

- 開設主体に基づき急性期拠点機能を担う医療機関を決定するといった考え方は想定されず、設立主体によらず、診療実態や将来の医療資源の確保の見込み等を踏まえて検討する。
- 地方の自治体立病院は、小児・周産期医療等をはじめとした不採算とされる政策医療や人口の少ない地域での医療を担っている場合がある。地域医療構想調整会議での協議においては、これまでも、各種補助金や繰入金の活用状況等を提示し、議論することとされてきたところ⁴であるが、今後、自治体財政上の制約等を背景に、医療機関の連携・再編・集約化の検討が一層求められることが見込まれる。具体的な収支の状況も踏まえながら、一定の急性期医療を担う近隣の公的病院や民間病院に、当該自治体立病院が担っている政策医療等を集約することも検討する必要がある。
- また、建物の状況など施設の整備状況等も踏まえて協議を行うことも重要である。同程度の急性期医療に係る実績を有する医療機関間で、いずれかを急性期拠点機能を担う医療機関として決定する場合には、建物の老朽化の状況にも留意し、建替に係る費用も含めて検討する必要がある。ただし、地域医療構想は2040年やその先の将来にわたって持続可能な医療提供体制の構築を目的とするものであり、単に、築年数が浅いことをもって急性期拠点機能を担う医療機関として選定するのではなく、診療実績等も含めた総合的な検討により、急性期拠点機能を担う医療機関として、区域において確保すべきと考えられる場合については、公的医療機関や民間医療機関等であっても、設立主体の別を問わず、施設整備等に係る費用の支援も含めて検討することが求められる。
- 区域内において、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、関係者間の協議が調わない場合の考え方は以下のとおり。
 - ・ 地域において設定すべき数以上の医療機関が急性期拠点機能を担う意向があり、協議が円滑に進まない場合であって、医療機関から求めがあった場合や都道府県が必要と認めた場合等については、都道府県が病院間での意見交換等の場を設定する。
 - ・ 病院間での協議でも調わない場合においては、都道府県や医師の人的協力を行う大学病院本院も交え、人材確保の見通しを踏まえた上で、協議を行う。
 - ・ 例えば、大都市、地方都市部において、県立病院と市立病院、あるいは市立病院同士等が近接して所在し、急性期医療の役割分担について協議が必要となるような場合は、県と市の病院事業担当部局が、県の地域医療構

⁴ 「都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況を提示すること。（略）プラン（注：新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プラン）を策定する医療機関は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報などを記載すること。都道府県は、個別の医療機関ごとの情報を整理して提示すること。」（「地域医療構想の進め方について」（平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知））

想担当部局、医療関係者、人的協力を行う大学病院本院等の協力を得ながら、診療実態や各種補助金・繰入金の活用状況等を踏まえ協議を行い、2040年に向けた連携・再編・集約化の方針の下で、それぞれの病院がどのような役割分担を行っていくか整理する必要がある。

- その上で、なお、関係者間の協議が調わない場合には、都道府県において、改めて各医療機関の診療実績や将来の医療需要の見通し等を客観的に勘案し、医療関係者や人的協力を行う大学病院本院等の協力も得ながら、方向性を決定する。なお、その場合、急性期拠点機能を担わないこととなった病院についても、高齢者救急の対応や地域の初期救急の対応等、地域で必要な役割を果たすことができるよう、高齢者救急の主な受入先とする体制を構築するなど、関係医療機関との協議も踏まえ、具体的な取組を検討していく。

イ 高齢者救急・地域急性期機能

- 高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、今後増加が見込まれる高齢者救急を中心とした救急患者の受入等、地域住民に最も近い地域急性期医療を担う医療機関として、急性期拠点機能を担う医療機関の配置状況も踏まえつつ、区域内で適切に確保していくことが重要である。なお、救急搬送の受入以外にも、休日・夜間を含めた高齢者施設等からの外来患者の診療についても適切に対応していくことが求められることにも留意する。
- 高齢者救急を含めた救急の受入に係る役割分担を行っていくにあたり、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関と連携しながら、地域での協議に積極的に関与し、搬送先の選定に当たっての考え方や、下り搬送、上り搬送を含めた受け入れ後の連携のあり方等について具体化していくことが求められる。
- また、高齢の入院患者の早期退院に向け、入院中のリハビリテーションや退院調整等の機能を強化していくとともに、在宅復帰に当たっては、在宅医療につなげる必要がある場合も多いことから、在宅医療を担う関係者との連携体制を構築していくことも求められる。特に、退院後早期から、訪問診療に加え、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導等が切れ目なく提供されるよう、在宅医療を担う関係者との間で、退院前から多職種による調整を行い、退院後の支援体制をあらかじめ整えておくことが重要である。
- さらに、退院後の受け皿を確保する観点及び適切な医療を受けられる体制を整備する観点から、協力医療機関としての役割を積極的に担う等、高齢者施設との連携体制を構築していくことも重要である。具体的には、Ⅱ． 7． を参照すること。
- 大都市型の地域を中心に、例えば急性期脳梗塞に対する t-PA 療法などにつ

いて、高齢者救急の受入を中心に行う医療機関も含む複数の医療機関が連携して急性期医療を提供している場合がある。こうした場合は、当該提供体制の実情も踏まえ、手術等の医療資源を多く要する医療は集約しつつ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関においても、当該治療に必要な体制を維持し、一定の急性期医療を継続して提供していくことが考えられる。

- また、大都市型の地域や一部の地方都市型の地域において高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関については、病床規模や医師をはじめとする医療従事者の人員数、救急搬送受入件数の規模等に相当程度の幅があると考えられる。救急搬送を多く受け入れている医療機関については、当該件数に応じ手術や処置等を必要とする症例が一定水準以上発生するため、大腿骨近位部骨折に対する手術等の頻度の高い手術・処置等を実施できる体制を整備することも考えられる。
- 急性期拠点機能を担う医療機関まで、自動車で一時間程度を要するなど、移動に長時間を要する地域では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、一定の集約化を前提として、都道府県や大学病院本院との連携等を踏まえ人材を確保し、一定程度の急性期医療を提供する体制を維持あるいは構築することも検討する。この際、急性期拠点機能を担う医療機関への集約化の方向性や、人材及び症例数の確保等とのバランスを考えた上で、具体的にどういった急性期医療を提供していくのかについて協議していく必要である。
- 高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が具体的に担う役割の範囲や規模は、地域や個別の医療機関により幅があると考えられるが、急性期拠点機能を担う医療機関との手術や救急医療等の役割分担を踏まえ、患者の減少が見られる場合等について、地域の実情に応じダウンサイズを行っていく必要がある。
- 有床診療所は、高齢者救急を積極的に受け入れるとともに、退院後も見据えた地域に密着した入院医療の提供を行っている場合があり、こうした場合については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関として報告し、地域における協議の場に積極的に参加していく。

ウ 在宅医療等連携機能

- 医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加が見込まれる中、在宅医療は、地域の慢性期医療の受け皿の一つとして、そのあり方を検討していく必要がある。その上で、病院が在宅医療の提供や在宅医療の後方支援を行う体制の整備についても、地域の慢性期医療需要の動向を見据えながら検討していくことが必要となる。
- このため、在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的に求められる役割や範囲は地域により異なる。人口の少ない地域や広域な構想区域で局所的に在宅医療の医療資源が乏しい地域等において、これまで在宅医療を担ってきた診療所や在宅療養支援病院等のみで在宅医療の体制を維持することが困難な場合

に、他の病院等が新たに在宅医療を行うことや、在宅療養中の患者の後方支援体制が課題となっている地域において、病院がバックベットの確保を含め在宅医療の後方支援を担うこと等、在宅医療を含めた慢性期の医療提供体制に係る協議の内容（Ⅱ． 7． （2）①参照。）も踏まえ、地域ごとに求められる役割を検討していく。

- 在宅医療等連携機能を担う医療機関は、地域における 24 時間の提供体制の確保に当たり、在宅医療を担う他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等との連携体制を構築していくことが重要である。在宅医療等連携機能を担う病院等はこうした連携の中心となってネットワークを構築し、地域の診療所等と協働しながら地域で面として在宅医療の提供を支える体制を整備することが重要である。
- さらに、在宅医療等連携機能を担う医療機関は、在宅医療を支える関係者との連携に加え、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と同様、高齢者施設の協力医療機関としての役割も積極的に担っていくことが求められる。
- 在宅医療全体の協議事項については、Ⅱ． 6． を参照すること。
- 有床診療所は、緩和ケアや看取りといった、在宅医療の支援に加え、介護や福祉との連携を行っている場合があり、こうした場合については、在宅医療に係る地域での協議内容も踏まえ、在宅医療等連携機能を担う医療機関として報告することが考えられる。

エ 専門等機能

- 専門等機能については、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらない、いわゆる回復期リハビリテーションに特化した入院医療を行う医療機関や、中長期にわたる療養を要する慢性期患者に対する入院医療を行う医療機関、地域に根ざした診療を行う有床診療所等が担うことが想定される。
- また、少数の診療領域のみ対応する医療機関も基本的に専門等機能を報告することとなるが、地域において、大腿骨近位部骨折や脳卒中等、高齢者において頻度の高い疾患について、休日・夜間の救急対応も含めて多く対応している、もしくは、今後そうした意向がある医療機関については、高齢者救急・地域急性期機能を報告し、高齢者救急の受入に係る役割分担等の協議にも参画する。
- さらに、有床診療所も専門等機能を報告することとなるが、地域において高齢者救急等の入院患者の受入を積極的に行う場合は高齢者救急・地域急性期機能を、在宅医療の提供や地域における在宅医療に対する后方支援を行う場合は在宅医療等連携機能を報告する。
- 大都市や地方都市等において、他区域や他都道府県からの患者も含め、相当程度の症例数を確保した上で、特定の診療領域における専門性の高い診療を行っている医療機関については、引き続き、一定程度の手術等の急性期医療を実

施していくことが考えられるが、都道府県全体の医療提供体制として、偏在が生じていないか等については確認していく必要がある。

- 一方、一診療科あるいはごく少数の診療科に特化し、小規模に手術等を実施している医療機関については、今後の医療需要や術者の確保の見込みを踏まえ、効率的な医療提供を行っていくため、地域の医療需要に応じて急性期拠点機能を担う医療機関へ症例を集約していくことも検討する必要がある。

オ 医療機関の連携・再編・集約化

- 急性期拠点機能を中心とした、構想区域内での医療機関機能の確保に向けた方向性に加え、都道府県内の他の構想区域での医師や看護師等の医療従事者の充足状況等の広域的な観点も踏まえ、医療機関の連携・再編・集約化を一体的に検討していく必要がある。
- 医療の質や、医療従事者の持続可能な働き方の確保の観点も踏まえ、手術症例が小規模に分散している場合には、急性期拠点機能を担う医療機関に集約していき、増加が見込まれる高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面に対応するといった基本的な方針を、都道府県全体として共有することが重要である。
- 局所的に医療資源が小規模に分散している地域においては、主に包括期や慢性期の医療を中心に担う医療機関であっても、連携・再編・集約化の取組や医療機器の共同利用等、地域の中で効率的な医療提供体制の構築に向けた取組を検討していく必要がある。
- こうした医療機関の連携・再編・集約化を進めるに当たっては、同時に、地域住民が必要な時に必要な医療へ適切にアクセスできる体制を維持・確保していくことが重要である。とりわけ、人口の少ない地域においては、一定の集約化の必要性が高い一方、医療機関までの移動時間が長くなる場合が多いことから、患者のアクセス確保は特に重要な課題となる。
- こうした課題に対しては、地域公共交通の確保や、巡回診療、送迎支援、オンライン診療等の手段を適切に組み合わせ、地域の実情に応じた対応を図ることが重要であり、必要に応じて、都道府県の地域交通担当部局等とも連携していくことが重要である。Ⅱ. 5. (2) ②も参照すること。
- なお、人口の少ない区域であって、自動車で概ね一時間程度の距離を隔てた二つの生活圈域から構成される区域では、集約化により、一方の圏域において著しくアクセスが悪化することが見込まれる場合がある。こうした場合には、当該地域での急性期拠点機能の確保は前提とせず、双方の圏域に高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保しつつ、それぞれの圏域に近接する他の構想区域に所在する医療機関と連携する体制を構築することを検討する。

② 急性期医療の役割分担に向けた取組

ア 手術

- 今後の医療需要の質的变化、医療従事者の持続可能な働き方の確保の必要性を踏まえ、緊急手術を含めた地域において必要な手術を安定的に提供できる体制の整備に向け、手術症例の集約化と医療機関間の役割分担を進めることが重要である。また、手術症例の集約に当たっては、医療の質の確保、医療安全性の向上及び手術を担う医師の人材育成の観点も考慮していく必要がある。
- 手術については、手術を行う診療科だけでなく、麻酔科医をはじめとした周術期の医療従事者の確保も必要となる。特に、人口の少ない地域では、人材確保の観点から、緊急手術等への対応として輪番で対応するといったこともますます困難となることから、急性期拠点機能を担う医療機関に集約していくことが重要となる。
- 手術の役割分担については、地域全体の入院医療提供体制を整備していく観点から、急性期拠点機能を担う医療機関、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関、大学病院本院が連携し、以下の点について協議していく。
 - 手術実施に係る現状の把握
 - － 医療機関機能報告・病床機能報告等のデータを活用し、地域における手術件数（全身麻酔手術件数、診療科別手術件数等）を把握した上で、特に同程度の規模の他地域との比較等を通じ、地域における手術の集約、あるいは分散の状況、過不足や偏在の状況を把握していく。
 - 手術症例の集約化及び役割分担
 - － 手術の実施体制を将来にわたり確保するに当たっては、各診療科の術者に加え、麻酔科医、手術室や医療機器等の設備を確保、維持していく必要がある。また、手術症例が小規模に分散している場合、麻酔科医の不足につながる等の課題も指摘されており、構想区域内の提供体制の整備という観点に加え、同一都道府県内の他区域における医師の充足状況といった広域的な観点からも集約化のあり方を検討していく。
 - － 例えば、周産期領域においては、ハイリスク妊産婦を中心に、分娩施設の集約化を図る一方、妊婦健診については地域の診療所で担うといったセミオープンシステムの整備が進んでいる。手術施設の集約化に当たっても、こうした他の医療機関との連携等、柔軟な取組も検討していく。
 - － 急性期拠点機能を担う医療機関においては、頻度の高い待機的手術に加え、緊急性の高い疾患に対する緊急手術や一定の専門的な手術、合併症リスクの高い患者への手術等を、医師の持続可能な働き方を確保した上で、総合的に提供できるよう、休日・夜間の手厚い体制を含む持続可能な体制を確保していく。
 - － この際、当該医療機関単独では人材確保を行うことが難しい場合は、都道府県と大学病院本院が連携し、各診療科の術者や麻酔科医等の派遣に

よる人的協力のあり方も検討する。

- 一 また、当該医療機関ではカバーできない手術については、大学病院本院や他の構想区域において急性期拠点機能を担う医療機関と連携し、広域的な体制を確保する。
- 一 地方都市型の地域等において、都道府県立の専門病院等が一定の手術の実施を担っている場合がある。こうした場合は、全国的に患者の受入等を行っている場合を除き、今後の手術症例の減少傾向を踏まえ、急性期機能を担う医療機関への手術症例の集約化を検討していく必要がある。
- 救急医療との連動
 - 一 救急搬送患者のうち緊急の手術を要する症例について、急性期機能を担う医療機関を中心に速やかに対応可能な体制を整備するため、後述する救急医療の役割分担に係る検討と併せて協議していく。

イ 救急医療

- 今後更なる増加が見込まれる高齢者救急を含め、救急搬送の需要を受け止めることのできる体制の整備に向け、救急車の適時・適切な利用や受入時の役割分担、受入直後の下り搬送・上り搬送及び急性期を経過した後の転院搬送に係るルール作りが重要である。
- 救急医療の役割分担については、救急搬送体制全体の観点も含め、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関や、消防機関等とともに以下の点について協議していく。
 - 救急搬送に係る現状の把握
 - 一 救急搬送については、地域により人口当たりの救急搬送要請数や救急搬送受入件数が異なっていることが知られている。医療機関機能報告・病床機能報告のデータ等を参考に、地域ごとに人口当たりの救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数、両件数の比率を比較し、全国的に見た場合の救急搬送受入件数の多寡等を地域全体で把握するとともに、年齢区分別の救急搬送受入件数や要請元の施設類型等を把握することで、救急搬送受入が相対的に多い場合の要因分析等を行う。
 - 一 例えば、救急搬送受入件数が多い一方で、全身麻酔手術の少ない地域は、同じ疾患や状態であっても、相対的により多く救急車が利用されている場合もあると考えられる。
 - 救急車の適時・適切な利用について
 - 一 救急搬送受入件数が相対的に多い場合で、患者のアクセスに課題がある場合、アクセスに係る課題解決に向けた検討を進めるとともに、救急車の適時・適切な利用の推進に向けた取組も必要であり、#7119 や #8000 の活用を推進する等の取り組みを検討するといったことが考えられる。
 - 高齢者救急を中心とした救急車受入の役割分担について

- 一 各医療機関の救急搬送受入件数を踏まえ、各医療機関で対応すべき疾患・状態像を整理していく。
 - 一 具体的には、急性期拠点機能を担う医療機関においては、手術を要する患者や、緊急度・重症度の高い患者への対応を、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関においては、高齢者救急を中心とした救急搬送患者の受入、入院対応を行う体制を構築していくことが考えられる。
 - 一 高齢者救急の受入に係る考え方については、手術等の実施頻度が低く、包括的な入院医療の必要性が高いという特性も踏まえ、消防機関や消防担当部局とも連携しながら、日常的な救急搬送の運用や実施基準へ反映させていくことを検討していく。
- 救急搬送受入後の連携について
 - 一 救急搬送の効率的かつ効果的な受入の推進のためには、受入時点のみではなく、受入後の入院医療や転院搬送等の連携のあり方についても併せて検討していく必要がある。
 - 一 急性期拠点機能を担う医療機関での救急車受入後、自施設での医療提供を必ずしも要しないと判断された患者については、適切なリハビリテーションの実施等のため、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関へ下り搬送することや、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関で対応が困難な救急搬送患者を、急性期拠点機能を担う医療機関へ上り搬送できる連携体制の整備も重要である。このように両機能を担う医療機関間で、こうした受入直後の転院搬送に係る連携を行っていく⁵。
 - 一 また、救急搬送患者を受け入れるためには、入院早期から、早期退院を見据えた医療やリハビリテーション、退院調整等を行い、ベッドの確保に努める必要がある。さらに、急性期の治療を終えてもなお退院が困難な患者について他の医療機関等へ転院搬送を行うことや、円滑な退院支援のため、在宅医療を提供する施設・介護保険施設との連携を強化すること等、急性期経過後の患者の受入に係る連携体制の構築も重要である。なお、早期退院に向けた介護保険施設との連携については、Ⅱ．７．（２）②アも参照のこと。
- 救命救急センターの役割
 - 一 救命救急センターに指定される医療機関は増加傾向にあるが、今後人口減少が見込まれる地域において、地域の救急医療提供体制における役割分担として、引き続き機能を維持していくのか、二次救急を中心とした提供に移行していくのかについては、第９次医療計画に向け、検討していく必要があることに留意する。

⁵ 「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」（令和７年６月３０日付け消防救第２１７号消防庁次長・医政発０６３０第６号厚生労働省医政局長通知）等を参考に、医療機関が所有するいわゆる病院救急車、消防機関が認定する患者等搬送事業者等を活用するなど、転院搬送における救急車の適正利用の推進について、都道府県メディカルコントロール協議会等において十分な議論を行うこと。

③ 病床に関する取組

ア 病床整備の方向性

- 都道府県は、入院医療提供体制の確保に当たり、必要病床数及び病床機能報告の状況を踏まえながら、地域における病床数のあり方について検討する。この際、入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれる中、全体としてはダウンサイズを進めつつ、今後需要の増加が見込まれる包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備していくことが重要である。
- 都道府県は、構想区域ごとに、足元の病床機能報告における病床数と必要病床数の比較を、病床機能別の比較も含め行っていくとともに、背景にある医療需要の動向や医療機関機能の分担の状況、病床の利用実態等を把握した上で、具体的な病床の機能分化・連携に向けた取組を行っていくことが求められる。なお、高度急性期機能及び急性期機能の病床数については、合計した数値を用いて検討を行うこと。
- 病床整備の取組の検討に当たっては、病床機能のみならず、医療機関機能とも整合性を図る必要がある。具体的には、前記①で述べた、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能等の確保に向けた協議を踏まえた上で、各医療機関が担う役割に応じた形で病床機能の分化・連携を進めることが重要である。
- 包括期機能の病床が不足すると見込まれる場合には、高齢者救急の受入に係る役割分担や、慢性期需要に対する在宅医療及び介護との役割分担等に係る検討と併せて、どのように病床を整備していくかを協議することが重要である。
- 慢性期機能の病床については、現在の病床数や、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等を踏まえて検討する（Ⅱ． 7． 参照。）。

イ 病床整備の留意点

- 病床機能報告に基づく病床数と必要病床数や基準病床数の関係については、Ⅰ． 4． のとおりであり、両者の数値を比較し、マクロの病床規模を把握していくことは引き続き重要である一方、その差分には、病棟単位と病床単位での差分等が含まれていることには留意が必要である。入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない。
- また、ある病床機能の不足が課題となる場合であっても、地域における当該病床機能を有する各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床をせずとも、既存の病床を有効に活用することで、当該病床機能に係る患者の受入体制を確保できないか等を検討することも重要である。
- さらに、病床の整備に当たっては、必要に応じて、構想区域より狭い地域単位で検討する必要がある。具体的には、構想区域の広域化を行った場合等、構

想区域内において医療資源の地域差が見られる場合については、あくまで、区域の中でも相対的に医療資源が少ない地域において病床を確保することが望ましい場合がある。このため、都道府県は、増床等の必要性を単に構想区域全体で一体的に判断するのではなく、市区町村単位等の一定の地域ごとに、機能区分別の病床数や各医療機関の医療機能機能、病床稼働率等を把握・整理した上で、特に必要性が認められる地域において、増床等の病床整備を行うといった対応を検討すること。

ウ 必要病床数等に係る都道府県知事権限

- 第8次医療計画においては、基準病床数が必要病床数を大幅に上回る都道府県が一定数存在し、当該都道府県のうち一部において、将来の病床数の必要量を超えた病床整備を行おうとする事例があった。このため、一層効率的な病床整備を実効的に行うことができるよう、改正医療法において、増床の申請があった場合であって、以下のいずれにも該当するときは、申請者に理由等の提出及び地域医療構想調整会議での説明、都道府県医療審議会での説明を求め、これらを踏まえ、地域医療構想の達成の推進のために当該申請に係る病床を必要としないと認めるときは、増床の許可を与えないことができることとした。
 - ・ 当該申請により既存病床数が基準病床数に満たないと認めるとき
 - ・ 当該申請により既存病床数が将来の病床数の必要量を超えることになる
と認めるとき
- また、これまでも、新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、区域において不足する医療機能以外の医療機能となっている場合等については、都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議の意見を聴いて、医療法第7条第5項に基づき、開設許可に当たって不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与すること等とされてきたところ⁶であり、増床に当たっては、機能区分別の既存病床数及び必要病床数も踏まえた上で、慎重に判断すること。

④ 広域的な観点での医療提供体制の確保

ア 大学病院本院の担う役割

- 大学病院本院は、高度で専門的な医療を提供するとともに、医師の養成や地

⁶ 「都道府県は、①新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、当該構想区域における不足する医療機能以外の医療機能となっている、②当該構想区域における不足する医療機能について、既存の医療機関の将来の機能転換の意向を考慮してもなお充足する見通しが立たないといった場合等には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議の意見を聴いて、医療法第7条第5項に基づき、開設許可に当たって不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与すること。また、当該開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該許可に付された条件に従わない場合には、同法第27条の2第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該条件に従うべきことを勧告すること。さらに、勧告を受けた者が、正当な理由がなく、当該勧告に従わない場合には、同条第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令すること。それでもなお命令を受けた者が従わなかった場合には、同条第3項に基づき、その旨を公表すること。」（「地域医療構想の進め方について」（平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知））

域医療への人的支援等の役割を担っており、都道府県調整会議において、構想区域ごとの議論の状況を踏まえながら、所在する大学病院本院が具体的に担う医療提供等のあり方について協議を行うことが重要である。

- 大学病院本院と都道府県は、地域全体の入院医療提供体制を確保する観点から、医局に属する医師数等の情報や、地域における医療機関機能の確保の方向性を踏まえた、人的協力が必要な医療機関・不足する診療科等の情報、地域枠医師の勤務状況等を共有した上で、医師の配置先を調整していく。
- 現在、大学病院本院による人的協力は、医局や講座単位等で個別に行われる場合も多く、都道府県による地域枠医師の配置については、自治体立病院を基本として配置されている場合もある。今後は、こうした人的協力や地域枠医師の配置について、大学病院本院全体と、都道府県とが連携しながら地域医療構想の方向性に沿ってなされることが求められる。特に、大学病院本院は、各診療科の術者を担う医師や麻酔科医、内科医等を派遣する場合については、従来の個別医療機関間の関係性にとらわれることなく、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等の、地域において必要な医療機関機能の確保の方向性と整合的に行われるよう、また、都道府県は、地域枠医師の配置について、医師の育成の観点にも留意しつつ、必要に応じて、地域に必要な自治体立病院のほか、地域医療構想の方向性に沿ったその他の医療機関への配置も可能となるよう努める必要がある。
- なお、地域の医療提供体制の検討にあたり、複数の医療機関が複数の大学病院本院から医師の派遣を受けている地域等においては、地域での協議が複雑化するケースが想定される。こうした場合には、都道府県は、当該大学病院本院も含めた、円滑な協議体制の構築に努めること。
- 大学病院本院は、症例数が限定的な疾患の診療や、移植医療等、高度な技術を要する医療について、都道府県単位又はより広域な連携のもとでの提供を担う。こうした広域的に担うべき医療提供の具体的なあり方については、都道府県と大学病院本院に加え、関連学会等とも連携しながら検討を行い、必要に応じて第9次医療計画の検討等において具体化していく必要がある。
- 大学病院本院について、一部の診療領域に係る実績が十分に高いとはいえないものの、同一都道府県内の他の大学病院本院が高い診療実績を有している場合がある。こうした場合については、必ずしも当該診療領域を整備する必要はなく、地域における連携体制を構築した上で、必要な医療提供体制及び教育体制の確保に努めることが重要である。

イ 構想区域内で完結できない医療への対応

- 人口規模の小さい構想区域等においては、医療需要の規模や医療従事者の確保状況等を踏まえると、すべての医療を当該区域内で確保することが困難な場合がある。こうした場合、都道府県調整会議において、構想区域間の連携や都

道府県単位での提供など、地域の実情に応じた様々な医療提供体制の構築のあり方について、検討することが必要となる。

- 例えば、ある構想区域内の急性期拠点機能を担う医療機関での対応が困難、又は当該医療機関での体制整備が著しく非効率となるような、発生頻度が限られた手術等について、当該構想区域内での実施ではなく、隣接する構想区域や大学病院本院等の医療機関において対応する体制の構築について検討が必要である。
- また、島嶼など、アクセスにおける制約があり、かつ人口規模が限定的な構想区域等においては、まずは高齢者救急・地域急性期機能や専門等機能を担う医療機関において救急搬送患者の受入や入院対応を行い、重症患者や高度な医療が必要な患者については、構想区域外の急性期拠点機能を担う医療機関へ病院救急車を含む救急車やドクターヘリ等により転院搬送する体制の構築について検討が必要である。
- さらに、都道府県全体で人口の少ない場合等において、都道府県内では完結しない医療も想定され、そうした場合には隣接する都道府県や当該都道府県内に所在する大学病院本院との協議が必要となる場合も考えられる。

5. 外来医療

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

- 外来医療については、人口の少ない地域を中心として、人口減少に伴う外来医療需要の減少により、小児科や産婦人科をはじめとした一部診療科の維持が困難となりつつあるほか、診療所医師の高齢化による診療所の維持困難、休日・夜間の初期救急体制の確保困難、専門的な外来機能の不足等、様々な課題が生じはじめている。
- 更なる人口減少が進む 2040 年を見据え、従来どおりの提供体制を前提とすることが難しくなる地域については、診療所の状況等を踏まえながら、地域の医師会等との連携や病院が補完的に役割を担うこと等により、限られた医療資源の中で持続可能な外来医療提供体制を構築することが求められる。
- 加えて、医療機関までの距離が遠いこと、公共交通機関が限られていること等により、外来医療へのアクセスそのものが課題となる地域においては、通院手段の確保やオンライン診療の活用等⁷も含めて、地域住民が必要な時に適切な医療を受けられる体制を併せて確保していくことが必要である。
- また、都市部においては、外来医師過多区域等において、外来医療機能の偏在等がみられるほか、区域全体としては医療資源が相対的に豊富な場合であっても、

⁷ オンライン診療については、「「かかりつけの医師」にて行われることが基本であり、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」ことや、「患者の急変などの緊急時等で、オンライン診療の実施が適切でない状況になった場合においても、患者の安全が確保されるよう、医療機関及び医師は、必要な体制を確保しなければならない」こと等、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に従い、原則として当該地域において実施するものであることに留意する。

区域内の特定の地域において、休日・夜間の診療体制や専門的な診療機能の不足があるなど、同一の区域内であっても、課題は様々ではない。このため、区域全体のデータのみならず、外来機能報告及びかかりつけ医機能報告により得られるデータ等も踏まえながら、地域において必要な外来医療の提供体制を整備することが必要となる。

- 今後、外来医療の需要そのものは、多くの地域において減少していくことが見込まれる一方で、高齢患者の増加が見込まれることから、外来リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、服薬指導、重症化予防、療養支援等を含めて外来で切れ目なく提供できる体制を整備するとともに、退院後の診療継続や訪問看護、外来リハビリテーション等の受け皿を確保することも必要となる。
- また、大都市型の地域において、高齢者の外来医療の需要等が増加することが見込まれる地域もあるが、日本全体における効率的な医療提供体制の構築や医師の偏在是正の観点も踏まえ、そうした地域においても効率的な外来医療の提供に向けた協議は重要である。
- なお、今後、外来医療に係る取組の状況やかかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、国において、外来医療データの活用等のあり方について検討することとする。

② 協議の進め方

- 外来医療に関する協議については、まず、都道府県調整会議において、地域ごとの課題を把握していく。具体的には、構想区域ごとに、将来推計人口、外来医療の需要の見込み、医療機関の配置状況、休日・夜間の診療体制、診療所の継続性、オンライン診療の活用状況等のデータ、かかりつけ医機能報告等を踏まえ、各構想区域において、将来に向けた外来医療の提供体制に課題がある地域が存在するか等を把握する。
- 必ずしも全ての区域において同一かつ常時の協議を行う必要はなく、課題がみられる地域について、区域調整会議以外にも、既存の協議の場の活用や、ワーキンググループの設置等も検討し、課題の性質に応じた体制で協議を行う。この際、具体的な検討を都道府県調整会議又は区域調整会議でない場で行った場合は、いずれかの調整会議に報告をすることにより、調整会議における協議に代えてよい。
- そうした上で、課題に対する取組として、都道府県、市町村、医療関係者等が連携し、診療所を中心に、必要に応じて病院も含めた地域全体での外来医療提供体制の構築、患者のアクセス支援、効率的な外来医療の提供のあり方等について検討していく。
- なお、外来医療については、退院後の患者に対する継続的な診療、外来リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、服薬指導、重症化予防、療養支援等を切れ

目なく提供する観点から、医科、歯科及び薬局の連携のあり方についても併せて協議することが望ましい。

（２）協議事項

① 休日・夜間も含めた持続可能な外来医療提供体制の構築

- 2040 年に向け、地域住民が、必要な時に適切な外来医療を受けることができる体制を構築していく必要がある。
- 休日・夜間の外来医療提供体制の構築に当たっては、地域の診療所が輪番や在宅当番等により対応する体制、診療所に加え病院も連携して対応する体制等、地域の医療資源の状況や今後の見込みに応じた体制を検討していく。
- また、特定の診療科について、個々の医療機関で小規模な診療体制を維持していくことが困難な場合には、都道府県や大学病院本院との連携体制を構築した上で、地域の実情に応じて、当該診療科の診療機能を維持するための体制を確保することが考えられる。
- さらに、人口の少ない地域や診療所数が限定的な地域においては、外来医療の提供体制をこれまでの体制で維持することが困難な場合があり、この場合、地域の医師会等との連携体制の構築により、診療所とかかりつけ医機能を有する病院が連携した外来医療の提供体制を構築すること等も考えられる。
- 今後、地域によって、高齢者人口の更なる増加が見込まれる中、慢性疾患の増悪、脱水、発熱、呼吸器症状等、高齢者に多い症状への初期対応を、外来医療において行うことが増えることが想定されるため、関係学会や病院団体等が実施するリカレント教育も活用しながら、こうした患者に対応できる体制を整備していくことも重要である。

② 患者のアクセスの確保

- 外来医療の提供体制を検討していくに当たっては、地域住民が必要な時に必要な医療へ適切にアクセスできる体制を確保することが重要である。
- 特に、人口の少ない地域を中心に、医療機関数の減少や公共交通機関の縮小等により、医療機関までの移動が長時間に及ぶ場合があることから、患者の受療機会が実質的に失われないよう、アクセス確保に向けた具体的な取組が必要となる。
- 具体的には、地域の実情に応じて、例えば次のような取組が考えられる（別添 5）。
 - 対面診療を基本としたオンライン診療の活用
 - 過疎地域における通院に係る送迎支援
 - へき地における巡回診療等の活用による受診機会の確保
 - 他のサービス提供も含めた、公共交通機関の一定の確保
- こうした取組については、必要に応じて、都道府県の地域交通担当部局等の関係部局と連携した上で取り組んでいくことが必要である。