

今月の視点

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

常任理事 岡 紳爾

1 はじめに

現行の地域医療構想は、2025年の医療需要を踏まえた病床数の必要量（必要病床数）を定めた上で、病床の機能分化・連携を進めるものであり、これまで地域医療構想に基づき「いわゆる病床削減」が進められてきた。

その後2026年以降のあり方を検討するため、令和6年3月から「新たな地域医療構想に関する検討会」が開かれ、関係団体・有識者を交えて検討が進められた結果、令和6年12月18日に2040年ごろの目指すべき医療提供体制等についての意見をまとめた「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（以下、「とりまとめ」）が報告された。

令和7年度はこの「とりまとめ」に基づき、通知やガイドラインの中で具体的な方法が示され、令和8年度から各県で地域医療構想を策定

することになるが、本稿ではこの度の「とりまとめ」について、医療提供体制にかかる部分を中心に整理してみた。

なお、「とりまとめ」の内容を（個人的な見解ではあるが）要約したところは「ゴシック体」で示した。

2 「現行の地域医療構想の評価と課題」について

病床数について、国としては必要病床数である119.1万床と同程度の水準となっていることや、機能別の病床数の動向から当初の方向性に沿って地域医療構想の進捗が認められると概ね評価するとされており、また、山口県でも、必要病床数15,889床には及ばないものの2025プランの目標を達成しており、一定程度医療機関の分化・連携が進んだものと言えよう。

こうした中、現行の地域医療構想については、

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

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 (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 (4) 地域医療介護総合確保基金
(5) 都道府県知事の権限 (6) 国・都道府県・市町村の役割
(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

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、特に外来医療、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といった課題が指摘されている。

3 「2040年頃の医療をとりまく状況と課題」について

85歳以上を中心に高齢者数は2040年ごろまで増加すると見込まれるが、高齢者を含む人口動態は地域ごとに異なるとともに、支え手となる生産年齢人口の減少が進み医療・介護人材の確保の制約がさらに増してくる。こうしたことから、医療の需要や提供体制等について地域差が拡大していくことに伴い、地域ごとに課題や求められる医療提供体制のあり方が異なっていくことになる。

そこで、2024年の医療体制を考えるにあたって、

- ・高齢者救急の増加及びその後のリハビリテーション
- ・増加する在宅医療需要と減少する外来医療需要
- ・多くの医療資源を要する手術の減少傾向と病床利用率の低下傾向が続く入院医療
- ・医療従事者の確保

を考慮しつつ、2040年に求められる医療提供体制のあり方について各県で「新たな地域医療構想」を策定していくことになる。

ちなみに、山口県でも同様に、人口は2020年

の135.2万人から、2040年には110.0万人と約20%減少する。また、医療需要で見ると、外来患者数は既に全圏域で減少傾向にあるが、入院患者数は2035年がピークである(図1)。ただ、圏域別でみると柳井、長門、萩圏域では入院患者も既に減少傾向がみられるなど地域差が拡大している。

今後、山口県でも、データに基づき地域ごとにより実態に即した形で医療提供体制を議論していくことが求められる。

4 「医療提供体制の現状と目指すべき方向性」について

このため新たな地域医療構想においては、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とされ、先に述べた3つの課題について個々に言及されている。

(1) 増加する高齢者救急への対応

初めに高齢者への対応が記されており、国としても危機感を持っているのであろう。

高齢者については、軽度から中等症の患者が多く手術を伴うような例は少ないことから、対応する医療機関を増やし救急搬送の受け入れ体制を

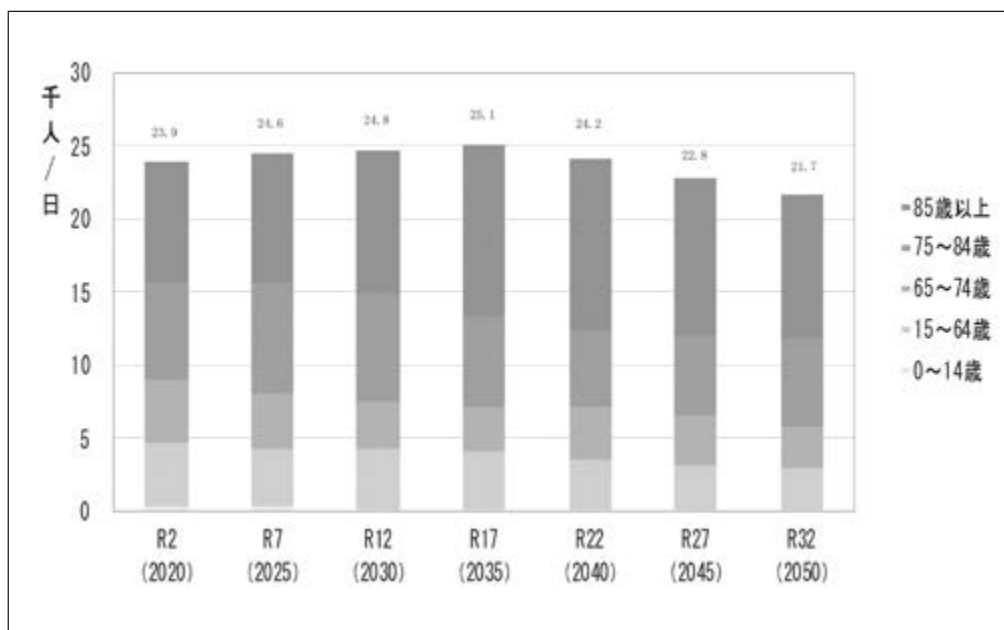


図1 年齢階級別の推計入院患者数（山口県保健医療計画2024より）

強化する。またADLの低下を防止するため、医療機関で入院早期からの離床介入や必要なリハビリテーションの提供などが求められるとされている。

そこで、地域としては、県への報告が求められる「医療機関機能の報告（5 - (2) 参照）」を活用して、高齢者救急を引き受けリハビリまで提供できる医療機関の数やリハビリ専門病院との連携体制を確認し、圏域の関係者の共通理解が進むように圏域で協議していくことになる。

ただ、久留米大学の佐藤教授が言っているように（参考文献③）、医療では工業製品のように専門領域ごとに役割分担を行う「水平分業」が明確にできるものではなく、患者や家族の求めるもの、受け入れる病院側の体制など、それぞれの医療機関ごとに異なっていることから、あいまいな水平分業にならざるを得ない。

さらに、高齢者は軽症・中等症が多いというのは確かであるが、実際の病状悪化の時には一定レベルの検査や治療が求められる患者は少なくないと思われる。実際、インフルエンザの流行時には、三次救急を担う医療機関でも高齢の患者を受け入れることが多くなり、病床の稼働率や平均在院日数に影響を与えているのである。

このようにはっきりとした水平分業が難しければ、地域ごとに阿吽^{あうん}の呼吸の中でやっていくしかないのだが、こうした中で受け入れをスムーズに進めるためには情報の共有というのが極めて重要である。その手段として、地域連携室におけるアナログ的なアプローチに加え、地域のすべての医療機関の入退院の状況を関係者が一元的に可視化できる管理システム（参考文献④）が活用できると、圏域における分業も進みやすくなるのではないだろうか。まずは圏域単位で検討してみる価値はあると思うのである。

一方、過疎地や中山間地域では、高齢者に対して1つの医療機関で急性期からリハビリ、また、慢性期の機能にも対応していくことが求められることから、そうした地域にある医療機関は再編・統合の対象として考えるのではなく、医療基盤を支える「貴重な社会資源」として扱い、できるだけ存続できるような枠組み・制度設計が必要である。

（2）増加する在宅医療の需要への対応

全国的には、在宅医療は、2040年に向けても、大半の地域で需要は増加する見込みであるが、人口規模の大きい大都市部ほど在宅訪問患者数が多

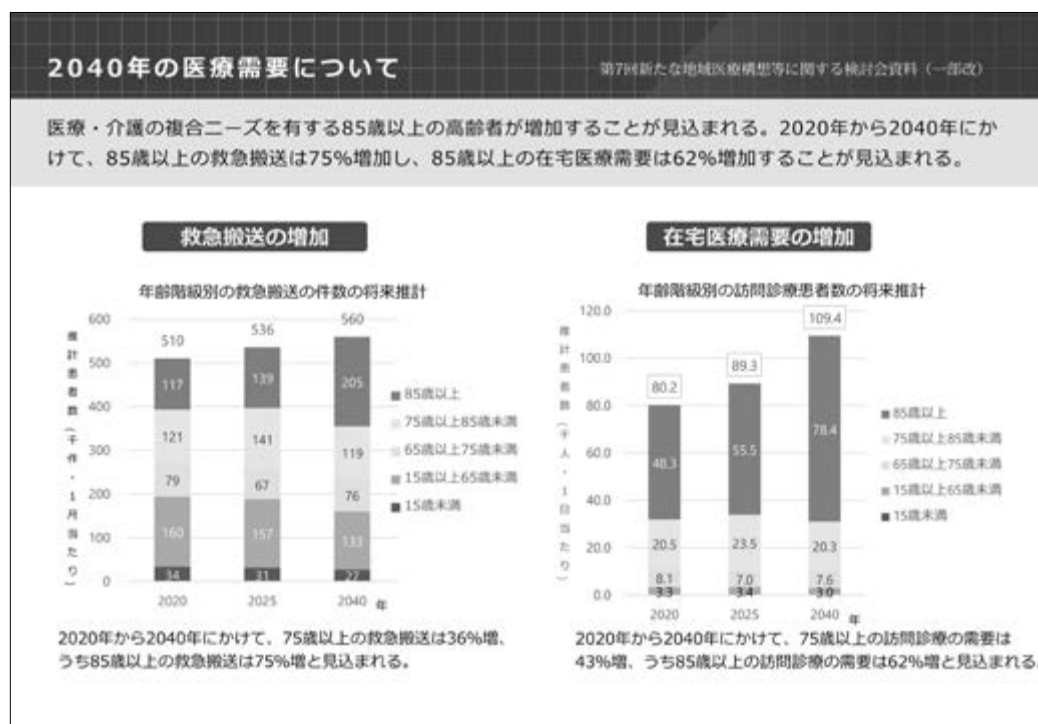


図2 2040年の医療需要について（第7回新たな地域医療構想等に関する検討会資料より）

くなっている（図 2）。

また、地域によっては病院が在宅医療において一定の役割を果たしているが、在宅医療の需要の増加に対応するためには、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・事業所等の多機関が連携して、地域の供給力を高めることが求められる。

さらに、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、医療機関の新たな参入促進、D to P with N 等のオンライン診療の活用、等が求められるなど、在宅医療提供体制の確保について多く言及されている。

現在の山口県では、医療計画をみると、2026 年（令和 8 年）の在宅医療の必要量が、県全体で 11,301 人 / 月と試算されており増加傾向にあるものの、令和 3 年の段階での実績が訪問診療と往診あわせて 10,253 人 / 月であり、一定程度の対応ができると予想される。

今後、山口県でも構想策定にあたって、2040 年（令和 22 年）までの具体的な数字が試算される中で、おそらく、高齢者がピークに達する 2035 年に向けて在宅医療の需要が増えてくると思われる。しかし、自宅での在宅医療は、受け入れる家族側の協力と理解、又は本人の自立状況など一定の条件がないと難しいことから、山口県では、国が懸念するほど数が増加してくるであろうか。

一方で、山口県では、在宅医療の担い手である診療所数そのものが減少傾向にあり、さらに診療所の医師の高齢化が進んでいることから、在宅医療のキャパシティの問題がある（図 3）。さらに人口の集まる都市部であれば効率的に多くの患者に対応できるが、へき地や中山間地域になると経営的な面も考えなければならない。

他県では在宅専門の診療所が増えているところもあるが、山口県ではまだそうした状況はあまり見られない。これは、効率性によるものなのか、あるいは、山口県特有の慢性期の病床数（介護医療院を含む）が関係している可能性もある。

令和 7 年 4 月から、すべての診療所において、その機能を県に報告する「かかりつけ医機能報告制度（在宅医療への取り組みを含む）」が始まり、「地域の関係者との協議の場で活用」することになっているので、在宅医療に取組む診療所が増えてくることを期待したいのだが、そもそも、診療所が少ない、あるいは減少している地域では、在宅医療研修やリカレント教育の推進、医師の派遣、巡回診療の整備などにより医療体制そのものの整備が求められる。

この点については、現在、県立総合医療センターは大学と協働して総合診療医を育成していく仕組みづくりを進めているが、こうした総合診療医育成のための教育を通じて在宅医療を担える人材の養成と中小病院への支援が可能となるのではない

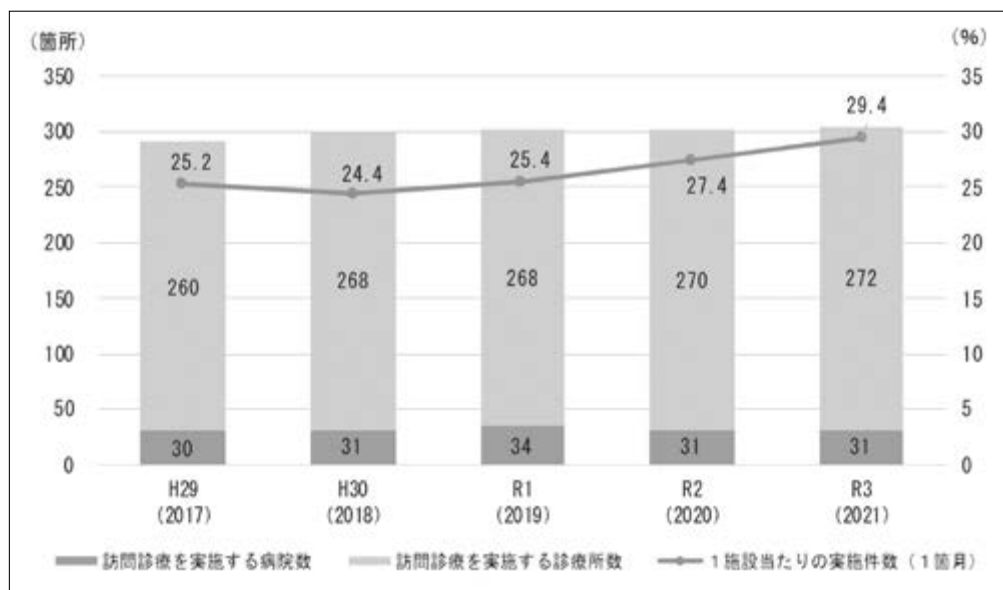


図 3 訪問診療を行っている医療機関数の推移（山口県保健医療計画より）

かと考えている。

特に、県立総合医療センターには、既に在宅医療に携わってノウハウを有している自治医大出身医師も多いことから、総合診療医の育成と合わせて、まずは中山間地域を中心に、診療所や中小病院に対して在宅医療の実践的なノウハウや、状況に応じて人的な支援を提供することにより、在宅医療の提供体制の強化にも貢献できるのではないかと考えている。

さらに、注目すべき事例としては、一部の疾患の高齢者救急の患者に対しては、早期にかつ直接、自宅に退院させることにより、高齢者自身が早い時期にこれまでの生活に戻る可能性が高まること、病院独自でのベッドコントロールが円滑となり病院の機能強化にも資するとの報告がある（参考文献⑥）。

これは「とりまとめ：高齢者救急」の中に「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」との記載がなされていることから、高齢者への対応の選択肢の一つとして、症例によっては転院せずに急性期病院から早期に直接自宅に退院し、在宅医療・リハビリテーションができる体制の効果について言及したものと思われる。

急性期医療機関であっても、条件が整えば在宅医療に取り組む可能性を示したものであり、県立総合医療センターにおいても、活用実績のあるICTやD to P with N等のオンライン診療と合わせて、在宅医療におけるさまざまな可能性・あり方について先駆的な役割が果たせないか検討してみたい。

(4) 救急・急性期医療

今後、2040年に向けて、手術など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こと、一般病床、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こと、手術については多くの症例を実施する医療機関のほうが死亡率が低いこと、など（高度）急性期機能の再編・集約化の必要性を示すとともに、救急医療については、二次救急医療施設が中心的な役割を担っているが、半数に近い医療機関では受け入れ

が500件未満となっているなど医療機関によってかなりの差がみられるなど、効率性の面からも救急体制の課題を示している。

こうした状況を踏まえ、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、医療従事者の働き方や医療の質の確保等の観点から、症例や医師を集約して、地域ごとに必要な連携・再編・集約を進め、さらに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、とこれまでになく「集約化」という文字が出ている。

厚労省関係の講演会や会議では、異口同音に「人口減少に伴う患者数の減少により、外来医療に加え入院医療も減少」さらに「働き手の減少によるスタッフ確保が困難」という状況の中で、「共倒れにならないためにも医療機関の集約化が必要であり、手遅れにならないうちに取り組むべき」という主張が繰り返されている（図4）。

山口県の令和5年度病床機能報告によると、コロナの影響は残るものの、急性期病床を持つ公的医療機関の病床利用率では70%前後から60%台の病院が散見され経営的には厳しい状況ではないかと推察される。病院長や事務長としては日々、病院経営に頭を痛めているのではないだろうか。

こうした医療機関は、今後どういった機能を担っていくのかを患者動向等のデータに基づき判断していくとともに、今後のあり方について圏域の調整会議での議論がこれまで以上に必要になってくる。

ただ、現実的には、多くの医療機関は大学からの医師派遣に頼っており、（高度）急性期を担わなくなった医療機関に大学からの医師の派遣がどこまで可能かを考えると、院長としては医療機能を単純に割り切ることはできないであろう。実際、医師少数県の山口県では、大学からの医師派遣を通じて各医療機関の機能分化が自ずと進んできているのではないだろうか。

厚労省としては、「病院の生き残りをかけて再編・集約化」という表現を使っているが、医療機関を管理する立場に立てば、目先ではなく『50年後の医療の姿』をイメージしながら、かつ「住民のための医療機関のあるべき姿」を追求し、さらに経営の視点も合わせて考えなければならない

ことから、これからの病院運営の舵取りはますます厳しいものとなっていくであろう。できれば、国の目指す将来の医療のあり方を示してほしい。

5 「新たな地域医療構想」について

(1) 基本的な考え方

2040年ごろ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、今後は、病床の機能分化・連携だけでなく、「地域ごとの医療機関機能」の確保など、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・推進することとされている。

そして、2040年やその先を見据えて、高齢者救急・在宅医療等の需要が増加する中で、「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、とここでも「集約化」という表現が使われている。

(2) 医療機関機能・病床機能

新たな地域医療構想においては、病床機能に加えて、新たに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。これにより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。

図5に示すように、確保すべき医療機関機能として、①高齢者救急・地域急性期機能、②在宅医療等連携機能、③急性期拠点機能、④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。

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場合に報告を行うこととし、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、と記載されている。

今後、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、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ことになると思われるが、それを推進するためには「根拠となるデータと考え方」「財政的な支援と制度の整備」が不可欠であり、どのよう

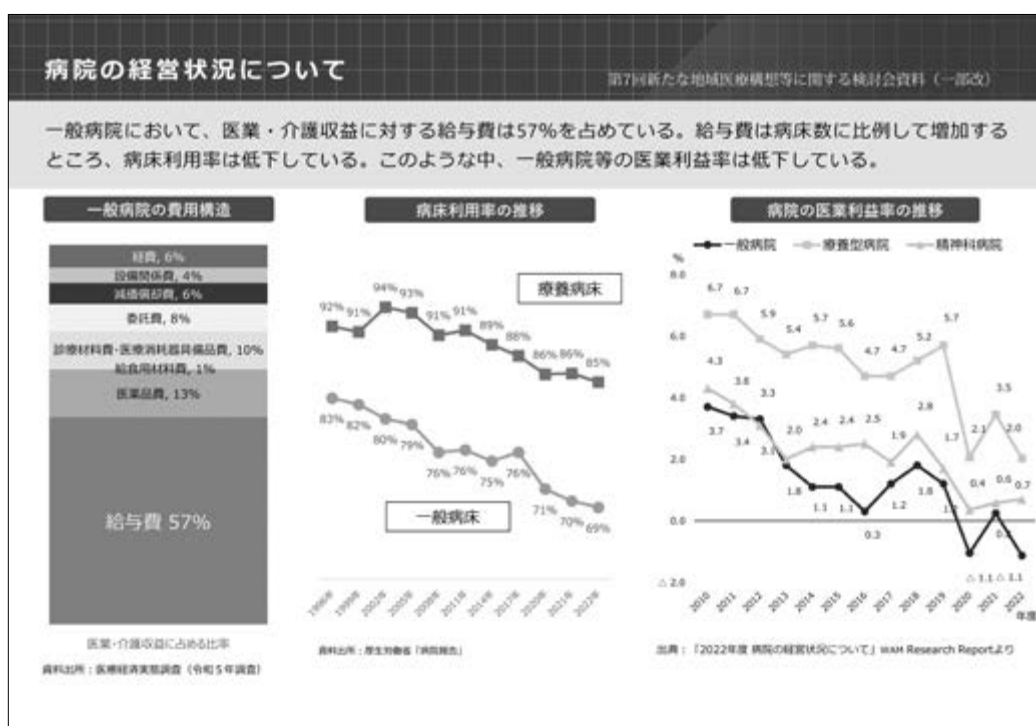


図4 病院の経営状況について（第7回新たな地域医療構想等に関する検討会資料より）

に進めていくのか大変関心のあるところである。

6. おわりに

この度「とりまとめ」について述べてみたが、改めて見返してみると、ここに記した内容については、山口県の医療関係者なら誰もが漠然と感じていたことを文章にただけのようにも思う。

今後、医療機関の再編・集約化については、大学における人材育成の観点からの医師派遣が極めて重要であり、次いで経営的な視点であり、これらによって必然的に医療機能が規定されてくると思われる。ただ、ステークホルダーがとても多いなかには、それらの調整をしていく行政の役割が大きいし、さらに行政との橋渡しができる県医師会の役割にも期待したいのである。

最後に、本来ビジネスに対して使われるものであるが、近ごろ、医療の分野でもよく当てはまると思われるダーウィンの名言を引用して締めくくりたい。

「最も強い者が生き残るのではなく、最も賢い者が生き残るのでもなく、唯一、生き残る者は変化できる者である」

【参考文献】

①厚生労働省医政局 新たな地域医療構想等に関する検討会「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」2024年12月18日。
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html

②山口県 山口県保健医療計画 2024年3月。

③佐藤敏信、生き残れる病院キーワードは「選択と集中」データを生かして強みを知る Medigle PRESS, 2021
https://medigle.jp/press/20210205.html

④蔭山裕之 地域完結型医療をDXで推進 JAHMC34 10月号 2023 p16-19

⑤厚生労働省医政局 第7回新たな地域医療構想等に関する検討会「新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について」2024年8月26日
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001294917.pdf

⑥高山義浩 超急性期病院「地域ケア科」設置のわけー高山義浩・沖縄県立中部病院地域ケア科医師に聞く 2017
https://www.m3.com/news/iryoshin/492237

⑦令和6年度山口県圏域調整会議資料「各医療機関 2025 プラン概要」2024

令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

医療機関機能について（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（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、医療需要の变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を設定。
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た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	
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。	

図5 医療機関機能について（第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料より）