# 新たな地域医療構想に関するとりまとめ

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

目次

１．はじめに

２．2040 年頃の医療をとりまく状況と課題
（１）医療需要等
（２）医療従事者
（３）地域性

３．現行の地域医療構想の評価と課題
（１）これまでの取組
（２）評価と課題

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

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

④　構想区域
⑤　調整会議

（４）地域医療介護総合確保基金

（５）都道府県知事の権限
①　医療機関機能の確保
②　基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

（６）国・都道府県・市町村の役割
①　国
②　都道府県
③　市町村

（７）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

６．おわりに

## １．はじめに

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

○　現行の地域医療構想は 2025 年に向けた取組であり、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和５年 12 月 22 日閣議決定）においては、「2026 年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の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。」こととされている。

○　また、令和６年６月 21 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2024」において、「2040 年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024 年末までに結論を得る」とされたところである。

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

## ２．2040 年頃の医療をとりまく状況と課題

### （１）医療需要等

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

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

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

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

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

### （２）医療従事者

○　医師や看護師等の医療従事者の確保が困難となっている中、2040 年に向けて、さらなる生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者確保の制約が増す中で医療提供体制の確保が必要となり、働き方改革等による労働環境の改善や、医療 DX、タスクシフト・シェア等の推進が重要となる。

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

ており、人口が少ない二次医療圏では診療所数は減少傾向、人口の多い二次医療圏では診療所数は増加傾向にある。

○　歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

**（３）地域性**

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

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

## ３．現行の地域医療構想の評価と課題

**（１）これまでの取組**

○　現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして位置付けられ、いわゆる団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、主に入院医療を対象として、病床の機能分化･連携を推進するものである。

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

○　また、毎年度、病床機能報告により、医療機関は病棟単位で現在の病床機能と今後の方向性等の報告をしてきた。これらの報告等をもとに、各構想区域の地域医療構想調整会議において、データに基づき、病床機能の転換、再編等についての協議を行い、地域の実情に応じて取組を進めてきた。その際、都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を支援するとともに、必要に応じて医療法に定められた権限の行使を含めた役割を発揮するなど、地域医療構想の実現に向けた重要な役割を担ってきた。

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

**（２）評価と課題**

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

○　また、療養病床における医療区分１の入院患者の 70%に該当する患者、一般病床における医療資源投入量の少ない患者（Ｃ３基準未満の患者）及び療養病床の受療率の地域差解消による減少分をあわせて、約 30 万床について、入院から在宅医療等に移行することとしていたが、介護医療院の創設等の取組が進み、以下のとおり、概ね達成しているといえる。

- 療養病床の医療区分１入院患者に係る病床について、2025 年に 12.8 万床（病床の機能分化・連携を進めない場合）と推計されていたところ、2022 年度の診療実績データに基づく 2025 年時点の推計によると、3.0 万床程度となり、76%減少している。
- 一般病床における医療資源投入量の少ない患者（Ｃ３基準未満の患者）について、2025 年に 11.8 万床（病床の機能分化・連携を進めない場合）と推計されていたところ、2022 年度の診療実績データに基づく 2025 年時点の推計によると、4.3 万床程度となり、64%減少している。
- 療養病床の受療率の地域差解消により、療養病床が上記以外で 2025 年までに 11.9 万床減少すると推計していたところ、2022 年度の診療実績デー

タに基づく 2025 年時点の推計によると、11.0 万床の減少となる。

○　他方、現行の地域医療構想については、以下のような課題が指摘されている。

・　病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされにくい。また、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていない。
・　病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい。
・　機能別の必要病床数は患者単位のデータから設定され、病棟単位で報告される実際の病床数との間で差異が生じている。
・　必要病床数と基準病床数の関係がわかりづらい。

## ４．医療提供体制の現状と目指すべき方向性

### （１）新たな地域医療構想における基本的な方向性

○　医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む 2040 年、さらにその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常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する必要がある。このため、新たな地域医療構想において、以下の４点を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要がある。

○　１点目は、増加する高齢者救急への対応である。高齢者救急について、その受入体制を強化するとともに、ＡＤＬの低下を防止するため、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保することが求められる。その際、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療ＤＸの推進等による在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められる。

○　２点目は、増加する在宅医療の需要への対応である。在宅医療について、地域の実情に応じて、医療機関や訪問看護ステーション等の連携により、地

域での 24 時間の提供体制を構築するとともに、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等を通じて、効率的かつ効果的に提供体制を強化することが求められる。あわせて、外来医療についても、時間外対応等のかかりつけ医機能を発揮して必要な提供体制を確保することが求められる。

○　３点目は、医療の質や医療従事者の確保である。地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要である。また、今後、多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築することが求められる。

○　４点目は、地域における必要な医療提供の維持である。人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中で、医療ＤＸ、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持することが求められるとともに、すでに人口減少がより進んでいる過疎地域等においては、拠点となる医療機関からの医師の派遣や巡回診療、ＩＣＴの活用等が一層求められる。

**（２）外来医療・在宅医療**

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

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

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

○　こうした中、地域で必要な外来医療を提供するため、内科医療の提供体制とともに、他の診療科を需要に応じて効率的に提供するための連携体制の確保が求められる。また、医師偏在や診療所医師の高齢化のほか、生産年齢人

口の減少による医療従事者確保の制約等に対応することが求められる。

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

○　また、内科やその他の診療科について、需要に応じながら効率的な医療が提供できるよう、地域の実情に応じて、診療所と中小病院等の連携や、医療関係団体、医師派遣を行う医療機関、都道府県、市町村等が連携し、オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、医師派遣、巡回診療等を推進することが求められる。また、外来医療の医科・歯科連携、薬局・薬剤師、看護師等の役割の検討、介護や福祉サービス等との連携を進めることが求められる。

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

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

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

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

○　また、二次医療圏ごとに病院が対応する在宅訪問患者の割合が異なり、地域によって在宅医療に係る病院の役割は異なる。病院における在宅医療の提

供は、急性期や回復期に係る病棟を有する医療機関が中心であり、後方支援を行う医療機関は急性期に係る病棟を有する医療機関が中心となっている。

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

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

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

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

○　このような中、外来医療・在宅医療についても、地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来の外来医療・在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することが重要であり、新たな地域医療構想

においては、入院医療だけでなく、外来医療･在宅医療、介護連携等も対象とすることが適当であり、その際、以下のように対応することが考えられる。

・　議題に応じて、協議を行う区域や参加者を設定し、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施する。従来の構想区域だけでなく、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することとし、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新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインで明確化する。

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

（例）共有するデータや課題等の例（ガイドラインで検討）

- 医師数や診療領域ごとの診療体制
- 時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況
- 慢性期･在宅需要と在宅医療提供量･療養病床･介護施設･高齢者住まい等の状況
- 医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況　等

・　地域の実情を踏まえ課題への対応を検討･協議して、地域において必要なかかりつけ医機能の確保・強化等、必要な外来医療・在宅医療の提供のための取組を行う。

（取組の方向性（イメージ））（ガイドラインで検討）

- 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の 24 時間対応の中小病院等による支援、診療所の承継支援、医師の派遣、巡回診療の整備等）
- D to P with N 等のオンライン診療や医療ＤＸによる在宅医療等の効率的な提供のための方策
- 患者の状態悪化の防止や必要時の円滑な入院等に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携、高齢者の集住等のまちづくりの取組との連携　等

### （３）高齢者救急

○　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るものが多い。

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

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

○　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社会的な背景も考えられる。こうした課題を有する患者の割合は 2040 年に向けてさらに増加することが見込まれる。

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

**（４）救急・急性期医療**

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

○　緊急手術の実施にあたっては、手術の主たる診療科や救急部門、麻酔に関

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

○　一定の手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。また、二次医療圏ごとに日中に手術を行うが、時間外等に手術を行わない医療機関が一定数存在する。

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

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

○　二次救急医療施設は、現在、約 3,200 医療機関、三次救急医療施設は約 300 医療機関となっており、二次救急医療施設においては、全体として救急車の受入件数の約７割を受け入れている。二次救急医療施設においては、年間 5,000 件以上の救急車（三次救急医療施設の中央値）を受け入れる医療機関数は 132 である。一部の二次救急医療施設においては、二次医療圏で救急医療の中心的な役割を担っている。一方、半数近い二次救急医療施設で救急車の受入件数が年間 500 件未満となっている。

　なお、三次救急医療施設のあり方について検討する必要があるとの意見があった。

○　また、全ての二次医療圏の半数以上に三次救急医療施設があり、三次救急医療施設がない二次医療圏の方が少ない。三次救急医療施設がない二次医療圏のうち半数以上の医療圏で、圏域の５割以上の救急車受入シェアを占める二次救急医療施設が存在する。

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

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

**（５）その他**

**①　リハビリテーション**

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

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

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

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

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

**②　慢性期医療**

○　療養病床については、地域医療構想の取組等に伴い、医療区分１の患者をはじめとして入院患者が減少し、療養病床数も減少している。一方、介護施設・高齢者向け住まいの利用者数は増加している。また、在宅医療と介護施設、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、都道府県別の療養病床数について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。

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

**（６）医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療**

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

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

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

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

いる。

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

**（７）構想区域のあり方**

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

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

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

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

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

## ５．新たな地域医療構想

### （１）基本的な考え方

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

○　2040 年やその先を見据えて、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、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である。このため、新たな地域医療構想を通じて、病床の機能分化･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）及び広域な観点の医療機関機能（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するべきである。

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

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

### （２）新たな地域医療構想の位置付け

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

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

○　これに伴い、新たな地域医療構想については、医療計画の上位概念として位置付け、医療計画については、その実行計画（６年間、一部３年間）として、新たな地域医療構想に即して、５疾病・６事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者確保等の具体的な取組を定めることとし、救急医療施設の役割分担・連携、医師や看護師等の医療従事者確保も含め、医療提供体制の確保に向けた取組について中長期的な需要等を踏まえて計画的に進めることが適当である。その際、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業支援計画等の各種計画との整合性を図ることが適当である。

　なお、高齢化が進み、生産年齢人口が減少する中、今後の医療従事者の育成・確保についての検討が重要であるとの意見があった。

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

・　地域の医療提供体制全体（入院医療、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等）の将来のビジョン・方向性
・　構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
・　構想区域における将来の病床数の必要量
・　地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
・　地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
・　医療機関機能の情報提供の推進
・　病床機能の情報提供の推進

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

**（３）医療機関機能・病床機能**

**① 基本的な考え方**

○ 新たな地域医療構想を通じて、医療機関機能・病床機能に着目した医療提供体制の構築を進めるためには、医療機関から都道府県への報告制度、必要病床数の推計、地域における関係者の協議、取組を推進するための支援等について必要な見直しを図ることが必要である。病床機能に加えて、医療機関機能を報告することとし、地域の医療提供体制の確保に向けて関係者による医療機関の役割分担・連携に関する協議を促進するとともに、医療機関機能や病床機能について、医療機関が適切に報告することができ、国民・患者を含め、その意味を理解することができるよう丁寧に説明・周知することが重要である。このため、これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすることが適当である。

**② 医療機関機能報告**

○ 新たな地域医療構想においては、医療機関機能に着目して地域医療構想を策定・推進することに伴い、新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設することが適当である。具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能を位置付け、医療機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告することが考えられる。報告に当たっては、医療機関が将来に向けて主たる医療機関機能を選択していくことも重要と考えられ、一方で、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

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

**＜医療機関機能の名称と定義＞**

**・ 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テーション･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション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が、集中的なリハビリテーション、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）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要である。

・　**医育及び広域診療機能**

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。

○　高齢者救急・地域急性期機能については、地域ごとに救急搬送件数が異なり、相対的には少ない救急搬送件数であっても地域の相当な割合の救急搬送を受け入れている場合があること等を踏まえ、地域の実情に応じて、一定の

幅を持った水準に該当する場合に報告を行うこととする。同様に、在宅医療等連携機能については、在宅医療の提供の中心が地域によって診療所であったり、病院であったりするなど、地域ごとに在宅医療を担う病院等が果たすべき役割が異なる場合が考えられるため、地域の実情に応じて、一定の幅を持った水準に該当する場合に報告を行うこととする。

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

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

**③　病床機能**

○　機能区分ごとの必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体として医療需要を捉えて病床の機能分化･連携を推進する仕組みとして一定の役割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当である。

○　一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き４区分としつつ、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代えて、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。

また、病床機能報告が医療機関から適切に行われるよう、報告方法等について分かりやすく周知することが重要である。

○　また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040 年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討するべきである。

**④　構想区域**

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

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

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

○　具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を含めて、ガイドラインを検討する際に検討するべきである。

**⑤　調整会議**

○　地域医療構想調整会議には、議題に応じて、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が参画して、医療機関の経営状況等の地域の実情も踏まえながら、実効性のある協議を実施することが重要である。一方、地域においては、調整会議を含む多くの会議が開催されている

ことを踏まえ、既存の会議の活用や合同で開催するなど、都道府県や参加者に過重な負担が生じないよう効率的に開催することが適当である。

○　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や効率的な運用に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者を明確化する等について、ガイドラインを検討する際に検討するべきである。

※　新たな地域医療構想における外来医療・在宅医療に関する方向性については、４.（２）に記載しており、具体的な内容はガイドラインで検討

**（４）地域医療介護総合確保基金**

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

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

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

**（５）都道府県知事の権限**

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

**① 医療機関機能の確保**

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

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

**② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**

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

○ 基準病床数制度は、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、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するためのものであるが、第８次医療計画においては、病床利用率の変化等に伴い、多くの都道府県で基準病床数が増加している。また、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、必要病床数を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。

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

○ このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、医療計画の基準病床数について、必要病床数も勘案した算定を検討するとともに、必要病床数を超えて増床等を行おうとする場合には、都道府県は、地域医療構想調整会議において増床等の必要性が認められた場合に限り、基準病床数の範囲内で増床等の許可を行うことができることとすることが適当である。

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

### （６）国・都道府県・市町村の役割

#### ①　国

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

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

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

#### ②　都道府県

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

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

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

**③　市町村**

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

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

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

**（７）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け**

○　我が国の精神保健医療福祉においては、精神病院法（大正８年法律第 25 号）により、公的精神病院を設置する考え方が初めて示されたが、公立精神病院の設置が進んでいない状況もあり、民間の代用精神病院制度が設けられた。その後、精神衛生法（昭和 25 年法律第 123 号）に基づく、非営利法人が設置する精神病院等の設置・運営に要する経費の国庫補助等により、民間主体で病院・病床の整備が急速に進められたこともあり、精神科医療機関は、必ずしも医療提供基盤が十分とはいえないなか民間主体で入院医療を提供するとともに、退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた経緯がある。

○　近年では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を掲げた上で様々な施策が行われており、今後、こうした方向性に基づき、2040 年頃を見据えた更なる取組の推進が求められる。

○　現行の地域医療構想では精神病床は必要病床数の推計や病床機能報告の対象となっていないが、「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」において、これまでの精神医

療に関する施策等を踏まえ、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について検討が行われ、報告書が取りまとめられた。

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

・　新たな地域医療構想においては、2040 年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護・障害福祉との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めており、地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当である。

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

- 2040 年頃の精神病床数の必要量を推計することにより、中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制を推進する。
- 病床機能報告の対象に精神病床を追加することにより、データに基づく協議・検討が可能となる。
- 精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画により、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等を推進する。
- 地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使により、精神病床等の適正化・機能分化を推進する。

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

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

## ６．おわりに

○　都道府県における新たな地域医療構想の策定等においては地域における関係者との協議等の十分な検討・調整の期間が必要であることから、厚生労働省においては、新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、上記の内容を踏

まえ、速やかに法律改正を行った上で、政省令の整備、ガイドラインの策定を行うべきである。さらに、新たな地域医療構想を実現するためには、地域医療介護総合確保基金等の財政支援が必要であり、厚生労働省においては、引き続き、必要な検討を行った上で、予算の確保に努めるべきである。

○　政省令の整備、ガイドライン等の検討に当たっては、新たな地域医療構想の取組が地域の実情に応じた実効性のある取組となるよう、都道府県や医療機関等の業務負担にも配慮しつつ、都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民等の関係者の意見を十分に聞きながら検討を行うべきである。

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