

人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組の例

手段	実施主体の例	具体例
オンライン診療① D to P	医療機関	外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施。
オンライン診療② D to P with N	医療機関	例として、山口県岩国市柱島においては、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。
オンライン診療③ D to D	医療機関	遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援。
患者輸送車	地方自治体	へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。例として北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。
医師の派遣	都道府県・医療機関	へき地等へ代診医等を派遣。
巡回診療	医療機関	医療従事者が乗車した移動診療車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施。
宿泊施設の整備	医療機関	遠方の妊娠婦や小児慢性疾患の患者が宿泊可能な設備を整備。
交通費・宿泊費補助	地方自治体	遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に、分娩取扱施設までの移動にかかる交通費および出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費を助成。
有床診療所	医療機関	医療需要の少ない地域等で病院を設置するほどの医療需要がない場合などに、医療需要の多寡にあわせて柔軟に医療を提供。
隣接する都道府県との連携	都道府県	地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県以外の場合があり、県をまたいだ連携を行う。

③ 効率的かつ効果的な外来医療提供の推進

- 地域住民に必要な外来医療を確保しつつ、限られた医療資源の下で持続可能な外来医療提供体制を構築するためには、地域の実情に応じて、効率的かつ効果的な外来医療提供の取組を進めることが重要である。
- 例えば、以下のように、医科、歯科、薬局が連携して、口腔管理、服薬指導等を切れ目なく提供する医歯薬連携に係る取組を進めることが考えられる。
 - ・ 医療機関と歯科医療機関が連携し、口腔機能の低下が疑われる患者や口腔管理を要する患者について、必要に応じて歯科医療機関への受診につなげる。
 - ・ 医療機関と薬局が連携し、患者の服薬情報、副作用の状況、重複投薬や多剤投与の状況等を相互に共有しながら、適切な服薬指導を進める。
- 医歯薬連携の推進に当たっては、必要に応じて診療情報、服薬情報、口腔管理に関する情報等を関係者が相互に共有し、切れ目のない継続的な支援を提供することにつなげることが重要である。
- なお、こうした取組については、新たな地域医療構想の方向性に関わらず速やかに進めることが重要である。

6. 在宅医療

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

- 今後、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者人口の増加に伴い、在宅医療の需要は増加していくことが見込まれる。一方、在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があることから、今後増加が見込まれる在宅医療の需要についても、そのすべてを在宅医療で受け止めるものではなく、広く慢性期医療の需要として、地域の実情に応じて、療養病床のほか、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームといった介護保険施設を含む地域の既存資源を組み合わせ対応していくことが必要である。
- 特に、在宅医療については、医師をはじめとする医療従事者が患家等へ移動して対応する必要があるという特性があり、特に人口密度の低い人口の少ない地域では提供がますます困難となる。今後医療従事者の減少が見込まれることから、慢性期医療全体の中での在宅医療という位置付けも踏まえつつ、限りある資源の中で、効率的な在宅医療提供体制を構築する必要がある。
- 在宅医療の提供体制については、従来、人口規模が一定以上の地域においては、主として診療所や在宅療養支援病院等が中心となって担ってきており、都市部では、一定の体制の確保も見込まれる一方、外来医療と同様、今後の診療所数の減少等により、従来どおりの体制を維持することが困難となっていく地域もある。このため、これまで在宅医療を担ってきた医療機関のみによる在宅医療の提供の維持が難しい場合に、地域の病院等が新たに在宅医療を担うことも含め、地域全体として必要な在宅医療を提供できる体制を確保していくことが必要となる。

- また、在宅医療においては、日中の定期的な訪問診療のみならず、休日・夜間を含む 24 時間の急変時対応、往診、緊急入院の受入等を地域で切れ目なく提供する必要があることから、在宅医療を担う診療所と在宅医療等連携機能を担う医療機関との平時からの情報共有やバックベットの確保、訪問看護ステーション等との連携体制の構築等が課題となる。
- 将来の在宅医療の需要に対応するに当たっては、単に訪問診療の提供量を増やすことのみを目指すのではなく、ICT 等の活用、D to P with N を含めたオンライン診療、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を適切に組み合わせながら、効率的な提供体制を構築することが求められる。
- 加えて、訪問診療・往診や訪問看護だけでなく、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護や通所リハビリテーションをはじめとする介護保険サービスが、患者の状態に応じて適切に提供されるよう、既存の協議の場等での検討等を通じて、多職種連携についても併せて検討していく必要がある。
- なお、第 9 次医療計画に向けては、構想区域や医療機関機能等の考え方と調和の取れるような在宅医療の圏域のあり方や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」のそれぞれが担うべき役割についても今後検討していく必要性がある点に留意する。

② 協議の進め方

- 在宅医療に関する協議については、データに基づく大きな方向性の議論や具体的な個別施設間の連携まで様々な粒度がある。
- 地域医療構想の協議の枠組みとしては、都道府県の規模や検討体制等を踏まえ、都道府県調整会議又は区域調整会議において、まず、将来の見込みや基本的な課題を把握する。具体的には、構想区域ごとに、将来推計人口、在宅医療需要を含めた慢性期の医療需要の見込みを把握するとともに、慢性期の医療需要に対応するための在宅医療や療養病床、介護保険施設の資源を把握し、全国的な比較も行った上で、どの程度在宅医療を提供していくかの方向性を検討する。
- そして、これまで在宅医療を担ってきた医療機関のみでそうした提供が可能か、在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割として、在宅医療の提供や在宅医療の後方支援がどの程度必要か、介護資源等を併せてどのように活用していくか等について整理していく。
- そうした上で、在宅医療等連携機能を担う医療機関が担う具体的な役割や当該機能を担う医療機関の確保の方向性を検討するとともに、地域ごとの個別の課題に対する取組として、休日・夜間を含む急変時対応に地域で適切に対応できる連携体制の構築、効率的な在宅医療の提供のあり方等について検討する。
- 地域の在宅医療の提供体制に係る個別の課題については、必ずしも全ての区域において同様の協議を行う必要はなく、区域調整会議に限らず、既存の在宅医療

に係る協議の場や在宅医療・介護連携推進事業に係る検討の場の活用、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。

- また、在宅医療の個別の課題の把握に当たっては、訪問診療を担う医療機関のみならず、在宅医療を支える関連資源も含めて把握することが重要である。具体的には、訪問歯科診療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う医療機関や薬局、訪問栄養食事指導を行う医療機関の確保状況や提供状況も把握しながら地域での協議を行う体制を整備することが望ましい。

（２）協議事項

① 慢性期の医療提供体制の一体的な確保

- 慢性期の医療需要に対応する体制について、療養病床、在宅医療及び介護保険施設について、地域に既に存在する資源を組み合わせながら一体的に検討・確保することが重要である。
- 具体的な協議内容については、Ⅱ． ７．（２）①を参照すること。

② 地域における 24 時間の提供体制の構築

- 在宅医療提供体制の確保に当たっては、在宅療養中の患者の病状の変化は休日・夜間を問わず生じ得ることから、日中の定期的な訪問診療のみならず、急変時における電話等による相談対応、往診、必要時の入院受入までを含めた体制を地域全体として構築していくことが必要である。
- 急変時については、在宅医療を担う診療所が中心となって、初期対応を行うことが基本となるが、その上で、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を担う診療所と連携し、地域の医師会等とも協力しながら、休日・夜間を含めた 24 時間の提供体制を構築する。
- 在宅医療等連携機能を担う医療機関は、次のような役割を担うことが考えられる。
 - ・ 急変時に入院対応が必要な患者の受入先として、バックベッドを確保する
 - ・ 休日・夜間等において、診療所のみでは対応が困難な場合に、必要に応じて自ら往診等の診療の補完を行う
 - ・ 小児や医療的ケア児等に対する専門性の高い在宅医療も含め、在宅医療を担う診療所と連携して、自ら訪問診療を行う
 - ・ 自施設での訪問看護の提供や、技術的支援も含めた訪問看護ステーション等との連携により、患者の状態変化を早期に把握し、必要な医療につなげる
 - ・ 連携する診療所等との定期的なカンファレンスを開催し、患者情報を共有するとともに、休日・夜間等の連携体制を構築する

- 実際に地域で在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的にどのような役割まで担うこととするのか、そうした医療機関をどの程度確保するのかについては、地域において、在宅医療を担う診療所がどの程度確保できるか、在宅医療と同様に慢性期の医療需要を支える療養病床や介護保険施設がどの程度存在するか等を踏まえ、地域の実情に応じて検討していく。

③ 効率的かつ効果的な在宅医療提供体制の整備

- 医療と介護の複合ニーズを有する高齢者の増加に伴い、地域によって今後在宅医療の需要が増加することが見込まれる中、医療従事者の移動を要する在宅医療の特性や、今後の医療従事者の減少の見込みも踏まえ、効率的かつ効果的な在宅医療提供体制を整備していく必要がある。
- こうした課題については、地域の在宅医療を提供する医療機関や訪問看護ステーションに加え、多職種連携に当たっては、訪問歯科診療を行う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局等の医療資源の状況に応じて、以下のような取組を推進することが考えられる。
 - ICT等の活用による平時からの連携体制の構築
 - ー 地域の在宅医療を支える医療機関等がICT等を活用し、平時から在宅療養中の患者の情報を共有することで、休日・夜間における輪番制による往診や緊急入院の受入等において、診療内容等の引き継ぎを効率的に実施することが可能となる。
 - D to P with Nを含めたオンライン診療の活用
 - ー 対面での診療を基本としつつ、状態が安定している患者の経過観察、慢性疾患の継続的な管理等について、適切にD to P with Nを含めたオンライン診療を組み合わせ提供することが考えられる。これにより、患者の状態に応じて訪問診療の頻度を調整しながら、必要な在宅医療を継続することが可能となる。
 - 遠隔モニタリング等の活用
 - ー 在宅療養患者のバイタルサイン、症状の変化等について、必要に応じて遠隔モニタリングを活用することが考えられる。これにより、急変リスクのある患者の状態を継続的に把握し、必要な場合に訪問診療や訪問看護につなげていくことが可能となる。
 - 多職種連携に係る取組
 - ー 今後、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ことも踏まえ、在宅医療の提供に当たっては、医師による訪問診療・往診や訪問看護だけでなく、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護や通所リハビリテーションをはじめとする介護保険サービス等が、患者の状態や生活の状況に応じて適切かつ一体的に提供されるよう、多職種が連携して、地域の在宅療養患者を面とし

て支えることが重要である。多職種連携をより実効的なものとするため、ICT等の活用により、患者の病状、服薬状況、口腔機能、栄養状態、ADL、介護の状況等について、必要な情報を関係者間で平時から共有できる体制の整備や、定期的なカンファレンス、急変時の連絡体制の整備等を行うことが考えられる。

- 多職種連携に係る取組については、在宅医療を担う関係者と入院医療を担う医療機関との連携においても重要である。今後高齢者救急の増加が見込まれる中、早期の在宅復帰を推進する必要があるところ、在宅医療においては、退院後早期から、多職種の連携による支援が切れ目なく提供されることが重要である。このため、入院を担う医療機関と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。
- なお、こうした取組については、新たな地域医療構想の方向性に関わらず速やかに進めることが重要である。

7. 介護との連携

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

- 今後、高齢者人口の増加に伴い、医療と介護の複合ニーズを有する者、認知症を有する者等が増加することが見込まれる。このため、入院医療、在宅医療、介護保険施設が、それぞれの機能に応じて役割分担しつつ、連携する体制を確保することが課題となる。
- 慢性期の医療需要については、療養病床、在宅医療、介護保険施設のいずれかのみで受け止めるものではなく、訪問診療のニーズを介護保険施設の入所が補完している場合等もあり、地域に既に存在する資源をどのように組み合わせて支えるかという観点から検討する必要がある。
- また、高齢者救急の増加に伴い、退院後の受け皿として介護保険施設や居宅サービスを適切に活用できる体制を整備することが重要となる。このため、医療機関と介護保険施設との間で、介護老人保健施設、介護医療院等の役割や機能の理解を共有し、退院支援及び退院後の受入れに関する連携を進める必要がある。
- さらに、医療と介護の複合ニーズを有する高齢者が増加する中、高齢者施設に入所中の利用者について、状態の変化が生じた際に必要な医療を速やかに受けることができる体制を確保することが重要である。このため、高齢者施設入所者の状態悪化時に、適切な介入を行い、必要時の円滑な入院につなげられるよう、協

力医療機関の確保⁸、平時からの情報共有、受診及び搬送のルールの整理等を通じて、高齢者施設と医療機関との連携体制を進めることが重要となる。

② 協議の進め方

- 介護との連携については、都道府県において、医療担当部局と介護担当部局が連携体制を構築した上で、検討を行っていくことが求められる。
- その上で、介護との連携に関する協議については、都道府県調整会議又は区域調整会議において、まず、将来の見込みや基本的な課題を把握する。具体的には、慢性期の医療需要の見込みに加え、医療・介護資源の状況を把握した上で、当該区域の課題を把握する。
- 慢性期の医療需要の受け皿の整備については、療養病床、在宅医療及び介護保険施設を一体的に検討することが必要である。地域ごとにそれぞれの資源の状況が異なることから、現在の整備の状況や全国的な比較等も踏まえつつ、地域全体としてどのような組合せにより受け止めるかという観点から協議を行う。なお、介護保険施設については、提供可能な医療行為の範囲等について施設ごとに把握することも重要である。
- 介護との連携に係る個別の課題については、入院中の患者の早期退院に向けた取組並びに高齢者施設入所中及び在宅療養中の利用者が適切な医療を受けることができる体制の整備の観点から協議を進める。
- 入院中の患者の早期退院に向けた取組については、医療と介護の相互理解を前提として、例えば、認知症を有する入院患者がリハビリテーション等を継続する必要がある場合に介護老人保健施設を退院先として適切に活用するなど、介護保険施設との連携により早期退院につなげられるよう取り組むことが重要である。
- 高齢者施設入所者が適切な医療を受けることができる体制の整備については、高齢者施設入所者の状態悪化時に適切な介入を行うことができるよう、協力医療機関の確保、平時からの医療と介護の情報共有、受診及び搬送のルールの整理等について協議することが重要である。
- これらの協議に当たっては、医療機関と介護保険施設との連携のみならず、市町村、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所等も含めて協議することが重要である。特に、退院支援、在宅療養の継続、急変時対応、看取り対応、施設入所等について、どのような場面でどの関係者がどの役割を担うかを整理することが重要である。このため、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（平成 26 年厚生労働省告示第 354 号）に基づ

⁸ 令和 6 年度介護報酬改定において、介護保険施設及び養護老人ホームについては、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院のみ）を定めることが義務付けられることとなった。

①入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

②診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。

③入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

く医療と介護の協議の場の活用や、構想区域よりも小さな単位で議論する必要がある場合については、市町村等の単位で設置されている既存の協議の場の活用も検討する。

（２）協議事項

① 慢性期の医療提供体制の一体的な確保

- 慢性期の医療需要に対応する体制について、療養病床、在宅医療及び介護保険施設について、地域に既に存在する資源を組み合わせながら一体的に検討・確保することが重要である。
- このため、都道府県は、まず、地域における慢性期の医療需要の状況を把握する必要がある。その際には、慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを踏まえ、将来的な需要量の傾向を把握する。
- そして、地域における現在の医療・介護資源の状況を確認する。具体的には、療養病床数、在宅医療を提供する医療機関数、訪問看護ステーションの配置や人員の状況及びサービス提供地域、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム等の定員数・人口当たりの定員数等を確認し、慢性期の医療需要を受け止める体制が地域においてどの程度確保されているかを整理する。また、この際、訪問歯科医療を担う歯科医療機関数や、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護に従事する看護職員や訪問介護員等の確保状況、看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所数等についても確認していくことが重要である。
- そうした上で、例えば、今後、在宅医療の需要の伸びが見込まれる一方で、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でその需要の増加に対応することが困難な場合については、他の病院等が新たに在宅医療も担うこととし、そうした医療機関を在宅医療等連携機能を担う医療機関として確保していくことや、地域の介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホームといった介護保険施設を有効に活用していくこと等を検討し、慢性期の医療需要を地域全体でどう受け止めるかについての方向性を協議する。
- このように、地域における療養病床、在宅医療及び介護保険施設の資源状況を踏まえ、単純に在宅医療等の提供量を増やすことのみを目指すのではなく、既存の地域資源を適切に組み合わせながら、慢性期の医療需要を地域全体で支える体制を構築することが重要である。特に、地方都市や人口の少ない地域においては、訪問診療のニーズを介護保険施設の入所が補完している場合が多く、介護保険施設の整備状況を把握し活用する必要性が高いことに留意する。

② 医療と介護の相互理解に基づく切れ目のない退院・療養支援体制の構築

ア 医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた取組について

- 医療機関へ入院した患者が、状態に応じて適切な時期に退院し、その後の療養や生活の場に円滑に移行できるよう、医療機関と介護保険施設の連携を進め

ることが重要である。

- 特に高齢者は、一定の治療を終えた後も、直ちに自宅等で生活に移行することが困難であることが多い一方、必ずしも引き続き急性期病床や包括期病床等での入院医療を要しない場合がある。このため、入院患者について、状態に応じて介護保険施設を退院先として活用することにより、早期の退院につなげることも考えられる。
- 例えば、介護老人保健施設は、要介護者にリハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設であるとともに、在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設である。また、介護医療院は、医療の提供が必要な要介護者の長期療養・生活施設である。
- 医療機関は、こうした介護保険施設の機能を十分に理解するとともに、退院時の適切な情報連携等を行っていくことで、患者の状態に応じ、退院後の受け皿として活用することも検討する。
- このため、地域において、入院患者の退院先として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホームを活用していくことについて、医療機関及び介護保険施設の関係者の間で認識が共有されるよう、連携を推進していくことが重要である。
- 具体的には、例えば、次のような取組を進める。
 - 介護保険施設における医療提供やリハビリテーション等の機能について、地域の関係者が理解を深める場を設定する。
 - 医療機関と介護保険施設との間で、入院中の患者の状態像や、介護保険施設側で受入可能な状態（例えば、酸素療法が実施可能など）等を整理し、地域において共有する。
 - 退院時における、医療機関と介護保険施設の実際の連携事例について、具体的なタイムスケジュールや情報連携の内容等を含め、地域で共有する。
 - 介護保険施設と協力医療機関とのマッチング・連携に係る支援を行う。
- こうした連携を進めることにより、地域全体として効率的かつ効果的な医療提供体制の構築が可能になると考えられる。

イ 高齢者施設入所中の利用者が適切な医療を受けることができる体制の整備

- 医療と介護の双方のニーズを有する高齢者が更に増加していく中、高齢者施設に入所中の利用者についても、日常的な健康管理に加え、状態変化時に必要な介入を適時・適切に行うことができるようにすることが、重症化を未然に防ぐ観点からも重要である。
- 特に、高齢者施設入所中の利用者については、慢性疾患を有する者、認知症を有する者、医療的ケアを要する者等もみられ、急変時又は医療が必要となった際に、施設内のみで対応することが困難な場合がある。このため、必要時に早期に医療機関を受診し、又は必要に応じて円滑に入院につなげられるよう、

平時から医療機関と高齢者施設の連携体制を整備しておくことが重要である。なお、最近では、医療機関と高齢者施設との間で、対面やオンラインによる定期的な会議や ICT による連携を行うことにより、入所者の医療情報の共有や医療対応の相談を行う取組が増加しており、こうした取組を拡大していくことも重要である。

- このため、都道府県や市町村は、関係者において、高齢者施設における協力医療機関の確保、利用者の状態変化時における相談、受診及び搬送のルールの整理、平時からの診療情報、服薬情報、介護上の留意点等の共有が進むよう必要な支援を行うことが重要である。併せて、高齢者施設の側においても、どのような状態変化が生じた場合に医療機関へ相談し、又は受診につなげるかについて、具体的な認識が共有されるようにすることも重要である。
- また、急変時の対応のみならず、日常的な医学管理、口腔管理、服薬管理、看取りを含めた療養支援のあり方についても整理しておくことが重要である。このため、医師、看護職員、歯科医師、薬剤師、施設職員等が、それぞれの役割を踏まえて連携し、必要な医療及び生活サービスが切れ目なく提供される体制を構築することが重要である。
- さらに、高齢者施設入所者について、状態悪化等により入院した場合であっても、病状安定後には再び元の施設へ復帰することができるよう、医療機関と高齢者施設との間で、退院後の再入所も見据えた連携を図っていくことも重要である。なお、ケアマネジャーがその専門性を発揮し、かかりつけ医等と連携をして、個々の利用者へのマネジメントを行い、適切なサービスへつなぐことも重要である。

8. 人材確保

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

- 地域医療構想に基づき必要な医療提供体制を将来にわたって確保することができるよう、医師をはじめとした医療従事者の確保に向けた取組を進めていくことが重要である。
- 今後、地域によっては医師の確保が一層困難となることが想定される。また、手術等の急性期医療の需要が相対的に減少する一方で、高齢者救急や在宅医療の需要は増加が見込まれる。このため、単に医師数の多寡のみを問題とするのではなく、医療機関機能に応じた医療機関の役割分担の内容を踏まえつつ、どの地域に、どの診療領域の医師を、どの程度重点的に確保するかが課題となる。
- 医師の確保に当たっては、医師の育成の観点も踏まえた大学病院本院による人的協力が重要であり、都道府県と大学病院本院は密に連携することが求められる。
- また、看護職員、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者については、厚生労働省のそれぞれの所管部局において需給推計及び人材の安定的な養成・確保に関す

る取組の検討が進められているところである。このため、都道府県においては、本ガイドラインに基づく地域医療構想の策定及び推進を進めるに当たって、看護職員、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者に関する国及び都道府県内の検討状況も踏まえ、関係する都道府県内の担当部局と連携しながら取組を進めることが重要である。

② 協議の進め方

- 区域調整会議において医療機関機能の確保に関する協議を進めていく中で、医師の配置状況等のデータを踏まえつつ、当該区域においてどの医療機関に、どの診療領域の医師が、どの程度必要となるかを把握する。
- そうした上で、都道府県調整会議において、構想区域ごとの医療機関機能等に係る協議の状況を踏まえ、大学病院本院による人的協力のあり方、地域枠医師等の活用の方向性、構想区域を越えて確保すべき診療領域の医師の確保の方向性について協議を行う。特に、急性期拠点機能を担う医療機関への外科医、麻酔科医等の派遣、区域内では完結的に確保することが困難な専門的医療を支える医師の確保、人口の少ない地域等への代診医の確保等については、都道府県全体の観点から整理することが重要である。
- また、医師確保については、地域医療構想と医師確保計画その他の既存の施策とも整合を取りながら進める必要があり、地域医療対策協議会における協議とも連動を図る必要がある。具体的には、都道府県調整会議と地域医療対策協議会を一体として運用していく進め方や、都道府県調整会議において、医療機関機能の確保等の地域医療構想全体の取組に沿った医師確保の方向性を協議し、そうした方向性を踏まえた人的協力の内容について地域医療対策協議会で協議を行うといった進め方が考えられる。
- さらに、看護職員、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者の養成・確保については、現在国において進められている需給推計及び人材の安定的な養成・確保に関する検討の状況も踏まえ、協議の場を含めて今後検討していく必要があることに留意する。

(2) 協議事項

① 医師等の確保について

- 地域医療構想の策定及び推進に当たり、医療機関の機能分化、連携、再編・集約化等の議論と一体的に、医師確保について検討することが重要である。
- 今後、地域によっては、医師の確保は一層困難となることが想定される。このため、都道府県は、医師確保計画や医師偏在対策に係る既存の取組との整合を図りつつ、地域医療構想において整理された医療機関機能の確保の方向性を踏まえ、検討することが重要である。
- 具体的には、急性期拠点機能を担う医療機関において必要となる外科医、麻酔

科医等の確保、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関において必要となる内科系医師等の確保について、都道府県は大学病院本院と連携しながら検討していくことが必要である。

- また、大学病院本院や急性期拠点機能を担う医療機関は、相対的に多くの医師が配置されることとなるため、当該医療機関は地域の他の医療機関に対し、代診医や当直医の確保等について協力することが求められる。都道府県は、協議の場において、こうした人的協力のあり方についても検討することが重要である。
- このように、医師の確保については、医師確保計画等も踏まえ、地域医療構想における医療機関機能の確保の議論と一体的に、大学病院本院との連携を図りながら、地域において持続可能な医療提供体制を支えるために必要な医師確保の方向性を明確にすることが重要である。
- また、看護職員、薬剤師その他の医療従事者についても、地域によって確保が困難となっている現状等を踏まえ、地域の実情に応じて検討することが重要である。

② 大学病院本院との連携

- 都道府県は、地域医療構想に基づく医療提供体制の確保に当たり、大学病院本院と密接に連携し、地域に必要な人的協力等のあり方を整理する。
- 大学病院本院は、高度で専門的な医療の提供や医師の養成に加えて、地域医療への人的協力を担う立場にある。地域医療構想において整理された医療機関機能の確保の方向性を踏まえつつ、都道府県と認識を共有しながら、病院全体として人的協力を進めることが重要である。
- 具体的な連携に当たっては、都道府県は、構想区域ごとの協議を踏まえ、どの区域において、どの医療機関機能の確保のために、どのような診療領域の医師が必要となるかを整理し、大学病院本院と共有することが重要である。一方、大学病院本院は、こうした地域の必要性を踏まえ、教育及び研究への影響も勘案しつつ、急性期拠点機能を担う医療機関への外科医、麻酔科医等の派遣、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関への内科系医師等の協力、へき地や人口の少ない地域における代診医の確保等について、都道府県と調整を行う。
- また、人的協力に関連して、都道府県は大学病院本院に、地域枠医師や自治医科大学を卒業した医師等、都道府県内で医師として就業する契約を締結している医師の情報を共有し、都道府県と大学病院本院の両者が医師の状況を共有しながら検討することが必要である。
- 都道府県内に大学病院本院が複数ある場合や、他の都道府県に所在する大学病院本院からも一定程度人的協力を得ている場合には、それぞれの大学病院本院が担う診療領域、人的資源の状況、地域との関係性等が異なることから、都道府県は、各大学病院本院の特性を踏まえつつ、人的協力の役割分担を整理することが重要である。

- 特に、複数の大学病院本院が関係する地域では、
 - 特定の診療領域に強みを有する大学病院本院
 - 特定の構想区域と従来から人的関係が深い大学病院本院などが存在し得ることから、すべてを一律に分担するのではなく、各大学病院本院の機能や強みを踏まえて役割分担を整理することも考えられる。
- また、複数の大学病院本院が関係する場合には、個々の大学との個別調整のみでは、都道府県全体としての整合的な人的協力が難しくなる場合がある。このため、都道府県は、必要に応じて複数の大学病院本院が参加する協議の場を設けることも検討すること。

Ⅲ. 地域医療構想の推進について

1. 2040 年に向けた取組の推進

(1) ロジックモデル等を活用した PDCA サイクル

① 基本的な考え方

- 都道府県は、2040 年に向けた地域医療構想の実現に当たり、地域医療構想の策定のみにとどまらず、取組の進捗を継続的に把握し、必要に応じて見直しを行うことが重要である。
- また、人口構造、医療需要、医療従事者の確保状況、医療機関の経営状況等が今後も変化していくことが見込まれることから、一度策定した内容を固定的に運用するのではなく、地域の実情の変化を踏まえながら、必要に応じて点検し、見直すことが必要である。
- 進捗状況を定期的に把握し、地域医療構想調整会議等において共有し、取組が進んでいない場合や地域の実情に変化が生じた場合には、その要因を分析した上で、必要な見直しや追加的な対応を行うことが重要である。
- また、PDCA サイクルを機能させるに当たっては、病床数や医療機関機能の整理状況のみを確認するのではなく、実際に地域において必要な医療提供体制が確保されているかという観点から点検を行うことが重要である。
- 例えば、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など、それぞれの機能について、機能にあわせた実績となっているかや、高齢者救急に係る役割分担を含めた救急搬送のあり方が機能しているかといった観点も含めて評価することが重要である。
- さらに、PDCA サイクルは、都道府県庁内のみで完結させるものではなく、医療機関、市町村、介護関係者、医療保険者等の関係者や、地域住民とも共有できるよう、地域医療構想の進捗状況や取組の内容について、適切に公表し、理解を得ながら進めていくことが重要である。
- その際、指標については、単に事業を実施した件数等のみを確認するのではなく、地域医療構想において目指す成果につながっているかを確認できるよう設定することが重要である。

② ロジックモデル等の活用

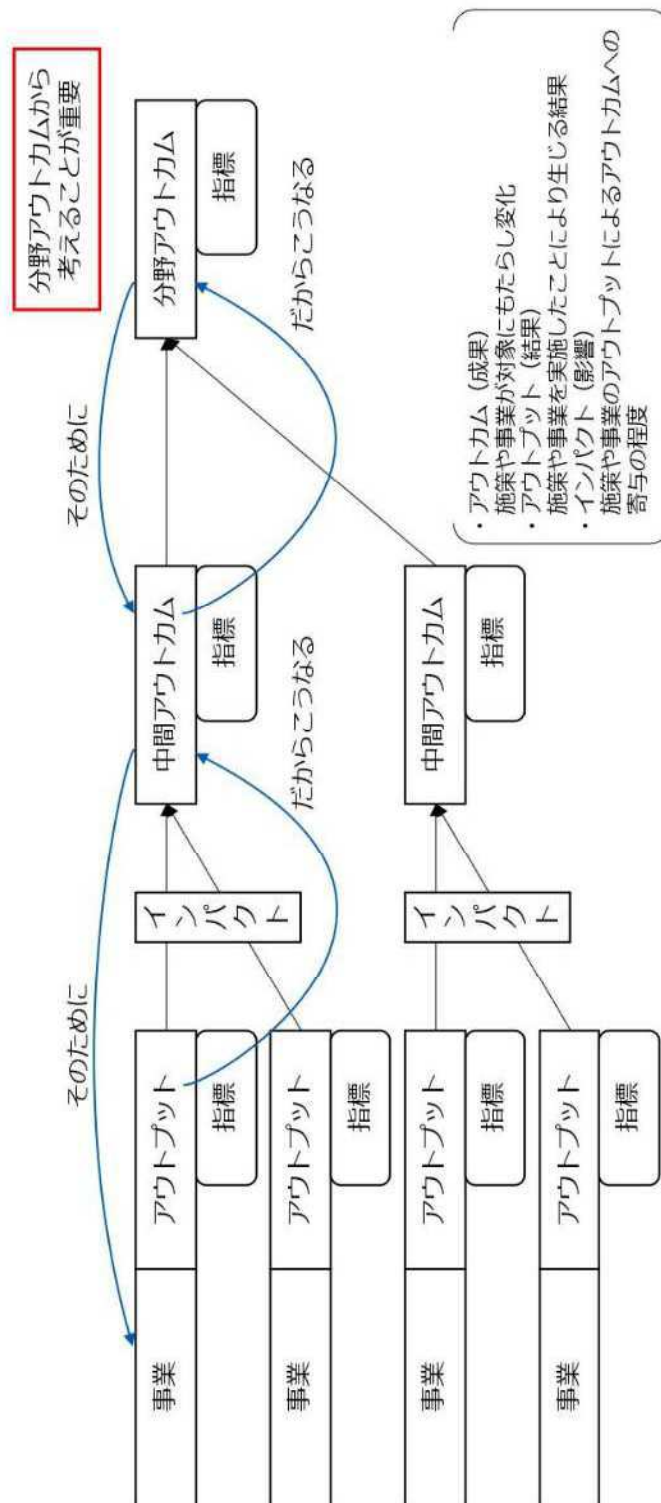
- ロジックモデルとは、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を図式化したものである（別添 6）。
- 地域医療構想においては、人口構造の変化、医療需要の変化、医療従事者の確保、医療機関機能の分化及び連携、在宅医療や介護との連携等、複数の課題が相互に関連していることから、個別の取組を個別に並べるだけでは、何のために実施するのか、どこまで進めればよいのか、どの取組が成果に結びついているのか

が分かりにくい場合がある。このため、都道府県は、ロジックモデル等を活用し、課題、取組及び成果の関係を整理することも重要である。

- また、ロジックモデル等を作成・活用し、現状を把握して評価を行い、目指すべき方向性を踏まえ、課題の抽出、課題解決に向けた施策の明示等を行い、進捗状況の評価等を実施していくことも重要である。作成したロジックモデル等は、地域医療構想調整会議等において共有し、協議の基礎として活用することも重要である。
- 例えば、「高齢者救急の増加」という課題に対し、「高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の確保」「実施基準へ的高齢者救急の考え方の反映」といった取組を位置付け、その進捗を「医療機関数」や「救急搬送の状況（高齢者救急）」等により把握し、最終的に「地域において高齢者救急に適切に対応できる体制が確保されている状態」を目指す、といった形で整理することが考えられる。
- 都道府県は、こうしたツールも活用しながら、構想を推進することが重要である。
- ロジックモデル等のツールの活用については、「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）、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日付け医政地発 0331 第 14 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）及び「第4期医療費適正化計画の作成及びPDCA管理等について」（令和5年7月27日付け保連発 0727 第 1 号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知）において通知しているところであり、当該通知も参照すること。

ロジックモデルの活用

- 政策や行政計画について、ロジックモデル（施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの）を活用して指標を設定することにより、目的・手段・原因・結果など、各指標がどのような関係にあるかを示すもの。
- 「何のために、何をやる」「何をすることで、何をもちたらか」「何をもちたらか」を示しており、政策や行政計画の PDCA、関係者間の議論・検討・調整などに利用するツールである。



(2) 地域医療構想の見直しについて

① 基本的な考え方

- 地域医療構想について、人口構造や将来推計人口、医療需要、医療資源等を踏まえて策定するものである。2040 年に向けて、人口動態、医療需要、医療従事者の確保状況、医療機関の経営状況、介護資源の状況等は変化していくことが見込まれる。このため、一度策定した後、固定的に運用するのではなく、地域の実情の変化や取組の進捗状況を踏まえながら、必要に応じて見直しを行うことが必要となりうる。
- 特に、今後ますます都道府県との連携の強化が求められる大学病院本院の役割や、地域医療構想の方向性を踏まえて検討する第9次医療計画において、5 疾病・6 事業等の検討を深化させる中で、地域医療構想の見直しを検討することも考えられる。
- 見直しに当たっては、地域医療構想において目指す医療提供体制の方向性に照らし、地域医療構想調整会議等において課題を共有した上で、必要な見直しを行うことが重要である。

② 必要病床数の見直しについて

- 必要病床数については、将来推計人口、入院受療率等を踏まえて設定されるものである。
- 厚生労働省においては、医療計画の見直しにあわせて必要病床数の見直しを検討することとしており、都道府県においても、国の考え方を踏まえて必要に応じて必要病床数の見直しが求められうる。また、厚生労働省は、今後の人口動態や働き方の変化、テクノロジーの進展等による地域の医療提供体制の効率化等を踏まえつつ、本ガイドラインにおける各パラメータ等について必要な見直しを行うこととする。

③ 医療機関機能の見直しについて

- 医療機関機能は、各医療機関が 2040 年において担う機能を明確にするとともに、それを踏まえて役割分担等の取組を進めるためのものである。他方、地域の医療需要の変化、医療機関の経営状況の変化、医療従事者の確保状況等により、各医療機関が見直しを希望する場合も想定される。
- このため、地域医療構想調整会議における医療機関機能の決定後においても、各医療機関の方針により医療機関機能の見直しは可能である。他方、特に急性期拠点機能を担っていた医療機関が急性期拠点機能を担わないこととする場合など、地域医療構想調整会議においてその他の医療機関が担う機能の変更が必要ないか、提供体制に影響がないか等について、必要に応じて確認することが重要である。

④ その他の取組等の見直しについて

- 地域医療構想に基づく取組については、必要病床数及び医療機関機能に限らず、入院医療における役割分担、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保、患者のアクセス確保等についても、地域の実情の変化に応じて見直しを行うことが重要である。特に、看護職員、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者について、国において需給推計及び養成・確保に関する取組の検討が進められていることから、こうした検討においてとりまとめられた内容を踏まえ、必要に応じて、地域医療構想の見直しや地域ごとの取組の検討等を行うことが重要である。
- 人口、患者の流出入、交通事情、医療資源、介護資源の状況等に変化が生じた場合には、取組が引き続き適切かを確認し、必要に応じて見直しを行うことが重要である。
- また、これらの見直しについては、PDCA サイクルの中で進捗状況及び課題を把握し、地域医療構想調整会議等において共有した上で、追加的な取組、取組の修正等を行うことが重要である。

2. 地域医療構想と医療計画の関係

- これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、新たな地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。
- 地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第9次医療計画に向けては、二次医療圏は、見直し等を通じて設定された構想区域と原則として一致させる必要がある。
- 医療計画は、地域医療構想の実行計画として5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第9次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。

3. 精神医療に関する地域医療構想について

- 改正医療法により、地域医療構想には精神医療が位置付けられることとなった。
- 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会のもとにワーキンググループが設置され、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026 年度中を目途に結論を得るべく、検討が進められる。
- 地域医療構想の精神医療に関する取組等は、当該ガイドライン発出後に検討することとなる。