

新たな地域医療構想の策定に向けて

2025年2月26日

令和 6 年度全国国民健康保険運営協議会
会長等連絡協議会

社団法人未来研究所臥龍 代表理事 /
兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授
香取 照幸

<http://www.garyu.or.jp/index.html>



Future Institute Wolong



香取 照幸(かとり てるゆき) KATORI, Teruyuki

一般社団法人未来研究所臥龍代表理事、兵庫県立大学大学院社会科学研究科経営専門職専攻特任教授、藤田医科大学専門職大学院客員教授。医療法人社団至高会高瀬クリニック顧問

東京都出身、麻布学園中学・高校から1980年東京大学法学部卒、同年旧厚生省入省。在フランスOECD事務局研究員、埼玉県生活福祉部高齢者福祉課長、厚生省高齢者介護対策本部事務局次長、内閣官房内閣参事官(小泉総理大臣官邸)、同審議官、厚生労働省政策統括官(社会保障担当)、年金局長、雇用均等・児童家庭局長。その間、介護保険法、子ども・子育て支援法、GPIF改革等の制度創設・改革を担当。また、内閣官房内閣審議官として「社会保障・税一体改革」を取りまとめた。

2016年厚生労働省退官、2017年在アゼルバイジャン共和国駐劄日本国特命全権大使。2020年4月より上智大学総合人間科学部教授、同年8月より一般社団法人未来研究所臥龍代表理事。2023年4月より兵庫県立大学大学院社会科学研究科経営専門職専攻特任教授。2024年4月より藤田医科大学専門職大学院客員教授。

主な著書:「介護保険制度史」(共著)『教養としての社会保障』『民主主義のための社会保障』『社会保障論Ⅰ【基礎編】』『高齢者福祉論【介護保険制度の理念・意義・課題】』(いずれも東洋経済新報社)。

日本医師会医療政策会議委員(2016-2018,2022-2026)、東京都医師会在宅医療協議会/委員会委員・TMA近未来医療会議委員長、日本年金学会幹事、日本地域包括ケア学会評議員、日米医学医療交流財団理事。

2021年11月より総理官邸「全世代型社会保障構築会議」構成員、2022年8月より厚生労働省「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」委員。2023年10月より同「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」委員。2024年3月より同「新たな地域医療構想等に関する検討会」委員。

COI 開示

発表者名: 香取照幸

**演題発表内容に関連し、発表者に開示すべき
COI関係にある企業などはありません。**

医療提供体制改革 全体像

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、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新たな地域医療構想の策定
- ・ 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- ・ 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- ・ 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

その他、下記の措置を行う

- ・ 一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※） 等

医師偏在対策

<医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定

<地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- ・ 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

<経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
 - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- ・ 全国的なマッチング機能の支援
- ・ 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- ・ 関係学会によるガイドライン策定 等

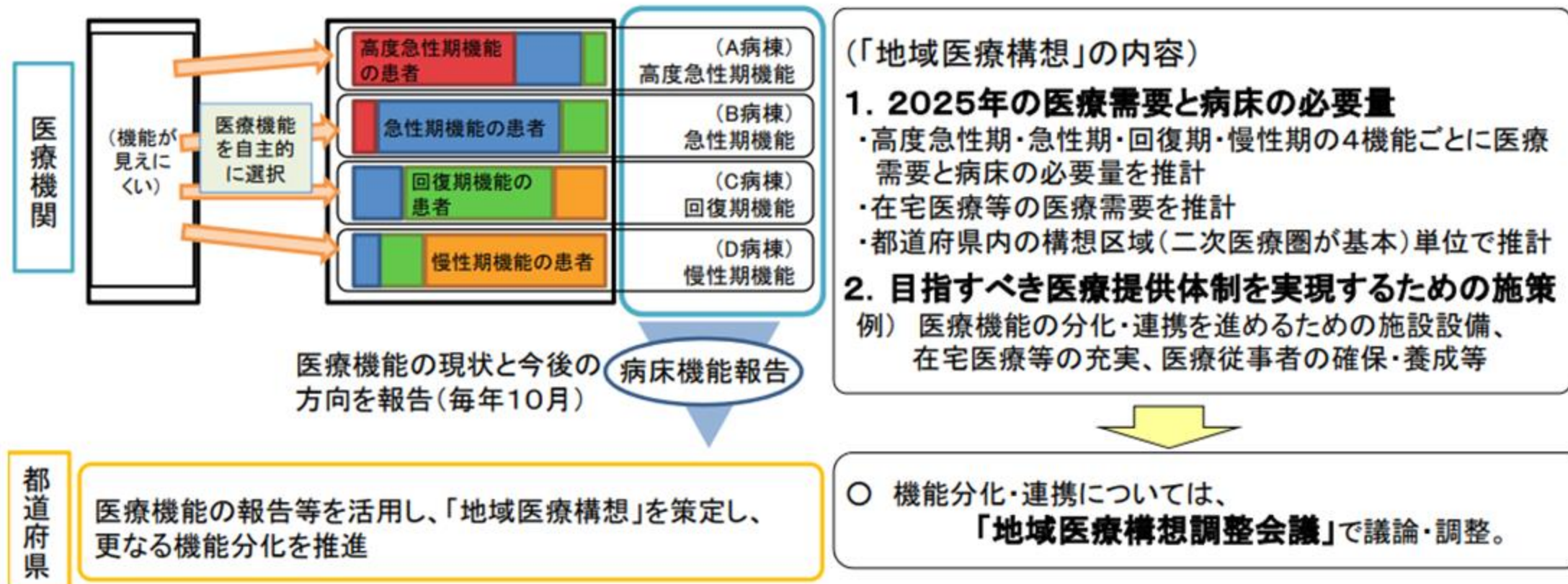
（※）現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

新たな地域医療構想 策定の経緯

～そもそも「地域医療構想」とは～

地域医療構想

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



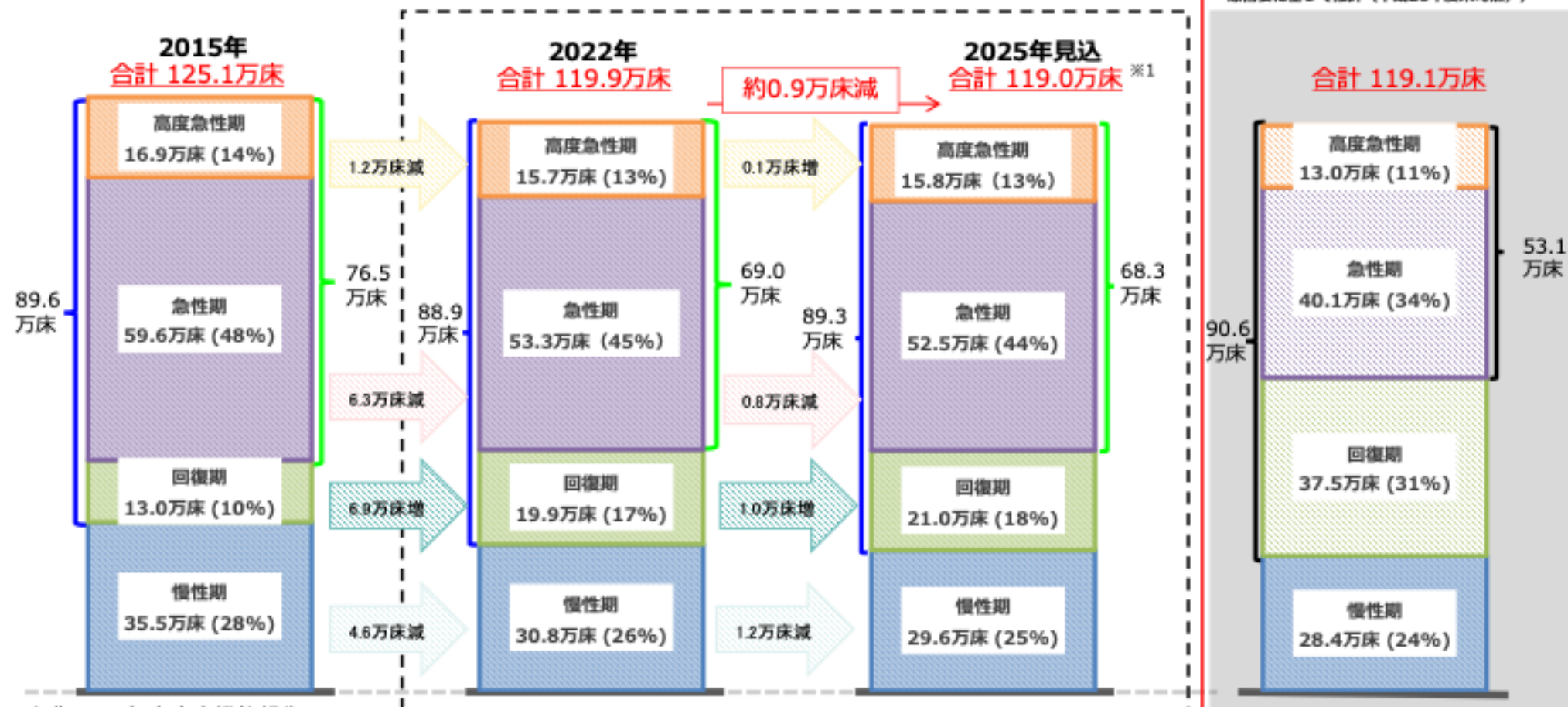
2022年度病床機能報告について

第13回地域医療構想及び医師確保
計画に関するワーキンググループ
令和5年11月9日 資料1

2015年度病床機能報告 (各医療機関が病種単位で報告) ※6

2022年度病床機能報告 (各医療機関が病種単位で報告) ※6

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



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

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

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 12,171/12,590(96.7%)

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

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,399床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

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

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄） （令和5年12月22日 閣議決定）

2. 医療・介護制度等の改革

＜②「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ 地域医療構想については、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、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構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する。
- ・ 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。
- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る。
- ・ さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・ また、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた、医師の教育や研修の充実にも取り組んでいく。

◆ 医師偏在対策等

- ・ 医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト/シェアの推進を図る。
- ・ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。

- 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、令和6年3月28日付で通知を発出し、**2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。**

2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月28日）

1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- ・ 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。

※ 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推進区域（仮称）を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域（仮称）のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- ・ 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

2. 国による積極的な支援

①地域別の病床機能等の見える化

- ・ 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等が見える化
- ・ これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる

②都道府県の取組の好事例の周知

- ・ 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知

③医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

- ・ 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知

④基金等の支援策の周知

- ・ 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成

⑤都道府県等の取組のチェックリスト

- ・ 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。

⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- ・ データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施

地域医療構想の検討体制

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

＜現行の地域医療構想＞

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

（敬称略。五十音順）

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人日本医師会副会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会

○：座長

＜新たな地域医療構想＞

新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

（敬称略。五十音順）

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学長
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 玉川 啓 福島県保健福祉部次長（健康衛生担当）
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 佐藤 博文 岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
- 高橋 泰 国際医療福祉大学教授
- 土居 丈朗 慶應義塾大学教授
- 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

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

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

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

など

【主な課題】

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

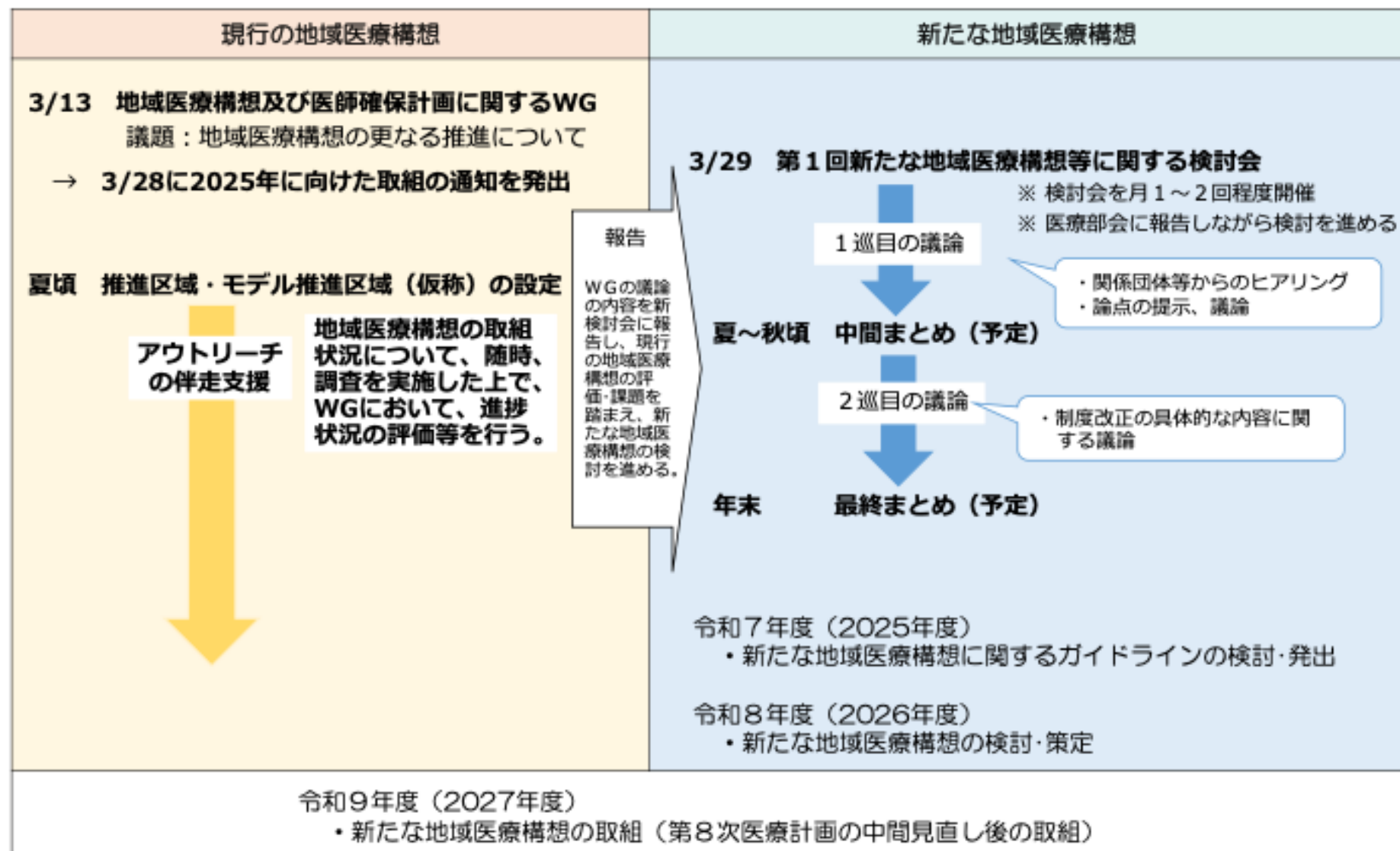
など

【主な検討事項（案）】

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

など 10

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）



地域医療構想から新・地域医療構想へ

～病院の機能分化・機能連携から外来医療・地域医療へ～

1. 地域医療構想の見直し等① 新たな地域医療構想の概要

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、病床の機能分化・連携を推進するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、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地域医療構想へ

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現に資する新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据えて、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・集約化を推進することが重要。
このため、病床の機能分化・連携に加え、
 - ・ 地域ごとの医療機関機能
(高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等)
 - ・ 広域な視点の医療機関機能 (医育及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。

＜今後のスケジュール＞

- 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成(国)
- 令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定(県)
- 令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始(県)

有識者検討会で私が話したこと

**2024年4月17日
第2回新たな地域医療構想等に関する検討会
ヒアリング資料より抜粋**

○ 前回提出資料2 P163に示されている「主な課題」は、概ね議論すべき課題を網羅しており、首肯できる。前回の委員の議論を伺っても、各委員の問題意識は概ね同じ方向を指しているように思料。

○ その上で申し上げれば、

① 日本全体で見れば、2060年代後半までは医療・介護需要の総量は増大し続ける。他方で医療・介護を担う人的・物的資源は有限。かつ、地域ごとに置かれる状況は大きく異なる。すでに2040年、2060年になっている地域はたくさんある。

地域医療構想は、その前提で、各地域ごとに、2040年、あるいは2060年の絵姿を描き、そこからバックキャストで考えて、確保できる医療介護資源でいかに医療介護需要をカバーしていくか(＝切れ目のない医療・介護サービスの実現)、という視点で考えることが必要。

② 故に、2040年に描かれる地域医療構想の姿は、地域によって大きく異なる。

：現在及び将来における地域の医療資源の分布の姿

：現在及び将来における地域の人口・高齢化率(高齢者の中の高齢化の進行度)・疾病構造の変化、さらには集住やコンパクトシティなど地域政策の動向によって地域コミュニティの姿がどのように変化するかを見通して、動態的視点で考える必要がある。

単純な都市一地方2元論、現在の人口規模による区分ではなく、より細かい類型分けが必要。

③ 地域ごとの差異、地域医療構想の前提となる今後の社会経済環境の変化の大きさに鑑みれば

：現状の診療行動・機能分担(入院/外来、医療/介護)を前提にした現状投影型の推計は機能しない。

：地域における医療提供体制全体の改革(最適の資源分配・機能分担・タスクシフト)、さらには医療・介護を通じた全体の改革を行なっていくことを織り込んだ改革遂行型地域医療構想を策定することが必要。

○ 各論について申し上げます

- ① 在宅医療・地域医療の強化は不可避。これを織り込まないと病院・救急は機能不全を起こす。
コロナ禍の経験は「未来が前倒しで現前した」ということ。
テクノロジーの進歩は入院と在宅の役割分担(境界線)を大きく変え、時間と空間を超える医療を可能にする。在宅医療・地域医療の姿を描くときは、それを織り込むべき。
- ② 今後の人口動態の変化は極めて大きい。現在の2次医療圏の大半はおそらく維持できない。2040年あるいは2060年の人口分布(と医療資源の分布)を念頭に医療圏そのものの見直す必要がある。
- ③ 人口が減少していく中、2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超える。その半数は要介護、4割は認知症。独居・高齢夫婦が大半となり家族介護力は当てにならない。
医療も介護同様、アウトリーチを前提とした提供体制へと組み替えていくことが必要
- ④ 資源制約(特に人的資源制約)は大きいと考えるべき。
:コロナ禍で明らかになった日本の医療提供体制の脆弱性を踏まえ、有限の資源をいかに効率的に組み立てて需要に応えるか、という視点が重要。その観点からもかかりつけ医機能の実装は不可欠。
:現状以上の過重労働を現場に課すことはできない。働き方改革は当然に織り込むことが必要であり、タスクシフト(専門職間の「人的タスクシフト」)、テクノロジーの活用(IT、IoT、SaMD、AI)による現場の負担軽減を大胆に進めないと、地域医療構想それ自体が画餅に帰しかねないと思うべき。

総じて

今回策定される地域医療構想は、将来の医療のあり方そのものを描く構想、と位置付けるべき

新地域医療構想のキーワード

- 国民・患者の疾病構造／状態像の変化
医療・介護の複合ニーズ・Multimorbidity・地域／家族の変化への対応
病院／病床中心 → 在宅・外来を含めた「地域医療」の将来図
「治し・支える医療」「面で支える医療」の実現
- 連携と協働・切れ目のない包括支援サービス
多職種・多機関連携 地域包括ケアネットワーク 伴走／並走支援
- 人口動態の急速な変化 地域ごとに異なる問題状況
バックキャストでのロードマップ
人的・物的資源制約を踏まえた提供体制改革 現状の延長線上に未来はない
- 医療提供のあり方そのものの改革
医療DX、オンライン診療・遠隔診療・タスクシフト
- 地方自治体(都道府県・市町村)の企画構想力・実行力が試される

医療提供体制改革の目指すもの

在宅医療・地域包括ケアネットワーク・かかりつけ医機能は「三位一体」

(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

(2) 医療提供体制改革の視点

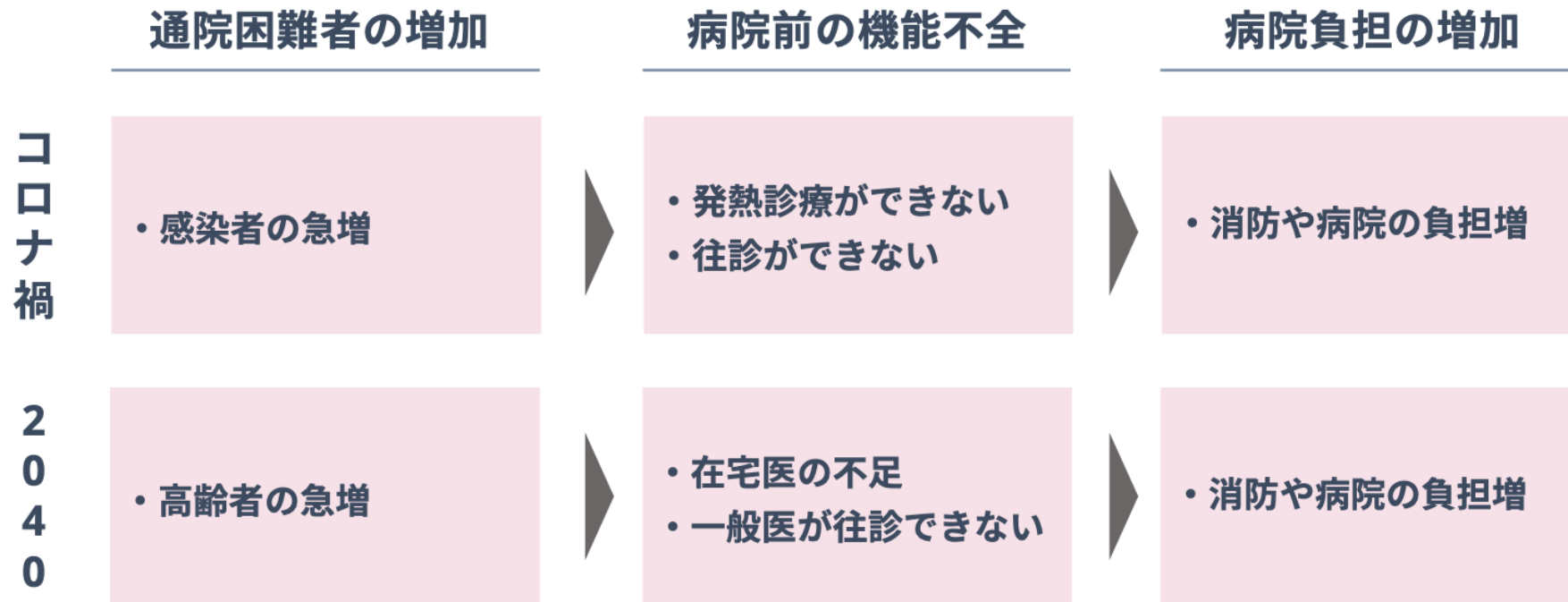
- ① 在宅医療・地域医療の強化**
- ② 超高齢社会における医療のあり方の変化**
- ③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス**
～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～
- ④ 資源の効率利用 働き方改革**
- ⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除**

(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

- 今回の COVID-19 禍は「すでに起こっている未来」
2040年に直面するであろう医療の現場を、我々は現在進行形で経験した。
そして今、能登半島でも同じ光景を我々は目にしている。
- 高齢者人口は2040年代半ば、後期高齢者人口は2060年代後半までは増加
- 他方で、今日すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯
- 近い将来、医療現場では要介護高齢者・基礎疾患(多くは複数)を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化し、家族介護はほぼあてにならなくなる。

→現在の医療・介護提供体制で、2040年の社会を支えられるのか？

コロナ禍は2040年の世界だった



(株)ファストドクター 菊池医師の講演資料より

☆ 在宅医療の機能強化をしておかなければ、病院(入院医療)への負荷がどんどん大きくなって再び機能不全を起こす。

- 今回のCOVID-19禍で、平時の医療提供体制が持っていた構造的弱点が顕在化。
課題は有事対応(のみ)にあるのではなく、平時の体制にある。
- 自由開業医・自由標榜制のもと、独立採算の中小民間病院中心で発展してきた我が国では、設備投資や人的資源配置は個々の医療機関が判断。
医療機関は機能未分化・相互に競合/競争関係。医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない。
- 他方で患者の「選択の自由」が大きいフリーアクセスの医療保険制度の下で、患者の流れ(適時適切な医療需要の振り分け)は制度的にコントロールできていない。
- 結果、全体としてみれば、地域(医療圏)全体での最適資源分配の視点がなく、機能未分化・非効率で「資源の薄まき」状態の余力のない医療提供体制が形成。
供給(提供側)もコントロールできず需要(患者)も制御できないまま、今回のCOVID-19禍のように局所的に負荷がかかればいとも簡単に崩れる、という脆弱さを露呈。

- このような日本の医療提供体制は、フリーアクセスの下で増大する国民の医療ニーズをカバーする仕組みとして歴史的に形成されてきたもの。

ある意味国民が選択した結果。

- しかし2040年、さらには2060年の医療・介護を展望すれば、限られた人的・物的資源で必要な医療 需要をカバーしていくための提供体制の効率化・最適化は不可避。



- 疾病構造の変化(患者像・医療需要の変化)に合わせた病院の機能分化と連携、思い切った医療資源の再分配(選択と集中)、そしてかかりつけ医機能をはじめとする在宅医療・地域医療の強化・地域完結型医療への転換を進めておかなければ、近い将来、再び医療崩壊の危機を招く。

→かくして議論は原点に戻る。

疾病構造の変化に合わせた病院の機能分化と連携、選択と集中、在宅医療をも視野に入れた地域完結型医療への転換

地域医療構想は「病床削減」(だけ)が目的ではない！！

生活の継続性を支える医療(「治し、支える医療」)

かかりつけ医(在宅支援・総合診療医)とそれを支える在宅医療支援病院

医療と介護の一体的提供、多職種協働、地域包括ケア

地域包括ケアを支える在宅医療の充実、ターミナルケア・並走/伴走支援
医療・介護を支える多様な職種・人材の養成確保

(2) 医療提供体制改革の視点

① 在宅医療・地域医療の強化

- **全世代型社会保障構築会議の中間取りまとめでも指摘されているように、今回のCOVID-19禍では、在宅医療・地域医療の弱さが病院への大きな負荷になって医療崩壊の危機を招いた。**

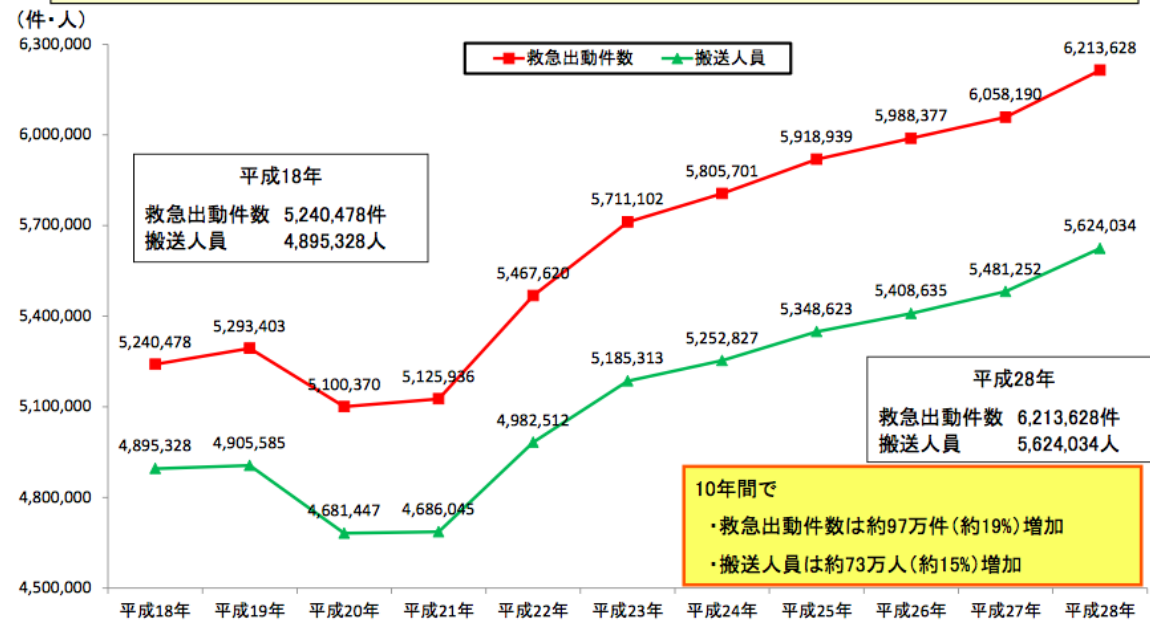
在宅医療・地域医療が機能しなければ病院や救急の負担は大きくなる。

- **医療・介護需要が伸びていく中で、医療資源は人的にも物的にも有限。**
- **新しい地域医療構想においては、今ある人的・物的医療資源を効率的・効果的に組み立てていかに必要なニーズに応えていくかという視点に立ち、病院病床の機能分化・連携だけではなく、診療所も含めた地域医療全体の提供体制改革、すなわち地域完結型医療の構築を考えることが必要。**
- **在宅医療・地域医療の強化が、全体の提供体制、資源利用の最適化につながる。
このことを深く認識することが重要。**

在宅医療の強化は様々な医療の課題を解決する(救急医療の例)

救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、8年連続の増加となり、過去最多となった。

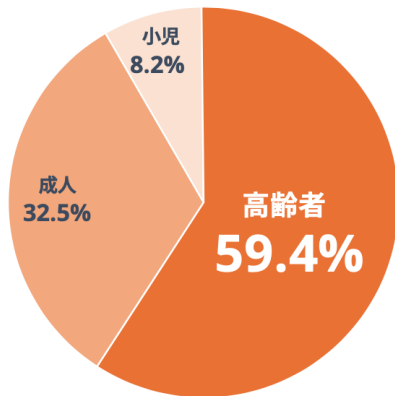


(注) 1 平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。5
2 各年とも1月から12月までの数値である。

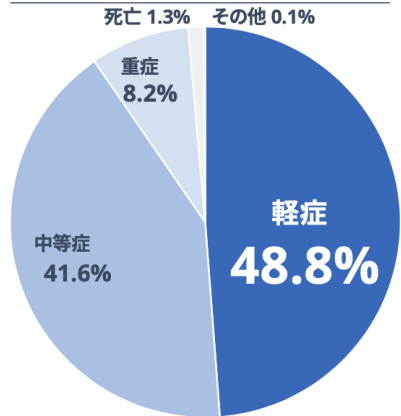
平成29年版 救急・救助の現況(総務省消防庁)

初期救急の往診体制が整えられれば
救急出動件数は相当数抑制できる

搬送患者の年齢別内訳



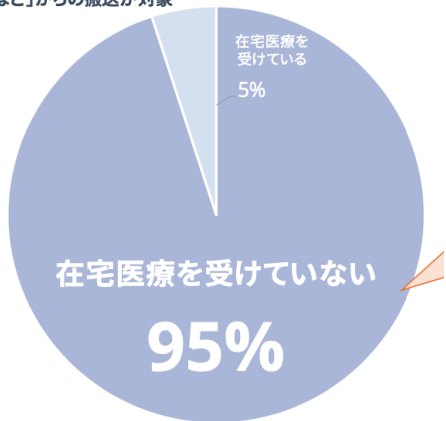
搬送患者の重症度別内訳



資料:総務省消防庁 救急・救助の現況

高齢者による搬送内訳

※「自宅・外出先など」からの搬送が対象



資料:東京都福祉保健局 地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討委員会(H29)

② 超高齢社会における医療のあり方の変化

- ・ 「治す医療」から「治し支える医療」へ

生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」

- ・ 人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望む。
可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要。

- ・ とすれば、超高齢社会の病院病床に求められる機能は

- ① 「治す」に特化した高次機能を担う病院

- ② 地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病院

という、二つの方向に分かれていくと考えるべきである。

- ・さらなる高齢化の進行、人口減少による過疎化の進行などの社会経済環境の変化を考えれば、在宅医療の重要性はますます高まる。

より患者・利用者の日常生活に近い場所で必要な医療が受けられることが求められる。

- ・他方で、診断治療技術の進歩、医療Dxの進展は、さまざまな治療を在宅で行うことを可能にし、時間と場所を超えて医療を提供することを可能にした。
- ・オンライン診療などの非対面診療は入院・外来・往診と並ぶ「**第四の診療形態**」として位置付け、その普及定着を進めていくべき。諸外国はすでにその方向に大きく舵を切っている。

③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス

～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～

- ・ 医療や介護のサービスは、患者・利用者の状態像の変化に対応して必要なサービスが切れ目なく提供されなければならない。
- ・ そのためには、提供者側の連携(病診・病病・診診連携、医療介護連携)が不可欠。各機関が役割分担し、相互に連携して継続的支援を行うことのできる患者の立場に立ったシステムが地域に構築されていなければならない。
- ・ 介護保険では各機関の役割分担や連携を担う役割としてケアマネージャーが存在。ケアマネージャーと主治医の連携が全体の調整を担っている。
- ・ 医療にあっても、患者家族に伴走し継続的に関わり、必要に応じて入院支援・退院支援を行う役割を持つ存在は極めて重要だが、制度上そのような機能・役割を担う存在は明確にされていない。

- ・ 現在でも、65歳以上の高齢患者の多くが同一月内に複数の医療機関を受診。重複検査・重複受診・多剤投与の問題は、医療費適正化の観点のみならず、当該患者にとって最適の医療を提供するという観点からも重要な問題。

患者・家族の立場に立って最適の医療が提供されるよう必要な調整を行う機能は、地域医療体制に不可欠の機能。

さらに言えば、患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等々)を持ち、医療だけではその人の生活を支え切ることとは困難。

包括的で継続的な切れ目ないサービスは医療を超えて保障されなければならない。

- ・ 地域包括ケアネットワークはまさにそのことのために構想されているもの。個々の制度を越え、財源も専門性も規制も異なる様々なサービスや専門職の働きを横串で繋いでいく「メタ制度 —Integrated care network」として機能するもの。

- ・ 医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素。
医療提供体制改革は、地域包括ケアネットワークの文脈の中で機能するものとして進められることが必要。

④ 資源の効率利用 働き方改革

- ・ 増大する医療ニーズを最小限の設備・マンパワーで(かつ民間医療機関中心に) 引き受けてきた歴史は、医師・医療スタッフの慢性的過重労働という問題も招来。
- ・ 医師1人当たりの入院担当患者数は、アメリカの1.1人に対して日本は5.5人。年間の医師1人当たりの外来延べ患者数は、アメリカの約1500人に対して日本は約5300人。勤務医の長時間労働は常態化しており、医師の働き方改革が大きな問題。
- ・ 医療提供体制改革は、別の見方をすれば医療の人的・物的資源の再配置・再分配。限りある人的・物的資源の効率的な利用は、医師・看護師をはじめとする医療関係者の働き方改革にもつながる。
↓
- ・ 医療Dxの積極的活用も含め、医療従事者の働き方改革という視点からの専門職種間の役割分担の見直し、タスクシフト、チームプラクティスといった取り組みも必要。
- ・ このことはかかりつけ医の負荷軽減という形で、かかりつけ医の普及実装にも貢献。

⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除

- 医療提供体制改革は、限られた医療資源によって必要な医療需要をカバーするという意味において、サービス提供の効率化を通じてアウトカムの最大化を実現することに繋がる。
- とするならば、医療費の最適化、費用対効果の最大化は提供体制改革によって実現される。
- すなわち、提供体制改革こそが医療費適正化の最も正しい道筋である。

(改めて)高齢社会における医療に求められるもの

- 医療の目的の変化:「治す医療」から「治し支える医療」へ
 - 生活の質(Quality Of Life)を重視した医療へ
 - 「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」
- 病院に求められる機能役割の変化 ～病院機能の2つのベクトル～
 - 一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能
 - 他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能
- 「治し、支える」は医療だけでは実現できない。
 - 地域医療の形も変わる「地域完結・在宅支援型」
 - 外来中心から往診・オンライン中心へ 地域支援病院との協働が不可欠
 - 医療・看護・介護・生活支援、包括的ケアが必要
 - 医師・看護師・OT・PT・薬剤師・介護職など多様な専門職種の連携・協働が重要
 - だから地域包括ケアネットワーク
 - 多職種連携を支える情報基盤は不可欠
 - 医療IT・IoT・Dxは、在宅医療・地域包括ケアを支える不可欠のtool

2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

- 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。

- ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

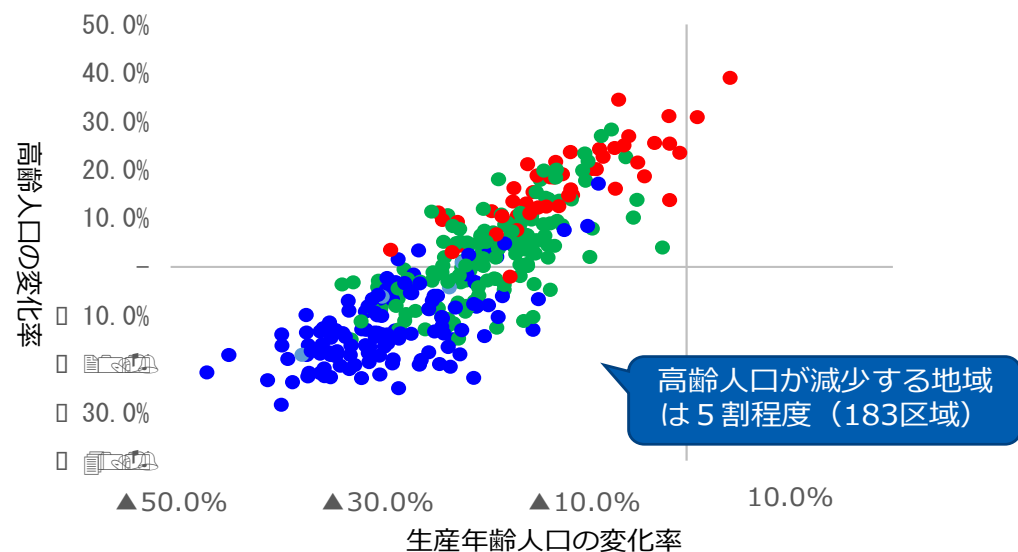
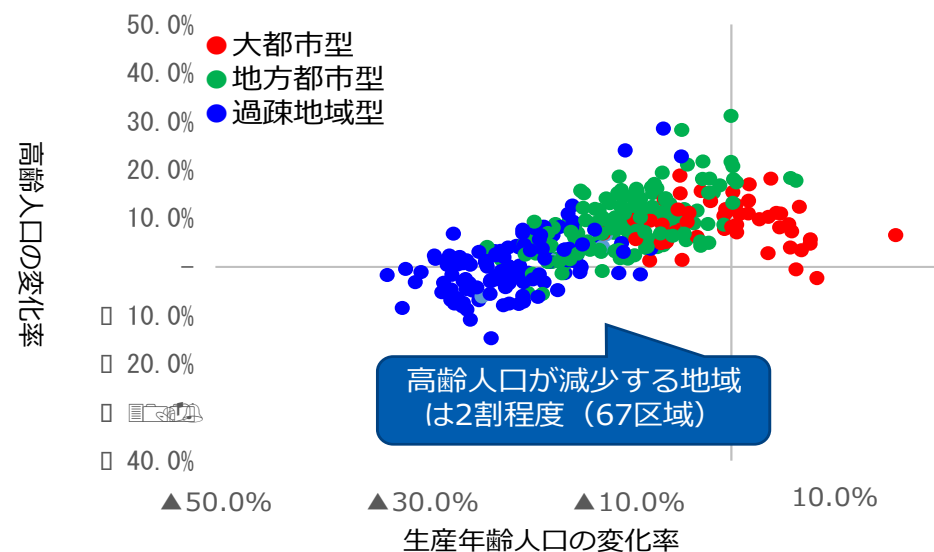
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外

＜2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	0.6%

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

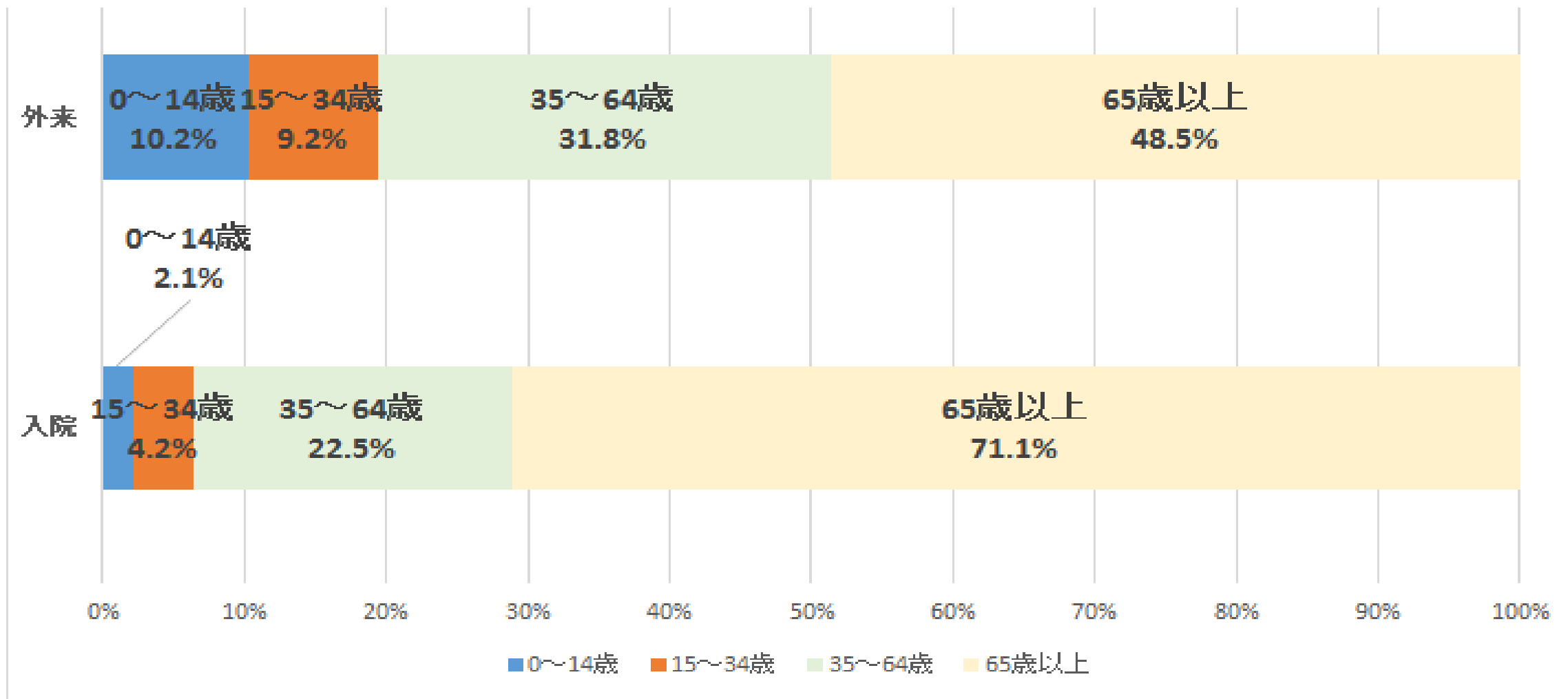
	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%



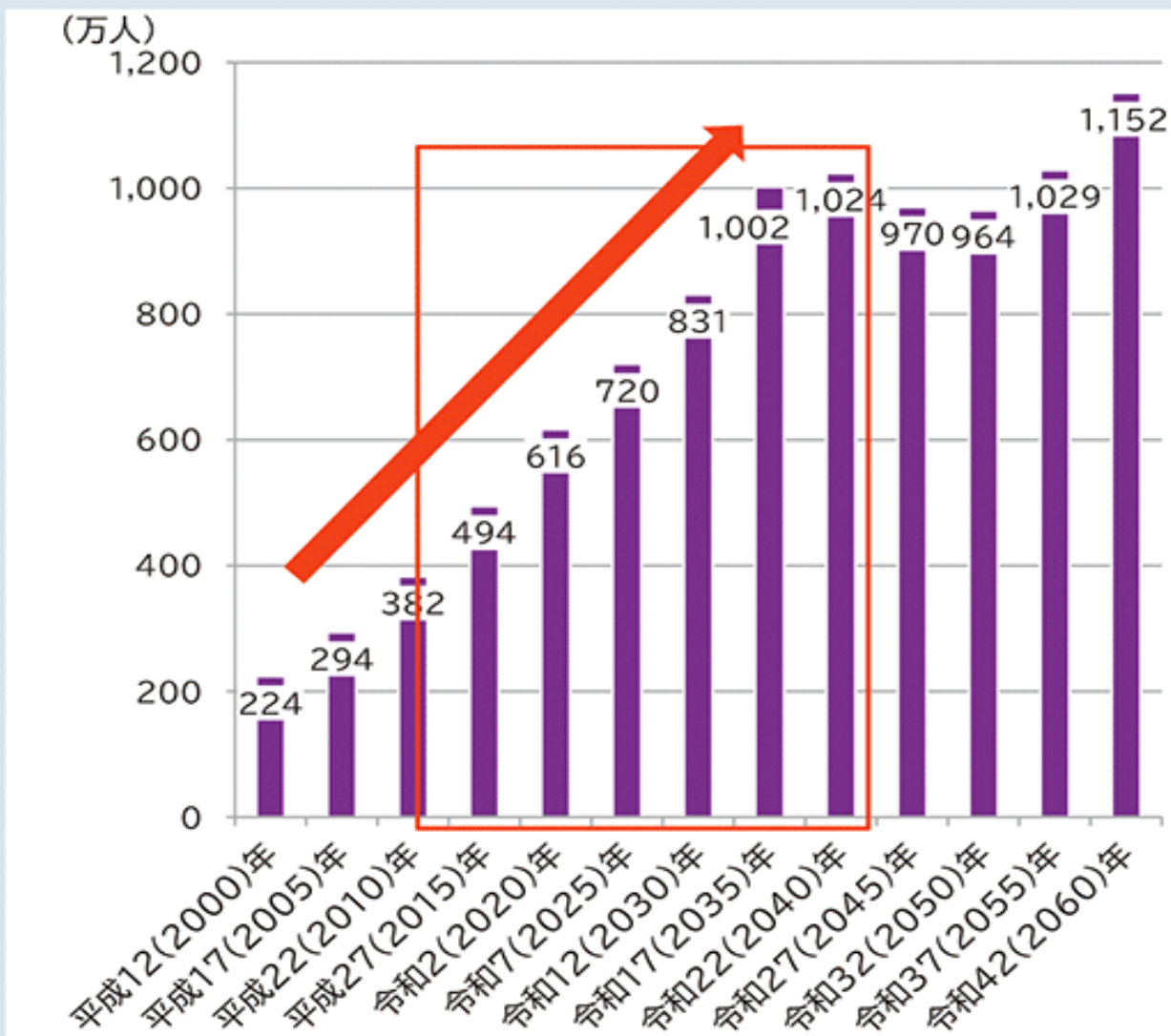
出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

外来患者・入院患者の年齢構成比



2035年：85歳以上の高齢者が1000万人

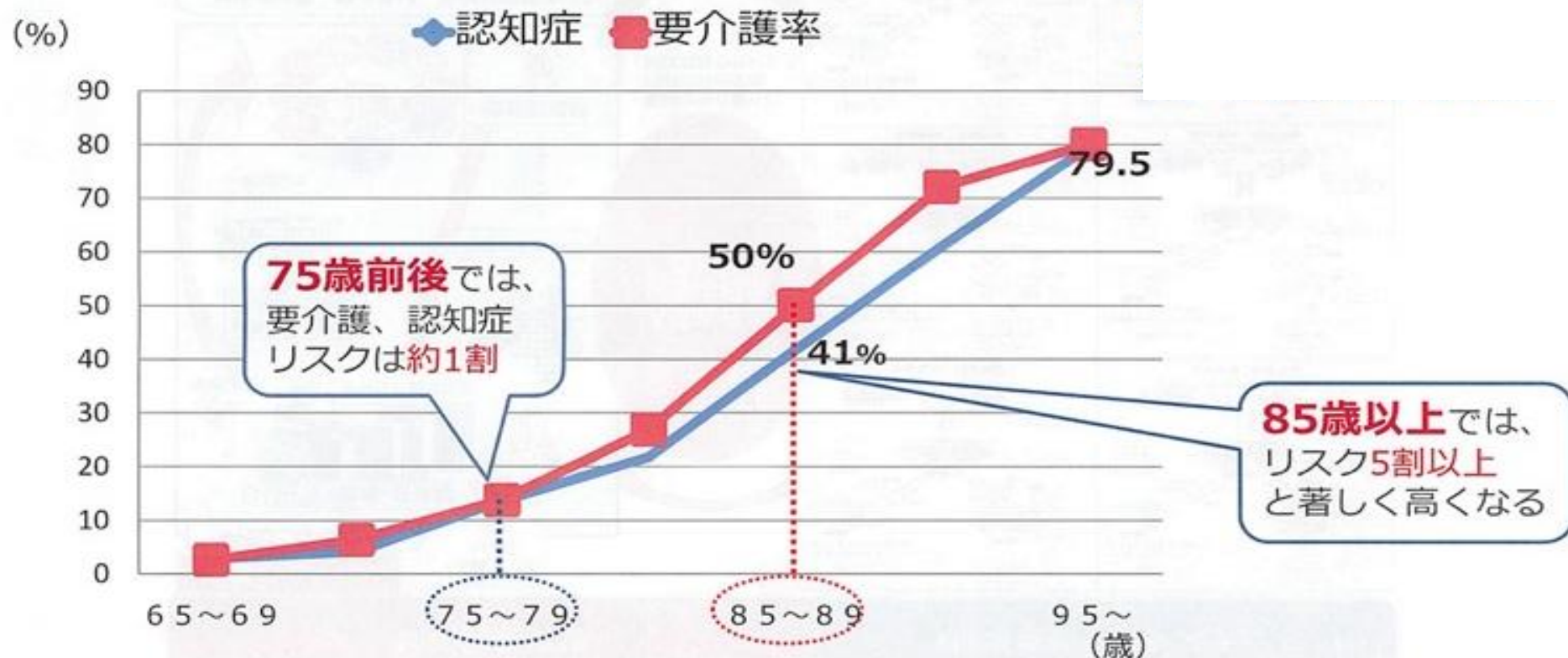


資料：2025（令和7）年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2018年推計）」の出生中位・死亡中位結果、2020（令和2）年以前は、総務省統計局「国勢調査」より厚生労働省老健局総務課において作成。

85歳を超えると5割は要介護・4割は認知症



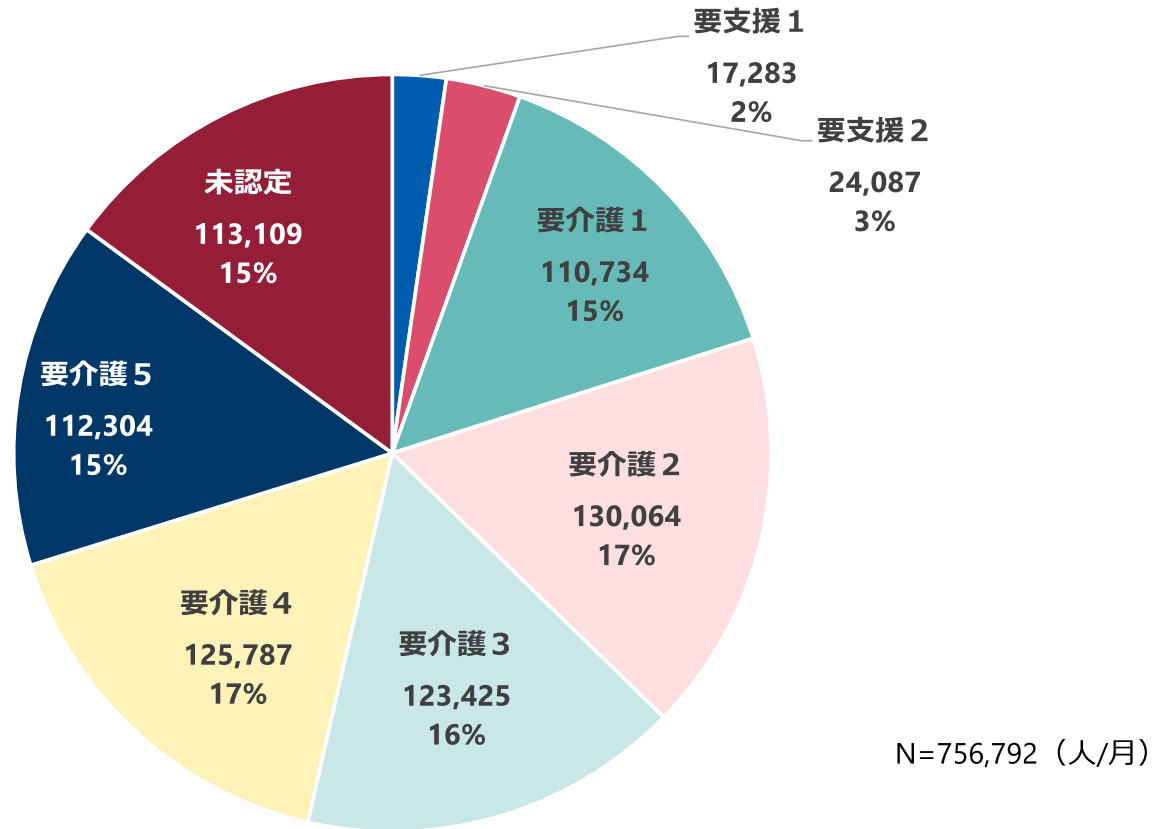
年齢階級別の要介護率と認知症



厚生労働省「国民生活調査」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より

訪問診療を受けている患者の85%は要介護・要支援者

○ 在宅患者訪問診療料を算定している患者のうち、要介護1・2の患者が約30%、要介護3以上の患者は約50%であった。



【出典】KDBデータベース（KDB）（2019年度診療分）
※算定項目：在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）
※月当たりの平均患者数、京都府除く

訪問診療が増える → サービスの中心はアウトリーチ型へ

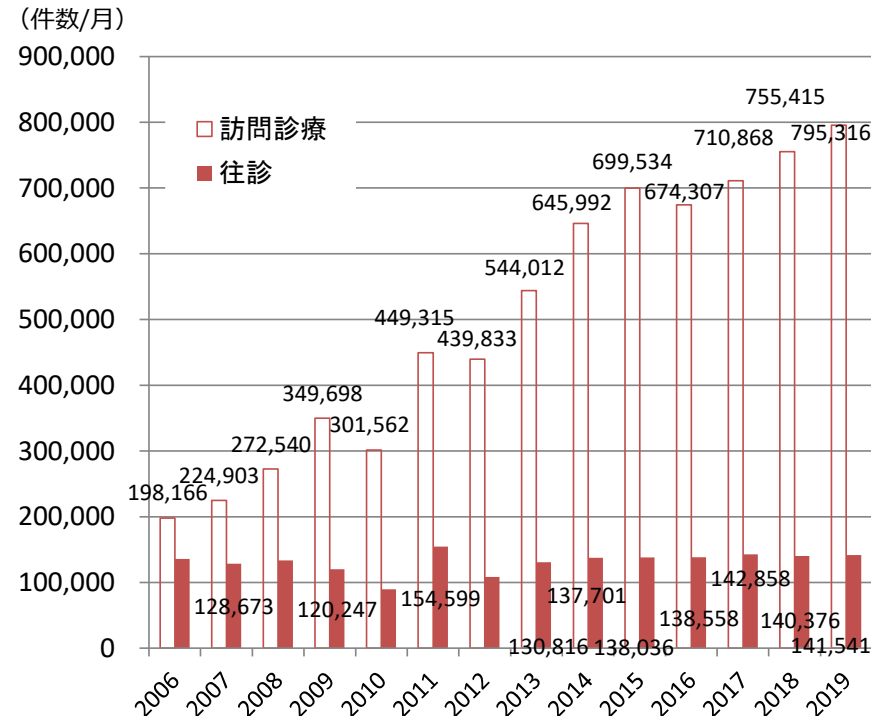
在宅患者訪問診療料等の件数の推移

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	参考資料
令和3年10月13日	改

- 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。

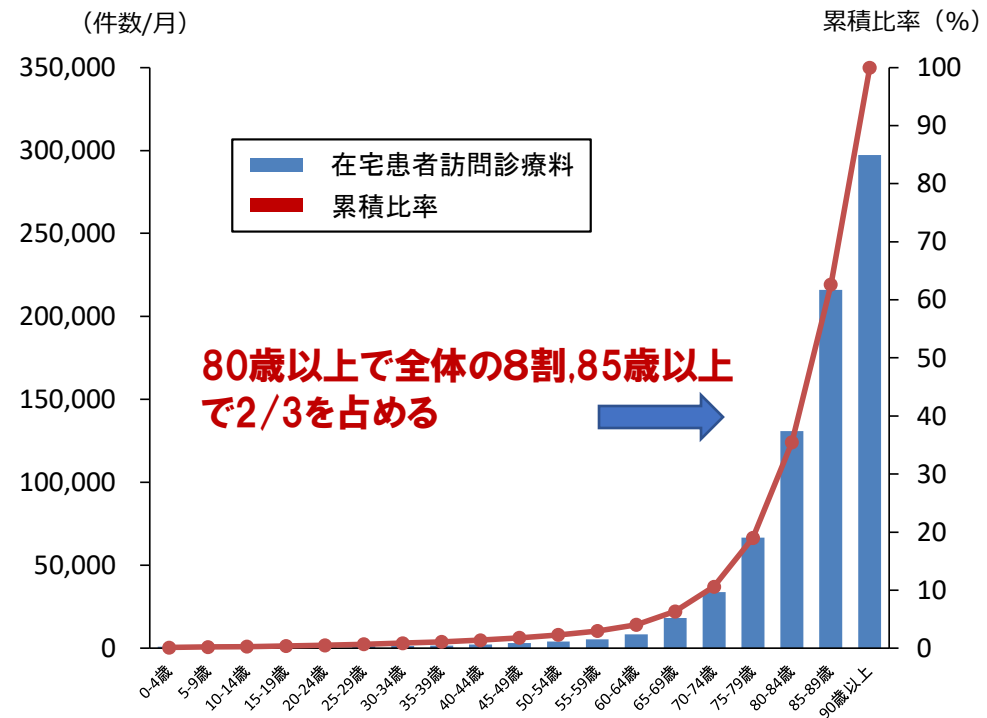
訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移



出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布

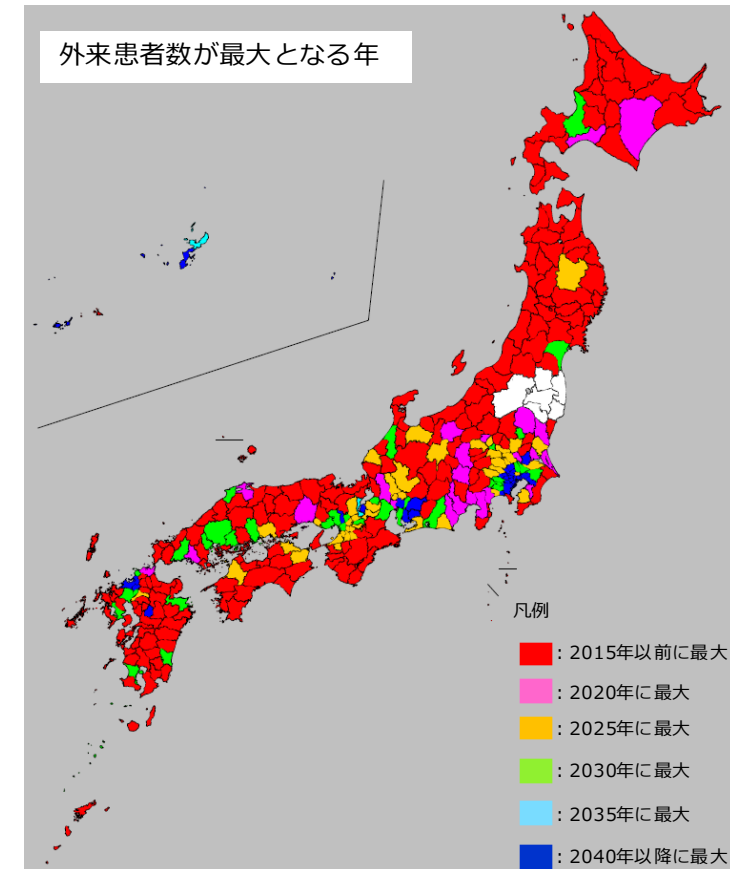
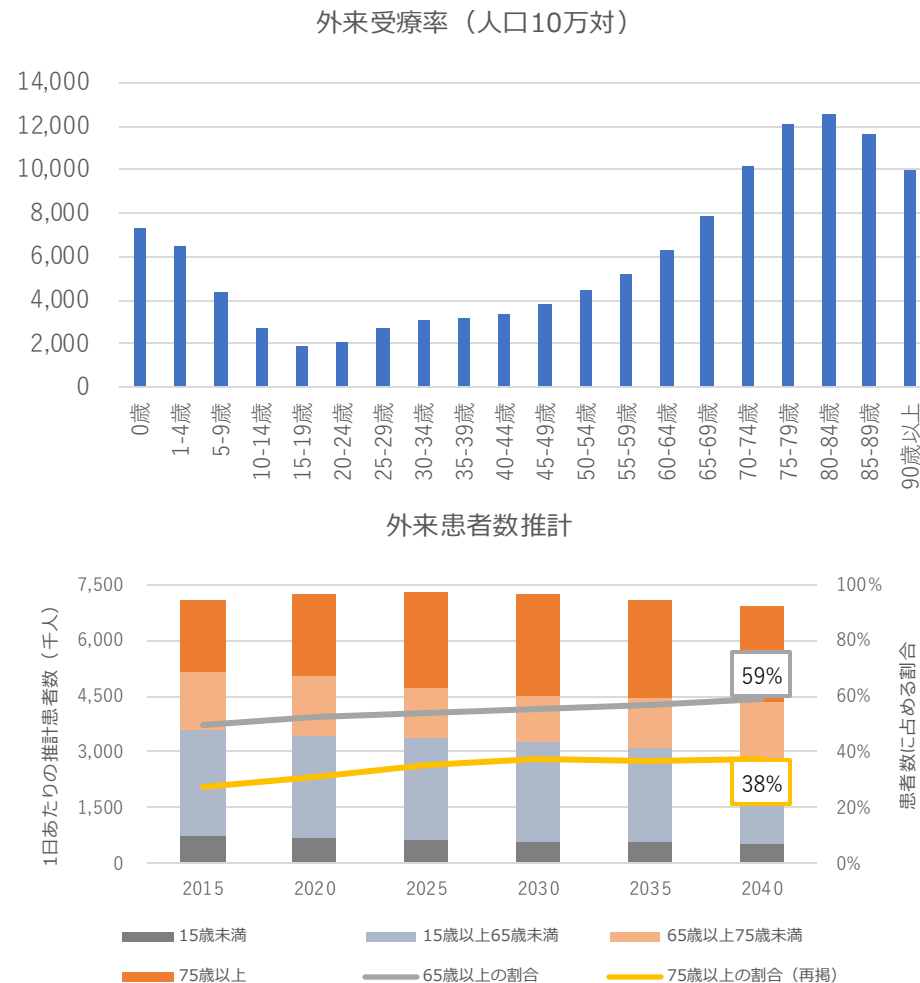


出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

医療需要の変化② 外来患者数は既にほとんどの医療圏でピークアウト

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

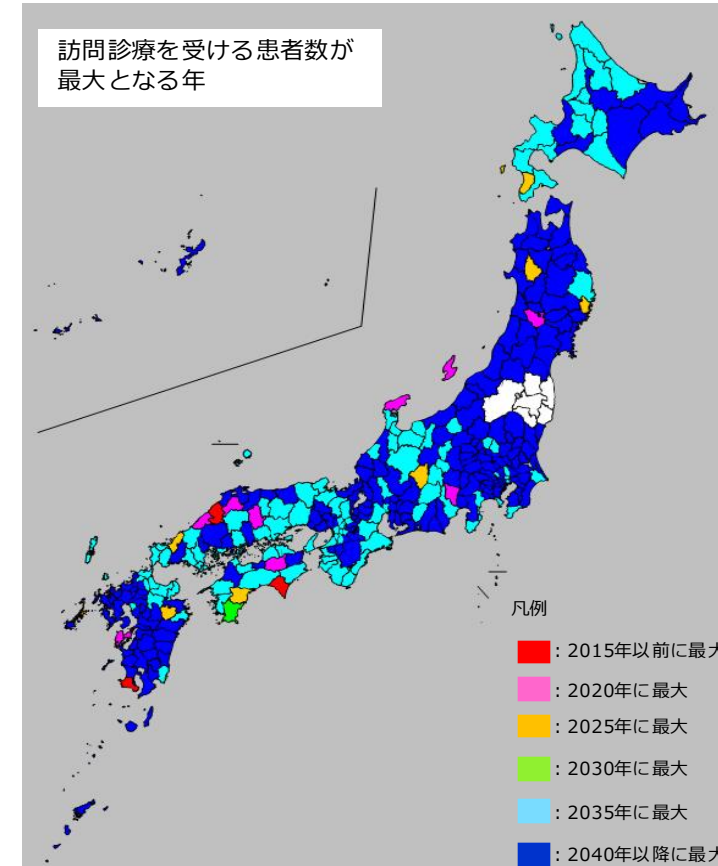
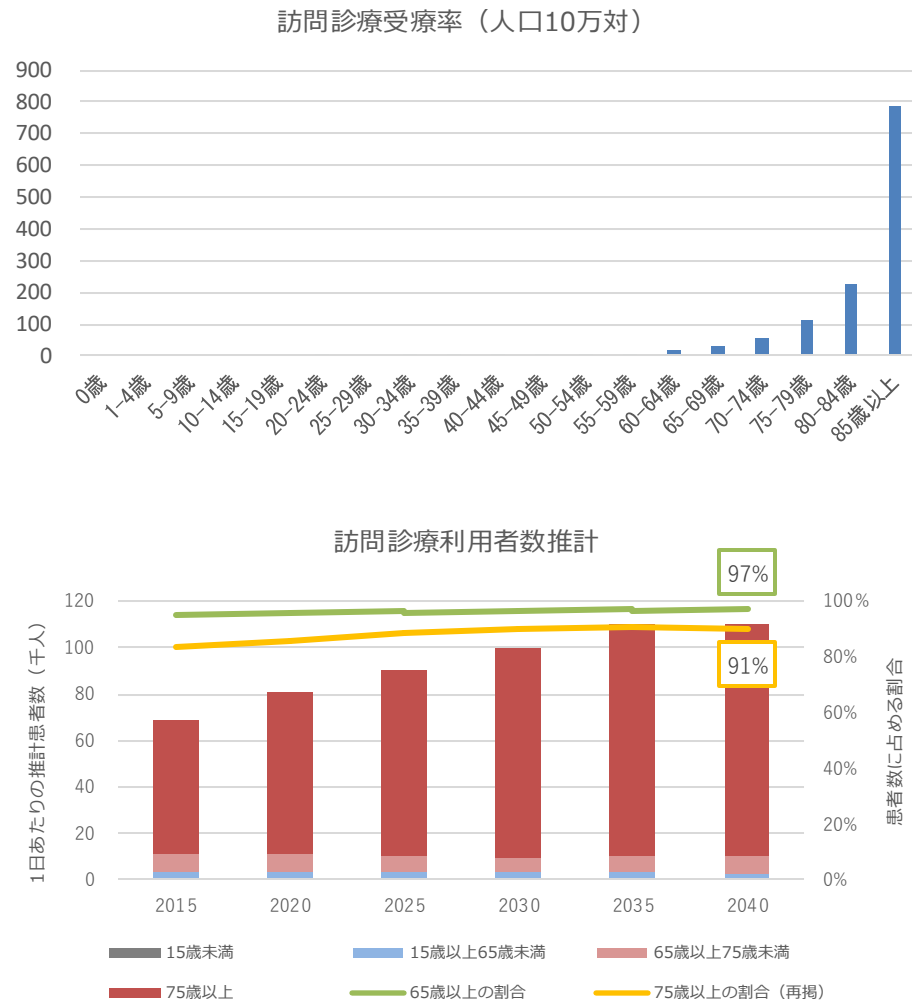
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類の入院一外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類の外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

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

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

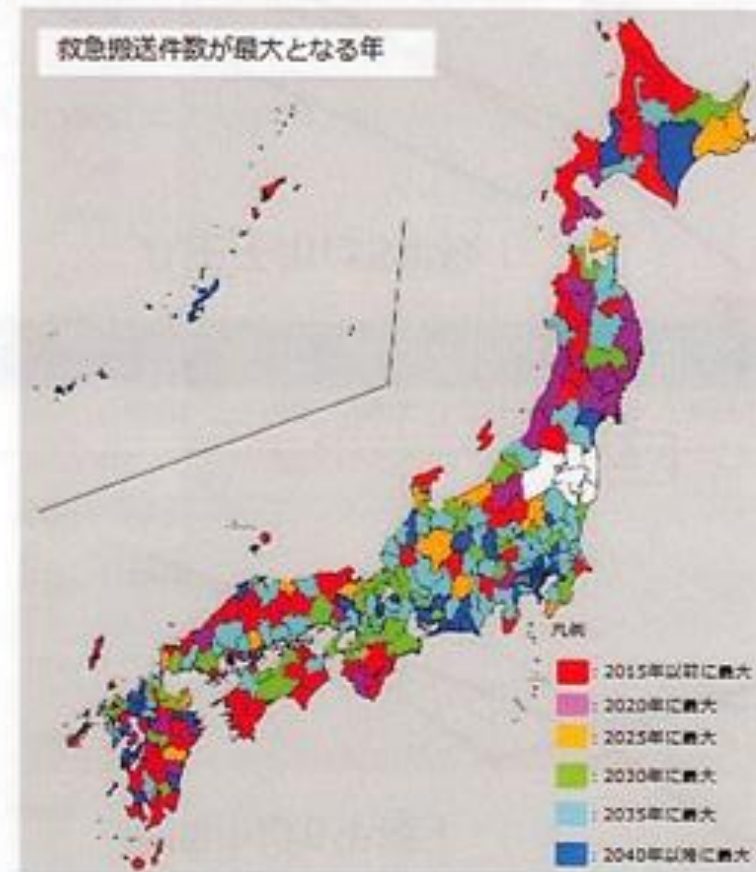
救急搬送も増大する → その主力は後期高齢者、特に85歳以上高齢者

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別救急搬送件数（人口10万対）



救急搬送件数が最大となる年



資料出所：「海陸空救急搬送人員データ」（2019年）を基に、救急搬送（2019年度）の件数を算出したものを、2020年1月1日現在の総人口で除算した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別2次医療圏人口に適用して作成。

※ 1世帯が世帯のレセプトについては算対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢別人口を除外して利用。

※ 2 救急搬送は市町村別ごとの人口統計が得られていないため、救急搬送の二次医療圏を除く329の二次医療圏について算出。

～急性期機能(手術機能)の集約化～

高齢者の急性期入院及び医療機関機能に関する議論

(2024年9月6日/11月8日 新たな地域医療構想等に関する検討会資料より)

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア, 閉塞及びえく壊＞ 疝を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

30 28%

高齢者の入院時のADL低下防止の重要性について

- 高齢者は10日程度のベッド上での安静により筋力の低下（除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下）が報告されており、入院早期から離床し、ADLを維持させる取組が重要。
- リハ職以外の介入の有用性についても、一定の成果が報告されている。

高齢者について、10日間の安静で、除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下する。

Table. Effects of 10 Days of Bed Rest in Older Adults

	No. of Participants (N = 12) ^a	Mean (95% Confidence Interval)		P Value
		Before	After	
Muscle fractional synthetic rate, % per hr	10	0.077 (0.059 to 0.095)	0.051 (0.035 to 0.067)	
% Change				-30.0 (-7.0 to -54.0)
DEXA lean mass, kg†	10	48.05 (40.61 to 55.49)	45.51 (39.57 to 53.45)	
Whole body				-1.50 (-0.62 to -2.48)
% Change				-3.2 (-1.4 to -5.0)
Lower Extremity		15.01 (12.41 to 17.61)	14.06 (11.85 to 16.27)	
% Change				-6.3 (-3.1 to -9.5)
Isometric muscle strength, Nm per sq	11	120 (96 to 146)	101 (81 to 121)	
% Change				-15.6 (-8.0 to -23.1)

Kortebein et al. Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*. 2007

心疾患で入院する80歳以上の高齢者に対する、看護師による早期の20分程度のベッド外での活動プログラムにより、在宅復帰率や入院時死亡の改善が見られた。

Variable	Intervention, N=234	Preintervention N=178	P-value
Primary outcome			
Discharge home	174 (74.4%)	117 (65.7%)	0.047
Secondary outcomes			
CICU length of stay, days	3.0 ± 2.4	2.7 ± 3.4	0.43
Hospital length of stay, days	11.9 ± 19.4	9.9 ± 17.1	0.27
Discharge to rehab or another acute care facility	32 (13.7%)	28 (15.7%)	0.56
Discharge to long-term care facility	13 (5.6%)	7 (3.9%)	0.45
In-hospital death	15 (6.4%)	26 (14.6%)	0.006
30-Day ER visit postdischarge	45 (19.2%)	39 (21.9%)	0.50
30-Day hospital readmission	21 (9.0%)	21 (11.8%)	0.35

Abbreviations: CICU, cardiovascular intensive care unit; ER, emergency room.

Goldfarb et al. Early Mobilization in Older Adults with Acute Cardiovascular Disease. *Age and Ageing*. 2021

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

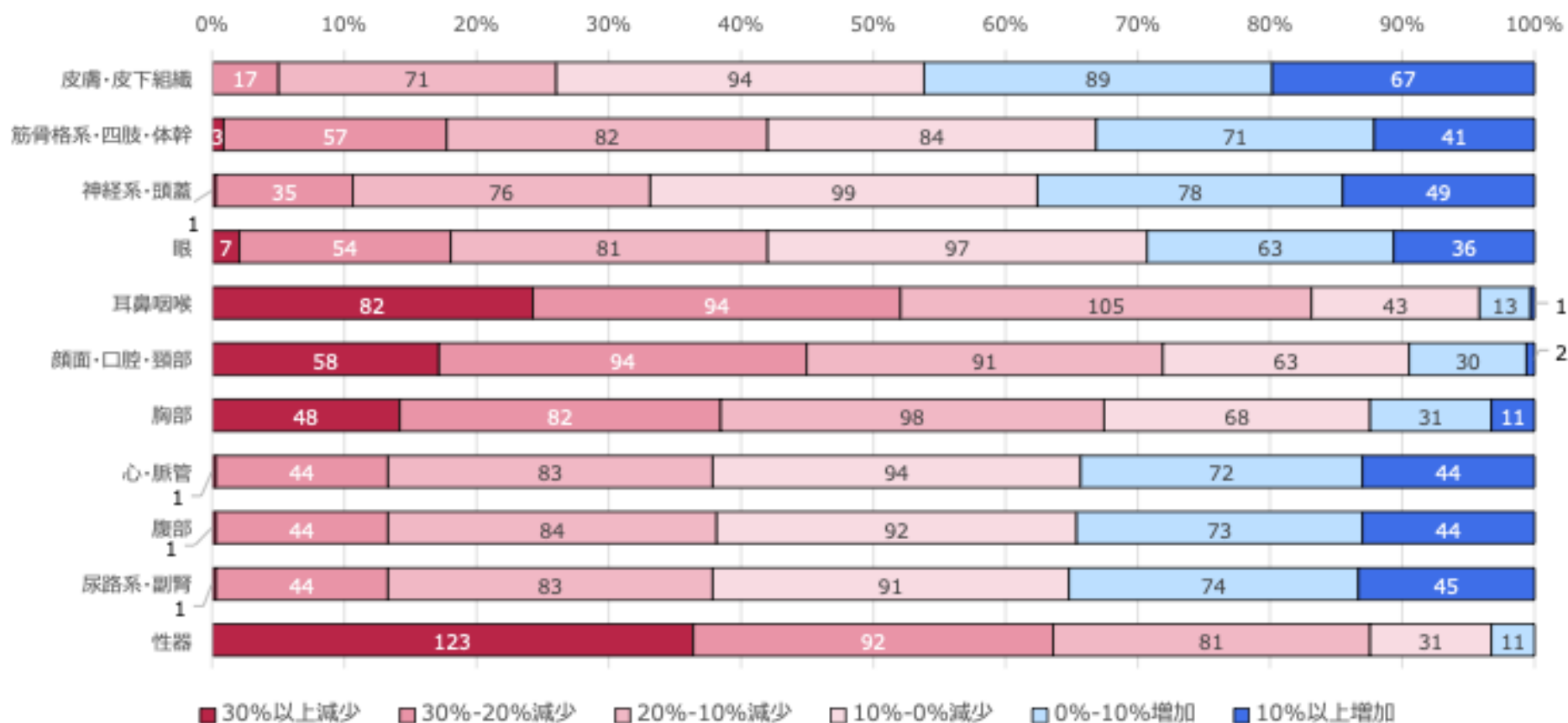
第7回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年8月26日

資料1

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

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

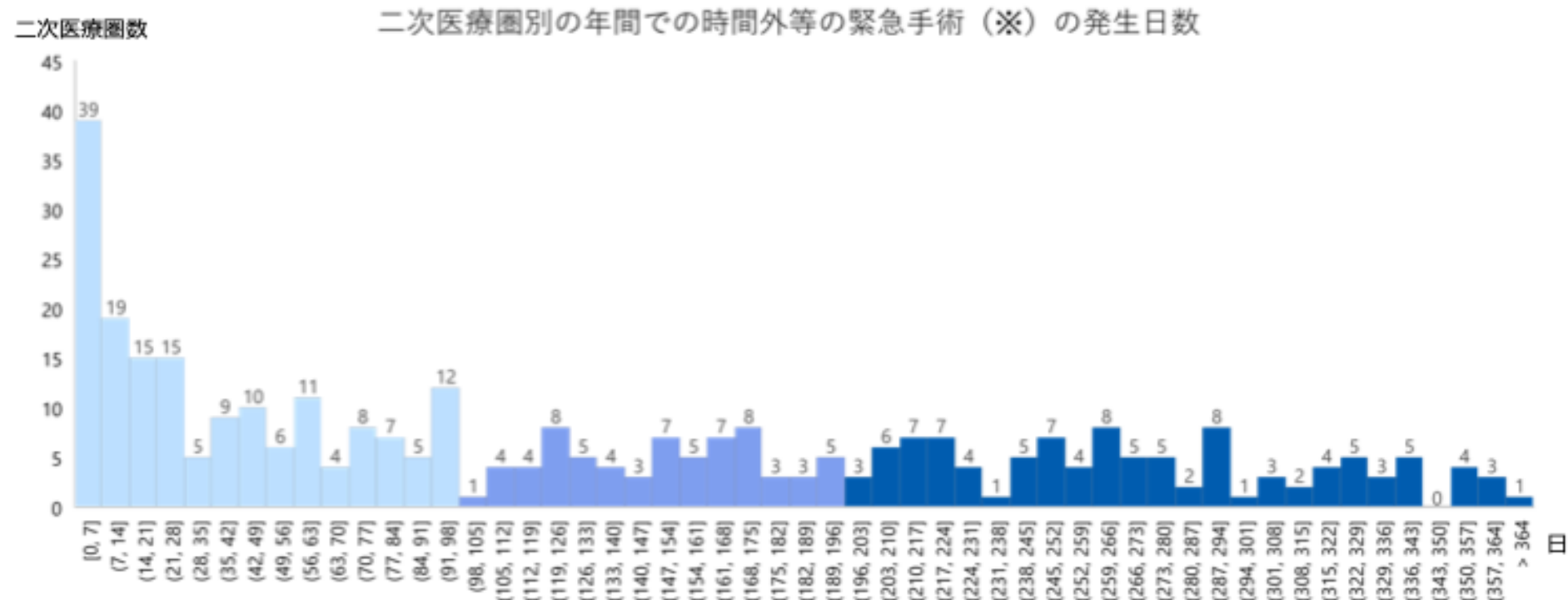


資料出所：厚生労働省「ND8オープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。



2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

医療機関機能の設定の考え方（案）①

【高齢者救急に関する機能】

- 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ている。
- 高齢者はベッド上での安静により筋力が低下することが知られており、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要となる。
- 入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている。
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向。
- 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低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の背景も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けてさらに多くなる見込み。



高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要である。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制が必要ではないか。

医療機関機能の設定の考え方（案）②

【救急・急性期に関する機能】

- 多くの急性期病院において病床利用率は低下しており、2040年に向けては、手術等の多くの医療資源を要する、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれる。
- 緊急手術を実施するためには、手術に関わる医師、看護師のほか、様々な部門のスタッフが必要となるが、休日や夜間において緊急手術が毎日発生しない医療圏も多くあり、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも数件のみにとどまる医療圏が多い。他方、そうした医療圏においても複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。
- 手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。
- 医師の働き方には課題があり、脳外科や産婦人科等で時間外労働が多い。特に大学病院や救急医療を担う病院で労働時間が長い傾向がある。分娩は休日対応等も多いが、常勤換算医師数が2人未満の医療機関も多いため、一部の医師の負担となっている可能性がある。



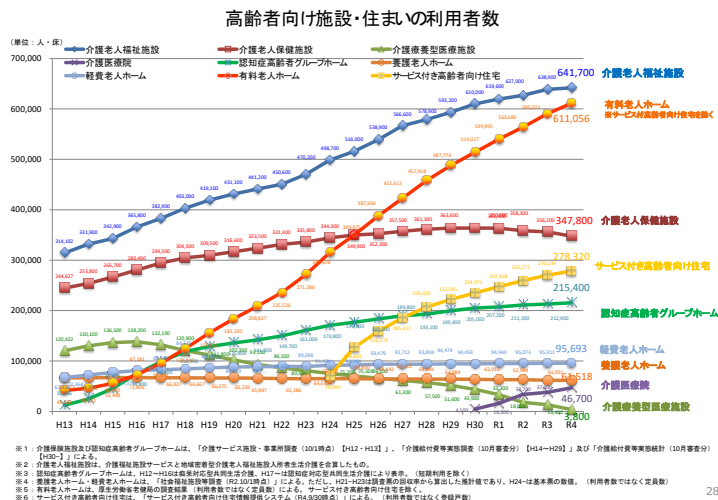
病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないか。

有識者検討会で私が話したこと(2)

2024年10月17日

**第10回新たな地域医療構想等に関する検討会
欠席→文書による意見提出より抜粋**

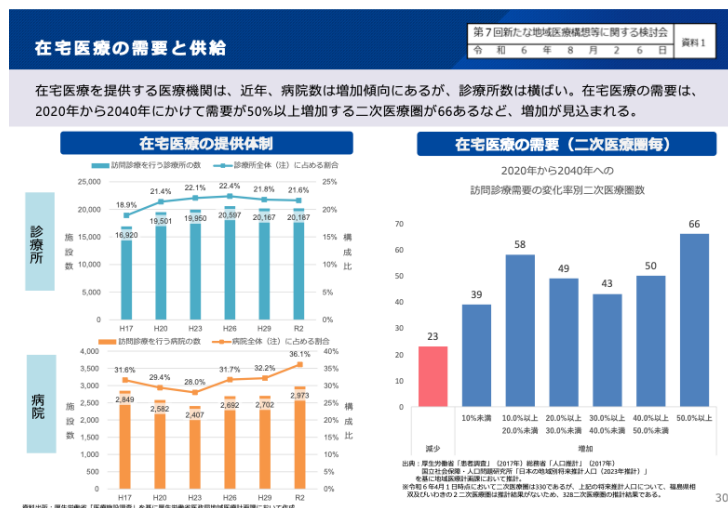
前回のテーマ(回復期・慢性期・在宅)を踏まえて今回のテーマ(外来医療)について考えると、、、



- ① 居住系施設(サ高住・有料老人ホーム・GH等)の増大
- ② 在宅医療(往診・訪問診療)の需要の増大
- ③ 訪問看護(訪問系サービス)の需要の増大



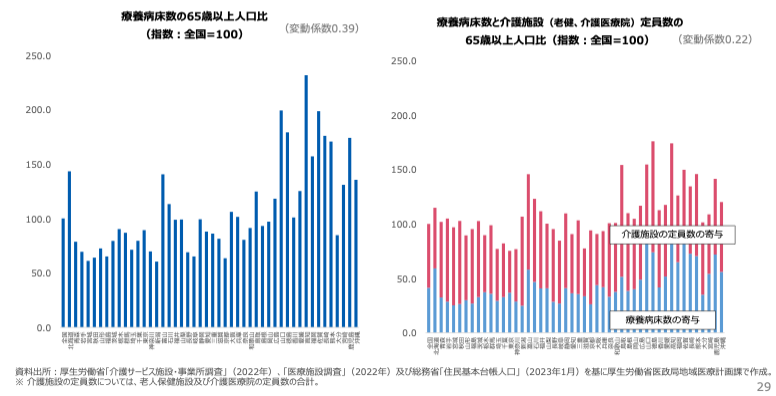
今回の資料に「(将来の)外来患者数は減少」とあるが、外来需要の減少は地域における医療需要(在宅医療需要)の減少を意味するものではないのではないか。



- むしろ、
- ① 「要医療・要介護の高齢者の増大(患者像の変化)」を踏まえて、
 - ② 「医療施設(回復期・慢性期病床～介護施設(特養・老健・介護医療院)～居住系施設(サ高住・有料・GH等)～居宅」を通じて、
 - ③ 住民の所在の如何にかかわらず、必要な医療を提供することのできる体制(＝地域を面で支える提供体制)をどう構築していくのか、
- という視点から考えることが必要なのではないか。

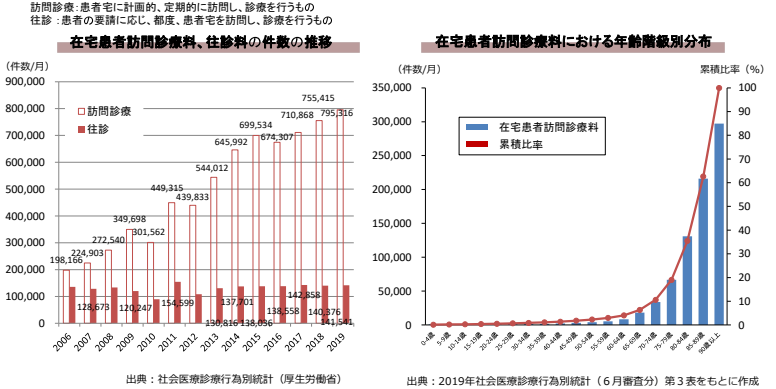
療養病床の地域差、療養病床と介護施設（老健、介護医療院）定員数の地域差

療養病床に係る地域差については、介護施設（老健、介護医療院）の定員数と合わせると地域差は縮小する。



在宅患者訪問診療料等の件数の推移

○ 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
○ 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。



①療養病床と介護施設が一種の代替補完関係にある（前回資料）、とあるが、これに居住系施設を加えたらどういう絵柄になるだろうか？
→介護の視点から見れば、この三者（医療施設・介護施設・居住系施設）の入所者は「要医療・要介護」とであるという意味で連続的。

「医療」の視点から考えれば、在宅の一類型である「『医療サービス外付け型』の居住系施設」における医療提供をどう考えるか、という論点があるはず。

そもそも、全体として検討会の議論が「入院」に議論が集中している。外来・在宅についての議論が十分ではないという印象。

その上で、今回の検討会のテーマに引き付けて指摘するなら、
：前回の検討会で指摘したように、「外来」だけでは地域の高齢者（居宅・居住系施設）の医療は支えられない。
訪問診療を受けている高齢者の85％は要介護者、50％は中重度要介護者8割は80歳以上、3分の2は85歳以上である。

→今回の外来機能では、外来の機能分化（診療所と病院の機能分化～専門外来への特化）のみがテーマになっているが、外来のみならず、往診や訪問診療などのアウトリーチ型の医療提供や遠隔医療・オンライン診療などの「空間を超える医療提供」も視野に入れた構想を考えないと、将来の地域医療は成り立たない、と思料するが、如何。

∴地域医療構想で考えるべきは、病床機能分化・連携(だけ)ではない

- ① **「治す医療」～急性期(高度急性期)の機能強化**
急性期病院の集約化(病床削減＋資源の集中投入)
→高度急性期・重症急性期の入院医療への特化・手術機能の集約化
- ② **「治し、支える医療」～地域医療・在宅医療の強化**
かかりつけ医機能の実装、地域密着型多機能病院の役割の明確化
→ ex) コミュニティホスピタル 在支診/在支病 総合診療医 面で支える地域医療
- ③ **地域包括ケアネットワークとの協働・連携**

在宅医療(地域医療構想)・地域包括ケアネットワーク・かかりつけ医機能は「三位一体」

☆ 人的・物的資源の再配置という意味での提供体制改革を実現していかないと、医療費の「最適化」も実現できない。

これまでの主な議論（医療機関機能（案））

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）

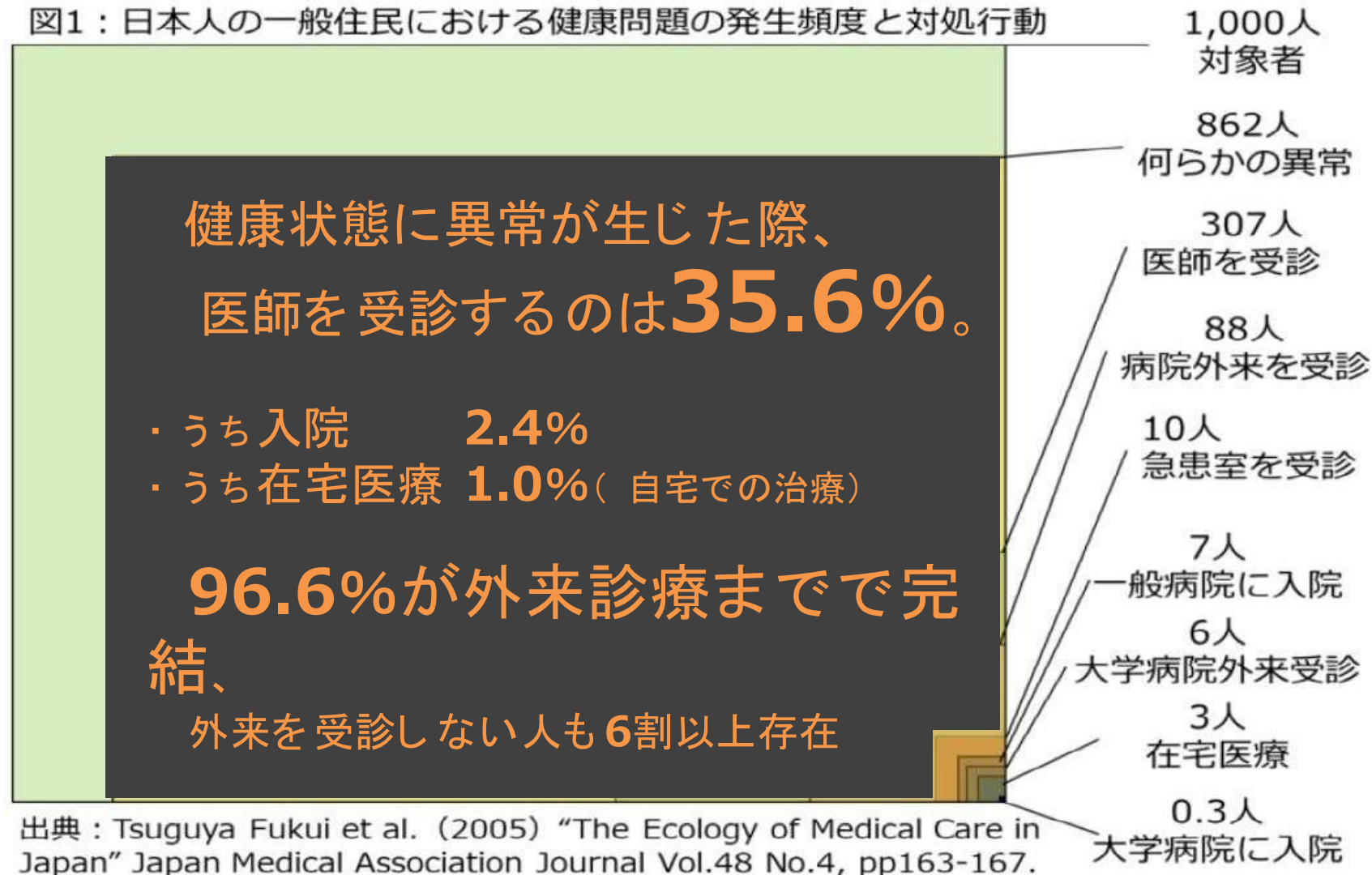
高齢者救急等機能	・ 高齢者等の救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 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が、集中的なリハビリテーションや一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

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、広域な観点で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。

国民の医療ニーズはどこにある？

図1：日本人の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動





COPC

地域住民

大学病院

COPC (community oriented primary care)

地域を俯瞰する視点



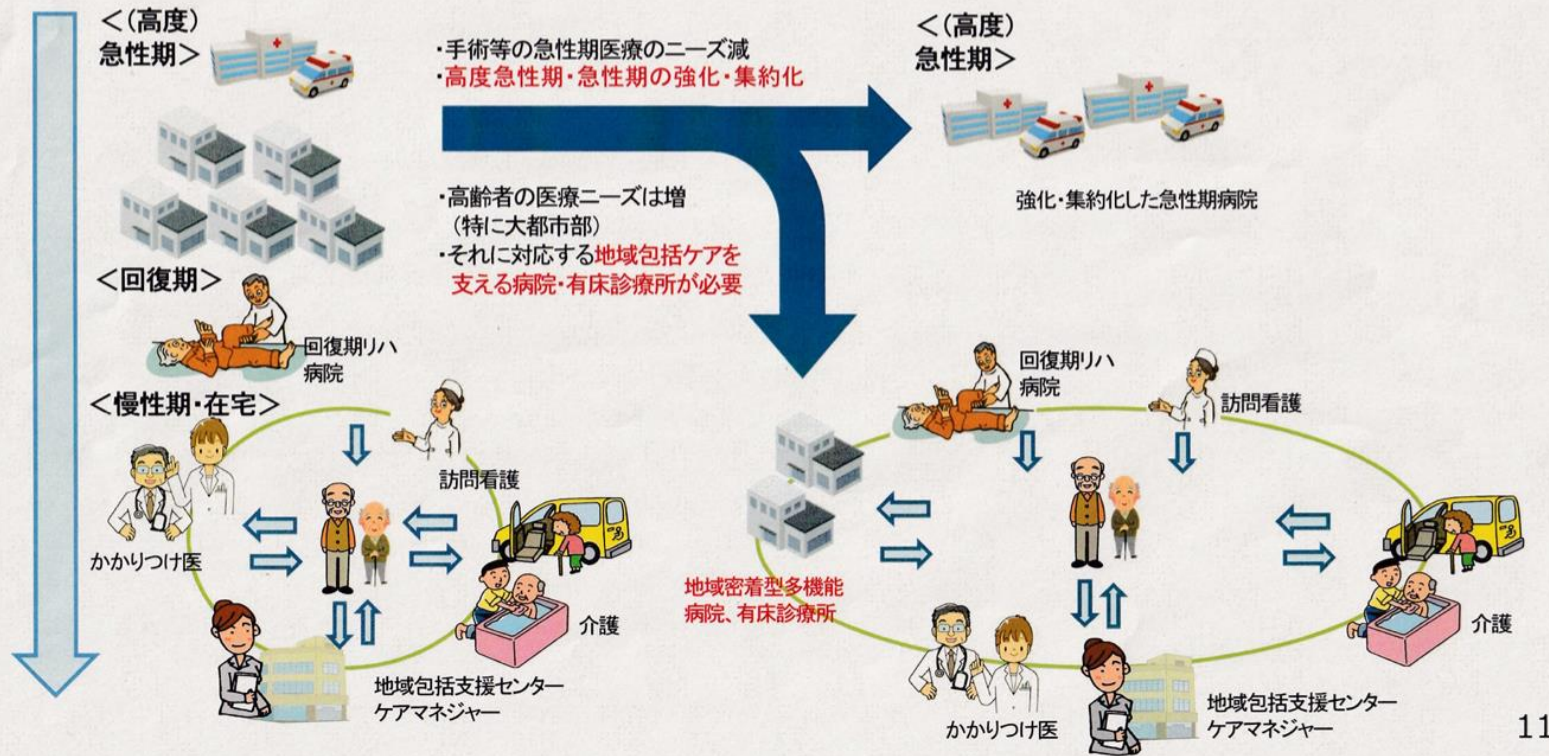
水平的連携で地域包括ケアを支える

【これまで】

「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へ、急性期病院→回復期→慢性期・在宅（地域包括ケア）の垂直連携（タテ連携）を推進

【これから】

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ため、かかりつけ医、地域密着型多機能病院・有床診療所、介護などとの水平的連携（ヨコ連携）を推進



これまでの地域医療構想の視点：

：高度急性期～急性期の医療を担う大病院から地域のかかりつけ医までの「医療のみの垂直連携」

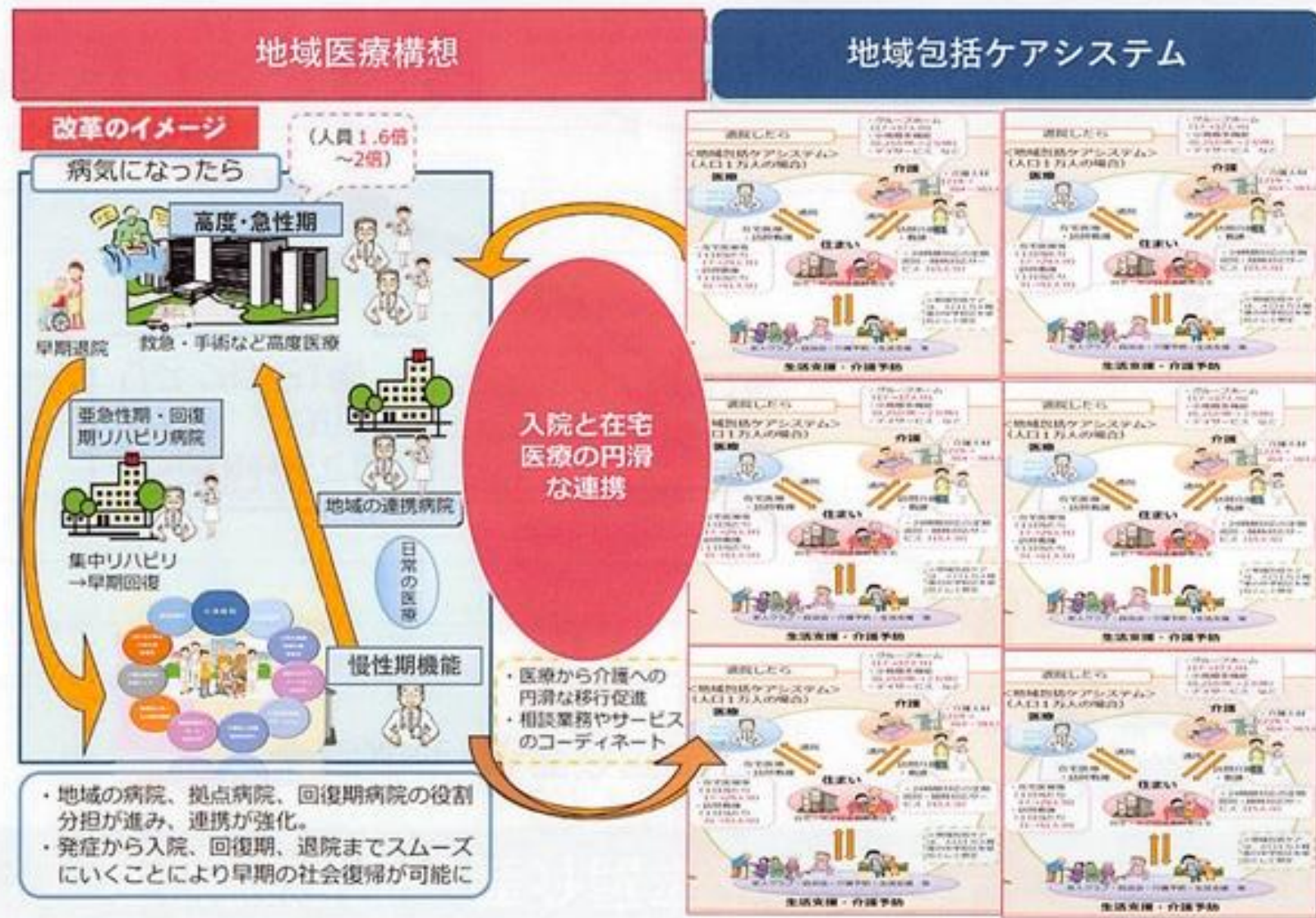
これからの視点：

：日常生活圏域ごとにかかりつけ医、地域密着型多機能病院、訪問看護、ケアマネジャー、介護、地域包括支援センターなどが水平に連携する「多職種協働・地域包括ケアネットワーク」

→医療のみの垂直連携中心から、介護との連携を基本とする水平連携中心へ

「地域包括ケアは制度を超えるネットワーク」
Community-based integrated care network

地域医療構想と地域包括ケアは車の両輪 そのハブがかかりつけ医機能



在宅医療とかかりつけ医

- 在宅医療はかかりつけ医機能の重要な役割。
- 高齢者介護の世界では「在宅介護原則」「24時間・365日の安心」を前提とした制度設計が行われており、「在宅生活の継続」を基本に、夜間介護・巡回介護や小規模多機能サービスといった多様なサービスを用意することで、高齢者の状態像の変化に対応した切れ目のないサービスの実現が目指されている。
- 在宅医療においても、時間外診療（夜間・休日の対応）や往診、さらにはオンライン診療といった「患者の生活の場でサービスを提供する」ことが求められている。
- これは在宅医療を担うかかりつけ医・かかりつけ医機能に求められる重要な役割の一つ。

こうした機能を果たしていくためには、

- 患者に関わる複数の医療機関がチームを組んでかかりつけ医機能を担う仕組み
- 時間外診療を専門に担う医療機関との連携、
- 在宅支援を担う診療所とそれを支える地域密着型病院(在宅療養支援病院)の連携、
- 訪問看護など多職種との協働による対応

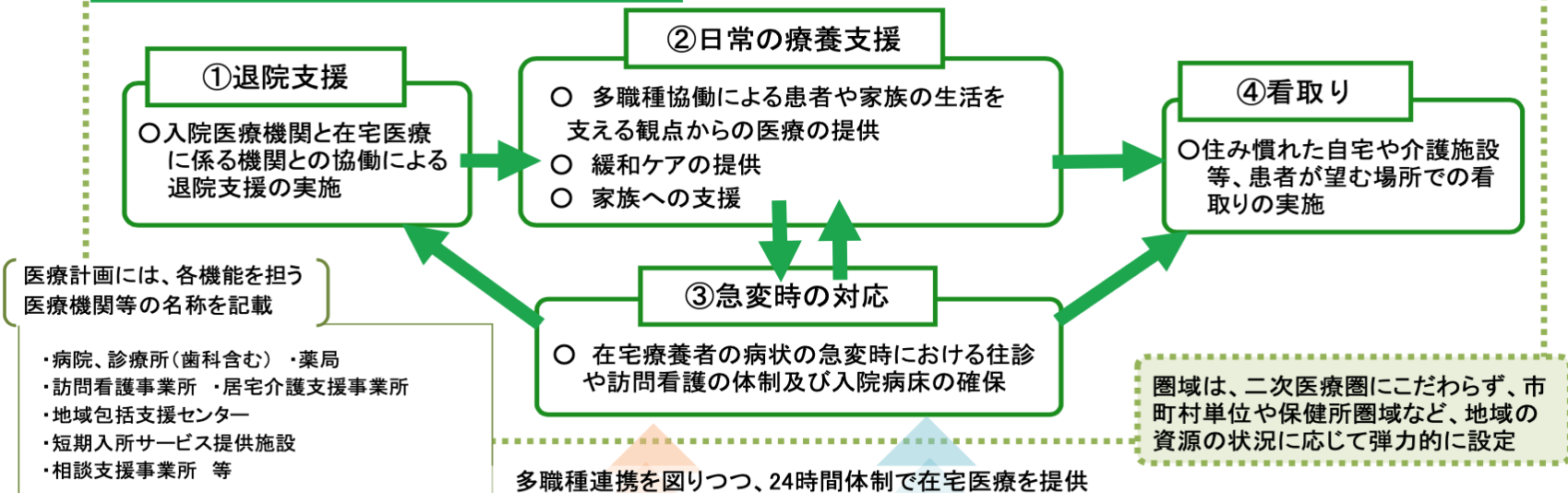
など、それぞれの地域で在宅医療を支える医療資源をシステムとして組み上げていく取り組みが必要。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

・医師会等関係団体
・保健所・市町村 等

在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について）（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より 17

厚労省資料によれば、
在宅医療に求められる機能は

- ①退院支援
- ②日常の療養支援
- ③急変時の対応
- ④看取り

担うのは
在宅療養支援診療所
在宅療養支援病院 など

調整・連携機能を担うのは
医師会等関係団体
保健所・市町村 など

→内容はいいが、順番が違う。
②→③→①→④ではないの？

入院医療・在宅医療・医療技術革新

入院医療と在宅医療の境界点(＝在宅から見れば「在宅医療の限界点」)とは？

そもそも、医療は連続的なもの。在宅医療と入院医療の間に断絶はないはず。

診断治療技術の進歩、在宅の医療資源の充実、ICTのような新しいテクノロジーの開発が進めば、在宅医療の限界点(守備範囲)は広がっていく(広げられる)はず。

実際、COVID-19を乗り越える過程で、さまざまな先端的診断治療機器が在宅現場に導入・実装され、在宅医療の可能性は大きく広がった。

これからの課題は、いかに在宅医療の限界点を高めるか、在宅支援の視点で(医療を含む)地域資源を組み立てるかになる。

→医療IT・IoT・Dxは、これからの在宅医療・地域包括ケアネットワークを支える不可欠のアイテムとなる。

さらに言えば、

革新的診断治療技術・情報集積/分析技術の進展は、医療の質を劇的に上げるだけでなく、医療(診療)の形そのものを変えるメガインパクトを持つ

例:ウェアラブルデバイスによるリアルタイムの生体情報取得 時間と空間を超えた診療の実現

→医療機関以外の場合(=医師が関与しない)で生体情報取得・集積・分析が可能になる

→医療機関以外の場合での診断治療(遠隔医療・在宅医療)を飛躍的に可能にする

例:ゲノム診断技術の進展

→個人レベルで疾病のリスク予測・予防/治療を可能にする テーラーメイド医療・個別化医療

→「診断」・「予防」・「治療」が一体化する 「診療」概念の革命的变化

例:データヘルス、PHRは「専門職としての医療職の役割」を大きく変える

IoT→医療従事者の負担軽減、医療現場の効率化、プロセス標準化

A I診断の進展 「医師の診断を支援する」→「医師にかわって診断する」

→AIでできることはAIに任せて、医師は「人でないとできない判断」に専念する

新たな地域構想に関する取りまとめ

2024年12月18日

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、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、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、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するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）
 - ・構想区域ごと（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）、広域な観点（医育及び広域診療機能）で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国（厚労大臣）の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

最後に

**地域医療構想～提供体制改革を実効ならしめるには
診療報酬の体系的見直しが必要**

社会保障国民会議 第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ (2008年6月18日)より抜粋

- ・ 地域において医療機関相互のネットワークを構築し、面的に地域の医療需要に応じていく、という課題の実現を考えても、現在のように、医療機関単位・医療行為単位で評価する診療報酬体系のままでは、地域完結型の「一体となった医療機関群」が行う医療に対して、その実態にふさわしい報酬を設定することは困難であると考えられる。
- ・ 病院医療の実態そのものが現在の診療報酬体系の基本骨格を策定した時代のものとは全く変わっており、報酬体系の基本骨格を変えずに個別の点数の配分調整でこの問題に対処するには限界があるといわざるを得ない。
- ・ 地域医療を担う診療所の報酬に関しても、今後ますます重要となっていく在宅療養支援機能・地域包括ケアの中核機能の強化を進めていくためには、ケアマネジャーを始めとする多職種の協働や家族支援、長期継続マネジメントなど、これまでの報酬体系には包摂されていない様々な機能を適切に評価することが必要となる。
- ・ 医療・介護サービスの改革を進めていく上で、診療報酬や介護報酬が占める役割は極めて大きい。-----医療提供体制の構造改革や地域における医療・介護・福祉の一体的提供(包括ケア体制)を実現していくという意味で、報酬問題を単に医療内部・介護内部での配分の見直しや個別の報酬設定の問題として捉えるのではなく、報酬体系の組み立てそのものの問題として捉え、検討・見直しを行う必要がある。
- ・ 診療報酬・介護報酬のあり方については、上記のような医療・介護の構造改革をいかに実現していくか、提供されるサービスの質とその適正な評価を行い、マクロの資源配分をいかに効果的・効率的に行うかという観点から、報酬体系そのもの、その基本骨格のあり方にまでさかのぼった検討を開始すべきである。



Future Institute Wolong

一般社団法人 未来研究所臥龍

<http://www.garyu.or.jp/organization.html>