

地域医療構想の推進と「目指すべき方向性」の記載について

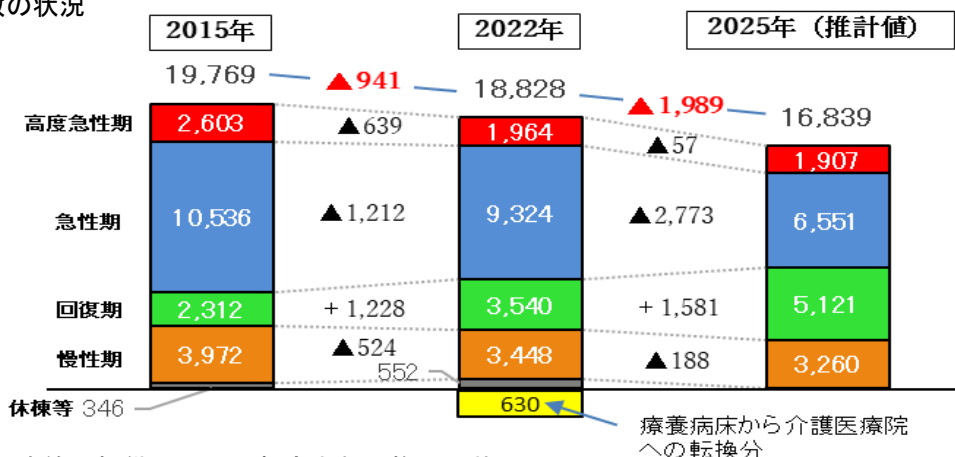
1 調整会議での議論

- 平成28年度に構想を策定。コロナ禍において議論が中断していたが、令和4年度から議論を再開
- 圏域別調整会議を97回、県単位調整会議を3回開催
- 各医療機関の病床計画や今後のあり方、役割分担の方向性等を協議

2 医療機関による取組

経営判断に基づく病床数の適正化や機能転換、限られた医療資源を踏まえた医療機関同士の機能分担、増加する在宅医療ニーズを踏まえた施設整備を推進

(参考) 病床数の状況



(参考) 在宅医療等の提供先として想定される施設の状況

区分		H29.4	H30.4	H31.4	R2.4	R3.4	R4.4
介護医療院	施設数	0	0	3	7	10	15
	定員数	0	0	215	406	496	630
その他介護施設等 (※)	定員数	37,144	38,102	38,505	39,042	39,717	40,072

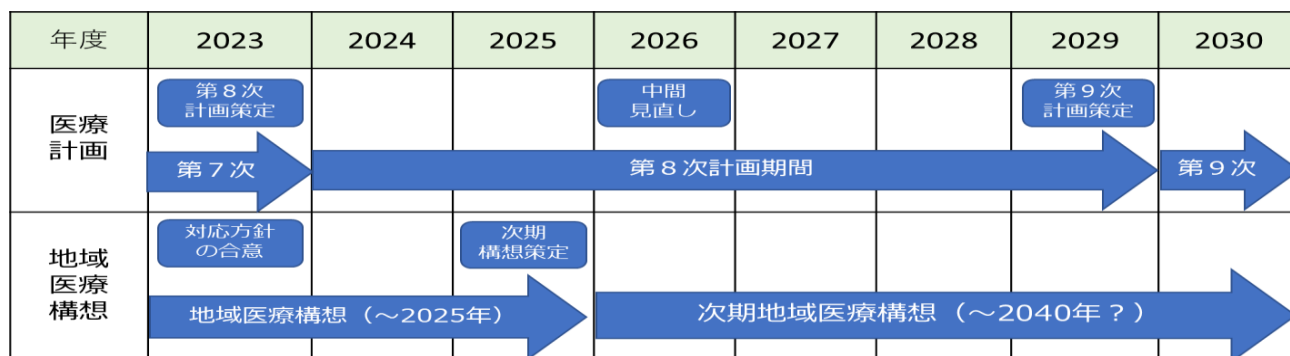
※その他介護施設等

特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、認知症高齢者グループホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、生活支援ハウス、シルバーハウジング

3 今後のスケジュール

- 国の要請に基づく各医療機関の対応方針（2025年に持つ予定の機能別病床数）の策定・検証を2023年度末までに完了できるように、調整会議で議論
- 国は、生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けた新たな構想を都道府県に策定させる方針を示しており、2023・2024年度に具体的な内容を検討。都道府県は、2025年度に新たな構想を策定することとなる見込み

(参考) 医療計画・地域医療構想の計画期間



4 地域医療構想の位置付け

- 地域医療構想は、医療法において医療計画に定める事項とされていることから、第8次医療計画においても、第7次に引き続き、現構想をその一部として位置付け（今後、2040年に向けた新たな構想が策定された場合には、新構想を第8次医療計画の一部として位置付け）

5 「目指すべき方向性」の必要性（事務局提案）

- 地域医療構想の推進に向け、令和5年3月23日に開催した長野県地域医療構想調整会議の場では、「本県の医療提供体制の目指すべき方向性を明らかにし、関係者間で共有したうえで議論を進めていくことが必要ではないか」との意見あり
- 今後、2040年に向けた新たな構想策定も見据え、「本県の医療提供体制の目指すべき方向性」（グランドデザイン）を第8次医療計画に記載することとしてはどうか

【論 点】

「本県の医療提供体制の目指すべき方向性」の内容について

- ① 全体で共有すべき理念
- ② 医療機関の目指すべき役割分担（医療提供体制）のあり方として共有すべき考え方
- ③ 県や市町村の役割、県民に求められるものとして明示すべきもの

参考：議論にあたり考慮すべき観点

- ・ 将来予測される人口減少、少子高齢化の進展に伴う疾病構造の変化
- ・ 限りある医療資源の有効活用
- ・ 医療機能の分化（役割分担）と連携
- ・ 医療従事者の確保
- ・ 地域包括ケア体制の構築
- ・ 新興感染症への対応
- ・ 医師の働き方改革
- ・ 他県や国における医療機関の役割分担の考え方（次ページ以降参照）

※ 発言いただく際には、①～③のうちの一部でも可

6 今後の予定

本日の策定委員会での議論を踏まえ、次回策定委員会（9月）に事務局案を提示

○ 奈良県では、超高齢化社会に対応できる医療提供体制を構築するため、救急医療や高度医療や高度医療に責任を持って対応する「**断らない病院**」と、地域包括ケアシステムを支える「**面倒見のいい病院**」という基本的な役割分担の考え方を整理し、両病院が機能を発揮し、連携が強化されるよう取組を推進。

○ 新潟県では、将来的な疾病構造の変化や働き方改革に対応し、医療の質の維持・向上を実現するため、医療資源（医師等）を集約化し、高度・専門的な手術機能や重症患者の受入に対応できる「**地域で高度な医療を支える柱となる病院**」と、今後二一ズの増加が見込まれる後期高齢者等に多い疾患を中心に担う「**地域包括ケアシステムを支える医療機関**」という基本的な役割分担の考え方を整理し、各構想区域の実情を踏まえた役割分担の具体化を進めている。

■ 奈良県の事例

- 超高齢化社会に対応できる医療提供体制を構築するためには、救急医療や高度医療に責任を持って対応する「**断らない病院**」と、地域包括ケアシステムを支える「**面倒見のいい病院**」が必要
- 県は、「断らない病院」と「面倒見のいい病院」の両方が十分に機能発揮できるよう取組を推進

奈良に必要なのは

「断らない病院」と「面倒見のいい病院」



【H30年度の取組み】

「断らない病院」、**「面倒見のいい病院」**としての機能を指標化して病院間で情報共有し、機能の発揮・連携の強化を推進

「断らない病院」の指標（例）

- ・ 救急の応需率
- ・ 救急車の受け入れ件数
- ・ 手術件数 等

「面倒見のいい病院」の指標（例）

- ・ リハビリテーションの実施件数、サービスの多様性
- ・ 在宅医療・看護の実施件数、連携体制
- ・ 在宅患者（増患時）の入院受け入れ件数
- ・ 退院支援、介護連携への取り組み状況 等

【主な取組み内容】

- 病院等関係機関との協働により、各病院の診療機能を分析・指標化し、病院間で共有
- 県民への公表方法等（病院の認証制度等）を検討4

■ 新潟県の事例

＜基本的な考え方＞

- 専門的医療から在宅医療まで、関係機関の役割分担と切れ目のない連携により、患者に必要な医療が地域全体で一体的に提供される体制を構築
- 入院医療として、各圏域内で「二次救急医療」と「需要の多い手術」が過不足なく提供され、さらに、より高度な救急医療や手術が必要な場合には、それらに対応できる医療機関への円滑なアクセスが確保されている体制を構築



以下の病院等を配置し、まずは「**地域で高度な医療を支える柱となる病院**」に**医療資源（医師等）を集中的に配備すること**としてはどうか



① 地域で高度な医療を支える柱となる病院

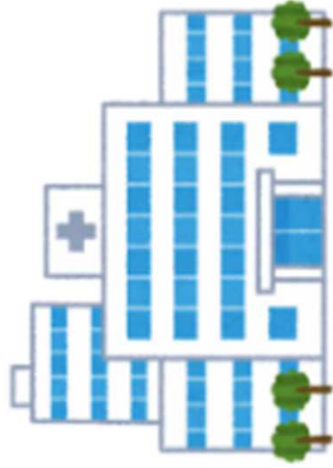
高度・専門的な手術、脳卒中、急性心筋梗塞などに対応することができ、救急車を断らない病院

② 地域包括ケアシステムを支える医療機関

今後二一ズの増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）を中心に担い、地域の患者の支えとなる医療機関

- 総務省が発出した「公立病院経営強化ガイドライン」では、今般のコロナ禍における教訓や、医療従事者の確保及び働き方改革への対応を踏まえた医療機関同士の役割分担のあり方として、地域において中核的医療を担う基幹病院に急性期機能を集約・強化して医師・看護師等を確保するとともに、基幹病院から回復期や初期救急機能等を担う地域の中小病院に医師・看護師等を派遣する連携体制の構築を進めるべきとの考え方が示されている。

基幹病院



医師・看護師等を確保

急性期機能を集約



基幹病院以外の
中小病院等



連携を強化

(医師派遣・遠隔診療等)



回復期機能・初期救急等
を担う

第3回長野県医療審議会保健医療計画策定委員会における主な意見 (グランドデザイン関係)

開催日：令和5年5月26日

1. 全体で共有すべき理念

- 超高齢社会による人口減少に伴い、医療従事者の数も減るという現実を認識する必要。今後、医療の「質」は維持されても「量」が確実に減少するため、医療機関の機能の集約化やデジタル技術の活用が必要。
- 人口減少と資源の制約は避けられない現実。長野県では地域ごとの実情を踏まえた細かな対応をしつつ、疾患によっては広く考え、地域に在宅医療などを提供する体制を整えるべき。
- 医療提供体制については、県全体で画一的に議論を進めるのではなく、地域ごとに実情を踏まえた医療資源の適正配置を議論すべき。
- 医療施設の存在は医療だけでなく、地域社会を支えるためにも重要。医師や看護師を確保するためには魅力的な環境を整える必要があり、子育て環境や交通アクセスの観点も重要。
- 2025年の到達点を地域包括ケアに力点を置いて考えていけばよい。

2. 医療機関の目指すべき役割分担（医療提供体制）のあり方として共有すべき考え方

- 各医療機関の役割分担を明確にするために医療機関の区分分けを行い、議論を進めるべき。
- 高度医療を支える病院と地域包括ケアを支える医療機関をはっきり区分けして、互いに連携を図ることにより、限られた医療資源をうまく動かしていこうという発想がよい。
高度医療を支える病院は高度医療の密度を上げつつ転院連携を強化し、また、地域包括ケアを支える病院は自院の将来像をきちんと描く必要。
- 医師不足が深刻化するなか、地域の拠点病院に大学から医師を派遣することが徐々に困難になってきているため、地域の拠点病院の拠点病院を数か所つくり、そこに大学から医師を派遣して高度・専門医療を提供し、そこから地域の拠点病院へ医師が派遣される三段階の体制を整えるべきではないか。
- 疾病に対しては地域だけでなく、圏域を超えた連携も必要。役割分担も重要であり、基幹病院は高度医療を担当するべきであり、そのためには集約化も必要。

3. 県や市町村の役割、県民に求められるものとして明示すべきもの

- 地域医療構想調整会議の議論が進まない理由は県の考え方・姿勢が明確にされていないからであり、各地域で医療機関同士の役割分担を決める前に、県全体のグランドデザインを描く必要。
- 調整会議で医療機関の役割分担を議論する際には、ある程度県の主導的な発言があってもよい。
- 地域で医療から介護までを完結させるためには、県や市町村との連携が必要。
- 市町村ももっと地域医療に関与してほしいが、地域によって医療に対する意識の差があり、理解度が低い場合もあるため、県から市町村に周知をしてほしい。
- 将来的には医師の働き方改革も必要であり、患者の意識を変えることも重要。
- 患者が正しい医療機関を受診することや、コンビニ受診や大病院信仰の抑制が必要であり、県民に対して啓発が必要。
- 行政だけでなく、県民も医療を受ける立場として、医療が何でもかんでもできるという考えではなく、在宅医療やACPなど、個々の状況や家族の考えを重視する方向性を示す必要。
- 地域の首長たちが町や地域をどう発展させるかというビジョンを示し、医療を含めた総合的な話し合いを進めていくことが必要であり、医療とまちづくりはセットで考えていかなければならない。
- 医療機関の役割分担や集約化の促進については診療報酬の改定による対応もあるが、行政として医療機関に指導を行うべきであり、医療者側も市民に状況を分かってもらうためのメッセージを出す必要。

- 地域の住民が医療を受けながら暮らし続けるためには、市町村や県も含めて行政全体で考えなければならない。

4. その他

【人材確保】

- 人手不足のために医療施設や介護施設を増やすことには限界がある。薬剤師や介護福祉士などの資格を持つ人材をどう確保するかも重要な問題。
- 今の若い医師はかなりドライでプライベートを優先するため、ある程度魅力のある病院でないとなかなか残ってくれない。信州大学から派遣しようとした時にも、なかなか素直に行ってくれないのではないかと。
- 中核病院に派遣した医師を周辺に中小病院に派遣することによって、中小病院の診療にもプラスになるし、医師にとっても地域医療を学ぶ貴重な体験をしていただける。
- 少子化の進行で看護系大学や看護学校の定員割れが増えており、今後5年・10年では定員維持ができない状況になる可能性があるため、医療を担う人材の供給方法について検討する必要。具体的には、デジタル化や高度人材の育成により、働き方を変えることが重要と考えられる。
- 看護師や医師などが自身のキャリアを様々な地域や医療レベルで経験できる機会を広げてほしい。
- 看護師や医師の数を増やすためには教育が重要であり、子供たちに医療職を目指す意識を持ってもらう施策が必要。
- 病院薬剤師の確保をはじめとした医療を支える医療従事者の確保と育成、教育も重要な要素であるため、県として優先課題として進めるべき。

【外来医療】

- かかりつけ医の機能が重要視されているため、県民が病院選びの際に参考にできるよう、医療機能の情報提供制度を充実させるよう検討してほしい。

【在宅医療】

- 介護施設における医療のあり方について、現在の仕組みでは施設側に在宅医療がなかなか入れず、結果として救急搬送が増え、看取りの数が伸びない状況があるため、その改善に向けた取組を検討する必要。
- 診療所の医師だけでなく、病院や介護医療院も在宅医療や介護施設を支援することが必要。
- 今後地域共生社会を築くためには、在宅医療を担う医療機関数が大幅に増える見込みはないため、訪問看護や地域包括支援センターといった、介護分野の知見を障害者や子供などの支援にも活用することが必要。

【救急医療】

- 救急医療も重要であり、特に二次救急が危機的状況。さらに、地域の初期救急や在宅医療を支えている開業医の高齢化も課題。救急医療は在宅医療を支える上でも重要であるため、一緒に考えるべき。

【小児医療】

- 疾病構造の変化により疾患や障害を持つ子供が増えており、医療の手助けが必要な子供も増えているなかで、助産師や保健師、訪問看護ステーションの力が重要になっている。
- 子供の在宅医療のゴールは看取りではなく子供の自立であり、地域の基幹病院は子供たちを支えられるよう、地域の関係者らによるチームを形成する必要があり、高度・専門医療を担う県立こども病院は、そうした地域ごとの体制を後方支援する役割が求められる。

【交通政策との連携】

- 交通は今後の医療の一番の根幹にもなると思われるため、総合5か年計画と整合を図り、交通アクセスについてしっかりと書き込んでいただきたい。