

2025/1/30 2025年新春座談会

医療機関の機能分化と連携

(公社)全日本病院協会
猪口雄二

「地域医療構想に関する提言」

2024年4月17日

公益社団法人 全日本病院協会

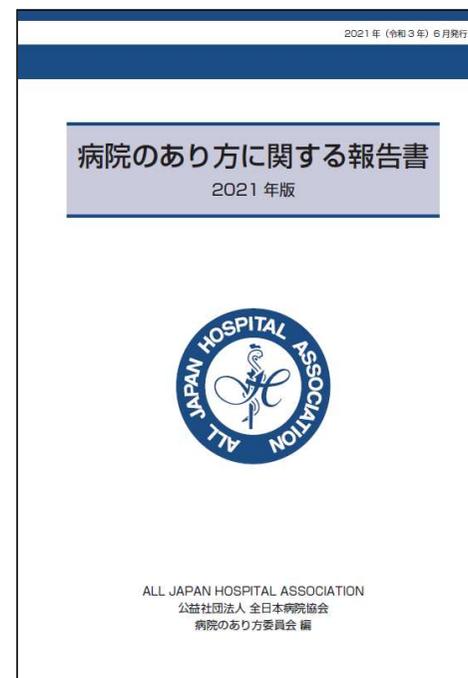
2040年頃を見据えた医療提供体制のイメージ

- 全日本病院協会では2040年を見据えた医療界に向けた提言として、「**病院のあり方に関する報告書：2021年版**」を発行。
- 健康管理・医療・介護・福祉サービス等を一体的に検討する「**地域包括ヘルスケアシステム**」の構築を提言。

「地域包括ヘルスケアシステム」



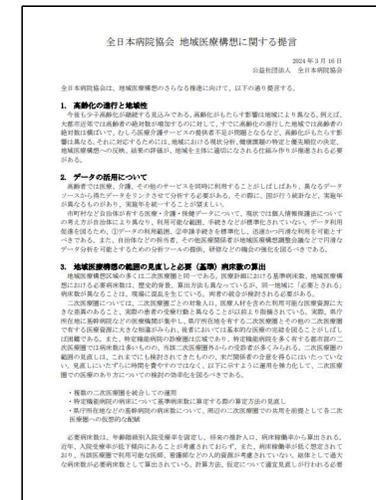
健康管理・医療・介護・福祉サービス等を一体的に検討



「地域医療構想に関する提言」

全日本病院協会では、2024年3月16日付で以下の6項目から成る提言を策定した。

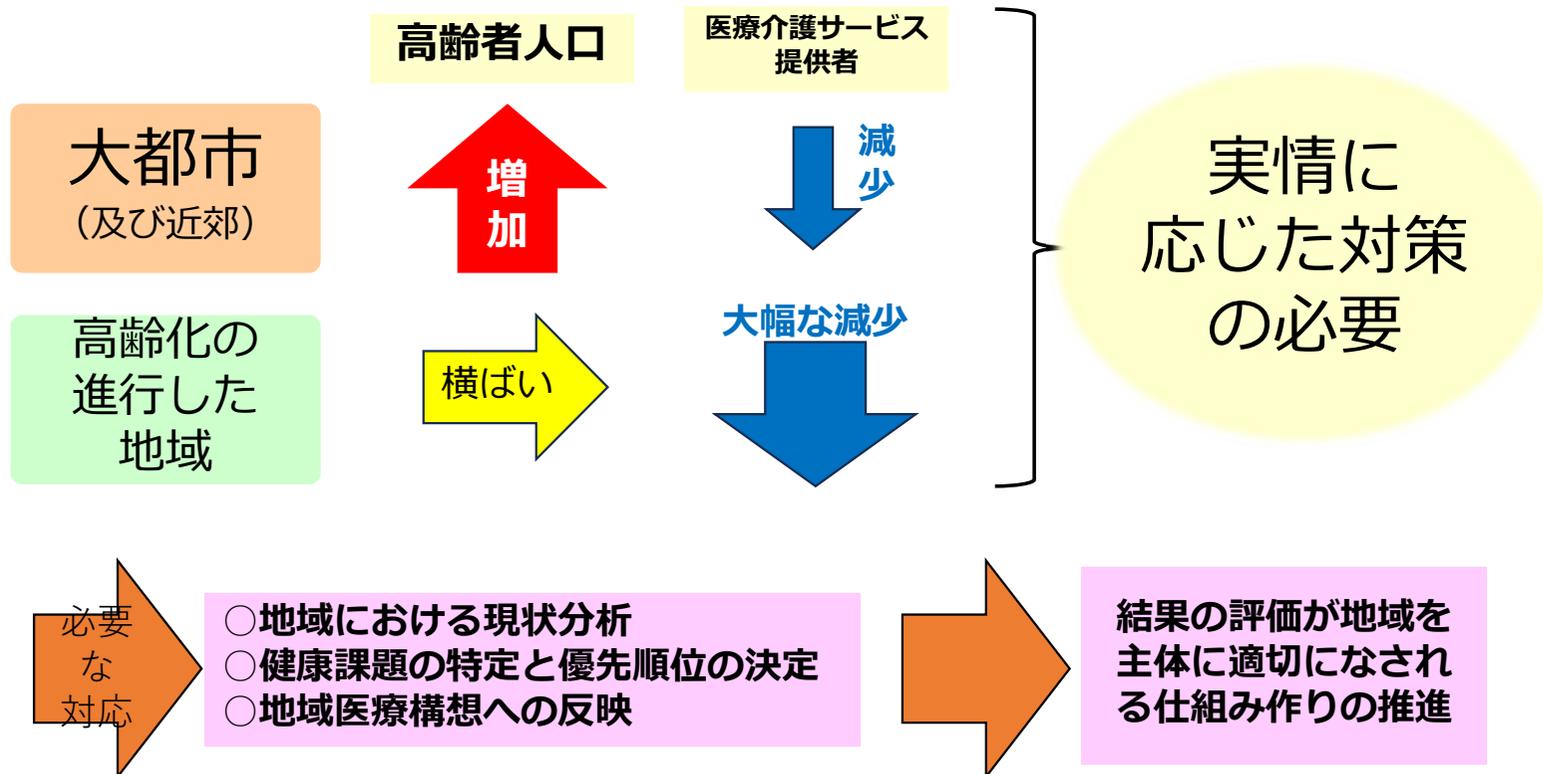
1. 高齢化の進行と地域性
2. データの活用について
3. 地域医療構想の範囲の見直しと必要（基準）病床数の算出
4. 病院機能の分類の見直し
5. 高齢者救急を想定した医療体制の構築
6. 医療人材の確保の強化



1. 高齢化の進行と地域性

高齢化がもたらす影響は地域により異なる

- 大都市近郊では高齢者の絶対数が増加
- 高齢化の進行した地域では高齢者の絶対数は横ばいながら、医療介護サービスの提供者不足が問題に



2. データの活用について

医療、介護、その他のサービスにおけるデータ

…異なるデータソースから得たデータをリンクさせて分析する必要



使用する統計データの実施年の統一が必要

自治体が有する医療・介護・保健データ

…個人情報保護法についての考え方が自治体により異なり、利用可能な範囲、手続きなどが標準化されていない



- ①データの利用範囲の標準化
- ②申請手続きを標準化
- ③迅速かつ円滑なデータ利用

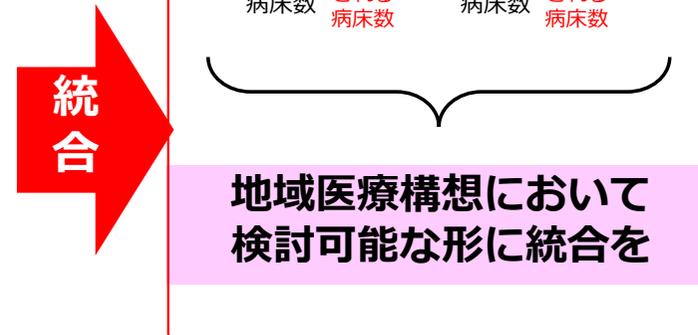
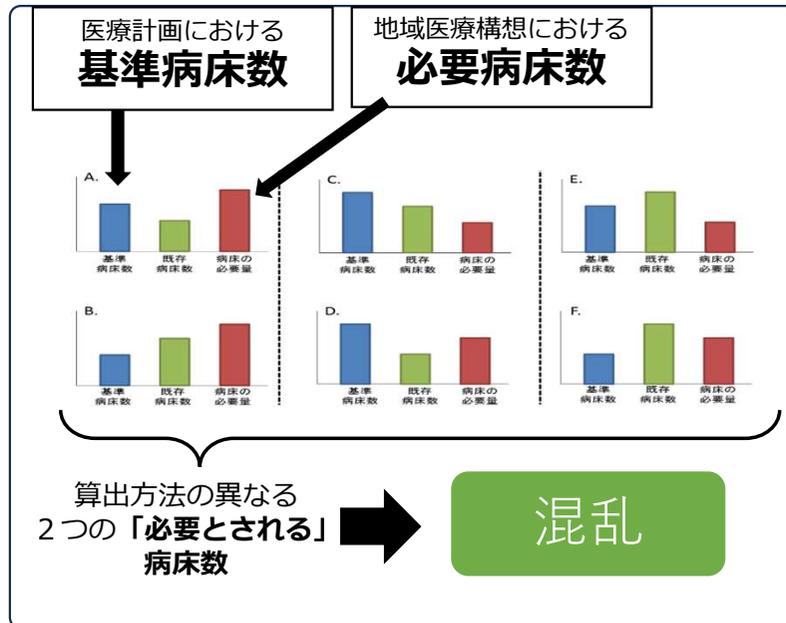


自治体担当者、医療関係者等データ分析を可能とするため

- ①分析ツールの提供
- ②研修などの機会の強化が必要

3. 地域医療構想の範囲の見直しと必要（基準）病床数の算出

基準病床数と必要病床数



■ 必要（基準）病床数

…病床稼働率を低く想定し、入院受療率の低下傾向、当該医療圏で利用可能な医師、看護師などの人的資源が考慮されていない。

→ 計算方法について適宜見直しが必要

■ 慢性期の必要病床

…地域における介護施設、在宅医療などの受け入れ体制により必要な病床数は異なることが想定される。

→ これらを含めた検討が必要

基準病床数の算定式について

○ 各都道府県において、**一般病床・療養病床は二次医療圏ごと**に、以下の算定式に基づき算出。

一般病床及び療養病床の基準病床数 = ア + イ ± ウ

ア:一般病床

$$\left[\begin{array}{ccccccc} \text{人口} & \times & \text{一般病床} & & \text{平均在院日数} & + & \text{流入} \\ \text{①} & & \text{退院率} & \times & \text{③} & & \text{入院患者数} \\ & & \text{②} & & & & - \text{流出} \\ & & & & & & \text{入院患者数} \end{array} \right] \div \text{病床利用率} \text{④}$$

イ:療養病床

$$\left[\begin{array}{ccccccc} \text{人口} & \times & \text{療養病床} & & \text{介護施設、在宅医} & & \text{流入} \\ \text{①} & & \text{入院受療率} & - & \text{療等対応可能数} & + & \text{入院患者数} \\ & & \text{⑤} & & \text{⑥} & & - \text{流出} \\ & & & & & & \text{入院患者数} \end{array} \right] \div \text{病床利用率} \text{④}$$

ウ:都道府県を越えた患者流出入

都道府県外への流出入を見込む場合、それぞれの都道府県間で調整協議を行い、合意を得た数を加減。

項目	都道府県知事が算定に用いる値
①人口	性・年齢階級別(医療計画作成時の夜間人口であって、最近のもの)を活用。
②一般病床退院率	国が設定した、性・年齢階級別かつ地方ブロック別の値を活用。【平成26年患者調査】
③平均在院日数	国が設定した、地方ブロック別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成21、27年病院報告】 第7次の設定 13.4~16.3日(第6次は14.8~18.5日)
④病床利用率	国が設定した値を下限として、都道府県知事が設定した値を活用【平成22~27病院報告の平均】 第7次の設定 一般76%、療養90%(第6次は一般77%、療養92%)
⑤療養病床入院受療率	国が設定した、性・年齢階級別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成26年患者調査】
⑥介護施設及び在宅医療等対応可能数	都道府県が、地域医療構想における推計と整合的に設定した値を活用。 ※地域医療構想では、平成37年に向けて、現在の療養病床以外で対応可能な患者は介護施設・在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。医療計画の基準病床も、これに相当する需要(対応可能数)を除外して計算。

必要病床数と基準病床数の関係性

基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保

近年の病床利用率の低下等を踏まえ、効率的な病床整備を進める

- 新たな地域医療構想の実現に向けて、医療計画の基準病床数について、必要病床数も勘案した算定を検討する。必要病床数を超えて増床等を行おうとする場合には、都道府県は、地域医療構想調整会議において増床等の必要性が認められた場合に限り、基準病床数の範囲内で増床等の許可を行うことができることとすることが適当である。
- 都道府県は、既存病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床及び療養病床の許可病床数が必要病床数を上回る場合は、地域の実情に応じて、病床の機能転換・減少等に向けて、必要な医療機関に対し、調整会議への出席を求めることができることとすることが考えられる。

3. 地域医療構想の範囲の見直しと必要（基準）病床数の算出

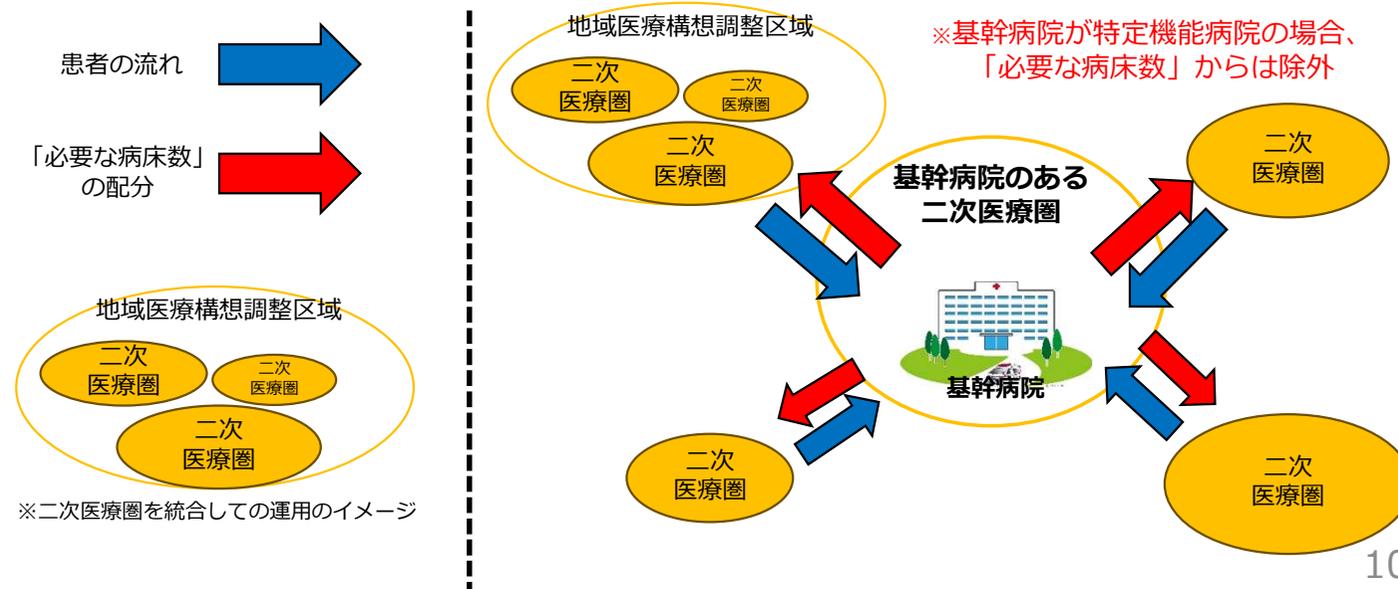
二次医療圏

…対象人口、医療人材を含めた利用可能な医療資源に大きな差異

…実際の患者の受療行動との差異

→二次医療圏の範囲の弾力的な運用が必要

- 小規模の場合、複数の二次医療圏を統合しての運用
- 基準病床数に算定する際の特定機能病院の病床の除外
- 県庁所在地などの基幹病院の病床数について、周辺の二次医療圏での共用を前提として各二次医療圏への仮想的な配賦



構想区域について（案）

- 構想区域については、二次医療圏を原則としており、ほぼ同数が整備されている。
- 第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏や100万人以上の二次医療圏については、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療等の提供等のため、基本的に都道府県の単位を区域として設定することとしている。
- 人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術が実施されていない二次医療圏も一定数存在する。
- 人口規模の大小等により地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。
- 人口や地理的な要因など様々な状況下で、医療機関の機能転換・再編等の先行事例が存在する。
- 在宅医療の圏域については、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。



- 構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を原則として、急性期拠点機能等の医療機関機能の確保に向けて、アクセスの観点も踏まえつつ、人口規模が20万人未満の構想区域や100万人以上の構想区域等、医療需要の変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見直すこととしてはどうか。
 - ※ 二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分割等を先行して行うこともあり得る。
- 広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定することとしてはどうか。
- 在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することとしてはどうか。
- 具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を含めて、ガイドラインを検討する際に検討することとしてはどうか。

4. 病院機能の分類の見直し

病院機能の分類は、将来の医療供給体制を方向付ける点で重要

…病院経営においても長期の経営戦略を考えるうえで大きな影響

■現在の病床機能



曖昧な定義による混乱

「病院機能」による分類が現実的

■病院機能

…地域医療構想における機能分担を明確にする上で病院として担う機能を示すもの

…「地域に密着し地域医療を担う病院 = かかりつけ医機能支援病院」は高齢者救急において重要な機能を有し、民間病院の役割として重要

病院機能	病床機能報告	医療機能	医療圏
高度急性期病院	高度急性期 急性期	高度な手術等 三次救急	三次医療圏
急性期病院	急性期 post/sub-acute機能	一般急性期 二次救急	二次医療圏
かかりつけ医機能支援病院	post/sub-acute機能 回復期	地域包括ケアシステム 医療介護連携	市区町村
慢性期病院	慢性期	慢性期医療	二次医療圏

病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、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等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等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表毎に）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

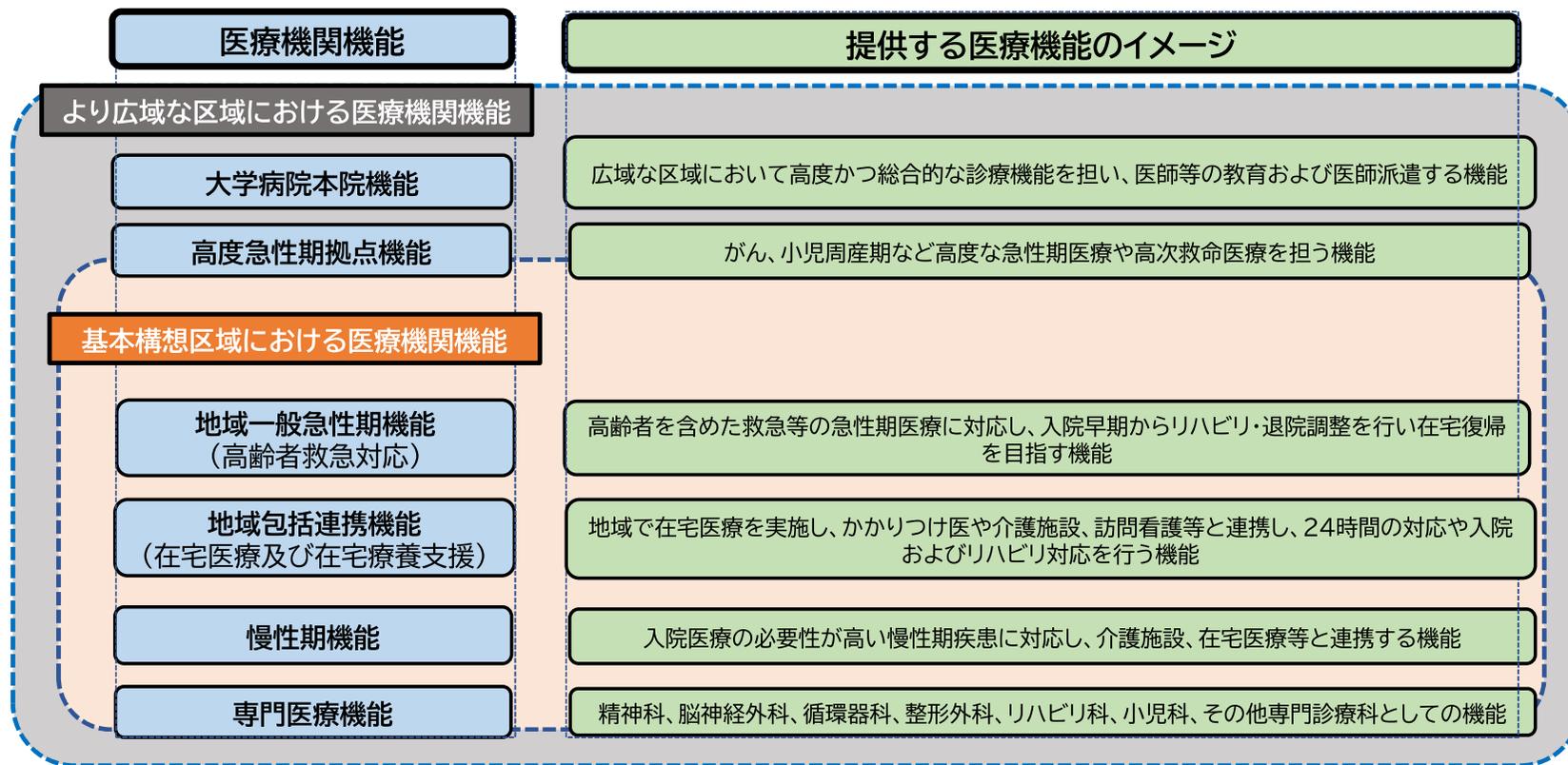
	機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 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テーション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）
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

【回復期機能】→【包括期機能】

- 高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、
- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能

医療機関機能の考え方

- 各構想区域の中で、限られた医療資源を有効に活用し、医療機関の機能分化と連携・再編・集約化により、2040年に向けて地域で必要とされる医療提供体制の構築が進む様に、地域で求められる『医療機関機能』を報告する。但しその機能は、国民・患者が共有する為にも分かり易い機能とすべき。
- これまでの二次医療圏等を基本構想区域としつつ、過疎化し医療資源が乏しい基本構想区域の場合には、必要に応じて構想区域を束ねて拡大する。
- 例えば過疎化が進む構想区域においては、一つの医療機関が複数の『医療機関機能』を有する事も想定され、『医療機関機能』を自由に選択できるようにする。
- 【大学病院本院機能】は、地域で必要とされる医療提供体制を踏まえ、都道府県と適切に連携をとりながら医師派遣を行う。
- 【高度急性期拠点機能】は、全ての基本構想区域に設置することは現実的に無理があり、より広域な区域での『医療機関機能』とする。
- 【地域一般急性期機能】は、一般急性期のみならず高齢者救急にも対応し、高度急性期からの適切な下り搬送にも対応する。
- 【地域包括連携機能】は、地域でかかりつけ医や介護施設、訪問看護等と連携し、24時間の対応や、入院対応を行う。
- 【慢性期機能】は、不安定であり入院医療の必要性の高い慢性期疾患に対応し、介護施設、在宅医療等とも連携する。
- 【専門医療機能】は、必ずしも全ての基本構想区域に設置が求められるものではなく、より広域な区域での『医療機関機能』とする。



医療機関機能の名称と定義

●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、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携し、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

●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。

●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。

●専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、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地域ニーズに応じた診療を行う。

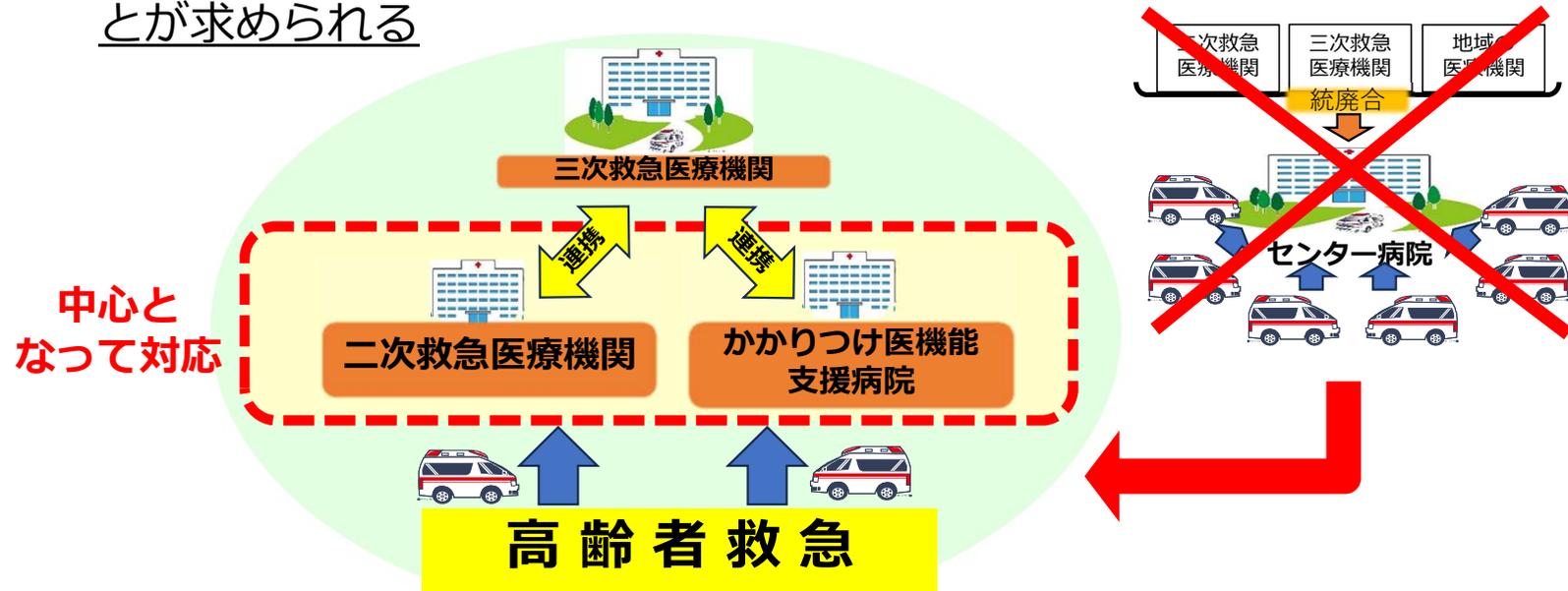
●医育及び広域診療機能

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。

5. 高齢者救急を想定した医療体制の構築

地域医療構想の喫緊の課題は、高齢者救急対応

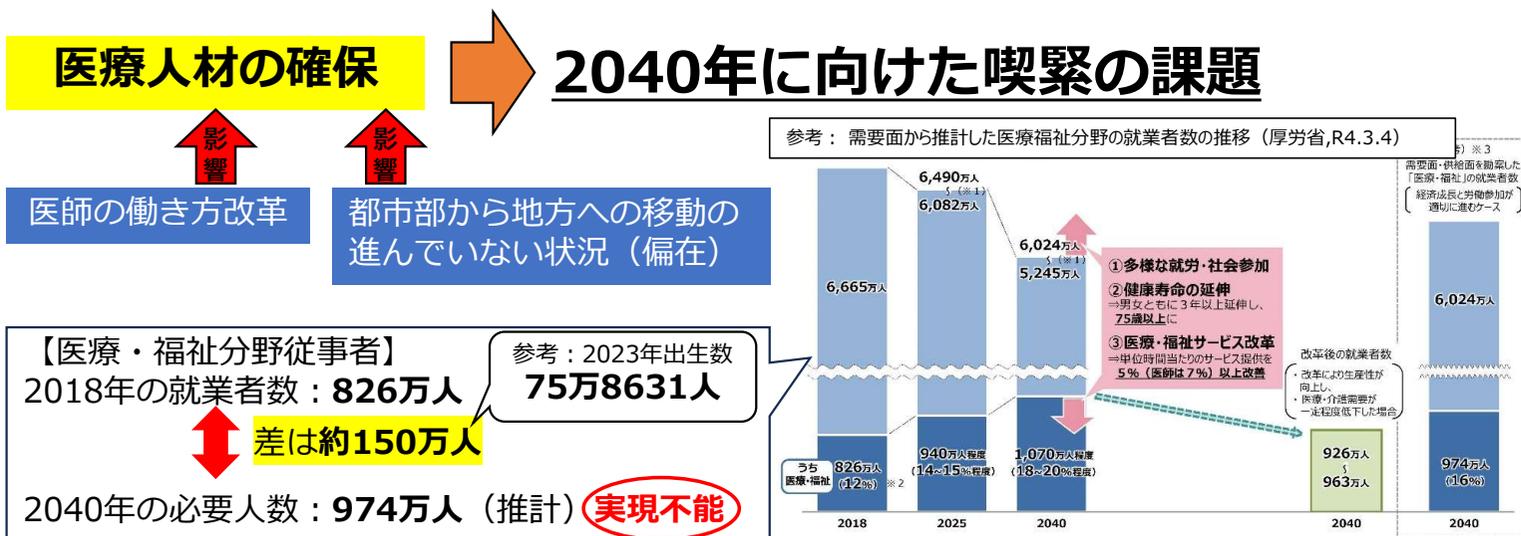
…総体として地域の医療資源を活用して高齢者救急に対応することが求められる



必要な
対応

- ACPの推進と、登録、登録内容の参照が可能な仕組みを構築し、患者の希望する医療の提供が可能となるよう救急隊を含めて容易に知ることができるようにすること
- かかりつけ医機能支援病院を含む周囲の医療機関との役割分担の確認（初期、二次の受け入れ、後方病院など）

6. 医療人材の確保の強化



→ 2040年の医療・介護提供体制を維持するためには、**医療・介護システムの抜本的な見直しが必要**

- 必要な対応
- 医療DXの推進
 - 医療・介護の効率的運用
 - 施設基準の見直し 等