

新たな地域医療構想に係る調査・分析業務 外来、在宅医療、医療・介護連携の現状分析と論点整理

株式会社日本経営

2026年2月10日

1. 沖縄県の地域医療構想における課題（沖縄県地域医療構想セミナー2025の概要）
2. 新たな地域医療構想の概要
3. 外来医療の提供状況とかかりつけ医機能における論点
4. 慢性期ニーズへの対応状況と在宅医療の論点
5. 医療・介護連携における論点
6. 新たな地域医療構想に向けて圏域で考えるべきこと

1. 沖縄県の地域医療構想における課題 (沖縄県地域医療構想セミナー2025の概要)

2040年に向けた新たな地域医療構想で踏まえるべき前提

「85歳以上」の急増と医療ニーズの変化

沖縄県は全国と比べて入院の受療率が高く、今後の高齢者人口の伸びも大きい。特に85歳以上が急増することに伴い、医療需要は慢性疾患の増悪・複合的な介護ニーズの対応が求められる。「治す医療」から「治し、支える医療」にシフトする必要がある。



現行システムの持続可能性

沖縄県は急性期医療が充実している一方で、一部の医療機関に負担が偏っている傾向にある。働き手の減少に伴い、医療従事者の確保が難化している、人員配置の多い急性期病床の維持、増加し続ける搬送に対する病院前救護の体制強化には限界がある。特に救急に依存しない急変対応を強化する必要がある。



「治し、支える医療」の強化と地域のネットワークの構築

住民が住み慣れた地域で暮らし続けるために地域包括ケアシステムの構築と「治し、支える医療」の強化が必要である。包括期医療の充足と、限られた資源の中でも機能を強化できるネットワークを強化する必要がある。



2040年に向けた新たな地域医療構想のコンセプトは沖縄県においても重要。

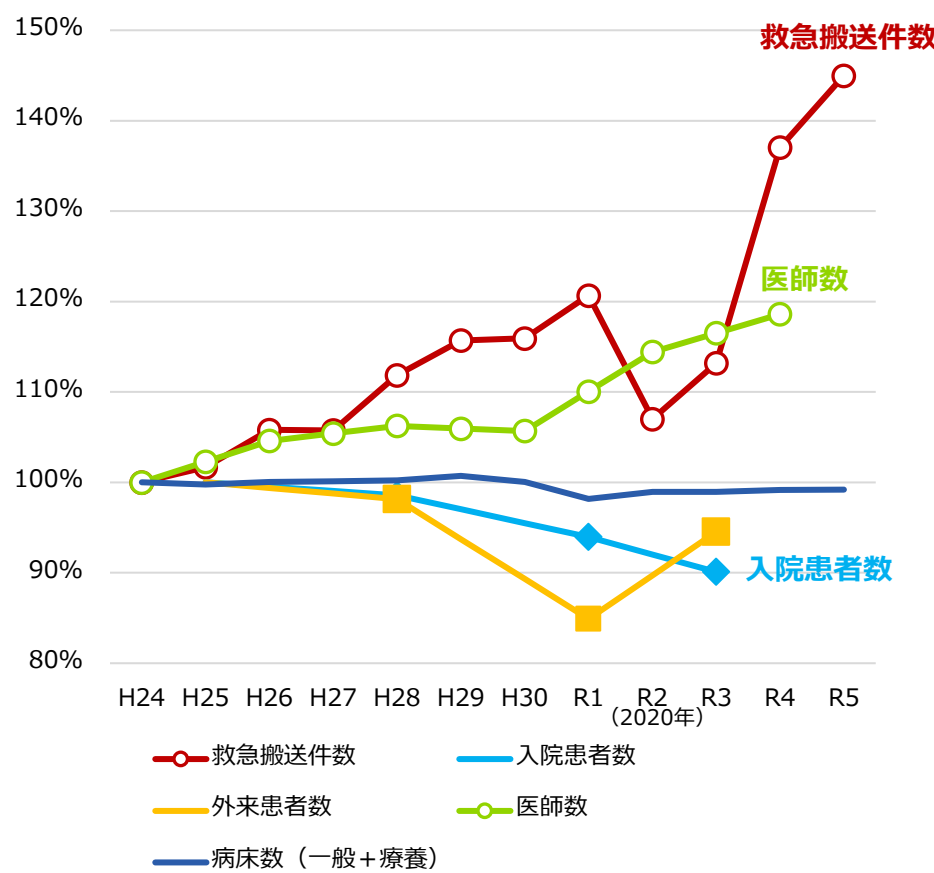
制約条件（地理、資源量、提供体制の構造、歴史による経路依存等）は全国と異なっているも、

あるべき姿や解決策の方向性は基本的には同じ。

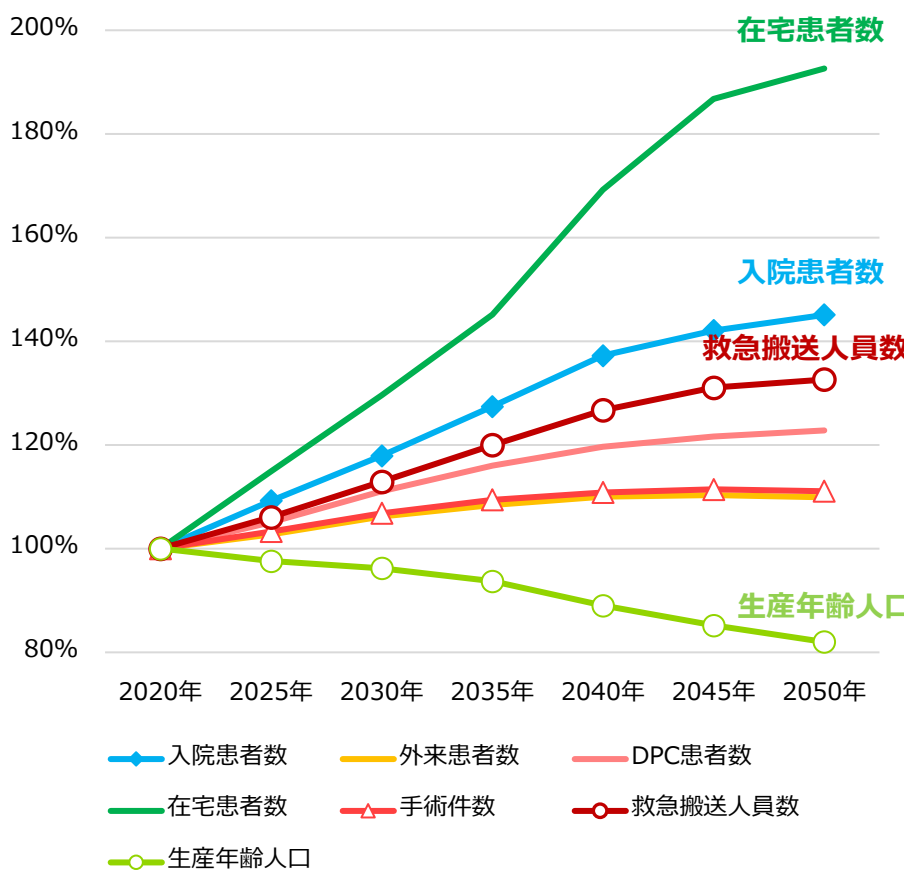
共通認識を創り、実行に移せているかが地域の差となる。

- ✓ 直近の10年程度は入院患者数および外来患者数が減少している。救急搬送件数は大幅に増加しているが、医師数も増加している。
- ✓ 救急搬送や在宅患者のニーズは今後も増加が見込まれるが、生産年齢人口が減少するため、これまで以上に医療提供体制を維持することが困難になると思われる。

これまでの需要と供給の推移



これからの需要と供給の推計



✓ 医療提供体制の整備だけでなく、需要を適切に抑制する目線をもつことが重要。

図1：入院患者数の将来推計

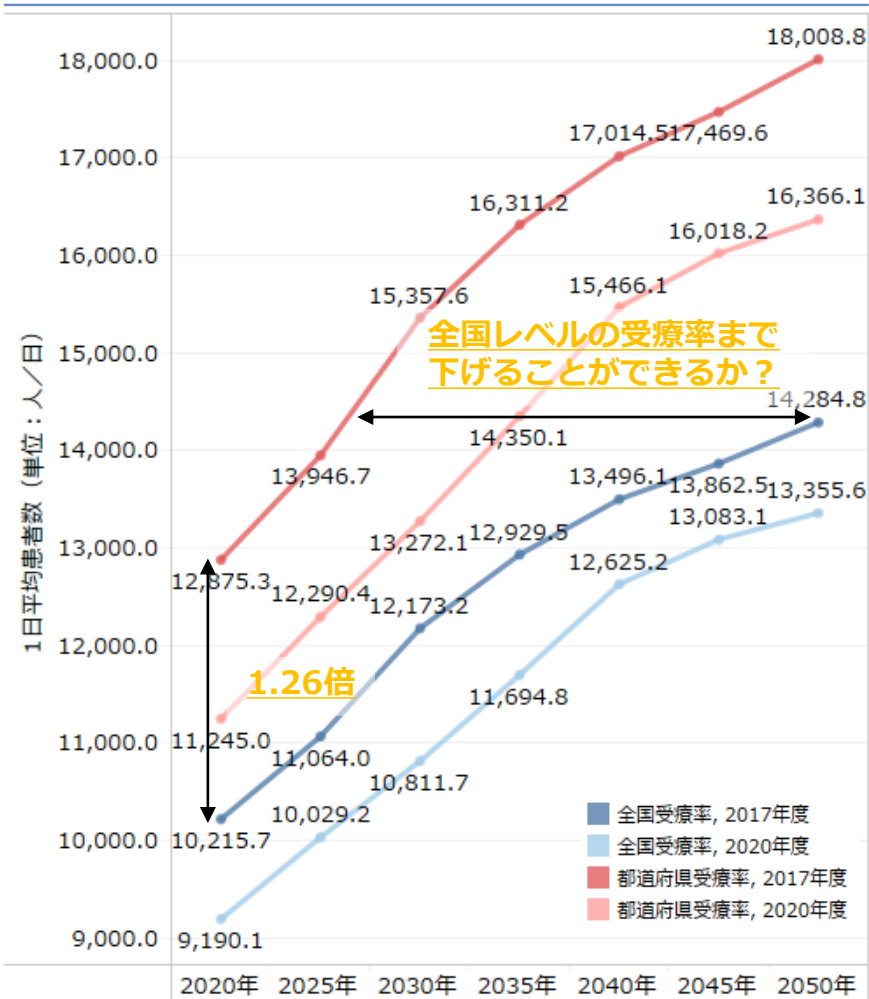
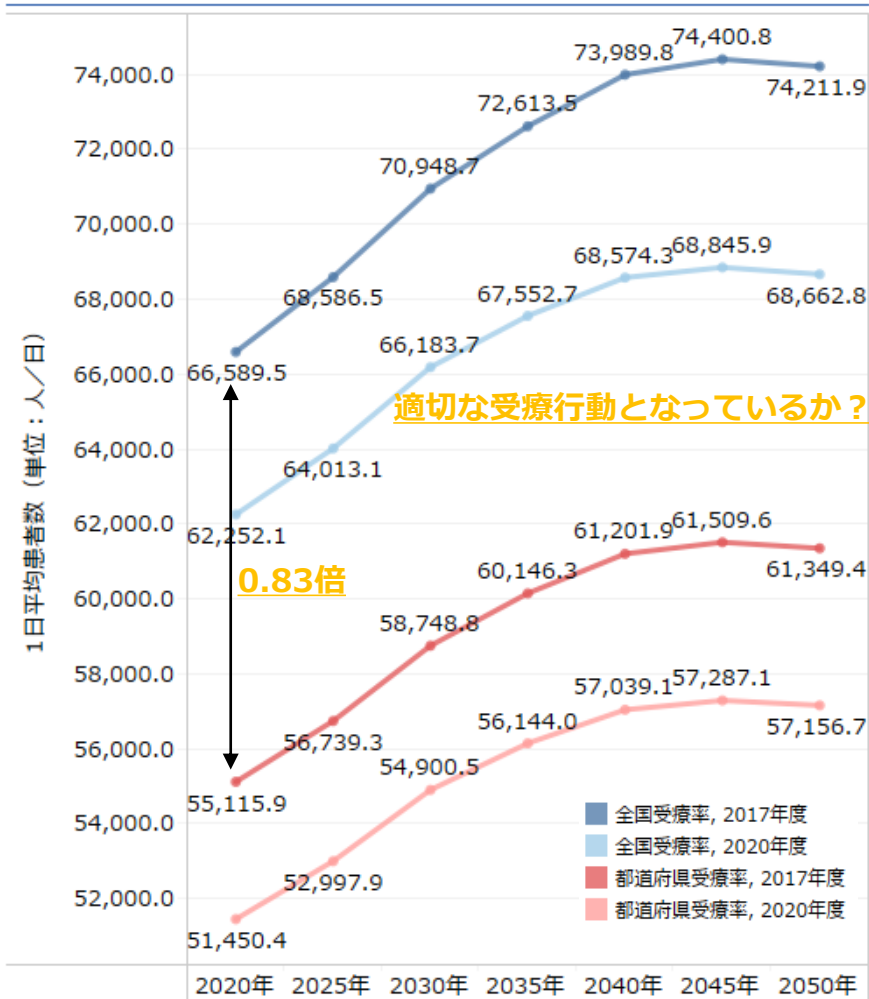


図2：外来患者数の将来推計



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）及び患者調査（厚生労働省）を用いて推計

参考 | 宮古医療圏及び八重山医療圏の需要推計

宮古医療圏

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	推移	2030年比	2040年比	2050年比
人口総数（人）	53,989	53,317	52,415	51,555	50,636	49,451	47,899		97%	94%	89%
年少人口	8,561	8,125	7,467	7,104	6,903	6,710	6,429		87%	81%	75%
生産年齢人口	30,832	29,212	28,257	27,567	26,415	25,108	23,865		92%	86%	77%
高齢者	14,596	15,980	16,691	16,884	17,318	17,633	17,605		114%	119%	121%
うち、後期高齢者	7,157	7,527	8,956	10,223	10,667	10,459	10,402		125%	149%	145%
入院患者数（人／日）	497	509	533	570	611	626	616		107%	123%	124%
外来患者数（人／日）	2,048	2,078	2,121	2,146	2,141	2,107	2,060		104%	105%	101%
DPC患者数（人／日）	135	139	144	148	150	149	146		107%	111%	108%
手術件数（件／年）	6,984	7,118	7,285	7,379	7,344	7,219	7,060		104%	105%	101%
在宅患者数（人／月）	320	326	332	363	426	480	482		104%	133%	151%
要介護者数（人）	2,827	2,853	2,995	3,380	3,865	4,082	3,982		106%	137%	141%

八重山医療圏

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	推移	2030年比	2040年比	2050年比
人口総数（人）	53,255	53,038	52,544	52,045	51,528	50,728	49,555		99%	97%	93%
年少人口	9,184	8,471	7,820	7,493	7,381	7,262	7,022		85%	80%	76%
生産年齢人口	32,187	31,389	30,847	30,071	28,711	27,362	26,167		96%	89%	81%
高齢者	11,884	13,178	13,877	14,481	15,436	16,104	16,366		117%	130%	138%
うち、後期高齢者	5,337	6,110	7,444	8,399	8,777	8,985	9,458		139%	164%	177%
入院患者数（人／日）	406	437	467	506	545	563	568		115%	134%	140%
外来患者数（人／日）	1,876	1,930	1,987	2,026	2,047	2,045	2,030		106%	109%	108%
DPC患者数（人／日）	118	124	130	135	139	140	141		110%	118%	119%
手術件数（件／年）	6,415	6,622	6,828	6,966	7,017	7,009	6,954		106%	109%	108%
在宅患者数（人／月）	238	256	279	313	372	415	425		117%	156%	179%
要介護者数（人）	2,108	2,276	2,482	2,872	3,282	3,484	3,524		118%	156%	167%

アウトカムベースでは深刻な課題ではないが供給面でみると一部の医療機関への負担が大きく、持続可能性が高いとはいえない状態にある。

需要

人口10万人あたりの救急搬送人員数は
全国よりも**多い**

発生率

疾病構造、受療動向

×

全体の発生率は**高い**
高齢者の発生率は**高い**
軽症も重症も**高い**

人口

人口、高齢化率、

高齢化率が**低い**
高齢者は**今後増加**
後期高齢者も**今後増加**

>

供給

一部の医療機関に集中しているため、
救急対応の**負担が大きい**

医療機関数

一次救急、二次救急、
三次救急、連携体制

×

告示病院が**少ない**
三次救急は適切な範囲
※救急専門医は**多い**

1医療機関あたりの受入件数

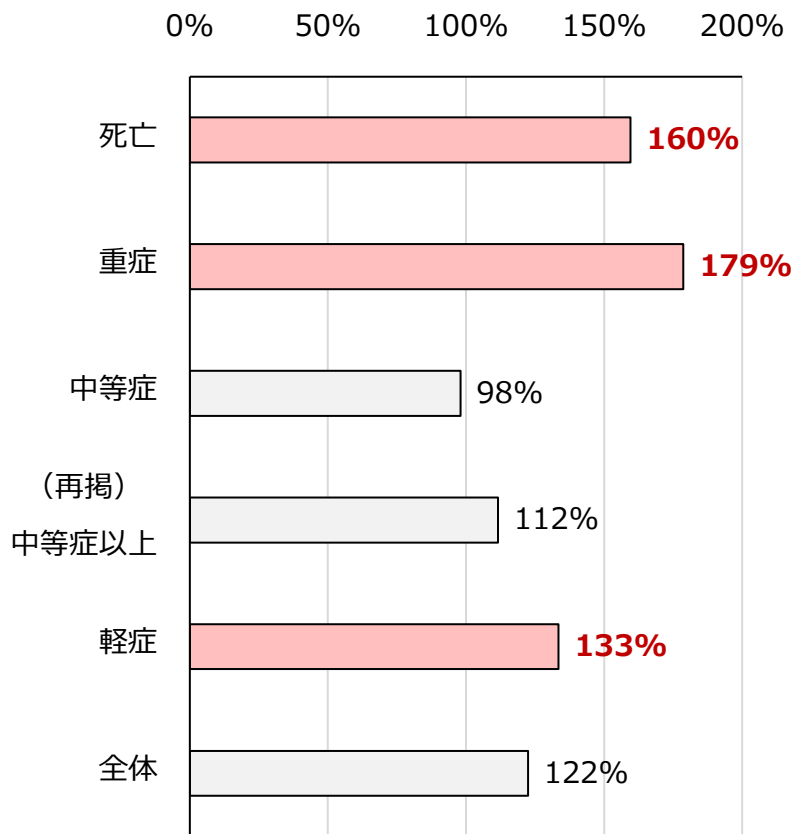
一部の医療機関への集中 or 分散

一部の医療機関に**集中**
ワークインを含めると、
全国トップレベルの受入件数

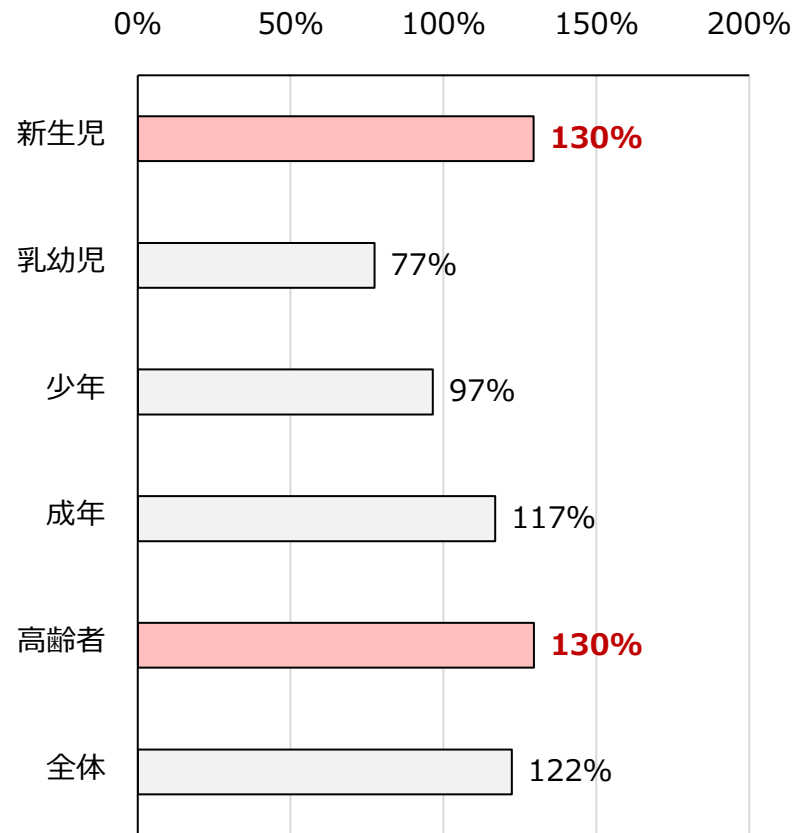
沖縄県の救急医療の発生率（年齢調整にて全国と比較）

沖縄県の救急搬送の発生率は高く、今後の高齢化に伴い、大幅な需要増加が見込まれる。軽症者の増加にともない、受入医療機関の負担は増加し、重症者の対応が困難となるリスクも考えられる。

傷病程度別の発生率の全国比較



年齢区分別の発生率の全国比較



死亡とは、初診時において死亡が確認されたもの。
重症とは、傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの以上をいう。
中等症とは、傷病程度が重症または軽症以外のものをいう。

地域医療構想の 進捗	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 地域医療構想における2025年時点の必要病床数に対して現状の病床数は上回っている。 ✓ 急性期の病床数が必要病床数を上回っており、高度急性期と回復期の不足分以上を埋めている。 ✓ 慢性期は必要病床数を大幅に上回っている。
救急医療 5疾病6事業等	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 救急搬送は県立宮古病院と宮古島徳洲会病院の2病院で対応している。 ✓ 県立宮古病院はウォークインを含めても2万件弱の受入件数であり負担が大きい状況にある。
急性期 ～包括期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 急性期機能および地域包括ケア病棟のようなサブアキュート等を担う医療機関は県立宮古病院と宮古徳洲会院のみ。病床稼働率が低い傾向にある。 ✓ 回復期リハ病棟をもつ病院はない。
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床数が多く、病床稼働率が低い傾向にある。医療区分3の医療度の高い患者層が少なく、診療報酬改定の厳格化により収益性が低下するリスクがある。 ✓ 慢性期の需要が高まる中で、重度者を受け入れる療養病棟を強化しつつ、在宅医療や介護施設とあわせて、慢性期の受け皿のあり方を検討する必要がある。
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 病院数および診療所数に対して、在支診、在支病は多く、積極的に在宅医療が提供されている。

地域医療構想の 進捗	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 地域医療構想における2025年時点の必要病床数に対して現状の病床数は同程度となっている。 ✓ 急性期の病床数が必要病床数を上回っており、高度急性期と回復期の不足分以上を埋めている。
救急医療 5疾病6事業等	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 救急搬送は県立八重山病院に集中している。 ✓ 県立八重山病院はウォークインを含めても約1.7万件の受入件数であり負担が大きい。
急性期 ～包括期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 3病院すべてが急性期機能の病棟を有しており、病床稼働率は低い傾向にある。 ✓ 回復期リハ病棟は1病棟のみで、病床稼働率は高い。
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 慢性期は1病棟のみであり、病床稼働率は高い。一方で、医療区分3の医療度の高い患者層が少ない傾向にある。診療報酬改定の厳格化により収益性が低下するリスクがある。 ✓ 慢性期の需要が高まる中で、重度者を受け入れる療養病棟を強化しつつ、在宅医療や介護施設とあわせて、慢性期の受け皿のあり方を検討する必要がある。
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 病院数および診療所数が少ない地域であるが、3病院すべてが訪問診療を行っており、在宅療養支援診療所は4件ある。介護施設の定員数が多く、介護職の人材確保に苦慮すると考えられる。アクセスの状況とあわせて効率的な医療介護の提供体制を検討する必要がある。

2. 新たな地域医療構想の概要

目指すべき方向性及び基本的な考え方において、外来・在宅、介護連携等も地域医療構想の対象とする旨が明記されている。

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性	
<p>85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築</p> <ul style="list-style-type: none">・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築・<u>外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする</u>	
新たな地域医療構想	
<p>(1) 基本的な考え方</p> <ul style="list-style-type: none">・2040年に向け、<u>外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進</u> (将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)・新たな構想は27年度から順次開始 (25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める <p>(2) 病床機能・医療機関機能</p> <p>① 病床機能</p> <ul style="list-style-type: none">・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ <p>② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)</p> <ul style="list-style-type: none">・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告 <p>③ 構想区域・協議の場</p> <ul style="list-style-type: none">・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)	<p>(3) 地域医療介護総合確保基金</p> <ul style="list-style-type: none">・医療機関機能に着目した取組の支援を追加 <p>(4) 都道府県知事の権限</p> <p>① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)</p> <p>② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等</p> <ul style="list-style-type: none">・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める <p>(5) 国・都道府県・市町村の役割</p> <p>① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)</p> <p>② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める</p> <p>③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用</p> <p>(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け</p> <ul style="list-style-type: none">・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

新たな地域医療構想においては医療機関機能に着目して役割分担を推進していくことが見込まれる。本分析においては、在宅医療等連携機能に着目して分析を実施している。

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、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拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

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るとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
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。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の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。 ※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 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。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

高齢者救急の増加や需給バランスの変化が見込まれるため、外来・在宅・介護連携により救急搬送や状態悪化の減少等が図られるように、かかりつけ医機能の確保・強化などが論点となっている。

- ・ 外来の機能分化・連携や在宅医療提供体制の確保等に向けて、医療計画（外来医療計画・在宅医療計画）の取組、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めてきている。
- ・ 多くの地域で外来医療の需要は減少するが、在宅医療の需要は増加する見込み。地域の医療需要と資源に応じて、診療所や中小病院等とともに、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等が連携しながら、地域ごとの外来・在宅医療の提供が必要。

外来・在宅医療に係る現状と課題

・ 外来・在宅・介護需要の変化への対応

- 人口減少や超高齢化に伴う外来需要の減少
- 超高齢化による在宅・介護需要の増大

・ 担い手の減少への対応

- 診療所医師の高齢化、医師の偏在
- 生産年齢人口の減少による人材確保の制約

・ 既存制度の推進

- 外来医療計画による外来の機能分化・連携
- 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で不足する医療機能の要請
- かかりつけ医機能報告等によるかかりつけ医機能の確保・強化
- 在宅医療計画による体制整備 等

地域医療構想における取組

○ 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護連携等も対象とする。

○ 議題に応じて、協議を行う区域や参加者を設定し、医療関係者、介護関係者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施。

※ 従来の構想区域だけでなく、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

○ かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来・在宅・介護連携等に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有。

（例）医師数や診療領域ごとの診療体制

時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況
慢性期・在宅需要と在宅医療提供量・療養病床・介護施設・高齢者住まい等の状況
医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況 等

○ 地域の実情を踏まえ課題への対応を検討・協議して、必要な外来・在宅医療の提供のための取組を行う。

（取組の方向性（イメージ））

- 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、診療所の承継支援、医師の派遣、巡回診療の整備等）
- D to P with N等のオンライン診療や医療DXによる在宅医療等の効率的な提供のための方策
- 医療機関と介護施設等の具体的な連携、高齢者の集住等のまちづくりの取組との連携 等

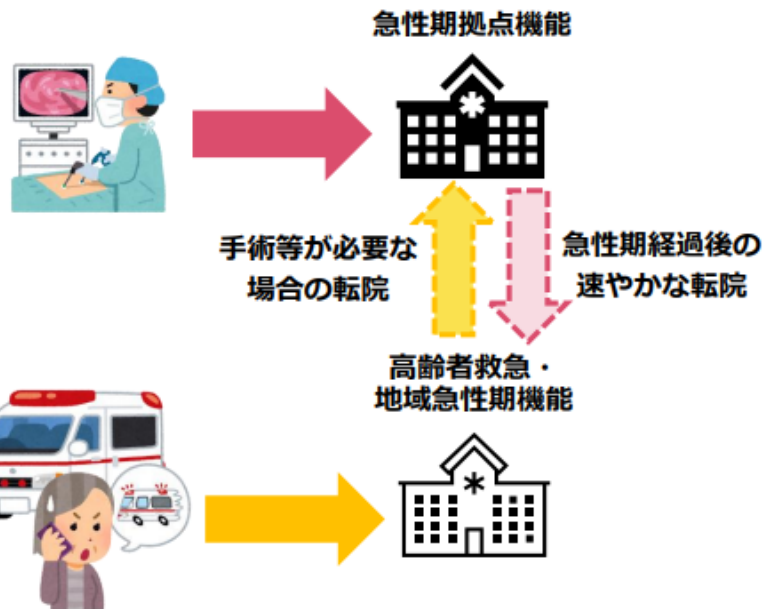
急性期医療については「急性期拠点機能」と「高齢者救急・地域急性期」の役割に分かれる見込みとなる。
地域ニーズの変化に合わせて、沖縄県の救急体制とそれを支える役割を整理する必要がある。

- 多くの医療資源を要する手術等について、集約して対応する中で、都市部を中心とした高齢者救急の増加分については、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関で担うことが考えられる。
- 地域ごとに、医療資源に乏しく、急性期拠点機能を有する医療機関で増加する高齢者救急への対応が必要なケース等も考えられ、手術や救急搬送等の医療需要の変化に関するデータを踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議が必要。

●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等と高齢者救急の分担のイメージ

手術等の分担

- 医療資源を多く必要とする、手術等について、緊急手術等は急性期拠点機能で受け入れる一方、高齢者に多い手術等は高齢者救急・地域急性期機能でも提供する



増加する高齢者救急の受け入れの分担

- 高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の需要等を踏まえながら必要に応じて急性期拠点機能も高齢者救急の受け入れを行う

※大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の需要にも対応することも考えられる。

地域におけるポジショニング及び地域に必要な機能に対応した病床規模の検討 人口規模に対する医療機関機能の役割

区域	現在の人口規模 の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度 南部：74万人程度 中部：52万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定 北部：10万人程度 宮古：5万人程度 八重山：5万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自らが在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

急増する救急搬送に対応するために沖縄県が考えるべきこと

高齢者救急の増加に向けて、沖縄県においては以下の対策を検討する必要がある。県主体の領域だけでなく、市町村主体の取り組みも多く含まれるため、今後の取り組みにおいては多くの関係者における効率的かつ実効性のある協議を目指す必要がある。

1. 急変対応の発生率を下げる

- ・ 予防・健康増進の促進
- ・ 外来医療、健診等における日々の健康管理
- ・ 在宅医療・介護の連携による適切なケア

→**かかりつけ医の機能強化、市町村単位の医療のあり方の検討**

2. 適切な救急搬送の利用

- ・ 地域住民への情報発信
- ・ #7119, #8000の利用
- ・ 在宅患者、介護施設利用者の急変対応
- ・ ACPやDNARの推進

→**地域住民、医療機関及び介護事業所への普及啓発**

3. 救急医療の役割分担

- ・ 急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能の役割分担
- ・ 役割分担に向けた連携体制の検討（下り搬送、情報連携等）

→**地域医療構想の見直しと推進**



かかりつけ医、在宅医の急変対応が不十分で「救急搬送」へ集中



自宅・介護施設で
急変発生



かかりつけ医に
連絡がつかない/
対応できない



唯一の選択肢として
「119番通報」



救急隊が出動



救急外来へ搬送
→ ERの逼迫/
不要不急の入院



「かかりつけ医・訪問看護」と「地域密着型病院」が地域を支える



自宅・介護施設で
急変発生



かかりつけ医・
訪問看護師に連絡



往診・訪問看護に
よる初期対応



状態安定
(その場で解決)

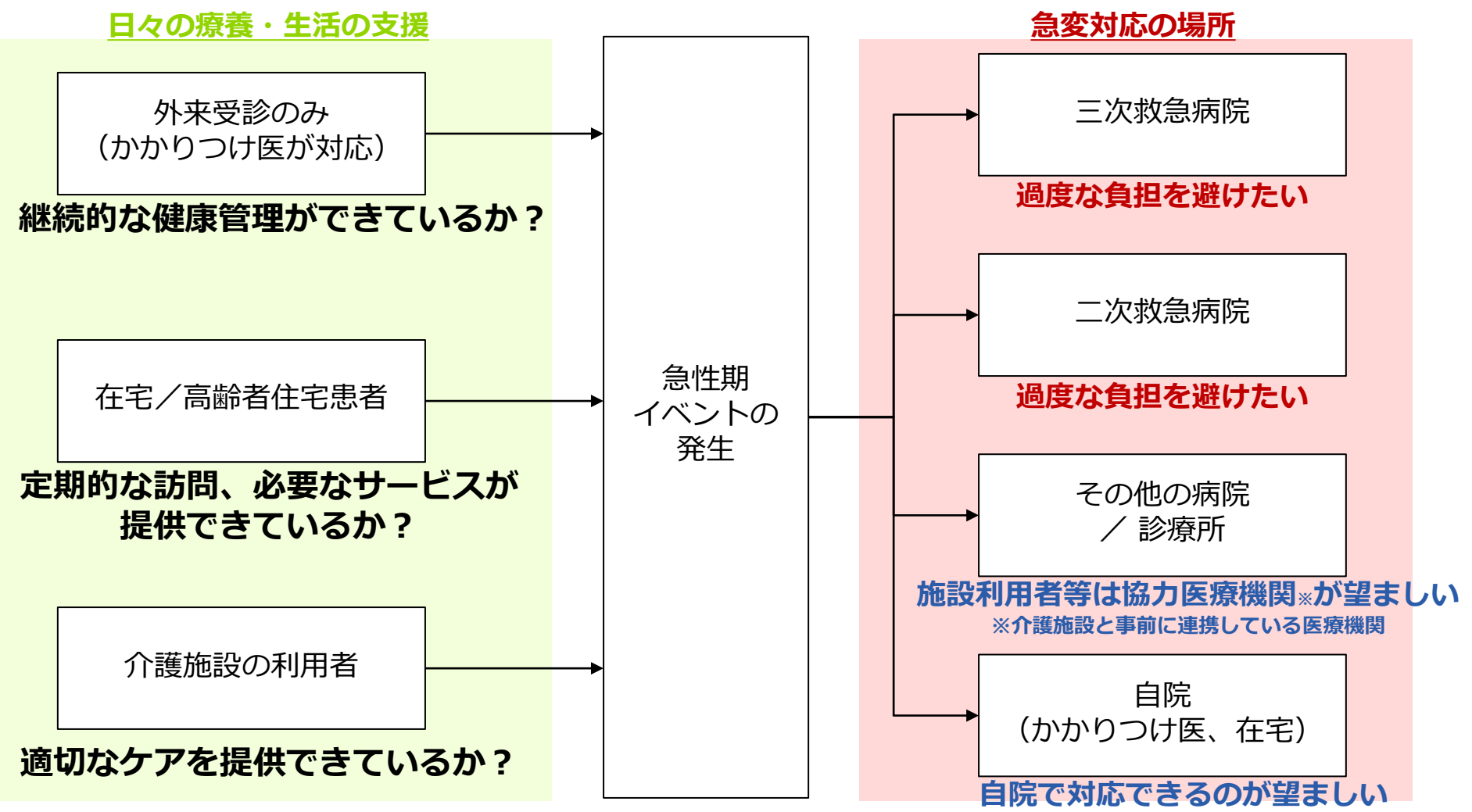


かかりつけ医が
判断・調整



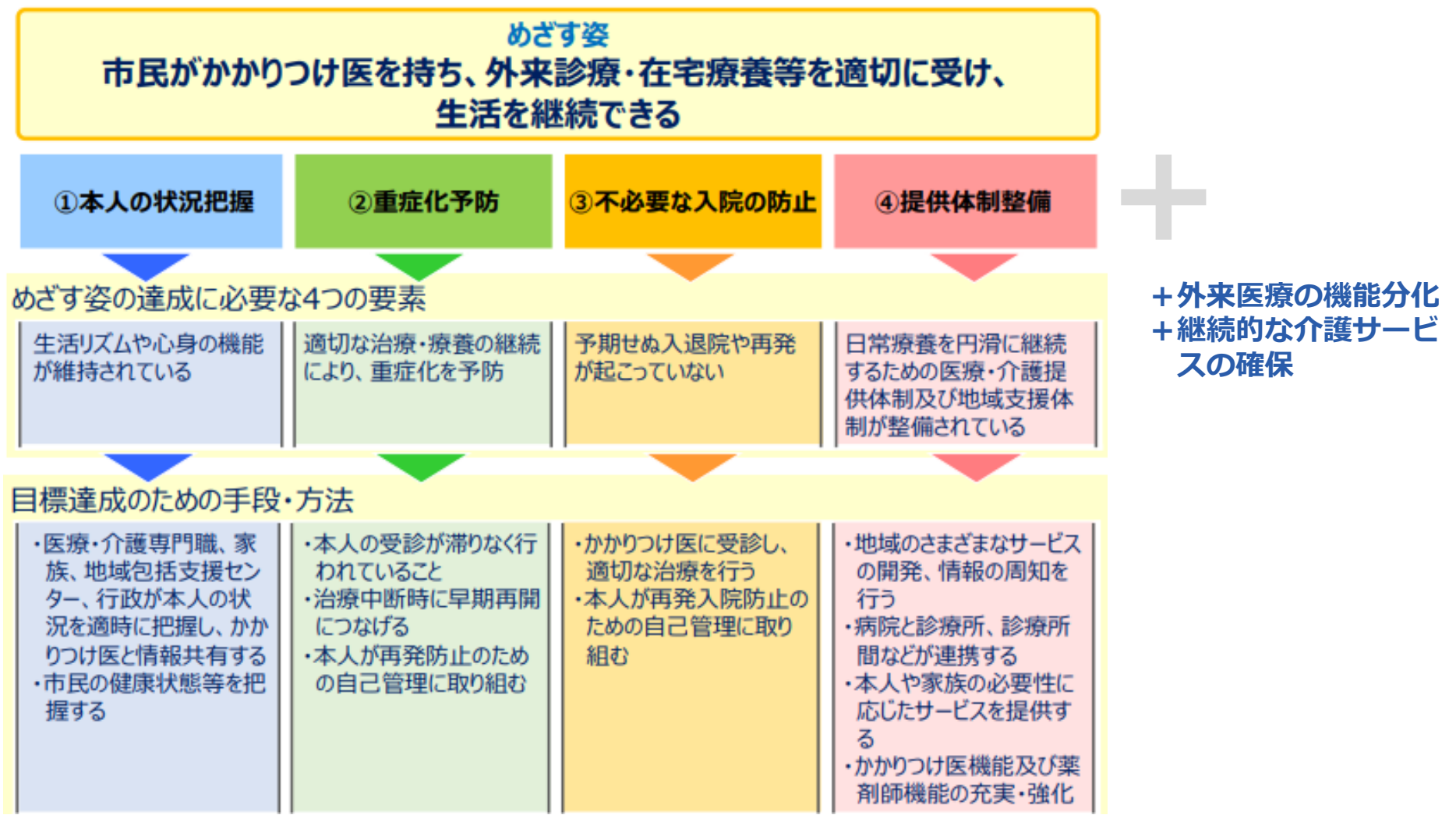
連携する地域密着型病院へ連絡
→ 計画的な緊急入院 / レスパイ
ト入院 (連携で解決)

本分析においては、オープンデータ等から、日々の療養支援と急変対応の2つの観点で外来、在宅、医療介護連携について確認する。



3. 外来医療の提供状況とかかりつけ医機能における論点

専門的な外来や地域の拠点となる病院の外来機能の分化も進める必要があるが、メインはかかりつけ医機能の確保である。日々の健康管理により、患者の療養生活を支え、不要な入院を防止することが望ましい。



外来医療の政策の概要（外来の機能分化・連携と、かかりつけ医機能の強化）

現在、外来医療においては2つの政策が進められている。

外来の機能分化・連携や在宅医療提供体制の構築等に向けて、医療計画（外来医療計画・在宅医療計画）の取組、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めてきている。

外来医療計画を通じた取組

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、
 - ・ 医療機関が都道府県に**外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）**。
 - ・ 外来機能報告を踏まえ、地域ごとに外来医療機能の議論を行う**協議の場**（※1）において、**外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**。
 - ・ 紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化し、地域における**外来医療提供体制の在り方**について検討。
- 診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。
- 少なくとも**外来医師多数区域**（※2）において、新規開業希望者に対して、外来医療の協議の場の協議の内容を踏まえて、**初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める**。

※1 地域医療構想調整会議を活用することも可能。原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なもの（在宅当番医制や夜間・休日急患センターへの参加等）について別途ワーキンググループ等を設置することも可能。

※2 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

- **かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度**により、各医療機関の**かかりつけ医機能の内容**について、国民・患者に情報提供
- 各医療機関から報告された**かかりつけ医機能の内容や今後担う意向**について、地域の協議の場（※1）に報告し、**地域で不足する機能を確保する方策**（※2）を検討・実施
- **かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備**など、**地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等の取組**

※1 協議の場の圏域や参加者について、協議するテーマに応じて実施主体である都道府県が市町村と調整して決定するが、地域医療構想調整会議を活用することも可能。例えば、時間外診療や在宅医療、介護等との連携等は市区町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議を行い、入院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整するなどを想定。特に在宅医療や介護連携等の協議に当たっては、市町村の積極的な関与・役割が重要。介護等に関連する事項の協議の場合には市町村の参加を求める。

※2 例えば、プライマリケア研修や在宅医療研修等の充実、夜間・休日対応の調整、在宅患者の24時間対応の調整、後方支援病床の確保、地域の退院ルール等の調整、地域医療連携推進法人制度の活用等

紹介受診重点医療機関

病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革



紹介
逆紹介

外来機能報告、協議の場での協議、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

かかりつけ医機能を担う医療機関



かかりつけ医機能が発揮される制度整備（かかりつけ医機能報告、医療機能情報提供制度、協議の場での協議、医師の教育や研修の充実等）

在宅医療と合わせて、通常の診療時間外の診療や高齢者に対する包括的な医療提供についても分析が必要である。

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
 - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要。
 - ・ また、当該内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図るとともに、その際、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、各医療機関が連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要。
- かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修の充実、医療DXによる情報共有基盤の整備など、地域でかかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備等に取り組むことが重要。

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能な有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供

※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等

地域における協議の場での協議

- 特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要。
- 協議テーマに応じて、協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して決定。
 - ・ 在宅医療や介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整など

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

- かかりつけ医機能の確保に向けて、医師のリカレント教育・研修を体系化して、行政による支援を行いつつ、実地研修も含めた研修体制を構築する。
- 知識（座学）と経験（実地）の両面から望ましい内容等を整理し、かかりつけ医機能報告の報告対象として該当する研修を示す（詳細は厚労科研で整理）。
- 国において必要な支援を検討し、医師が選択して学べる「E-learningシステム」の整備を進める。

医療DXによる情報共有基盤の整備

- 国の医療DXの取組として整備を進めている「全国医療情報プラットフォーム」を活用し、地域の医療機関等や多職種が連携しながら、地域のかかりつけ医機能の確保を推進。
- 「全国医療情報プラットフォーム」による介護関連情報の共有が実施されるまでも、医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が円滑に連携できるよう、活用できる民間サービスの活用などの好事例の周知等に取り組む。

患者等への説明

- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

- 今後、制度の円滑な施行に向けて、関係省令・告示等の改正、かかりつけ医機能報告に係るシステム改修、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細の整理、ガイドラインの作成、都道府県・市町村等に対する研修・説明会の開催等に取り組む。

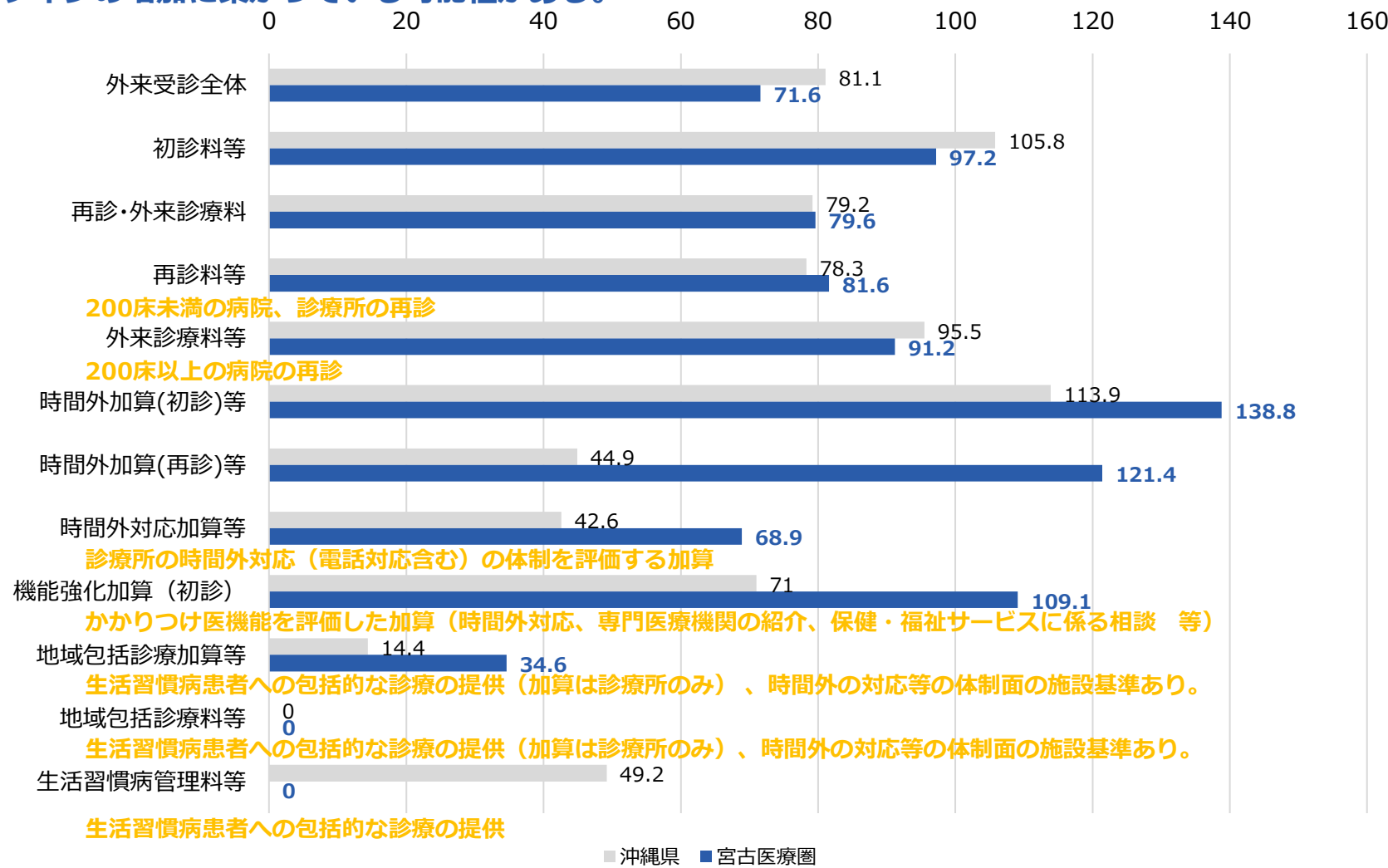
外来医療における圏域単位の考え方

外来医療においては多くの論点があり、協議（又は分析）すべき地域単位も異なっている。それぞれの論点を地域単位で整理をし、地域全体の医療提供体制の課題を整理することが肝要と考える。

外来の細分化した論点	二次医療圏	市町村	日常生活圏域	要点
① かかりつけ機能・健康管理 （初期対応・慢性疾患の継続管理）	弱	中	強	地域包括ケアは市町村等が地域特性に応じて構築し、生活に近い単位で医療・介護等を一体提供する体制を構築することが想定されている。
② 予防・健診→受診勧奨 （重症化予防への導線）	弱	強	強	市町村（保険者）は給付分析やニーズ調査等で課題把握し、介護保険事業計画等を策定・実施する（地域課題ベースの介入）。
③ 紹介・逆紹介ルール （診療所↔病院の役割分担）	強	弱	中	外来医療計画の対象区域は原則二次医療圏であり、効率的な体制を目指すために機能分化（基幹病院・中小病院・診療所の役割整理）を進めていく。
④ 専門外来の集約・配置 （循環器・糖尿病・がん等）	強	弱	弱	外来提供体制の確保を「一定程度完結する区域単位（原則二次医療圏）」で設計する枠組みが想定されている。
⑤ 夜間休日・外来救急の入口設計 （発熱/小児/軽症等）	強	中	中	市町村単位で確保が難しい場合に、二次医療圏等の単位で地域の受療動向等を踏まえた提供体制の確保する必要がある。
⑥ 外来機能の不足補完 （空白地、医師偏在、巡回・派遣）	強	中	中	外来医師の不足地域や不足している機能を外来医療計画で明確にし、当該機能を有することを要請することができる。
⑦ オンライン診療・遠隔連携の適用領域 （離島含む）	強	中	中	遠隔医療（オンライン診療含む）の活用を、医療関係団体・派遣元医療機関・都道府県・市町村等が連携して推進する。
⑧ 外来の“患者の流れ”の見える化	中	中	強	地域のアクセス状況や、重症化の状況、地域の資源の確保状況等を分析し、PDCAを進める仕組みが必要である。

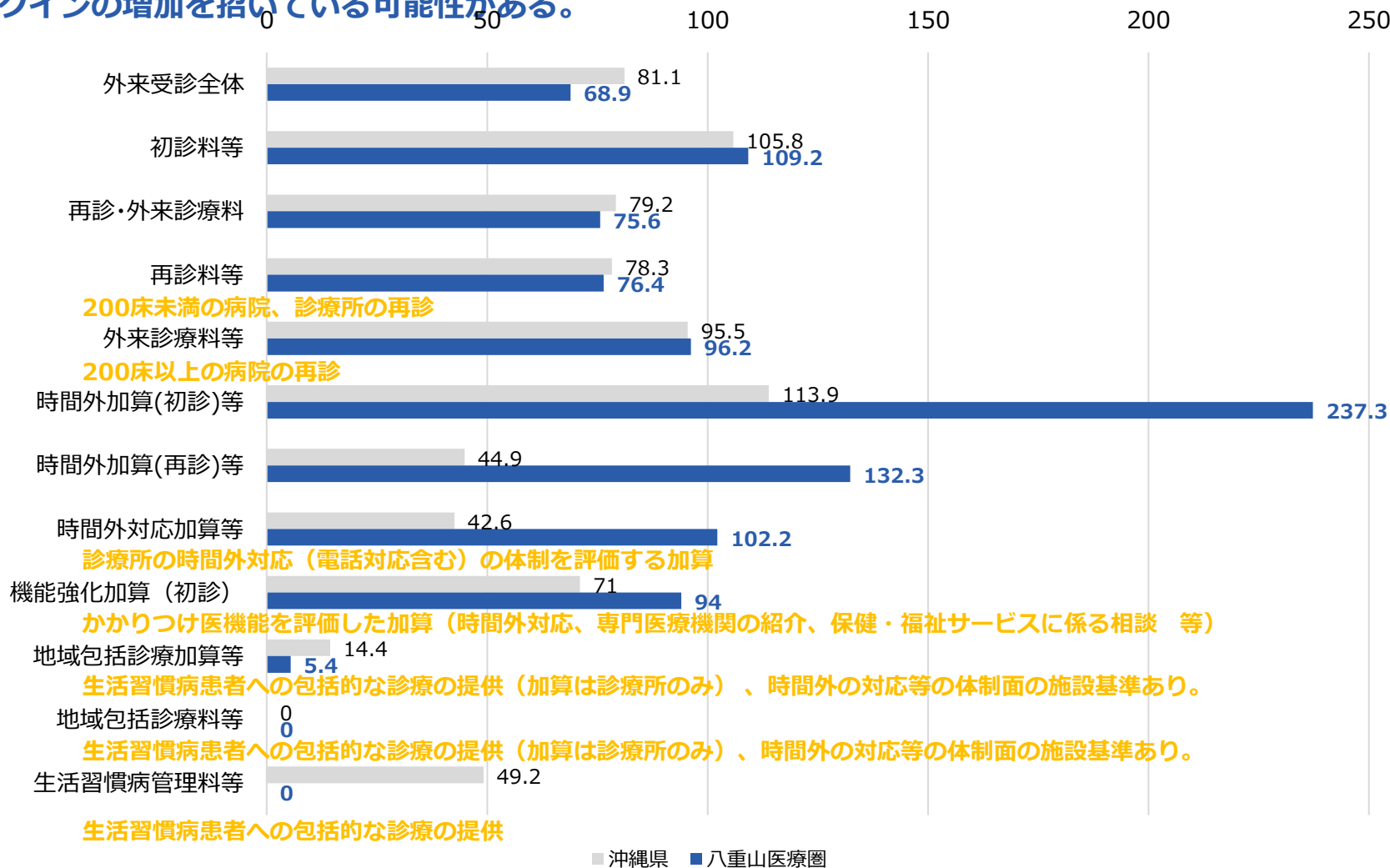
データから見る沖縄県及び宮古医療圏の外来医療の課題
(他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 3参照)

宮古医療圏は県平均と比較して外来受診全体が少なく、再診の受診が少ない。また、時間外の受診が非常に多く、外来の機能分化が進んでいないと考えられる。その結果として、時間外の初診が救急病院への搬送やウォークインの増加に繋がっている可能性がある。



データから見る沖縄県及び八重山医療圏の外来医療の課題
(他の圏域、市町村別のデータは別紙P. 3参照)

八重山医療圏は県平均と比較して外来受診全体が少なく、再診の受診も少ない。また、時間外の受診が顕著に多く、外来の機能分化が進んでいないと考えられる。その結果として、時間外の初診が救急病院への搬送やウォークインの増加を招いている可能性がある。



1月9日の中央社会保険医療協議会において、以下の内容が整理をされている。外来医療においては、地域における議論や緩やかな機能分化により進めていたが、今後は制度による規制や「構造的な誘導」が強化されることが考えられる。

（以下、抜粋）

Ⅱ－３ かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価

- (1) かかりつけ医機能に係る体制整備を推進する観点から、機能強化加算の要件等を見直す。
- (2) 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を見直す。
- (3) 特定疾患療養管理料は、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該管理が適切に実施されるようその対象疾患の要件を見直す。
- (4) 地域包括診療加算等について、対象疾患を有する要介護高齢者等への継続的かつ全人的な医療を推進する観点や、適切な服薬指導の実施を推進する観点から、対象患者や要件を見直す。
- (5) **休日・夜間等の問い合わせや受診へ対応する体制整備を更に推進する観点から、時間外対応加算の評価を見直す。**

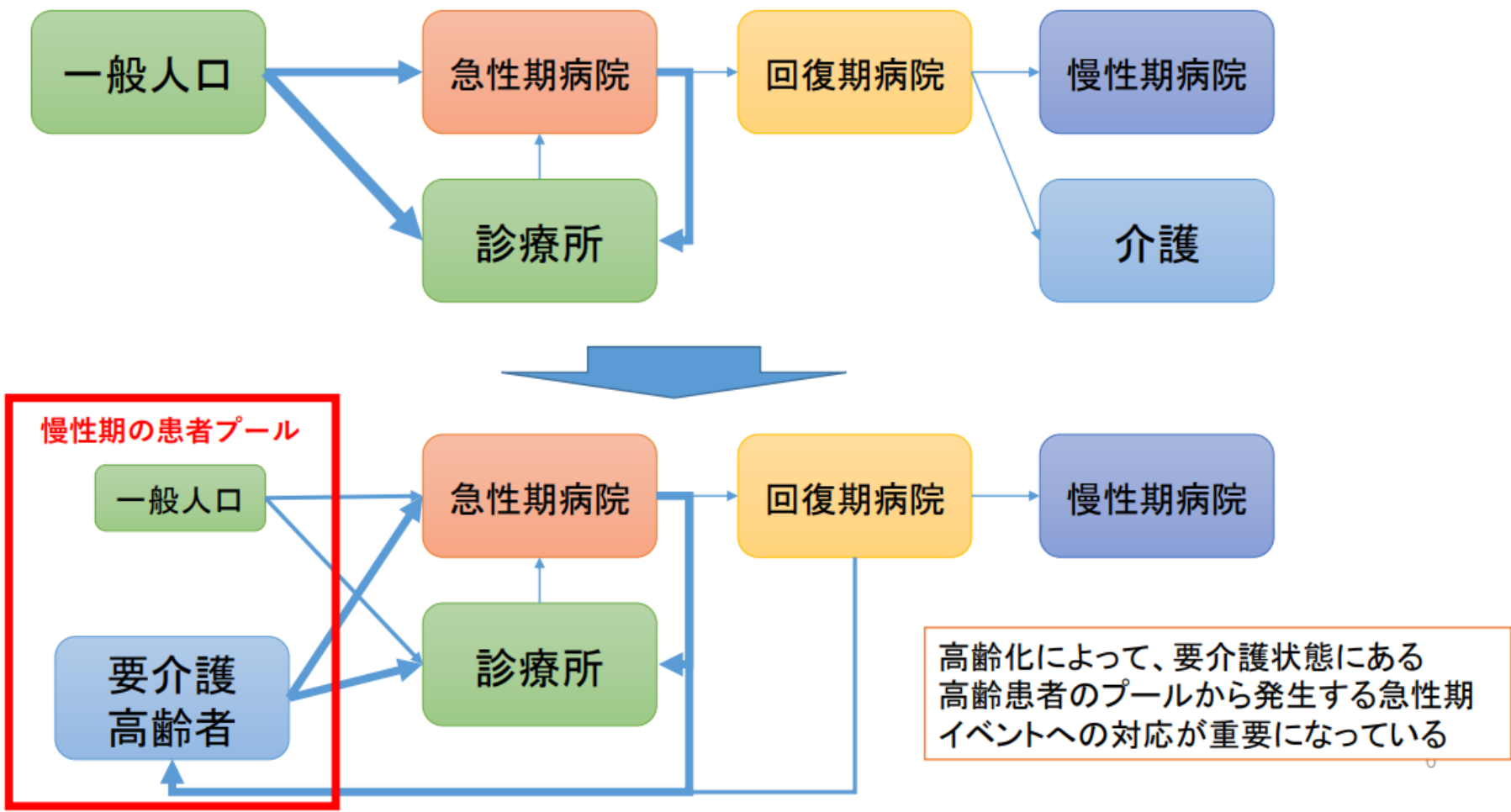
Ⅱ－８ 医師の地域偏在対策の推進

- (3) 改正医療法に基づき都道府県知事が行う、**地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が３年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付け**であることを踏まえ、当該医療機関については**機能強化加算、地域包括診療加算及び地域包括診療料の対象としない等、評価を見直す。**

4. 慢性期ニーズへの対応状況と在宅医療の論点

在宅医療、介護施設、高齢者住宅は「出口」から「入口」へ

85歳以上人口が増加する中で、従来の医療から慢性期疾患や複合的ニーズを有する患者が中心となる。



新たな地域医療構想では、在宅医療だけでなく、介護保険施設や療養病床も含めて地域の資源と合わせて検討していく見込みである。

- 在宅医療、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ります、一体的に需要等を把握し、提供体制を確保していくことが重要。地域においては、医療部局で病床数や介護部局で介護施設の定員数等の供給力に関するデータを保持しているほか、NDBオープンデータや患者調査など、地域で把握・活用しうるデータが入手可能。
- 他方、需要の把握について、例えば、在宅医療がこういった施設等で提供されているかを定量的に把握することは現時点では困難である等、地域のこうした検討に資するデータの把握には課題があり、病床機能報告の見直し等も含め、整理が必要。

提供の場	サービス	需要等の把握について																					
病院・有床診療所	入院医療	<ul style="list-style-type: none">入院料の算定回数や入院患者数により提供実態を把握可能であるほか、入院料の算定病床数により提供可能性を把握可能データの把握にあたっては、地域において、病床機能報告やNDBオープンデータ、患者調査等が活用可能その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要																					
自宅	在宅医療 訪問看護	<ul style="list-style-type: none">病床機能報告においては、主に入院医療に関するデータを収集しており、看取り件数等の一部を除き在宅医療の提供等（訪問看護STを有しているか等）の情報は収集していない提供実態について、総数については訪問診療料等の算定回数により把握可能であるが、こういった施設等において提供されているか、訪問先の把握は現時点では困難 <p>※訪問先種別の把握に関して、訪問看護については医療保険給付分の一部について、一定把握可能だが、訪問診療については把握不可</p> <table><tr><th>（抜粋）訪問看護療養費請求書の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）</th><th>コード</th><th>施設等</th></tr><tr><td>18「訪問した場所」欄について</td><td>01</td><td>社会福祉施設及び身体障害者施設</td></tr><tr><td>訪問した場所が自宅の場合は「1 自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2 施設」を、上記に該当しない場合は「5 その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2 施設」に該当する場合にあつては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5 その他」に該当する場合にあつては、その場所を記載すること。</td><td>02</td><td>小規模多機能居宅介護</td></tr><tr><td></td><td>03</td><td>複合型サービス</td></tr><tr><td></td><td>04</td><td>認知症対応型グループホーム</td></tr><tr><td></td><td>05</td><td>特定施設</td></tr><tr><td></td><td>06</td><td>地域定着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設</td></tr></table> <ul style="list-style-type: none">データの把握にあたっては、地域において、NDBオープンデータ、患者調査等が活用可能その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要	（抜粋）訪問看護療養費請求書の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）	コード	施設等	18「訪問した場所」欄について	01	社会福祉施設及び身体障害者施設	訪問した場所が自宅の場合は「1 自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2 施設」を、上記に該当しない場合は「5 その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2 施設」に該当する場合にあつては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5 その他」に該当する場合にあつては、その場所を記載すること。	02	小規模多機能居宅介護		03	複合型サービス		04	認知症対応型グループホーム		05	特定施設		06	地域定着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
（抜粋）訪問看護療養費請求書の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）	コード	施設等																					
18「訪問した場所」欄について	01	社会福祉施設及び身体障害者施設																					
訪問した場所が自宅の場合は「1 自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2 施設」を、上記に該当しない場合は「5 その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2 施設」に該当する場合にあつては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5 その他」に該当する場合にあつては、その場所を記載すること。	02	小規模多機能居宅介護																					
	03	複合型サービス																					
	04	認知症対応型グループホーム																					
	05	特定施設																					
	06	地域定着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設																					
介護老人保健施設 介護医療院等	入所中の患者への医療 （原則介護報酬）	<ul style="list-style-type: none">受給者数で提供実態を把握可能であるほか、施設定員数で提供可能性を把握可能																					

在宅医療における圏域の考え方

以下は在宅医療に関連する論点に対して、どの地域単位の協議が重要かをまとめている。

在宅医療の細分化した論点	二次医療圏	市町村	日常生活圏域	要点
① 訪問診療の供給 (担い手確保・エリア分担)	中	中	強	国が必要量推計等の情報を提供し、都道府県が在宅介護体制も勘案して在宅医療体制を整備するが、地域への実装は生活圈で運用。
② 訪問看護の供給 (24h対応・緊急訪問)	中	中	強	在宅医療需要の増加、訪問看護等の需要増を踏まえ、地域実情に応じた体制整備を進める。
③ 在宅のバックベッド・急変時受入 (後方支援)	強	弱	中	在宅療養患者の急変時に適切対応するための情報共有・連携、体制整備を進める必要がある。医療計画における役割や、地域医療構想におけるポジショニングの双方において検討する必要がある。
④ 入退院支援	強	中	中	医療・介護の連携は在宅の現場運用が中核。市町村主体で医師会等と協働し推進する。
⑤ 在宅での看取り (ACP、死亡時対応、家族支援)	中	中	強	本人・家族の希望に沿った医療・ケア提供（看取り含む）と連携体制構築を進める。
⑥ 在宅リハ・栄養・口腔等の 多職種供給	弱	中	強	多職種協働で在宅医療と介護を一体的に提供する体制を、市町村中心に（都道府県支援を得つつ）構築する。
⑦ 高医療依存の在宅 (人工呼吸器、在宅酸素等)	強	弱	中	在宅医療の圏域設定、拠点・積極的役割医療機関の位置づけ等を医療計画で整理する。
⑧ 独居・認知症・精神など生活課題 つき在宅	弱	強	強	地域包括ケアは市町村等が主体的に地域特性に応じて構築（生活支援と一体で回す領域）。
⑨ 住まい（施設/住宅）との連携 (サ高住・老健等)	中	強	強	住まい・医療・介護・予防・生活支援の一体提供＝地域包括ケアの中核（市町村の計画・基盤整備が効く）。
⑩ 災害時の在宅要配慮者支援)	中	強	強	在宅医療の連携体制構築に加え、災害時の業務継続（BCP）等の推進が示されている。