

# 「地域医療構想」とは？

## 背景

- 高齢化の進展により全国的に増大する医療・介護サービスの需要（2025年には「団塊の世代」が全て75歳以上に）  
→→ 国は、社会保障制度改革の一環として、病床機能の分化・連携を進め、入院医療から在宅医療への移行を促進



## 趣旨

- 「医療介護総合確保推進法」成立により、国は「医療法」において都道府県に「地域医療構想」策定を義務付け
- 「地域医療構想」は、県、市町村、医療・介護関係者、保険者、住民等が、2025年に向けた医療需要の変化の状況を共有し、地域の実情に対応した医療・介護の提供体制の構築に向けた検討を進めるためのもの

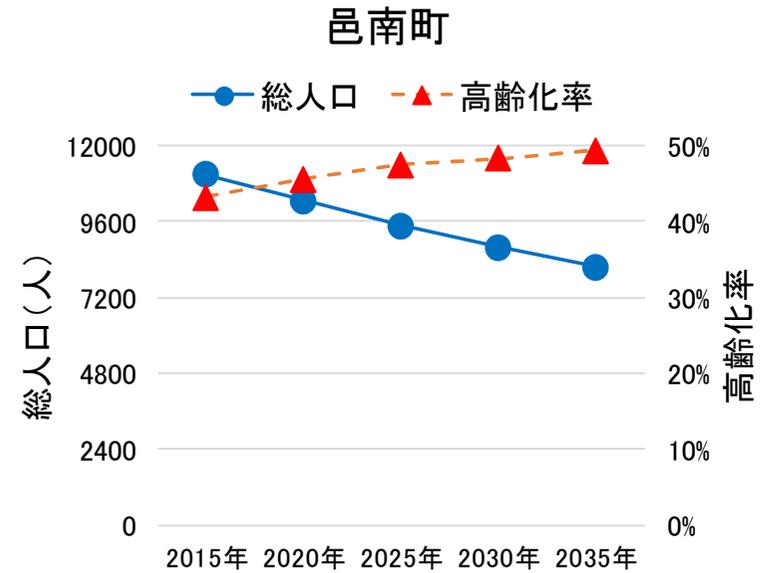
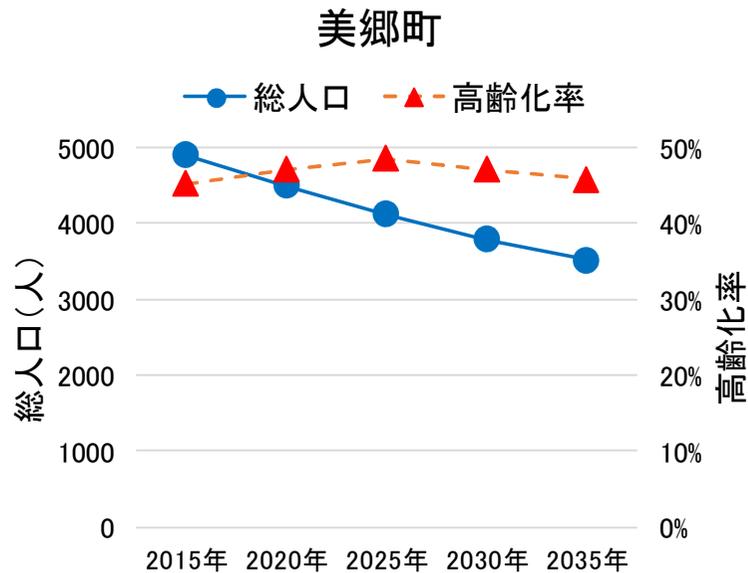
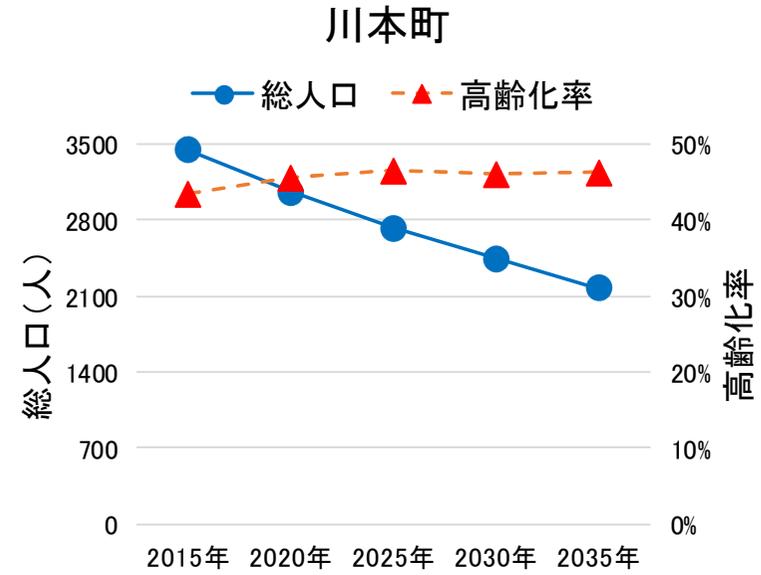
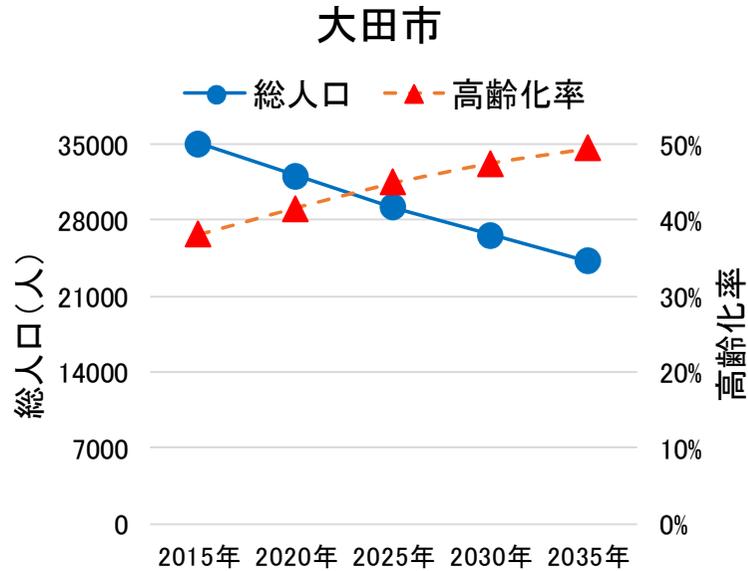
## 内容

- ① 国の定めた算定式に基づき推計した2025年の必要病床数
- ② 構想区域ごとの課題と医療提供体制の構築の方向性

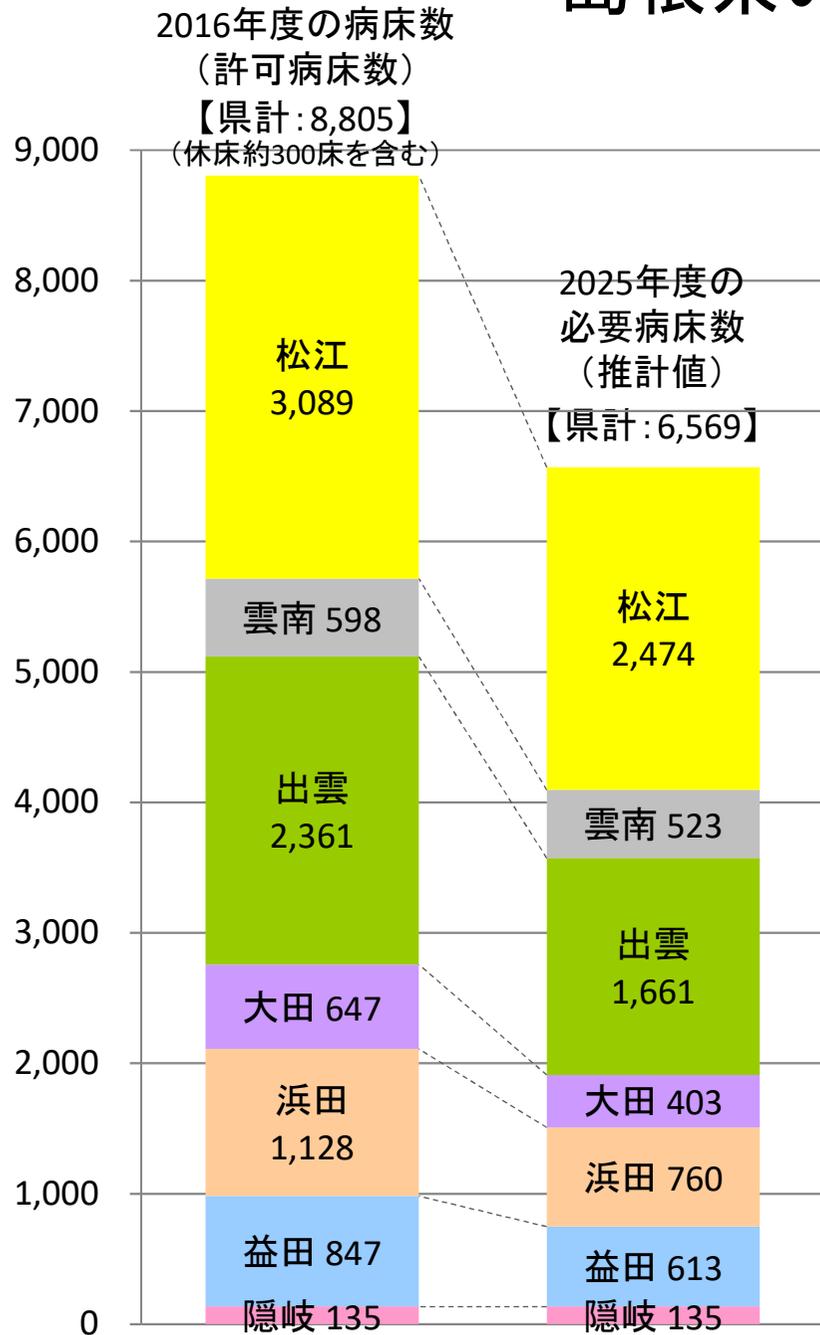
## ポイント

あくまで各地域や医療機関において今後のあり方を検討するための指標  
⇒議論の過程で明らかになった課題をどう解決していくかが重要

# 大田圏域各市町の人口推移



# 島根県の必要病床数推計



(2016年度)

	病床数 合計	一般 病床	療養 病床
松江	3,089	2,585	504
雲南	598	405	193
出雲	2,361	1,750	611
大田	647	457	190
浜田	1,128	731	397
益田	847	595	252
隠岐	135	111	24
<b>県合計</b>	<b>8,805</b>	<b>6,634</b>	<b>2,171</b>

## ■主な増減の要因

- ① 高齢者人口の増による、医療ニーズの増加  
(+600床程度)
- ② 国の方針による在宅医療への移行(▲1,600床程度)
- ③ 国の方針による病床稼働率の上昇に伴う減床  
(▲1,200床程度)

(2025年度)

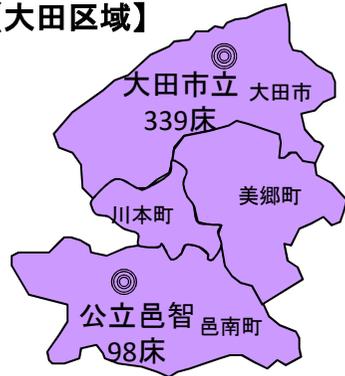
	病床数 合計	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	増減数	増減率 (%)
松江	2,474	212	810	712	740	▲615	▲19.9
雲南	523	15	113	254	141	▲75	▲12.5
出雲	1,661	255	644	421	341	▲700	▲29.6
大田	403	13	93	174	123	▲244	▲37.7
浜田	760	62	255	212	231	▲368	▲32.6
益田	613	47	214	179	173	▲234	▲27.6
隠岐	135	8	39	50	38	0	0.0
<b>県合計</b>	<b>6,569</b>	<b>612</b>	<b>2,168</b>	<b>2,002</b>	<b>1,787</b>	<b>▲2,236</b>	<b>▲25.4</b>

# 構想区域ごとの必要病床数推計の状況

区 域	2016年度 許可 病床数	2025年度 必要 病床数	増減率	増減の理由
松 江	3,089	2,474	▲19.9%	・高齢者数の増加(65歳以上人口:+5,000人、75歳以上人口:+9,000人)に伴う医療需要の増加により、病床数の減少率が小さい。
雲 南	598	523	▲12.5%	・人口規模(57,000人)に対して既存病床数(598床)が少なく、病床稼働率も高い(一般病床:77.5%(2014年))ので、病床数の減少率が小さい。
出 雲	2,361	1,661	▲29.6%	・雲南・大田区域から多数流入している回復期・慢性期患者(両区域のそれぞれ回復期:15.2%・21.6%、慢性期:18.8%・7.3%が流入)について、当該区域の需要として算定したことから、病床数の減少率が大きい。
大 田	647	403	▲37.7%	・人口規模(55,000人)に対して既存病床数(647床)が多く、病床稼働率も低い(一般病床:55.7%(2014年))ことから、病床数の減少率が大きい。
浜 田	1,128	760	▲32.6%	・病院全体に占める療養病床の割合が高く(約40%(県平均:25%))、在宅医療への移行が多くカウントされたため、病床数の減少率が大きい。
益 田	847	613	▲27.6%	・他区域との流出入が少なく、自区域内の完結率が高い(約74%)ため、平均的な病床数の減少率である。
隠 岐	135	135	0.0%	・多くの患者が他区域に流出(約50%)しており、回復期・慢性期患者を自区域の需要として算定した結果、増減なしとして推計した。
合 計	8,805	6,569	▲25.4%	

# 構想区域ごとの検討状況②(西部・隠岐)

## 【大田区域】



現状・課題	今後の方向性
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期は他区域に流出(約80%)</li> <li>・大田市と邑智郡で急性期の機能分担や統合は困難</li> <li>・大田市立・石東における療養病床廃止</li> <li>・中山間地を抱え、診療所の減少、医師の高齢化、後継者不足の課題</li> <li>・医療・介護人材の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ドクヘリ、まめネット等を活用した他区域との機能分担・連携を継続</li> <li>→ 可能な限り自区域内での完結を目指す</li> <li>→ 市町が中心となり患者の受皿づくりについて議論を継続</li> <li>→ 遠隔医療の環境整備の検討</li> <li>→ 病院による後方支援の検討</li> <li>→ 若い世代からの教育・研修の充実</li> </ul>

## 【浜田区域】



<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点病院である浜田医療センターにおいて医師確保が困難、済生会江津総合においては救急医療の一部に支障</li> <li>・訪問診療、訪問看護は海岸部に偏在、医師の高齢化、後継者不足の課題あり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 浜田医療センターの機能の維持、充実を目指し、済生会江津総合との役割分担、連携を進めて各医療機能の確保を目指す議論が必要</li> <li>→ 病院による後方支援、病院間連携・病診連携を一層深める必要</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 【益田区域】



<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期について山口県からの流入はあるが、高度急性期・急性期の区域内完結率は高い(高度急性期 約70%・急性期 約80%)</li> <li>・中山間地に住居が点在し在宅療養が困難、介護療養型病床が「看取り」の場</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 一般的な救急医療に対応できる総合診療専門医を育成・確保し、一定数の急性期病床を確保する必要</li> <li>→ 新たな「住まい」の検討の必要性</li> <li>→ 多職種連携による在宅療養支援体制を構築する必要性</li> <li>→ 市町による日常生活支援の体制づくりが必要</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 【隠岐区域】



<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期・急性期の松江・出雲区域への流出(高度急性期 約50%・急性期 約40%)</li> <li>・病院数が限られており、在院日数は短め</li> <li>・医療・介護人材の確保</li> <li>・需要の高まる在宅医療への体制整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 今後もドクヘリ等による円滑な受入を検討</li> <li>→ 終末期を本人が望む環境で迎えることのできる体制整備</li> <li>→ 人材の掘り起し、U・Iターン者の定着、働き続けることのできる環境整備</li> <li>→ 病診連携、訪問看護・訪問歯科の充実、多職種連携の強化</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# 医療提供体制の構築の方向性

- ① 医療機関の医療機能分担と相互連携
- ② 医療と介護の連携による円滑な入退院時連携体制の構築
- ③ 医療・介護従事者の確保・育成
- ④ 構想区域を越えた救急搬送体制の整備
- ⑤ ICTの活用による地域連携の強化・診療支援
- ⑥ 医療体制の現状と今後のあり方に関する住民への理解促進



⇒①～⑥の達成のため、継続して検討を重ねる

【全 県】  
医療審議会・医療審議会専門部会

【各区域】  
地域医療構想調整会議

- 「島根県保健医療計画」(平成30～35年)
  - 「島根県介護保険事業支援計画」(平成30～32年)
- } 整合性を図る
- 将来推計人口や患者の受療動向変化に応じた必要病床数推計値の見直し
  - 市町村における地域包括ケアシステムの具体化

※検討の過程で解決に向け国の対応が必要なものについては、国に政策提案する

## ポイント

「地域医療構想」は策定がゴールではなく、2025年に向けて適切な医療提供体制の構築に向けて、検討を進めるためのもの

## 地域医療構想に関する主な経緯や都道府県の責務の明確化等に係る取組・支援等

年度	主な経緯	制度改正等	財政支援等	金融・税制優遇
～H28	病床機能報告の開始 全都道府県で地域医療構想を策定	○ <b>医療法改正（H26年公布）</b> ・地域医療構想、病床機能報告制度の創設 ・病床機能報告における過剰な医療機能への転換時の対応 ・地域医療構想調整会議の協議が整わないとき等の対応 ・非稼働病床の削減に向けた対応	○地域医療介護総合確保基金の創設 ・地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業	○地域医療構想に係る優遇融資 ・増改築費用、長期運転資金
H29	公立・公的医療機関において、先行して対応方針の策定	○ <b>通知：地域医療構想の進め方について</b> ・具体的対応方針のとりまとめ ・新たな医療機関の開設の許可申請への対応（不足する医療機能の提供に係る条件付き許可を付す場合の整理） ・非稼働病棟を有する医療機関への削減に向けた対応（地域医療構想調整会議での説明等） ・地域医療構想調整会議の年間スケジュールの作成		
H30		○ <b>医療法改正（地域医療構想の実現のため知事権限の追加）</b> ・新たな医療機関の開設等の許可申請への対応（将来の病床の必要量を超える場合の対応） ○ <b>通知：地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策</b> ・都道府県単位の地域医療構想調整会議、都道府県主催研修会、地域医療構想アドバイザーの設置等 ○ <b>通知：地域の実情に応じた定量的な基準の導入</b> ・定量的基準の導入		
R1	公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証	○ <b>通知：公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について</b> ・具体的対応方針の再検証等の実施		○地域医療構想実現のための特別償却制度 ・法人税優遇措置
R2			○病床機能再編支援事業の開始 ○重点支援区域の開始	
R3			○医療介護総合確保法改正 ・再編計画の認定制度創設 ・病床機能再編支援事業基金化	○認定再編計画に係る登録免許税優遇措置
R4	医療機関の対応方針の策定や検証・見直し	○ <b>通知：地域医療構想の進め方について</b> ・対応方針の策定や検証・見直しの実施 ・検討状況の定期的な公表		○認定再編計画に係る不動産取得税優遇措置 ○認定再編計画に係る優遇融資 ・増改築費用、長期運転資金
R5				

※制度・支援・優遇については、開始以降、継続的に実施。

## 2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

### 6. 医療・介護・福祉サービス

- 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。