

3. 構想区域

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

- 構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のため、の2つの役割がある。
- 医療提供体制の構築に向けては、将来にわたっても、当該区域の医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、当該地域で緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要がある。
- また、必要病床数の運用に向けては、今後入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するため、特に、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が、地域医療構想調整会議や都道府県医療審議会での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位とする必要がある。
- これまで、二次医療圏については、人口規模が20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すこと等を示してきている²。2040年やその先を見据えた構想区域の設定に当たっても、こうした人口規模、流入患者割合、流出患者割合といったデータや、一部の地域において隣の医療圏との間で患者が流出入している実態等を踏まえ、現状と課題を認識し、適切な区域の設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。
- なお、構想区域の決定後においても、第9次医療計画等に向け、各分野の圏域設定については引き続き検討していく必要がある。その際、災害医療のように、構想区域内の一定の地域単位で、体制整備を図ることも考えられるものや、小児・周産期医療のように人材の制約等から、より広域での対応が求められるものなど、各分野の特性を踏まえた検討が必要である。ただし、がんの医療圏の設定などについては、がん手術を担う外科医が、胆嚢炎等のがん以外の多様な疾患の手術も併せて担う必要があること等から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担とも整合性を図っていくことが求められることに留意する。また、二次医療圏を基本とした医師確保計画等における区域設定のあり方については、施策の連続性の観点から、第9次医療計画に向け、国において必要な対応について検討していく。

² 「特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満かつ推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要であること。」（「医療計画について」（令和5年3月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知））

② 地域類型ごとの特性

ア 大都市型の地域

- 大都市型の地域においては、高齢者救急、在宅医療等の需要が増加する一方、生産年齢人口は緩やかに減少していくが、手術や救急搬送の受入を行う医療機関が多く所在しており、特に大学病院本院が複数所在している場合もある。各医療機関における医療従事者の確保や働き方の観点から非効率な提供体制となっていること、構想区域間での偏在が生じていること等が課題となりうる。
- これまで、人口規模が 100 万人以上の区域については、構想区域としての運用に課題がある場合もあることから、区域の見直しを検討することとしてきた³。特に、東京都特別区等においては、広い範囲で人口が多く、また公共交通網が発達し、患者の受療行動が多様化・広域化する中、患者の流入流出が複雑となるため、既存の構想区域が実際の医療提供体制や受療行動の実態に必ずしも即していない場合がある。こうした地域においては、受療行動の実態に一致した区域を設定することが困難な場合も考えられる。
- また、大都市型の地域では、区域全体としては医療資源が多くても、区域内の一部地域では相対的に病床や救急受入体制が限られるなど、構想区域内の医療資源の偏在も課題となる場合がある。このため、区域において増床等を実施する場合には、地域での運用方法を検討する必要がある。

イ 地方都市型の地域

- 地方都市型の地域においては、増加する高齢者に対する医療提供体制の確保と、医療の担い手の確保を同時に進める必要があることが課題となる。
- 地方都市型の地域は、一定の人口規模を有しており、地域において相対的に医療資源が豊富である場合も多いことから、隣接する区域において一定の医療の完結が困難な場合、当該隣接区域を含める形での広域化等が求められる場合がある。

ウ 人口の少ない地域

- 人口の少ない地域においては、医療需要は減少し、医療従事者の確保もますます困難となる。こうした中、2040 年やその先に向けて、入院医療を提供する単位として構想区域が成り立たなくなる場合があることが課題となる。
- 隣接する都道府県も含め、患者の相当程度が他の構想区域に流出している場合もあることから、現在の構想区域を前提とせず、区域の広域化等を検討することや、都道府県間での連携も含めた医療機関機能の広域的な確保等を検討することが必要である。

³ 「また、人口規模が 100 万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。」（「医療計画について」（令和 5 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 16 号厚生労働省医政局長通知））

③ 協議の進め方

- 新たな地域医療構想においては、都道府県全体として、医療機関機能の確保や大学病院本院と都道府県の連携により、全ての構想区域で、医療資源に応じた適切な医療提供体制を確保することが重要である。このため、各構想区域における課題について都道府県が全体を把握し、都道府県調整会議において各構想区域での課題を共有する必要がある。
- 区域調整会議において、構想区域の設定に係る課題を把握し、現在の区域を維持しつつ、隣接する区域との連携体制を構築することや、隣接する区域と統合すること等について、症例数や医療従事者の確保、患者のアクセス等の複数の観点から、それぞれのメリット、デメリットを整理・比較しながら対応案を検討する。その上で、都道府県調整会議においても協議の内容や対応案を共有し、必要に応じて協議を行いながら、構想区域の設定を行う。
- また、隣接する区域との連携体制の構築が必要な場合、特に他の都道府県の区域との連携体制を構築する場合は、両区域で地域医療構想調整会議等を合同で開催することや、両都道府県と、特に連携において重要となる医療機関等の関係者で協議を行い、調整会議に報告する等、協議の運営方法や協議事項について、両構想区域間・両都道府県間で連携して検討することとする。

(2) 協議事項

① 構想区域の設定

- 都道府県は、将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態等を踏まえて、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として一定の医療提供の完結が可能か、都市部を中心とした人口が多く公共交通機関が発達している地域においては、協議する単位として適切であるか等の課題を整理する。
- その上で、都道府県は、課題がある構想区域については、現在の区域の維持、隣接する区域との統合又は再編等の対応について検討する。
- 見直し案の作成に当たっては、例えば次のような方向性が考えられる。
 - 構想区域の統合
 - ー 人口規模が小さい区域や医療資源が限られている区域で、隣接する構想区域に多く患者が流出しており、将来的には、当該隣接区域と一体的に医療提供体制の確保を検討することが適切な場合は、構想区域を統合する案が検討される。
 - 構想区域の再編
 - ー 構想区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合は、当該市区町村を当該隣接区域に含

める案が検討される。

- このほか、島嶼を含む構想区域等、区域内において、医療需要や医療資源が限られ、他の医療機関とのアクセスにおいても課題がある地域が所在する構想区域については、既存の構想区域を前提とし、限られた医療資源の中でどの程度区域内における医療提供体制を確保するか、その上で当該地域の患者の搬送先等となる他の構想区域の医療機関と、ドクターヘリによる搬送等も含めどのようにアクセスを確保するかを検討する。
- 区域の設定を協議するに当たっては、さらに、以下の点に留意する。
 - ・ 大都市部においては、数十万人単位の構想区域を複数設定する場合や、数百万人単位の広範な構想区域を設定する場合が考えられるが、数百万人単位の構想区域を設定する場合であっても、構想区域内の一定の地域ごとにワーキンググループを設置し、入院医療等の具体的な協議について検討する等、医療提供体制の確保に必要な検討体制については、都道府県の体制に応じて検討する。
 - ・ 人口の少ない地域においては、構想区域を広域化した場合、区域内の一部の地域で医療機関までの移動時間が自動車で一時間程度等と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合がある。このため、区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要である。他方、患者のアクセス等を考慮し広域化をせず、人口の少ない地域として区域の設定を見直さない場合であっても、広域化し、連携・再編・集約化を行う場合の案も比較検討すること。
 - ・ 現時点で 20～30 万人程度の人口規模であっても、今後人口減少が見込まれる区域や、全身麻酔手術の件数等の診療実績が、同程度の人口規模である他の区域と比べて低い区域、患者の流出が多い区域は、2040 年に向けて区域内での医療提供の完結が困難となる可能性がある。こうした場合、住民の医療アクセスの観点も踏まえ、一定の入院機能を地域内に残すことを前提としつつ、区域の合併による提供体制の構築等を検討する必要がある。

② 隣接する都道府県との連携

ア 都道府県間の協議について

- 都道府県境に位置する構想区域においては、隣接する他の都道府県の区域との間で患者の流出入が多く見られる場合等があることから、関係する都道府県間で医療提供体制の状況について情報共有や協議を行うことが重要である。
- 特に、例えば次のような場合には、都道府県間で協議を行うことが考えられる。
 - ・ 都道府県境に位置する構想区域において、医療資源や人口規模の制約により、当該区域内で一定の医療を完結させることが困難であり、患者のアクセスの観点から、隣接する他の都道府県の区域に所在する医療機関に流出している、又は今後の流出の増加が見込まれる場合

- 医療資源が乏しい構想区域同士が都道府県境を挟んで隣接しており、医療提供体制を検討する上で、両区域にまたがる形で医療機関間の役割分担や集約化等を図っていくことが効率的であると考えられる場合
- こうした場合、隣接する都道府県と、区域内の医療需要や医療資源等に関する情報を共有し、県境をまたぐ医療提供体制の実態を把握するとともに、構想区域間での連携を通じた医療提供体制の確保に向けて、平時からの患者のアクセス支援や医療機関機能確保のための支援の検討を行う。
- また、こうした地域は、隣接する両区域で一体として急性期拠点機能をはじめとした医療機関機能を確保する等、両区域の密な連携のもとで、医療提供体制を構築していくことも検討する（下記ウ参照。）。
- なお、東京、神奈川、埼玉、千葉等の、極めて人口が多い都道府県において、区域間の患者の流出入が多いものの、両区域とも医療資源が一定程度確保されている場合は、区域間での協議は必ずしも必要ではない。ただし、必要病床数の設定や医療機関間の連携等に係る具体的な課題がある場合には、課題に応じて協議を行うことは考えられる。

イ 都道府県間での具体的な連携体制のあり方

- アのような事項について、都道府県境をまたぐ構想区域間等で協議する体制が必要と考えられる場合、両都道府県間でどのように協議を進めるかを検討する。
- 具体的には、以下のような体制が考えられる。
 - 関係する都道府県が合同で、隣接する区域同士の区域調整会議を開催する
 - 両区域の連携に関係する主な医療機関の関係者等で協議する場を設定する
 - 一方の区域調整会議に、関係する他の構想区域の医療機関や都道府県が参加する
- 合同での協議を行うに当たっては、関係する構想区域内の医療機関、実際に隣接している市町村、消防機関、医療関係団体等の関係者の参加を得ながら、都道府県境をまたいだ医療提供体制のあり方について協議を行うことが望ましい。協議事項としては、具体的には、以下のようなものが考えられる。
 - 急性期拠点機能等の医療機関機能の確保
 - 救急医療や主な診療領域の手術等に関する具体的な役割分担
 - 救急搬送のあり方（実施基準への反映等）
 - 医療機関機能の確保や医療機関へのアクセスの確保のための支援策
 - 構想区域ごとの必要病床数
- さらに、それぞれの都道府県調整会議、区域調整会議における議論の状況や、地域の医療提供体制の実情を踏まえながら、継続的に協議を行うことや、必要

に応じて連携に関する協定を締結し具体的な連携内容について整理しておくことが考えられる。

- なお、医療機関機能及び病床機能の分化・連携に向け、合同での協議を行う際に必要となる事務費用については、地域医療介護総合確保基金においてその事務費用を支弁することが可能である。その際の費用の支弁については、事前に両都道府県で取り決めを行う。

ウ 医療機関機能の広域的な確保

- 都道府県境をまたぐ構想区域間で一体的に医療機関機能の確保を検討する場合、急性期拠点機能の確保については、両区域で合わせて一つ確保し、集約化の取組を進めることも対応案として検討する。
- その際、急性期拠点機能を有さないこととした構想区域においては、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等を確保し、当該医療機関において救急搬送患者の受入や初期対応等が可能となるよう、人材確保等の取組を行うほか、急性期拠点機能を担う医療機関へのアクセスを確保する観点から、都道府県境を越えた救急搬送体制の確保やその他の移動支援策等について、具体的な協議を行う。
- このような広域的な医療機関の役割分担を円滑に運用するためには、必要に応じて、消防機関やメディカルコントロール協議会等とも連携し、救急搬送の運用や搬送先の考え方についても整理することが重要である。関係する都道府県間において、関係する医療機関、市町村、消防機関等の関係者とも連携しながら、具体的な連携の内容や役割分担等に関し、必要に応じて協定等を締結することも検討する。

③ 必要病床数の算出

- 構想区域を設定した後、区域ごとに必要病床数の算出を行う。

(式のイメージ)

$$\text{必要病床数} = \left[\text{当該構想区域に所在する医療機関に入院する患者の 2040 年の性・年齢階級別の入院受療率} \times \text{当該構想区域の 2040 年の性・年齢階級別推計人口} \right] \text{の総和を (病床稼働率) で除したもの}$$

- なお、必要病床数は、構想区域に所在する医療機関に入院する患者数をもとに入院受療率を算出しているものである。一方、国から提供するデータを用いて、各構想区域に居住している患者が他の構想区域に所在する医療機関に流出している数や、構想区域に所在する医療機関に他の構想区域に居住する患者が流入している数等を踏まえた必要病床数を算出することも可能であり、各構想区域の実情に応じた算出を行うことは差し支えない。ただし、こうした場合においても、

患者の流出入のいずれかの数字のみを考慮して必要病床数を算出するのではなく、都道府県をまたぐ場合も含めて、流出先又は流入先となる構想区域と連携し、流出入の両方の数字を加味して算出することとする。

- 構想区域の見直しを行った場合は、2026年度から2028年度までの間においては、都道府県からの求めに応じて、見直し後の区域の将来推計人口等を踏まえたデータの提供を行う予定である。このほか、簡易的に、区域の見直し前に算出した必要病床数に対して、人口比率等に応じて按分する等の手法も考えられる。

4. 入院医療

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

- 入院医療については、地域ごとに、人口構造の変化や医療資源の状況が異なり、人口規模ごとに抱える課題が異なる。それら課題を踏まえ、医療需要の変化等に対応した持続可能な入院医療提供体制を構築することが重要である。
- 具体的には、医療機関機能の確保に向けた協議を通じて、手術や救急医療等の医療資源を要する医療を提供する体制を、集約化等を通じてどのように確保していくか、高齢者救急の受入やリハビリテーション、在宅復帰、慢性期医療需要への対応について、どのような役割分担を行って対応していくか等、具体的な取組を検討する。

② 地域類型ごとの特性

ア 大都市型の地域

- 大都市型の地域においては、高齢者人口の大幅な増加に伴い、高齢者救急が増加し、手術等の医療資源を要する医療の需要は相対的に減少することが見込まれる。
- また、大都市型の地域では、特定の診療科に特化した専門病院等を含め、一定の急性期医療を担う医療機関が多数存在し、手術や救急医療等の医療資源を多く要する医療が多数の医療機関に分散することで、施設ごとの症例数や医師の働き方等にばらつきが存在している場合がある。
- こうした急性期医療の分散や医療機関間の機能重複は、当該地域内での非効率な体制にとどまらず、医療従事者が都市部に集中し、都道府県全体における医師等の医療資源の偏在が進むため、当該地域の検討に当たっては、当該地域のみならず、国や都道府県全体における医療従事者の偏在是正及び持続可能な医療提供体制の確保の観点からも検討が必要となる。
- さらに、大都市型の地域では、区域全体としては医療資源が多くても、区域内の一部地域では相対的に病床や救急受入体制に限られるなど、構想区域内の医療資源の偏在も課題となる場合がある。このため、区域全体に加えて、区域内の偏在も踏まえて、病床等の整備を進めることが必要となる。

イ 地方都市型の地域

- 地方都市型の地域においては、高齢者人口が増加する一方で、生産年齢人口は減少することが見込まれ、手術等の医療資源を要する急性期医療について、一定程度の需要が存在するものの、今後は症例数の減少や医療従事者の確保が困難となることが見込まれる。
- また、地方都市型の地域は、大都市型の地域ほど医療資源が潤沢ではない一方で、県庁所在地であることや大学病院本院が所在する等、都道府県内で最も医療資源が多い地域である場合が多く、区域内において、一定程度の急性期医療、高齢者救急、その他の入院医療について、区域外からの流入にも対応できる体制の確保が求められる場合がある。
- 大都市型の地域と同様に、区域内の複数の医療機関に手術機能や救急搬送の受入が小規模に分散している場合については、医療従事者の持続可能な働き方の確保、将来的な人材育成の観点から持続可能な体制を維持することが困難となるおそれがあるため、区域内における医療機関の連携・再編・集約化を進めながら、必要な医療機能を維持することが重要である。
- このため、増加する高齢者救急等の需要に対応しつつ、限られた医療従事者で持続可能な入院医療の提供体制を確保することが課題となる。手術等の医療資源を要する医療については、急性期拠点機能を担う複数の医療機関や大学病院本院に集約し、高齢者救急を中心とした救急搬送の受入については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が担う等の役割分担を進めることが必要となる。

ウ 人口の少ない地域

- 人口の少ない地域においては、高齢者人口及び生産年齢人口の減少が見込まれる中、高齢者救急も含め、急性期医療の需要そのものが減少する一方で、医療従事者の確保も一層困難となり、従来どおりの入院医療の提供を完結させることがますます困難となる。こうした限られた医療資源の中で、必要な急性期医療等の体制を維持することが重要である。
- このため、急性期医療は、医療の質及び医療従事者の持続可能な働き方を確保できるよう、急性期拠点機能を担う医療機関に集約し、限られた医療資源に応じて効率的な提供体制を構築することが必要である。また、区域内のみで、地域で発生する手術等の急性期医療に対応することが困難な場合は、近接する構想区域での提供を前提に、医療機関へのアクセスの支援や医療機関間の連携体制の構築等を行う必要がある。
- また、これまで輪番制により二次救急の対応を行ってきた地域において、輪番制の維持が困難となっている場合があり、人口規模や医療資源の状況によっては、急性期拠点機能を担う医療機関が高齢者救急の受入も含めて対応してい

くことも検討する必要がある。

- さらに、一部の地域においては、自動車で一時間程度等と離れた複数の同規模の生活圏域により構成され、それぞれの圏域において同程度の急性期医療を提供する医療機関が存在する場合があります。アクセスの確保の観点から、一方の医療機関への集約に課題がある場合があります。こうした場合には、各生活圏域内における当該医療機関が、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関として一定の入院医療体制を確保した上で、それぞれの圏域に近接する他の構想区域に所在する急性期拠点機能を担う医療機関と連携する等の対応を検討することも考えられる。

③ 協議の進め方

- 入院医療に関する協議については、都道府県調整会議と区域調整会議を適切に使い分けながら協議を進める。
- 都道府県調整会議においては、データに基づき、各地域の現状や将来の見込みに加え、区域ごとに提供できる医療の差異や区域間での流入、流出の状況の確認、他の都道府県との比較等も踏まえ、地域ごとの課題を把握するとともに、患者のアクセスへの支援、隣接する他都道府県との連携、大学病院本院による人的協力のあり方、各構想区域では確保することが困難な医療への対応等について協議する。
- 区域調整会議においては、当該区域の課題に応じて、医療機関機能の確保や、手術、救急医療等の医療資源を要する医療の役割分担、病床の整備、その他入院医療提供体制の確保に向けた課題について協議を行う。
- 医療機関機能に関する協議については、当該区域の将来人口推計や、医療需要の見通し、各医療機関から報告された医療機関機能や実績等を把握・整理した上で、各医療機関が 2040 年において担う医療機関機能について協議を行う。協議に当たっては、急性期拠点機能について、構想区域の人口規模に加え、構想区域及び医療機関ごとの診療実績の現状や今後の見通し、医師等の確保状況を踏まえ、区域内で何か所程度確保することが適当かをまず整理した上で、2028 年度末までに各医療機関が 2040 年に担う医療機関機能を決定する。
- 医療機関機能の協議に当たっては、単に医療機関ごとの医療機関機能の形式的な決定自体を目的にするのではなく、入院医療に係る必要な医療提供体制の確保に資するかという観点から検討を行うことが重要である。
- 各医療機関が担う医療機関機能を決定した後は、急性期拠点機能を担う医療機関を中心に、手術や休日・夜間の救急対応等について、地域の医療資源等の状況に応じ、集約化も含めた役割分担をどのように行っていくか、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、リハビリテーションや退院支援等の機能を具体的にどのように果たしていき、高齢者を中心とした救急受入をどう役割分担して担っていくか、慢性期の医療需要の見込みも踏まえ、在宅医療等連携機能を担う医

療機関が地域で果たすべき役割等を協議する。

- 病床数に関する協議については、必要病床数や将来の入院医療需要の見込みの推移を踏まえ、高度急性期・急性期、包括期、慢性期の各機能の病床がどの程度必要となるかを確認し、足元の病床機能報告の状況に鑑み、病床の機能分化及び連携をどのように進めるかを協議する。その際、単に病床数の過不足を形式的に比較するのではなく、必要病床数と病床機能報告の病床数の算出方法の差異や、実際の医療需要、病床稼働率等も踏まえ、区域全体として病床の確保について検討する。
- 各事項の協議に当たっては、複数の対応案を設定した上で、比較しながら検討することが望ましい。対応案の比較に当たっては、将来の医療需要との整合性、患者のアクセス、医療従事者の確保の見込み等の複数の観点を踏まえるとともに、協議の状況を適時・適切に公表しながら進めること。
- また、地域医療構想の策定後は、2040 年に向けて、毎年の医療機関機能・病床機能報告における各医療機関の実績に基づき、取組の状況を客観的にフォローしていくとともに、実際の医療需要の変化や人材確保の状況についても把握していく。

（２）協議事項

① 医療機関機能の確保

ア 急性期拠点機能

（ア）基本的な方向性

- 急性期拠点機能の確保の目的は、手術等の急性期医療を集約して提供していくこと、また、急性期医療に従事する医師等について、都道府県と大学との連携により確保していくことで、地域において質の高い医療を提供するとともに、医療従事者も持続可能な働き方を確保し、地域における効率的な医療提供体制を構築していくことにある。
- 急性期拠点機能を担う医療機関については、2040 年の人口推計をもとに、人口 20 万人から 30 万人程度につき一か所程度を目安に確保する。
- 急性期拠点機能を担う医療機関の決定に当たっては、医療機関機能報告・病床機能報告等のデータを活用し、各医療機関の全身麻酔手術件数・緊急手術件数（必要に応じて診療科別件数等）や救急搬送受入件数（必要に応じて年齢区分別件数、経路区分別件数）等の急性期医療に係る診療実績を確認した上で、医師をはじめとする医療従事者の確保の見込みや医療機器の整備状況等の施設の整備状況に加え、建物の築年数、各種補助金や繰入金の活用状況等も考慮しながら、協議を行う。

（イ）急性期拠点機能を担う医療機関の役割について

- 急性期拠点機能を担う医療機関については、地域において、相対的に多く

の医療資源が配置されることになることから、災害医療への対応、新興感染症発生時の病床確保に係る医療措置協定の締結、初期臨床研修及び専門研修の実施による卒後教育、地域の医療機関への医師の派遣等、政策医療を含め、関連する役割を総合的に担っていく必要がある。

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、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、地域の実情に応じて総合的に提供することが求められる。具体的には、消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心として、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応できる総合性を共通して確保することが必要となる。
- 小児・周産期医療や精神医療等の一部の診療領域については、人口の少ない地域等において、例えば、ハイリスク妊産婦以外の分娩機能を、急性期拠点機能を担う医療機関に集約していくといった対応が求められる場合もある。一方、大都市部等において、既に他の医療機関によりこうした診療領域の体制が整備されている場合、急性期拠点機能を担う医療機関が新たに当該診療機能を担う必要はないと考えられる。
- 急性期拠点機能を担う医療機関が、一定の総合的な診療体制を有し、医師等の修練に資する一定の症例数を確保するためには、一定の病床数を有することが求められる。ただし、入院患者数が減少傾向であることも踏まえ、地域の役割分担の中で、他の医療機関が担うべき、高齢者救急等の症例を必要以上に対応していくことは適切ではなく、高度急性期・急性期の必要病床数を踏まえながら、地域において求められる総合的な急性期入院医療の提供機能を維持できる範囲で、ダウンサイズを行うことが求められる。

(ウ) 急性期拠点機能を担う医療機関数について

- 急性期拠点機能を担う医療機関数は、2040年の人口規模に基づけば複数か所が目安となる区域であっても、患者の流出入の状況や区域全体及び各医療機関の全国的な水準と比較した診療実績、2040年に向けた症例数や医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、将来的な医療機関の役割分担に資するように適切に設定する必要がある。構想区域の人口規模と「人口20万人から30万人程度につき一か所程度」という目安に基づき算出した、急性期拠点機能を担う医療機関数を前提として、各医療機関の診療実績の相対順位のみに応じて機械的に決定するといった進め方は適切ではない。
- 区域における急性期拠点機能を担う医療機関数を検討するに当たっての具体的な考え方は以下のとおり。
 - ・ 手術等の急性期医療を将来にわたり集約して提供していくためには、一定以上の症例数を確保、維持していく必要があることから、区域全体における現時点での全身麻酔手術件数や緊急手術件数等を他の地域や全国との比較を含め考慮し、これらの件数が少ない、あるいは減少が見込まれる

場合については、「人口 20 万人から 30 万人程度につき一か所」という目安より少ない数での確保を検討する。

- 人口規模が 100 万人を超える区域や、都道府県間をまたいで患者が多く流入している首都圏に所在する区域については、個別性が高く、高度な医療機能を有する病院が複数あることから、急性期拠点機能を担う医療機関数の目安を一律に適用すると、機能の異なる様々な医療機関が同じ急性期拠点機能として位置付けられることとなり、医療機関の役割分担の明確化という本来の趣旨に沿わない。こうした地域では、急性期拠点機能を担う医療機関は、地域での役割分担に資するよう、一定の総合性を有する医療機関に限り設定することとし、単に人口規模に基づき設定するのではなく、各医療機関が果たしている多様な役割を踏まえ、様々な診療実績等を確認しながら協議を進める。
- 地方都市型の区域や人口の少ない区域においては、診療実績が同程度の複数の急性期医療機関が存在する場合があるが、現状の診療実績が同程度であることを理由として、急性期拠点機能を当該複数か所確保するといった進め方は適切でない。区域内での相対的な順位を確認するだけでなく、医師数当たりの症例数や人口当たりの手術件数等を、他の区域において急性期拠点機能を担っている医療機関と比較することで、全国的に見て、当該区域内の急性期医療の提供が効率的か、将来に向けた集約化の必要性があるか等を併せて検討する必要がある。
- 大学病院本院は広域的な医療提供を行うが、区域によっては、地域における二次救急等の急性期医療も実施し、急性期拠点機能に求められるような役割を果たしている場合もある。大学病院本院は、医育及び広域診療機能を報告することとなるが、こうした区域においては、急性期拠点機能を担う医療機関数については、当該大学病院本院の診療実態等を考慮した上で設定する。また、当該大学病院本院は、他の急性期拠点機能を担う医療機関と同様、他の医療機関と高齢者救急の受入等に係る役割分担に向けた協議を行う。
- 人口規模が限られた構想区域であって、構想区域に係る協議を踏まえてもなお、地理的な要因等により広域化等の見直しを行わないこととした場合には、当該区域において一定の医療の完結を見込むことが困難であると考えられる。当該区域内においては、急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを検討する。この場合、当該区域内では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保することとし、当該医療機関が一部の頻度の高い疾患等を中心に、一定程度の急性期医療を担えるよう、連携・再編・集約化の取組や医師の確保等の取組を検討する。

(エ) 急性期拠点機能を担う医療機関の決定

- 区域において確保すべき、急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、具体的にどの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて協議を行う。その際、2040 年に向けて、急性期拠点機能として当該区域で果たすべき役割を満たすことができるよう、手術や救急医療等の急性期医療の役割分担や人的協力の取り決め等の具体的な取組も併せて確認した上で決定する。
- 協議に当たっては、これまで急性期医療を一定担ってきた医療機関についても、今後の人口構造の変化とそれに伴う医療需要の変化の見込みや、建物の老朽化・建替見込み、各種補助金・繰入金の活用状況を踏まえ、従前と同様の診療機能や役割の維持を前提とせずに、2040 年において現実的に担いうる医療機関機能を検討していく。
- 救急搬送受入件数や全身麻酔手術の実施件数等に加えて、災害医療や小児・周産期医療等、医療計画において果たしている役割を踏まえて検討を行う。ただし、複数の医療機関が様々な政策的役割を担う場合や、こうした役割を担ってはいないものの、高い診療実績を有する医療機関が存在する場合においては、単に三次救急医療施設や災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院等に指定されていることをもって、急性期拠点機能を担うことは適切ではなく、具体的な診療実績も考慮しながら総合的に協議を行っていくこと。
- また、急性期機能を担う医療機関の決定に当たっては、必要に応じ医療機関へのアクセスの状況も考慮する。例えば、二か所の急性期拠点機能の確保が目安となる構想区域において、一定の距離を隔てた地域に急性期医療を担う医療機関が三か所以上所在する場合には、診療実績等に加え、医療機関へのアクセスを考慮し、それぞれの地域ごとに一つずつ急性期機能を担う医療機関を確保することが考えられる。
- 以下のような場合については、医療機関間の連携・再編・集約化等を念頭に置いた上で、急性期拠点機能以外の医療機関機能を担っていくことを検討する必要がある。
 - 診療実績等が相対的に低く、人材確保等の制約から、将来的には、手術等の急性期医療は、当該区域内の他の急性期医療機関や、隣接区域において急性期拠点機能を担う医療機関に集約して行っていくことが現実的であると考えられる場合
 - 急性期拠点機能を担う医療機関に近接しており、当該医療機関に比して、症例数が一定以上少ない場合
 - 同一市内等の近接した地域に、同程度の急性期医療の実績を有する医療機関が存在し、将来的な医療ニーズや人材確保の見込みも踏まえると、将来にわたり双方の症例数を確保していくことが困難な場合