

長浜市病院再建・再編推進本部（令和8年度第2回会議） < 次 第 >

令和8年5月25日（月）14時00分～
長浜市役所3階特別会議室

1. 本部長あいさつ
2. 新たな地域医療構想について
3. 患者数の将来推計等について
4. その他

新たな地域医療構想について

新たな地域医療構想について①【国の検討会とりまとめ：現構想と新構想の比較】

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会）・検討会資料等に基づき事務局にて作成

	現行の地域医療構想	新たな地域医療構想
目標年	2025年（令和7年）	2040年（令和22年）
医療需要等の変化	・2025年には、団塊の世代が全て75歳以上の後期高齢者になるなど、高齢化に伴い医療ニーズが増大	・2040年頃にかけて、85歳以上の高齢者が増加し、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症患者が増加する一方、生産年齢人口は減少 ・急性期医療の需要減少、高齢者救急・在宅医療ニーズの増加が進む
取組の方向性	病床の機能分化・連携を推進（病床機能報告）	・これまでの病床機能の分化に加え、「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（病床機能報告＋医療機関機能報告）
病床機能	高度急性期、急性期、回復期、慢性期	高度急性期、急性期、 <u>包括期</u> 、慢性期 ※「回復期機能」について、高齢者救急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を踏まえ「包括期機能」として位置付け
医療機関機能	—	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
地域医療構想の位置付け	医療計画の記載事項の1つ	医療計画の上位概念

※上記に加え、外来や在宅医療、介護連携の対象追加等も行われている

新たな地域医療構想について②【国の検討会とりまとめ：医療機関機能(1)】

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会）・検討会資料等に基づき事務局にて作成

(1) 医療機関機能の決定

- 各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、**地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議**を行う。協議において、遅くとも2028年度までに**各医療機関が2040年に向けて担う医療機関機能を決定**

(2) 医療機関機能

機能区分	求められる具体的な機能や体制
急性期拠点機能	(急性期の総合的な診療機能) <ul style="list-style-type: none"> ● 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) <ul style="list-style-type: none"> ● 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
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) <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入れ ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 入院早期からのリハビリの提供 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制
在宅医療等連携機能	(在宅医療・訪問看護の提供) <ul style="list-style-type: none"> ● 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) <ul style="list-style-type: none"> ● 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
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 有床診療所の担う地域に根差した診療機能 ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療

新たな地域医療構想について③【国の検討会とりまとめ：医療機関機能(2)】

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会）・検討会資料等に基づき事務局にて作成

(3) 急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、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ものである
- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。（略）このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口20万人から30万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する
- 急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、
 - ・ 医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な24時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、
 - ・ 医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念される
- 急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である

新たな地域医療構想のポイント（医療機関の役割分担関係）

- 地域における医療提供体制の構築については、2025年を目標年としていた従来の地域医療構想に続く取組として、85歳以上の増加や人口減少が更に進む「2040年とその先」を目標年とした、「新たな地域医療構想」の策定が行われることとなっている
- 「新たな地域医療構想」においては、急性期医療の需要減少、高齢者救急・在宅医療ニーズの増加の進展といった医療需要の変化に応えるため、「医療機関の役割分担」を明確化していくことが必要とされている
 - ※ 医療機関の機能としては、「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」の4つが提示されている
 - ※ 2025年に向けた従来の地域医療構想では、「高齢化により増大する医療ニーズ」に対応するため、「病床の機能分化・連携」を推進することとされていた
- 具体的には、「人口の少ない地域」（人口30万人未満）に該当する湖北圏域においては、今後、地域医療構想調整会議において検討を行ったうえで、「急性期拠点機能」を持つ医療機関を、一つ確保・維持していくこととなる

第1回推進本部でお示した「選択肢例」との関係

- 新たな地域医療構想では、「医療機関の役割分担」の明確化が重要であるとされており、湖北圏域においては、今後、急性期拠点機能を持つ医療機関を一つ決定していくことが想定される
- 役割分担が必要な理由は、急性期拠点機能を持つ医療機関数が多い場合、
 - ・ 医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な24時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること
 - ・ 「医育」や「医療の質の確保」に必要な症例数が集積されなくなることにより、医療提供体制の持続可能性に懸念が生じるため、と整理されている
- 急性期拠点機能は、「救急医療の提供」や「手術等の医療資源を多く要する医療」について、「幅広く総合的に提供すること」が求められるとされており、決定に向けた協議では、「診療実績データを基本としつつ」「政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め」総合的に地域で協議することが重要とされている
- このような議論の構図の中で、市立長浜病院について、地域の中でどのように役割分担し、どのような機能を果たすことになるか、十分に考えていく必要がある
- 第1回推進本部でお示した「選択肢例」について整理すると、
 - ・ 今後も長浜日赤とともに高度急性期医療を続ける場合、拠点を一つにすることとの整合のため、
 - 選択肢(1)のように、明確な役割分担に基づき2病院で急性期拠点機能を担うかたちで調整
 - 選択肢(3)のように、2病院で一体として急性期拠点機能を担う体制を整備といった方向性を考えることが想定される
 - ・ または、選択肢(2)のように、高齢者救急機能を担うことで役割分担を整理することも考えられる
- 病院再建・再編に向け、地域医療構想調整会議の議論も見据えて、しっかり議論していくことが重要⁷

4. 今後の検討について②

②市立長浜病院の今後の選択肢例（おおまかな構図）

	現状	選択肢(1)	選択肢(2)	選択肢(3)
病院機能	高度急性期	高度急性期	高齢者救急	高度急性期
経営形態	2経営主体	2経営主体	2経営主体	経営一体化
診療科	幅広く標榜	絞り込み	絞り込み	2病院で幅広く標榜
地域医療の持続性	長浜日赤との競争が続き、2病院とも消耗の可能性	長浜日赤との分担が実現すれば持続性が向上するが、調整は難航のおそれ	2病院の機能分化により、持続性確保が実現	経営一体化(指定管理)により、2病院の競争による消耗は解消
従事者への影響	現状維持	規模は縮小	規模は縮小	規模は調整次第 職員の身分は変更
市財政への影響	現在の赤字程度の影響が継続の可能性	診療科の絞り込みにより、現状維持に比べ一定程度改善	移行期に相当の負担 以後の毎年の負担は抑制	現状や(1)と同程度をベースに、統合効果でやや改善
類型	(現状維持)	得意分野特化 ・規模縮小	高齢者救急移行	指定管理導入

患者数の将来推計等について

出典元：医療需給総覧 滋賀県湖北医療圏（株式会社日本経営）

患者数の将来推計等について

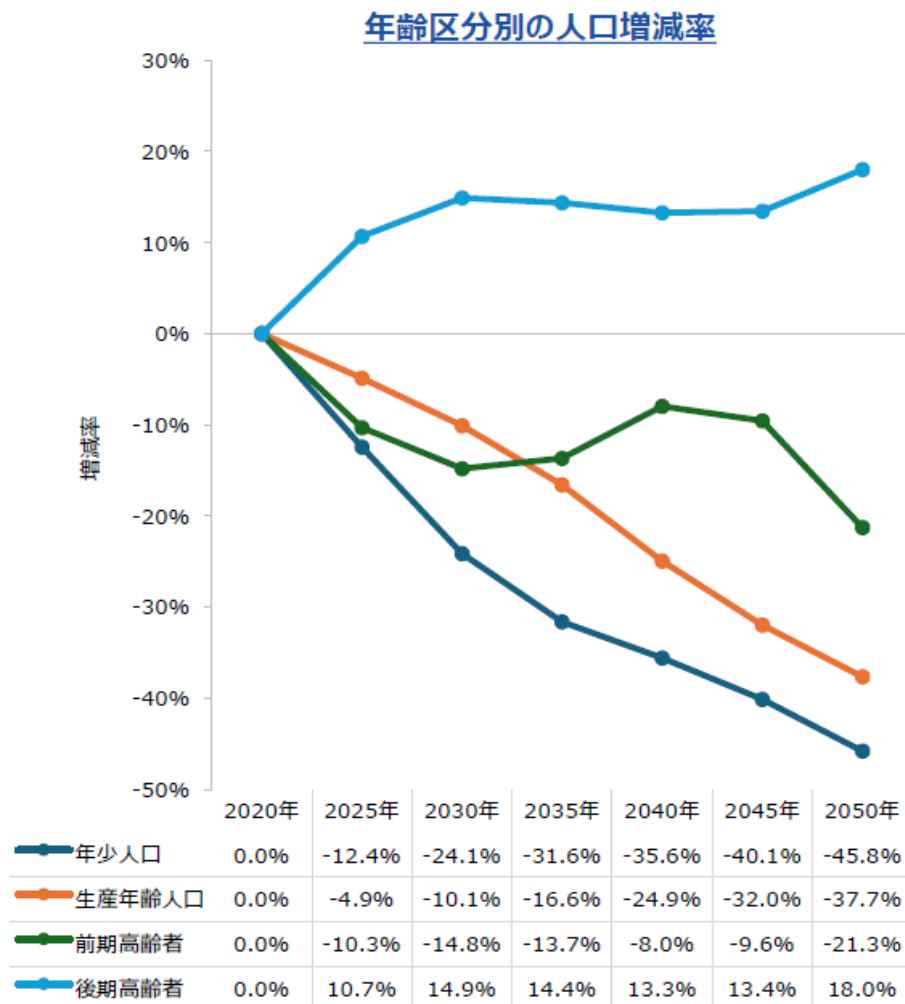
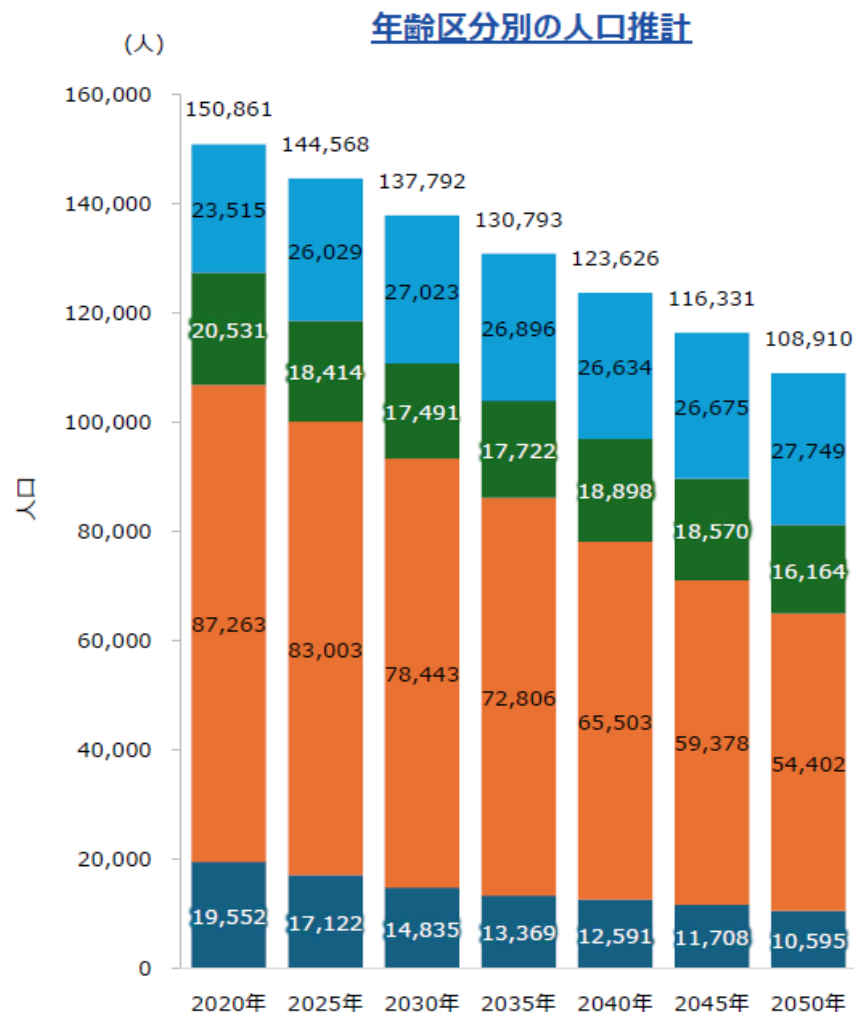
- 第1回資料で、「圏域人口は今後も急減。入院患者は微増も、高度急性期ニーズが少ない85歳以上比率が高まり、患者増による収益改善のシナリオは描き難い」との記載
- その具体的なイメージの共有が重要であり、今回は、一つの参考として、株式会社日本経営が公表している「医療需給総覧 滋賀県湖北医療圏」(※)のデータを紹介
 - ※ 株式会社日本経営が、公表データに基づき医療需要の将来推計を行ったもの(性年齢別の発生率と将来推計人口等を用いて算出したもの)
 - ※ 全国一律の算定ロジックによる推計であり、一定の幅を持って理解することが重要
- これによると、以下のような傾向が見てとれる
 - ・ 圏域の入院患者数は今後2035年までは増加するが、DPC患者数は減少傾向で、2040年までに5~6%程度減少
 - ・ 疾患別のDPC患者は、循環器系疾患は2030年がピーク、それ以外の疾患は2025年がピークか、既に減少局面
 - ・ 入院の手術件数は減少局面で、2040年までに6%程度減少。部位別の手術件数は、全部位で2025年がピークか、既に減少局面
 - ・ 悪性腫瘍の入院患者数・手術件数は2025年がピーク。虚血性心疾患のDPC入院患者数は横ばい、心臓カテーテル手術等の手術件数は2030年がピークでその後減少
- ※ 「入院患者数」は急性期だけでなく、回復期・慢性期も含めた患者数であるのに対し、「DPC患者数」は主に急性期の患者数を反映したもの

湖北医療圏 | 人口推計

2050年までの人口の将来推計を示しています。

多くの地域において、総人口は減少しますが、高齢者人口は増加傾向にあります。

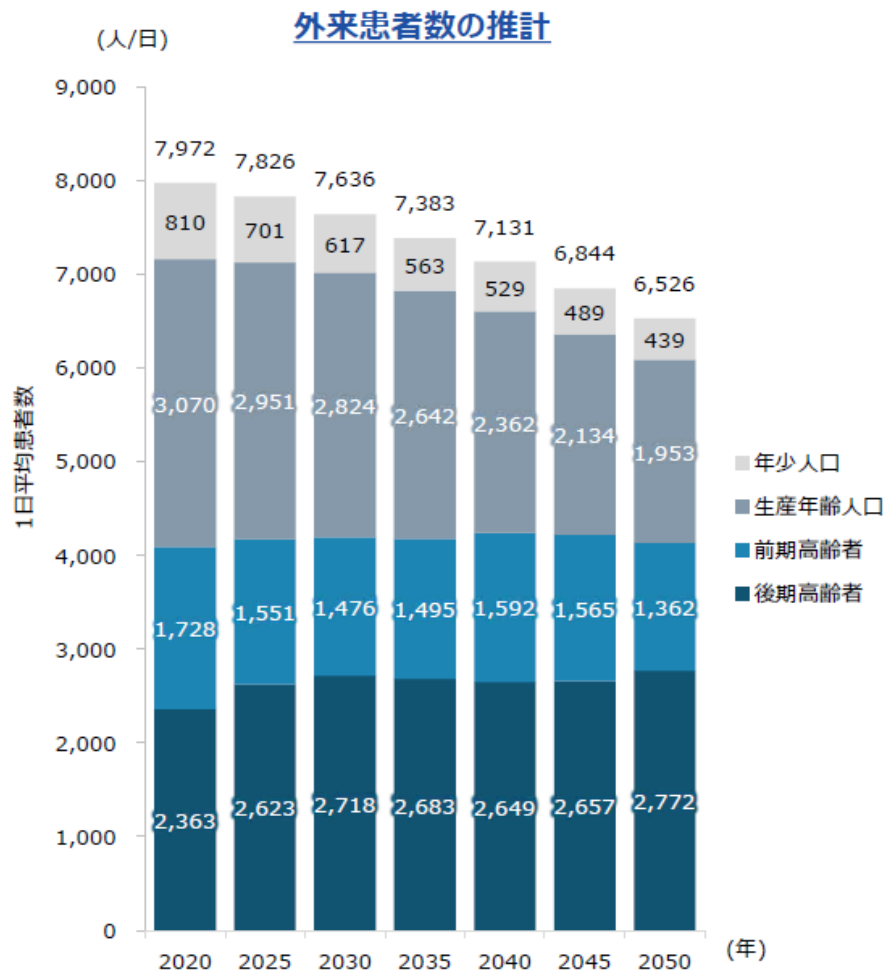
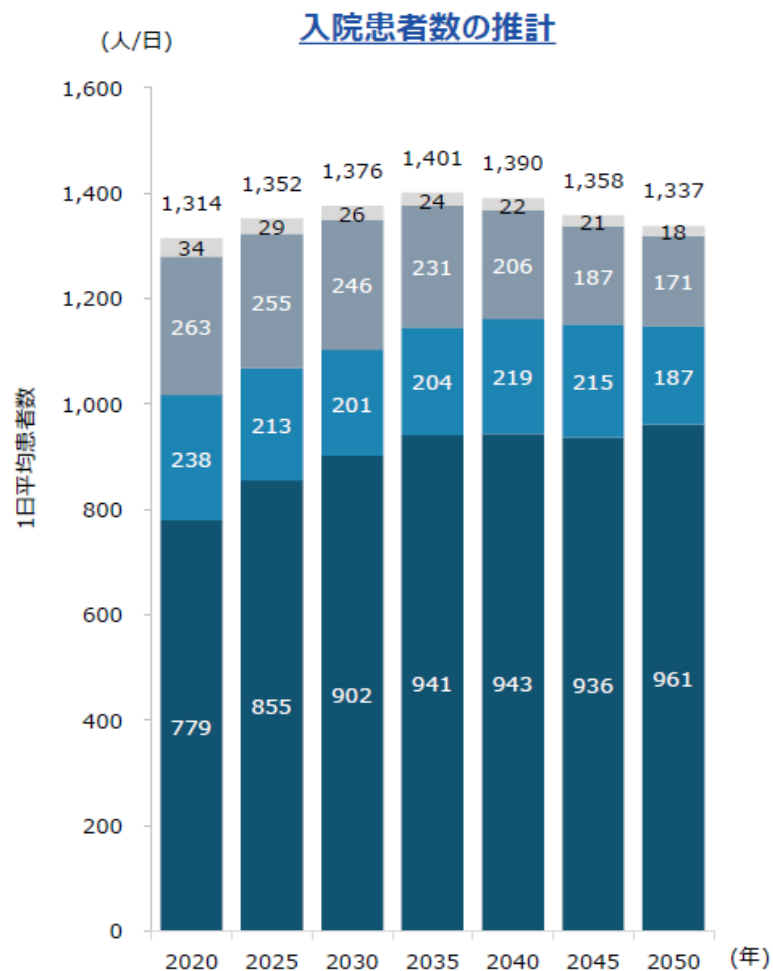
特に、医療介護の複合的なニーズを持つ後期高齢者の増加幅と、支え手となる生産年齢人口の減少幅について確認が必要です。



湖北医療圏 | 1日平均患者数

都道府県受療率に基づく、2050年までの入院患者数および外来患者数の需要予測を示しています。

多くの地域では入院需要が増加、外来需要が減少傾向にあり、需要の変化に合わせた医療提供体制の構築が求められます。



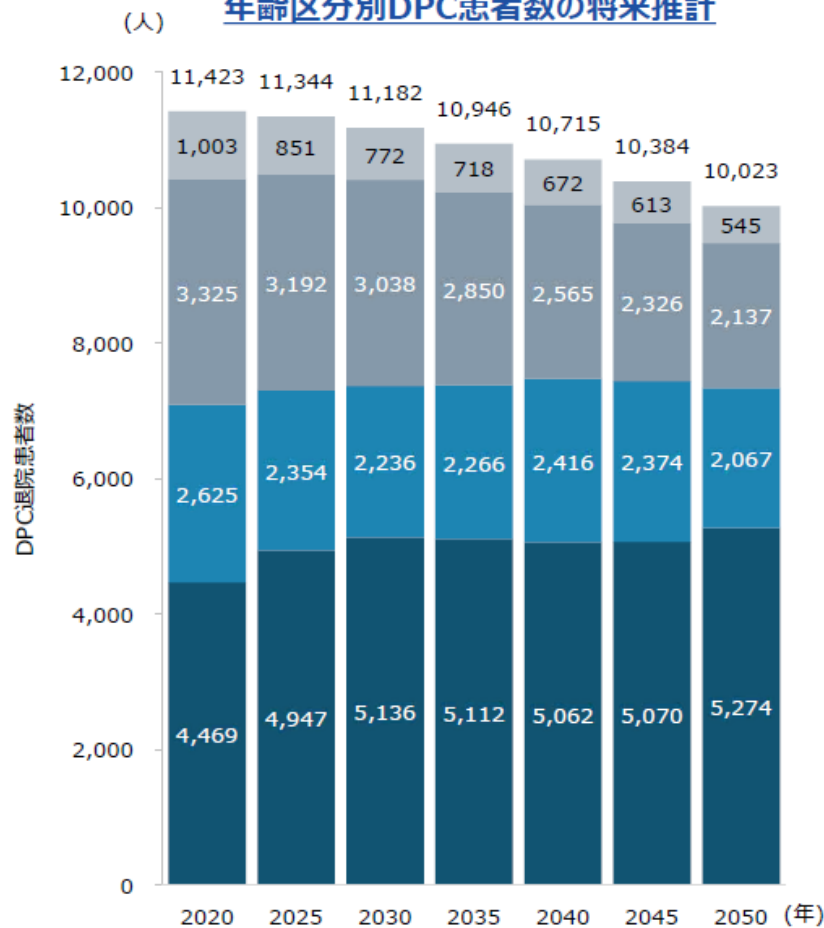
湖北医療圏 | DPC患者数の推計

※DPC：診断群分類と呼ばれる患者分類手法。この分類に基づき急性期入院医療に対する診療報酬が定額で算定される。データ出典元である「退院患者調査」は、DPCの評価・検証に係る調査で、その対象は、一般病床（急性期医療のための病床）の退院患者に限られる。

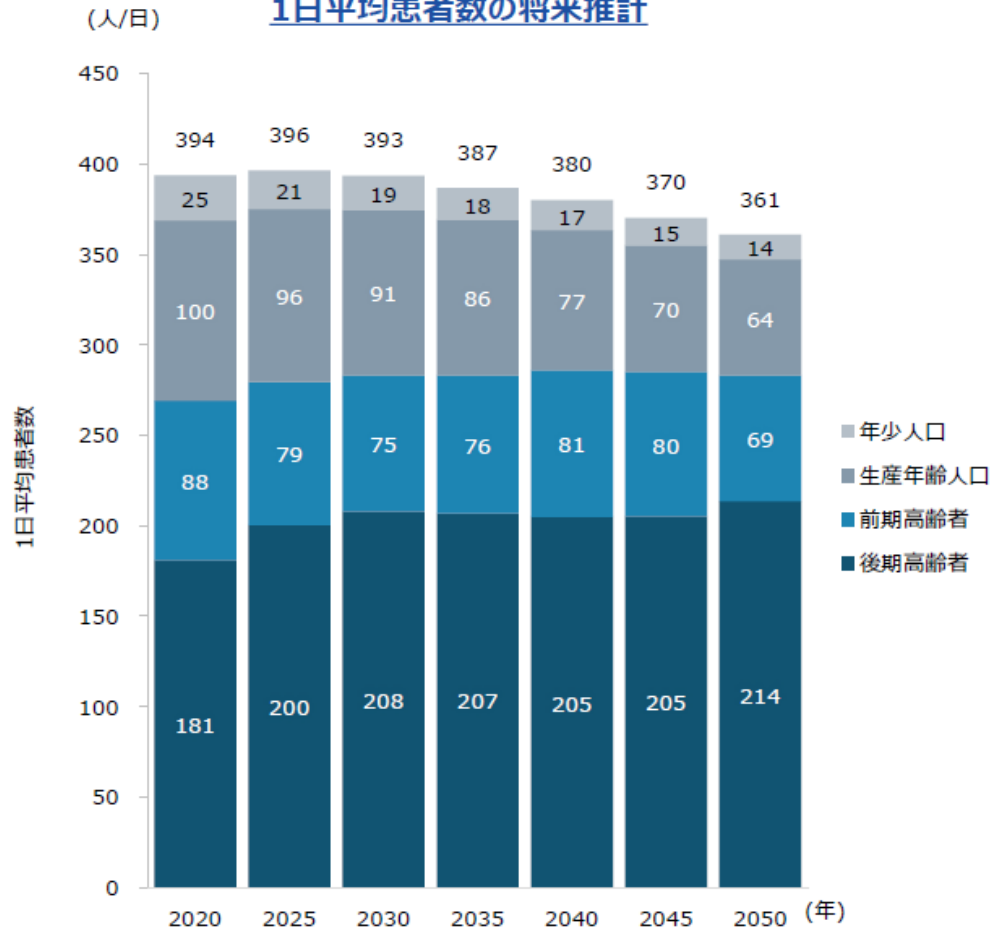
年齢層別のDPC患者数の将来推計を示しています。

多くの地域は後期高齢者のDPC患者数および1日平均患者数が増加傾向にあります。その他の人口において減少が見られ、従来を手術を中心とした急性期医療は減少する見込みです。

年齢区分別DPC患者数の将来推計



1日平均患者数の将来推計

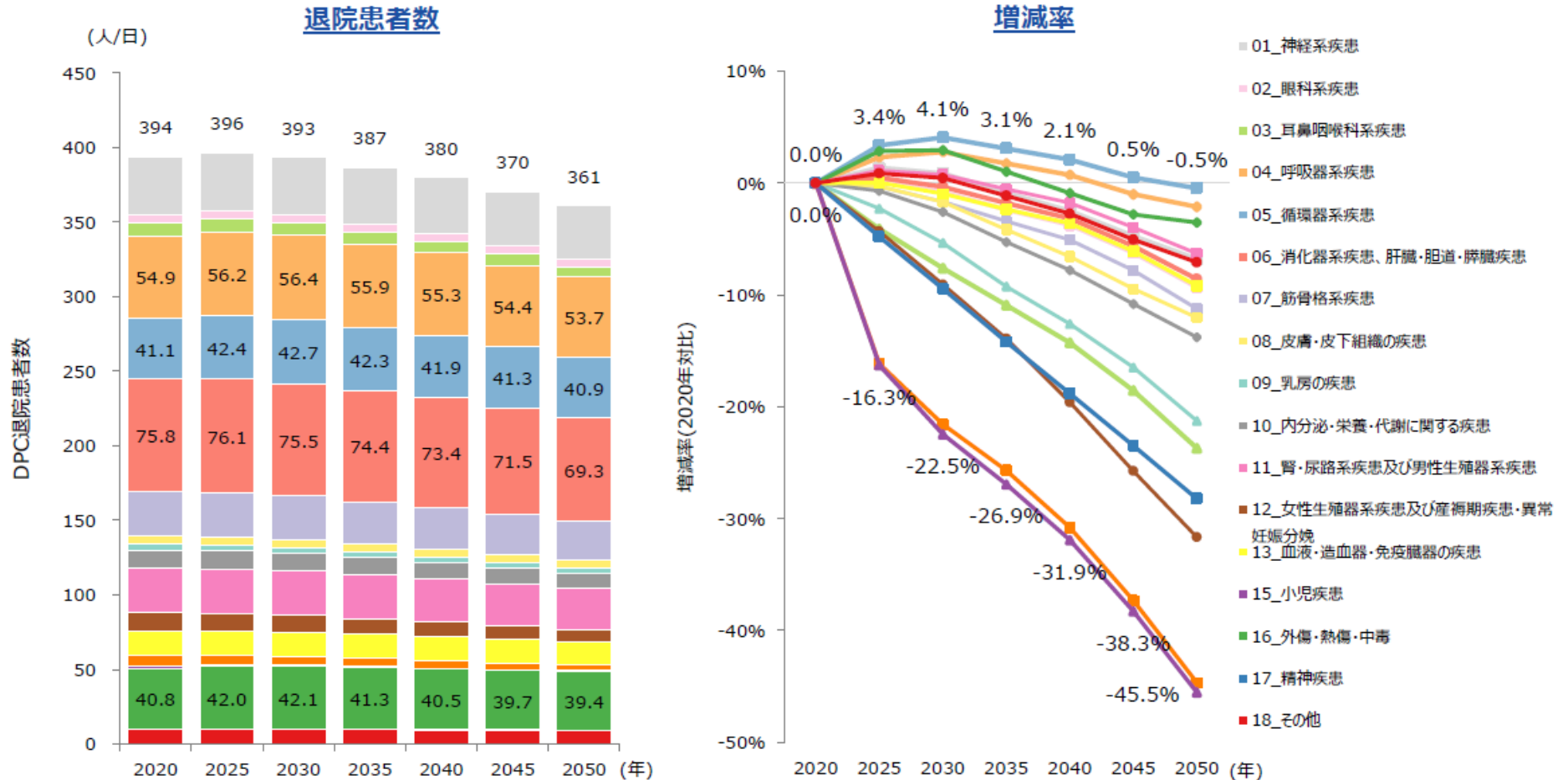


出典：「人口推計（2023年10月1日現在）」（総務省統計局）および「令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」（厚生労働省）を用いてDPCコード、年齢別の発生率を計算。その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計。1日平均患者数は各DPCコードのDPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して試算。

湖北医療圏 | MDC別DPCの1日平均患者数の推計

※MDC：主要診断群と呼ばれる、疾患を18種類に大別したものの(下記増減率参照)。DPCの基礎となる分類。

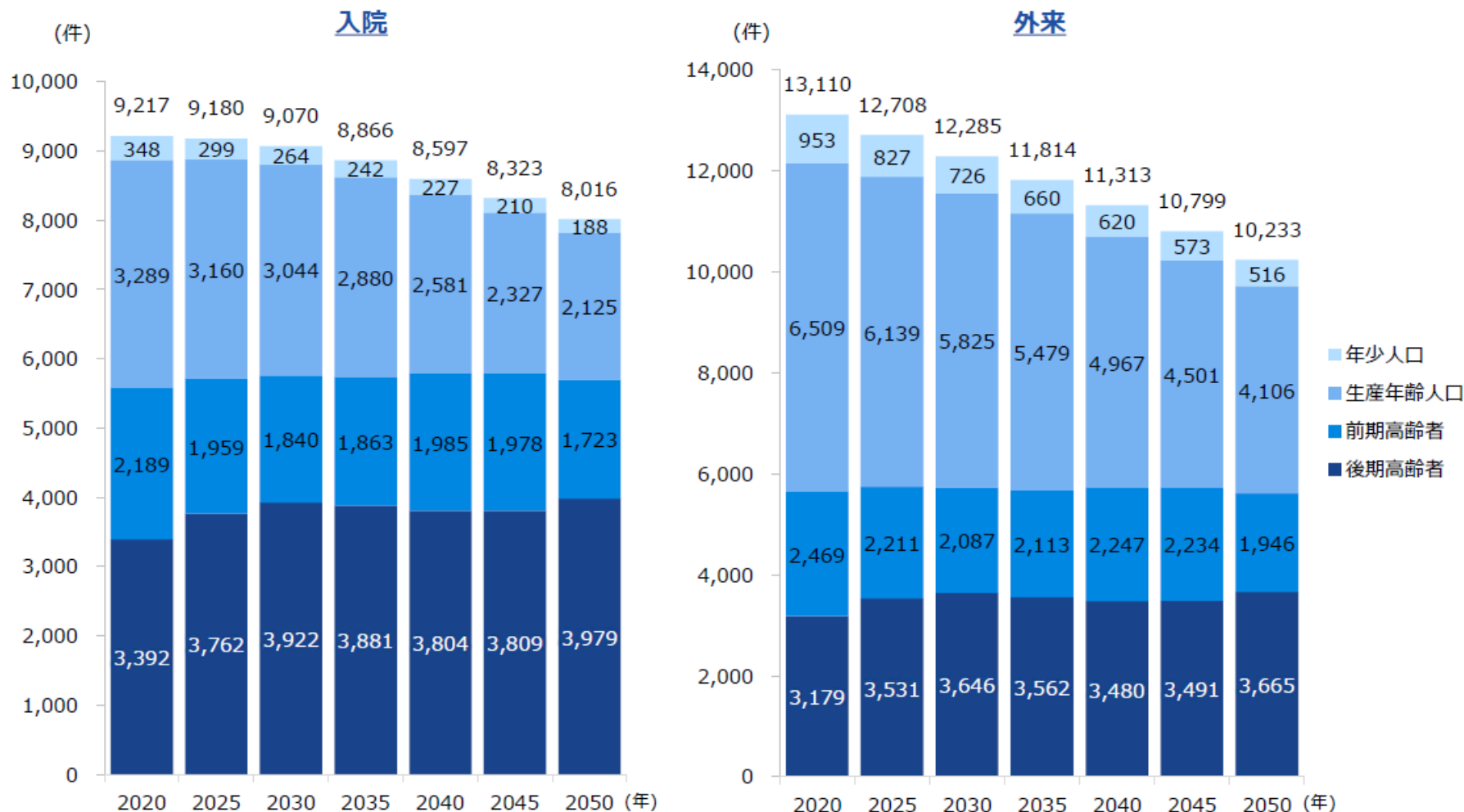
疾患別のDPCの1日平均患者数の将来推計を示しています。



出典：「人口推計（2023年10月1日現在）」（総務省統計局）および「令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」（厚生労働省）を用いてDPCコード、年齢別の発生率を計算。その発生率と「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計。1日平均患者数は各DPCコードのDPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して試算。

湖北医療圏 | 手術件数の推計

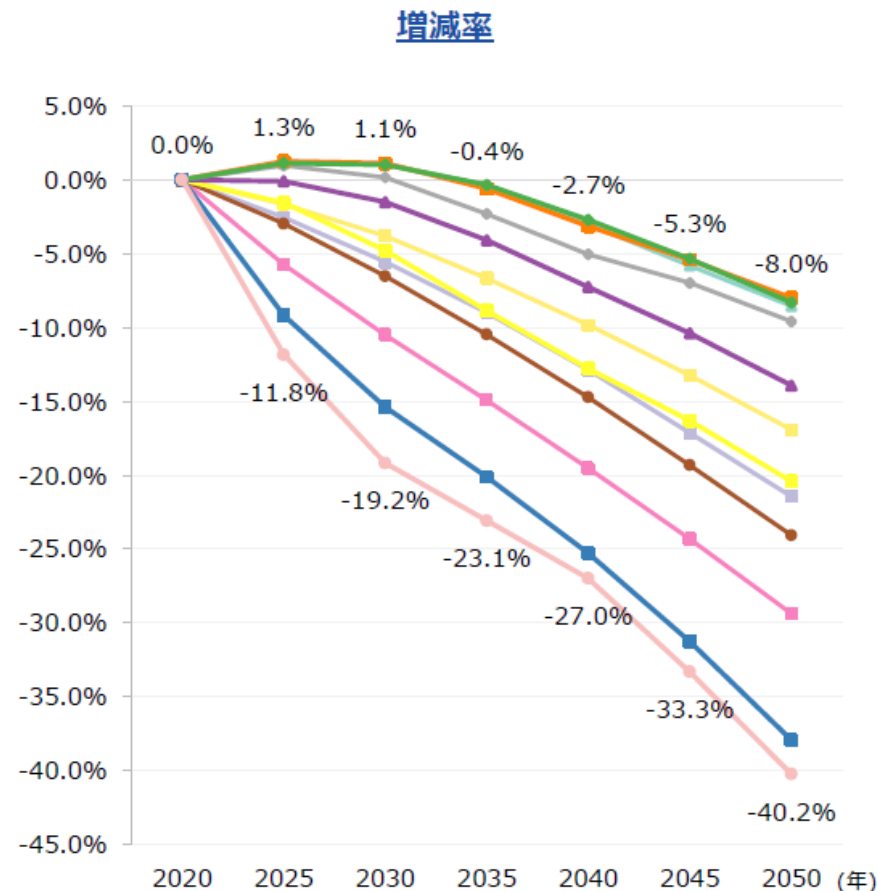
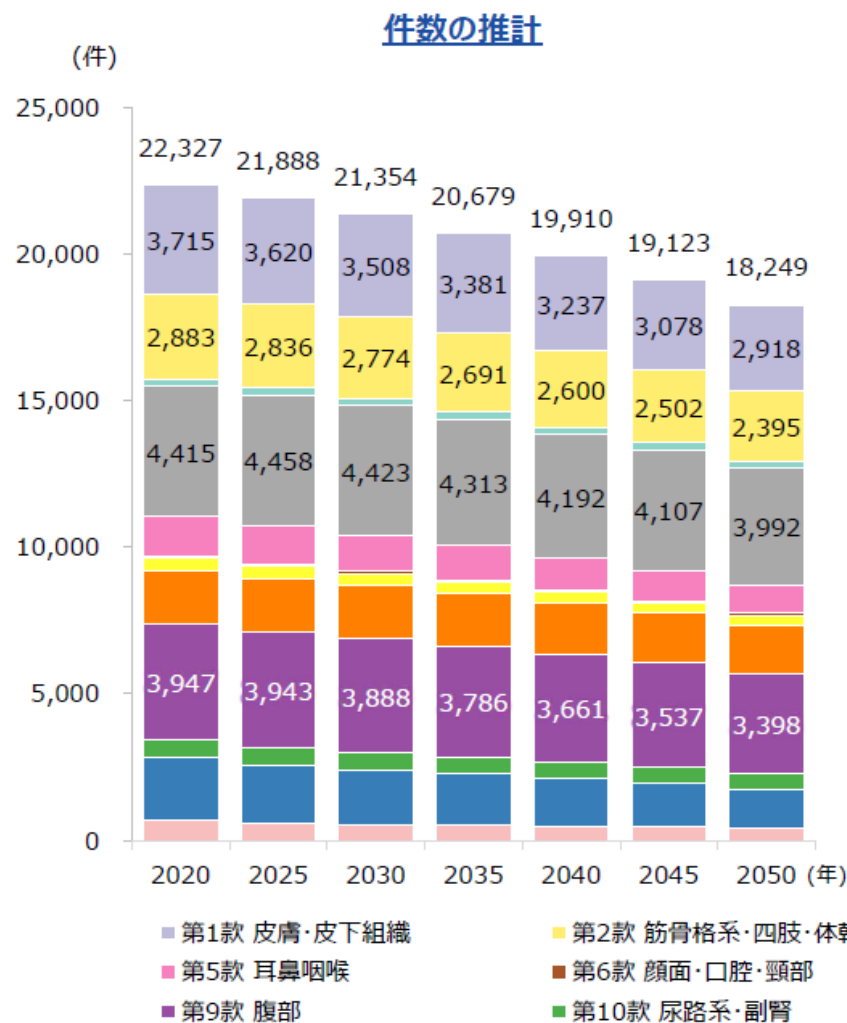
年齢区分別の入院・外来の手術件数の将来推計を示しています。



出典：「人口推計（2023年10月1日現在）」（総務省統計局）および第10回NDBオープンデータ（厚生労働省）
 ：2023年4月～2024年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算。
 その発生率と「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

湖北医療圏 | 部位別の手術件数

部位別の手術件数の将来推計を示しています。

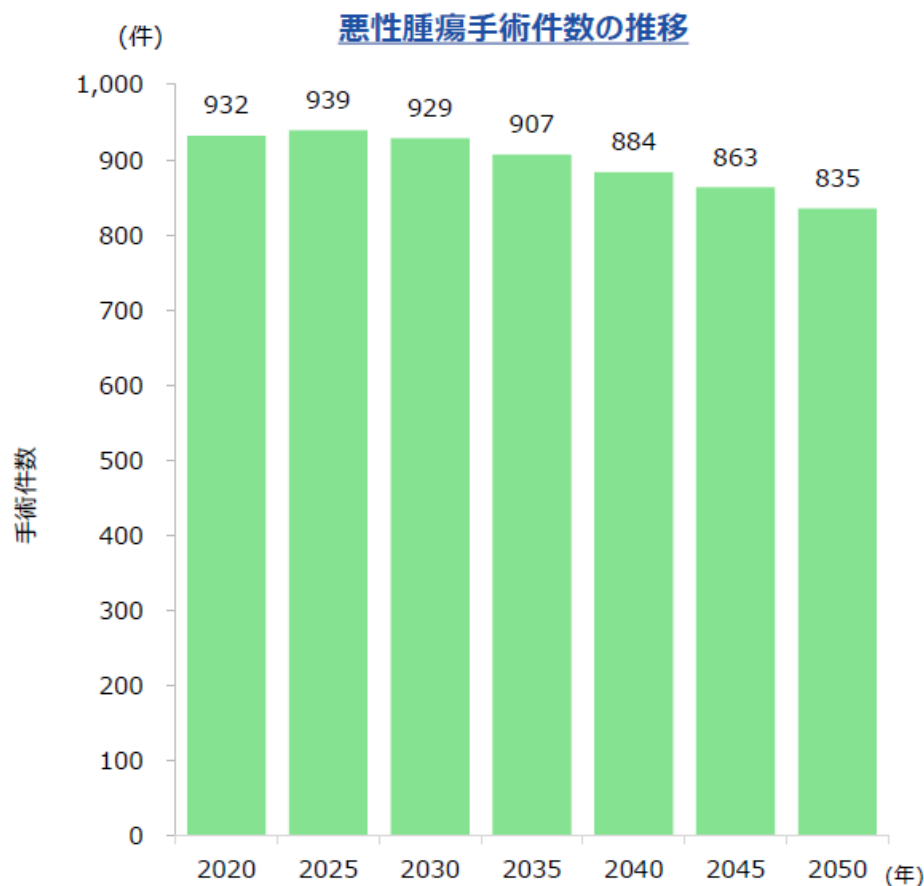
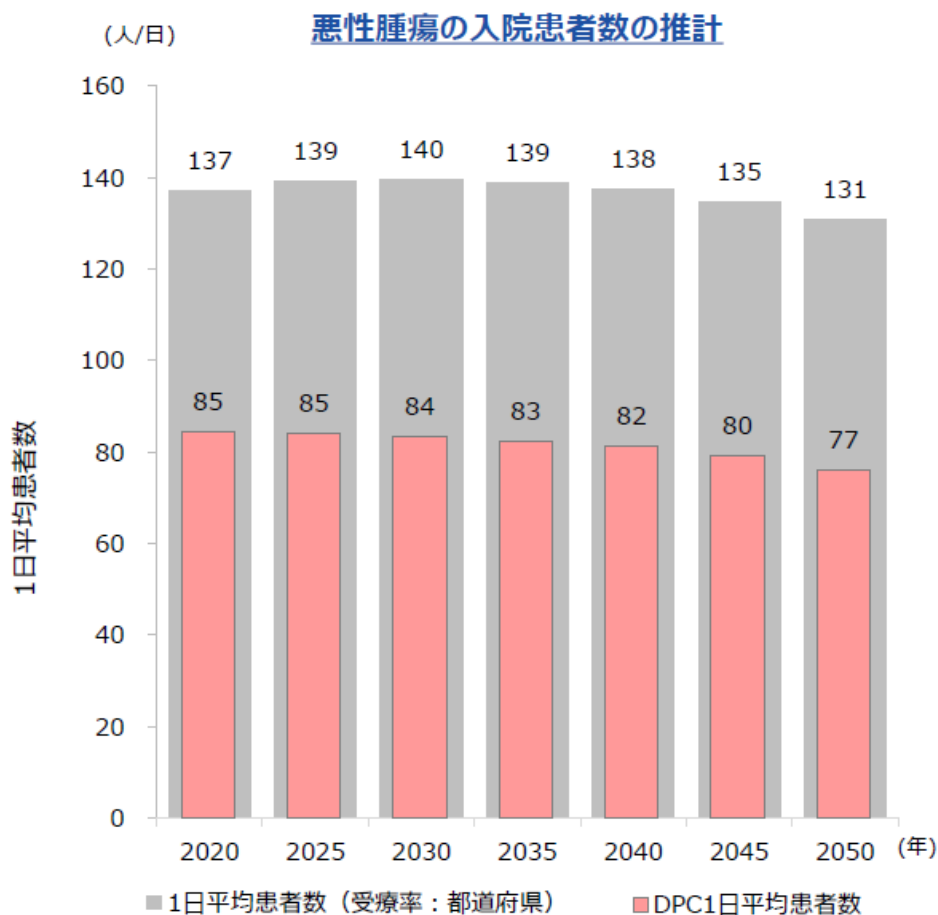


出典：「人口推計（2023年10月1日現在）」（総務省統計局）および第10回NDBオープンデータ（厚生労働省）
 : 2023年4月～2024年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算。
 その発生率と「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

湖北医療圏 | 疾患別患者数の推計：悪性腫瘍

悪性腫瘍の1日平均患者数、DPCの1日平均患者数および手術件数の将来推計を示しています。

悪性腫瘍は手術療法中心の医療から放射線療法・化学療法を含めた集学的治療へシフトしていることや、低侵襲治療の発展から、推計よりも減少する可能性があります。



出典：「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」(国立社会保障・人口問題研究所)と以下の発生率を用いて推計

1日平均患者数：「令和5年患者調査」(厚生労働省)

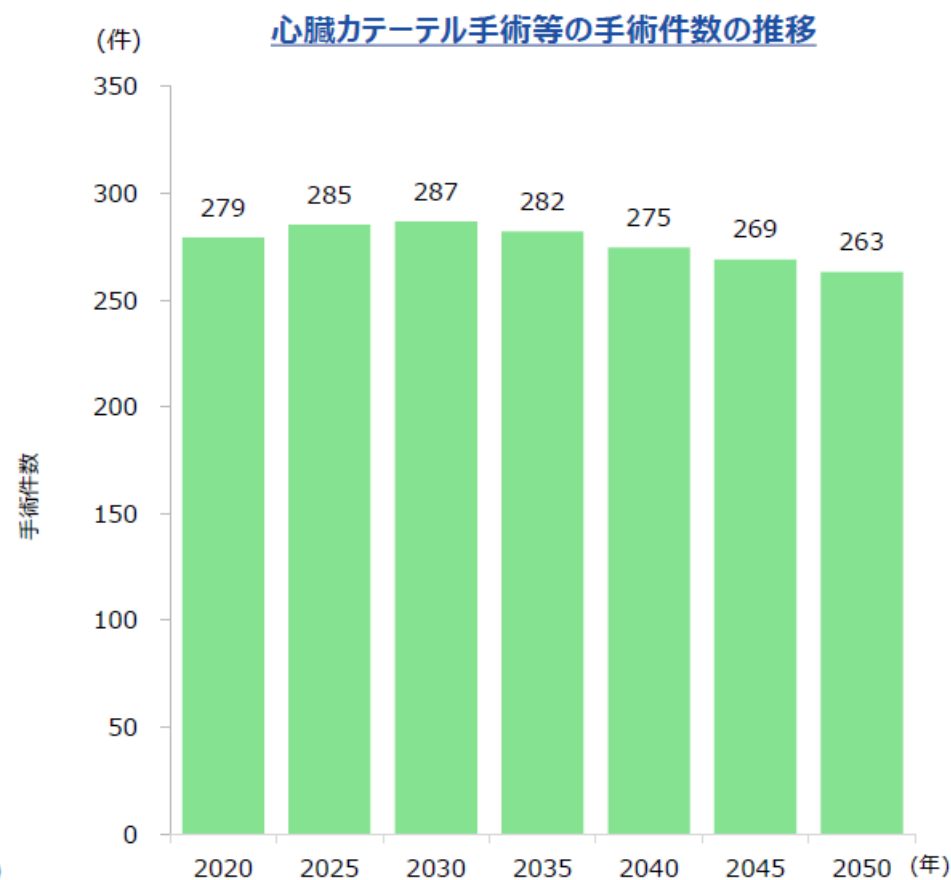
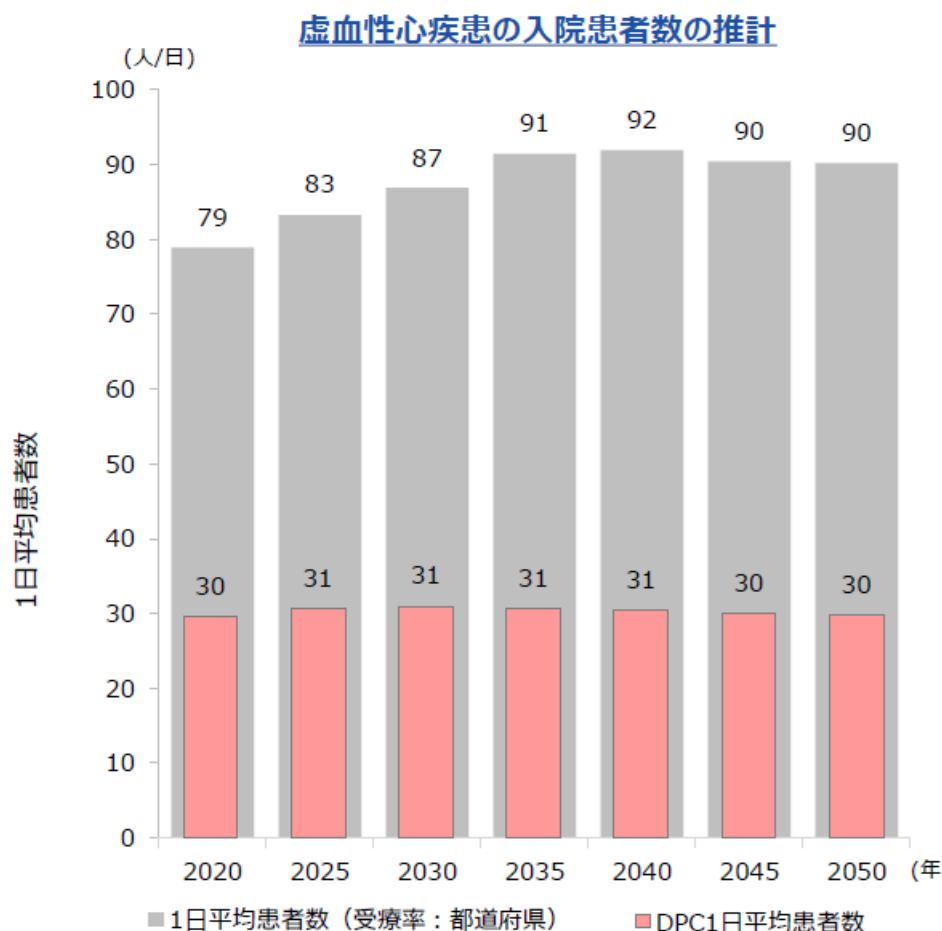
DPC1日平均患者数：「人口推計(2023年10月1日現在)」(総務省統計局)および「令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」(厚生労働省)

手術件数：「人口推計(2023年10月1日現在)」(総務省統計局)および第10回NDBオープンデータ(厚生労働省)

湖北医療圏 | 疾患別患者数の推計：虚血性心疾患等

虚血性心疾患の1日平均患者数、DPCの1日平均患者数および手術件数の将来推計を示しています。

虚血性心疾患は急性期を脱した回復期および慢性期の患者が多く、多くの地域では患者数が増加傾向にありますが、DPC1日平均患者数および手術件数の伸びは限定的となっています。



出典：「日本の地域別将来推計人口 令和5(2023)年推計」(国立社会保障・人口問題研究所)と以下の発生率を用いて推計

1日平均患者数：「令和5年患者調査」(厚生労働省)

DPC1日平均患者数：「人口推計(2023年10月1日現在)」(総務省統計局)および「令和5年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」(厚生労働省)

手術件数：「人口推計(2023年10月1日現在)」(総務省統計局)および第10回NDBオープンデータ(厚生労働省)

参考資料

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ (地域医療構想策定ガイドライン骨子)の概要

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 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実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なりハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能(大学病院本院)

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

新たな地域医療構想について【総論】

1. 医療提供体制の目指すべき方向性

- 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
- 「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

2. 新たな地域医療構想（概要）

（1）人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040年に向けて、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。

大都市型の地域 (100万人以上)	高齢者の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題
地方都市型の地域 (50万人程度)	高齢者人口は増加し生産年齢人口は減少。増加する高齢者への医療提供の確保と医療の担い手確保も課題
人口の少ない地域 (~30万人)	高齢者人口と生産年齢人口がともに急減し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の速やかな確保が課題

（2）構想区域

- 二次医療圏の半数近くが人口20万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域で入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難。必要に応じて、構想区域の広域化等を検討する必要がある。

（3）市町村の役割

- 病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- 病院開設者として、市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけでなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

（4）新たな地域医療構想の特徴

① 外来・在宅、介護連携等も地域医療構想の対象に

- 2040年頃をとりまく状況と課題等を踏まえ、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

② 病床機能（回復期機能→包括期機能）

- 「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

③ 医療機関機能の確保

- 今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、病床だけでなく、**医療機関機能の確保**の協議を通じて、将来の医療提供体制の確保の取組を推進
- 具体的な医療機関機能は、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

（5）策定のプロセス

- 2028年度までに都道府県が策定
- 2026年度から2027年度上半期を目途に、現状把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他2040年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定
- 取組の方向性について2028年度までに決定し、具体的な取組は、第9次医療計画の検討過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果を確保
- 医療機関機能については、地域医療構想調整会議において、**遅くとも2028年度までに2040年に向けて各医療機関の担う医療機関機能を決定**

新たな地域医療構想について【各論①】

3. 高齢者救急

(1) 2040年の医療需要

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加し、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加する見込み
- 65歳以上の高齢者では年代が上がるにつれ、手術等を行う患者の割合は減少

(2) 高齢者救急の基本的な考え方

① 単純に年齢や疾患で区切るのは困難

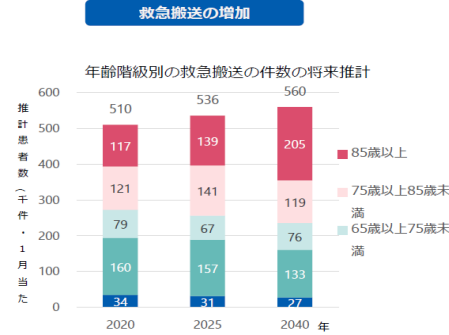
- 高齢者の年齢に関する定義は機関等によりさまざま。高齢者に適した医療を提供する観点からも、身体・認知機能等も含めた検討が求められる。

② 手術等の必要な症例の割合が少なく、対応可能な医療機関が多い

- 高齢者は手術や処置等が必要となる疾患の頻度は限定的であり、医療資源を多く必要とする医療を必要とする症例の割合が少ない。
- 高齢者救急について、現在でも、対応している医療機関は多い。

③ 包括的な入院医療の提供の必要性

- 入院によりADLが低下し在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリを提供し早期から離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携を包括的に行うことが求められる。



各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

年齢	入院中手術有	入院中1000点以上処置有	入院中手術又は1000点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	41%
75歳以上	35%	6%	37%
85歳以上	27%	4%	29%

4. 病床機能

- これまでの「回復期機能」について、2040年に向けて増加する**高齢者救急の受け皿**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を踏まえ、「**包括期機能**」として位置付け

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 等
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	・急性期一般入院料1～6 等
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、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 ・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けたリハビリを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能) 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域一般入院基本料1～3 ・地域包括医療病棟入院料 ・回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 等
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院料1～2 ・障害者施設等入院基本料(7:1～15:1) ・緩和ケア病棟入院料 等

新たな地域医療構想について【各論②】

5. 医療機関機能

(1) 医療機関機能の決定

- 各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行う。**協議において、遅くとも2028年度までに各医療機関が2040年に向けて担う医療機関機能を決定**し、決定以降は、決定された医療機関機能と診療実績等を都道府県へ報告する。

(2) 医療機関機能

機能区分	求められる具体的な機能や体制
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
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れ ● 入院早期からのリハビリの提供 ● 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
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
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差した診療機能 ● 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

(3) 急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、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もの。
- 診療実績だけに着目した場合に、急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることを見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。
- 急性期拠点機能は、**人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型・大都市型の地域では、人口20～30万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方**とする。
- **急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散**されると、医療従事者の働き方に不均衡や非効率が生じ、結果として、必要な24時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、**医療提供体制の持続性が懸念**される。

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

- 病床数のみに着目すると、例えば、構想区域に100床の病院が3つあることと、300床の病院が1つあることは同等とも考えられる。一方で、地域において適切な医療提供体制を確保する観点を踏まえると、同じ病床数であっても、例えば、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも関連するため、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。

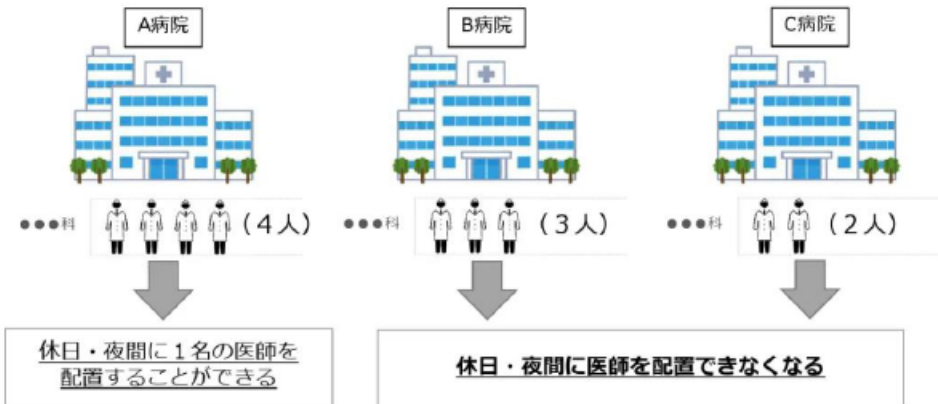


必ず同じ医療提供体制、という訳ではない

地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



※ただし、4名の医師がそれぞれ年間1860時間（月155時間）程度の時間外勤務に従事することが必要

それでも勤務！（さらなる集約化も必要？）

今から手を打たないと...

補足1-8

- 人的資源（医師等）の分散により、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ（※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません）



どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...