

メディカルジャパン2025講演

**超高齢・人口減少時代における
病院のあり方と地域連携**

社会医療法人財団慈泉会理事長

相澤病院最高経営責任者

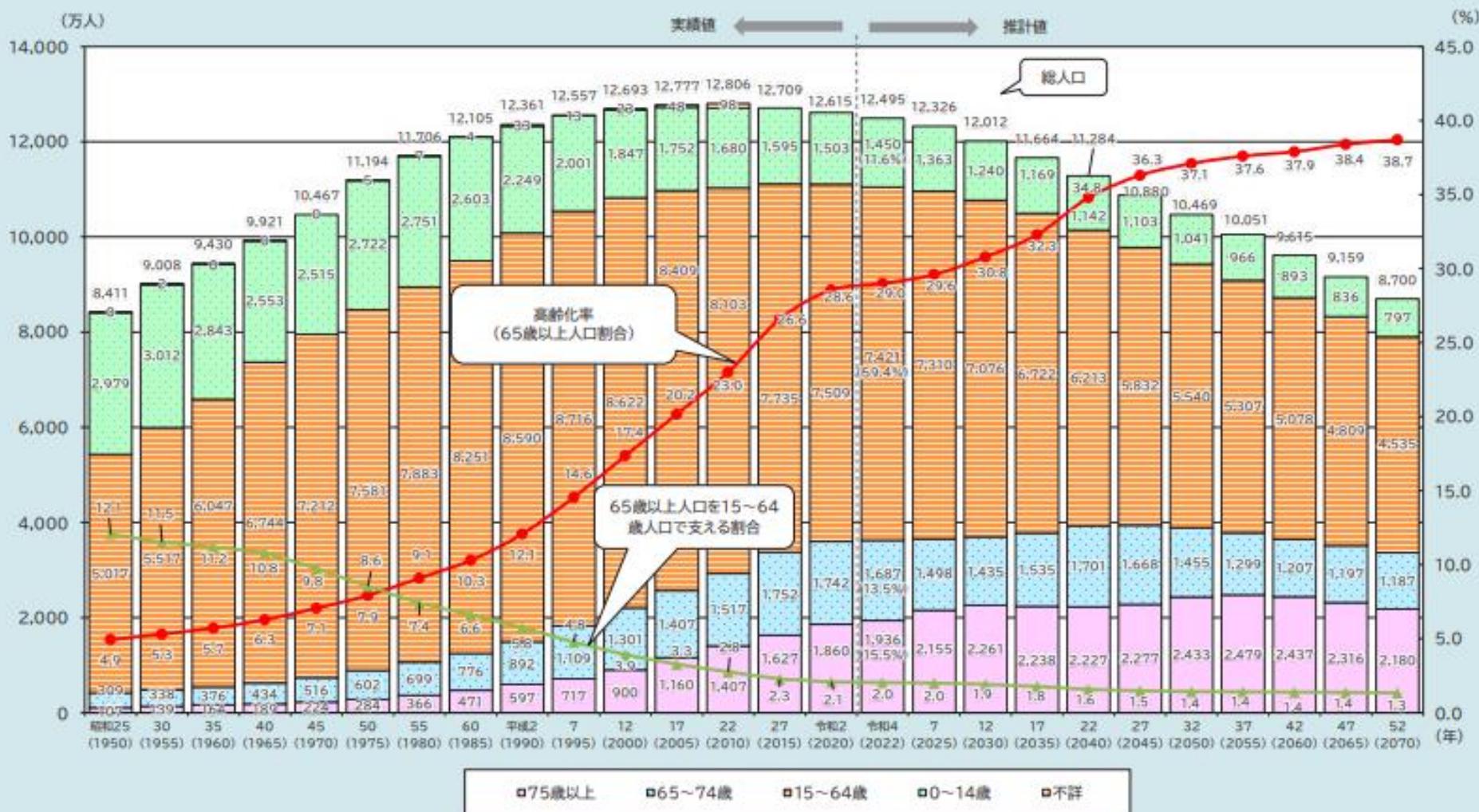
日本病院会会长

相澤孝夫

2025年8月20日

我が国の確かな未来：

図1-1-2 高齢化の推移と将来推計



資料：棒グラフと実線の高齢化率については、2020年までは総務省「国勢調査」（2015年及び2020年は不詳補完値による。）、2022年は総務省「人口推計」（令和4年10月1日現在（確定値））、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

人口変動による医療ニーズの変化

2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

- 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

人口構造の変化



出典

総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」

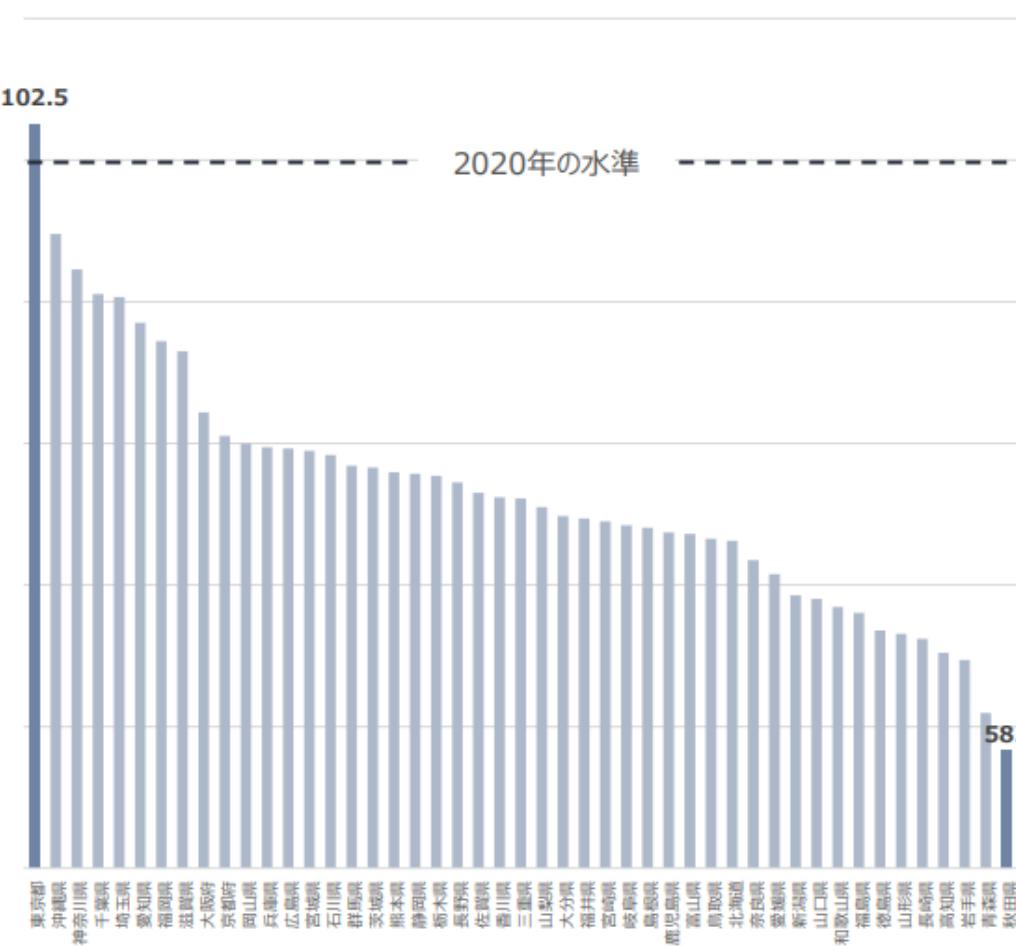
令和6年度の同時改定に向けた意見交換会(第1回)意見交換、資料一2、R5.3.15

人口変動の地域差→医療ニーズの地域差

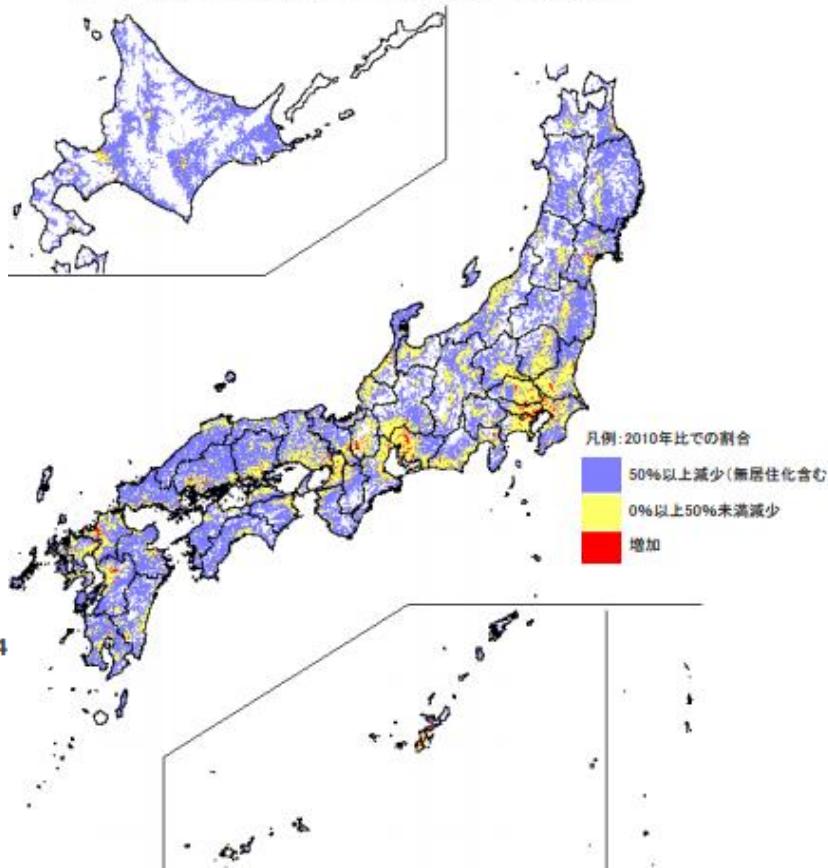
不均衡に進む人口減少

- 今後日本で人口減少が進む中、生産年齢人口・年少人口の割合が縮小する。また、地方においてその減少具合が大きい。

◆ 都道府県別の総人口の推移の見通し (2020年=100とした場合の2050年の都道府県別指標)



【2010年を100とした場合の2050年の人口増減状況】



(出所) 左図：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5（2023）年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）、右図：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」
(注) カッコ書きの計数は構成比

構想区域(医療提供体制を構築する区域)毎の人口変動

令和6年3月29日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

- 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。
- ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
 - ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
 - ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

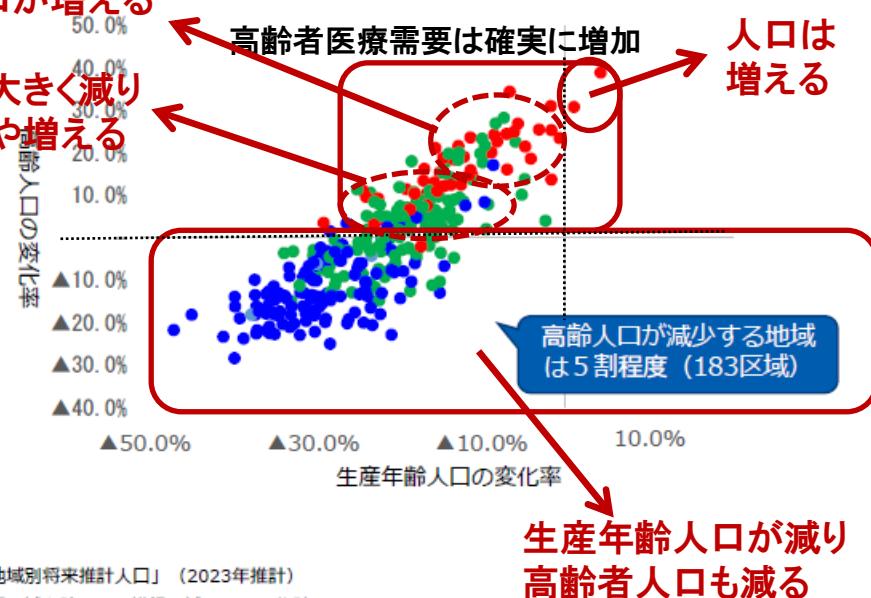
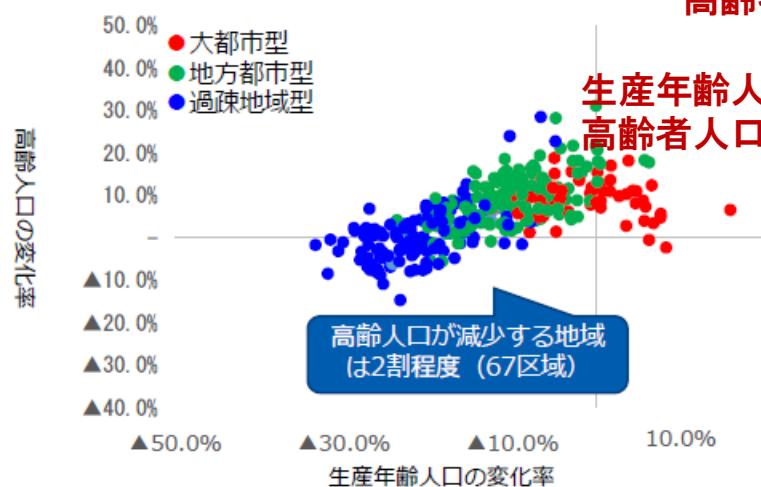
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外

<2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	

<2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%



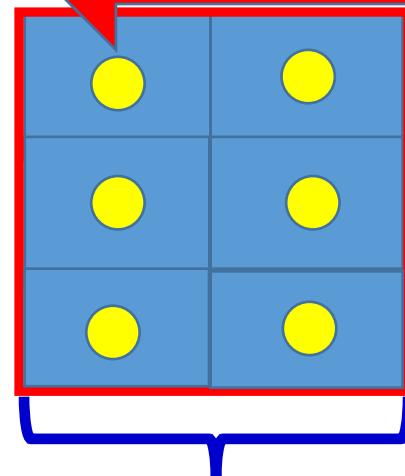
出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

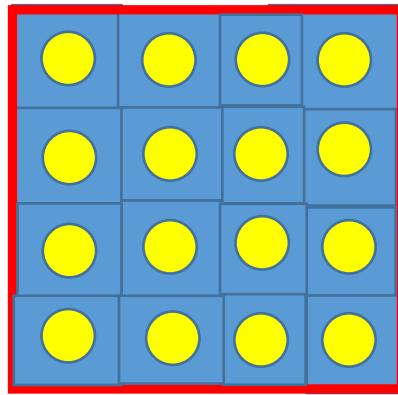
構想区域の抜本的見直しが必須

人口密度の増加

人口密度の低下



一般病院が
成り立つ人口
は大凡3万人
の地域

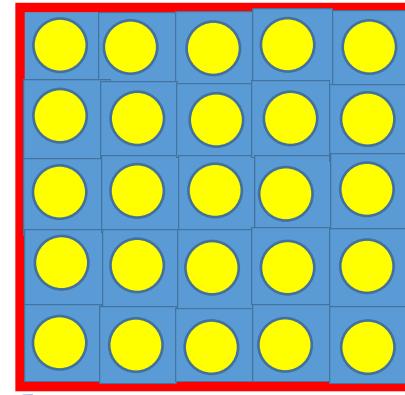


病院を減らす
病床を減らす
病院を増やす
病床を増やす



人口密度の
低下により
病院の維持
が困難

他地域との連携



病院を減らす
病床を減らす
病院を増やす
病床を増やす

コミュニティ
(日常生活圏)



病院間の役割分担

規模拡大又は病院を増す

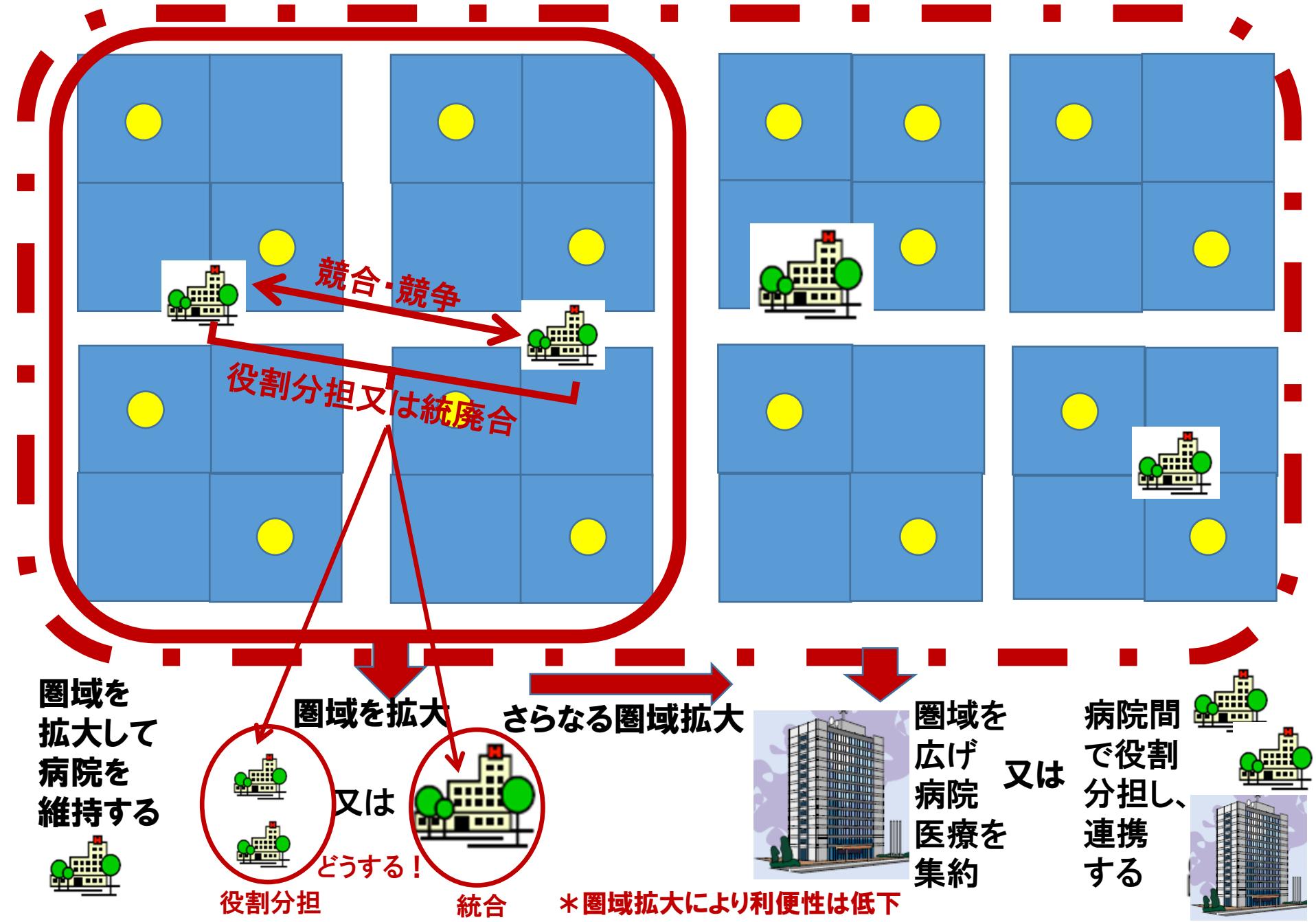
規模拡大 又は 病院を増やす

集約化
集中化

規模
縮小



人口密度の低下する地域における医療の確保: 圏域範囲の拡大が必要



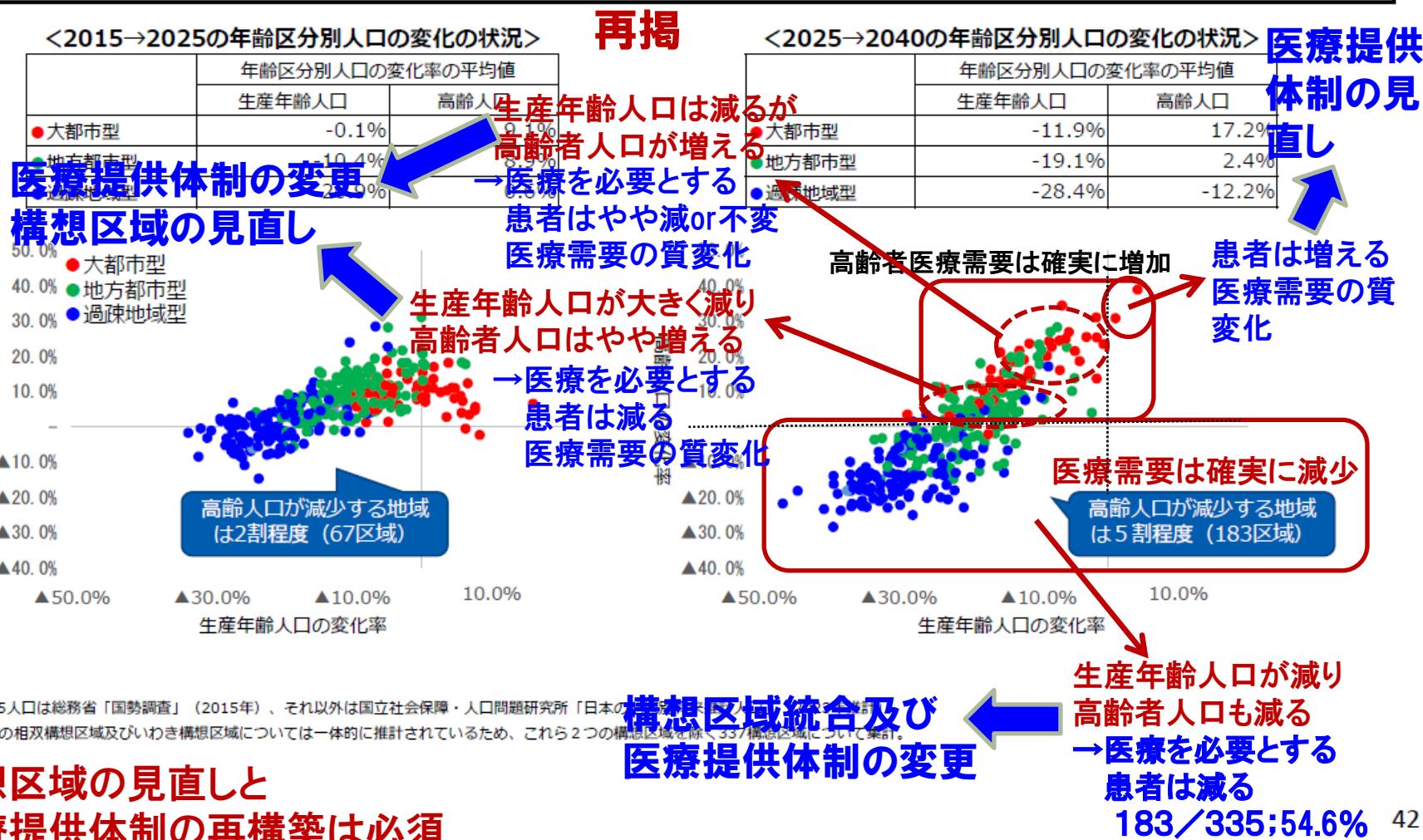
構想区域(医療提供体制を構築する区域)毎の人口変動と医療ニーズ

令和6年3月29日新たな地域医療構造等に関する検討会資料

2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

- 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。
 - 大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
 - 地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
 - 過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外



出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の高齢化率と人口動態予測」
※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一括して推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

人口の変動を受けて医療ニーズも激変するため、病院の縮小、廃止、診療所への変換、病院の統合又は役割分担と連携が待ったなしで迫られる時代を迎えて、各病院は再度自病院の医療機能を整理し見直すことが必要である。

病院の有する医療機能（現在の機能と地域における立ち位置）

1. 外来医療機能
2. 在宅医療機能
3. 入院医療機能
4. 救急医療機能
5. 予防医療機能
6. その他機能
 - ・災害医療機能
 - ・医療従事者育成機能
 - ・など

に分けて自院の果たしている機能とその実態を把握した上で、地域の医療需要も考慮し自院の将来像を描いていくことが重要。

自院のどの機能の何を何処までやるのか、やらないのか、を決断することが病院を取り巻く環境の変化に対応するために必要

日常の医療(外来・在宅)と日常生活圏

地域包括ケアシステムとは、「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようするために、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供するもの」です¹。この概念を提示した地域包括ケア研究会の報告書（平成 22 年 3 月）では、各種サービスが「日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義しています。

日常生活圏域: 市区町村介護保険計画において、地理的条件、人口、交通事情などを勘案して定める区域のこと。国では概ね30分以内に必要なサービスが提供される区域としている。

市区町村が設定する日常生活圏における日常の医療とは何か？



住民が地域で安心して暮らしつづけるための日常的医療；けがや病気になっても適切な医療を受けることのできる仕組みがある。けがや病気にならない適切な予防医療を受けることができる。日常生活の自立度を維持する仕組みが機能しているなど。

日常生活圏における外来医療、在宅医療提供体制の構築



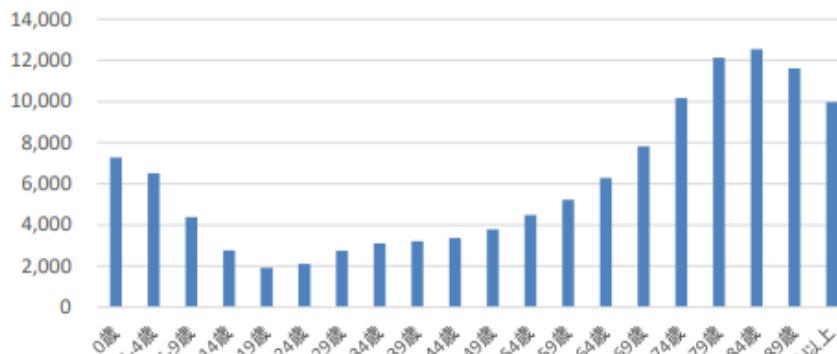
相澤が改変

人口変動に伴う外来医療需要の変化

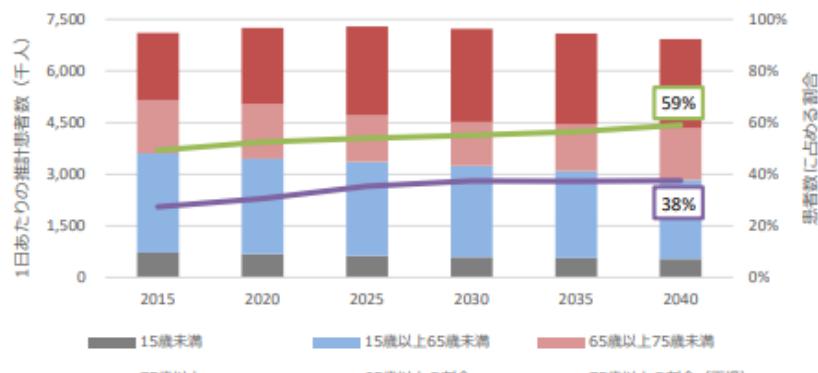
医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となることが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

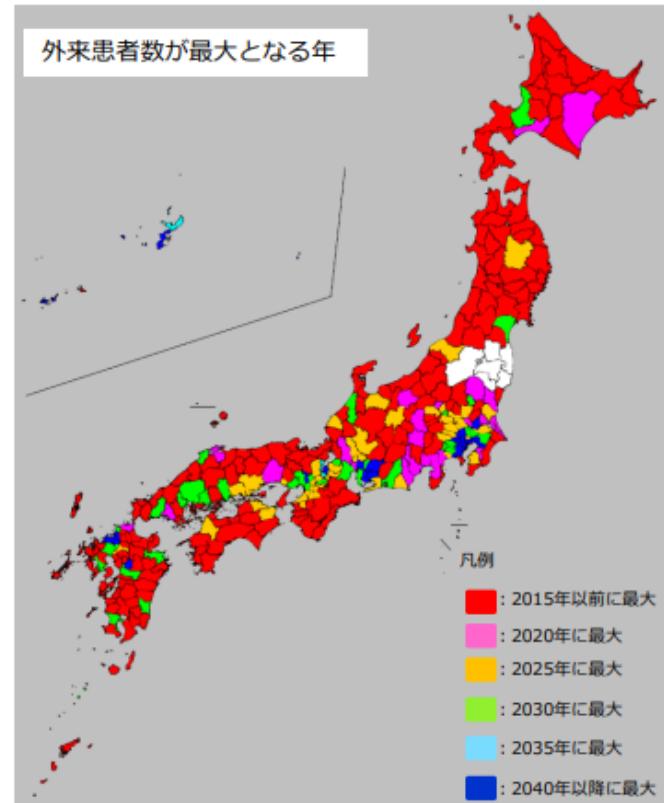
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」

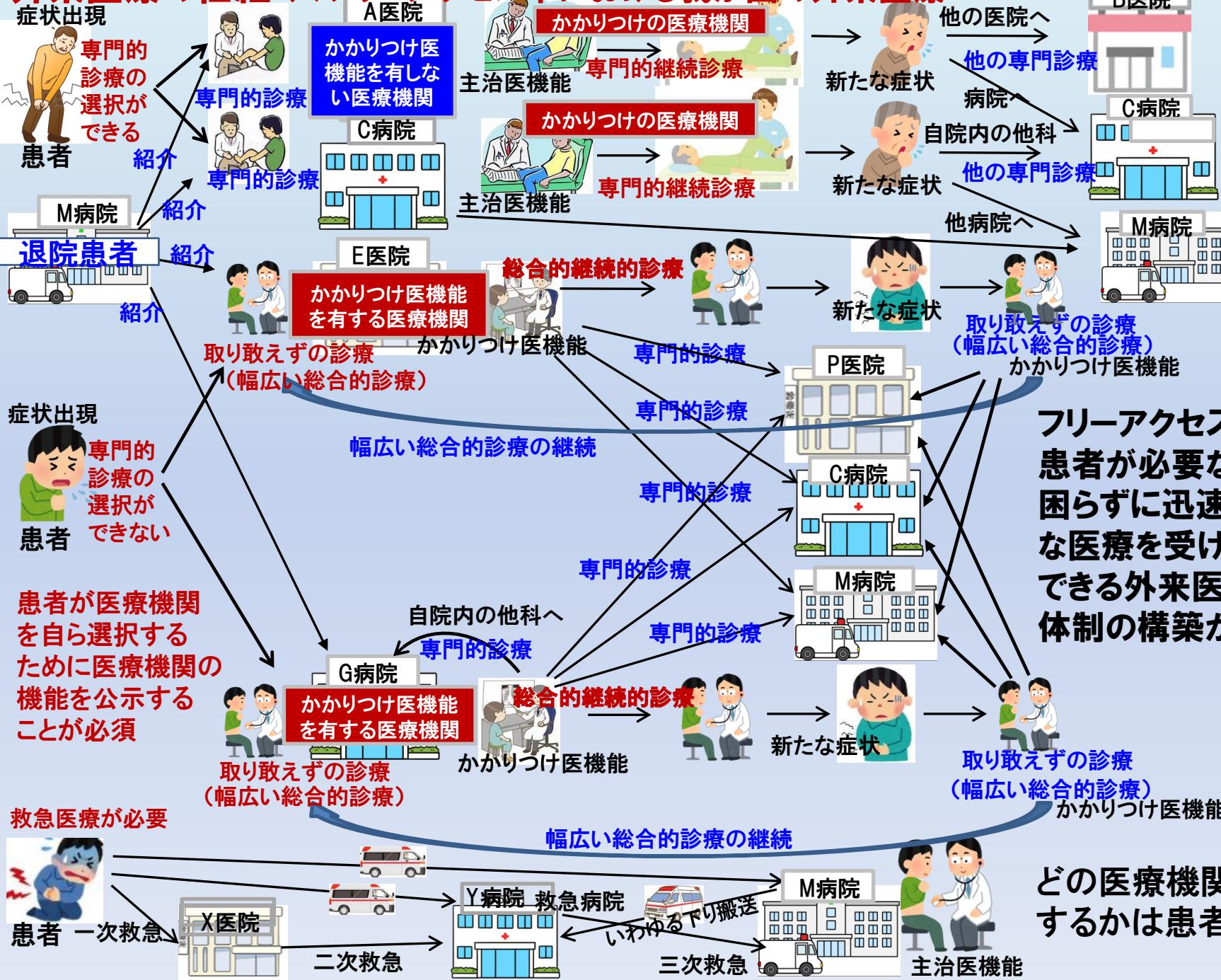
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

*「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

*二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

*福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

外来医療の仕組み: フリーアクセス下における我が国の外来医療



かかりつけ医機能は医療機関の外来機能の一部

5 かかりつけ医機能の確保に関する事項

(一) 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの(以下この5において「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。)の管理者は、慢性の疾患有する高齢者その他の継続的な医療を要する者として厚生労働省令で定める者(以下この5において「継続的な医療を要する者」という。)に対するかかりつけ医機能の確保のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該かかりつけ医機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならないこととした。(第三〇条の一八の四第一項関係)

(1) かかりつけ医機能のうち、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(厚生労働省令で定めるものに限る。)の有無及びその内容

(2) (1)の機能を有するかかりつけ医機能報告対象病院等にあっては、かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する次に掲げる機能(イからニまでに掲げる機能にあっては、厚生労働省令で定めるものに限る。)の有無及びその内容

イ 当該かかりつけ医機能報告対象病院等の通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能

ロ 病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供する機能

ハ 居宅等において必要な医療を提供する機能

ニ 介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者と連携して必要な医療を提供する機能

ホ その他厚生労働省令で定める機能

(3) 当該かかりつけ医機能報告対象病院等及び他の病院又は診療所が厚生労働省令で定めるところにより相互に連携して(2)の機能を確保するときは、当該他の病院又は診療所の名称及びその連携の内容

(4) その他厚生労働省令で定める事項

(二) 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、(一)による報告をしたかかりつけ医機能報告対象病院等((一)の(2)のイからホまでの機能のいずれかを有する旨の報告をしたものに限る。)が、当該報告に係る当該機能について、当該機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有すること(他の病院又は診療所と相互に連携して当該機能を確保する場合を含む。)を確認することとした。(第三〇条の一八の四第二項関係)

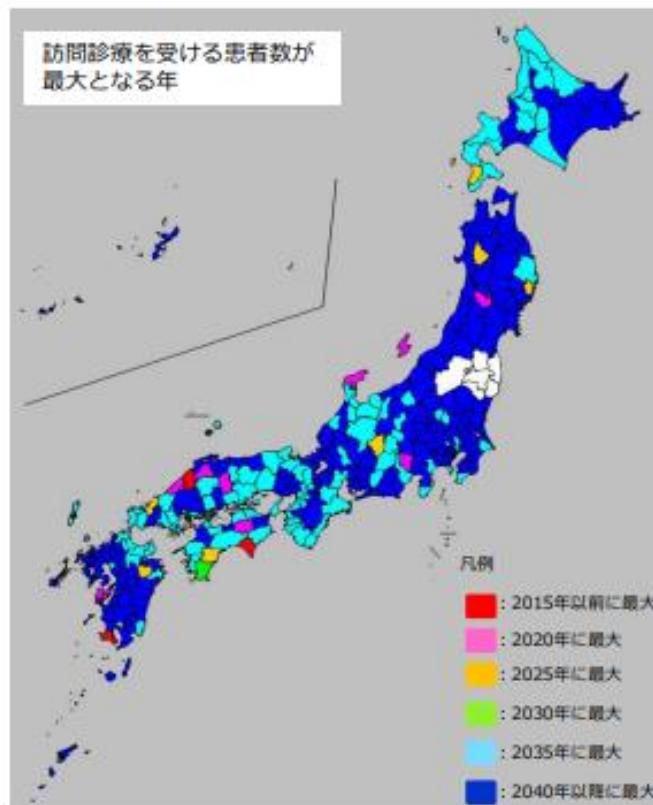
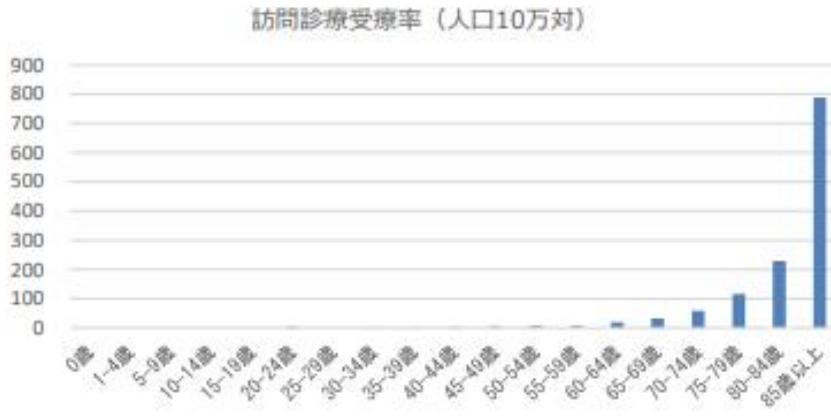
(三) (二)による確認を受けたかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者は、当該確認を受けた体制について変更が生じたときは、厚生労働省令に定めるところにより、その旨を都道府県知事に報告しなければならぬものとし、この場合において、当該報告を受けた都道府県知事は、当該変更が生じた体制が(二)の厚生労働省令で定める要件に該当すること(他の病院又は診療所と相互に連携して(二)の当該機能を確保する場合を含む。)を確認することとした。(第三〇条の一八の四第四項関係)

在宅医療：今後増加するため医療提供体制の構築は必須

在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

第7回 第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類・入院・外来の種別別」
「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

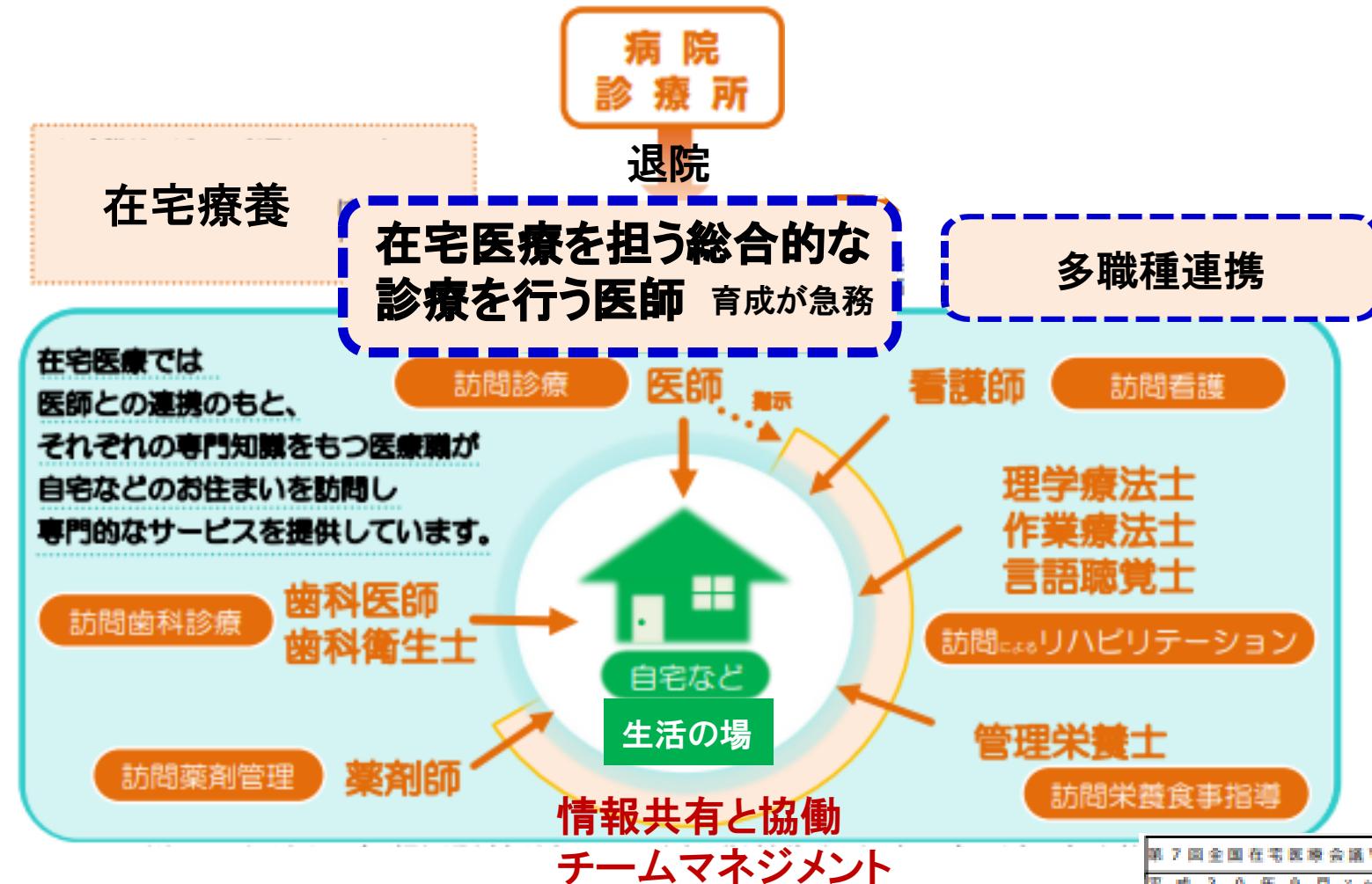
* 病院、一般診療所を対象に集計。

* 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

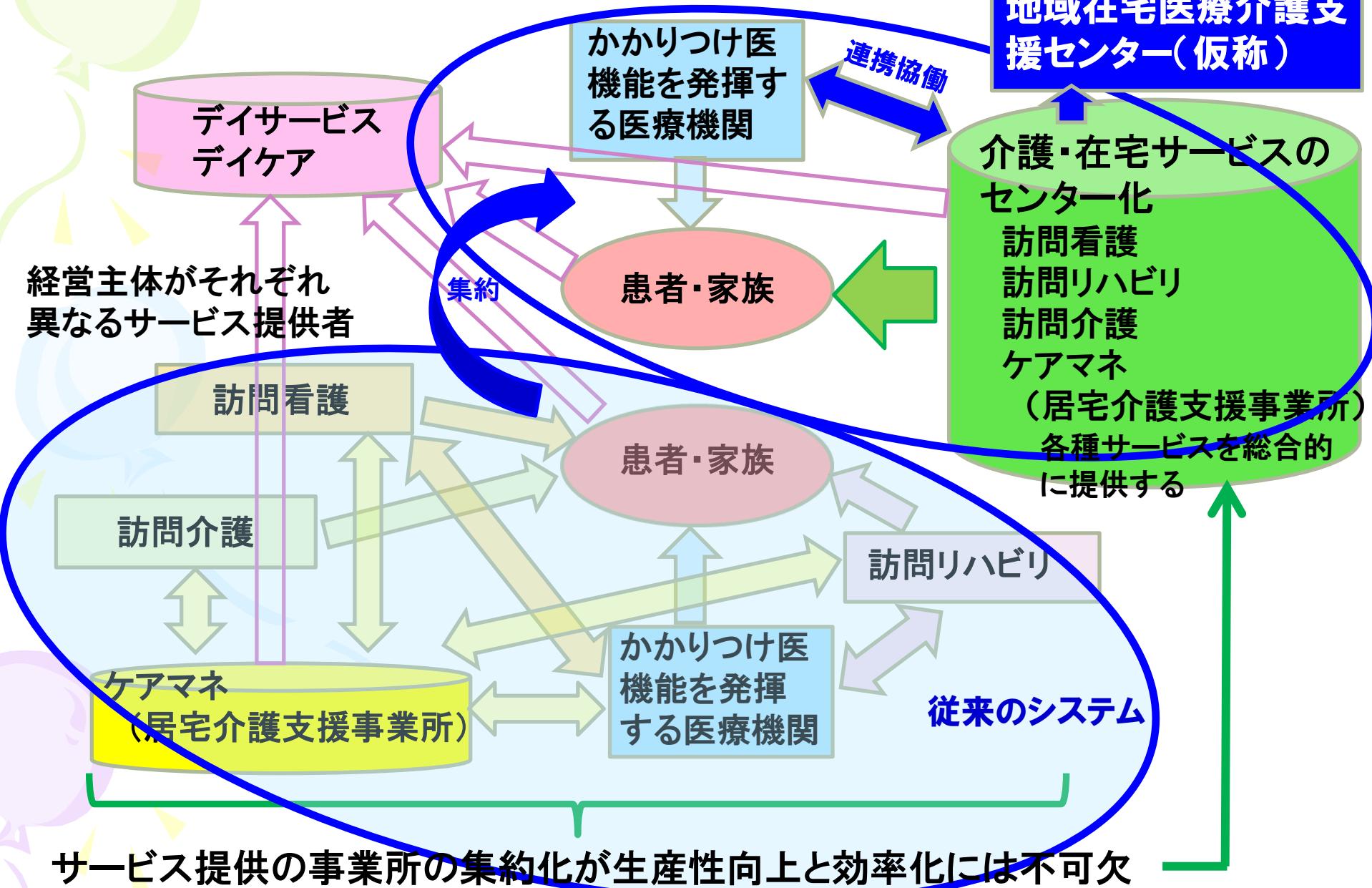
* 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

高齢患者増加→通院困難な患者の増加→安心して暮らし続けるため
→外来・入院医療以外の第三の医療としての在宅医療の強化が必要
在宅医療を推進するためには総合的診療を担う医師の存在が必要
更に、在宅療養には、生活の場の確保と生活支援の充実が重要

- 通院が難しくなったときや、退院後、自宅などで医療を提供します。



医療機関と在宅療養関係事業者間の連携の構築 日常・地域医療圏における新たな仕組みの創設

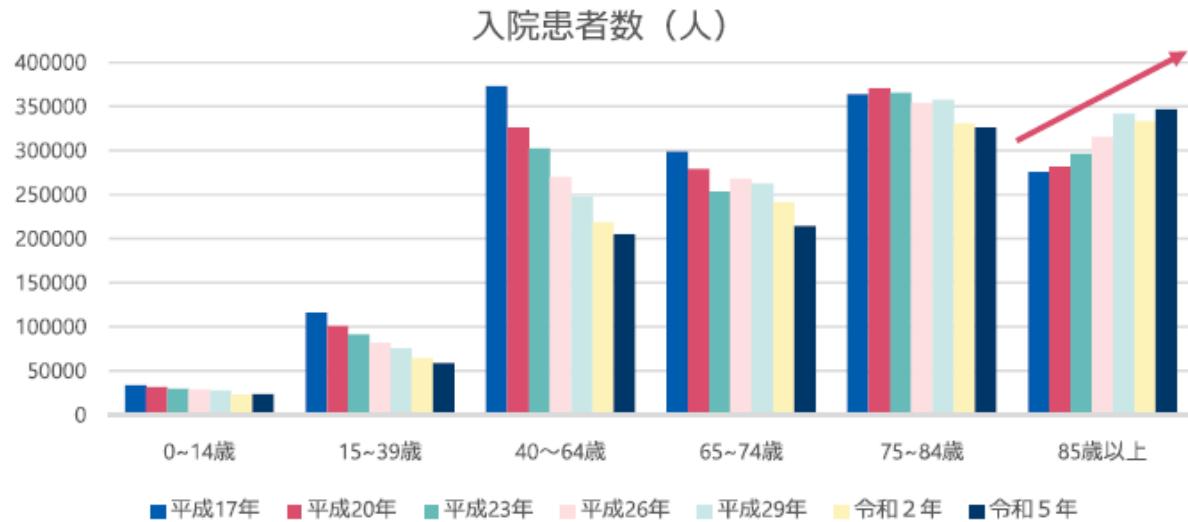
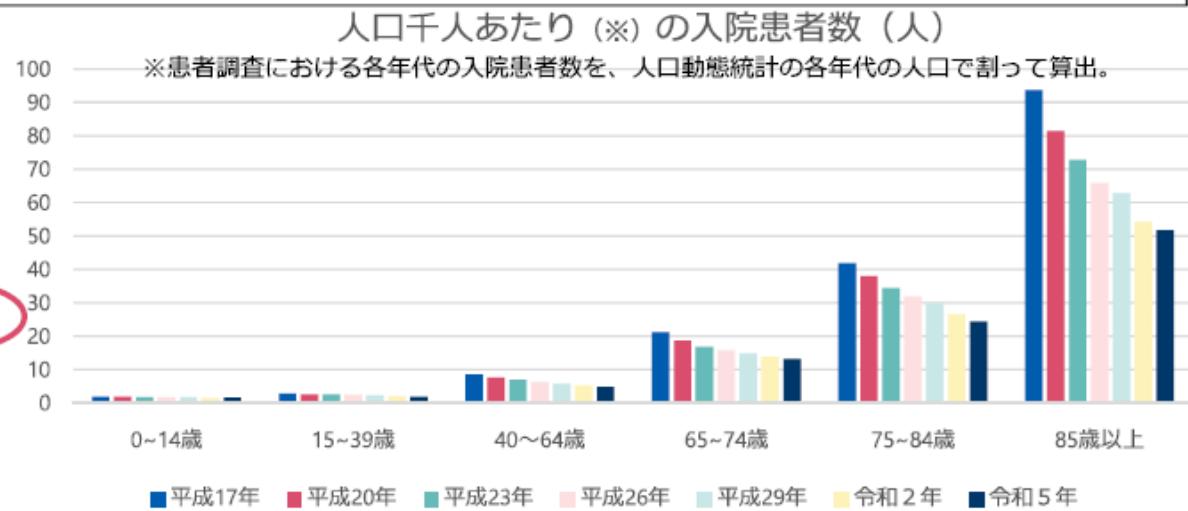
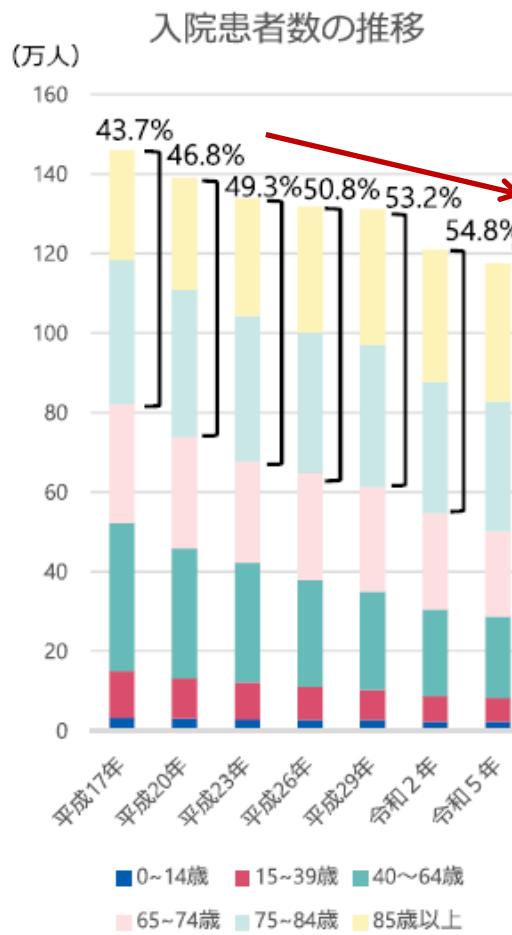


入院患者数の減少と患者の高齢化

調査組 入一1
7.5.22

入院患者の高齢化

- 入院患者の総数は減少傾向であるが、75歳以上の高齢者の割合は漸増しており、令和5年に57.2%であった。
- いずれの年代においても、人口千人あたりの入院患者数は減少しているが、85歳以上においては、入院割合の減少を上回る人口増加により、入院患者の実数は増加している。

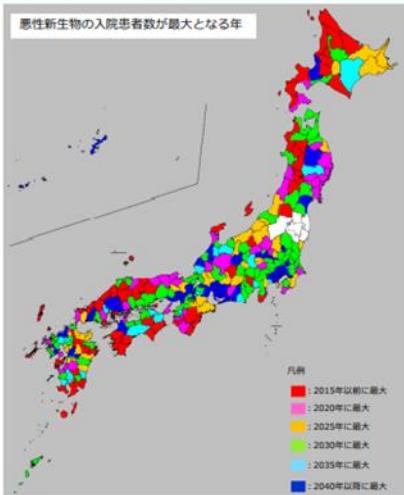


出典：令和5年患者調査及び各年10月1日人口
(総務省統計局人口推計) から作成

人口変動が入院医療に及ぼす影響:後期高齢者層の内科的疾患の増加

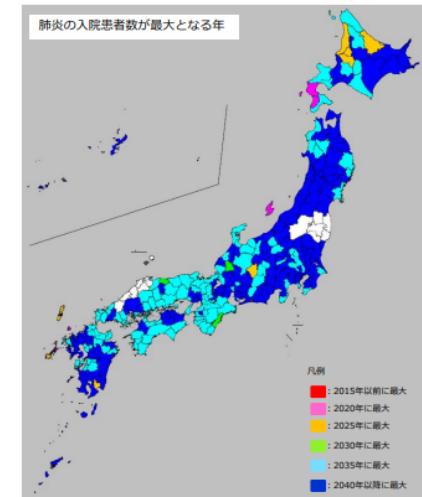
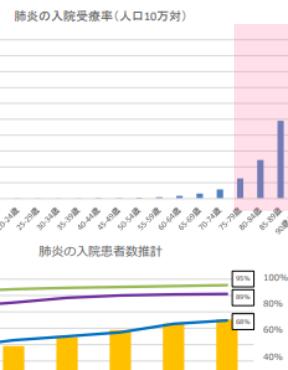
第 7 回 第 8 次 医療計画
資料等に開する検討会
令和 4 年 3 月 4 日

悪性新生物の入院患者数推計



373/1940

入院患者数の推計（肺炎）

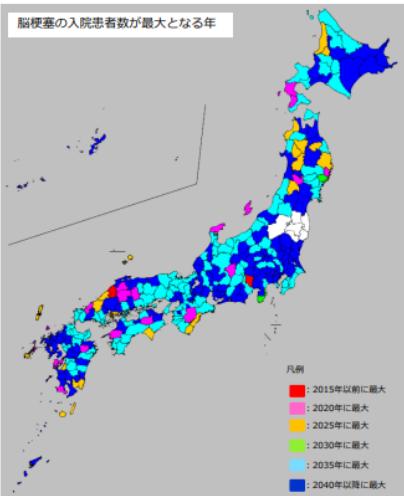
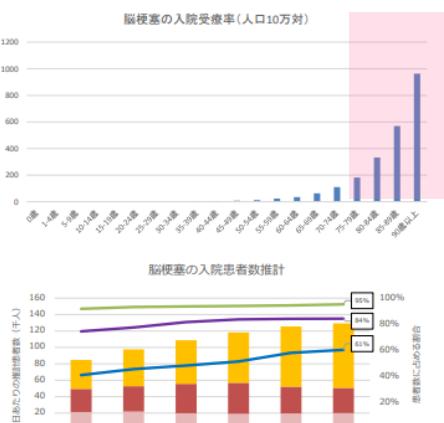


出典: 患者調査(平成29年)「入院受率(人口10万対)、性・年齢階級×疾患分類別」「統計年報(患者別在院)、性・年齢階級×疾患大分類×入院一外来・都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が管轄する都道府県の受率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について算出。

今後患者数は変わらない

372/1940

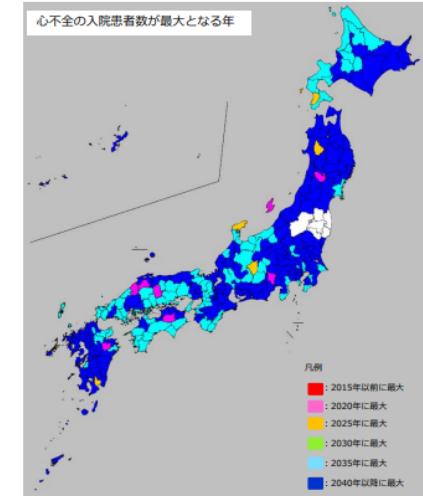
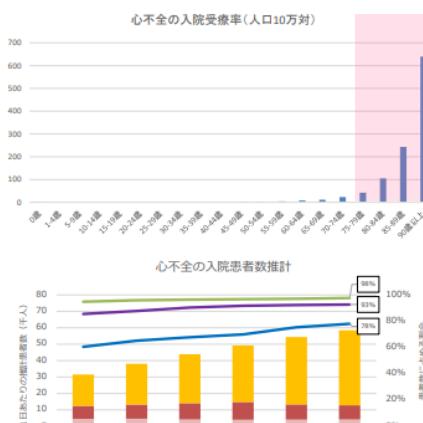
入院患者数の推計（脳梗塞）



今後患者数は急速に増加

374/1940

入院患者数の推計（心不全）



今後患者数は急速に増加

372/1940

出典: 患者調査(平成29年)「入院受率(人口10万対)、性・年齢階級×疾患分類別」「統計年報(患者別在院)、性・年齢階級×疾患大分類別」「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が管轄する都道府県の受率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について算出。

今後患者数は急速に増加

374/1940

今後増加する急性期入院医療に対応する医療提供体制

住民が日常生活圏において安心して暮らしつづけるためには、複合的医療ニーズを有する軽症～中等症の急性期患者（高齢内科系が主）の入院医療機能と同時に、急性期治療後や入院早期からの介護の重度化予防や廃用症候群への進展防止のためのリハビリや退院後の生活・療養支援の調整などの「支える入院医療機能」が必要となる。



安心して暮らしつづけることのできる日常生活圏を確保する 仕組みを地域型病院と診療所の連携・協働にて構築する



診療所との連携により、高齢者の入院医療を行う病院は、急性期入院医療を軸とした「治す医療」では十分に対応できない。「治し支える医療」を行う地域型病院の入院医療の位置づけ・役割、必要な機能の明確化が必要となる。

地域型病院

外来・在宅医療機能分化と連携

広域型病院

外来機能としてかかりつけ 一機種を設置する

**病診連携中心に
医療の円滑な
流れを創る**



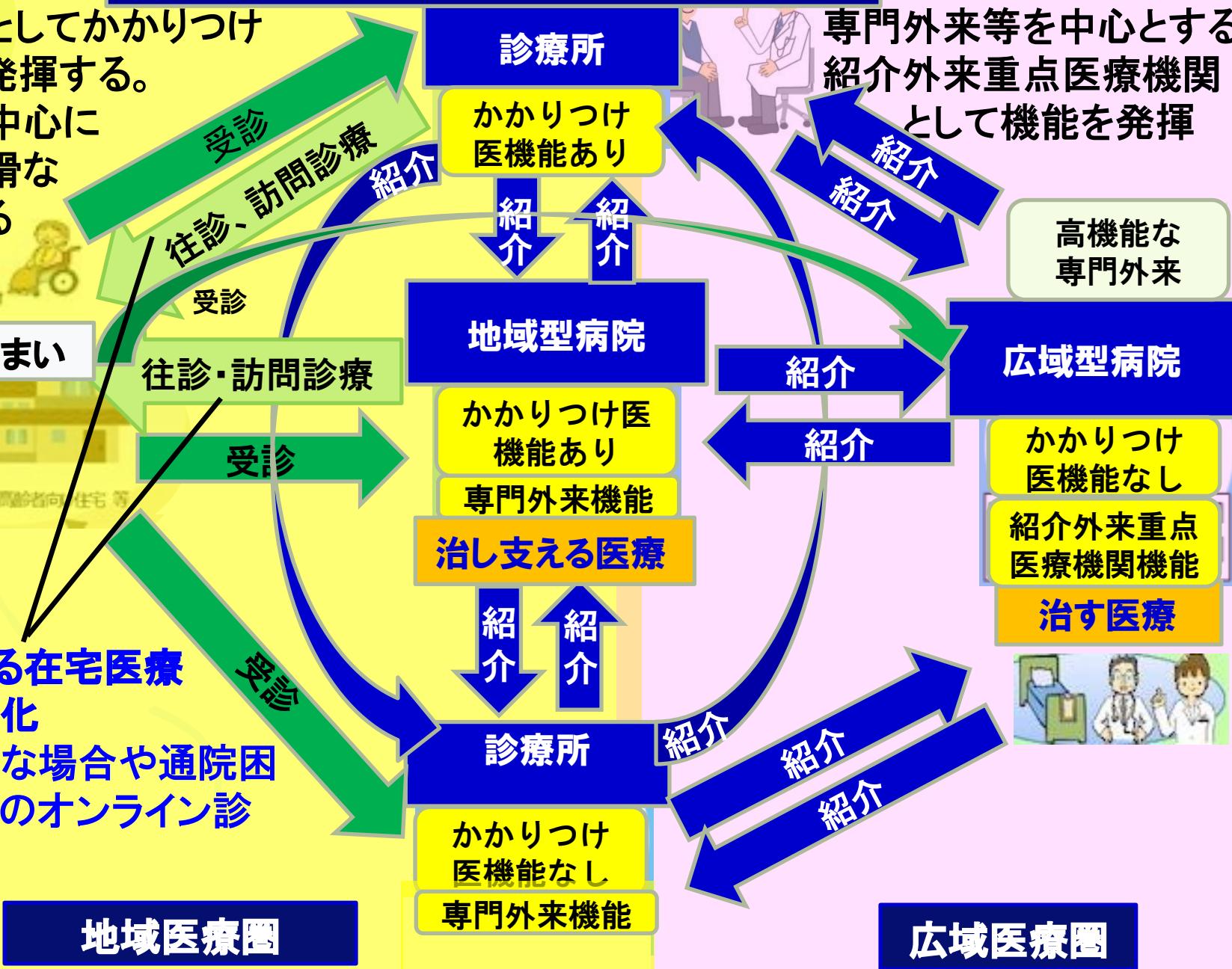
住まい

往診・訪問診療

受診

必要となる在宅医療 の充実強化

訪問困難な場合や通院困難な場合のオンライン診療も考慮



人口変動に伴う医療需要の変化と対応；入院医療需要は減るが確保しなければならない入院医療への対応 → 集約化は必須

年齢層別の入院傷病名の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

入院医療需要は減るが確保しなければならない入院医療とは？

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うつ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症 2019 , ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎、詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症、部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎、詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

今後これらの医療需要は増加

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症 2019 , ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞ , 乳房上外側 4 分の 1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎、その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫、部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア, 閉塞及びえく壊＞瘻を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞ , 上葉、気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

今後これらの医療需要は激減

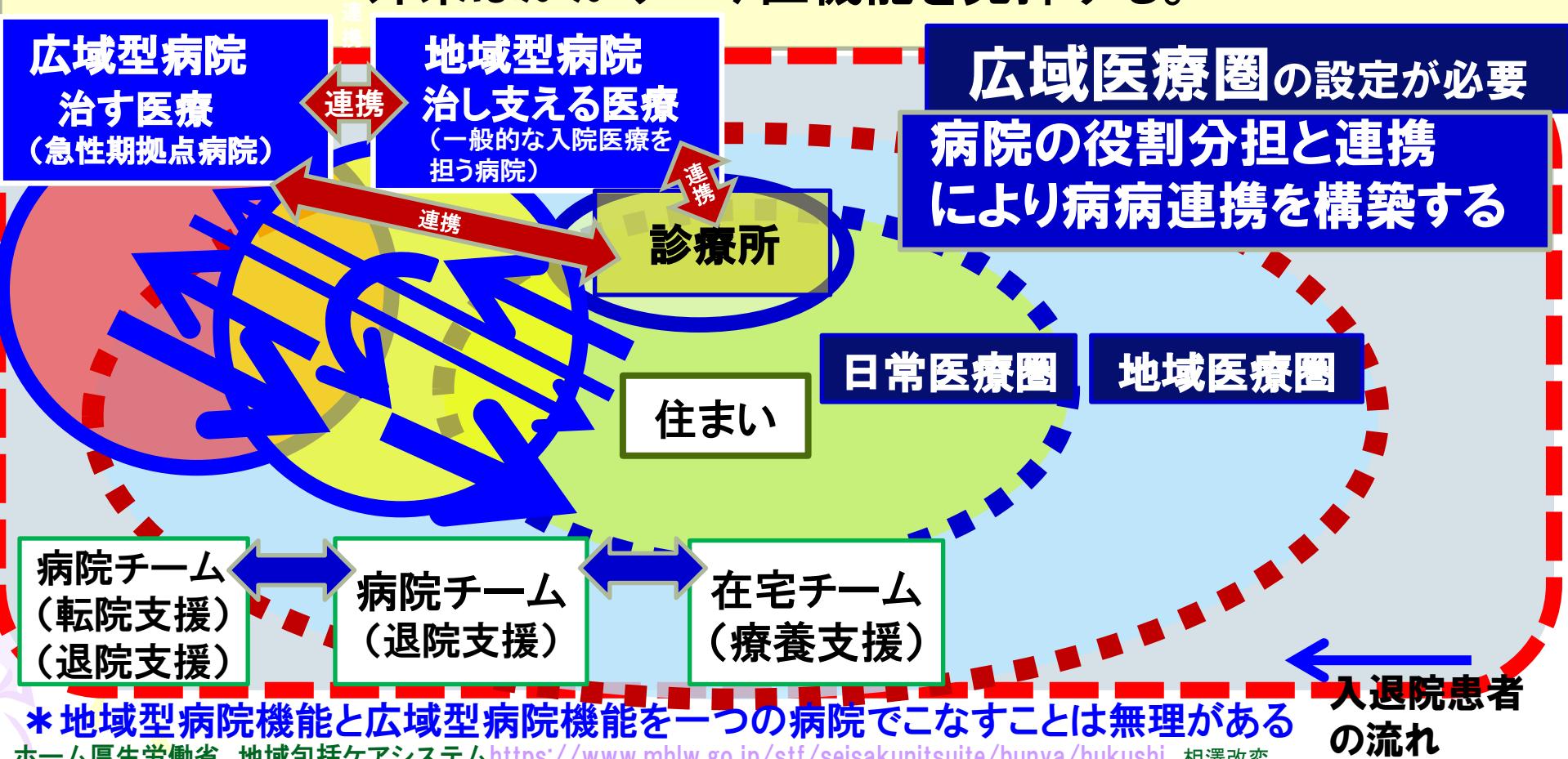
専門性の高い医療を担う病院と広域医療圏

病・病連携を構築する圏域の設定

広域型病院；地域型病院で担えない高度な医療や頻度の少ない医療
(急性期拠点病院)

外来はかかりつけ医機能は発揮しない。

地域型病院；身近な地域における一般的な入院医療
外来はかかりつけ医機能を発揮する。



* 地域型病院機能と広域型病院機能を一つの病院でこなすことは無理がある
ホーム厚生労働省 地域包括ケアシステム <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi>、相澤改変

地域型病院と広域型病院が入院医療を役割分担するポイント！

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価①

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）を改変

地域型病院では担えない急性期入院を担う
診療報酬上；急性期充実体制加算算定、総合入院体制加算などの施設基準を満たす病院？

広域型病院
(急性期拠点病院)

何をどこまで、どうやって
撤退するか！

重症

急性期

等症

回復期

軽症

撤退

回復

急性期入院
医療の役割
分担が鍵

今後急増すると
予想される高齢
者の中・軽症急
性期入院と急性
期後の回復期入
院医療を担う

地域型病院

何をどこまで、どうやって
撤退するか！

医療ニーズ（患者の状態、医療内容等）

療養病床

一般病床

傷病の治癒・
安定で病院で
の入院治療が
不要

医療資源の投入量
(職員配置、医療提供等)

戦略的撤退の意思決定と実行により病院の
役割分担を明確にして、競合から共存へ

個々の患者の
病期変化

地域型病院

外来・在宅医療機能分化と連携

広域型病院

外来機能としてかかりつけ
医機能を発揮する。
病診連携中心に
医療の円滑な
流れを創る



住まい



必要となる在宅医療
の充実強化

訪問困難な場合や通院困
難な場合のオンライン診
療も考慮

地域医療圏

外来・在宅医療機能分化と連携

診療所

かかりつけ
医機能あり

紹介
紹介

地域型病院

かかりつけ医
機能あり
専門外来機能

治し支える医療

紹介
紹介

診療所

かかりつけ
医機能なし
専門外来機能

広域医療圏

受診
往診、訪問診療

紹介

受診
往診・訪問診療

受診

受診

専門外来等を中心とする
紹介外来重点医療機関
として機能を発揮

高機能な
専門外来

広域型病院

かかりつけ
医機能なし

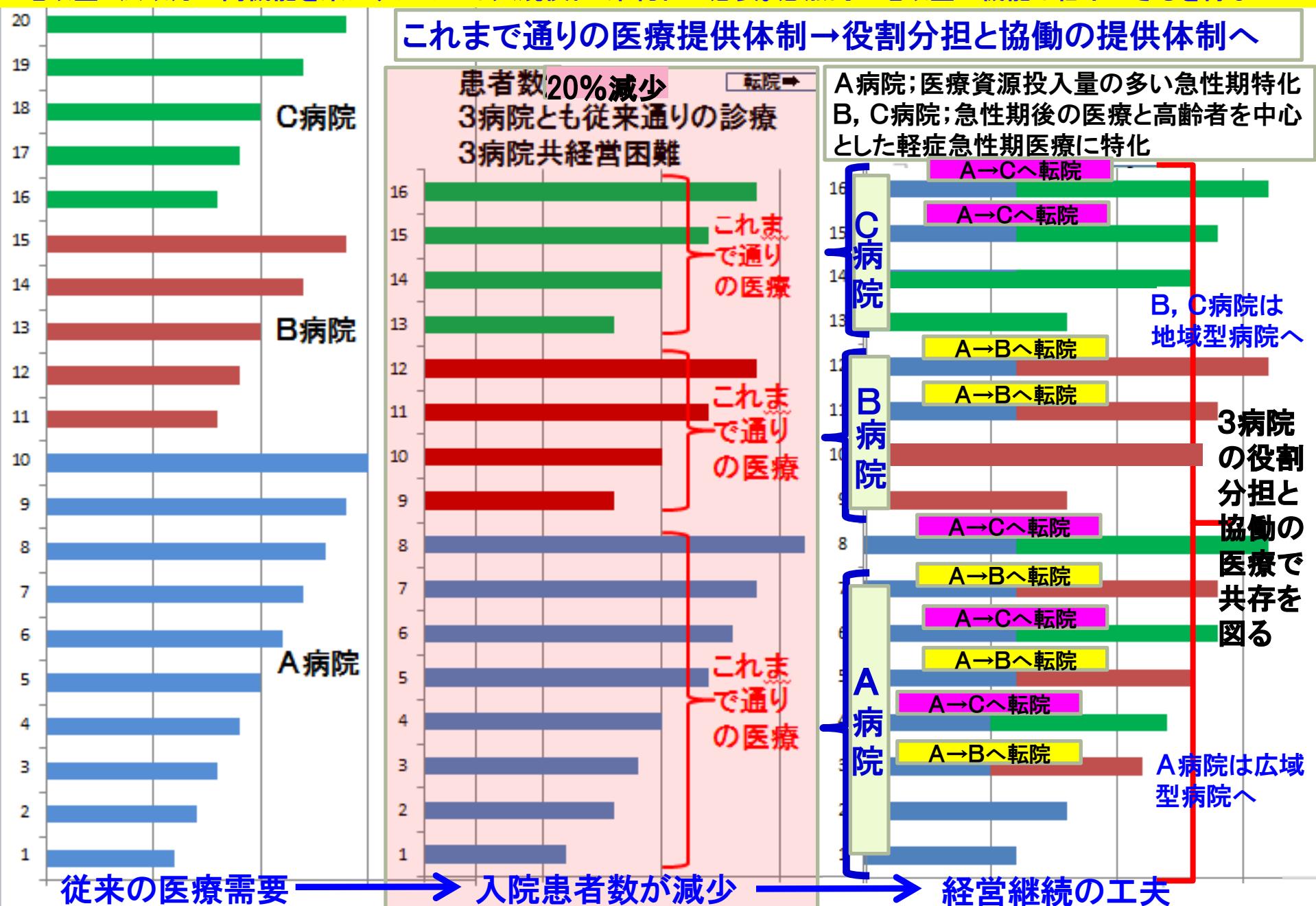
紹介外来重点
医療機関機能

治す医療

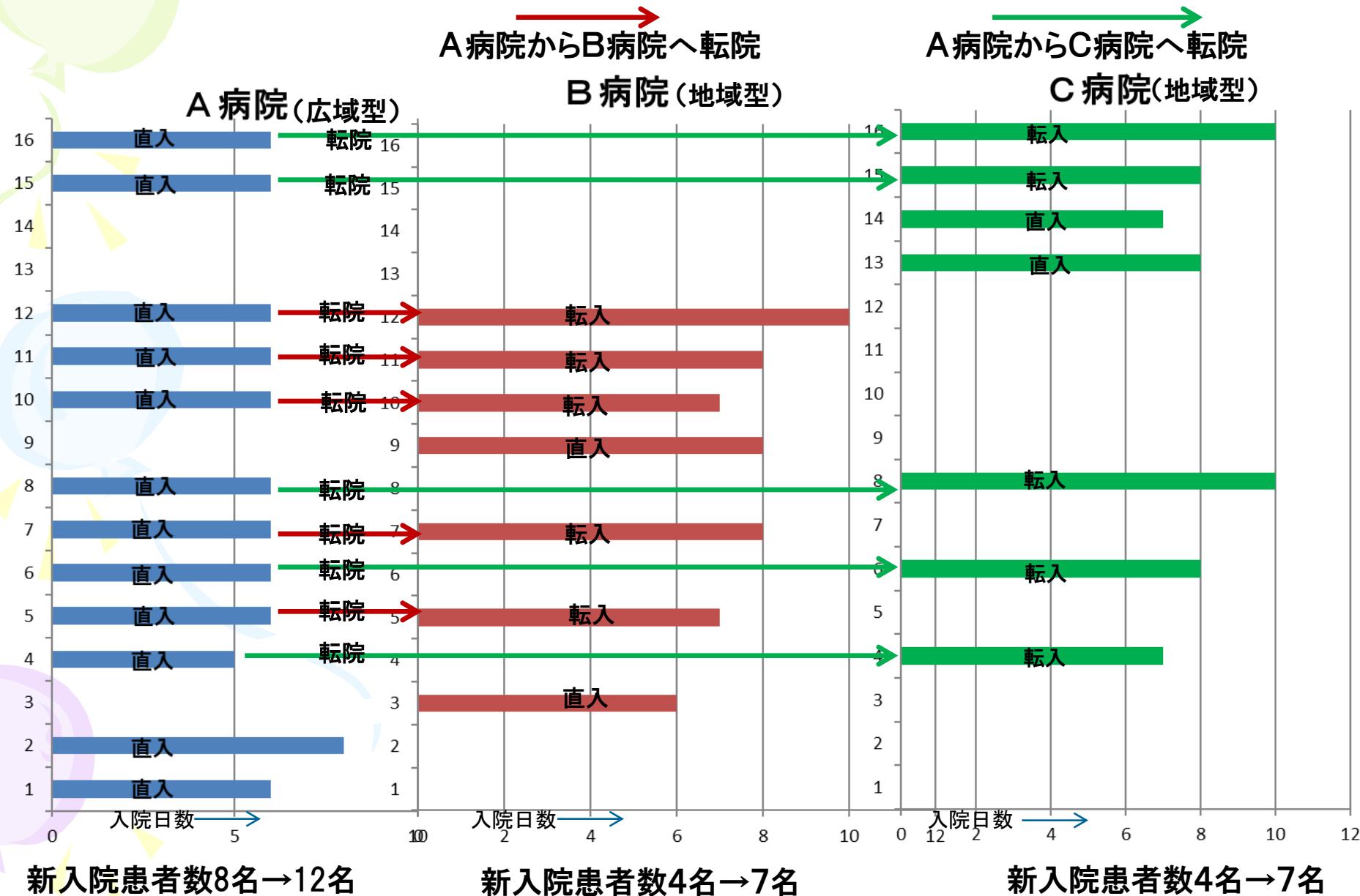


人口減少下における病院経営の視点→病院機能分化と連携による共存を図る

地域型と広域型の両機能を果たすためには大規模化・集約化が必要。必然的に地域型の機能は低下せざるを得ない

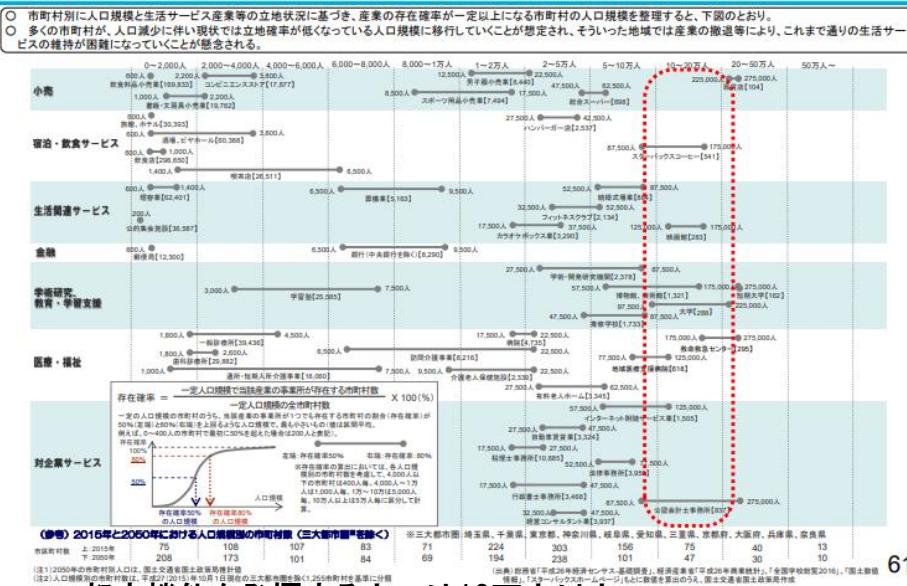


A病院は急性期に専念して平均在院日数を短縮して早期にB病院とC病院へ転院させる
B, C病院は軽中症急性期と回復期に専念する地域密着型病院として機能する



個々の病院が他の病院にはない機能を発揮し、発展させるために力を注ぐことにより、その機能における医療や病院の質は高まるのではないかと考えられる

市町村人口規模別の施設の立地確率

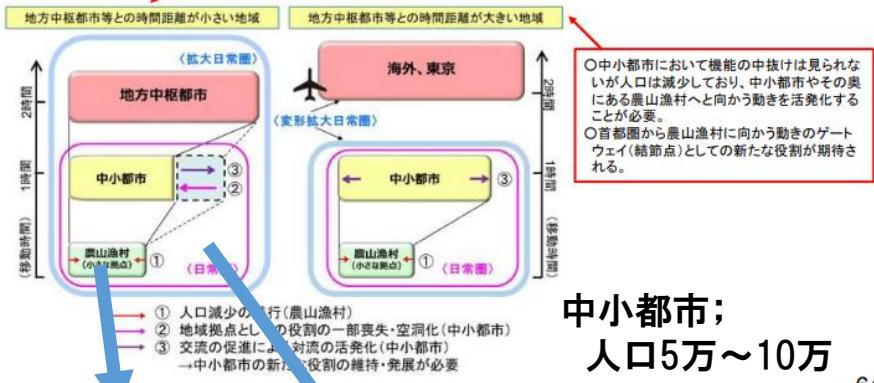


「住み続けられる国土専門委員会」における圏域の議論③

- 中小都市については、地方中枢都市等との時間距離などの関係を踏まえつつ、交流の促進等による対流の活発化など、新たな役割が期待される。

○ 交通ネットワークの充実により、周辺地域の人々が中小都市を素通りし、地方中枢都市に向かう動きが活発化。

○ 休日の買い物に代表される中小都市が持つ都市的服务の一部機能が縮小。
○ 中小都市は近隣の農山漁村との生活・歴史・文化に関する地域的なつながりを活用し、重層的な食料、エネルギー・介護等の循環生活圏を再構築とともに、大都市や地方中枢都市と農山漁村を結び直す新たなネットワークの結節点としての役割が期待される。

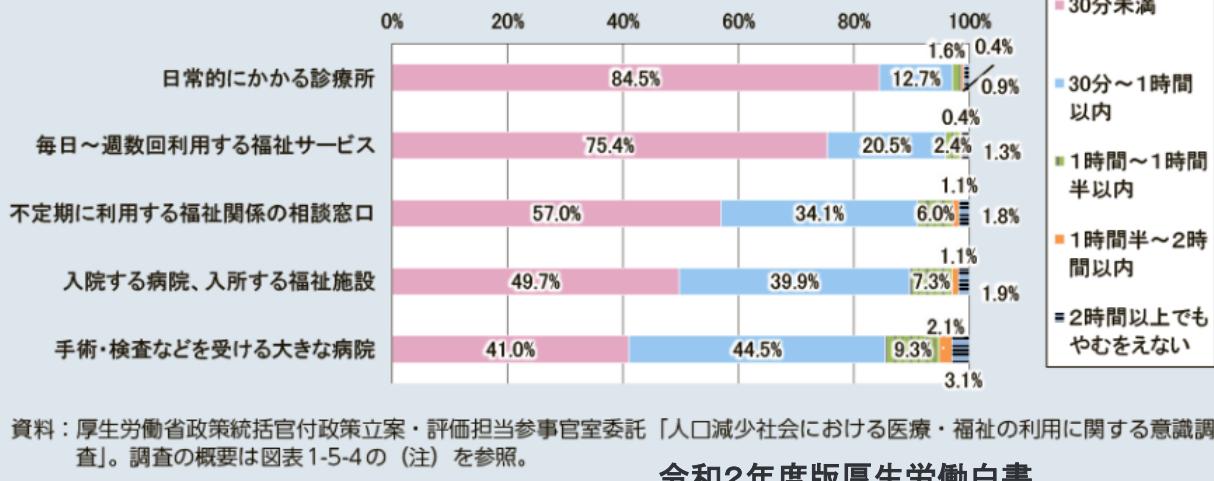


**中小都市；
人口5万～10万
地方中枢都市
人口20万以上**

64

図表 1-5-5

自分の片道の通院・通所にかけられる最大時間にかかる意識（2019年）



令和2年度版厚生労働白書

住み続けられる日常生活圏

(地域生活圏)
概ね移動時間30分以内
(拡大生活圏)
概ね移動時間1時間以内

国民の意識調査では、日常医療は30分以内、入院医療は60分以内の時間距離に医療機関があることが期待されている。手術・検査などを受ける大きな病院はもう少し遠くても良いと思っている。

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定 (医療法)

- 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

52医療圏 (令和2年4月現在)
※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

二次医療圏

335医療圏 (令和2年4月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

広域連携医療圏

広域医療圏単独では対応困難な場合

広域医療圏

いくつかの地域医療圏からなる
車での移動時間60分程度の地域
が基本

(拡大生活圏) 広範な地域

小さな圏域からの積み上げ方式

地域医療圏

医療介護生活支援の
総合確保を図る圏域

いくつかの日常生活圏からなる
車での移動時間30分程度の地域
が基本

(地域生活圏) 身近な地域

小さな圏域からの積み上げ方式

日常生活圏

(日常生活圏又は複数日常生活圏)

医療提供体制を構築
するための基礎圏域
日常的医療の提供

日常生活圏: 市町村介護保険計画において、地理的条件、人口、交通事情などを勘案して定める区域のこと。国では概ね30分以内に必要なサービスが提供される区域としている。

市町村介護保険事業計画(法第117条)で設定が義務付けられている

参考)地域医療システムの考え方;医療科学 江川寛編修より改変

地域住民は高度に専門的な医療から日常的な医療、在宅サービスや健康相談に至る多種多様なニーズを有している。このことから、小規模の病院が多く、分散型医療提供を行ってきた我が国の風土を活かし日常的で頻度の高いニーズには身近な地域に多くの近隣型施設を、この施設では対応できないニーズには広範な地域の拠点ごとに充実した広域型施設を配置し、住民にはアクセスの利便、施設には患者確保の可能性を保証するのが、地域医療システムの基本的な考え方。

(1)近隣型医療施設→地域型病院、分散型、治し支える医療中心

罹患率が高く治療法も確立した、いわゆるcommon diseaseを扱う医療施設は、限られた範囲から患者を集めており、その診療圏は狭い。こうした疾病的患者はアクセスを重視して住居近くの施設を利用するが多い。分散。人口3万人圏で一箇所程度

(2)広域型医療施設→広域型病院、集約型、治す医療中心

高度で専門的な医療を扱う医療機関は、広い診療圏を有しているこの医療を必要とする患者は広く薄く分布するが、アクセスの利便性よりも機能を重視する。集約。人口60万人圏で二箇所程度

(3)その他、専門病院など

(病院機能分化の考え方)

病院のグランドデザイン(病院類型、病床機能との関係)

病院類型の設定と病院類型
を踏まえた病院の配置

a.地域型病院

b.地域型病院

c.地域型病院

d.地域型病院

A..広域型病院

B.広域型病院

高度急性期病床

(病棟)



急性期病床

(病棟)(包括期病床)



回復期病床

(病棟)



慢性期病床

(病棟)



新たな
病院機能
類型

病院
機能

病床
機能

病床機能
報告制度

病期
分類

診療
報酬

高度で質の高い医療と手厚い看護

特定病床

急性期一般病棟

病状に応じた集中的なリハビリ

地域一般病棟 地域包括ケア、回復期リハ

長期の療養

療養病棟

医療機関による自主的な取組みと相互の協議により、医療機能の分化・連携を推進

新たな病院類型(地域型病院と拠点型病院)の創設

地域型病院; 人口概ね3万人当たり、おおよそ150床程度を1カ所以上の病院に配置する

地域型病院の総病床数はおおよそ $4000 \times 150 = 60\text{万床}$

広域型病院; 人口概ね60万人当たり、急性期病床1000床程度を2カ所以上の病院に配置する。広域型病院総病床数は $200 \times 1000 = 20\text{万床}$ となる

高度急性期病床を1病院当たり約60床 $\times 400 = \text{約}2.4\text{万床}$ を配置する (相澤私案)

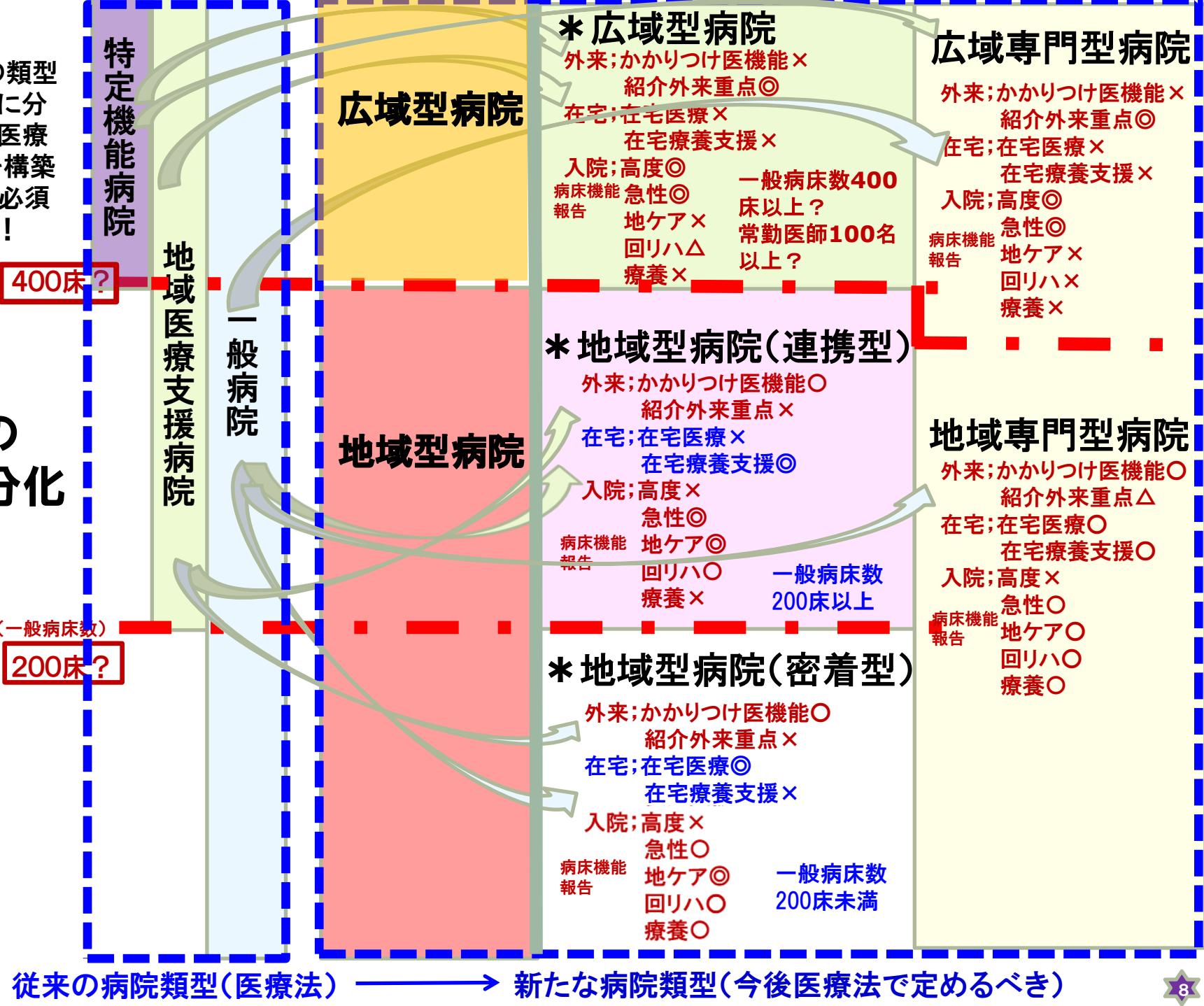
病院類型は医療法で定め、都道府県と病院が類型に応じた医療を提供する協定を結び、その実施について国が支援する。

(相澤私案)

参考)

一般病院の類型化は、国民に分かりやすい医療提供体制を構築するために必須と考えるが！

病院の機能分化

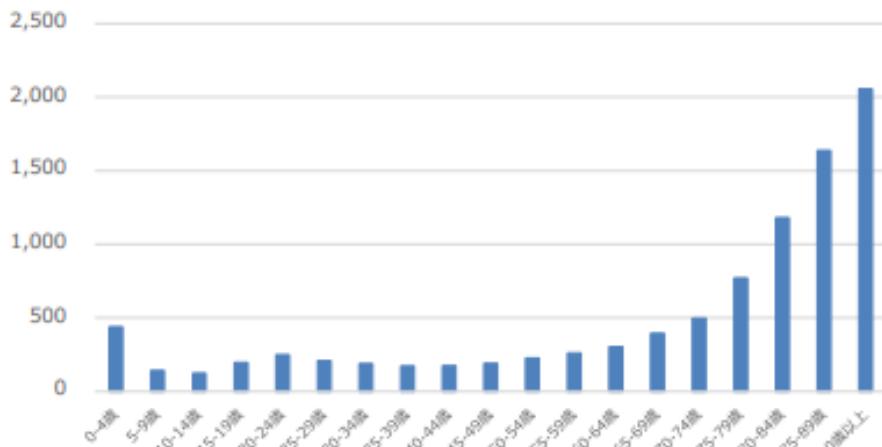


人口変動に伴う救急医療

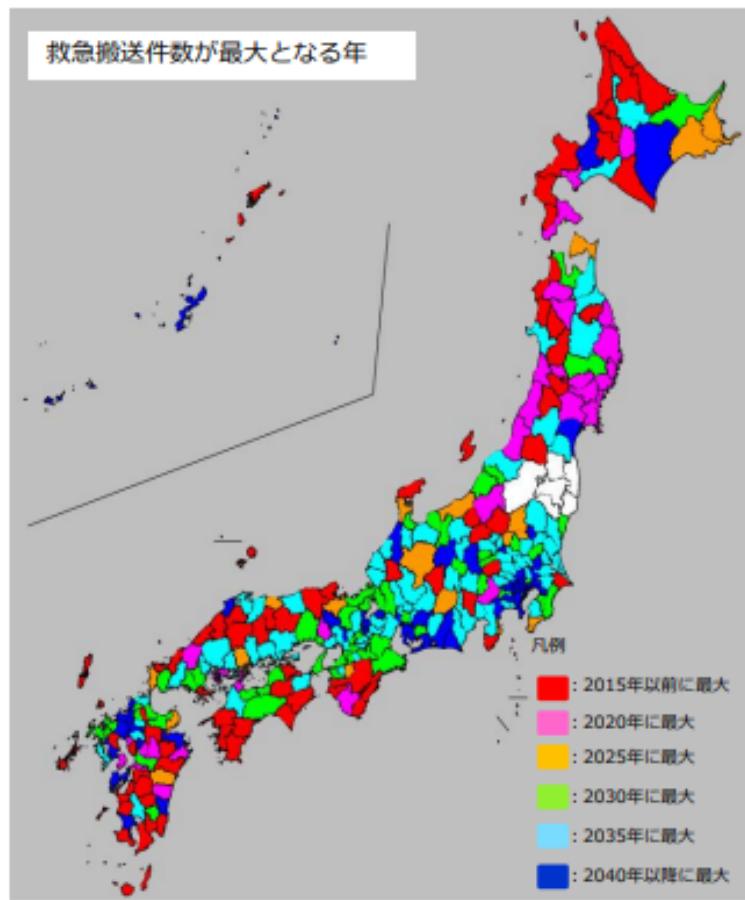
救急搬送件数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となることが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。

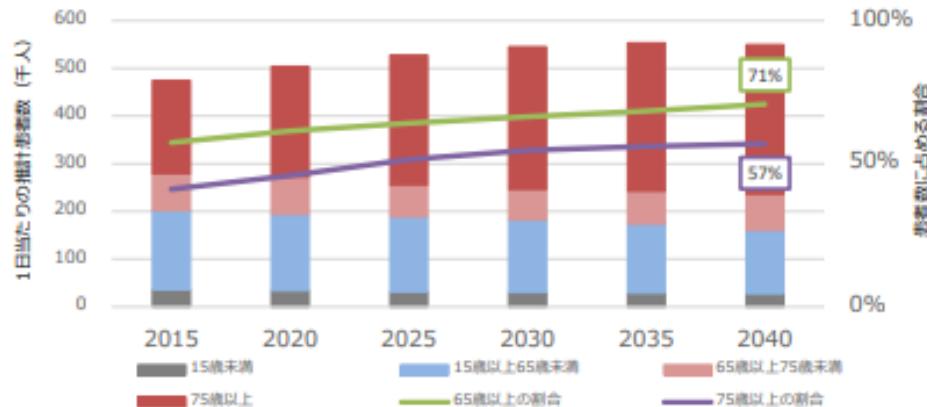
年齢階級別救急搬送件数（人口10万対）



救急搬送件数が最大となる年



救急搬送件数推計



資料出所：「消防庁救急搬送人員データ」（2019年）を用いて、救急搬送（2019年分）の件数を集計したものを、
2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、
地域別将来推計人口に適用して作成。

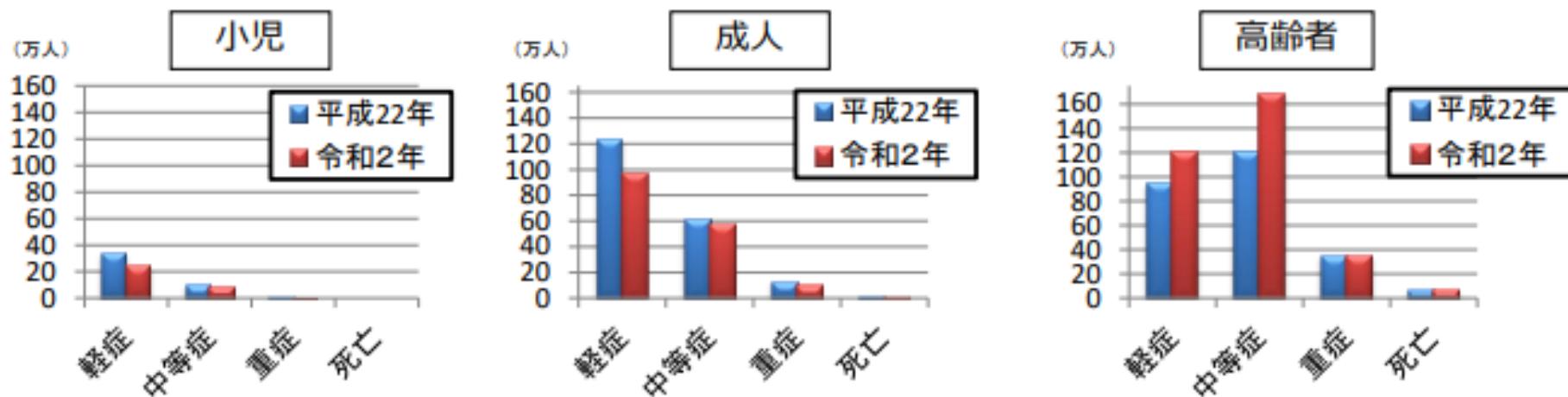
* 性別が不明のレセプトについては集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用。

* 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

高齢者の救急搬送患者の増加

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの

重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの

中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの

軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

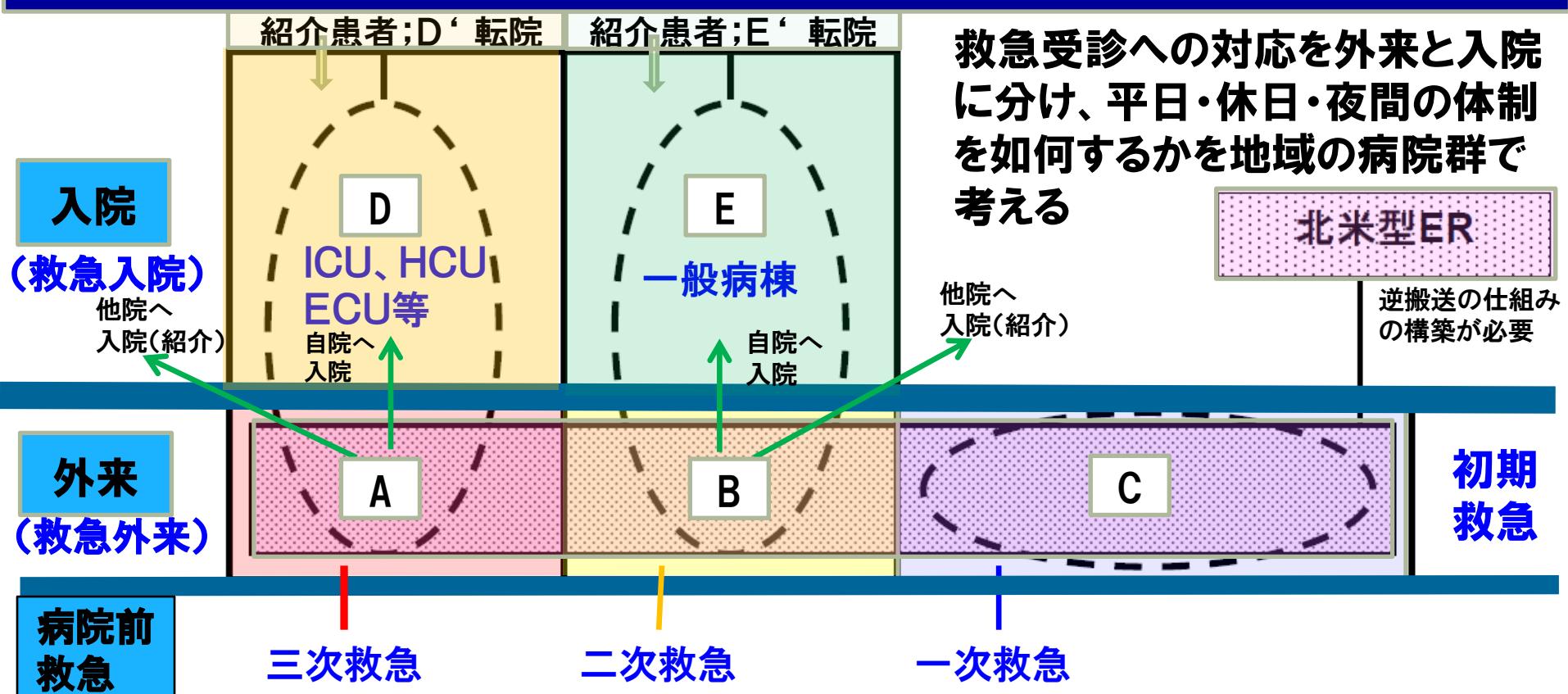


令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人	1.2万人	6.5万人
重症	0.03万人減 ▲33%	0.4万人減 ▲25%	0.6万人増 10%
中等症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
軽症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

新たな救急医療体制の整備は必須



救急専門医による質の高い初期救急が重要(夜間休日の外来との区分けが重要)
初期救急医療を受けるまでの許容搬送時間は?

自院の救急医療を見直す; 病院を選択するのは患者又は救急隊

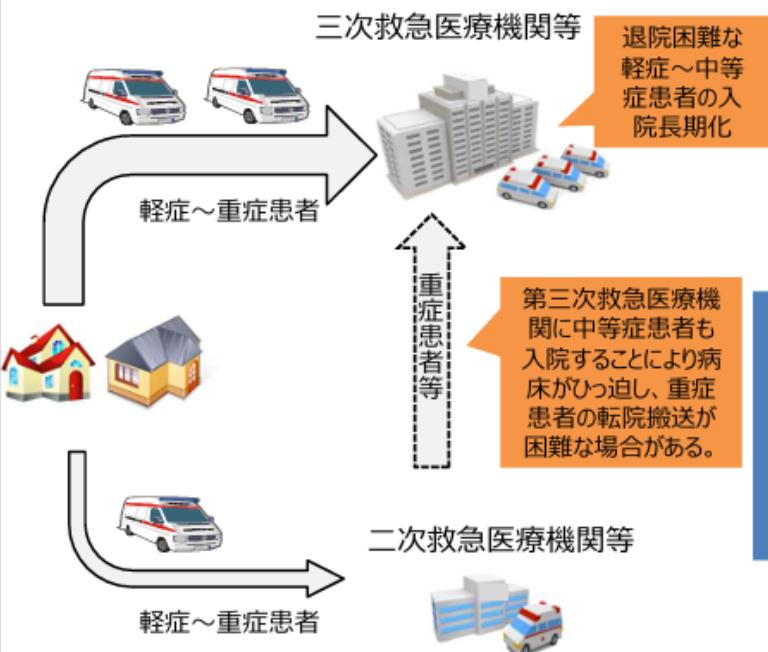
$A+B+C+D+E$ 又は $A+B+D+E$ → 広域型病院

$B+C+E$ 又は $B+E$ 又は E → 地域型病院は様々な組み合わせの対応が考えられる

救急医療を外来と入院に分けて、自院は何処まで、どの日(曜日)、どの時間、どのような救急医療を担うかを決断する。

高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージを改変

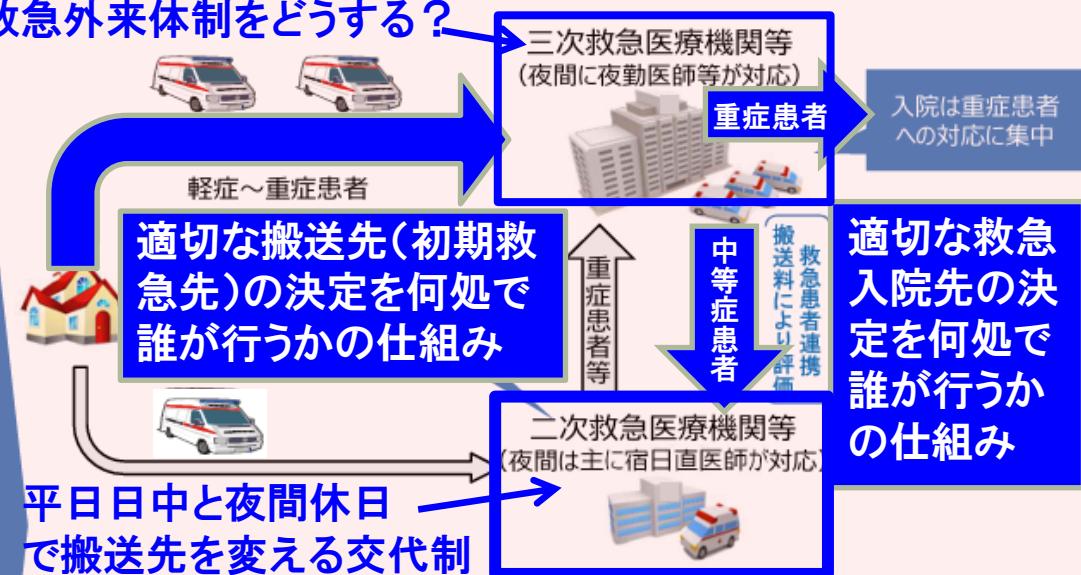
○これまでの救急医療提供体制における課題等



○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

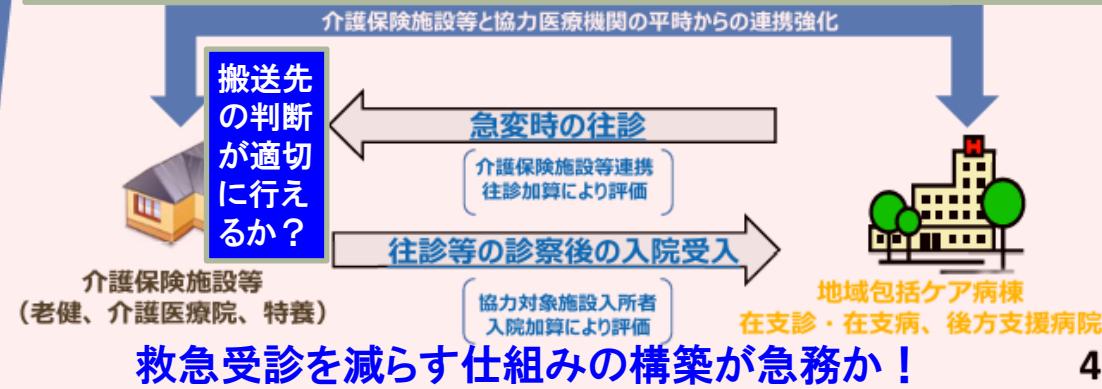
※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。

救急外来体制をどうする？



○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制

介護保健施設等で適切な医療判断が行える体制の整備？



人口変動で救急医療体制の抜本的見直しは必須！

病院の地域ごとのばらつきの補正が必要;病院が存在する場所を変えることは困難

一医療圏の広さを調整して病院のばらつきを補正する一

広域連携医療圏

