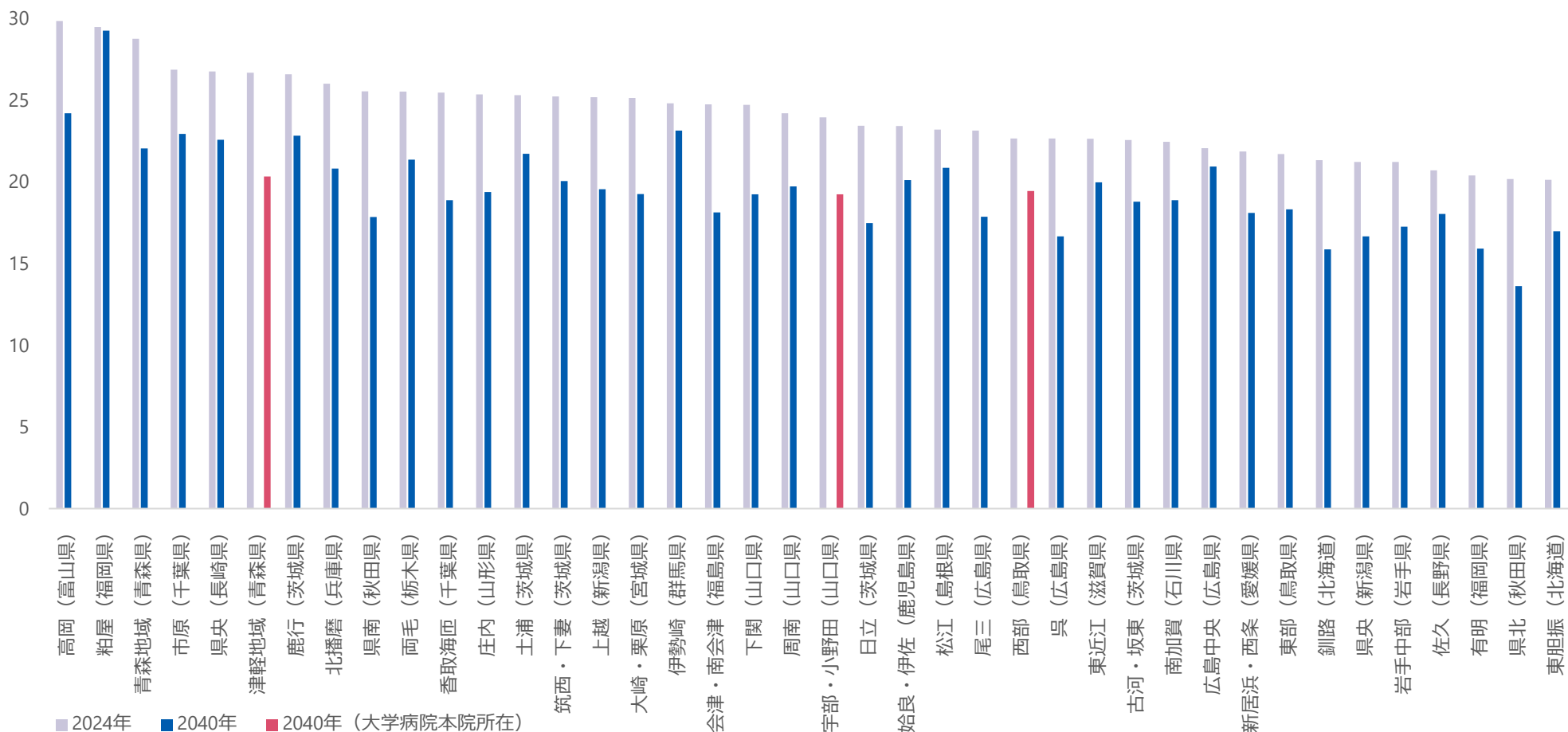
二次医療圏、構想区域の役割

- 二次医療圏と構想区域は、区域内の完結を基本的な考え方として設定し、二次医療圏において基準病床数、構想区域において必要病床数を設定し、一定の行政単位として制度運用がされている。
- 医療の完結性をみない小規模な区域の設定では基準病床数や必要病床数の設定に課題が生じ、また、人口規模等が大きすぎると、区域内において病床の偏在が生じる等の制度運用上の課題が生じるため、適切な規模での設定が求められる。

	主な制度的な活用	目的	内容	区域の人口規模が極めて大きい場合の留意点	区域の人口規模が小さい場合の留意点
二次医療圏	基準病床数 (一般・療養病床)	病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、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確保	二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、基準病床数を算出。	区域内での相対的な病床数の偏在が起きうる	急性期医療を中心に、入院医療の流出が多くなる
	医師確保 (医師偏在指標)	医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示し、医師偏在対策の推進において活用	二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、医師偏在指標を算出。	区域内での相対的な医師数の偏在が起きうる	
	5 疾病 6 事業等	5 疾病・6 事業及び在宅医療について疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに医療連携体制を推進することで、医療提供体制を確保する	二次医療圏も踏まえながら、弾力的に設定 等	区域内での医療の質にばらつきが生じうる	分娩など、区域内で完結できない医療が多くなる
構想区域	必要病床数	現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能分化・連携を推進	- 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、必要病床数を算出。 - 将来の医療需要を病床の機能区分ごとに推計	区域内での相対的な病床数の偏在が起きうる	急性期医療を中心に、入院医療の流出が多くなる

人口規模が20～30万人の二次医療圏

- 現在の人口規模が20～30万人の二次医療圏について、半数以上が人口20万人以下となることが見込まれているが、一部には大学病院本院が所在する医療圏も存在する。
- こうした地域において、大学病院本院が当該地域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、当該大学病院本院が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、大学病院本院のほか、急性期拠点機能を有する医療機関を確保すること考えられる。



区域で提供することを検討すべき医療について

- 区域ごとに、現在の医療資源を踏まえながら、医療機関の連携・再編・集約化を通じて将来に向けても区域内で提供を維持するもの、体制を維持するほどの症例数が見込めないため、一連の診療のうち、手術等の高密度な医療については診療体制を縮小し、他区域との連携等を模索するものなども考えられる。その際、症例数（頻度）の他、緊急に提供すべき医療かの観点も踏まえたデータに基づく議論が必要。

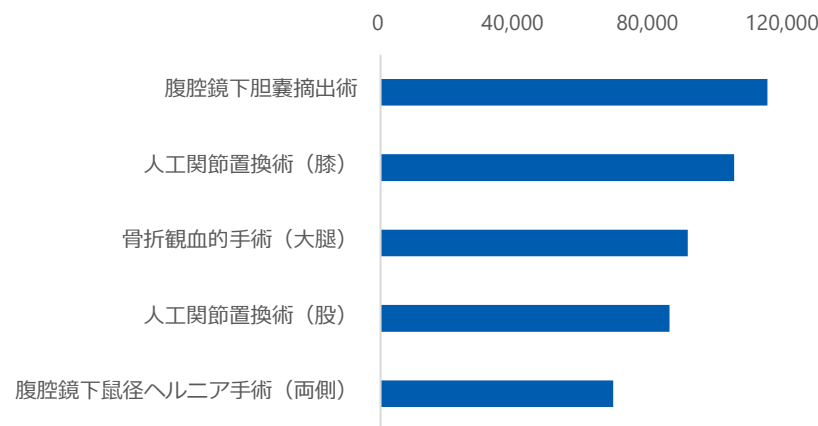
区域における将来も提供を維持する医療の考え方（イメージ）

- 緊急性、頻度の高い疾患については、引き続き区域内での提供を検討

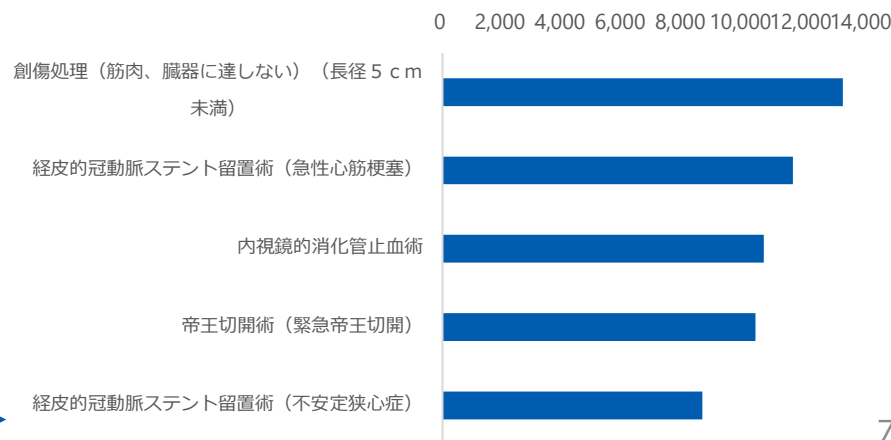
- 緊急性は高いが頻度は高くないものや、頻度は高いが緊急性が高くないものは、医療資源に応じて集約しての体制の継続や他区域での提供を検討

- 緊急性や頻度が低いものについては、3次医療圏単位や都道府県単位での提供を検討する。

全身麻酔手術件数（上位5）



時間外緊急手術件数（上位5）



資料出所：2023年DPCデータ、2022年度NDBデータ

3 大都市圏とそれ以外の都市の違いについて

- 同じ大都市圏であっても、東京都区部（特別区から構成される区域）と福岡県福岡市などでは、周辺の人口規模の過剰が大きく異なる。
- 一般的に、人口の多い地域を中心に患者の移動が起こりうる範囲やアクセス等も踏まえながら区域の検討を行うことが考えられるが、東京のような人口の多い地域が密集している地域の場合、患者の移動がより複雑になること等により、その他の都市部とは二次医療圏の設定のあり方が異なることが考えられる。

札幌



首都圏



※ 地図中の赤色は人口集中地区。
人口集中区域は、国勢調査基本単位区及び基本単位区内に複数の調査区がある場合は調査区（以下「基本単位区等」という。）を基礎単位として、1)原則として人口密度が1平方キロメートル当たり4,000人以上の基本単位区等が市区町村の境域内で互いに隣接して、2)それらの隣接した地域の人口が国勢調査時に5,000人以上を有する地域

関西・名古屋

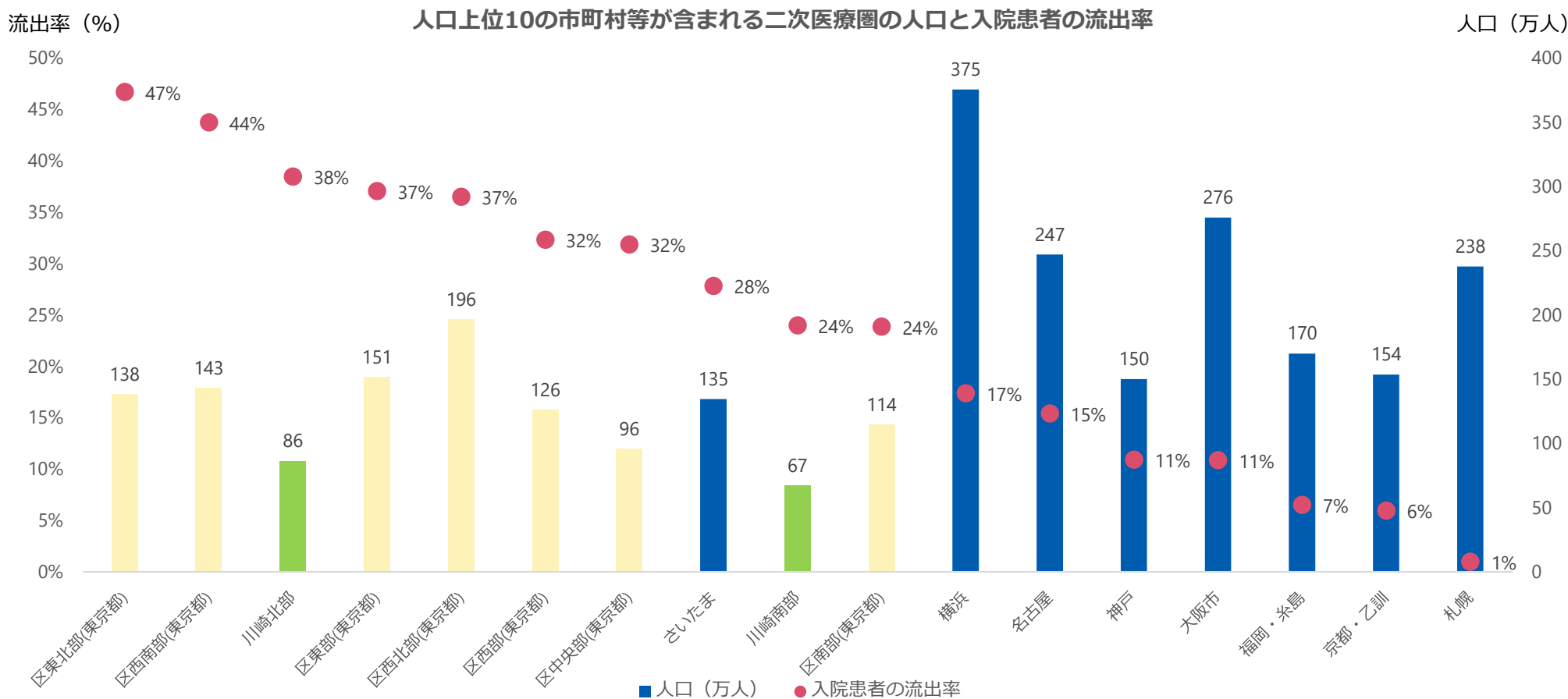


福岡



極めて人口の多い都市部について

- 大都市ではその市単独や周辺市と合併して医療圏を形成されているところが多いが、東京都区部と川崎市は、それぞれ7と2に医療圏を分割して設定している。
- 東京区部の二次医療圏においては、入院医療の流出率（※）が他の同規模の圏域と比べ高い。



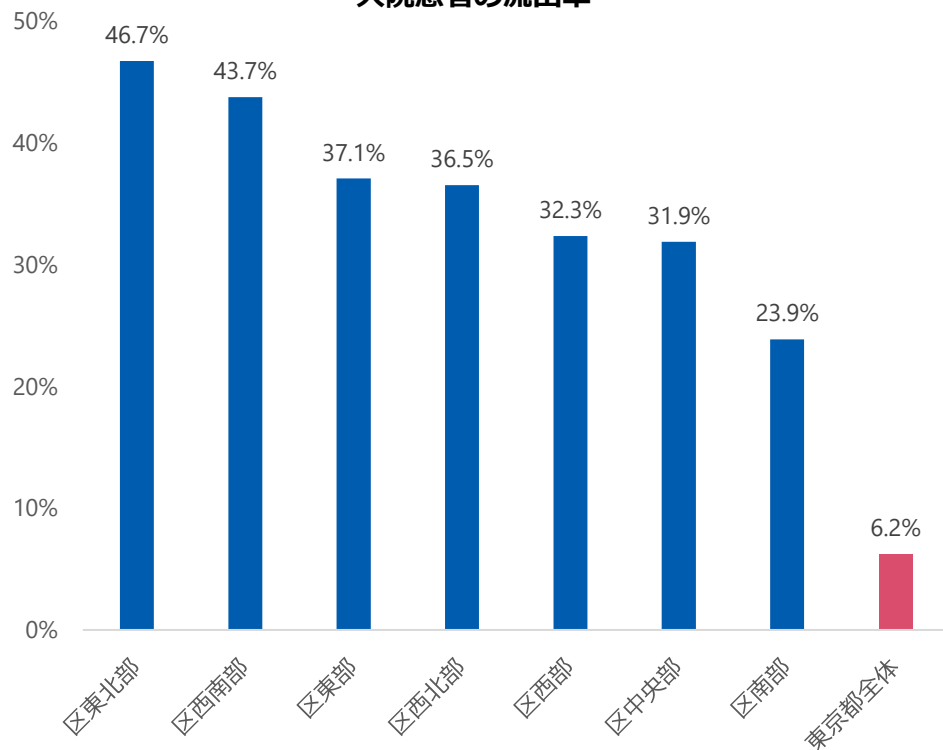
※ 入院医療の流出率：当該区域に居住している患者の全入院件数に対する当該区域外で入院件数の割合

資料出所：2023年DPCデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）

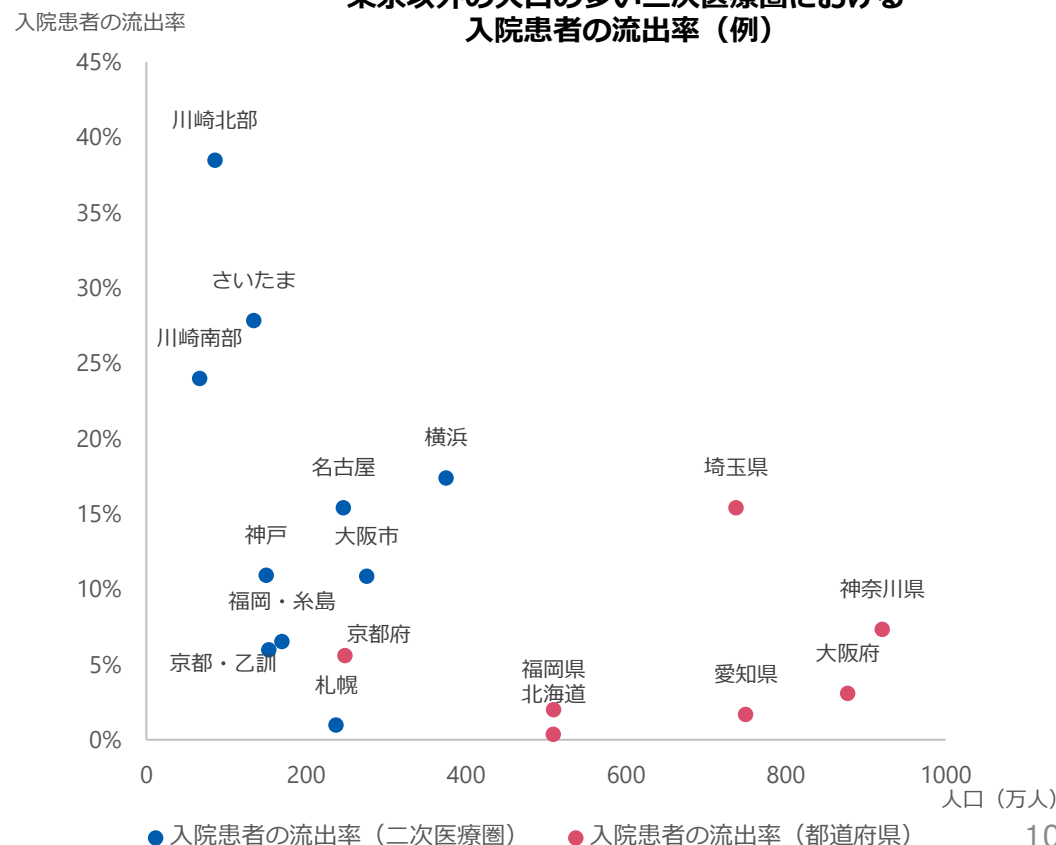
極めて人口の多い都市部における患者の流出率等について

- 東京都区部では、7つの二次医療圏が設定されており、入院患者の流出率は概ね30～45%となっている。他方、東京都全体での入院患者の流出率は数%であり、東京都内で入院医療が完結している。また、同様の区域が首都圏の他の県でも存在する。
- 人口の極めて大きな都市部において、広域な区域を設定し流出率を見かけ上少なくするなどの対応は、区域内での医療資源の偏在などの懸念があるため、高い流出率等を有する現在の区域等に基づき、地域格差是正等の観点も踏まえつつ、地域医療構想の取組みを進めることも考えられる。

東京都区部内の各二次医療圏における、
入院患者の流出率

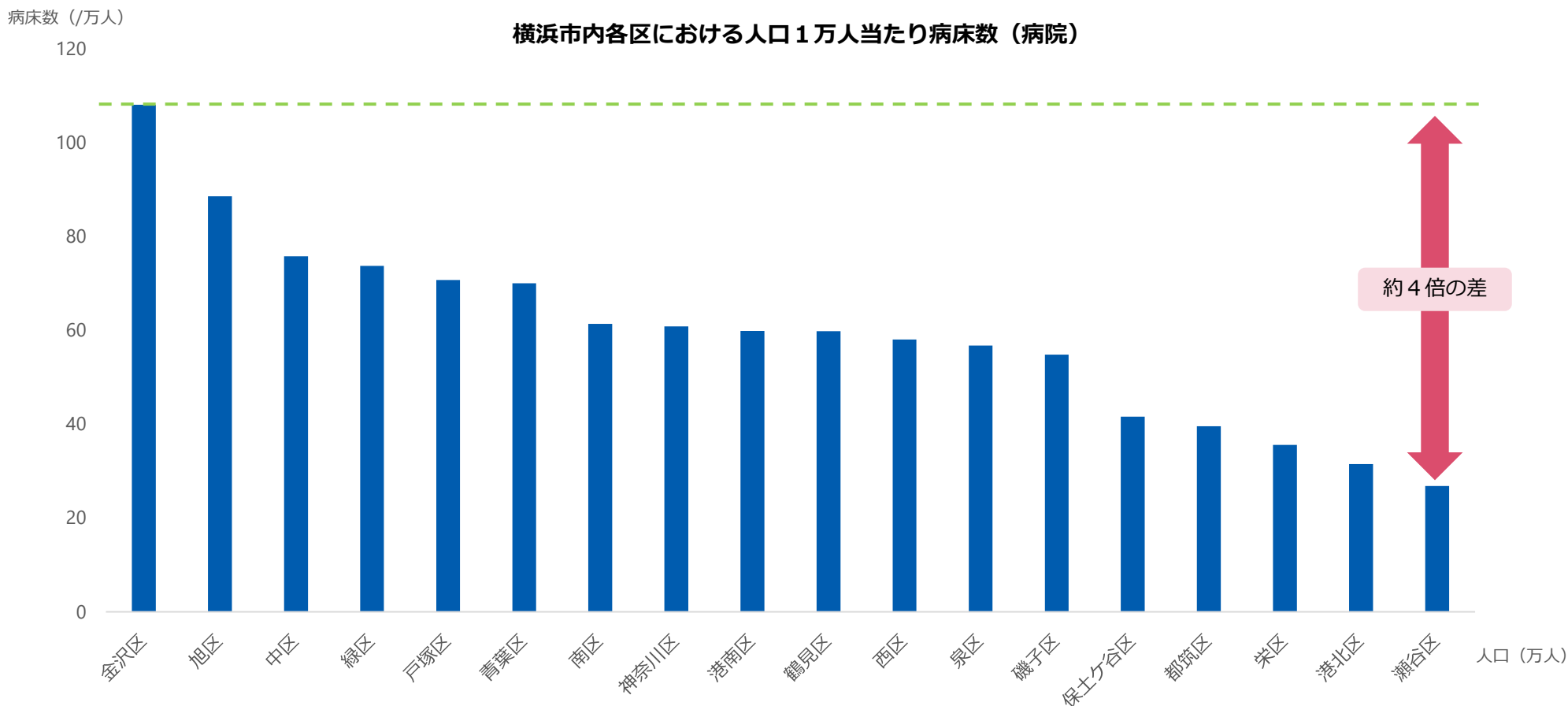


東京以外の人口の多い二次医療圏における
入院患者の流出率（例）



区域が大きい場合において考えられる課題

- 横浜市は、市内の各区について人口が約10～40万人であり、各区が他県の二次医療圏程の人口規模を有するところ、市全域が1つの二次医療圏として設定されている。こうした中、各区の人口1万人あたりの病床数は、最多の区と最少の区で約4倍の差がある。
- 区域を広く設定することについて、区域内において病床数等の医療資源の偏在が起きうることに留意が必要。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

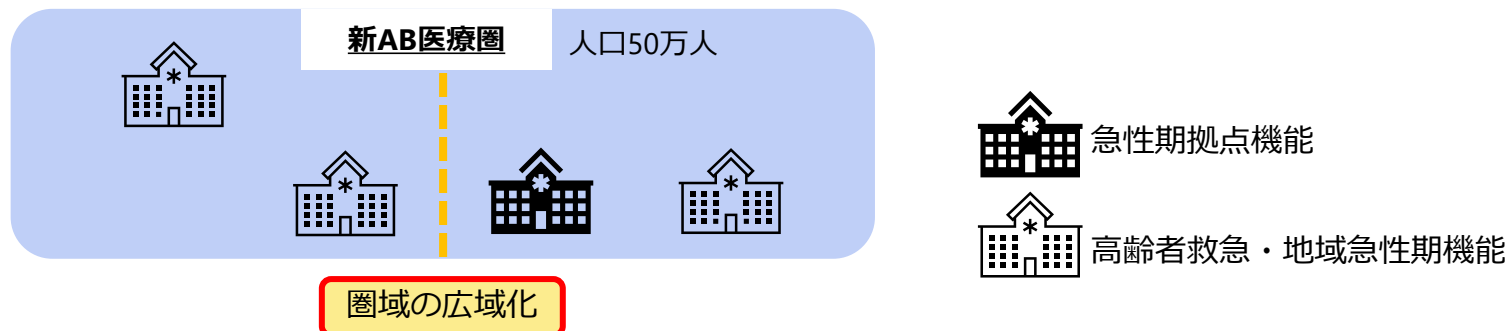
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。

現状



見直し後

- A医療圏単独では、急性期医療を確保できないと考えられることから、B医療圏と統合し、全体で急性期拠点機能を確保。
- 急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期を集約するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
- 旧A医療圏においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保した。



人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組

- これまで人口の少ない地域においても、医療資源を多く必要とする手術等の医療や診療所による外来医療などの提供が行われてきたが、2040年を見据え、区域の見直し、急性期医療の連携・再編・集約化を進めていく必要がある。
- そういった中、患者の医療へのアクセスを維持する観点から、地域の医療資源の状況や以下のような取組事例を把握し、地域医療構想調整会議で検討を行うことが重要。

手段	実施主体の例	具体例
オンライン診療① D to P	医療機関	外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施
オンライン診療② D to P with N	医療機関	例として、山口県岩国市柱島においては、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。
オンライン診療③ D to D	医療機関	遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援
巡回車	地方自治体	へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。例として北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。
医師の派遣	都道府県・医療機関	へき地等へ代診医等を派遣。
巡回診療	医療機関	医療従事者が乗車した移動診療車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施。
宿泊施設の整備	医療機関	遠方の妊産婦や小児慢性疾患の患者が宿泊可能な設備を整備。
交通費・宿泊費補助	地方自治体	遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に、分娩取扱施設までの移動にかかる交通費および出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費を助成。
有床診療所	医療機関	医療需要の少ない地域等で病院を設置するほどの医療需要がない場合などに、医療需要の多寡にあわせて柔軟に医療を提供。
隣接する都道府県との連携	都道府県	地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県以外の場合があり、県をまたいだ連携を行う。

アクセスの確保について

- 今後の医療需要の減少等に向け、人口の少ない地域でも効率的に一定の医療の質を確保するためには、ICTの活用も含めた取り組みが必要となる。地域ごとの特性に応じて、集約して一定の機能を有する病院を圏域で確保することのほか、日常的な診療について、D to P with Nも含めたオンライン診療の活用をすること、地域で確保が難しい医療サービスについて、通院等の負担軽減施策を講じること等が考えられる。

離島へき地におけるオンライン診療(D to P with N)の活用事例

令和6年4月20日より開始した離島へき地医療構想事業に関する検討会資料

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】岩国市立柱島診療所（常勤医なし）
 ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
 ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ柱島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。

【実証内容】
 ① 医師は mainland へき地医療拠点病院
 ② 患者は 離島へき地診療所
 ③ 看護師は 離島へき地診療所
 ④ 医師は mainland へき地医療拠点病院

オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態で診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予察された範囲内における診療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を通じて可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。

離島等の診療所においては、元来より医師及び薬剤師がやむを得ず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に処方することができる（令和6年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N（看護師）」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けられる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減、特に緊急オンライン診療には看護師は必須。

課題
 ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得、看護師からの医師とのコミュニケーション。
 ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

岩国市柱島において、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。

へき地における患者の通院負担軽減に関する事業の例

へき地患者輸送車（艇）事業について

へき地患者輸送車（艇）運行支援事業：令和7年度当初予算額 14.5 百万円（26.4 百万円）※11月以降4年度予算見込み
 へき地患者輸送車（艇）整備事業：令和7年度当初予算額 22.8 百万円の内訳（17.8 百万円以内）

1 事業の目的

へき地の患者を近隣の医療機関まで輸送する「へき地患者輸送車（艇）」の運行に対する財政支援を行うことで、へき地における住民の医療を確保する。

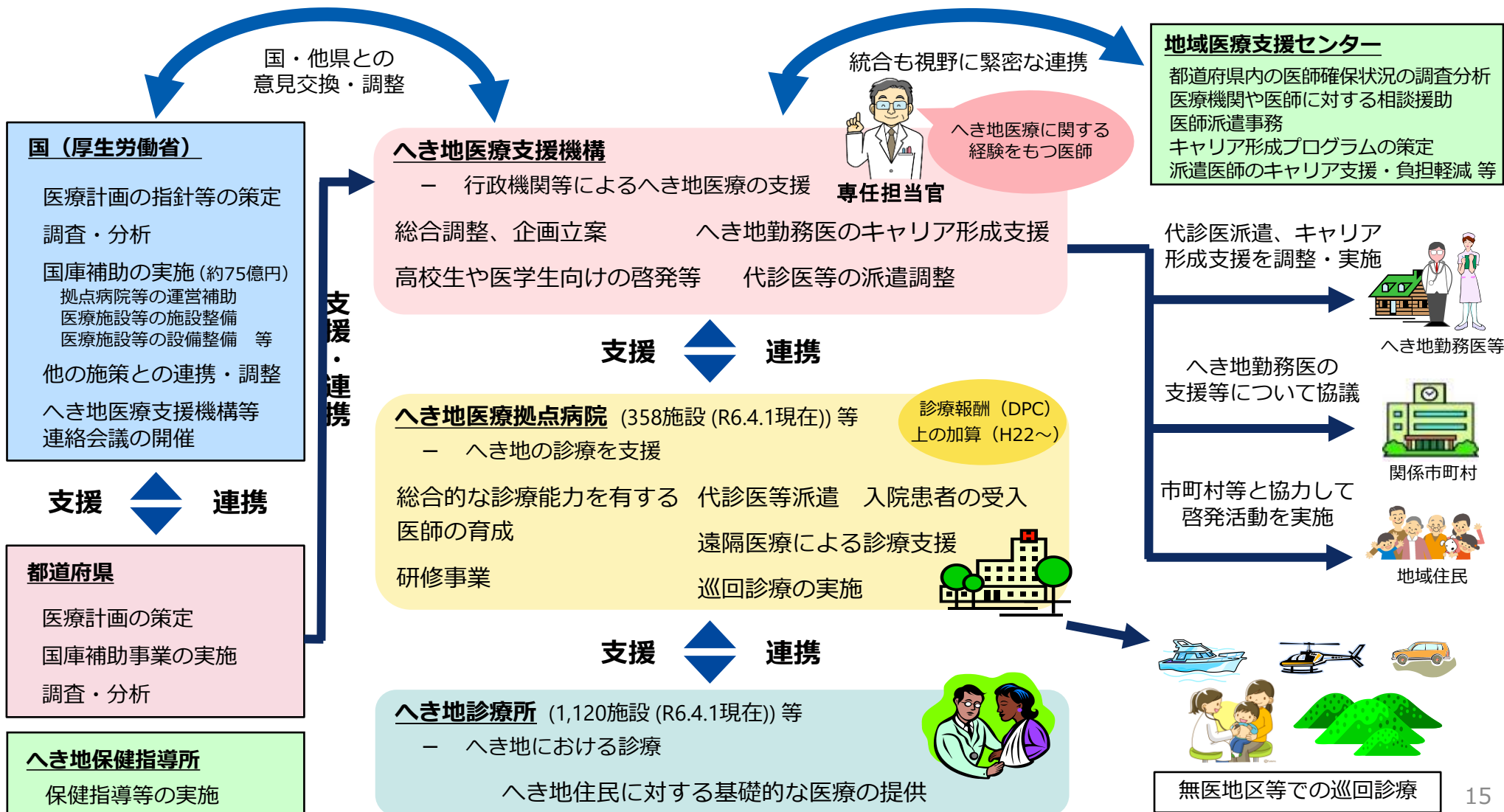
【運行支援事業】
 ① 実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ② 補助率：1/2
 ③ 対象経費：人件費、燃料費等
 ④ 基準額：1台当り765千円（患者輸送車）、1台当り1,289千円（患者輸送艇）

【整備事業】
 ① 実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ② 補助率：1/2
 ③ 対象経費：購入費
 ④ 基準額：マイクロバス1台当り2,829千円、ワゴン車1台当り1,474千円、艇1隻当り10,196千円

へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。

へき地における医療の提供体制

- へき地においては、へき地診療所による基礎的な医療の提供・無医地区への巡回診療の実施など、患者の医療へのアクセス維持のため、様々な取組が行われている。



巡回診療の取組例

- 定期的に通院を必要とする高齢者が移動困難者等に対し、医療Maasを活用することにより効率的な医療提供を行っている例がある。



- 自宅等へ、看護師等の医療従事者が乗車した移動診察車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施。
- 患者は遠方への通院の必要がない。
- 医師はこれまで訪問診療のために要していた移動時間を、外来の患者や緊急性の高い患者の対応に充てることが可能となる。

事業の目的

- 地方の周産期医療体制の不足を補完し、妊産婦本人の居住地にかかわらず、安全・安心に妊娠・出産ができ、適切な医療や保健サービスが受けられる環境を全国で実現するため、遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に対して、当該分娩取扱施設までの移動にかかる交通費および出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費（出産時の入院前の前泊分）の助成を行うことにより、妊婦の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。
- ※ 本事業による支援を通じて、周産期医療の提供体制の構築において、周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や産科医の偏在対策等を推進した場合においても、妊婦の分娩取扱施設までのアクセスを確保する。

事業の概要

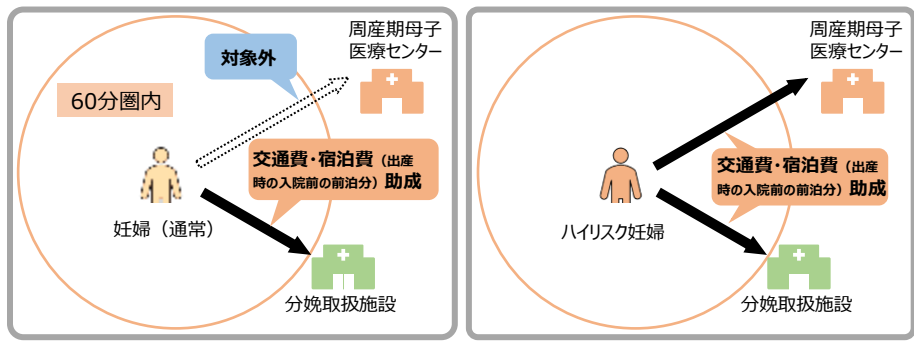
◆ 対象者

自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**（医学上の理由等により、周産期母子医療センターで出産する必要がある妊婦（以下「ハイリスク妊婦」という。）においては、**最寄りの周産期母子医療センター**）まで**概ね60分以上**の移動時間を要する妊婦

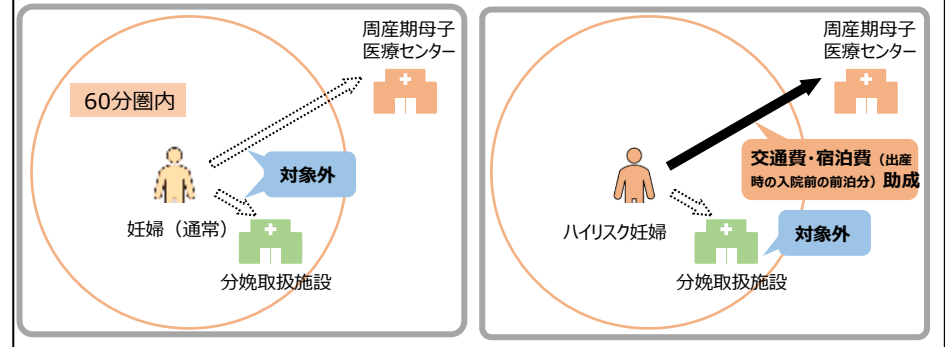
◆ 内容

- ① 自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**まで**概ね60分以上**の移動が必要な場合
最寄りの分娩取扱施設※までの交通費および分娩取扱施設の近くで待機する場合の近隣の宿泊施設の宿泊費（出産時の入院前の前泊分）を助成する。また、**ハイリスク妊婦**の場合は、**最寄りの周産期母子医療センター**までの交通費及び宿泊費を助成する。※出産時の入院前に分娩取扱施設の近隣の宿泊施設に前泊する場合、当該宿泊施設までの交通費とする（他も同様）
- ② 自宅（又は里帰り先）から**最寄りの分娩取扱施設**まで**概ね60分未満**だが、**最寄りの周産期母子医療センター**まで**概ね60分以上**の移動が必要な場合
最寄りの分娩取扱施設までは助成外。ただし、**ハイリスク妊婦**の場合は、**最寄りの周産期母子医療センター**までの交通費及び宿泊費を助成する。

① 分娩取扱施設まで60分以上の移動が必要



② 分娩取扱施設まで60分未満、周産期母子医療センターまで60分以上の移動が必要



(留意事項) 本事業を実施する市町村が属する都道府県は、周産期医療提供体制の構築等の取組を通じて、成育過程にある者に対する医療、保健、福祉等に係る関係者による協議の場等を活用して都道府県の医療部門と都道府県及び管内市町村の母子保健部門等とが連携し、妊婦健診や産後ケア事業をはじめとする母子保健事業等による妊産婦の支援の推進を図ること。

実施主体等

- ◆ 実施主体：市町村
- ◆ 補助率：国1/2
（都道府県1/4、市町村1/4）
※都道府県からの間接補助による交付

補助単価

- ① 交通費（往復分）：**移動に要した費用**（タクシー移動の場合は実費額、その他の移動は旅費規程に準じて算出した交通費の額（実費を上限とする））の**8割**を助成（※2割は自己負担）
- ② 宿泊費（上限14泊）：**宿泊に要した費用**（実費額（旅費規程に定める宿泊費の額を上限とする））から**2000円／泊を控除した額**を助成（※1泊当たり2000円（および旅費規程を超える場合はその超過額分）は自己負担）

各医療機関における患者のアクセス改善のための取組

- 遠方の患者や妊婦、その家族等が通院可能となるよう、敷地内等に宿泊施設を整備する等、患者のアクセスに配慮した取組が行われている例がある。
- 地域の医療資源の状況によっては、地域での日常的な診療と、必要時の遠方等にある専門的な医療機関等での診療を組み合わせることも必要。

概要	事例	ポイント
通院患者のための の病院敷地内の 宿泊施設	地方独立行政法人 の例	• 小児慢性疾患等の治療及びその付き添いのために、遠方から来院する患者及び家族が滞在可能な宿泊施設 • 同院にて治療を受ける患者だけでなく、その保護者、親族が宿泊可能
	国立研究開発法人 の例	• がん患者の症状や滞在期間にあわせて、短期から長期まで対応した部屋を用意 • 治療と仕事が両立するよう、通院しながら仕事が可能なモニターやWi-Fi環境を整備。
妊婦用長期滞在 施設	社会医療法人の例	• 遠方から来院する妊婦が滞在可能な病棟内宿泊施設を整備。出産後は新生児と同室に宿泊可能。 • 里帰り出産や近隣地域に分娩施設がない地域への分娩対応、冬場で通院が困難な場合等に対応。 • 出産予定の妊婦やNICUに入院している児の母等が利用可能。

区域内でのアクセスの確保（有床診療所の取組）

- ・ 広域化する場合であっても、区域内での患者の医療へのアクセスの確保も必要。
- ・ 圏域や中心部から離れた人口の少ないエリアでは、有床診療所が地域の医療需要を踏まえて柔軟に医療を提供している例がある。

茨城県 常陸太田・ひたちなか医療圏（人口約35万人）

医療法人社団芳尚会 吉成医院



- ・ 19床で職員59人（非常勤含む）の在宅療養支援診療所
- ・ “無床診療所だった時期がありました。再び有床診療所とする決断をしたのは、吉成さんの表現で言えば、**「地域密着型医療の包括期機能」を担う病棟を目指そうと考えた**からです。”
- ・ “高齢者の4大疾患の**「脳卒中」「心不全」「肺炎」「腸閉塞」**はいずれも特殊設備を要することなく**地域で対応を完結できる疾患ですから、有床診療所を増やすなりするほうが、結局は効率がいいのです”**

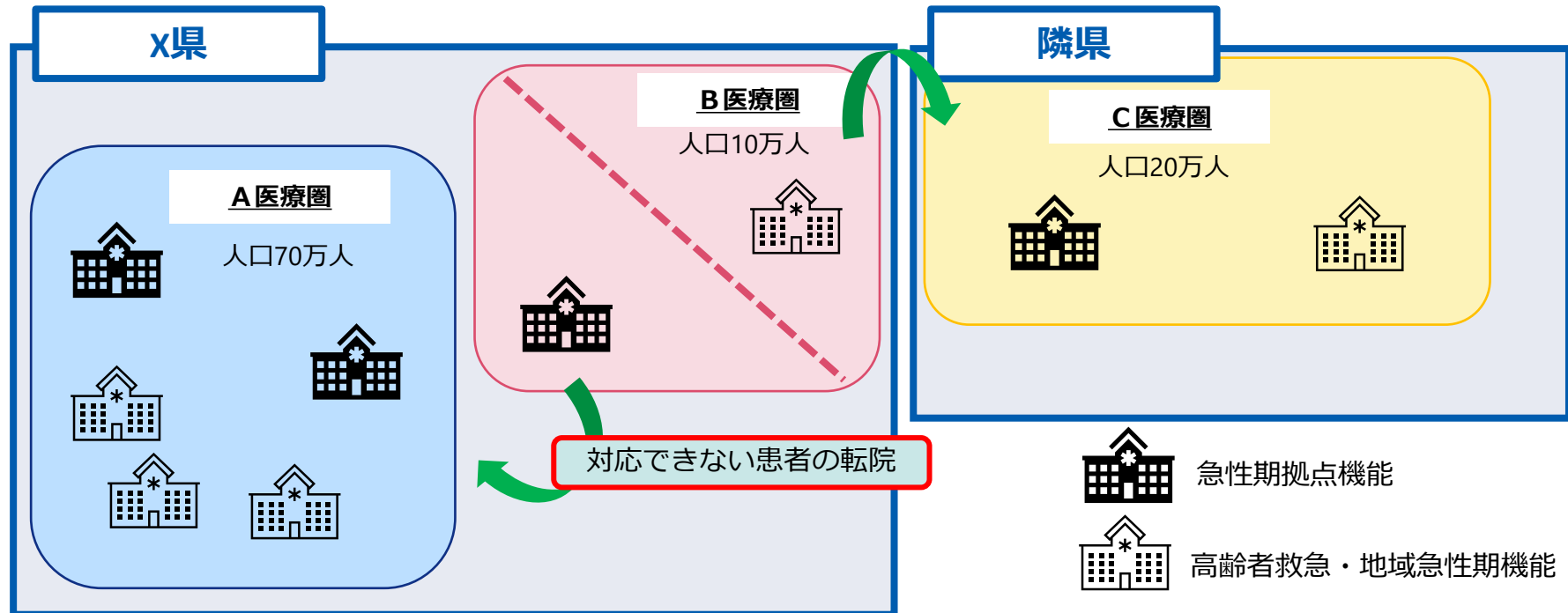
出典：https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/1313

出典：2025年3月 厚生労働

人口の少ない地域における隣接する区域や都道府県との連携（イメージ）

- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏における完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。圏域の見直しにあたり、隣接する医療圏での対応や県をまたいだ連携・圏域の設定の必要性も指摘されている。

- B医療圏からは県内のA医療圏が最寄り。B医療圏の一部では隣県の医療圏へアクセスしやすい。
- こうした場合、B医療圏で完結しない医療について、隣県での対応を前提とすることも考え得る。



医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、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・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。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確保のため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た主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 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・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 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、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 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、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。 ※ 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、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期に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、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 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（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 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県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、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ても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模 の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	- 高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の 少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

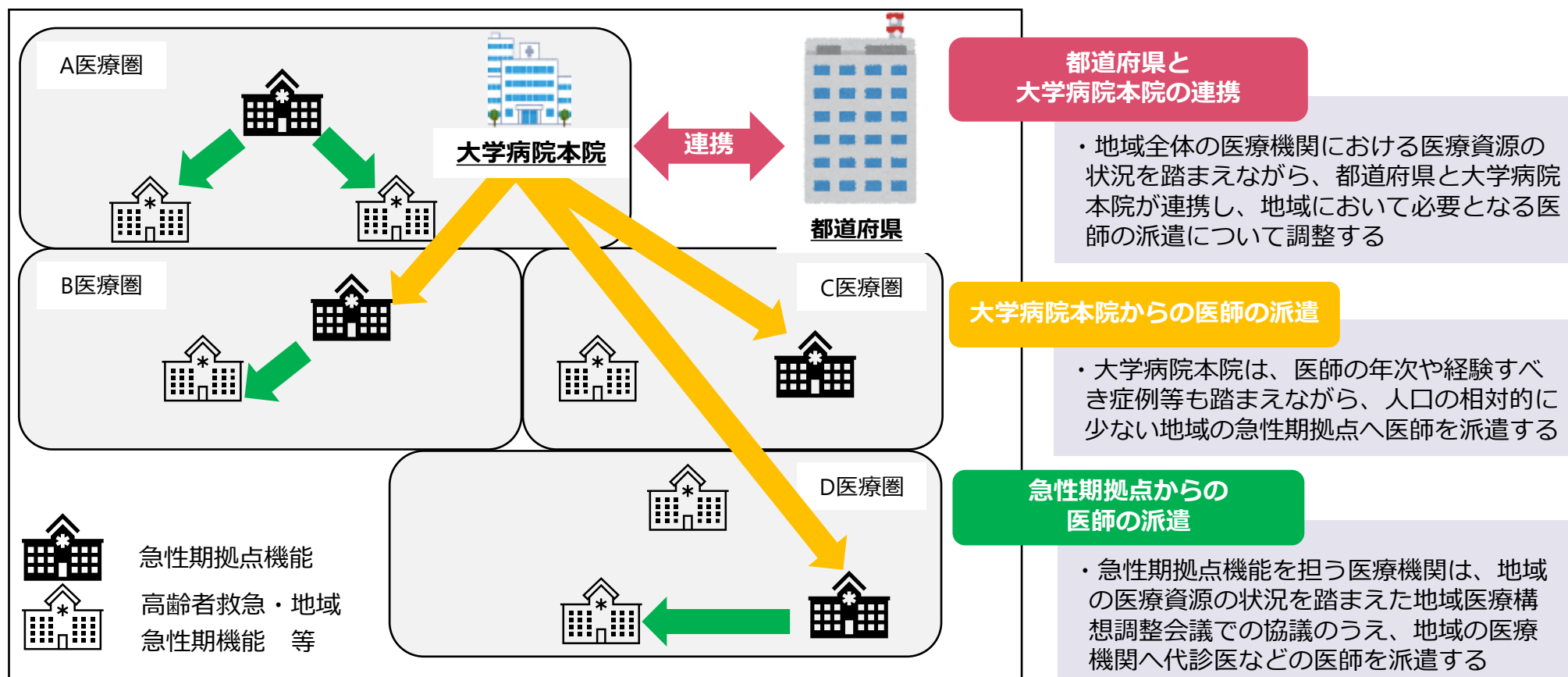
医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

2040年に向けた取組の広域な圏域のイメージ

- 都道府県内には、県庁所在地等の医療資源が相対的に豊富な地域と、相対的に資源の少ない地域が存在する。都道府県が大学病院本院等と連携し、急性期の拠点機能を有する病院等に対して、医師の派遣や教育体制の確保等の取組を行う等、県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築することが必要。



大学病院本院である特定機能病院について

- 特定機能病院のうち、大学病院本院については、高度な医療提供、医師派遣機能も含め、地域医療に対する積極的な役割を果たすことが求められている。

2. 大学病院本院である特定機能病院のあり方について

(1) 大学病院本院に期待される役割

大学病院本院については、これまで高度の医療提供などにおいて重要な役割を果たしてきたが、人口減少等がより顕著に進む2040年頃を見据えると、高度の医療提供、医師派遣機能も含め、地域医療における役割を積極的に果たすことがより一層期待される。一方で、大学病院本院は、医療提供以外にも、医学生を含む人材育成・供給や医学の進歩にも寄与する研究開発の推進を担う機関であり、豊富な医療資源等を活用したより高度な取組も望まれる。

(2) 大学病院本院である特定機能病院の見直しに係る方向性

これらの基準のうち、以下の項目については、具体的に次の事項を求めている

- 地域に一定の医師派遣を行っていること

医師派遣の実績については、出向等の派遣形態によらず、派遣先の医療機関における常勤換算医師数を基本として基準を設定する。この際、特定機能病院は、派遣先の医療機関における医師養成に係る教育体制や処遇改善策等について、派遣形態ごとの状況等も含めた把握や、継続的な課題抽出、必要な取組を求める。

また、医師派遣の実績の評価に当たっては、医師が多い地域から少ない地域への医師派遣等を適切に評価できるよう、例えば、派遣先・派遣元の医療機関が所在する地域の医師の状況等による補正を行う一方で、同一法人の医療機関に派遣する場合や、著しく長期に同一の医療機関に勤務している場合であって、課題がある場合については、医師の状況や指導等の状況も踏まえ、一定の評価に留めることを検討すべきである。

なお、併せて、特定機能病院に対しては、地域医療構想や医師確保計画等と整合した形で地域貢献・医師派遣が行われるよう求めるとともに、管理者は、実績報告において、当該特定機能病院における医師派遣の全体像を把握し、地域医療構想や医師確保計画等との整合に関する状況等を報告するものとする。

都道府県と大学病院本院の連携パートナーシップ協定について

- 今後の医師偏在対策においては、都道府県と大学病院との間の、医師派遣・配置等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとされている。

医師偏在対策に関するとりまとめ（抜粋）

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

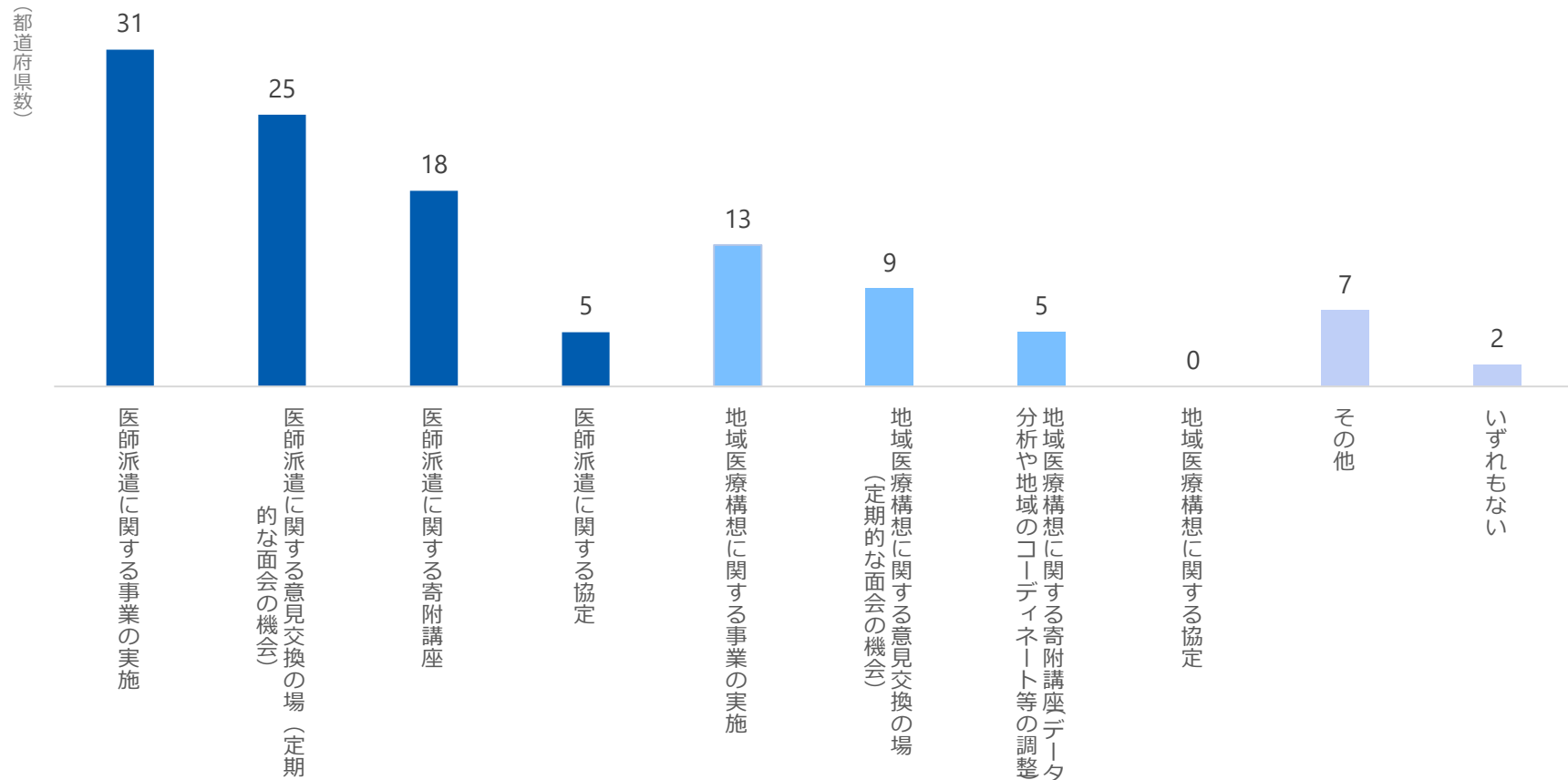
（6）都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

- 地域における医師確保・医師派遣の取組を進める上で、都道府県と大学病院等との連携は重要であり、一部の都道府県においては、大学病院等との連携パートナーシップ協定の締結を通じ、医師確保のための取組を推進している例がみられるが、当該協定の内容は都道府県によって様々であり、医師確保に向けた実効性の観点から課題がある。
- こうした状況を踏まえ、**都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することが適当である。**あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するためには、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化し、医師の確保に向けた取組を進めることが重要である。

都道府県と大学病院の関係について

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を行っている。

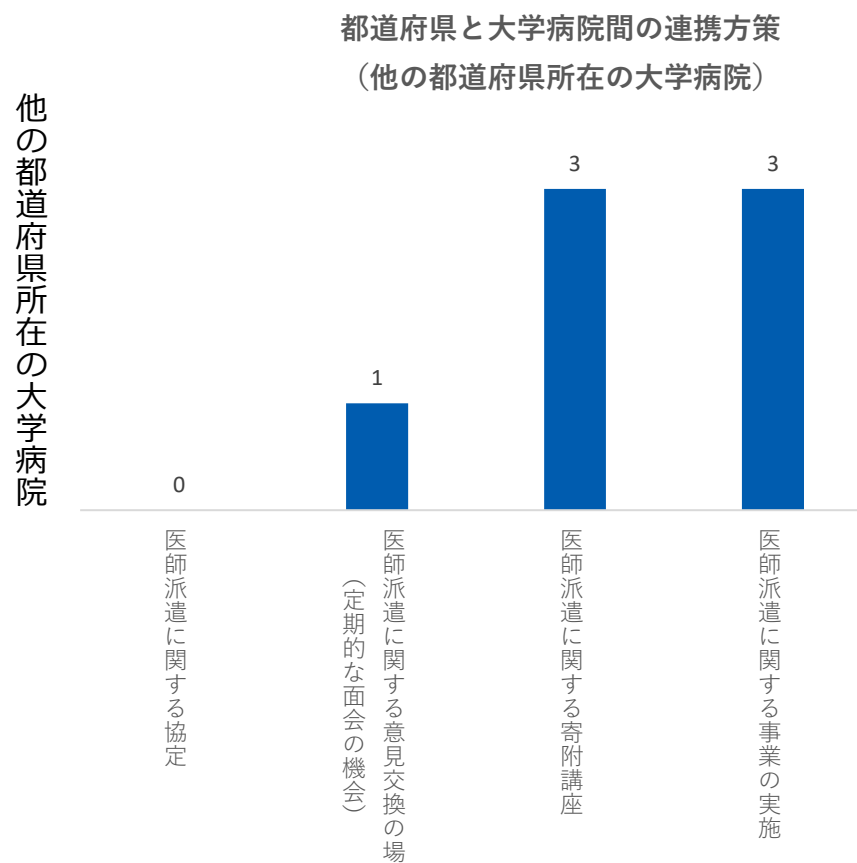
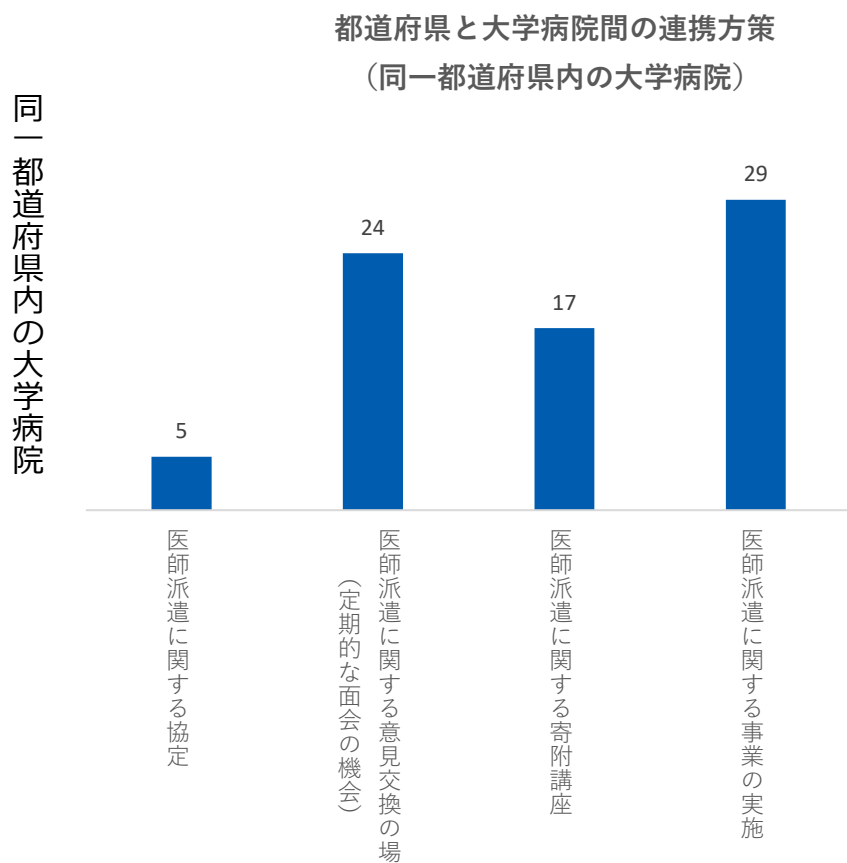
都道府県と大学病院との連携状況



※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

都道府県と大学病院間の連携方策について

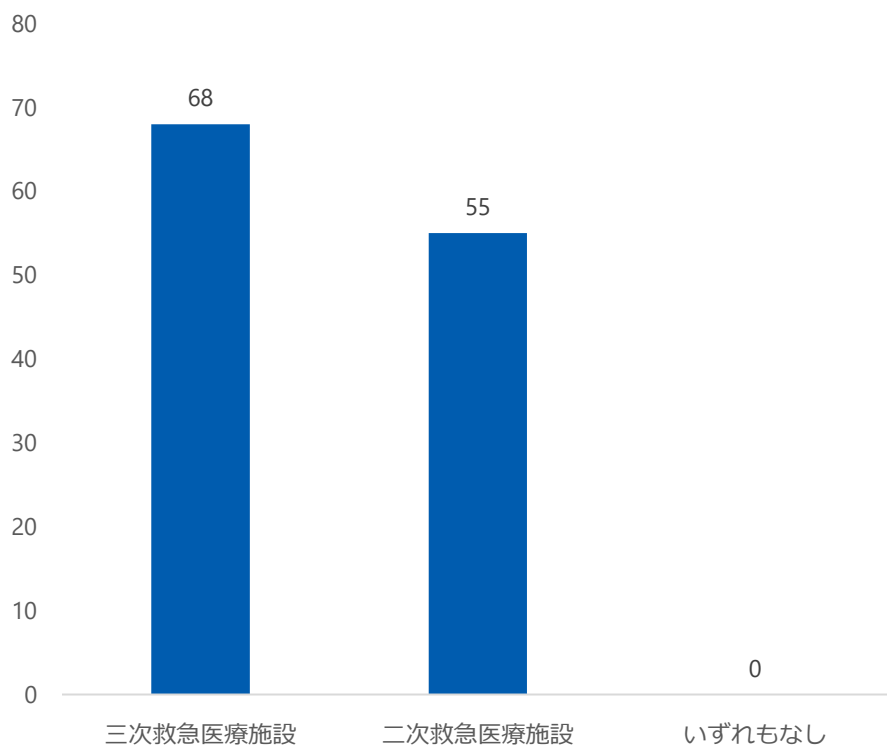
- 都道府県と大学病院との連携について、同一都道府県内の大学病院及び他の都道府県所在の大学病院いずれにおいても、医師派遣に関する連携が行われている。



大学病院本院の医療提供状況

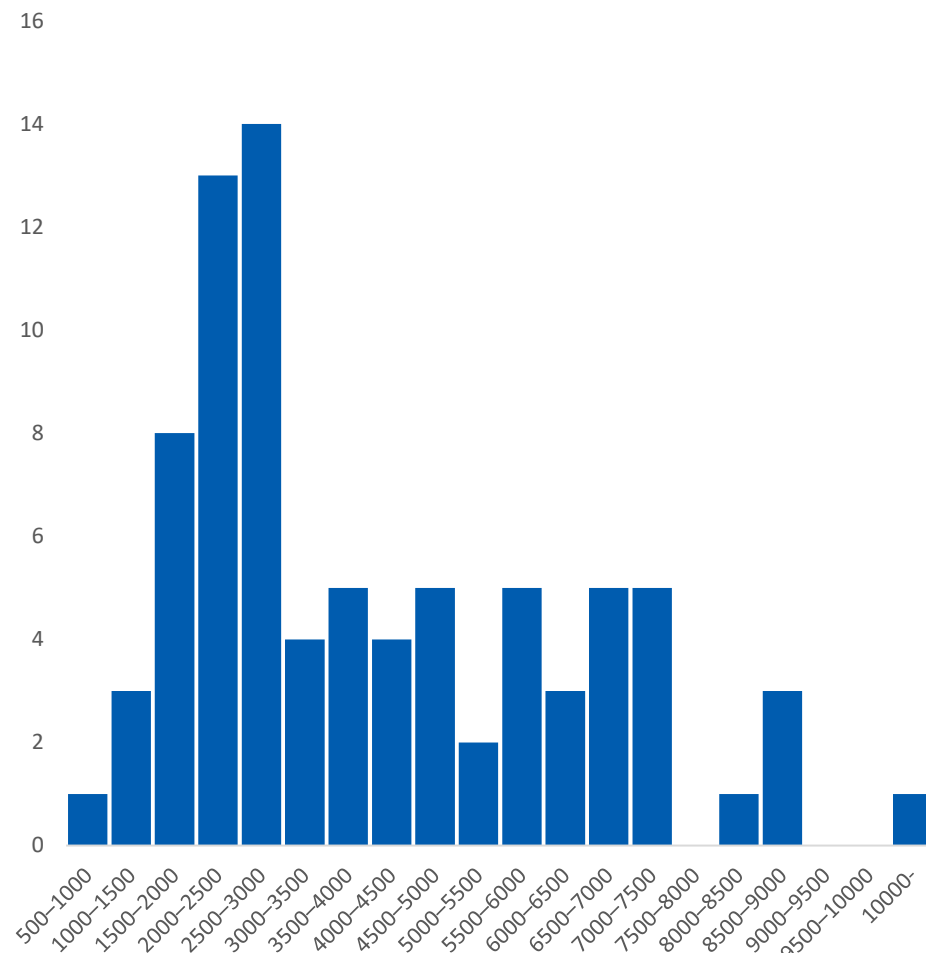
- 全ての大学病院本院が、三次救急医療施設又は二次救急医療施設であり、一定の救急医療の提供を行っているが、救急車の受入れ件数については、受入れ件数が少ないところも一定程度みられる。

大学病院本院の
三次救急医療施設・二次救急医療施設の認定状況



* 三次救急医療施設かつ二次救急医療施設である大学病院本院が41ある。

大学病院本院の年間の救急車受入件数



救急車受入件数 29

都道府県単位の地域医療構想調整会議の開催状況

- 令和5年度の都道府県単位の地域医療構想調整会議の開催回数は、多い県で6回の開催であった一方、（設置しているものの）開催していない県は8県、地域医療構想調整会議を設置していない県は6県あった。
- 新たな地域医療構想においては、大学病院本院の担うべき機能など、広域的な観点での医療提供体制確保の観点も重要となる。

■ 令和5年度 地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

令和5年度開催回数	地方・都道府県					
	北海道・東北地方	関東信越地方	東海北陸地方	近畿地方	中国・四国地方	九州・沖縄地方
6回 (1)		神奈川県				
4回 (4)	岩手県 秋田県				広島県 高知県	
3回 (8)		茨城県 群馬県 東京都	石川県 静岡県 三重県※	京都府 兵庫県		
2回 (11)		埼玉県	岐阜県 愛知県	福井県 大阪府 奈良県	鳥取県※ 山口県	長崎県 熊本県 沖縄県
1回 (9)	北海道 山形県	栃木県 千葉県	富山県		愛媛県	佐賀県 大分県 宮崎県
開催せず (8)		新潟県 長野県		滋賀県	島根県 岡山県 徳島県	福岡県 鹿児島県
設置せず (6)	青森県 宮城県 福島県	山梨県		和歌山県	香川県	

※医療審議会等の既存の会議体で議論を行っている

■ 議論の内容等

■ 議論の内容

- 病床機能の分化・連携に向けた具体的な取組に関する議論
- 構想区域における課題の共有（不足する医療機能等）
- 各種支援策の活用に関する合意（地域医療介護総合確保基金、重点支援区域等）
- 各調整会議での議論の進捗状況や圏域を超えた広域での調整が必要な事項等に関する情報共有・協議等
- 第8次医療計画（地域医療構想）の作成に係る協議

■ 開催しない主な理由

- 現時点において、地域医療構想について全県で調整する議題が無かったため。

■ 設置していない主な理由

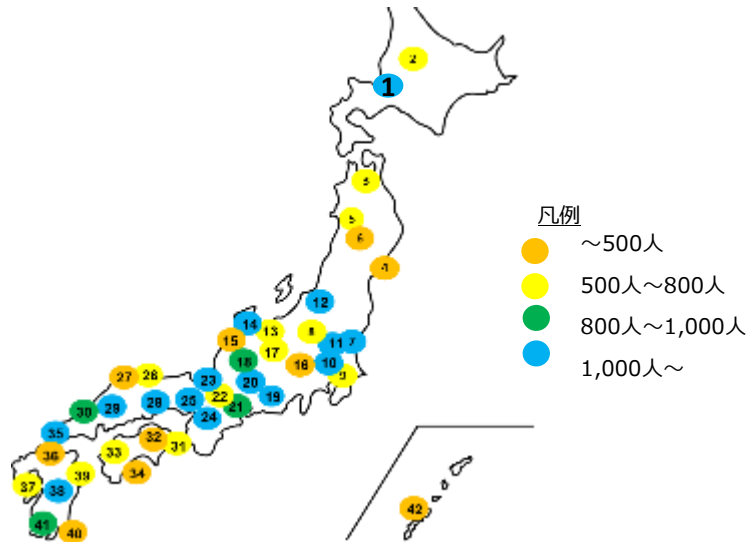
- 県医師会長が全ての構想区域の議長となっており、各構想区域の課題の共有や進捗等の招合せが可能であるため。
- 複数の構想区域での合同会議等のように広域単位で地域医療構想に係る会議を実施しているため。

大学病院による医師の派遣機能

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、約6万人程度の常勤医師の派遣等、医療提供体制の確保に貢献している。

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣

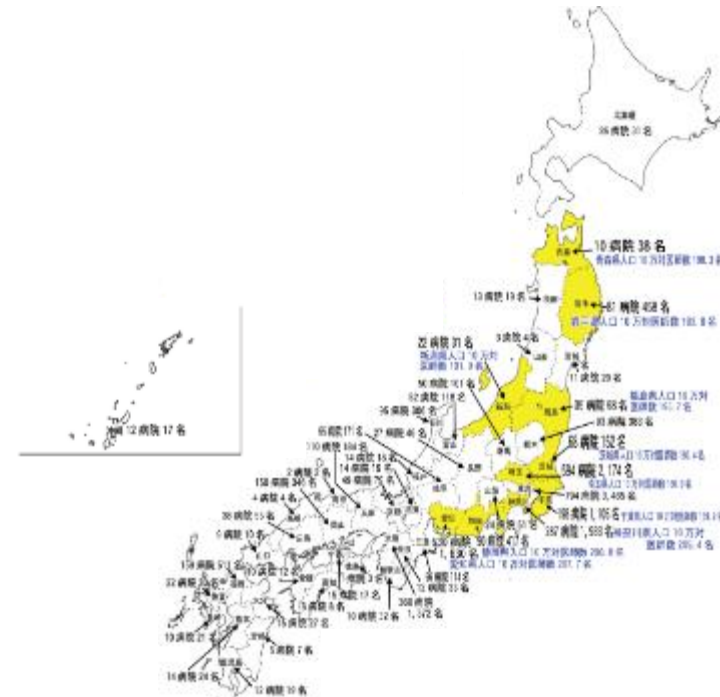


出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

私立大学からの常勤医師派遣状況

平成31年1月時点で、私立大学29大学から、4,279の医療機関に対し、15,685人の医師を常勤医師として派遣



※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

大学に対する医師派遣要請の取組（茨城県）

- 茨城県においては、各地域医療構想調整会議からの医師派遣要望数を集計し、医師派遣要請リストを作成・地対協等で協議。とりまとめられたものを踏まえ、県から大学へ医師派遣を要請し、各大学から可能な範囲で医師派遣がなされている。

前回までの論点⑤ 令和5年度医師派遣要請リスト

		[単位：名]																		
区分	二次保健医療圏名	医療機関名	内科	外科	小児科	産婦人科	泌尿器科	皮膚科	呼吸器科	循環器科	消化器科	泌尿器科	眼科	耳鼻科	皮膚科	小児科	産婦人科	泌尿器科	眼科	耳鼻科
多数	つくば	筑波学園病院																		2.0
		筑波記念病院																		1.0
		筑波がけがれ病院																		1.0
	水戸	水戸済生会総合病院																		1.0
		水戸協同病院																		2.0
		県立中央病院																		2.0
		水戸医療センター																		2.0
	土浦	霞ヶ浦医療センター																		1.0
		土浦協同病院																		2.0
		土浦第一病院	1.0																	1.0
少数	取手・竜ケ崎	建礼院済生会病院																		1.0
		JIAとろで総合医療センター																		1.0
		総合守谷第一病院																		1.0
	鹿行	小山記念病院																		2.0
		神栖済生会病院																		1.0
	古河・坂東	茨城県南医療センター病院	1.0																	4.0
		つるみか病院																		1.0
		和歌山病院																		1.0
	武蔵・下妻	茨城県立総合医療センター																		2.0
		ひたちなか総合病院																		1.0
合計	日立	日立総合病院																		0.4
		北茨城市民病院	2.2																	2.2
	計		3.2	2.0	6.0	3.0	2.0	2.0	1.0	2.0	3.0	2.0	5.0	4.0	1.0	0.4				36.6

- 令和5年度における大学への、病院別・診療科別の医師派遣要請の一覧。各病院がどの診療科に何人の医師を派遣してほしいかを要望、地域医療構想調整会議で内容を検討・協議し、とりまとめたものを地域医療対策協議会で評価・とりまとめを行い、県から大学へ派遣を要請。

令和5年度 医師派遣要請結果

○ 令和5年度医師派遣要請の結果について

地対協で承認された医師派遣要請までの具体的な手順に沿って、筑波大学・東京医科歯科大学・東京医科大学・自治医科大学・昭和大学の5大学に対し、23病院・36.6名の医師派遣の協力を要請した結果、**筑波大学から「12病院・15.4名」の医師派遣が可能との回答があった。**

大学名	要請	回答
筑波大学	21病院 34.6人	12病院 15.4人
東京医科歯科大学	14病院 18.2人	-
東京医科大学	13病院 17.2人	-
自治医科大学	13病院 17.2人	-
昭和大学	13病院 17.2人	-
合 計	23病院 36.6人	12病院 15.4人

※5大学のうち、各病院が希望する大学へ要請

- 県から各大学へ派遣要請を行い、各大学は県へ派遣可能な病院や診療科を回答。

医師配置についての県と大学病院本院等での連携・検討体制の例（新潟県）

- 新潟県においては、地域枠の医師の配置のあり方等について、都道府県に加えて、大学医学部・大学病院本院や医師会等と検討する体制が取られている。

新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング

設置趣旨

- 1 県費修学生の指定勤務期間における配置医療機関の検討
- 2 医師としてキャリアアップできるしくみづくりを検討
- 3 地域医療の確保に繋がっていくような県全体のバランスを考えた効果的な運用を検討

委員

新潟大学医学部	医学部長	佐藤 昇	◎委員長
新潟大学医歯学総合病院	病院長	菊地利明	
新潟県医師会	副会長	上田昌博	済生会新潟病院長
新潟県病院協会	理事長	本間 照	
新潟県厚生連	理事長	塚田芳久	
新潟県市長会	佐渡市長	渡辺竜五	
新潟県町村会	阿賀町長	神田一秋	
新潟県病院局	局長	金井健一	

※R7.8.4現在

※ 以前は「地域医療を担う医師配置等検討委員会」として設置されていたが、H30.7.25に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」を受け、地域医療対策協議会のワーキンググループに改編

(参考)R7スケジュール

第1回会議（令和7年8月4日）

○議題：配置方針等について

【地域医療支援センター】

下記の状況を総合的に判断し、配置原案を作成

- 県修学生配置参考項目
- 地域・医療圏のニーズ
- 県修学生の要望
- 大学医局の意見

第2回会議（令和8年1月下旬）

○議題：県修学生配置案等

※ 承認後、新潟県地域医療対策協議会における協議及び（公財）新潟医学振興会医師養成修学資金協議会運営委員会における協議を経て最終決定（予定）

参考

新潟県と新潟大学医学部との地域枠に係る協定締結について(令和元年12月)

新潟大学に設定する新潟県地域枠の医学生及び卒業医師の養成等を通じて、新潟県内の医師不足や地域偏在の解消を図るため、令和元年12月24日に新潟県と新潟大学医学部は「地域枠に係る協定」を締結する調印式を開催



- 1 開催日 令和元年12月24日
- 2 開催場所 新潟県庁
- 3 参加者

(1) 新潟大学医学部	医学部長 染矢 俊幸 氏
(2) 新潟県	知事 花角 英世

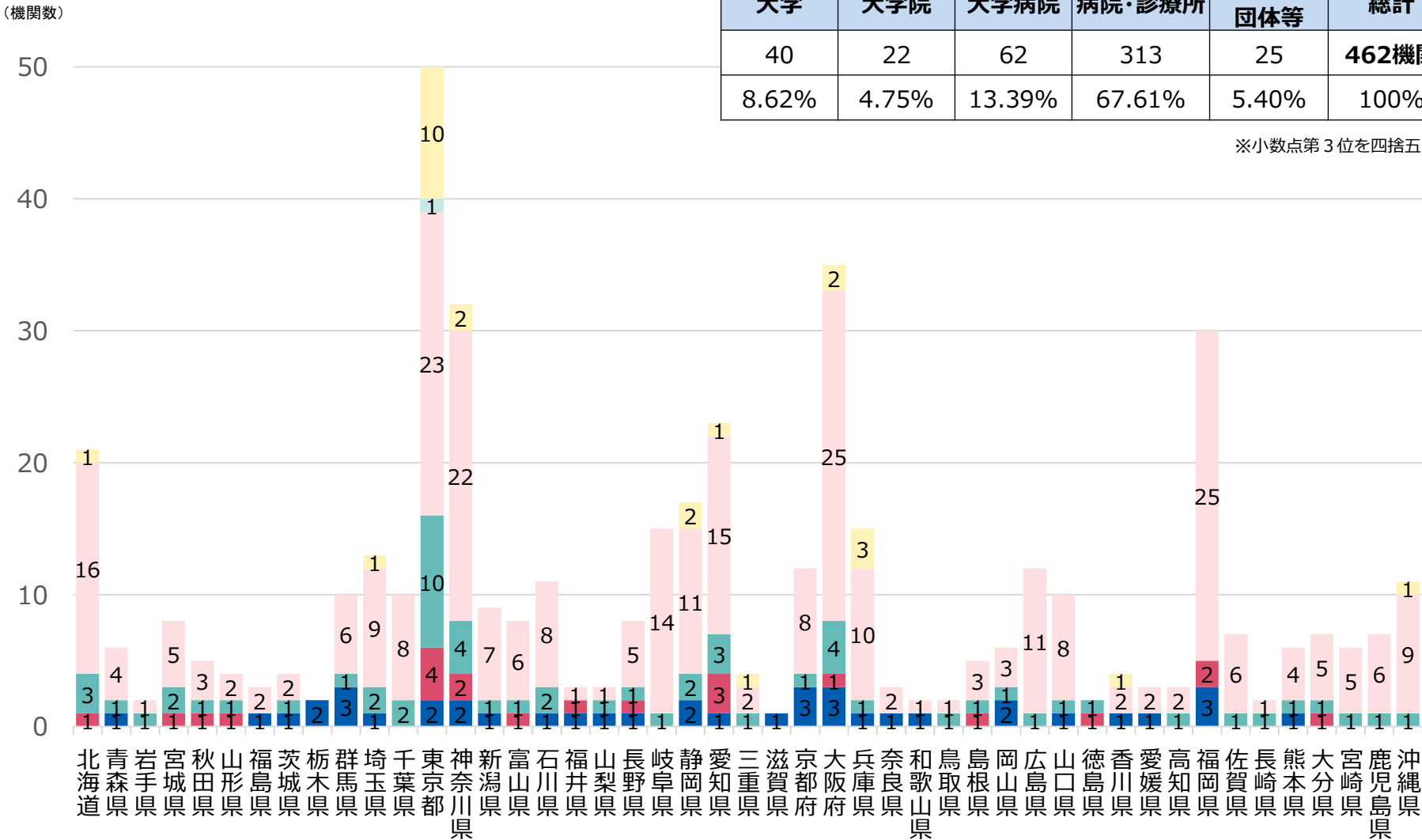
＜新潟大学医学部医学科ホームページより＞

- ・ 医学部は、新潟県と新潟大学の地域枠の医学生及び卒業医師の養成等に関し、協定を12月24日（火）に締結しました。
- ・ 本協定は、新潟県内の医師不足及び医師の地域偏在を解消すること並びに安定的な地域医療を確保することを目的として、医学生等を、地域医療を担う医師として養成すること等について協力する内容です。
- ・ 医学部と新潟県は、これまでも12名の地域枠を実施してきましたが、令和2年度から令和3年度まで地域枠の入学定員を22名に拡大することから、今回を契機として書面によりお互いの協力体制を確認することとしたものです。
- ・ 調印式では、新潟県の花角英世知事は「22名の地域枠を用意していた感謝申し上げたい。しかしながら、まだまだ新潟県の地域医療に携わる医師が不足しているという状態にあり、今後も厳しい状況が続くので、引き続き地域医療にしっかりと取り組んでいきたい。」と語り、染矢俊幸医学部長は「新潟県の協力をいただき、地域枠を22名に拡大することができ、ありがたく思っている。新潟県における地域枠というのは、これまで非常にうまく運営され、教育の体制も整っていることを高校生や地域の方にもよく知っていただき、ますますこの地域枠という制度が充実して新潟県の医療に貢献していけるように努力していきたいので、引き続きご支援、ご協力をお願いしたい。」と述べました。
- ・ 本協定に基づき、これまで以上に新潟県の医療に携わる医師を一人でも多く確保するための人材養成及び県内の医療状況の情報提供などの連携を図り、新潟県の安全・安心な社会の構築に貢献していきます。



特定行為研修を行う指定研修機関の状況

都道府県別指定研修機関数(令和7年3月現在)



施設の種別別指定研修機関数(令和7年3月現在)

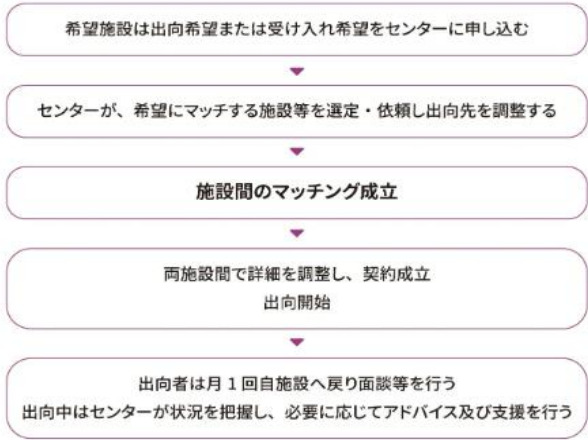
大学	大学院	大学病院	病院・診療所	医療関係団体等	総計
40	22	62	313	25	462機関
8.62%	4.75%	13.39%	67.61%	5.40%	100%

※小数点第3位を四捨五入

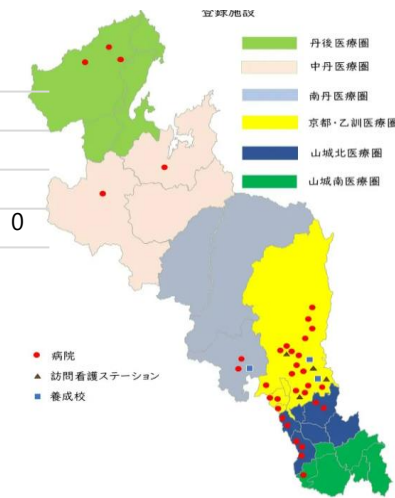
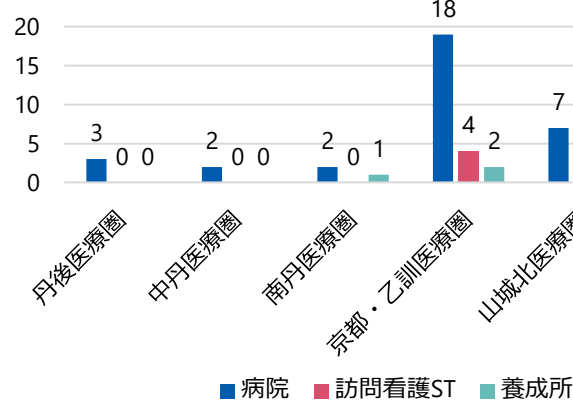
看護職員の確保等のための大学病院本院等における取組事例

- 看護師確保等が困難な施設（主に京都府北中部、南部など）へ、京大病院から交流出向する「京大病院から他の医療機関等への交流プログラム」に取組み、当該事業を京都府看護協会に移行、2024年から京都府全域に発展。
- 京都府内の全ての医療・介護・福祉施設等に在籍している看護職に対して、在籍による他施設等への出向の機会を提供するシステムで、センターは、施設間マッチング、出向者支援、人材交流プログラム登録施設拡大を行う。

■ 京都府看護協会京都府看護職連携キャリア支援センター



【登録施設数（二次医療圏別）】



【実績】

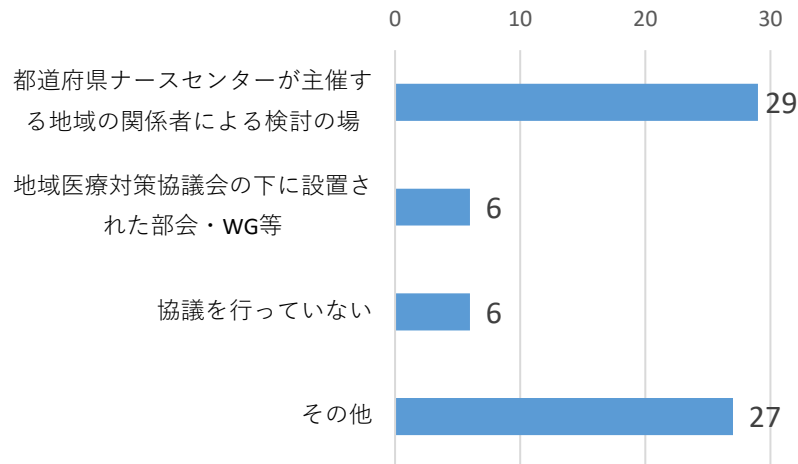
出向元	出向先	部署	出向期間
京大病院	日本バプテスト病院	産婦人科・小児科・内科	2024年4月～11月 ※2023.9からの継続
京大病院	がくさい病院	回リハ病棟	2024年7月～12月
京大病院	京都田辺中央病院	一般病棟	2024年7月～12月
日本バプテスト病院	京大病院	NICU	2024年9月～11月
がくさい病院	京大病院	脳神経外科	2024年10月～12月
学研都市病院	京大病院	呼吸器外科	2025年1月～3月
福知山市民病院	京大病院	呼吸器内科	2025年1月～12月
京大病院	日本バプテスト病院	産婦人科・小児科・内科	2025年3月～2026年2月



看護職員の確保対策に関する都道府県と大学等との連携について

- 都道府県における看護職員の確保対策については、都道府県ナースセンターの主催する会議や、地域医療対策協議会に基づくWG等で実施されている。
- 病院と連携した看護職確保に取り組む必要があると考えている都道府県が一定数あり、大学と連携した取組を協議・検討したいと考えている都道府県も存在する。

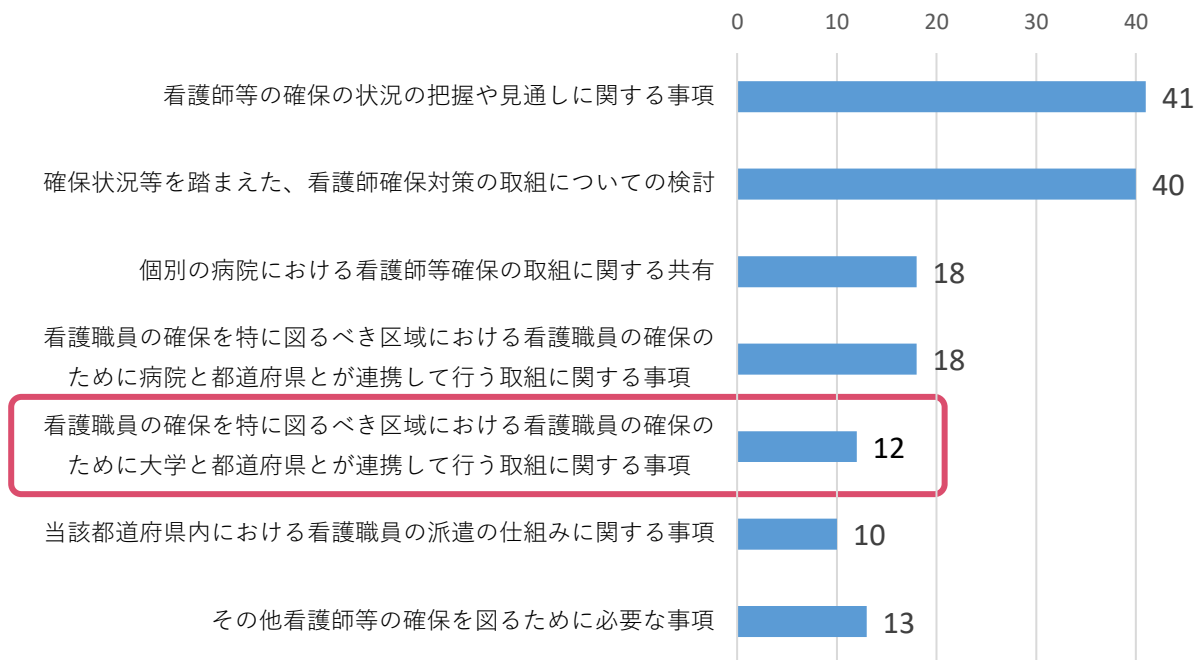
■ 看護職等の確保対策等に関する協議体の設置状況



<協議を行ってない理由>

- 協議会ではなく、関係団体と意見交換を行っているため
- 看護団体等との連携のもとで、取組を進めているため
- 第8次医療計画策定時に看護職員部会にて協議実施
- 既存病床数が必要病床数を超過しており、病床の機能分化・再編に注力しており、看護師等の確保対策については、調整会議に諮る形では行っていないが、個別施策として対策を行っている。
- 検討中

■ 今後、協議・検討したい事項



区域・医療機関機能の対応方針（案）①

- 二次医療圏は病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である区域について設定され、当該医療圏毎に基準病床数を設定しており、構想区域も同様に必要病床数を設定している。このように、二次医療圏や構想区域は、基準病床数や必要病床数の設定の他、医師確保や5疾病6事業等の医療計画をはじめとした様々に制度的な活用をされている。
- 医療の完結性をみない小規模な区域の設定では基準病床数や必要病床数の設定に課題が生じ、また、人口規模等が大きすぎると、区域内において病床の偏在が生じる等の制度運用上の課題が生じるため、適切な規模での設定が求められる。
- 人口規模が20万人から30万人の区域については、原則は人口の少ない地域に該当すると考えられるが、2040年人口が30万人の地域や、区域内に大学病院本院が所在する地域等も存在することから、2040年人口など、地域の実情を踏まえた検討が重要。
- 区域ごとに、現在の医療資源を踏まえながら、医療機関の連携・再編・集約化を通じて将来に向けても区域内で提供を維持するもの、体制を維持するほどの症例数が見込めないため、診療体制を縮小し他区域との連携等を模索すべきものがあると考えられる。その際、症例数（頻度）の他、緊急に提供すべき医療かの観点も踏まえたデータに基づく議論が必要。
- 大都市について、一般的に、人口の多い地域を中心に患者の移動が起こりうる範囲やアクセス等も踏まえながら区域の検討を行うことが考えられるが、東京のような人口の多い地域が密集している地域の場合、患者の移動がより複雑になること等により、その他の都市部とは二次医療圏の設定のあり方が異なることが考えられる。
- 例えば東京都区部内の二次医療圏については、患者の流入や流出が大きい、都全体では一定完結している。人口の極めて大きな都市部において、広域な区域を設定し流出率を見かけ上少なくするなどの対応は、区域内での医療資源の偏在などの懸念があるため、高い流出率等を有する現在の区域に基づき、地域格差是正等の観点も踏まえつつ、地域医療構想の取組を進めることも考えられる。
- 人口の少ない地域等において区域の広域化を検討する際には、区域内におけるアクセスに課題がある地域について、都道府県や急性期拠点機能を有する医療機関を中心に、オンライン診療や巡回診療、患者への通院等の支援等による対応することが重要。
- 大学病院本院である特定機能病院においては、高度な医療提供に加えて、医師派遣機能など、地域医療に対するさらなる貢献が求められており、都道府県との間で医師派遣等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとされている。
- 大学病院本院と都道府県が連携し、県が各病院への医師派遣を大学に要請する例や、県や大学病院本院、医療関係団体、市町村が連携し、医師の配置について検討を行っている例がある。

区域・医療機関機能の対応方針（案）②

- 全ての大学病院本院が三次救急医療施設又は二次救急医療施設である一方、救急車の受け入れ件数が少ない場合もあるなど、急性期拠点機能に求められるような医療の提供の実態は異なる。
- 大学病院においては、特定行為研修の実施等の医師以外の職種への教育や、看護職員の確保のための取組事例があり、医療従事者の確保にむけても、大学病院との連携が必要と考えている都道府県が一定数存在する。



- 区域の点検・見直しに当たっては、人口推計や現在の医療資源等のデータを踏まえつつ、人口の少ない地域については、急性期拠点機能を1つ確保・維持できるかの観点から点検を行うこととしてはどうか。その際、人口が20～30万人の区域においては、大学病院本院が区域内にあり、当該大学病院が当該地域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能な場合には、必要に応じて大学病院本院とは別に急性期拠点機能を確保することも可能としてはどうか。
- 人口規模が大きい地域についても、適切な医療提供体制を構築する観点から、一定の区域は必要である。東京などの極めて人口の多い都市部について、複数の区域を設定することにより、区域での流出が多くなる場合がある。一方、広域な区域を設定し流出率を見かけ上少なくするなどの対応は区域内での医療資源の偏在などの懸念があるため、地域差是正やアクセス等の観点も踏まえて適切な単位で区域を複数設定することとしてはどうか。
- 区域内において、局所的にアクセスに課題があるところについては、オンライン診療の活用や巡回車の整備、隣接する県との連携など、患者のアクセスを維持するための方策について、国において継続的に把握・都道府県等へ共有し、都道府県は構想区域ごとにそうした地域の有無や対応の検討について協議することとしてはどうか。
- 区域ごとに、現在の医療資源を踏まえながら、医療機関の連携・再編・集約化を通じて将来に向けても区域内で提供を維持するもの、体制を維持するほどの症例数が見込めないため、他区域との連携等により対応するものを念頭に医療提供体制の確保に努める必要がある。こうした議論に資するよう、例えば、緊急手術の件数や全身麻酔手術件数等の議論に必要なデータについて国から順次提供し、区域の点検を早期から取り組めるようにすることとしてはどうか。
- 大学病院本院は、都道府県と連携し、地域の医療提供体制における役割が求められる。大学ごとにその特性が様々である中で、医師の派遣や医師やその他の職種の教育、広域な診療機能等に係る大学病院本院の都道府県に対する貢献のあり方について、各都道府県・大学間の取組や、特定機能病院に関する検討状況も踏まえ、医療機関機能として整理してはどうか。

区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	【区域内の効率的な医療提供体制の観点】 ● 極めて多くの医療機関が存在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。 ● 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。 等 【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】 ● 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。 等	○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。 ● 人口推計 ● 医療機関数 ● 医師数 ● 機能別病床数 ● 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流出入の状況 等） ● 個別の医療機関の医療提供実態
人口の少ない地域	● 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、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な急性期拠点機能を確保・維持できるか。 ● 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要があるか。 等	○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。 ● 患者のアクセス確保の手段 ● 隣接する県の医療資源
その他	● 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要があるか。 等	等

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模 の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	- 高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の 少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

2. 医療と介護の連携

これまでの主な意見（介護との連携）

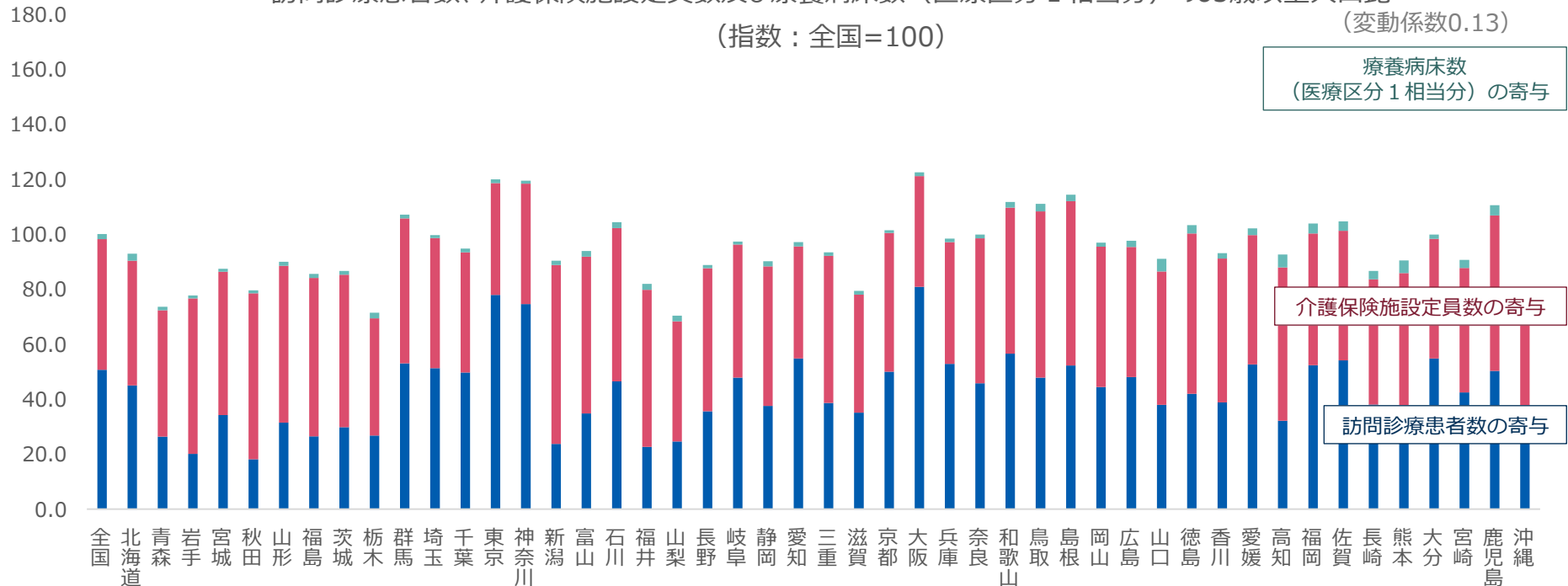
※第116回「社会保障審議会医療部会」、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

- 慢性期の患者は入所・入院・在宅の3つに分かれるため、この3つのバランスをそれぞれの地域の医療資源、人的資源、物的資源の状況に応じて考えていくことが必要。
- 自院の看護師を他の病院や介護施設に派遣することにより、介護保険施設での看取り件数の増加や救急搬送の減少等にもつながる。
- 介護保険施設との連携に関して、協力医療機関は介護保険施設からの患者を受け入れる体制を整備している。高齢者救急・地域急性期機能を評価する指標として、救急車の受入件数だけではなく、介護保険施設からの患者を受け入れた場合も考慮する必要。
- 高齢者の場合、施設から救急車を使わずに救急搬送の仕組みがうまく動いている地域もあり、医療機関機能として救急車の数のみで判断することには留意が必要。
- 介護老人健保施設では、医療の提供機能として医療ショートの機能を担っており、介護保険施設との連携等において、こうした議論をいただくことも必要。

慢性期の需要に対応する主な医療・介護サービスの数について （訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差）

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数、療養病床数（医療区分1相当分）と合わせると地域差は縮小する。
- 慢性期の需要に対する医療提供体制の整備については、病院だけでなく、在宅や介護サービスの整備も含めた検討が重要。

訪問診療患者数、介護保険施設定員数及び療養病床数（医療区分1相当分）の65歳以上人口比
（指数：全国=100）
（変動係数0.13）



資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）、厚生労働省「医療施設調査」（2022年）、NDBオープンデータ（2022年度）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。

※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

※ 療養病床数（医療区分1相当分）については、都道府県別に、療養病床数（病院、一般診療所及び介護療養型医療施設の合計）に対し療養病床入院基本料の算定回数に占める医療区分1の算定回数の割合を乗じることにより算定している。

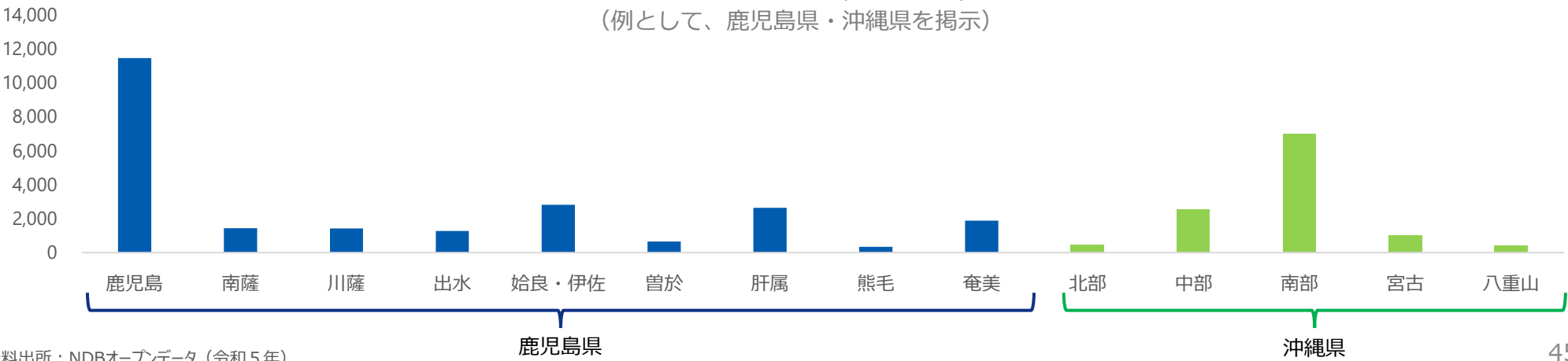
慢性期の需要の把握について

- 慢性期の需要について、例として、療養病棟入院基本料の算定回数や在宅患者訪問診療料の患者数等について、公開されているNDBオープンデータを用いることで、都道府県別や二次医療圏別に確認できる。

医療区分 1 の療養病棟入院基本料算定回数（月あたり）



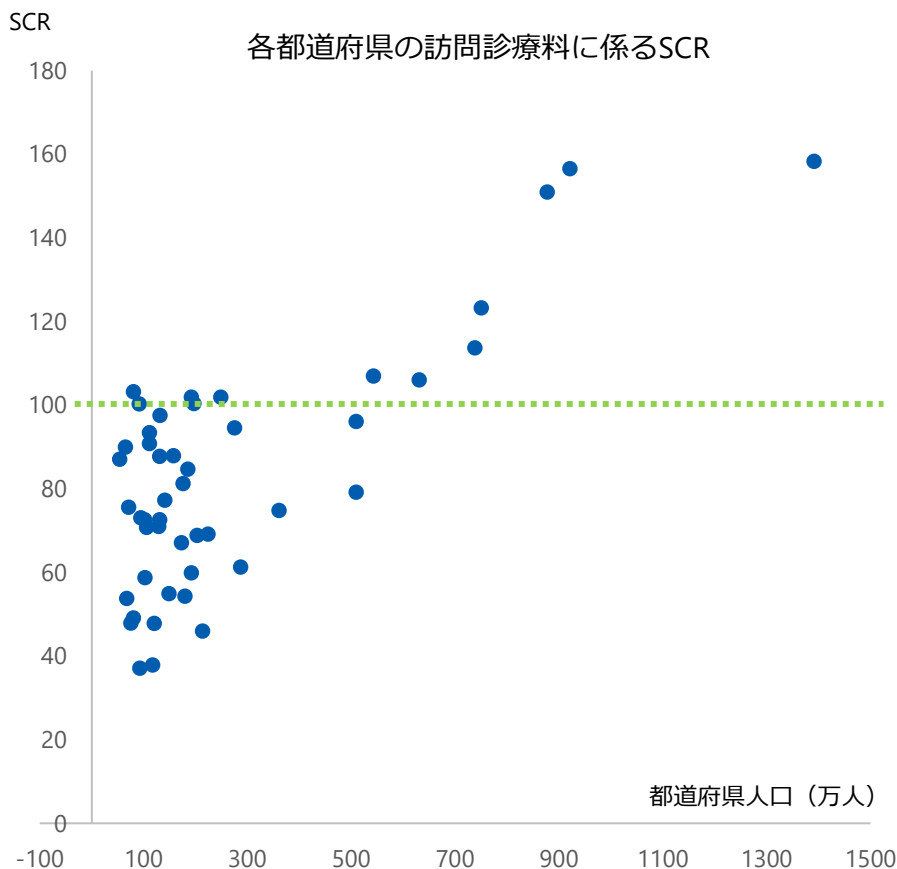
二次医療圏別の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した患者数
（例として、鹿児島県・沖縄県を掲示）



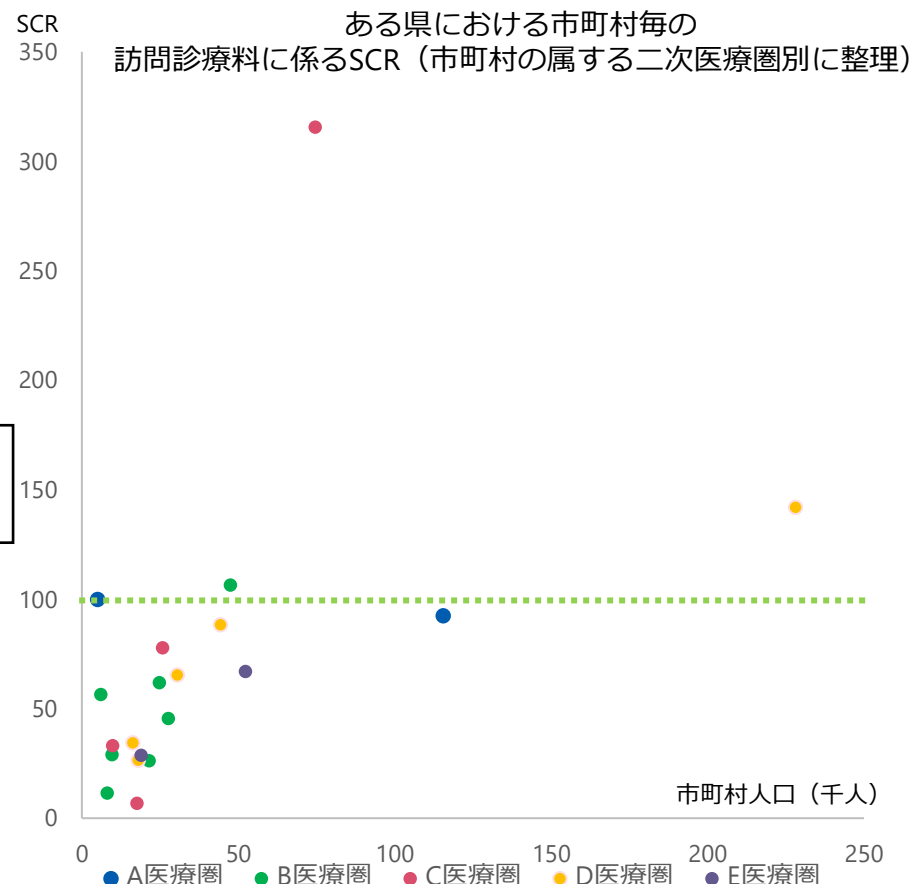
資料出所：NDBオープンデータ（令和 5 年）
※ 療養病棟入院基本料については、医療区分 1 の点数の算定回数を足し上げ、12で除して掲示。

在宅診療に係る二次医療圏内での提供のばらつきについて

- 各診療行為等の地域差を性・年齢調整済みのスコアとして算出するSCR（standardized claim-data ratio）について、ある県における訪問診療料のSCRは県内の同じ二次医療圏内であっても市町村毎でばらつくなど、同一二次医療圏内の市町村であっても地域差の把握が可能。こうした指標を組み合わせることで、二次医療圏内で特に提供実態に課題がある地域の把握が可能。



県全体のSCRが
約100の、ある県
の市町村毎データ

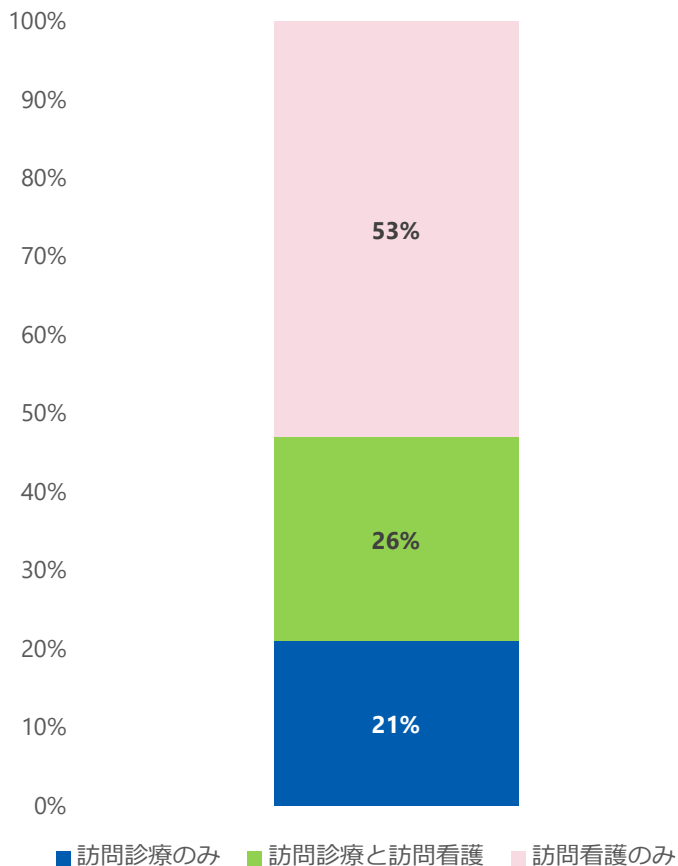


SCRとは、全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に計算により求められる期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを比較したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられSCRが100以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされる

在宅療養者の受療状況について

- 在宅療養を行う者に対する、訪問診療・訪問看護の受療状況は、全体でみると訪問看護のみの受療者が最も多いが、地域ごとにみると、実施割合は様々である。

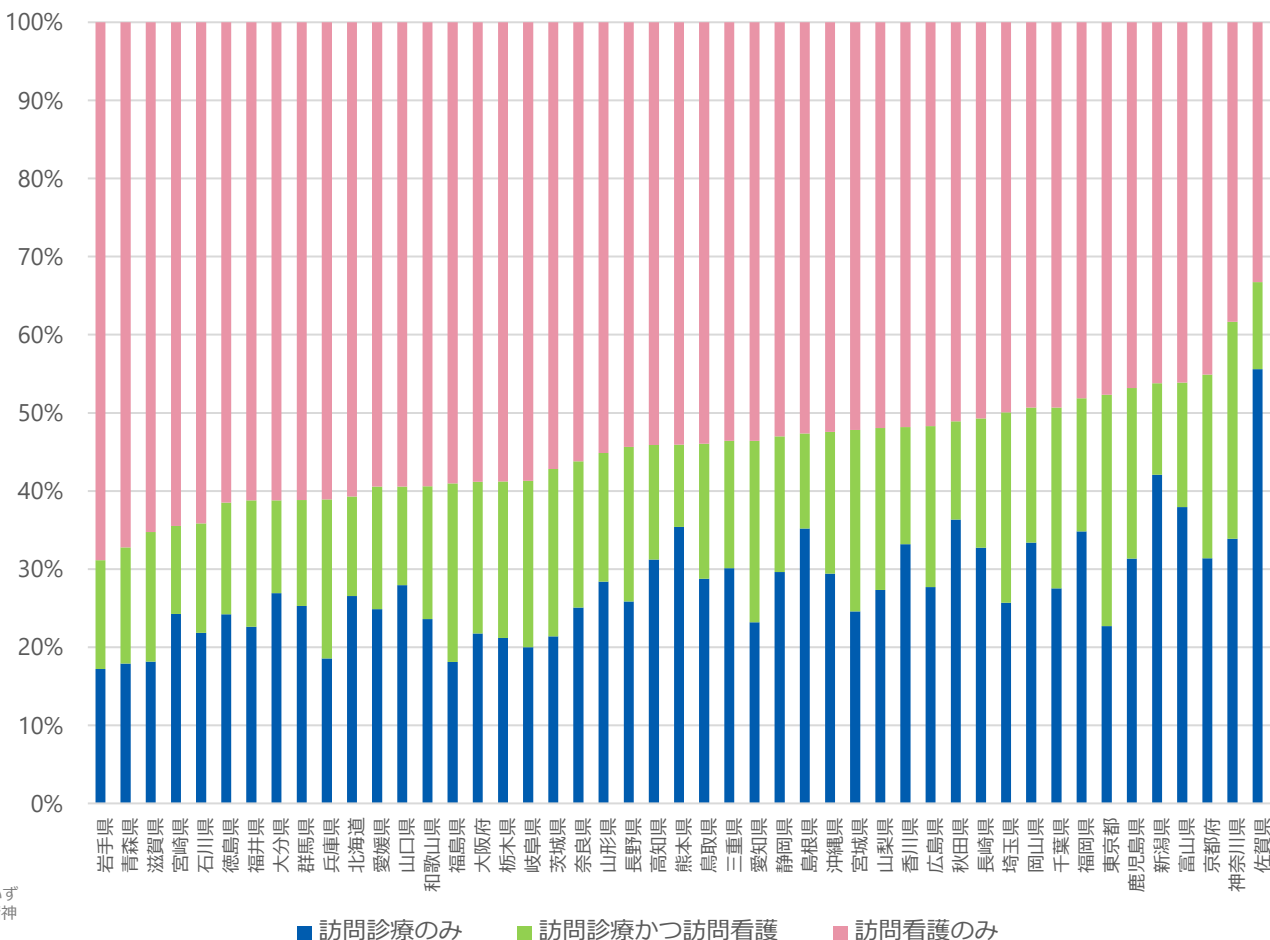
65歳以上の在宅療養者の訪問診療・訪問看護の受療状況



訪問診療：65歳以上かつ在宅患者訪問診療科Ⅰ・在宅時医学総合管理科・在宅がん医療総合診療科のいずれかの算定者のうち、施設入居時医学総合管理科、在宅患者訪問診療科Ⅱ、在宅精神療法、家族在宅精神療法、精神科在宅患者支援管理科の算定者を除いた者

訪問看護：65歳以上の要支援・要介護者かつ訪問看護指示料、在宅患者・訪問看護指導料、又は介護保険の訪問看護サービスのいずれかの算定者のうち、精神科訪問看護の算定者又は老人福祉施設・老人保健施設・介護医療院・介護療養型施設・特定施設・認知症グループホームの入居者を除く者

65歳以上の都道府県別の訪問診療・訪問看護の受療内訳

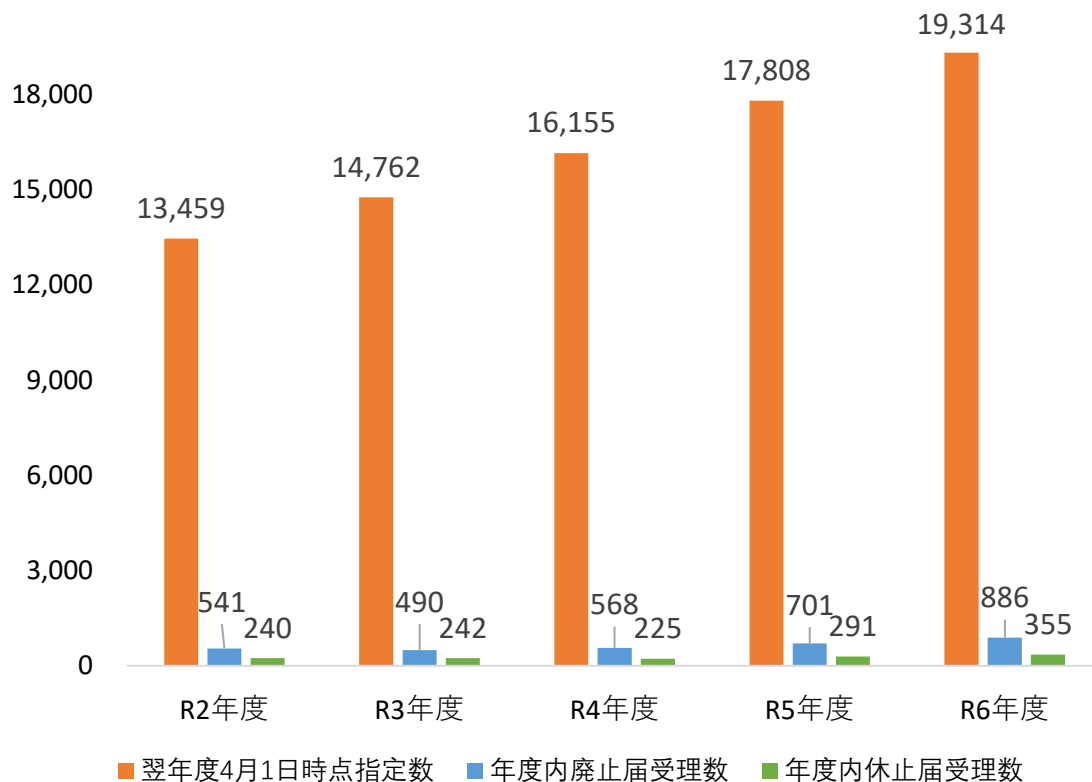


出所：NDBデータ（2021年10月診療分）、介護保険総合データベース（2021年10月サービス提供分）

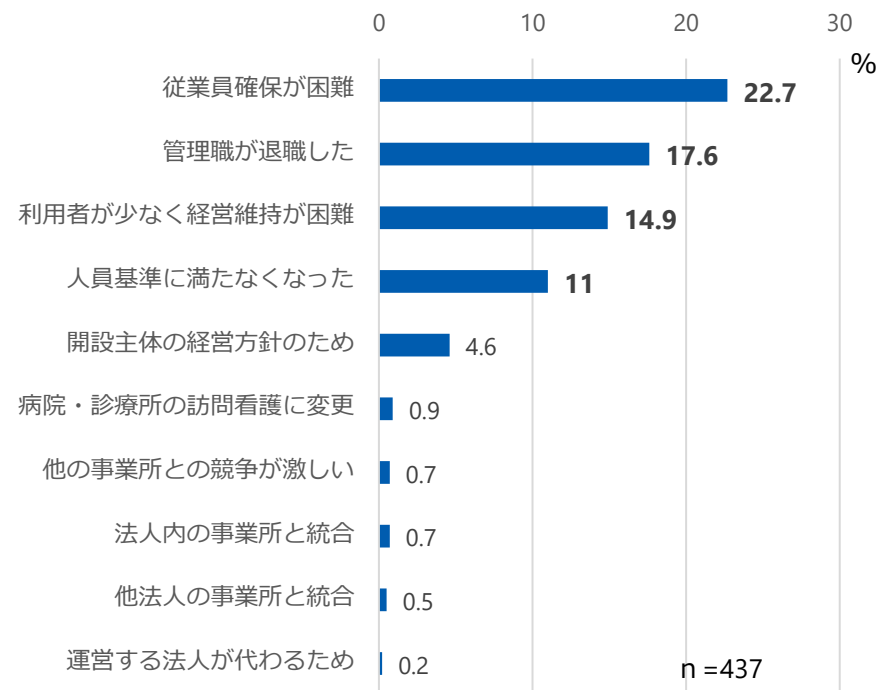
訪問看護ステーションの指定・廃止の状況等について

- 介護保険法に規定する訪問看護ステーションの指定数は増加傾向であるが、廃止・休止のステーションも増加している。
- 廃止・休止の理由としては、従業員の確保難・管理者の退職・利用者の減少等があり、人材の確保が主な要因となっている。

■ 訪問看護ステーションの指定数等の状況



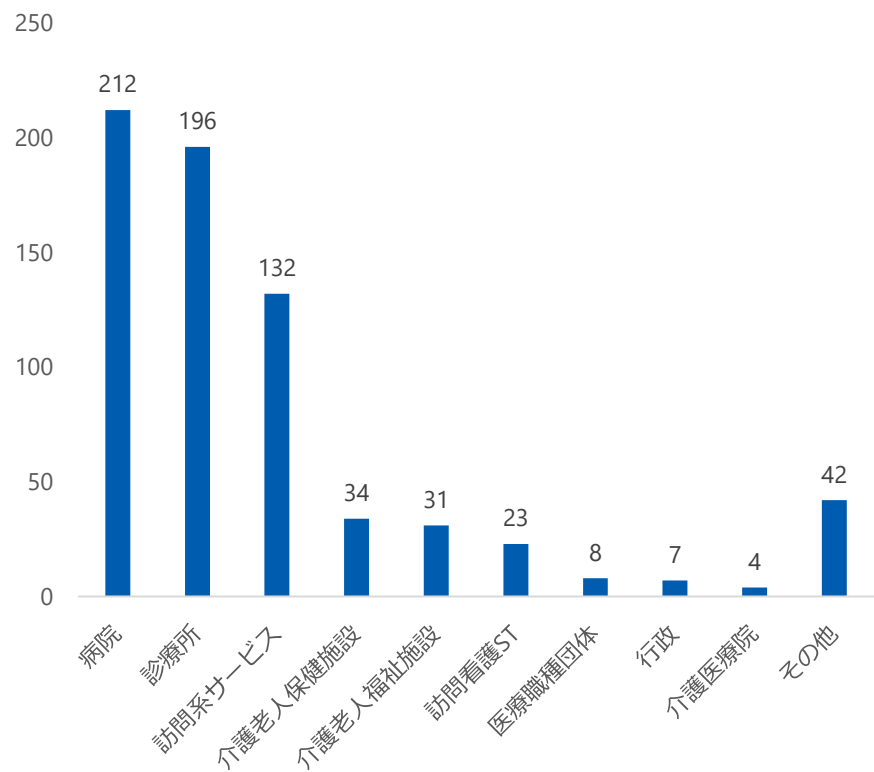
■ 廃止の理由



地域医療連携推進法人を活用した訪問看護の体制確保について

- 現在、地域医療連携推進法人は全国57法人（令和7年7月1日時点）であり、訪問看護も一定数参加している。
- 法人参加により常勤看護師が増加したことで、経営の安定化や、従業員の休暇取得等の働き方改革の改善につながった事例もある。

■ 地域医療連携推進法人の参加機関種別



※市町及び医師会・歯科医師会・薬剤師会以外で、医療連携推進方針に具体的な施設・機関が記載されていない場合を除く

■ 地域医療連携推進法人による効果（日本海ヘルスケアネット山形県酒田市）

統合前の課題

- 小規模運営であったため、一定数以上の看護職員数が要件となる機能強化型訪問看護STの指定が受けられず、採算確保が困難。
- 人員の少なさから、夜間対応等における柔軟なシフトが組みづらく休暇取得も困難。
- 患者が広範囲に散在するために多くの移動時間を要する。
- 4法人は人材確保や運営の効率性向上のため、再編の必要性について認識していたが、法人ごとに異なる給与体系や福利厚生制度が統合に際しての課題だった。

<再編前>

訪問看護ステーションの名称	看護職員数
酒田地区医師会十全堂 訪問看護ステーションスワン	5
健友会 訪問看護ステーションかがやき	8
宏友会上田診療所 訪問看護ステーション	1
日本海八幡クリニック 訪問看護ステーションやわた	5

<再編後>

訪問看護ステーションの名称	統合前(人)	統合後(人)
日本海八幡クリニック 訪問看護ステーションやわた	5	6
健友会 訪問看護ステーションスワン（旧かがやき）	5	13

取組の効果

- 4つから2つのSTの集約により、機能の充実に加えて効率的な業務運営が実現
- 延べ利用者数の増加
- 常勤看護師が7人以上となり、機能強化型訪問看護STとなることで診療報酬が向上し経営の安定化につながった
- ステーション当たりスタッフ数の増加で、柔軟なシフトが可能。有給休暇の取得率の向上等、勤務環境が改善
- 管理業務（シフト作成、給与管理、書類作成等）に要する時間が削減され、他業務に充てられるようになり、電子化や書類の簡素化も進んだ

出所：各地域医療連携推進法人の医療連携推進方針等を確認し地域医療計画課で作成

出所：地域医療連携推進法人が行う取組に関する調査研究 野村證券株式会社（令和7年3月）より地域医療計画課で作成

慢性期の需要等の把握について

- 在宅医療、介護保険施設、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、一体的に需要等を把握し、提供体制を確保していくことが重要。地域においては、医療部局で病床数や介護部局で介護施設の定員数等の供給力に関するデータを保持しているほか、NDBオープンデータや患者調査など、地域で把握・活用しうるデータが入手可能。
- 他方、需要の把握について、例えば、在宅医療がこういった施設等で提供されているかを定量的に把握することは現時点では困難である等、地域のこうした検討に資するデータの把握には課題があり、病床機能報告の見直し等も含め、整理が必要。

提供の場	サービス	需要等の把握について														
病院・有床診療所	入院医療	- 入院料の算定回数や入院患者数により提供実態を把握可能であるほか、入院料の算定病床数により提供可能量を把握可能 - データの把握にあたっては、地域において、病床機能報告やNDBオープンデータ、患者調査等が活用可能 - その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要														
自宅	在宅医療 訪問看護	- 病床機能報告においては、主に入院医療に関するデータを収集しており、看取り件数等の一部を除き在宅医療の提供等（訪問看護STを有しているか等）の情報は収集していない - 提供実態について、総数については訪問診療料等の算定回数により把握可能であるが、こういった施設等において提供されているか、訪問先の把握は現時点では困難 ※訪問先種別の把握に関して、訪問看護については医療保険給付分の一部について、一定把握可能だが、訪問診療については把握不可 <table><tr><th>コード</th><th>施設等</th></tr><tr><td>01</td><td>社会福祉施設及び身体障害者施設</td></tr><tr><td>02</td><td>小規模多機能居宅介護</td></tr><tr><td>03</td><td>複合型サービス</td></tr><tr><td>04</td><td>認知症対応型グループホーム</td></tr><tr><td>05</td><td>特定施設</td></tr><tr><td>06</td><td>地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設</td></tr></table>	コード	施設等	01	社会福祉施設及び身体障害者施設	02	小規模多機能居宅介護	03	複合型サービス	04	認知症対応型グループホーム	05	特定施設	06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
コード	施設等															
01	社会福祉施設及び身体障害者施設															
02	小規模多機能居宅介護															
03	複合型サービス															
04	認知症対応型グループホーム															
05	特定施設															
06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設															
施設等（自宅以外。例として、社会福祉施設、身体障害者施設、グループホーム、特定施設など）																
介護老人保健施設 介護医療院等	入所中の患者への医療 （原則介護報酬）	受給者数で提供実態を把握可能であるほか、施設定員数で提供可能量を把握可能														

令和6年度病床機能報告の報告項目について

医療機能等

医療機能（現在/2025年の方向）
※介護施設に移行する場合は移行先類型

構造設備・人員配置等

病床数・人員配置・機器等

入院患者の状況

設置主体	主とする診療科
部門別職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、救急救命士等）	
DPC群の種類	
承認の有無(特定機能病院・地域支援病院)	
診療報酬届出状況（総合入院体制加算、急性期充実体制加算、精神科充実体制加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院)	
三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無	
施設全体の最大・最小使用病床数	
医療機器の保有状況（CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、マンモグラフィ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ))	
退院調整部門の設置状況	
退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)	
許可病床数・稼働病床数(一般・療養別)	
算定する入院基本料・特定入院料	
入院患者数の状況	リハビリテーションの状況
入棟前の場所・退棟先の場所別入院患者の状況	
退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合	
分娩件数	
看取り件数（在宅療養支援病院/診療所である場合）	
救急医療の実施状況（休日・夜間/時間外患者数、救急車受け入れ件数）	

入院患者に提供する医療の内容

実施 手術の幅広い がん・脳卒中・ 心筋梗塞等への治療 重症患者への対応 救急医療の実施 在宅復帰後の急性期後の支援	手術総数 人工心肺を用いた手術 腹腔鏡下手術件数	全身麻酔の手術件数 胸腔鏡下手術件数 内視鏡手術用支援機器手術数	全身管理 中心静脈注射 酸素吸入 ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工腎臓、腹膜灌流 呼吸心拍監視 観血的動脈圧測定 人工呼吸 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
	悪性腫瘍手術件数 術中迅速病理組織標本作製 化学療法件数 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 超急性期脳卒中加算 脳血管内手術 入院精神療法 認知症ケア加算 精神疾患診断治療初回加算	病理組織標本作製 放射線治療件数 がん患者指導管理料 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 t-PA投与 経皮的冠動脈形成術 精神科リエゾンチーム加算 精神疾患診療体制加算	
	ハイリスク分娩管理加算 地域連携分娩管理加算 観血的肺動脈圧測定 大動脈バルーンパンピング法 補助人工心臓・植込型補助人工心臓 人工心肺 吸着式血液浄化法	ハイリスク妊産婦共同管理料 救急搬送診療料 持続緩徐式血液濾過 経皮的な心肺補助法 頭蓋内圧持続測定 血漿交換療法 血球成分除去療法	
	院内トリアージ実施料 救急医療管理加算 救命のための気管内挿管 非開胸的心マッサージ 心膜穿刺 急性期充実体制加算 処置・手術の休日加算、時間外加算、深夜加算	夜間休日救急搬送医学管理料 在宅患者緊急入院診療加算 体表面ペーシング法／食道ペーシング法 カウンターショック 食道圧迫止血チューブ挿入法算 早期栄養介入管理加算	
在宅復帰後の急性期後の支援	入退院支援加算・小児加算 救急在宅等支援病床初期加算・在宅患者支援療養病床初期加算・有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算・床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算 急性期患者支援（療養）病床初期加算・在宅患者支援（療養）病床初期加算 地域連携診療計画加算 介護支援等連携指導料 退院前訪問指導料	入院時支援加算 在宅患者支援療養病床初期加算 退院時共同指導料 退院時リハビリテーション指導料 二次性骨折予防継続管理料	早期からのリハビリテーション 疾患に応じた 長期療養患者の 重度の障害者等の 有床診療所の 多様な機能 連携 歯科 医科
在宅復帰後の急性期後の支援			

期間・時点

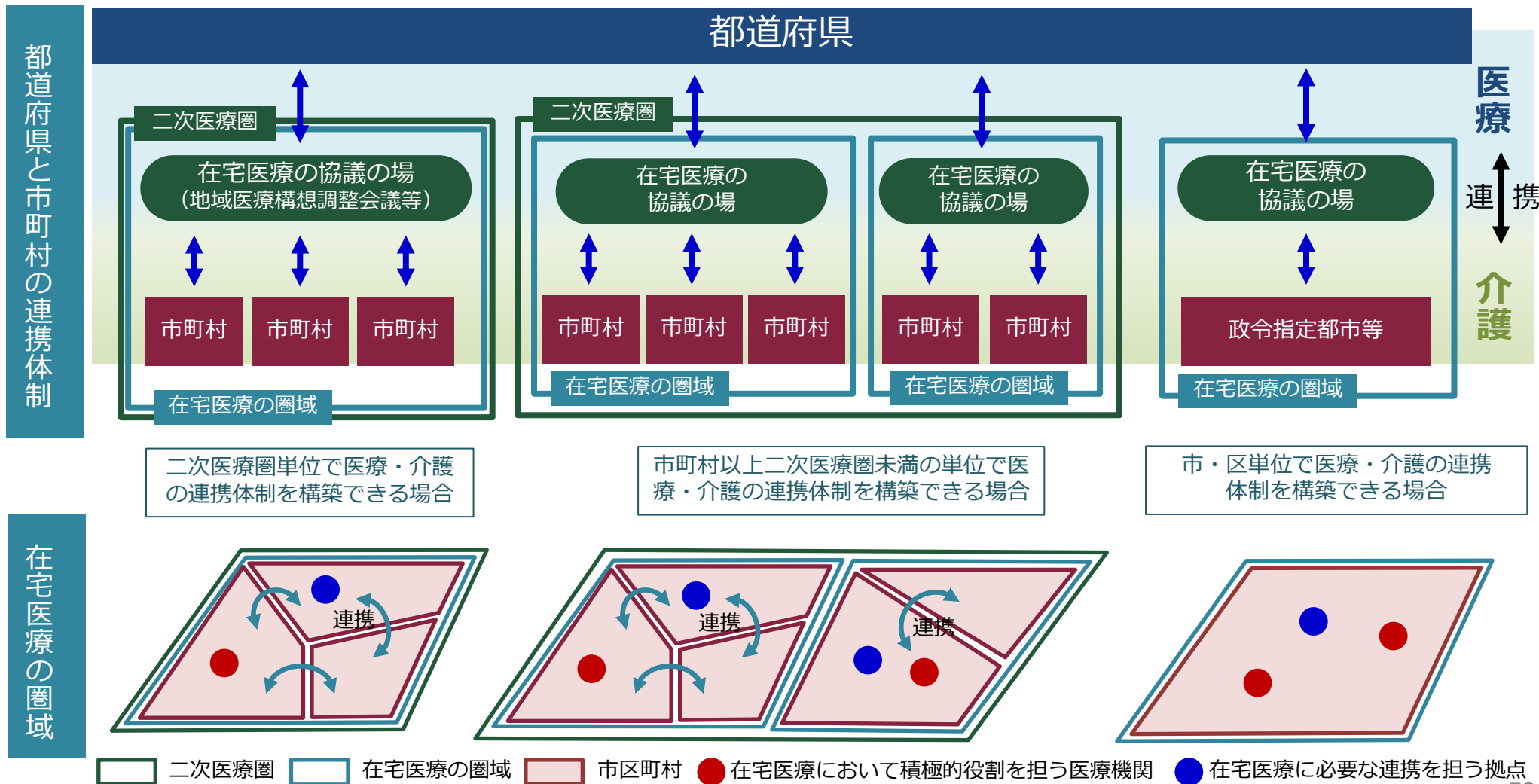
7月1日時点

1年分（前年4月～報告年3月分）

※ 外来機能報告の開始に伴い、令和4年度病床機能報告より報告期間を2ヶ月間（10月1日から11月30日）に延長している。

在宅医療の圏域の設定単位の考え方

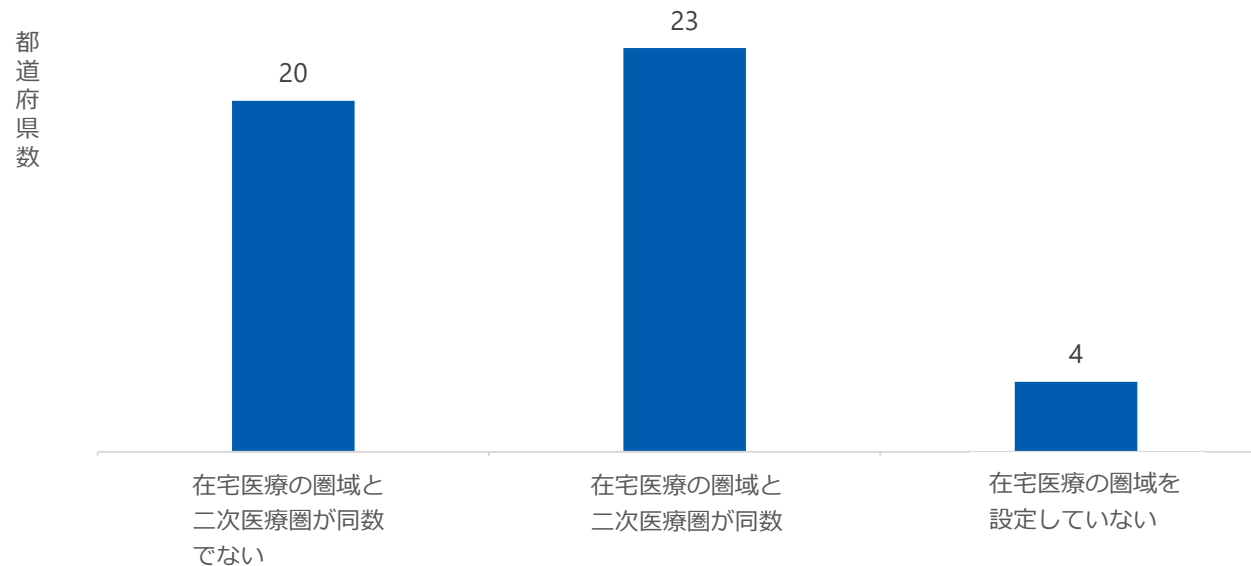
- 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じた弾力的に設定する。



在宅医療の圏域について

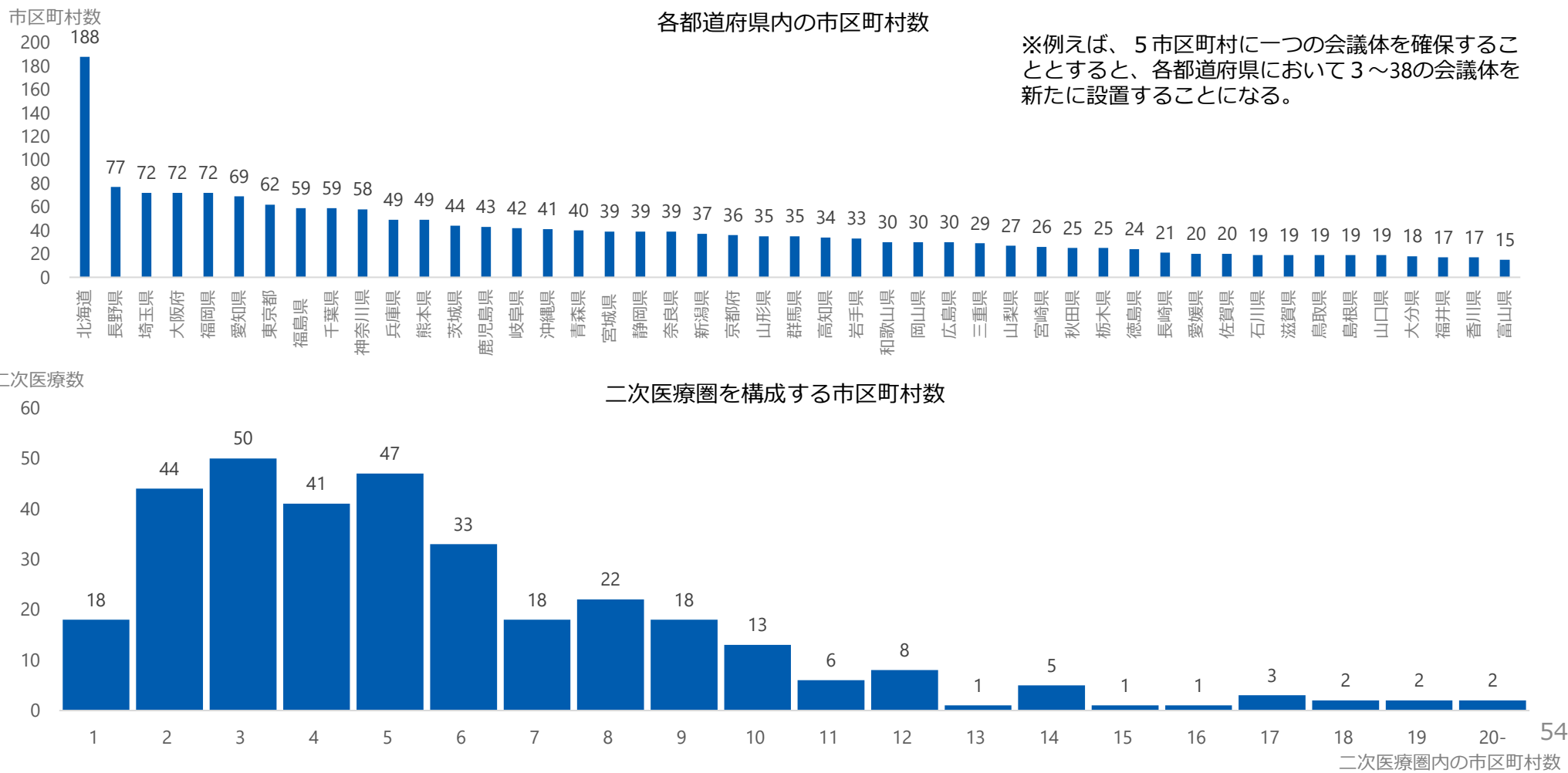
- 第8次医療計画の「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療の圏域については、急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。
- 都道府県ごとの在宅医療の圏域の設定状況をみると、在宅医療の圏域を二次医療圏単位以外で設定（在宅医療の圏域と二次医療圏が同数でない）している都道府県が20、在宅医療の圏域と二次医療圏が同数である都道府県が23である。

都道府県ごとの在宅医療の圏域と二次医療圏の数の関係



市区町村数について

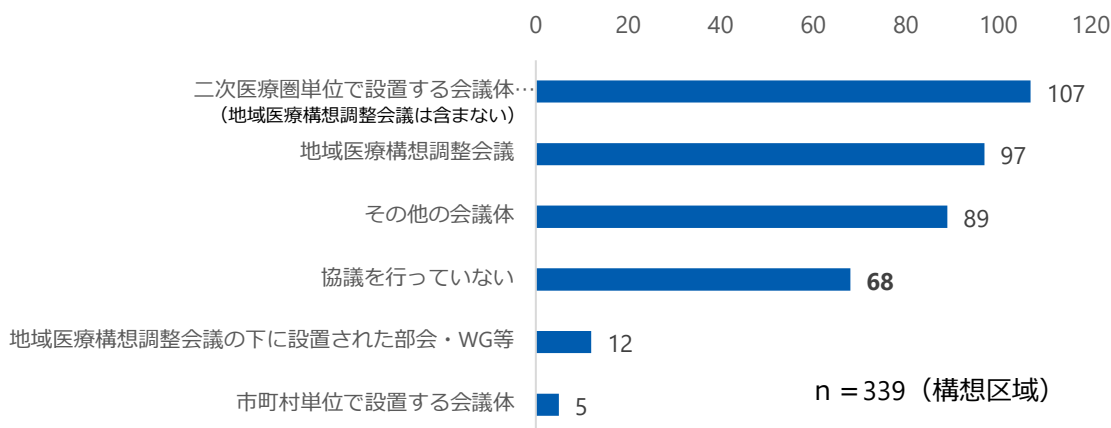
- 都道府県内や二次医療圏内には、多くの市区町村が存在する。そうした中、在宅医療等に関して、重要な役割を担う市町村と都道府県との協議のため、新たに会議体を設けることは、相当数の新規の会議が必要となり、都道府県に大きな負担となる。
- 都道府県が市区町村と実効性のある議論を進めるためには、特に課題のある地域について重点的に議論することや、在宅医療の協議の場など、既存の会議体を活用することが重要。



医療及び介護の体制整備に係る協議について

- 医療計画、介護保険事業（支援）計画を一体的に作成し、計画の整合性を確保できるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場を設置することとされているが、協議を行っていない区域が一定数存在し、その理由をみると、市町村と個別の調整を行っている、市町村からの意見がない、調整・協議を行う必要があることを把握していなかった等が存在する。

医療及び介護の体制整備に係る会議の場の設置状況



「医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整備目標及びサービスの量の見込みに係る整合性の確保について」の一部改正について（令和5年6月30日）

（抜粋）

5 医療及び介護の体制整備に係る協議の場について

(1) 位置付け

「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成26年厚生労働省告示第354号）においては、医療計画、介護保険事業（支援）計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場（以下「協議の場」という。）を設置することとされている。協議の場は、医療計画及び介護保険事業（支援）計画の策定に係る都道府県医療審議会や介護保険事業（支援）計画作成委員会等における議論に資するよう、事前に、関係自治体が地域医師会等の有識者を交えて、計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議を行う場とする。このため、3及び4における在宅医療の整備目標や介護サービスの種類ごとの量の見込みの整合性の確保に当たっては、協議の場において十分に協議を行うこと。

＜協議を行っていない理由＞

- 県から事前に追加的需要を市町村に提示した際に、市町村から意見等がなかったため。
- その他の協議事項を優先したため。
- 「医療及び介護の体制整備に係る協議の場」としての会議体ではない。
- 圏域固有の事情があるため。
- 医療計画、介護保険事業計画の整合の確認は、事務局間で行ったため。
- 各市町と事前協議を行ったため。
- 在宅医療・介護施設の新たなサービス必要量（追加的需要）が発生しないため。
- 第7次医療計画時と同様に、調整会議で議論をしようとしたところ、第8次の国のスタンスを踏まえて、議論はしなかった。（医療サイドでは議論は行っていない。）
- 医療審議会及び介護保険事業支援作成委員会等において議論。
- 既存の会議体（在宅医療連携推進委員会、医療介護に関する調整会議）では、医療計画・介護保険事業（支援）計画を扱うことのできるメンバー構成とはなっていない。また、行政機関内部においても双方の計画の整合性についての調整が不十分となっている。
- 開催できなかったため。
- 療養病床から生じる追加的需要について、在宅医療と介護サービスが按分することに関する調整・協議を行う必要があることを把握していなかった。

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

② 高齢者施設等と医療機関の連携強化

■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

(1) 平時からの連携

- ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※¹（運営基準）

(4) 入院調整

- ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※²（運営基準）
- ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

(5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入りの努力義務化（運営基準）

在宅医療を支援する地域の医療機関等



- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定



※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

医療機関と介護保険施設の連携

- 介護保険施設において、入所者等の病状が急変した場合等に、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している等の要件を満たす協力医療機関を確保することとされており、医療機関と介護保険施設の連携が推進されている。
- 高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能においては、協力医療機関の役割を担うことが求められる。

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。	
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院	
【基準】 ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。 ＜経過措置3年間＞ ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。 ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。 イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。 ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。	
協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
■ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。	
特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★	
【基準】 ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。 ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。 イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。 ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。	

地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

- 人口減少、**85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加**
- **サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① **「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化**
- ② **地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保**
- ③ **人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援**
- ④ **地域の共通課題と地方創生（※）**

※介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・ 地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
- （**配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等**）
- ・ **地域の介護等を支える法人への支援**

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・ 重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応
- ・ 包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・ 既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- 将来の需要減少に備えた準備と対応

（2）人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・ テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・ 都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・ 大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・ 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・ 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・ 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

（4）福祉サービス共通課題への対応（分野を超えた連携促進）

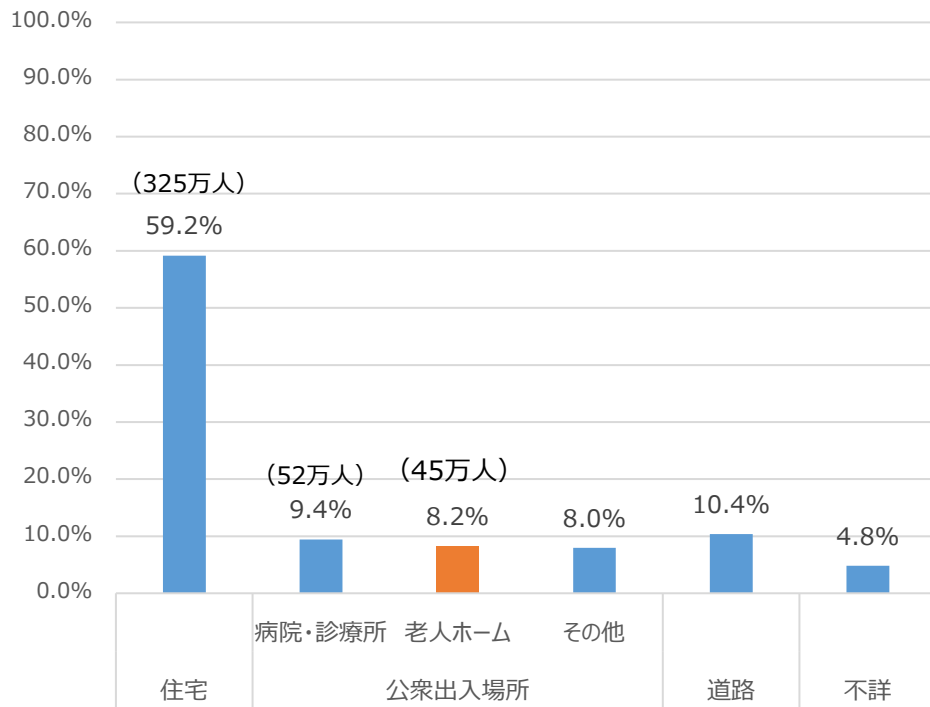
- ・ 社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・ 地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

- ・ 地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・ 人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・ 福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

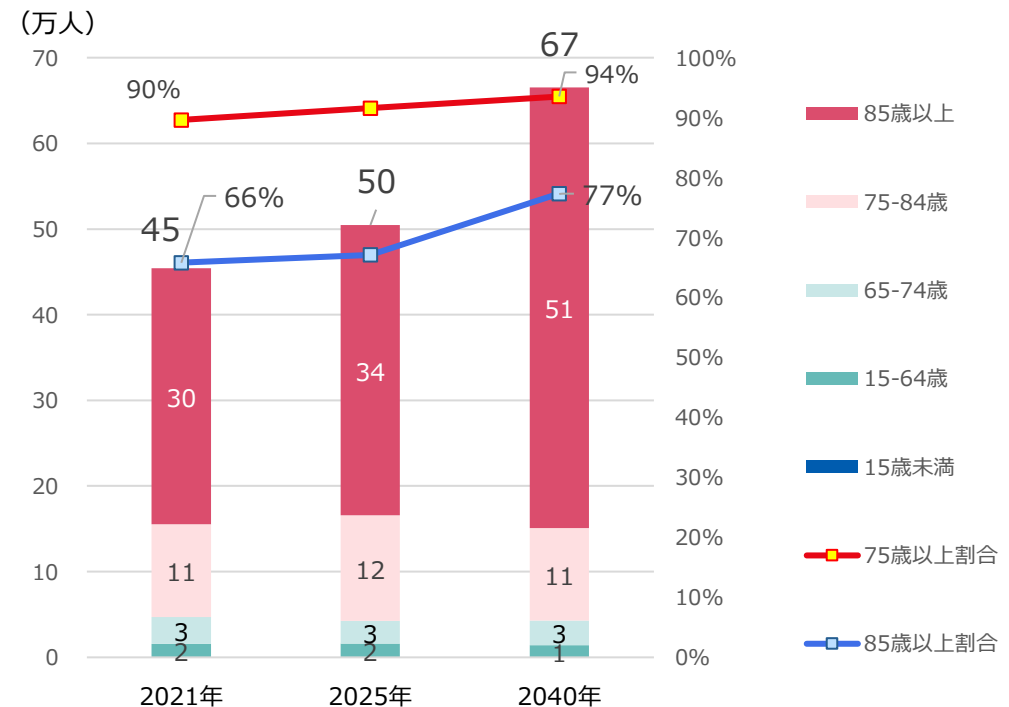
老人ホーム等からの救急搬送件数の見通し

老人ホーム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）



老人ホーム等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

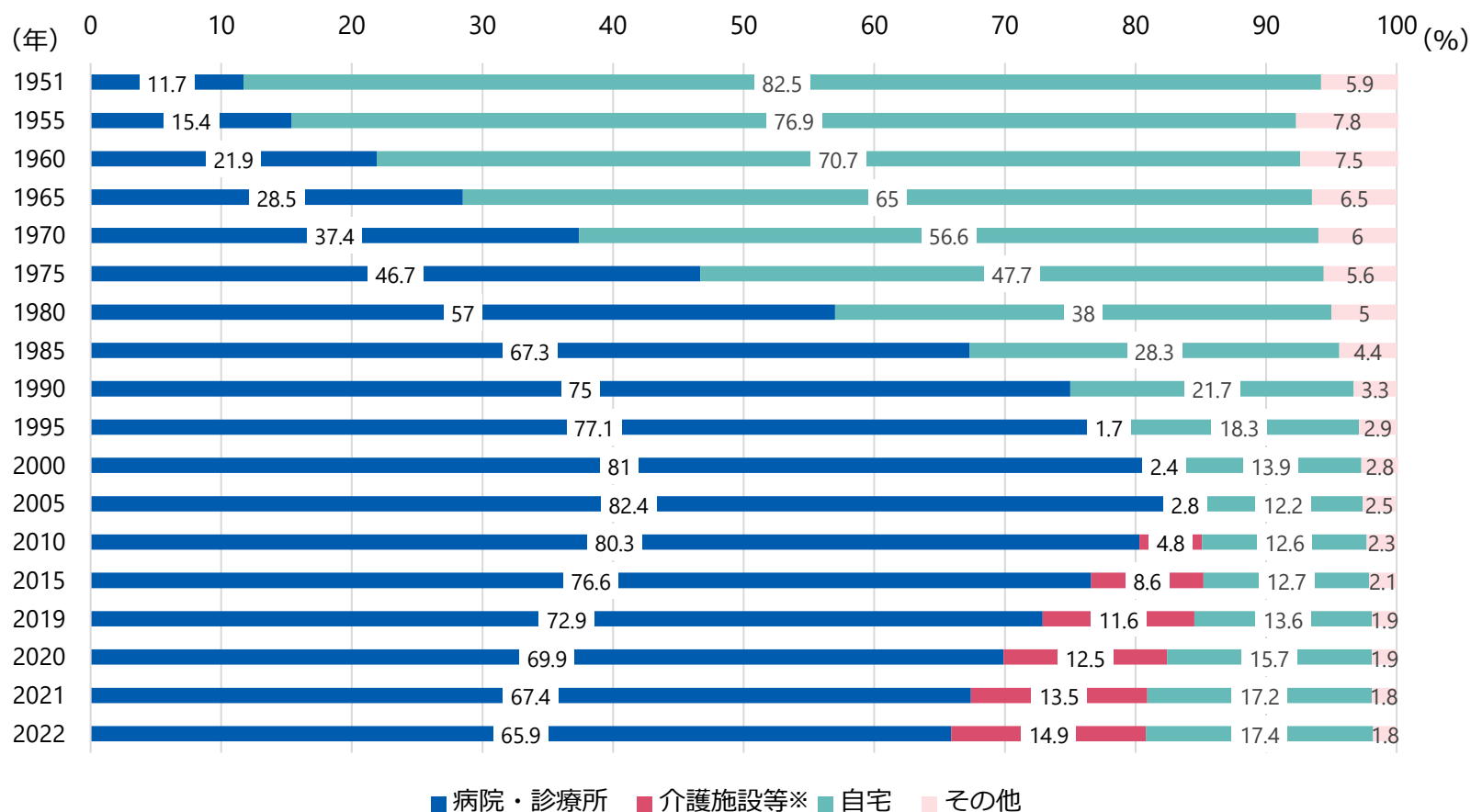
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

※老人ホーム：介護老人保健施設等の高齢者向け施設

死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。

死亡場所の割合の推移



資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態

※ 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）

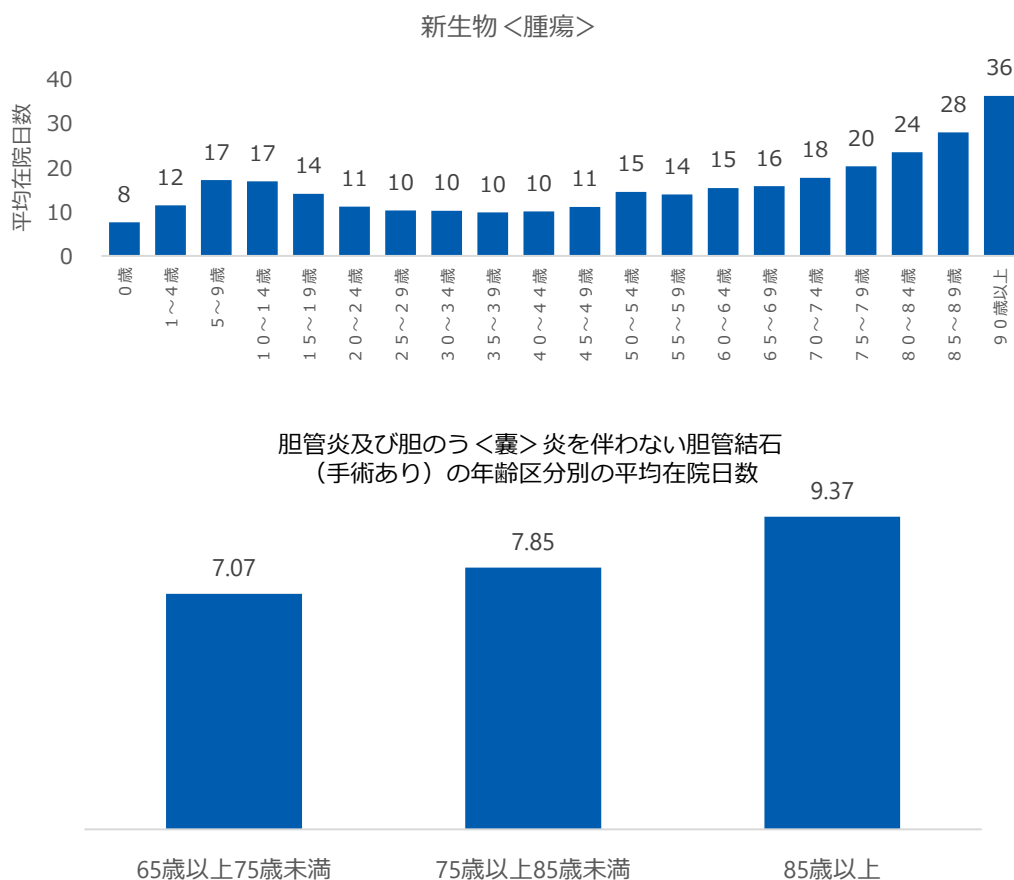
※ その他には助産所を含む

※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

高齢者の退院に向けた課題

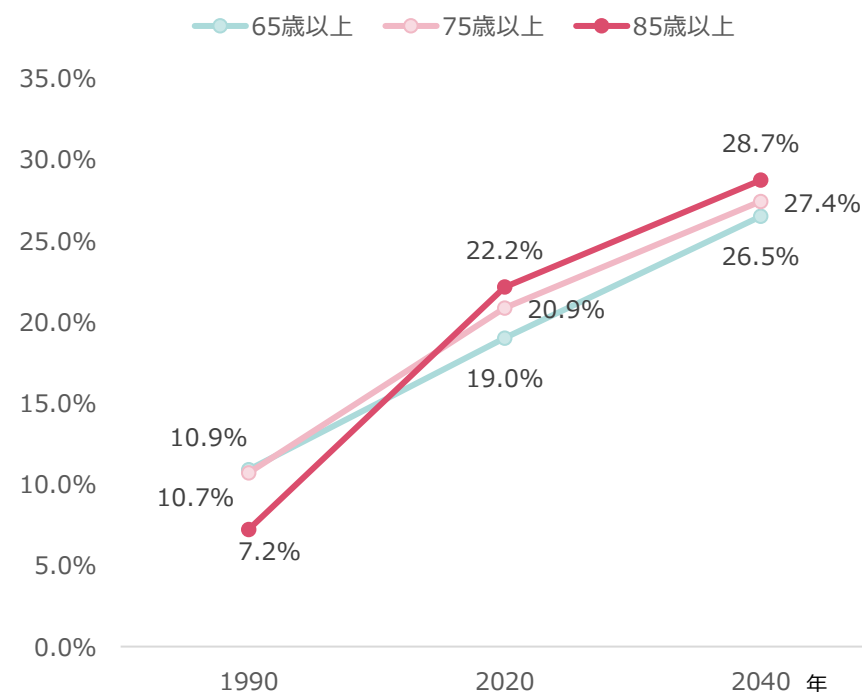
- 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

＜退院患者の平均在院日数＞



資料出所：厚生労働省「患者調査」（2020年）

年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）



資料出所：総務省「国勢調査」、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）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したもの。

増加する高齢者医療の対応に係る医療と介護の連携 介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。

注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする

注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

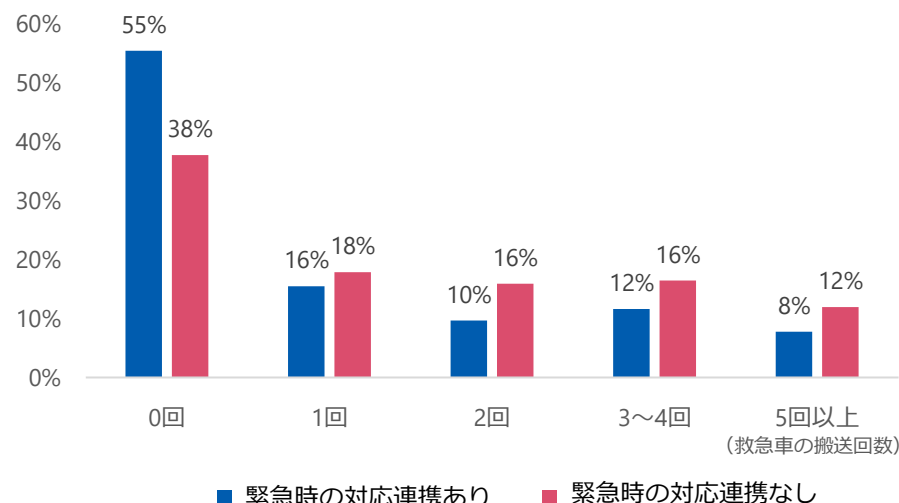
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

増加する高齢者医療の対応に係る医療と介護の連携

- プライマリーケアの現場で適切にマネジメントすることで入院を防ぐことができる可能性のある状態はACSC (Ambulatory Care-Sensitive Conditions) と整理され、病院搬送や入院の削減に対する研究が国内外で複数示されている。
※1,2,3
- ACSCを対象とした取組として、外来受診に係る基準を事前に定め、病院と診療所、介護施設の医師等が共有・連携することで、入院の回避等に努める事例もある。

※ 1 高齢者ケア施設から急性期病院への回避可能な搬送や入院を削減する看護師主導の介入： スコーピングレビュー（大河原敬文他）日本在宅救急医学会誌2020,4,79-89
※ 2 Connolly MJ, Broad JB, Boyd M, et al : The 'Big Five'. Hypothesis generation : a multidisciplinary intervention package reduces disease-specific hospitalisations from long-term care : a post hoc analysis of the ARCHUS cluster-randomised controlled trial. Age Ageing 2016 ; 45 : 415-420.
※ 3 Koda, M. et al. (2024). Nurse Practitioner Placement in A Nursing Home in Japan, The Journal for Nurse Practitioners, 20(1),104835.

■ 済生会熊本病院の取組

- 日本心不全学会の定義に従い、BNP値35pg/mL以上 or NT-proBNP値125pg/mL以上の場合、躊躇なく済生会熊本病院の外来に紹介。
- 診療所や介護施設の医師と共有、協力することで、多くは外来治療で軽快し、入院を回避。入院となっても短期治療で退院が可能。例えば、特別養護老人ホームの場合は短期で再入所が可能。**

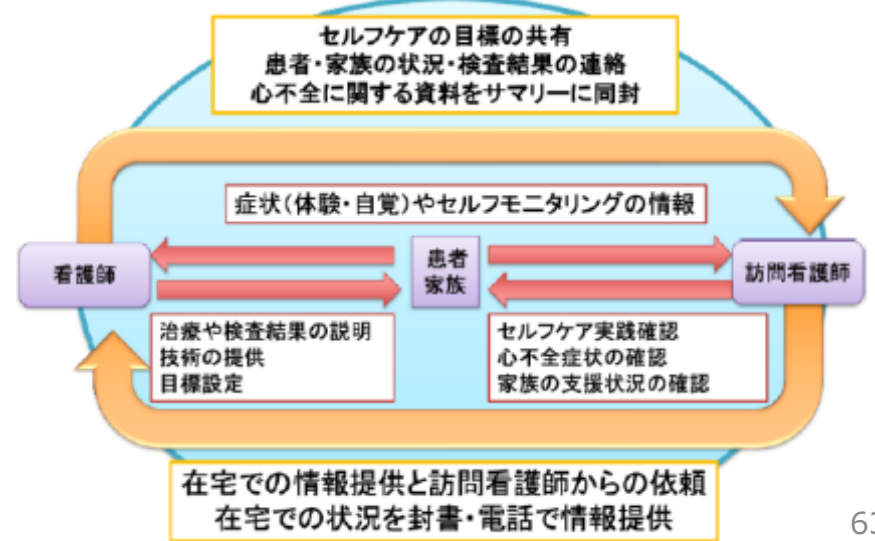
図表5 済生会熊本病院を中核としたアライアンスの概要

- 入院患者数の転院先の半数を縮める8病院とアライアンスを形成
- アライアンスが地域の他の医療・介護施設と連携して、継続的な医療・介護サービスを提供する体制を確立



図表6 看看連携による在宅心不全患者の支援

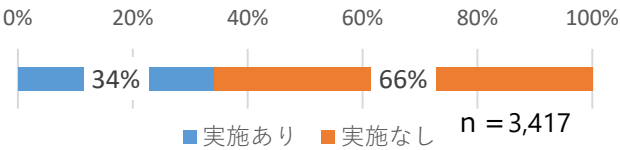
- セルフケアのための教育を、病棟と施設、在宅で、継続的かつ一貫性をもって行う必要がある
- そのため、病院と施設等の看護職間の連携とそれを効果的に行うための共同研修を実施



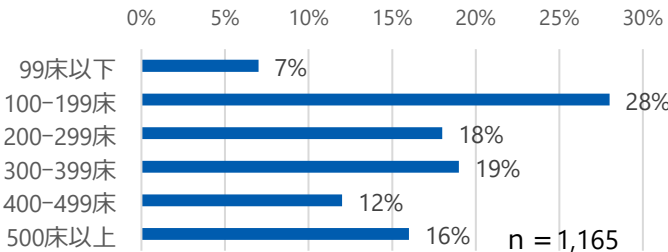
病院と介護保険施設等との連携

- 地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、病院規模に関わらず、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等を実施している。
- 今後、このような取組を推進していくためには、医療機関独自の取組だけでなく、都道府県単位での調整等、効率的な実施に係る体制を整備することが重要。

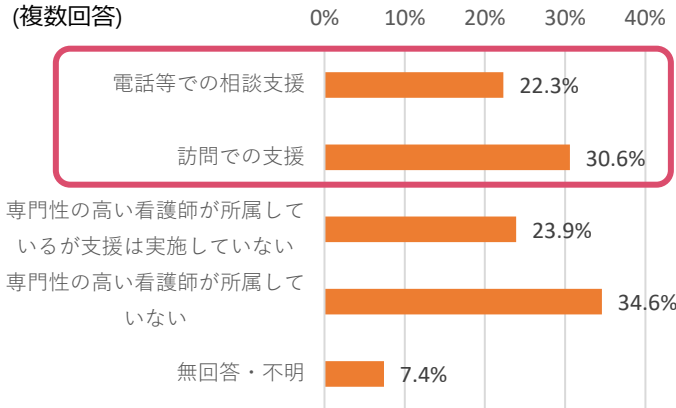
■ 看護師による介護施設等への支援を実施している病院



■ 支援実施病院の病床規模割合



■ 特定行為研修修了者等による地域の介護施設等での活動状況 (複数回答)



■ 看護師による支援内容別の実施病院割合 (複数回答)

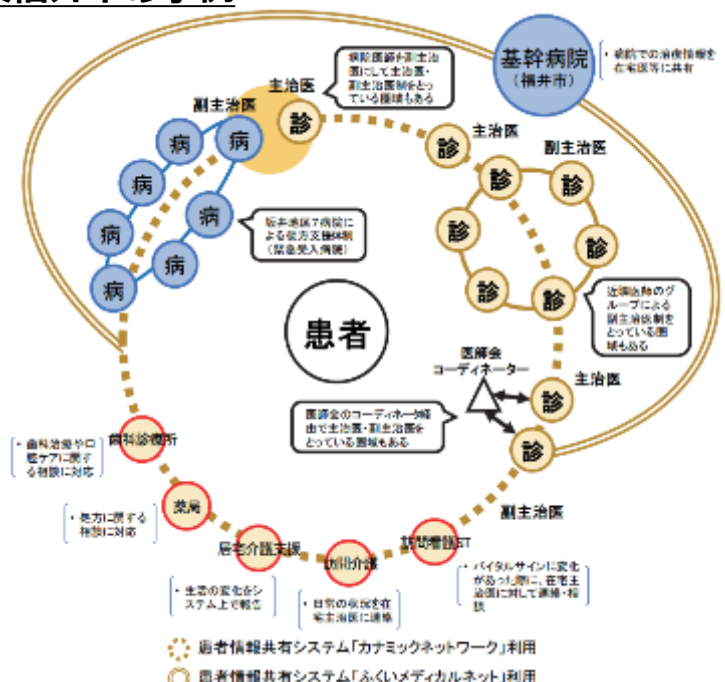
調査対象：全国8,079病院 回収数：3,417病院

	回答 病院数	特養・老 健・介護 医療院	認知症グ ルホ・サ 高住・有 料老人 ホーム	訪問ST・ 看護多機 小多機	通所施設	学校 保育施設	その他	無回答 不明
感染症予防や発生時の対応	856	86.2%	38.0%	25.6%	26.4%	19.7%	16.6%	0.7%
皮膚・排泄障害への対応	539	58.8%	18.7%	60.7%	10.9%	3.9%	17.1%	1.7%
認知症のBPSD（行動・心理症状）や せん妄への対応	276	57.6%	29.7%	29.7%	17.4%	10.1%	39.1%	1.1%
看取りのケア	168	44.0%	18.5%	51.8%	7.1%	8.9%	23.2%	3.0%
摂食・嚥下障害への対応	160	57.5%	21.3%	40.6%	12.5%	12.5%	22.5%	2.5%
その他	146	24.0%	8.9%	19.2%	4.1%	26.7%	27.4%	24.7%
呼吸器ケア（在宅人工呼吸療法等）	64	20.3%	10.9%	65.6%	9.4%	10.9%	31.3%	3.1%
非がん疾患の緩和ケア（慢性心不全 等）	63	25.4%	17.5%	58.7%	6.3%	3.2%	31.7%	7.9%
小児（医療的ケア児）への対応	53	—	—	35.8%	20.8%	67.9%	20.8%	1.9%
精神疾患（認知症以外）に伴う症状 の対応	48	27.1%	27.1%	31.3%	18.8%	27.1%	31.3%	8.3%

在宅医療の病院と診療所、医科・歯科・薬局・看護・介護・行政の連携の事例

- 在宅医療の提供体制の整備に当たって、各地域で医療資源を踏まえながら医療機関等の役割分担・連携等が行われている。
- 病院と診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護、訪問介護等がICTを活用し患者の情報を共有しながら在宅医療を協力して提供する体制を構築している例や、市が中核病院と在宅医療を担う医療機関の連携を推進して患者の在宅医療へのスムーズな移行を推進している例がある。

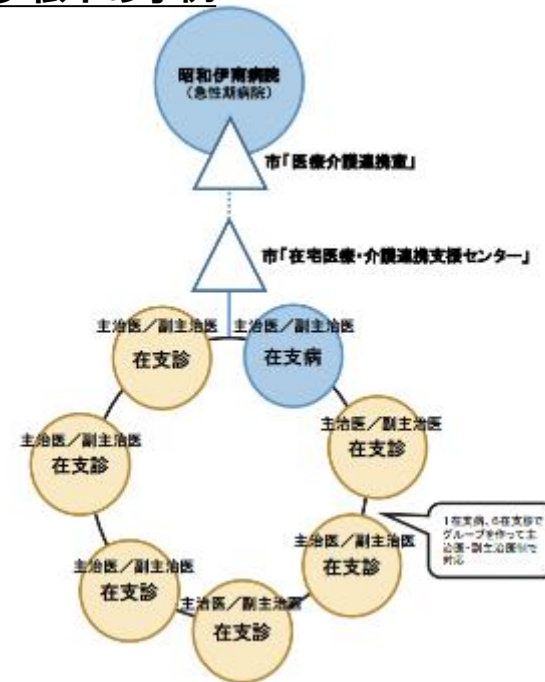
例) 福井県福井市の事例



地域の7病院で協定を締結し、在宅医療の後方支援に係る病院同士の連携の仕組みを構築しているほか、在宅医療を行う診療所や病院間等で診療情報をICTを活用して共有する体制が構築されている。当該情報は主治医に加え、訪問看護、訪問・居宅介護、薬局、利用者家族等も閲覧や情報発信が可能。

資料出所：在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

例) 長野県駒ヶ根市の事例

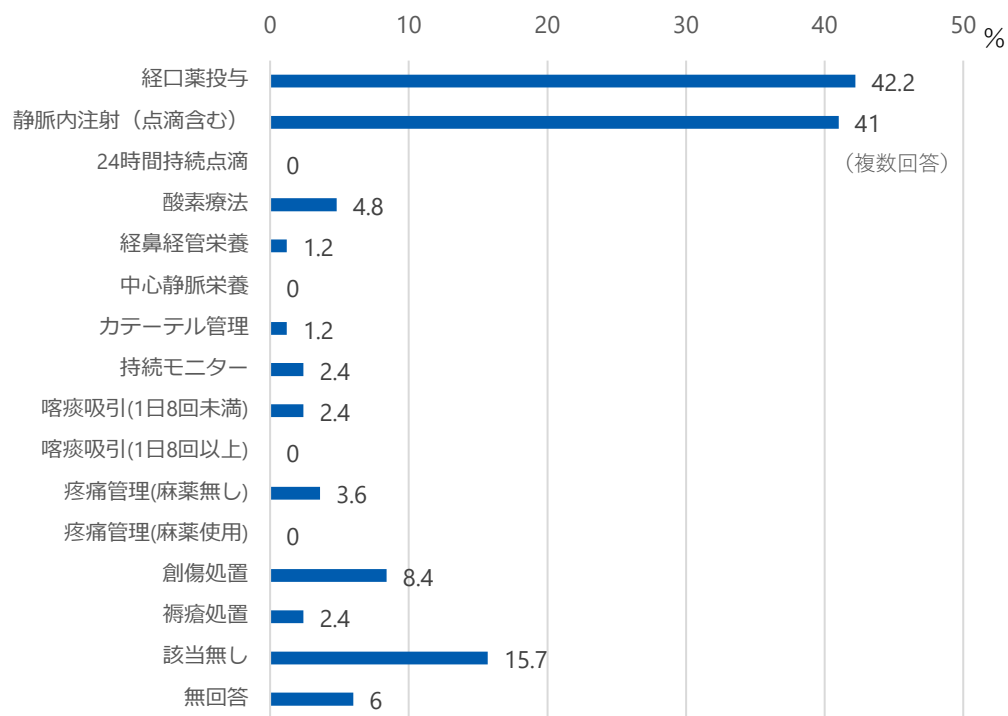


市が市内の中核病院内に「医療介護連携室」を開設、介護支援専門員を配置し、市のサテライト機能として介護・福祉サービスの相談・手続きの窓口を担っているほか、市役所内の在宅医療・介護連携支援センターと連携し、地域の在支診につないでいる。

介護老人保健施設等における在宅療養支援機能について

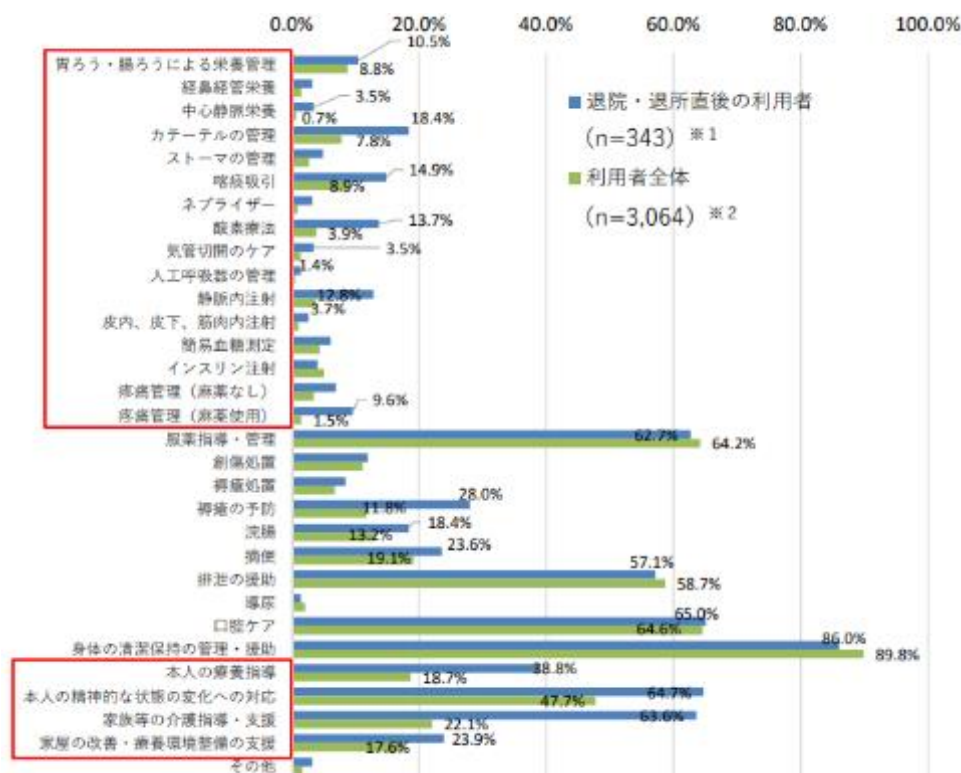
- 介護老人保健施設等における短期入所療養介護は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするための支援を行っている。
- 看護小規模多機能居宅介護における短期利用居宅介護費においても、緊急やむを得ない場合など一定要件を満たした場合、登録者以外の短期利用を可能としており、一定の処置等を実施している。
- こういった、医療処置等を実施する介護保険サービスの活用も含め、慢性期の需要に対する医療提供体制の整備が重要である。

総合医学管理加算算定者に実施した処置



■ 総合医学管理加算算定あり(n=83人)

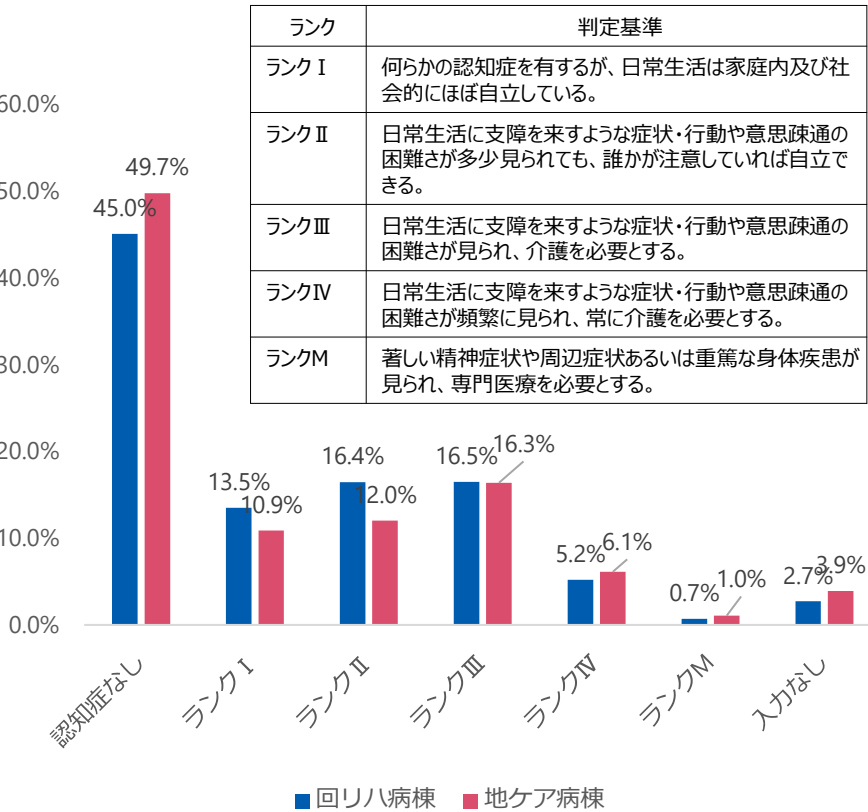
看護小規模多機能型居宅介護利用者に対するケア



介護老人保健施設における認知症を有する方への対応

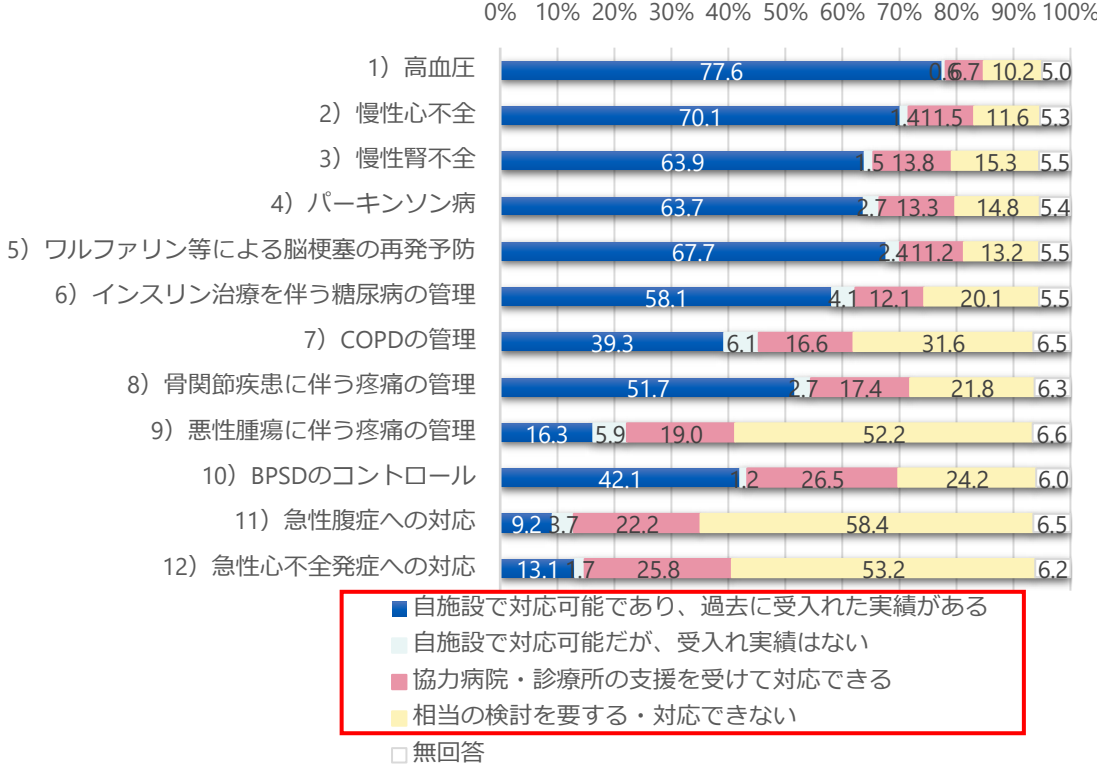
- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟には、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。
- 活発なBPSDを伴う認知症を有する者の入所希望があった場合、対応可能、あるいは協力病院医療機関の支援を受けて対応可能という施設が一定数存在しており、こういった施設の活用を検討することで、早期に退院を進めるなど、慢性期の需要に対する体制整備を進めることが重要。

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度



資料出所：2023年DPCデータ

活発なBPSDを伴う認知症を有する方で、以下のような状態の方の入所希望があった場合の介護老人保健施設における対応



資料出所：令和5年度 老人保健健康増進等事業 「介護老人保健施設における医療ニーズへの対応力向上にかかる調査研究事業」

介護との連携について （案）

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります、地域の医療・介護資源に応じた受け皿の検討が必要。
- 地域での協議に向けて在宅医療、療養病床、介護保険施設、訪問看護等の資源や提供実態については、県や市町村で把握している情報、公開されたデータによりおおよそ把握可能である。
- 療養病床や介護施設においては、病床数や定員数等の都道府県で把握できる情報を踏まえると、提供可能な量を一定程度把握可能であるが、在宅医療については、在宅医療を提供する病院・診療所ごとに提供可能な量にばらつきがあること等から、都道府県での把握には課題がある。
- これらの需要を把握するにあたり、必要な情報は病床機能報告やNDB等を活用して国から提供することも必要であるが、在宅医療については、訪問看護のレセプトで把握している「訪問した場所」の情報がない等の課題がある。
- 区域内において、在宅医療が多く実施されているところと、あまり実施されていないところが存在する。
- 第8次医療計画においては、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況など踏まえて、地域での在宅医療の協議に当たって、二次医療圏に限らず弾力的な圏域の設定が可能とされている。
- こうした在宅医療等の需要が見込まれる患者については、療養病床や介護保険施設も併せて考えることが適当であるため、二次医療圏ごとに把握・市町村と協議することが求められてきたが、効果的になされていないケースも存在する。
- 全ての小さな地域を設定して追加的な会議体を設けることにより、都道府県等の負荷が高まり、結果として実効性のある協議を行えない等の懸念があるため、これらの協議については、構想区域内の特に課題のある地域を抽出して重点的に議論を行うこと、既存の会議体を活用すること等が考えられる。
- ACSCを対象とした取組として、外来受診に係る基準を事前に定め、病院と診療所、介護施設の医師等が共有・連携することで、入院の回避等に努める事例もある。
- 地域の介護施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が多数存在しており、病院規模に関わらず、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等を実施している。
- 今後、このような取組を推進していくためには、医療機関独自の取組だけでなく、都道府県単位での調整等、効率的な実施に係る体制を整備することが考えられる。

介護との連携について （案）

- 患者像の重複しうる在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部の提供体制の検討にあたっては、それぞれの提供実態等のデータを踏まえてそのあり方の検討が必要。療養病床は構想区域、二次医療圏単位で確保を検討されるものであることや、小さな単位での検討の場を多数作ることは、運営上の課題が懸念されることを踏まえると、構想区域単位等の範囲で都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者等が将来の提供について検討することとし、圏域内において提供体制について特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、具体的に検討することとしてはどうか。
- 検討にあたっては、療養病床の病床数、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等をあわせて検討することが考えられる。こうしたデータについて、都道府県で把握しているもの、データとして公開されているものだけでは、在宅医療の提供実態の把握に課題がある場合があるので、必要なデータについては国が都道府県に提供することとし、そのために必要なデータについては国で把握すること等の対応を検討してはどうか。
- 医療と介護との連携は、協力医療機関と介護保険施設・高齢者施設等の間のみならず、急性期医療を担っている病院を中心とした連携など、様々な類型が考えられる。救急搬送について、今後、85歳以上の高齢者の増加に伴い、更に件数が増加することが見込まれる中、効率的かつ持続可能な救急の維持のため、可能な限り日中の時間に外来を受診する等の取組も重要となる。そういった前提のもと、介護保険施設の協力医療機関としての役割については、例えば、介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく等の地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められる。
- 具体的な事項については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで検討することとしてはどうか。なお、その際、介護との連携については、関係者が連携の参考とできるよう、知見を集積し共有できるようにすることとしてはどうか。

3. 構想策定のあり方

これまでの主な意見（構想策定のあり方）

※第116回「社会保障審議会医療部会」、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

- 前回の地域医療構想の策定の際、ガイドラインにおいて、作成段階からの住民の参加が必要であるという文言が記されたが多くの都道府県では実現しなかった。新たな地域医療構想については住民の参加が実現できるような内容となるようお願いしたい。
- 新たな地域医療構想において、地域医療をつくり上げていくためには、医療関係者だけではなく、住民の方々が医療機関の役割分担などを理解することが重要。このため、目指すべき将来像を各構想区域で議論するにあたり、国全体の方向性を踏まえたグランドデザイン、将来ビジョンを明確に示されるようお願いしたい。
- 各地域において関係者間で合意形成を図るためのプロセスが非常に重要となる中、地域の協議の進め方や構想全体のPDCAの推進方策についても、あらかじめ方向性を示していただきたい。
- 構想策定のガイドラインについて、全体的な推進を含めたものとしての位置づけの見直しが必要であり、その前提を踏まえガイドラインの構築を考えることが必要。また、調整会議での議論は制度的にも実務的にも限界がある程度見えており、医療機関の経営判断が伴う行動までにつなげるための支援策や全般的な推進のあり方、実践的な制度設計が重要。
- 構想策定に向けた検討体制について、現場の医療機関や自治体など関係者の負担が大きくなる懸念があるため、構想が対象とする範囲の適正化、業務重複を回避した制度の設計、スタート段階からの各種支援体制の確保など、負担軽減の観点からも検討を進めていただき、都道府県に対する技術的助言となるガイドラインにおいては、基準の提示のみならず、その基準を各都道府県で確実に具現化できるような推進方法も含めたものにしていただきたい。
- 地域医療の課題や集約化の必要性について、国民に対してなかなか伝わっていないと思う。国民に理解してもらいながら改革を進めるためにも、情報を発信していくことが必要。
- 公立公的病院の再編・集約化に加え、民間病院も含めた対応が求められる中の課題解決のため、これまでの実績や課題を踏まえた中で医療経営者側の理解・納得が得られるような、現場で実現可能となる具体的な取組、条件整備、ノウハウ、支援策などの難しい課題について検討いただくことが必要。

地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

医療計画

都道府県医療審議会

- ・ 都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医師確保計画

地域医療対策協議会

- ・ 医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

作業部会

（医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置）

- ・ 5 疾病・6 事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議

地域医療構想

地域医療構想調整会議 （都道府県単位）

- ・ 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
- ・ 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

外来医療計画

（外来・かかりつけ医機能）

連携

支援

報告

圏域連携会議

（必要に応じて設置）

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

地域医療構想調整会議 （構想区域単位）

- ・ 将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議

外来医療の協議の場

（二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置）

- ・ 外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
- ・ 対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

医療及び介護の体制整備に係る協議の場

（二次医療圏単位での設置が原則。地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能）

- ・ 医療計画及び介護保険事業（支援）計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議

かかりつけ医機能の協議の場

- ・ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討

これまでの地域医療構想調整会議の進め方について

- ・ 現行、地域医療構想調整会議の参加者の選定や専門部会等の設置については、議事の内容や地域の実情に鑑み、柔軟な運用を可能としている。

議事			参加する関係者
通常 の 開 催	病床の機能分化・連携の推進	①地域の病院・有床診療所が担う病床機能に関する協議	・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとする事が望ましい。なお、医療保険者については、必要に応じ、都道府県毎に設置された保険者協議会に照会の上、選定する。 ・ 都道府県は議事等に応じて、参加を求める関係者（代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者を含む。）を柔軟に選定することとし、出席要請に係る所定の手続きをするとともに、これらの関係者の設定に当たっては公平性・公正性に留意すること。
		②病床機能報告制度による情報等の共有	
		③都道府県計画に盛り込む事業に関する協議 （地域医療介護総合確保基金の活用についても検討の対象）	
	その他	④その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議 （在宅医療を含む地域包括ケアシステム、医療従事者の確保、診療科ごとの連携など）	
病床の開設・増床、医療機能の転換への対応		⑤開設・増床等の許可申請の内容に関する協議	・ 当事者及び利害関係者等に限って参加することが適当。
		⑥過剰な医療機能への転換に関する協議	

専門部会やワーキンググループの設置（地域医療構想策定ガイドラインP42）

- 急性期医療に係る病床の機能の分化及び連携や地域包括ケアシステムの推進など、特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、地域医療構想調整会議の下に専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる。

地域医療構想策定ガイドラインについて

- 地域医療構想の策定については、地域医療構想策定ガイドライン（平成29年）において、主に構想の策定に向けて①議論を行うための区域の設定、②必要病床数等、地域における関係者間の議論を行うためのデータ共有、③対応案の作成と、④策定後に取組を推進するための事項について定められている。

地域医療構想策定ガイドライン

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたPDCA

III 病床機能報告制度の公表の仕方

- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用

① 区域の設定

次期GLにおいても、二次医療圏をベースに整備。医療需要、医療資源、医療機関機能の確保等のため、適切となる区域を設定することが必要。

相互に関連

② データの共有

次期GLにおいても、人口等の基礎的なデータの他、必要病床数等の将来の医療需要や医療資源の確保等、地域での議論に資するデータを収集し、関係者間で認識の共有を図ることが必要。

③ 対応案の作成

次期GLにおいても、現状を維持した場合や連携・再編・集約化した場合等の複数の案を比較衡量して、関係者間で将来像を共有することが必要。

④ 取組の推進

次期GLにおいても、地域医療構想策定後の取組の推進に向けて、地域医療構想調整会議の運営等に関する検討が必要。

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

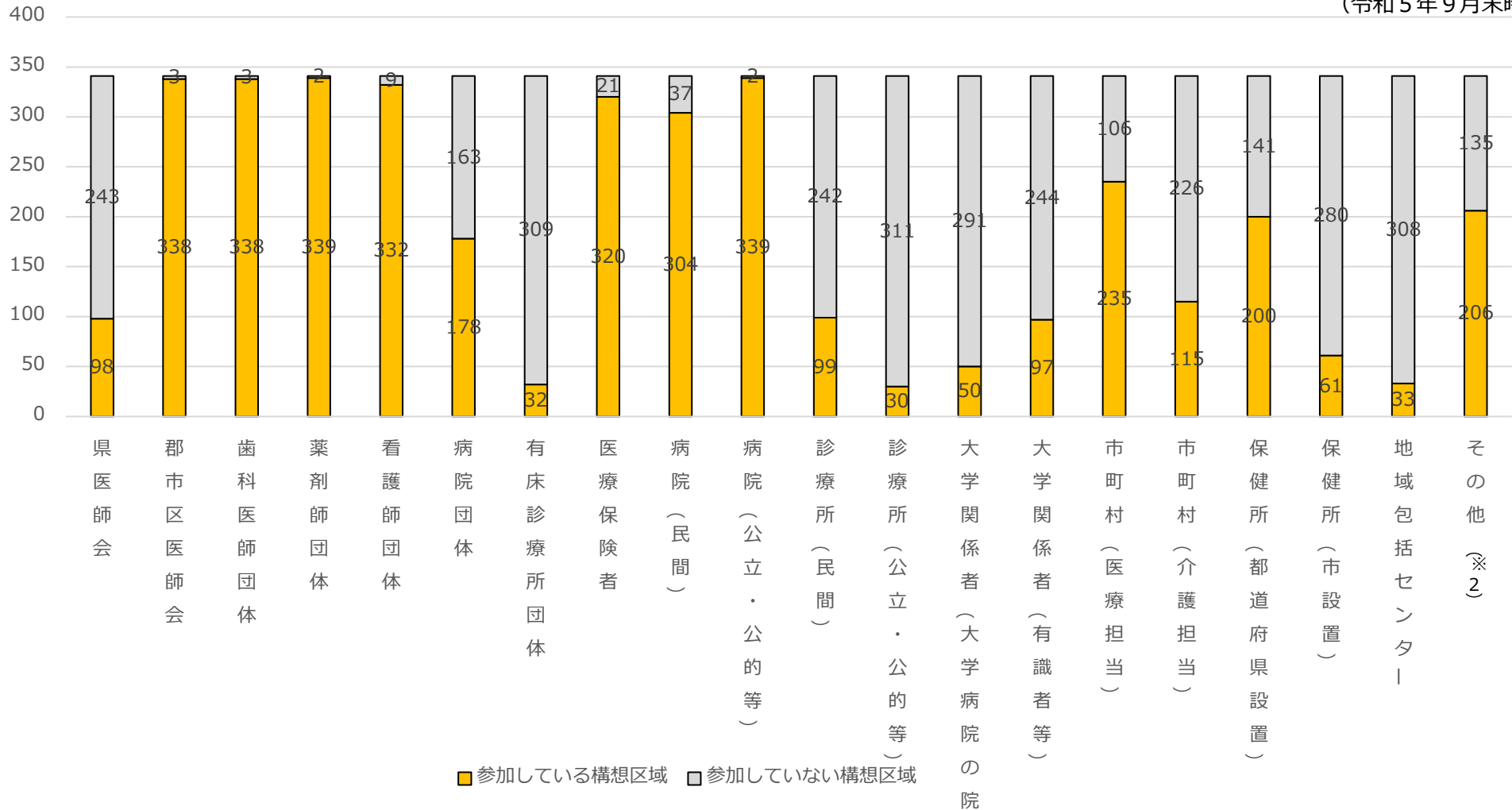
- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

- 地域医療構想調整会議の構成員の状況を見ると、「郡市区医師会」「歯科医師団体」「薬剤師団体」「看護師団体」「医療保険者」は、ほとんどの構想区域で参加している。
- 市町村の参加状況について見ると、医療担当の参加は7割弱だが、介護担当の参加は約3割にとどまる。
- 地域包括支援センターが参加している区域も1割弱存在している。

（令和5年9月末時点）



※1 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

※2 社会福祉協議会、消防本部、訪問介護ステーション協議会、介護・福祉関係団体、住民代表 等

(参考) 他の行政分野での事例

- 道路計画の策定にあたって、計画内容が合理的かつ策定プロセスが適切となるよう、標準的な計画策定プロセスとして、複数案や評価項目の設定、複数案の比較評価、概略計画案の選定等の手順が、ガイドラインとして示されている。新たな地域医療構想においても、こうした例を踏まえ、地域医療構想調整会議において、手順を踏んで、取組の案を検討・策定することが考えられる。

構想段階における道路計画策定プロセスガイドライン（国土交通省道路局）（抜粋）

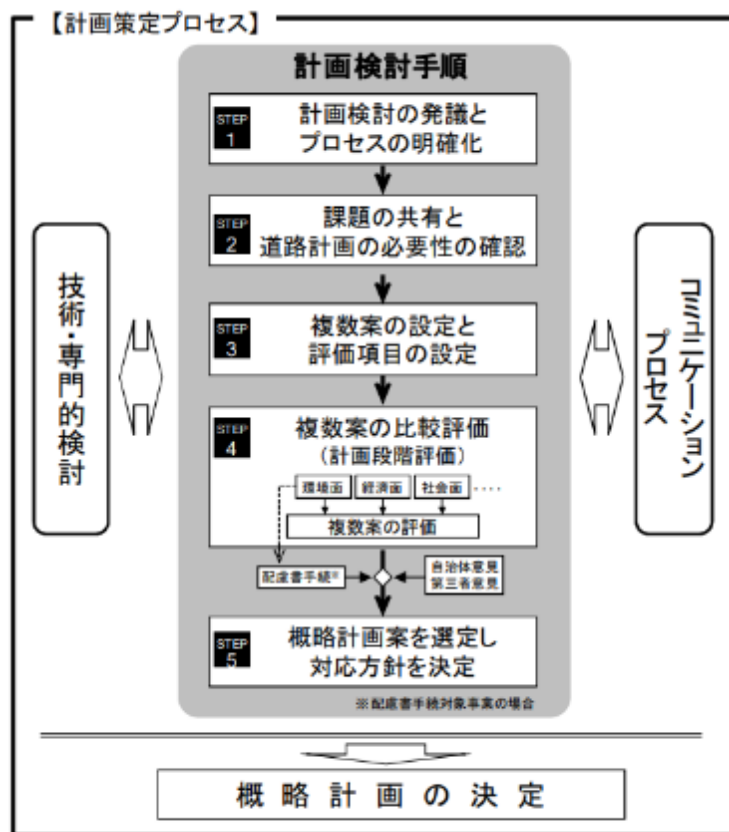


図 計画検討手順の流れ

○ 計画検討手順とは

- 計画策定プロセスの中心にあり、コミュニケーションプロセスや技術・専門的検討と有機的な連携を図りながら進められる以下のステップ1からステップ5に至る一連の手順

ステップ1：計画検討の発議とプロセスの明確化
ステップ2：課題の共有と道路計画の必要性の確認
ステップ3：複数案の設定と評価項目の設定
ステップ4：複数案の比較評価（計画段階評価）
ステップ5：概略計画案を選定し、対応方針を決定

○ ステップを区切り段階的に検討を進めることのねらい

- ステップ5で概略計画案を選定し対応方針を決定するためには、ステップ4で対策をしない案（比較評価のベースラインとする）も含めて現実的で合理的な複数の案を比較評価し、比較優位性を示すことが必要です。比較優位性を検証するためには、ステップ3で設定される複数案や評価項目が適切であることが求められます。また、評価項目の適切さを示すためには、ステップ2で目標やその背景にある課題を明らかにしておく必要があります。
- このような手順を踏まずに検討を進めると、概略計画の決定に際して、当初の課題や目標の設定に問題がある等の指摘を受ける可能性もあります。このためステップを区切りつつ段階的に検討を進めることが重要です。

現行の地域医療構想における検討の例

- 現行の地域医療構想においても、複数の取組の案を複数の観点で比較検討し、地域の関係者で協議を進めている例がある。こうした取組も参考にしながら、新たな地域医療構想の策定にあたって複数の案を検討する際の参考となるよう、観点を整理する。

急性期医療確保方策（案）の整理

（４）急性期機能確保方策まとめ

	①現状維持の場合	②連携の場合（診療科別）	②連携の場合（機能別）	③再編統合の場合
①医療機能・医師確保の視点	若手医師などの常勤医師を増員し、新専門医制度や医師の働き方改革に対応できれば、医療機能を充実し、医療需要の増加や救急医療への対応が可能だが、増床が出来ない現状では、268床や300床規模の中規模病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保が困難。	- 医師の集約により、医師を確保できる診療科は、医療機能の充実が図られるとともに、働き方改革に対応が可能。一方、医師の集約後も十分な医師を確保できない診療科は、現状と変わらず課題が残る。 - 中規模病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保に課題が残る。 - 診療科の一部集約では、複数の診療科にわたる対応が困難であり、合併症の患者への対応が困難であり、また、専門医を目指す若手医師の確保のための体制が不十分となる。	- 急性期担当病院は医師集約により、医療機能の充実が図られるとともに、働き方改革に対応可能。一方、医師の集約後も十分な医師を確保できない診療科は、現状と変わらず課題が残る。 - 中規模病院では新専門医制度への対応が不十分で、若手医師の確保に課題が残る。 - 回復期担当病院は、新専門医制度の基幹病院になり得ず、若手医師の確保は困難である。 - いずれかの病院が急性期を担った場合の268床や300床の急性期病床では、将来の急性期医療需要に対応することが出来ない。	- 常勤医師の増員が見込まれ、将来の需要増加に対応できる。 - 医師の集約および増加により、対応可能な診療科が増加する。 - 患者の療養環境が改善される。 - 医師を集約することができ医師の働き方改革に対応できる。 - 多くの診療科を備え、症例数の豊富な魅力ある病院となることで、新専門医制度に十分に対応できる。 - 医療圏域が異なるため、病床移動には厚労省と協議が必要。
②施設整備の視点	- 建て替えを行う場合、済生会兵庫県病院約151億円、三田市民病院約169億円が必要になるが、両病院とも既存債務があり経営的な負担が大きい。なお、現地建て替えを行う場合、大幅な診療機能の制限が必要である。 - 診療機能を維持するには、大規模改修により済生会兵庫県病院は約50億円、三田市民病院は約72億円が必要。 - 神戸・阪神両圏域ともに既存病床数が基準病床数を超過しており、病床の増床は許可されない。	連携する診療科の構成によっては、新たな設備投資が必要となる。	それぞれの病院は担う役割によって手術室の拡張や療養環境の改善等、設備投資が必要になる。	- 新病院の整備には、約225億から320億円が見込まれる。 - 既存の建物の制約を受けず、必要な医療機器を整備出来る。 - 残債への対応のため、現施設の有効活用の検討等が必要。
③経営への影響の視点	- 医療需要増に対応できるだけの医師を確保することができれば、収支改善が見込まれる。 - 地域周産期母子医療センターは不採算医療であり、公的支援が必要である。	- 集約する診療科によって、一方の病院は収支改善、もう一方は収支悪化の可能性がある。 - 診療科を一部集約することにより、合併症の患者の受け入れが制限され、収支が悪化する可能性がある。	- 急性期担当病院は医師確保により患者数が増加すれば、一時的な収支改善が見込まれる。 - 若手医師の確保に課題が残るため、中長期的には安定経営に課題がある。 - 回復期担当の病院は診療単価の低下によって収益が減少し、建物設備等の固定費用や残債への対応が困難になる。	- 医療需要増に対応できるだけの医師を安定的に確保し、診療単価の向上が実現すれば、収支改善が見込まれる。 - 北播磨総合医療センターや加古川中央市民病院などの先進事例では収支が改善している。 - 現病院の残債処理は必要。 - 一定の条件を満たした場合、財政措置が有利な再編ネットワーク債や厚生労働省の補助金等が活用できる。
④交通アクセス	病院の現在の利用者にとってアクセスの利便性に变化がない。	症例によっては、一方の病院の現在の利用者が他方の病院の通院になる可能性があり、交通アクセスの利便性に变化が生じる。	急性期病院を担うことになる病院の現在の利用者はアクセスの利便性に变化が生じる。	設置場所によるが、両病院の現在の利用者にとってアクセスの利便性に变化が生じる。

構想策定のあり方について ①合意形成のあり方（案）

- 地域医療構想の策定にあたっては、各医療機関や保険者など、様々な関係者が参加し、様々なデータを踏まえ、地域で課題を共有するとともに、2040年を見据えた対応案（方向性）を検討し、地域で合意を得ながら進める必要がある。
- 対応案の検討にあたっては、各医療機関の経営や地域住民のアクセスなどについて、それぞれメリット・デメリットが存在しえることから、関係者で納得を得ながら進めていくため、複数の案を複数の観点から比較評価していくこととしてはどうか。他の行政分野での事例等を踏まえ、以下のような合意形成のあり方も選択肢としてガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

基本的なプロセス

合意形成のあり方

地域医療構想調整
会議を組織

（調整会議）

発議・
検討の進め方の設定

目的・課題の設定

複数案の設定

比較評価

取組方針
の策定・確定

➤ 発議・検討の進め方の設定

- 地域医療構想調整会議におけるプロセスを関係者間で共有

➤ 目的・課題の設定

- 2040年人口等のデータを関係者で共有
- データを踏まえながら、地域における課題を協議し、地域で共有する

➤ 複数案の設定

- 都道府県から、複数の取組案を関係者に提示
- 関係者で議論した上で、複数の取組案を確定する

➤ 比較評価

- 確定された取組案を評価項目で評価する

➤ 取組方針の策定・確定

- 選好案を選定するとともに、付帯条件当初案を公表し、意見を踏まえて追加修正して確定

「具体的方策」

医療計画において定
める将来の病床数の
必要量を達成する
ための方策の決定

構想策定のあり方について ②案の比較評価の観点（案）

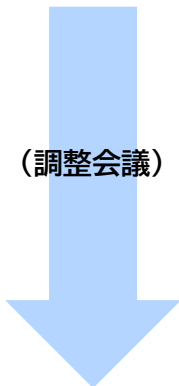
- 複数の観点からの比較評価にあたっては、様々な関係者が関係することから様々な意見が出てくることが想定される。評価が合理的かつ効果的なものとなるよう、都道府県が地域において比較評価を進めるにあたっての参考として、比較評価の観点を整理してはどうか。例として、急性期拠点機能を検討する場合、以下のような観点が考えられるのではないかな。

基本的なプロセス

合意形成のあり方

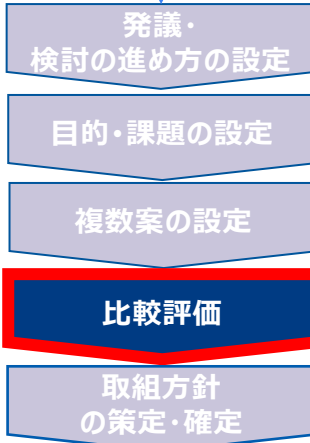
地域医療構想調整
会議を組織

(調整会議)



「具体的方策」

医療計画において定
める将来の病床数の
必要量を達成する
ための方策の決定



比較評価の観点	例) 急性期拠点機能を検討する場合のイメージ
医療の需要と供給	年齢別受療率と将来人口を踏まえた医療の需要に合うものか
アクセス (交通手段・到達時間)	- 各医療機関の位置関係が適切か - 患者のアクセス（通院の場合・救急の場合）が確保できるか
病院経営	- 建替や高度医療機器導入も想定し、将来的な収支が見込めるか - 現在の経営の状況を踏まえ経営を維持できるか
医師・医療従事者確保	医師・医療従事者の働き方を維持できるだけの人員を確保できるか
インフラ・BCP	- 立地のハザードリスクはないか - 築年数や建て替えに係る費用等は問題ないか
行財政への負荷	再編統合等に必要となる地方自治体の財政負担が許容される範囲か
その他	地域の雇用への影響など