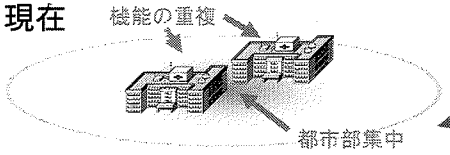
2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

資料２－２

○医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
○2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

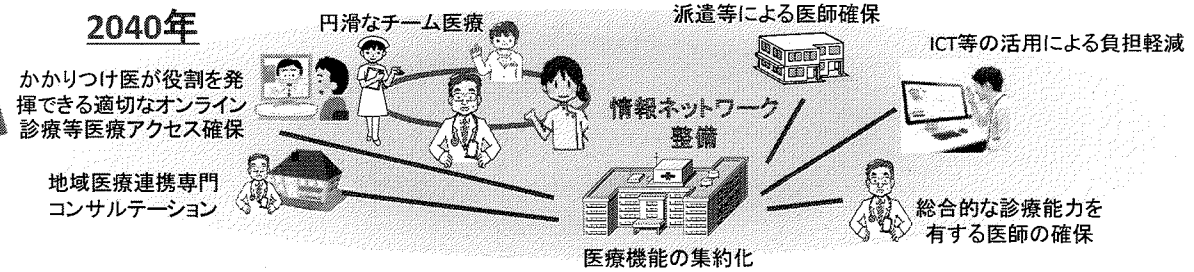
2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）

現在



◆医療資源の分散・偏在
⇒都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に
⇒医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担
◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結

2040年



どこにいても必要な医療を最適な形で
- 限られた医療資源の配置の最適化（医療従事者、病床、医療機器）
  ⇒医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- かかりつけ医が役割を発揮するための医療情報ネットワークの整備による、地域医療連携や適切なオンライン診療の実施

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ
- 人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- 医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- 業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）の浸透

現在 → 2040年

2025年までに着手すべきこと

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
③かかりつけ医が役割を発揮できるための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備　等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

①医師の労働時間管理の徹底
②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化　等）
③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒地域医療構想の実現

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した医師偏在対策の施行
- 医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
- 将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
- 地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出

② 総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

1．これまでの取り組み
- 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成

○　これまで、2017年度、2018年度の２年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。

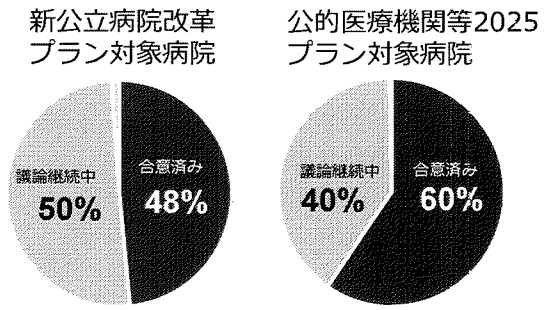
○　公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、

ア　高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
イ　山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
ウ　救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
エ　県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
オ　研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

が挙げられている。

○　2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
平成30年12月末

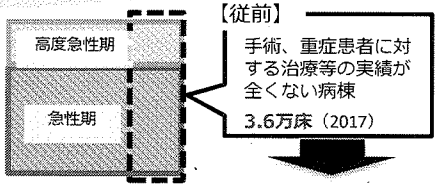


（病床ベース）
※平成31年３月末のデータは集計中

地域医療構想の実現のための推進策

○　**病床機能報告における定量的基準の導入**

■ 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



【2018～】基準の導入により、高度急性期・急性期の選択不可

○　**2018年６月より地域医療構想アドバイザーを任命**

・調整会議における議論の支援、ファシリテート
・都道府県が行うデータ分析の支援　等

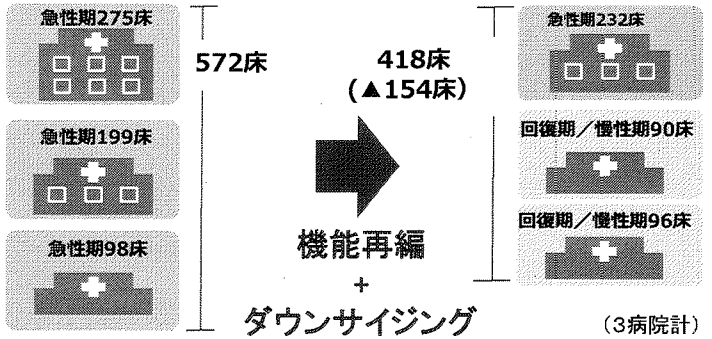
（36都道府県、79名（平成31年３月））

○　**2018年６月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置**

機能分化連携のイメージ（奈良県南和構想区域）

■ 医療機能が低下している３つの救急病院を１つの救急病院（急性期）と２つの回復期／慢性期病院に再編し、**ダウンサイジング**

■ 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



			（3病院計）
医師数	48.4人	➡	60.8人（1.26倍）
年間救急車受入件数	2,086件	➡	4,104件（1.97倍）

地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

○　2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2．今後の取り組み
- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

○　今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、**「代替可能性がある」**または**「診療実績が少ない」**と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

①　分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

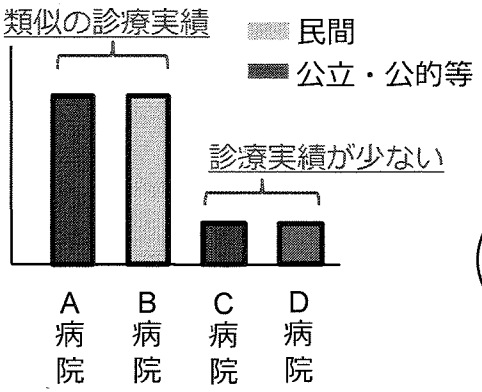
A　各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が２つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

B　各分析項目について、診療実績が特に少ない。

②　医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

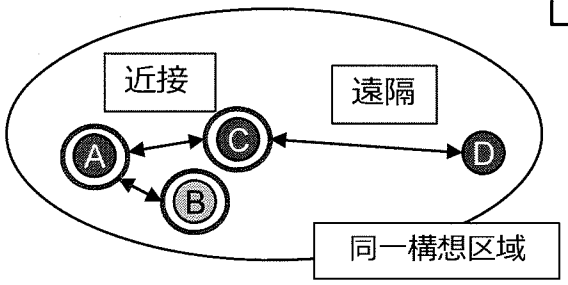
分析のイメージ

①診療実績の**データ分析**
（領域等（例：がん、救急等）ごと）

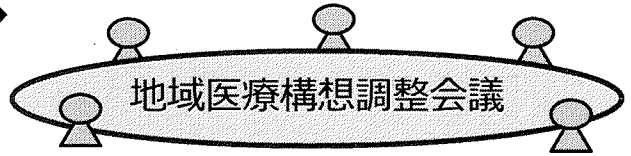


②地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、近接している場合を確認



①及び②により
「代替可能性あり」
とされた公立・公的医療機関等

③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や
将来の医療需要の動向等を踏まえ、
医師の働き方改革の方向性も加味して、
○　**代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
○　**病院の再編統合**
について具体的な協議・再度の合意を要請