

## 新たな地域医療構想に関する論点について

# 1. これまでの議論の主な経過

# 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抄）

## II 医療・介護分野の改革

### 1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

#### (1) 改革が求められる背景

(略)

日本が直面している急速な**高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化**をもたらしてきた。平均寿命 60 歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも 80 歳近くとなり、女性では 86 歳を超えている社会では、**慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心**となる。そうした時代の医療は、**病気と共存しながら QOL (Quality of Life) の維持・向上を目指す医療**となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、**患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない**。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

(略)

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008（平成 20）年 6 月に公表された「社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、**人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確**であり、さらに、**医療現場の人員配置は手薄**であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく**過剰労働が常態化**していること、この現実が、**医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘**されていた。

(略)

2008（平成 20）年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、**医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実**によって総体としての入院期間をできるだけ短くして**早期の家庭復帰・社会復帰**を実現し、同時に**在宅医療・在宅介護を大幅に充実**させ、**地域での包括的なケアシステムを構築**して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、**利用者・患者の QOL の向上を目指す**というものであった。

# 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抄）

## （3）改革の方向性

### ② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、**急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。**この時、**機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保**することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

（略）

加えて、今般の国民会議の議論を通じて、**地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性が改めて確認された。**

（略）

しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しのけたりといった事態を招きかねない。改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、**ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待たなしで断行していかなばならない**のである。

# 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抄）

## 2 医療・介護サービスの提供体制改革

### （1）病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた**医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）**を早急に導入する必要がある。

次いで、同制度により把握される**地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョン**を都道府県が策定することが求められる。さらには、**地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進**されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要があるものの、次期医療計画の策定期間である2018（平成30）年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

### （4）医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

（略）

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、**介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠**である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、**かかりつけ医の役割が改めて重要**となる。（略）

# 社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和4年12月28日)①(抄)

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

## 1 基本的な考え方

- 今般の新型コロナウイルス感染症への対応においては、行政による事前の準備が十分でなかったため、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面し、それぞれの地域において、通常医療との両立を含め機能する保健医療提供体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を連携やネットワークにより提供していくことの重要性が改めて認識された。
- 一方、この間も少子高齢化は着実に進みつつあり、今後、さらなる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあることを踏まえ、地域によって大きく異なる「人口構造の変化」に対し、機能分化と連携、人材の確保を一層重視した国民目線での提供体制の改革を進め、コロナ禍における関係者の密接な意思疎通や役割分担・連携の模索の経験・教訓も活かしながら、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくことが喫緊の課題である。
- このため、2040年頃まで続く高齢化への対応とあわせて、人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくという基本理念の下で医療提供体制の改革を推進する必要がある。

## (2) 人口構造の変化への対応

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を一体的に推進するとともに、DX等の技術革新を医療分野に確実に取り込むなど、総合的な医療提供体制改革を推進する必要がある。
- ① **地域医療構想**については、新型コロナ禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深める必要がある。
  - ・ 現在は2025年までの取組となっているが、**病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要がある。**
  - ・ このため、「**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するとともに、これまでの地域医療構想による病床の機能の分化及び連携の推進（急性期～回復期～慢性期）に加え、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、**かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平的連携」を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。**（略）

## 社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和4年12月28日)②(抄)

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

## 2. 具体的な改革の内容について

## (3) 地域医療構想の推進

## (地域医療構想 2025)

- 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めていく必要がある。
- 地域医療構想の推進にあたっては、これまでも PDCA サイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の 2025年までの取組を地域の実情を踏まえつつ着実に進めるために、対応方針の策定率を目標とした PDCA サイクルの強化や構想区域の評価・分析など都道府県の責務の明確化により取組を進めるべきではないか。
- また、第8次医療計画の策定作業と併せて、各都道府県において、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを進めるべきではないか。
- 厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域について、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援を行うべきではないか。

## (今後の取組)

- 2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃までを視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定すべきではないか。
- そのため、現在の取組を確実に進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向け、現状と課題を分析し、課題の整理・検討を行うべきではないか。
- なお、今後の取組については、必要な医療を面として提供するための医療機関ごとの機能分化と連携が重要である、かかりつけ医機能や在宅医療を取り込むため、外来医療、在宅医療の整備計画の中で新たな方向性や目標を踏まえながら、2025年以降の入院需要を推計していくべき、新たな地域医療構想を踏まえて、看護職員の需給推計を実施すべき、医師の働き方改革への各医療機関の対応を踏まえた上で、地域医療構想における医療機関の役割分担と連携の在り方を議論すべき、構想区域の規模や在り方を議論すべきとの意見を踏まえて、検討を深めるべきではないか。

# 「経済財政運営と改革の基本方針2023」 (令和5年6月16日閣議決定) (抄)

第13回地域医療構想及び医師確保 計画に関するワーキンググループ	資料1
令和5年11月9日	

## 第4章 中長期の経済財政運営

### 2. 持続可能な社会保障制度の構築

(社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進)

医療・介護サービスの提供体制については、今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応し、限りある資源を有効に活用しながら質の高い医療介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保する観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革、医療・介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した改革を早期に進める必要がある。

このため、1人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の实情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進、地域医療連携推進法人制度の有効活用、地域で安全に分娩できる周産期医療の確保、ドクターヘリの推進、救急医療体制の確保、訪問看護の推進、医療法人等の経営情報に関する全国的なデータベースの構築を図る。



新経済・財政再生計画 改革工程表2023（令和5年12月21日経済財政諮問会議）（抄）

社会保障 4. 医療・福祉サービス改革

第14回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（一部改）  
令和6年3月13日

KPI第2階層	KPI第1階層	工程（取組・所管府省、実施時期）	24	25	26
<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】 （実際に増減された病床数／地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数（病床機能報告））</p>	<p>○地域医療構想調整会議の開催回数【2024年度末までに約2,000回】</p> <p>○各医療機関の対応方針の策定率【2025年度に100%】</p> <p>○対応方針の検討状況等の公表率【100%】</p>	<p>39. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進</p> <p>a. 地域医療構想については、2025年までの取組をより一層推進するため、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。</p> <p>b. 国においては、以下の取組を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化</li> <li>・構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等の周知）</li> <li>・地域医療介護総合確保基金やデータ分析チーム構築支援等の効果的な活用方法の周知</li> <li>・地域医療構想の取組の進め方に関するチェックリストの作成</li> <li>・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量の乖離等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられるモデル構想区域等を設定して、アウトリーチの伴走支援の実施</li> <li>・地域医療構想調整会議の議論の実施状況の市町村への報告等について、法制上の位置付けも含め、必要な措置</li> </ul> <p>c. 都道府県に対し以下の取組を求める。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量に著しい乖離が生じている構想区域について、医療提供体制に関する分析・評価を行い、評価結果に基づき必要な方策を講じること</li> <li>・地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定率等をKPIとしたPDCAサイクルを年度ごとに実施し、対応方針の検討状況、策定率を公表すること</li> <li>・国において設定したモデル構想区域等において、地域医療構想調整会議で構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議し、対応方針を策定するなど、必要な方策を講じること</li> </ul> <p>d. 2026年度以降の地域医療構想について、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。また、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。</p>			

# 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄）

## （令和5年12月22日 閣議決定）

令和6年3月21日

第107回社会保障審議会医療部会

資料1

## 2. 医療・介護制度等の改革

### <②「加速化プラン」の実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組>

#### ◆ 医療提供体制改革の推進

- ・ 地域医療構想については、これまでのPDCAサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する。
- ・ **2026年度以降の地域医療構想の取組**について、今後、**医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応**できるよう、**2040年頃を視野**に入れつつ、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討**を行う。
- ・ こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。
- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025年4月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024年夏頃までに結論を得る。
- ・ さらに、令和5年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
- ・ また、地域で必要となる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にも取り組んでいく。

#### ◆ 医師偏在対策等

- ・ 医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト/シェアの推進を図る。
- ・ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。

## 令和6年5月27日 全世代型社会保障構築会議における主な意見（地域医療構想関連）

- ・医療・介護の需要のピークは2060年以降。ただし、地域によって人口の状況は異なり、東京のように医療・介護の需要が増える地域と、既に2040年、2060年の状態になっている地域がある。医療提供体制については、病床機能だけでなく、在宅も含めて地域医療全体について考える、医療だけでなく、介護も含めて地域包括ケアの中で考える方向。今あるリソースでどうやって全体をカバーしていくか全体像を考える。病床を増やす減らす、機能分化をどうするだけでなく、どのように連携して切れ目のない医療・介護体制をそれぞれの地域でつくるかという視点で議論する。地域の中小病院、多機能病院の病床の機能をどう考えるかが大きなテーマとなる。
- ・地域医療構想について、2025年までの取組を手抜かりなく進める必要。その上で、2040年を見据え、入院は引き続き取り組むとともに、外来、医療と介護の連携にも視野を広げて、地域の医療と介護の提供体制をどのように整えていくか、地域医療構想を土台に検討することが必要。データに基づいて数値化し、その在り方を地域で議論して取り組んでいく形が重要。
- ・医療・介護人材の偏在是正に取り組むことを前提としつつも、新たな地域医療構想では、それでもなお不足する場合を考えざるを得ない。地域で医療人材を十分に確保できない場合は別の方策でカバーするという考え方を持って、地域医療構想を各地で展開することが必要。
- ・地域医療構想の進捗として、全体として病床数は減少しているが、病床機能別に見るとまだ道半ば。目標年の2025年までに最後の一押しをしてほしい。今期の反省を踏まえて、推進手法として、都道府県にもう少し強い権限を与えたほうがいいのではないか。病床機能の転換を引き続き推進することに加え、外来、介護も含めるなど内容面の強化も必要。
- ・地域医療構想の病床機能の見直しは、2025年の目標に到達できていない。次期構想では、都道府県の権限強化や責任の明確化、これを踏まえた具体的な推進策を検討し、法律上に明記すべき。また、日本全体で人手不足の中、医療分野だけ人を増やせるものではないため、DXにより効率化を図ることが必要。2040年を展望すると、病院、介護、住宅での見守り等を連携していく必要。病床機能に関する取組は継続するとともに、過剰な外来提供を適正化する議論も必要。
- ・病院経営のレベルでも、急性期から非急性期に変えるのは医師のスキルの問題等もあり大変で、動きにくい背景があると思う。行政の側に相当強く誘導する何らかのツールを持たせないと、非急性期へのシフトは起きにくい。また、病院経営側が経営改善や再編をしていくような仕組みを考えないといけない。
- ・医師の偏在問題がシリアスになるのは、実際の医師がリアルにいる必要がある急性期。市場経済では解決できない領域に入ってくるので、政府部門が介入していかないと偏在の問題は解消しない。市場機能を働かせる部分と政府が介入する部分が重なり合っていく問題。
- ・地域医療構想について、これまであまり進んでおらず、一層の都道府県の権限強化が非常に大事。十分に診療実績のない急性期病床が急性期病床の約3割に上っており、診療実績が見える化して、実態に合う医療機能を国民に見えるようにする必要がある。救急搬送の応需率を地域単位で公表して、改善を図っていくような取組も考えてはどうか。
- ・2025年までに65歳以上高齢者のピークを迎える市町村は全国の60%を超え、2040年度以降にピークを迎える市町村は35%であり、二極化する。これを前提に提供体制を議論していく必要。また、地域医療構想のほか、医療計画や医療適正化計画のような都道府県レベルの計画にも働きかける必要。公立病院系には対応し、民間病院は放っておくスタンスだと問題。地域医療構想では、都道府県の権限を強化しなければならない。地方分権もあるので、国はそれをサポートする役割になる。
- ・地域医療構想、かかりつけ医機能の発揮のための制度が機能するためには、医師の育成確保と適正配置が必要。回復期の病床機能の強化やかかりつけ医機能の発揮に当たり、そこで診療に従事する医師や幅広い診療領域について全人的に診療できる医師が必要であり、大学との連携が一層重要になる。他方で、専門的・高度先進的な医療を行う医師の育成確保を看過してはならない。将来の医療提供体制を念頭にバランスよく医師を育成することが必要。
- ・医療の課題を解決するには時間軸を使って解決するしか方法はない。医療提供体制を本当に変えるには、長い時間をかけて進めていくしかない。
- ・人口減少によって医療需要が減り、例えば、急性期の医療が減って回復期が増えていくとしても、最低限全世代が幸せに暮らせるための医療体制について、国が規制をかけて確保することが重要。医療体制の変化にあわせて、看護師や介護士の在り方も考える必要。

# 地域医療構想の検討体制

- **現行の地域医療構想**については、引き続き、**既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討**を行う。
- **新たな地域医療構想**については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、**必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討**を行う。

## <現行の地域医療構想>

### 第8次医療計画等に関する検討会【既設】

#### 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

(敬称略。五十音順)

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人日本医師会副会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長

○：座長

## <新たな地域医療構想>

### 新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長 (敬称略。五十音順)
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学長
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 高橋 泰 国際医療福祉大学大学院教授
- 玉川 啓 福島県保健福祉部次長 (保健衛生担当)
- 土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授
- 東 憲太郎 公益社団法人全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 森山 明 富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

## 令和6年3月29日 第1回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①

## ＜2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ＞

- ・地域医療構想の本質は大幅な人口の減少であり、人的な資源に限られる中、変化する高齢者の医療ニーズ等にどのように対応し、持続可能な体制を構築するかが目的である。
- ・医療提供体制モデルの前提として、各地域における医療・介護の必要量の推計と現状を比較し、過不足を明らかにすることが重要。
- ・新たな地域医療構想については、高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方で入院患者が減少していること、在宅患者数の増加していることを十分に踏まえ、性・年齢階級別の現状投影モデルから脱却し、国民の医療の関わり方を含め、様々な予測を行い、客観的に分析することが必要。
- ・病院・施設の必要病床数の将来予測について、高齢者の心身状態の向上や疾病構造の変化を組み入れることが必要。
- ・入院患者、外来患者、在宅患者はピークの時期が異なるため、2040年を見据えるだけでなく、その前後の状況も意識することが必要。
- ・医療提供体制モデルの設定について、病床機能だけでなく、外来・在宅・介護等の各機能の地域における配置・機能分化・連携の状況について、地域住民に分かりやすく全体の姿を見せるべき。
- ・2040年頃を見据えると、高齢者の数が増加に対して生産年齢人口が激減するため、病院や介護施設の運営や業務内容について、ITの活用を含め、効率化を検討することが必要。
- ・医師の働き方改革もあり、人材確保面での制約が大きくなるため、患者側の需要面だけでなく、供給側の人材確保、地域間・診療科間の偏在の是正も視野に入れ、地域医療構想に取り込むことが必要。
- ・生産年齢人口が急減する中で地域医療を維持するため、将来の医療需要に応じて医療従事者を確保することが必要。医師以外の医療従事者の確保も非常に重要。
- ・PDCAサイクルにより、計画的に進捗を管理することが不可欠。

## 令和6年3月29日 第1回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②

### ＜現行の地域医療構想の評価＞

- ・ 2022年の病床機能報告上の病床数と2025年の必要病床数を比較すると、必要病床数に最も近づいているのは慢性期機能。介護医療院の創設により、療養病床の転換が進んできており、医療のみならず、介護をあわせた総合的な対応が有効である。
- ・ 急性期と回復期については、必要病床数との関係でそれぞれ過大、過小と指摘されるが、定量的基準を導入した場合には、必要病床数とかなり近い数値となっている場合がある。新たな地域医療構想における病床機能区分の検討においては、現在の病床機能区分が見かけ上のアンバランスを生じさせている点を十分踏まえる必要がある。
- ・ 地域医療構想では市町村の役割があまり明確になっていない。介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の実施主体は市町村であり、その役割を地域医療構想においても明確化する必要がある。

### ＜新たな地域医療構想に期待すること＞

- ・ 地域医療構想調整会議に介護分野の行政担当者や関係団体等が参加して、地域の介護施設や高齢者住宅でどのような医療が提供されているかを共有することが必要。介護保険の事業計画との整合性も求められ、縦割りのない連携が重要。
- ・ 病床機能報告は医療機関の裁量であり尊重すべきであるが、各医療機関の病棟単位で果たしている機能に着目することも重要。
- ・ 地域医療構想は病院経営に大きな影響を及ぼすものであり、各医療機関が地域において健全経営が担保できることを踏まえた議論が必要。
- ・ 地域の実情については、一次医療圏単位、それ以下の生活圏で丁寧に把握する必要がある。入退院支援のルールや退院後の介護認定等に関する共通の理解も必要。市町村における課題抽出会議や多職種連携の研修を推進する役割も重要。
- ・ 認知症高齢者が今後急速に増加するため、入院医療や在宅医療において、認知症への対応を含め議論すべき。
- ・ 介護医療院と介護老人老健施設など、介護分野でどのような医療提供ができるのかを議論することが必要。
- ・ 複数の医療や介護の支援を受けられる都市部より、支援が乏しい地方の方が、介護から在宅医療まで切れ目なくサービスを提供できる体制の確立が求められている。また、地域の開業医は高齢化しており、その存続が難しい。特に在宅医療が継続的に提供されるよう、専門医の育成、24時間対応可能なサービスやその環境整備への支援が必要であり、その在り方について更なる議論が必要。
- ・ 地域医療介護総合確保基金の活用は財政支援として重要な施策。財政支援の強化がなければ実効性ある政策はできない。

## 令和6年4月17日 第2回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見① (第1回ヒアリング)

### <2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・各地域ごとに2040年、2060年の絵姿を描き、バックキャストで、いかに医療・介護需要をカバーするかという視点が必要。地域資源の状況を踏まえた改革を地域で合意することが必要。
- ・現状の診療行動・機能分担を前提にした現状投影型の推計ではなく、最適な資源分配とか機能分担やタスクシフトなど、医療・介護改革を織り込んだ改革遂行型の地域医療構想とすべき。
- ・将来確保できる有限な資源を効率的に活用し、増大する医療・介護需要に応える視点が重要。かかりつけ医機能の実装、働き方改革、タスクシフトやテクノロジーの活用が必要。
- ・集住、コンパクトシティ等、コミュニティの形を変える改革が進むことを視野に入れ、動的な視点で考えることが必要。地域の医療資源の分布、人口・高齢化率・疾病構造の変化等を見通し、地域の細かい類型分けが必要。
- ・2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超え、その半数は要介護、4割は認知症となり、独居・高齢夫婦が大半となる中、家族介護力が期待できないため、アウトリーチを前提とした医療提供体制が必要。

### <現行の地域医療構想の評価>

- ・データによる地区診断が不十分なまま、機能別病床数の議論をしたことが問題。地域ニーズにあった体制を構築するという地域医療構想の目的を踏まえ、データに基づき地区診断を行った上で、高齢者救急や在宅医療のニーズへの対応を検討すべき。
- ・高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方、年間入院患者数は減少している。今後の推計に当たっては、こうした変化を推計値に反映していくことが必要。
- ・現行の地域医療構想は病床機能のみに限定したため、病院内の病床の機能分化を進めればこと足りたところ、個々の病院内での対応にとどまり、地域における病院間の機能分化を推進するまでには至らなかった。1つの病院だけでは対応できない多様化する医療ニーズに応えるためにも、病院の役割分担と連携は欠かせない。
- ・「病床機能報告」を「病棟機能報告」として位置付け、「回復期」を「包括期」と名称変更し、分かりやすく示すことが必要。
- ・地域医療構想の喫緊の課題は、高齢者救急対応。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必要。

## 令和6年4月17日 第2回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見② (第1回ヒアリング)

### ＜新たな地域医療構想に期待すること＞

- ・在宅医療の強化、将来の人口・医療資源の分布を踏まえ、医療圏を見直す必要がある。
- ・在宅医療圏は、原則市町村単位とする。かかりつけ医機能報告や高齢者施設を踏まえた在宅医療の議論が重要。
- ・地域の介護施設や高齢者住宅における介護サービスや在宅医療がどのように提供されているかを十分に踏まえた議論が必要であり、市町村・介護関係者が調整会議に参加し、「地域医療構想」から「地域医療介護構想」に変革していく必要がある。
- ・構想区域について、人口規模に応じて分割・合併を弾力的に行うことが必要。
- ・二次医療圏を弾力的に運用をしてはどうか。具体的には、二次医療圏が小規模な場合に、複数の二次医療圏を統合して運用することにより、一つの二次医療圏の単位の中で十分に医療機能を満たすことができるのではないかと。
- ・二次医療圏を地域医療構想区域に設定して議論を進めてきたが、人口の変化や情報通信技術、道路網の整備等の社会の発展や変化を考慮すると、日常生活圏を基盤として、複数の日常生活圏の医療を確保する地域医療圏、複数の地域医療圏の医療を確保する広域医療圏という考え方に変わっていくことが必要。
- ・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上で大きな影響。地域医療構想において機能分担を明確にする上で、「病院機能」（高度急性期病院、急性期病院、かかりつけ医機能支援病院、慢性期病院）による分類が現実的。
- ・地域医療構想の見直しで、地域型病院（治し支える医療）と広域型病院（治す医療）の病院類型を創設して、病院の機能分化と病院間連携を進めるべき。
- ・働き方改革、かかりつけ医機能、医療人材の確保は重要な課題であり、地域ごとに状況が全く異なる。地域によっては全ての医療機能をフレキシブルに確保しなければならないところもある。このため、都道府県又は市町村を中心に、日常生活圏、二次医療圏、さらに広域な単位で、必要な病院機能・病棟機能を整理する必要がある。
- ・二次救急、三次救急のほか、一次救急の機能を地域で確保することが重要。
- ・在宅医療を増やすためには、緊急時の対応機能としての入院の受皿や緊急往診の体制、次に、特に訪問看護、訪問診療の体制が重要。
- ・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないかと。
- ・医療と介護の連携、病院と在宅の連携について、函館の医療・介護連携サマリー等による情報共有を進めていくことが必要。



## 令和6年5月22日 第3回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見① (第2回ヒアリング)

### <2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・ 認知症や基礎疾患等を抱える高齢患者や独居の増加等も想定した地域のニーズに対応できる医療・介護全体での体制構築や医療・介護の人材確保の議論が必要。
- ・ 認知症や各疾患の患者予測について、従来の静的手法ではなく、高齢者の急激な変化の影響を踏まえた動的手法を用いるべき。
- ・ 必要病床数について、現状投影モデルで推計するとともに、認知症患者や寝たきりの高齢者の減少など、医療・介護提供体制に大きな影響を及ぼす因子を組み込んだ複数のシナリオを作り、地域ごと・病種ごとに推計すべき。
- ・ 全ての構想区域において統一モデルで必要量を算出しつつ、地域特性や人材制約を踏まえたシナリオを作った上で、地域ごとに2040年に向けて取り組んでいくべき。
- ・ 外来医療・在宅医療の必要量についても、疾病構造、患者の状態及び医療資源投入量を踏まえ、可能な限り詳細に推計すべき。

### <現行の地域医療構想の評価>

- ・ 公立病院等の再編が当初の目的に合致する結果が得られたかについて、再編後の効果を経時的に検証し、公表する仕組みが必要。
- ・ 基準病床数と必要病床数について、一部の自治体で第8次医療計画の基準病床数が増加し、混乱を招いているため、差を解消すべき。地域診断や地域の未来像を踏まえ、地域医療構想の協議を活性化させることが必要。
- ・ 国民が地域医療構想に十分に参画できているとはいえないため、住民の意見を反映しながら協働していくことが大切。地域医療構想の内容と進捗を住民に分かりやすく情報提供することが必要。

## 令和6年5月22日 第3回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見② (第2回ヒアリング)

### <新たな地域医療構想に期待すること>

- ・患者にとって安全、安心な医療や介護が効果的かつ効率的に提供されるとともに、社会保障のサステナビリティを確保することが重要。
- ・地域医療構想は、国が地方に指示するという単純な構図ではなく、国民、患者、医療従事者、医療団体、医療機関、自治体、国等が協働で取り組む政策課題であり、国と都道府県等との協働・対話関係のアップデートが必要。
- ・オールジャパンとしての方向性、構想の全体像、必要な施策、推進のスタンス等の可視化や共有が不可欠。
- ・これまでPDCAサイクルを通じて取組を進めてきたが、行政のガバナンスは重要であり、都道府県や国が確実に進捗管理すべき。
- ・民間病院と公立・公的病院の特徴を活かした医療提供体制の再構築が重要。
- ・地域医療構想の策定後に生じる様々な変化を踏まえ、考え方の見直しやデータの更新を図るなど、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべき。人口流出等により、想定を大きく上回る変化が生じた場合は、地域医療構想の見直しを検討すべき。
- ・構想区域は、都市型モデル・過疎地モデルのみではなく、地域ごとに主体的に検討し、柔軟に設定すべき。
- ・医療DXは重要であるが、病院経営に大きな負担となるため、適正なコストコントロールを可能とする仕組みが必要。
- ・医科・歯科連携、歯科と介護との連携、入院時から在宅・施設等までの歯科診療所と病院の連携、ICTを活用した多職種連携の強化が必要。
- ・医療提供施設である薬局を外来医療提供体制のモデルに含めることが必要。薬局・薬剤師の地域偏在、病院薬剤師の確保が課題。
- ・在宅医療において、薬局が医療・介護連携に積極的に参画し、多職種連携を進めることで、地域包括ケアにおけるチーム医療へ貢献すべき。

## 令和6年5月27日 第4回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見① (第3回ヒアリング)

### <2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・医療機関と施設、地域が一体となって健康や暮らしを守ることが望まれるため、入院だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医機能、訪問看護、介護サービス等を一体的に考えていく必要がある。
- ・高齢者の複合ニーズに対し、集中的な入院医療と在宅生活を支える在宅医療が重要。特に在宅では、予防・治療から看取りまでのその人らしい生活を支援することが考えられるのではないかと。
- ・要介護者等を含む在宅療養者に対して、医療及び在宅介護サービスを適切に提供できる体制を整備することが必要。
- ・独居や認知症の方が地域で生活するための生活支援体制を整備することが必要。
- ・かかりつけ医との連携、情報連携の仕組みが非常に重要。かかりつけ医が機能するためには訪問看護が極めて重要。研修等も踏まえた医療側と介護側の顔の見える関係の構築が必要。基本情報を共有するためのインターフェースの構築については国の関与が必要。
- ・今後増加する、独居、老夫婦世帯、認知症高齢者の方の生活を支える医療の充実、伴走型介護拠点の整備、日常生活圏域を基盤とした地域を面として支える安心な医療・介護連携体制の確立が求められる。特に、認知症等の生活機能が激変した人に対する医療の在り方が大きな課題ではないかと。
- ・利用者の病態・ADL・社会状況にふさわしい地域包括ケアシステムが確立され、地域医療ネットワークにより、市町村ごとに基幹型の救急及び在宅医療連携拠点と地域包括支援センターが連携し、医療や介護を含めた様々な生活支援サービスがどこにいても受けられる体制の構築が重要。

### <現行の地域医療構想の評価>

- ・人材やサービスについて、医療と介護の両面で総合的な全体図を描くことが必要。介護施設でも医師、看護師、リハ職、介護人材等が必要となる一方、医療機関でも専門職に加えて看護補助者等も必要。また、介護の中にも医療サービスがあったが、現行の地域医療構想調整会議で触れられていなかった。医療・介護で提供しているサービスを整理すべき。
- ・医療・介護の連携の質をどのように高め、利用者の療養生活の質をどのように保障していくのか、という観点から議論しなければならないステージに来ている。

## 令和6年5月27日 第4回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見② (第3回ヒアリング)

### ＜新たな地域医療構想に期待すること＞

- ・ 今後は、要介護高齢者、認知症を有する高齢者の医療介護をどこでどのように受けるのが適切か、総合的な全体図を描きつつ、そのフィードバックを地域医療構想に結びつけていくことが必要。
- ・ 重度化した方、認知症の方、独居の方、生活支援が必要な方等が増える中で、介護がどう受け止め、医療がどう対応するか等の共通の課題がある。特養、特定施設、サ高住、介護医療院がどのような医療をどう提供するかを根本的に考えないといけない。
- ・ 将来的には通院できなくなる方が増えるので、医療のアウトリーチが必要。地域医療構想を形にする上で、かかりつけ医やサポートする医療機関をどう考えるか、施設や高齢者住まいを含めた在宅医療をどう考えるか、総合的に診療するかかりつけ医をどのように養成するかが課題。
- ・ 都市部において往診可能なかかりつけ医やそれをバックアップする地域病院など、地域を面として支える医療体制の構築、ケアマネ等が高齢者の生活機能の変化に気づいてつなぐ仕組みの構築、関係機関で情報が共有される仕組みの構築が重要。
- ・ 特養の医療提供は、配置医や看護職員等の多職種連携が円滑に行われるという利点がある。
- ・ 老健施設において、認知症短期集中リハビリテーションや医療ショートの利用等により軽度な医療ニーズへの対応が可能であり、こうした高齢者施設における機能を活用すべき。
- ・ 本人・家族が望まないような過度な医療提供を未然に防ぐためにも、事前にどの程度の医療提供を希望するかの意思を確認する「プレターミナルACP」が重要。
- ・ 高齢者が集まって住むことは、効率性・合理性があり、80歳以上のうち約7%の方が高齢者住まいに入居している。今後さらに数パーセント程度の需要があると思われる。慢性疾患の管理や食事の提供、24時間体制の見守り等が高齢者住まいの利点である。
- ・ これまで地方のそれぞれの特性に応じた様々な成功事例があり、これらを参考にしつつ、医療関係団体、都道府県、市町村が最適解を検討する仕組みが構築されることに期待。
- ・ 2040年頃には医療も介護も人材不足。限られた人的資源の効果的・効率的な活用が極めて重要であり、医療・介護の枠を超えて役割分担を行う必要がある。
- ・ 医療資源の効率的で有効な転換を図るためには、地域医療介護総合確保基金を活用して精神科医療の多角化に対応する必要。
- ・ 今後、地域医療構想の中で精神科救急の在り方を考えていただければありがたい。

## 令和6年5月31日 第5回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見① (第4回ヒアリング)

### <2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ>

- ・地域医療構想について、外来患者の減少、在宅患者の増加、医療・介護の複合ニーズ、死亡数の増加等への対応を見極めた上で、病床数のみではなく、在宅も含めて対象とする必要がある。
- ・医療と介護の複合ニーズに対応するため、医療（診療計画・看護計画・訪問看護計画等）からつながるケアプランの一体的な作成、専門性の高い看護師の外来・地域活動の推進、ケアの継続による重症化予防が重要。また、医療においても、アウトリーチ型の伴走支援が必要。
- ・かかりつけ医機能、働き方改革、機能分化・連携、救急体制の確保について、公民関わりなく、未来を見据えて考える必要がある。
- ・今後は二次医療圏ではなく、日常生活圏がベース。地域毎に状況は全く異なるため、医療DXを推進し、最新のデータを活用すべき。

### <現行の地域医療構想の評価>

- ・地域医療構想は、地域の関係者が集まり、課題を共有する機会となり、機能分化に向けて一定の成果を上げてきた。
- ・病床機能報告について、福井県の取組として、病床単位で把握することにより、医療機関が病床機能を真剣に考える機会になった。
- ・病床機能については、急性期、地域包括期、慢性期、さらには、高度急性期、急性期多機能、慢性期多機能、慢性期と整理できるのではないか。
- ・病院完結型医療から地域完結型医療への転換は不十分。グループ・プラクティスの推進、中小病院の役割の明確化、かかりつけ医機能・多職種協働・看護小規模多機能型居宅介護・診療所における看護機能の推進が重要。

## 令和6年5月31日 第5回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見② (第4回ヒアリング)

### <新たな地域医療構想に期待すること>

- ・ステークホルダー同士の信頼関係が重要。行政の聴く力、市町村の巻き込み、大胆な集約化、丁寧な説明と情報提供、トップダウンからボトムアップ、プッシュ型の情報開示等が必要。
- ・地域包括ケアの視点から、地域密着型多機能型病院が重要であり、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携が重要。
- ・小規模病床を有する有床診療所は、病院や介護施設との連携や在宅医療を担い、柔軟な運用が可能である。入院機能を有する究極のかかりつけ医機能であり、重要な医療資源である。小規模で柔軟な運用が可能。病院の病床とは異なる役割として、今まで以上に効果的かつ有効に活用されることに期待。病床機能区分にはなじまないため、「診療所病床」という新しい病床単位を考えてはどうか。
- ・特養は、常時看護職員が健康状態を把握し、緊急を要する場合や医療的処置が必要となる場合に速やかに対応できる機能を備えているため、地域医療構想において、「居宅等」とは異なる位置づけを検討いただきたい。配置医師のあり方・機能・役割について、地域医療構想に位置づけることが必要。
- ・特養等利用者への切れ目のない診療を行うためには、緊急時や夜間を含むオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談できる仕組みが必要。
- ・在宅療養や在宅看取り、介護施設における医療ニーズの増大に対応するためには、地域全体での24時間体制の安定的・効率的な確保が急務。連携拠点となる訪問看護事業所を地域医療構想に位置づけ、全国医療情報プラットフォームの活用等による複数の訪問看護事業所の機能分化・連携を図る体制が必要。
- ・国や地方自治体の役割として、タスクシェアに向けた人材育成が必要であり、特に特定行為ができる看護師の養成・推進が重要。
- ・生産年齢人口が減少していく中、他職種との協働や医療・看護DXの推進を前提としつつ、施設単位から、地域全体での看護職の育成・確保・共有への転換が必要。
- ・都道府県、二次医療圏の範囲では、地域完結型医療は困難であるため、市町村の高齢者保健福祉計画と地域医療構想の一体化、市町村個別の医療計画が必要。

## 2. 新たな地域医療構想に関する論点

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

## 新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

### 【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金等**を活用して支援。

など

### 【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等**を含めた、**医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供**する必要。その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

### 【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
  - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
  - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
  - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
  - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
  - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
  - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
  - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限
  - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

など



# これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

## <新たな地域医療構想の方向性>

- ・地域医療構想の本質は、大幅な人口の減少であり、人的な資源に限られる中、変化する高齢者の医療ニーズ等にどのように対応し、持続可能な体制を構築するかが目的である。
- ・各地域ごとに2040年、2060年の絵姿を描き、バックキャストで、いかに医療・介護需要をカバーするかという視点が必要。地域資源の状況を踏まえた改革を地域で合意することが必要。
- ・地域医療構想について、外来患者の減少、在宅患者の増加、医療・介護の複合ニーズ、死亡数の増加等への対応を見極めた上で、病床数のみではなく、在宅も含めて対象とする必要がある。
- ・地域の介護施設や高齢者住宅における介護サービスや在宅医療がどのように提供されているかを十分に踏まえた議論が必要であり、市町村・介護関係者が調整会議に参加し、「地域医療構想」から「地域医療介護構想」に変革していく必要がある。
- ・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないか。
- ・医療機関と施設、地域が一体となって健康や暮らしを守ることが望まれるため、入院だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医機能、訪問看護、介護サービス等を一体的に考えていく必要がある。
- ・入院患者、外来患者、在宅患者はピークの時期が異なるため、2040年を見据えるだけではなく、その前後の状況も意識することが必要。
- ・現状の診療行動・機能分担を前提にした現状投影型の推計ではなく、最適な資源分配とか機能分担やタスクシフトなど、医療・介護改革を織り込んだ改革遂行型の地域医療構想とすべき。
- ・集住、コンパクトシティ等、コミュニティの形を変える改革が進むことを視野に入れ、動的な視点で考えることが必要。地域の医療資源の分布、人口・高齢化率・疾病構造の変化等を見通し、地域の細かい類型分けが必要。
- ・新たな地域医療構想については、高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方で入院患者が減少していること、在宅患者数の増加していることを十分に踏まえ、性・年齢階級別の現状投影モデルから脱却し、国民の医療の関わり方を含め、様々な予測を行い、客観的に分析することが必要。
- ・今後は、要介護高齢者、認知症を有する高齢者の医療介護をどこでどのように受けるのが適切か、総合的な全体図を描きつつ、そのフィードバックを地域医療構想に結びつけていくことが必要。
- ・独居や認知症の方が地域で生活するための生活支援体制を整備することが必要。
- ・2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超え、その半数は要介護、4割は認知症となり、独居・高齢夫婦が大半となる中、家族介護力が期待できないため、アウトリーチを前提とした医療提供体制が必要。
- ・重度化した方、認知症の方、独居の方、生活支援が必要な方等が増える中で、介護がどう受け止め、医療がどう対応するか等の共通の課題がある。特養、特定施設、サ高住、介護医療院がどのような医療をどう提供するかを根本的に考えないといけない。
- ・患者にとって安全、安心な医療や介護が効果的かつ効率的に提供されるとともに、社会保障のサステナビリティを確保することが重要。
- ・地域医療構想は、国が地方に指示するという単純な構図ではなく、国民、患者、医療従事者、医療団体、医療機関、自治体、国等が協働で取り組む政策課題であり、国と都道府県等との協働・対話関係のアップデートが必要。
- ・オールジャパンとしての方向性、構想の全体像、必要な施策、推進のスタンス等の可視化や共有が不可欠。
- ・民間病院と公立・公的病院の特徴を活かした医療提供体制の再構築が重要。
- ・地域医療構想は病院経営に大きな影響を及ぼすものであり、各医療機関が地域において健全経営が担保できることを踏まえた議論が必要。

# これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

## <入院（病床の機能分化・連携等）>

- ・ 病院・施設の必要病床数の将来予測について、高齢者の心身状態の向上や疾病構造の変化を組み入れることが必要。
- ・ 高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方、年間入院患者数は減少している。今後の推計に当たっては、こうした変化を推計値に反映していくことが必要。
- ・ 必要病床数について、現状投影モデルで推計するとともに、認知症患者や寝たきりの高齢者の減少など、医療・介護提供体制に大きな影響を及ぼす因子を組み込んだ複数のシナリオを作り、地域ごと・病種ごとに推計すべき。
- ・ 認知症や各疾患の患者予測について、従来の静的手法ではなく、高齢者の急激な変化の影響を踏まえた動的手法を用いるべき。
- ・ 全ての構想区域において統一モデルで必要量を算出しつつ、地域特性や人材制約を踏まえたシナリオを作った上で、地域ごとに2040年に向けて取り組んでいくべき。
- ・ 2022年の病床機能報告上の病床数と2025年の必要病床数を比較すると、必要病床数に最も近づいているのは慢性期機能。介護医療院の創設により、療養病床の転換が進んできており、医療のみならず、介護をあわせた総合的な対応が有効である。
- ・ 急性期と回復期については、必要病床数との関係でそれぞれ過大、過小と指摘されるが、定量的基準を導入した場合には、必要病床数とかなり近い数値となっている場合がある。新たな地域医療構想における病床機能区分の検討においては、現在の病床機能区分が見かけ上のアンバランスを生じさせている点を十分踏まえる必要がある。
- ・ 「病床機能報告」を「病棟機能報告」として位置付け、「回復期」を「包括期」と名称変更し、分かりやすく示すことが必要。
- ・ 病床機能については、急性期、地域包括期、慢性期、さらには、高度急性期、急性期多機能、慢性期多機能、慢性期と整理できるのではないかな。
- ・ 小規模病床を有する有床診療所は、病院や介護施設との連携や在宅医療を担い、柔軟な運用が可能である。入院機能を有する究極のかかりつけ医療機能であり、重要な医療資源である。小規模で柔軟な運用が可能。病院の病床とは異なる役割として、今まで以上に効果的かつ有効に活用されることに期待。病床機能区分にはなじまないため、「診療所病床」という新しい病床単位を考えてはどうか。
- ・ 病床機能報告は医療機関の裁量であり尊重すべきであるが、各医療機関の病棟単位で果たしている機能に着目することも重要。
- ・ 現行の地域医療構想は病床機能のみに限定したため、病院内の病床の機能分化を進めればこと足りたところ、個々の病院内での対応にとどまり、地域における病院間の機能分化を推進するまでには至らなかった。1つの病院だけでは対応できない多様化する医療ニーズに応えるためにも、病院の役割分担と連携は欠かせない。
- ・ 病床機能報告について、福井県の取組として、病床単位で把握することにより、医療機関が病床機能を真剣に考える機会になった。
- ・ 認知症高齢者が今後急速に増加するため、入院医療や在宅医療において、認知症への対応を含め議論すべき。
- ・ 2040年頃を見据えると、高齢者の数が増加に対して生産年齢人口が激減するため、病院や介護施設の運営や業務内容について、ITの活用を含め、効率化を検討することが必要。
- ・ 基準病床数と必要病床数について、一部の自治体で第8次医療計画の基準病床数が増加し、混乱を招いているため、差を解消すべき。

# これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見③

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

## <外来、在宅>

- ・ 外来医療・在宅医療の必要量についても、疾病構造、患者の状態及び医療資源投入量を踏まえ、可能な限り詳細に推計すべき。
- ・ 将来的には通院できなくなる方が増えるので、医療のアウトリーチが必要。地域医療構想を形にする上で、かかりつけ医やサポートする医療機関をどう考えるか、施設や高齢者住まいを含めた在宅医療をどう考えるか、総合的に診療するかかりつけ医をどのように養成するかが課題。
- ・ 都市部において往診可能なかかりつけ医やそれをバックアップする地域病院など、地域を面として支える医療体制の構築、ケアマネ等が高齢者の生活機能の変化に気づいてつなぐ仕組みの構築、関係機関で情報が共有される仕組みの構築が重要。
- ・ 医療と介護の複合ニーズに対応するため、医療（診療計画・看護計画・訪問看護計画等）からつながるケアプランの一体的な作成、専門性の高い看護師の外来・地域活動の推進、ケアの継続による重症化予防が重要。また、医療においても、アウトリーチ型の伴走支援が必要。
- ・ 在宅医療圏は、原則市町村単位とする。かかりつけ医機能報告や高齢者施設を踏まえた在宅医療の議論が重要。
- ・ 在宅医療を増やすためには、緊急時の対応機能としての入院の受皿や緊急往診の体制、次に、特に訪問看護、訪問診療の体制が重要。
- ・ 複数の医療や介護の支援を受けられる都市部より、支援が乏しい地方の方が、介護から在宅医療まで切れ目なくサービスを提供できる体制の確立が求められている。また、地域の開業医は高齢化しており、その存続が難しい。特に在宅医療が継続的に提供されるよう、専門医の育成、24時間対応可能なサービスやその環境整備への支援が必要であり、その在り方について更なる議論が必要。
- ・ 高齢者の複合ニーズに対し、集中的な入院医療と在宅生活を支える在宅医療が重要。特に在宅では、予防・治療から看取りまでのその人らしい生活を支援することが考えられるのではないか。
- ・ 在宅療養や在宅看取り、介護施設における医療ニーズの増大に対応するためには、地域全体での24時間体制の安定的・効率的な確保が急務。連携拠点となる訪問看護事業所を地域医療構想に位置づけ、全国医療情報プラットフォームの活用等による複数の訪問看護事業所の機能分化・連携を図る体制が必要。
- ・ 医科・歯科連携、歯科と介護との連携、入院時から在宅・施設等までの歯科診療所と病院の連携、ICTを活用した多職種連携の強化が必要。
- ・ 在宅医療において、薬局が医療・介護連携に積極的に参画し、多職種連携を進めることで、地域包括ケアにおけるチーム医療へ貢献すべき。
- ・ 医療提供施設である薬局を外来医療提供体制のモデルに含めることが必要。薬局・薬剤師の地域偏在、病院薬剤師の確保が課題。

# これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見④

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

## <医療・介護連携>

- ・人材やサービスについて、医療と介護の両面で総合的な全体図を描くことが必要。介護施設でも医師、看護師、リハ職、介護人材等が必要となる一方、医療機関でも専門職に加えて看護補助者等も必要。また、介護の中にも医療サービスがあったが、現行の地域医療構想調整会議で触れられていなかった。医療・介護で提供しているサービスを整理すべき。
- ・医療と介護の連携、病院と在宅の連携について、函館の医療・介護連携サマリー等による情報共有を進めていくことが必要。
- ・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないか。
- ・介護医療院と介護老人老健施設など、介護分野でどのような医療提供ができるのかを議論することが必要。
- ・老健施設において、認知症短期集中リハビリテーションや医療ショートの利用等により軽度な医療ニーズへの対応が可能であり、こうした高齢者施設における機能を活用すべき。
- ・特養の医療提供は、配置医や看護職員等の多職種連携が円滑に行われるという利点がある。
- ・特養は、常時看護職員が健康状態を把握し、緊急を要する場合や医療的処置が必要となる場合に速やかに対応できる機能を備えているため、地域医療構想において、「居宅等」とは異なる位置づけを検討いただきたい。配置医師のあり方・機能・役割について、地域医療構想に位置づけることが必要。
- ・特養等利用者への切れ目のない診療を行うためには、緊急時や夜間を含むオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談できる仕組みが必要。
- ・医療・介護の連携の質をどのように高め、利用者の療養生活の質をどのように保障していくのか、という観点から議論しなければならないステージに来ている。
- ・高齢者が集まって住むことは、効率性・合理性があり、80歳以上のうち約7%の方が高齢者住まいに入居している。今後さらに数パーセント程度の需要があると思われる。慢性疾患の管理や食事の提供、24時間体制の見守り等が高齢者住まいの利点である。
- ・地域医療構想調整会議に介護分野の行政担当者や関係団体等が参加して、地域の介護施設や高齢者住宅でどのような医療が提供されているかを共有することが必要。介護保険の事業計画との整合性も求められ、縦割りのない連携が重要。

## <人材確保>

- ・医師の働き方改革もあり、人材確保面での制約が大きくなるため、患者側の需要面だけでなく、供給側の人材確保、地域間・診療科間の偏在の是正も視野に入れ、地域医療構想に取り込むことが必要。
- ・生産年齢人口が急減する中で地域医療を維持するため、将来の医療需要に応じて医療従事者を確保することが必要。医師以外の医療従事者の確保も非常に重要。
- ・2040年頃には医療も介護も人材不足。限られた人的資源の効果的・効率的な活用が極めて重要であり、医療・介護の枠を超えて役割分担を行う必要がある。
- ・国や地方自治体の役割として、タスクシェアに向けた人材育成が必要であり、特に特定行為ができる看護師の養成・推進が重要。
- ・生産年齢人口が減少していく中、他職種との協働や医療・看護DXの推進を前提としつつ、施設単位から、地域全体での看護職の育成・確保・共有への転換が必要。

# これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑤

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

## <医療機関機能>

- ・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上で大きな影響。地域医療構想において機能分担を明確にする上で、「病院機能」（高度急性期病院、急性期病院、かかりつけ医機能支援病院、慢性期病院）による分類が現実的。
- ・地域医療構想の見直しで、地域型病院（治し支える医療）と広域型病院（治す医療）の病院類型を創設して、病院の機能分化と病院間連携を進めるべき。
- ・地域包括ケアの視点から、地域密着型多機能型病院が重要であり、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携が重要。

## <構想区域>

- ・働き方改革、かかりつけ医機能、医療人材の確保は重要な課題であり、地域ごとに状況が全く異なる。地域によっては全ての医療機能をフレキシブルに確保しなければならないところもある。このため、都道府県又は市町村を中心に、日常生活圏、二次医療圏、さらに広域な単位で、必要な病院機能・病棟機能を整理する必要がある。
- ・構想区域について、人口規模に応じて分割・合併を弾力的に行うことが必要。
- ・二次医療圏を弾力的に運用をしてはどうか。具体的には、二次医療圏が小規模な場合に、複数の二次医療圏を統合して運用することにより、一つの二次医療圏の単位の中で十分に医療機能を満たすことができるのではないか。
- ・二次医療圏を地域医療構想区域に設定して議論を進めてきたが、人口の変化や情報通信技術、道路網の整備等の社会の発展や変化を考慮すると、日常生活圏を基盤として、複数の日常生活圏の医療を確保する地域医療圏、複数の地域医療圏の医療を確保する広域医療圏という考え方に変わっていくことが必要。
- ・地域の実情については、一次医療圏単位、それ以下の生活圏で丁寧に把握する必要がある。入退院支援のルールや退院後の介護認定等に関する共通の理解も必要。市町村における課題抽出会議や多職種連携の研修を推進する役割も重要。
- ・今後は二次医療圏ではなく、日常生活圏がベース。地域毎に状況は全く異なるため、医療DXを推進し、最新のデータを活用すべき。
- ・在宅医療の強化、将来の人口・医療資源の分布を踏まえ、医療圏を見直す必要がある。
- ・構想区域は、都市型モデル・過疎地モデルのみではなく、地域ごとに主体的に検討し、柔軟に設定すべき。
- ・都道府県、二次医療圏の範囲では、地域完結型医療は困難であるため、市町村の高齢者保健福祉計画と地域医療構想の一体化、市町村個別の医療計画が必要。

# これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑥

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

## <医療提供体制のモデル>

- ・医療提供体制モデルの設定について、病床機能だけでなく、外来・在宅・介護等の各機能の地域における配置・機能分化・連携の状況について、地域住民に分かりやすく全体の姿を見せるべき。
- ・医療提供体制モデルの前提として、各地域における医療・介護の必要量の推計と現状を比較し、過不足を明らかにすることが重要。
- ・地域医療構想の喫緊の課題は、高齢者救急対応。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必要。
- ・二次救急、三次救急のほか、一次救急の機能を地域で確保することが重要。
- ・要介護者等を含む在宅療養者に対して、医療及び在宅介護サービスを適切に提供できる体制を整備することが必要。
- ・今後増加する、独居、老夫婦世帯、認知症高齢者の方の生活を支える医療の充実、伴走型介護拠点の整備、日常生活圏域を基盤とした地域を面として支える安心な医療・介護連携体制の確立が求められる。特に、認知症等の生活機能が激変した人に対する医療の在り方が大きな課題ではないか。
- ・かかりつけ医機能、働き方改革、機能分化・連携、救急体制の確保について、公民関わりなく、未来を見据えて考える必要がある。
- ・かかりつけ医との連携、情報連携の仕組みが非常に重要。かかりつけ医が機能するためには訪問看護が極めて重要。研修等も踏まえた医療側と介護側の顔の見える関係の構築が必要。基本情報を共有するためのインターフェースの構築については国の関与が必要。
- ・病院完結型医療から地域完結型医療への転換は不十分。グループ・プラクティスの推進、中小病院の役割の明確化、かかりつけ医機能・多職種協働・看護小規模多機能型居宅介護・診療所における看護機能の推進が重要。
- ・利用者の病態・ADL・社会状況にふさわしい地域包括ケアシステムが確立され、地域医療ネットワークにより、市町村ごとに基幹型の救急及び在宅医療連携拠点と地域包括支援センターが連携し、医療や介護を含めた様々な生活支援サービスがどこにいても受けられる体制の構築が重要。
- ・将来確保できる有限な資源を効率的に活用し、増大する医療・介護需要に応える視点が重要。かかりつけ医機能の実装、働き方改革、タスクシフトやテクノロジーの活用が必要。
- ・医療DXは重要であるが、病院経営に大きな負担となるため、適正なコストコントロールを可能とする仕組みが必要。
- ・認知症や基礎疾患等を抱える高齢患者や独居の増加等も想定した地域のニーズに対応できる医療・介護全体での体制構築や医療・介護の人材確保の議論が必要。
- ・本人・家族が望まないような過度な医療提供を未然に防ぐためにも、事前にどの程度の医療提供を希望するか意思を確認する「プレターミナルACP」が重要。
- ・今後、地域医療構想の中で精神科救急の在り方を考えていただければありがたい。

# これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑦

※ 第1～5回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

## <調整会議>

- ・地域医療構想は、地域の関係者が集まり、課題を共有する機会となり、機能分化に向けて一定の成果を上げてきた。
- ・データによる地区診断が不十分なまま、機能別病床数の議論をしたことが問題。地域ニーズにあった体制を構築するという地域医療構想の目的を踏まえ、データに基づき地区診断を行った上で、高齢者救急や在宅医療のニーズへの対応を検討すべき。
- ・地域診断や地域の未来像を踏まえ、地域医療構想の協議を活性化させることが必要。
- ・ステークホルダー同士の信頼関係が重要。行政の聴く力、市町村の巻き込み、大胆な集約化、丁寧な説明と情報提供、トップダウンからボトムアップ、プッシュ型の情報開示等が必要。
- ・これまで地方のそれぞれの特性に応じた様々な成功事例があり、これらを参考にしつつ、医療関係団体、都道府県、市町村が最適解を検討する仕組みが構築されることに期待。
- ・公立病院等の再編が当初の目的に合致する結果が得られたかについて、再編後の効果を経時的に検証し、公表する仕組みが必要。
- ・国民が地域医療構想に十分に参画できているとはいえないため、住民の意見を反映しながら協働していくことが大切。地域医療構想の内容と進捗を住民に分かりやすく情報提供することが必要。

## <地域医療介護総合確保基金>

- ・地域医療介護総合確保基金の活用は財政支援として重要な施策。財政支援の強化がなければ実効性ある政策はできない。
- ・医療資源の効率的で有効な転換を図るためには、地域医療介護総合確保基金を活用して精神科医療の多角化に対応する必要。

## <都道府県の権限、市町村の役割等>

- ・これまでPDCAサイクルを通じて取組を進めてきたが、行政のガバナンスは重要であり、都道府県や国が確実に進捗管理すべき。
- ・PDCAサイクルにより、計画的に進捗を管理することが不可欠。
- ・地域医療構想の策定後に生じる様々な変化を踏まえ、考え方の見直しやデータの更新を図るなど、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべき。人口流出等により、想定を大きく上回る変化が生じた場合は、地域医療構想の見直しを検討すべき。
- ・地域医療構想では市町村の役割があまり明確になっていない。介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の実施主体は市町村であり、その役割を地域医療構想においても明確化する必要がある。

# 新たな地域医療構想の論点（案）①

- 新たな地域医療構想の検討において、以下の論点について検討を進めてはどうか。

## 1. 新たな地域医療構想の方向性（総論）

- 2035年、2040年、さらにその先を見据えると、
  - ・ 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる85歳以上の高齢者の増加への対応
  - ・ 生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約
  - ・ 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大（人口動態、医療需要、疾病構造等）等の課題が想定され、これらの課題に対応し、持続可能な医療提供体制を確保することが重要。
- このような中、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）をどう考えるか。
- また、新たな地域医療構想について、どのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるか。 など  
※ 6月21日の検討会で総論を議論した上で、その後の検討会で各論を順次議論していき、また総論の議論に戻ることを想定

## 2. 新たな地域医療構想の具体的な内容、その達成に向けた取組（各論）

### （1）入院（病床の機能分化・連携等）

- 2025年の病床の必要量に病床の合計・機能別とも近付いているが、構想区域ごと・機能ごとに乖離が生じている。2040年頃を見据えると、85歳以上の高齢者の増加に伴い、高齢者救急、リハビリ、在宅復帰支援等を行う機能の重要性が高まるという指摘がある。地域医療構想の進捗・課題等を踏まえ、病床の機能分化・連携の推進に向けて、どのような対応が考えられるか。
  - ・ 将来の病床の必要量を推計するに当たり、機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の在り方、医療資源投入量、受療率、病床稼働率等の考え方、在宅医療等への移行や介護医療院・老健・特養・高齢者住まい等の介護における受け皿等を踏まえた推計方法について、どのように考えるか。現状投影のほか、改革モデル等の複数シナリオの推計をどう考えるか。
  - ・ 病床の機能によって広域の圏域で必要量の推計や協議を行うことについて、どのように考えるか。
  - ・ 病床機能報告について、機能区分の在り方（名称、定義等）、報告基準について、どのように考えるか。また、各都道府県の導入する定量的基準についてどのように考えるか。 など
- 2040年頃を見据え、人口構造の変化により医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、医療情報の共有基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等を行いつつ、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療等の活用等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか。特に都市部では高齢者救急等の増加にどのように対応し、特に過疎地域では人口減少や医療従事者不足等が懸念される中で必要な医療機能をどのように維持していくか。
- 感染症対応について、病床確保等に係る都道府県と医療機関の協定の仕組みがあるが、地域医療構想でどのように考えるか。
- 精神病床について、将来の病床の必要量の推計や病床機能報告においてどのように考えるか。
- 将来の病床の必要量と基準病床数との関係について、どのように考えるか。 など



## （2）外来医療、在宅医療

- 現行の地域医療構想では、将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、外来や在宅医療等を含めた、地域の医療提供体制全体の議論が不十分。外来医療、在宅医療、看取り等について、地域ごとに現状や将来の需要推計を踏まえ、将来の医療提供体制のあるべき姿を議論することについて、どのように考えるか。現状投影のほか、改革モデル等の複数シナリオの推計をどう考えるか。
- 2040年頃を見据えると、地域によって、外来需要は減少又は横ばい、在宅需要は増加が見込まれ、医師の高齢化や人材確保等が課題となる中、身近な地域で日常的な診療の総合的・継続的实施や在宅医療の提供等を行う「かかりつけ医機能を担う医療機関」や「専門外来中心の医療機関」の連携、地域の病床・介護施設等の資源量も踏まえた在宅医療の強化や後方支援病床の確保等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか。特に過疎地域では人口減少や医療従事者不足等が懸念される中で、地域によって、高齢者の集住やコンパクトシティ等の取組とあわせて、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、オンライン診療、ヘルスケアモビリティの活用等により、必要な医療機能をどのように維持していくか。
- 高齢者の増加に伴い、地域における初期救急体制をどのように確保するか。
- 在宅医療の推進等における市町村の役割について、どのように考えるか。
- 死亡数の増加に伴う看取りの体制強化やACPの推進について、どのように対応するか。 など

## （3）医療・介護連携

- 地域における介護医療院・老健・特養・高齢者住まい等の医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）の状況を把握して、医療と介護の連携の強化をどのように図っていくか。介護施設等における医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）について、地域医療構想からどう考えるか。
- 医療と介護の連携強化に向けて、情報連携、入退院支援の強化、急変時の対応の地域のルールづくりなど、どのような対応が考えられるか。
- 介護保険事業計画との整合性の確保をさらに推進すべきではないか。
- 介護保険や在宅医療・介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。 など

## （4）人材確保

- 2040年頃を見据え、人材確保が困難になると見込まれる中、医療従事者の需給を勘案して、地域の医療提供体制の検討を行うことについて、どのように考えるか。
- 医療従事者の不足に対応するため、医療機関の集約化やICT等の活用による医療従事者の効率的な配置、専門職間のタスクシフトなど、どのような対応が考えられるか。
- 限られた医療資源の中で効率的な医療提供体制を確保するため、医療DX、遠隔医療、オンライン診療、地域医療連携推進法人制度など、どのような対応が考えられるか。 など

# 新たな地域医療構想の論点（案）③

## （５）医療機関機能、構想区域、医療提供体制のモデル

- 2040年頃を見据えて、医療人材の確保が困難になる中で、医療需要の質・量の変化に対応できるよう、医療の質、救急等の受入体制、人材確保等の観点から、医療機関機能に着目して、医療機関の役割分担・連携を推進することについて、どのように考えるか。その際、身近な地域における高齢者等の外来・在宅・救急・入院・介護連携等の包括的な支援機能、二次救急等を受け入れる機能、三次救急や人材確保等の拠点となる機能など、医療機関機能の機能区分、報告や協定等の手法のあり方について、どのように考えるか。
- 二次医療圏をベースとする現行の構想区域について、人口動態、医療資源、移動・搬送時間等を踏まえ、構想区域の見直し（合併、分割等）や、複数の構想区域での合同協議等の弾力的な運用を行うことについて、どのように考えるか。また、協議するテーマに応じて、かかりつけ医機能、在宅医療、医療・介護連携等は市町村単位等で設定するなど、重層的に構想区域を設定することについて、どのように考えるか。
- 地域の実情に応じた医療提供体制の協議に資するよう、人口動態等により構想区域を類型化し、類型ごとに、求められる医療機関の機能や配置のあり方を含む医療提供体制のモデルを示すことについて、どのように考えるか。 など

## （６）地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割等

- 新たな地域医療構想においては、病床だけではなく、外来、在宅医療、医療・介護連携等を対象にすることを踏まえ、調整会議の実効性を確保するため、協議する内容に応じた市町村単位等での開催、市町村や介護関係団体の参画など、どのような対応が考えられるか。協議の場や協議すべき課題の増加に伴い、効果的かつ効率的に会議を開催するために、どのような対応が考えられるか。
- 調整会議における協議の活性化に向けたデータ分析・活用、地域診断等のあり方について、どのように考えるか。
- 調整会議の議論等、地域医療構想に関する内容の周知を進めるため、どのように対応するか。
- 地域医療介護総合確保基金について、これまでの活用状況、都道府県や医療機関のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが考えられるか。
- 都道府県知事の権限について、権限行使の状況、都道府県のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが考えられるか。
- PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進のあり方について、どのように考えるか。
- 介護保険や在宅医療・介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。 など

# 新たな地域医療構想の方向性（総論）（案）

- 2035年、2040年、さらにその先を見据えると、
  - ・ 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる85歳以上の高齢者の増加への対応
  - ・ 生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約
  - ・ 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大（人口動態、医療需要、疾病構造等）等の課題が想定され、これらの課題に対応し、持続可能な医療提供体制を確保することが重要。
- このような中、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）をどう考えるか。
- また、新たな地域医療構想について、どのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるか。  
※ 6月21日の検討会で総論を議論した上で、その後の検討会で各論を順次議論していき、また総論の議論に戻ることを想定

## ○ 新たな地域医療構想の目指す方向性（イメージ案）

- ・ 現行の地域医療構想は、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床機能の分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの。
- 新たな地域医療構想は、2040年頃を見据えて、85歳以上人口の増加、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が困難となることが見込まれる中で、地域ごとに在宅医療や医療・介護複合ニーズ等の増加、生産年齢人口に係る医療需要の減少等に対して、医療機関等が機能に応じて連携するとともに、介護施設・事業者・住まい等とも連携しながら対応することにより、持続可能な質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの。
- 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差を踏まえつつ、例えば36～37ページのイメージのように、身近な地域におけるかかりつけ医機能やそれを支える入院機能等、より広い区域における二次救急等を受け入れる機能、さらに広い区域における三次救急や人材確保等の拠点となる機能等の確保など、階層的に地域で必要な医療提供体制の確保を目指す。

## ○ 新たな地域医療構想の視点・手法（イメージ案）

- ・ 現行の地域医療構想は、機能ごとに2025年の病床数の必要量を推計し、医療機関から現在の病床機能と将来の方向性を報告して、地域で協議を行うこと等により、病床機能の分化・連携を推進。
- 新たな地域医療構想は、2040年頃を見据えて、将来の病床・外来・在宅等の医療需要の推計や医療従事者の確保の見込みを踏まえ、外来医療、在宅医療、介護施設・事業者・住まい等との連携等について地域（身近な地域）で協議を行うとともに、入院機能について地域（より広い区域）で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整を行うことにより、地域の医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示す。あわせて、将来ビジョンを踏まえ、医療機関から現在の役割・機能と将来の方向性を報告して、地域で協議を行うとともに、将来ビジョンを実現するための様々な施策を講じることにより、医療機関の役割分担・連携、病床機能の分化・連携等を推進。
- その際、国において、2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する区域のあり方や医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）を示す。地域の協議の参考となる地域診断のデータを示す。
- 地域医療構想において中長期的な将来の医療需要や医療資源等を踏まえた医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示すこと、その中で医療計画は直近6年間（一部3年間）の五疾病六事業に関する事項等の具体的な取組を定めること等、医療計画と地域医療構想の関係を明確化する。

# 2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）①

- 慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れて、今後の人口動態・医療需要等を踏まえ、地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制について、地域での連携も含め、以下のようなイメージを念頭におきながら、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討を進めてはどうか。

※ 本資料の記載はかかりつけ医機能に関連しそうな主なものであり、記載していない医療機能の必要性・重要性を否定するものではない。  
※ 本資料は事務局で一定の整理を試みたものであり、引き続き議論を行うもの。

## 1. 2040年頃までを視野に入れた人口動態・医療需要

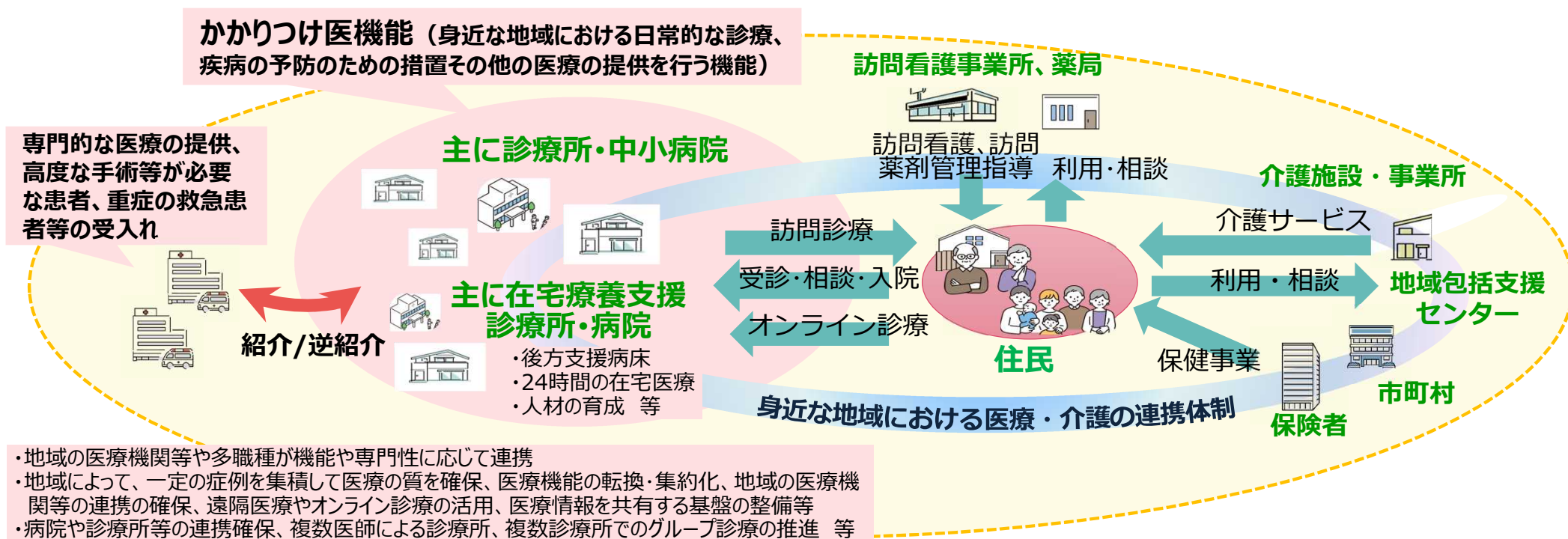
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保し、地域の医療需要に対応することが一層重要となるのではないかな。
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等がかかえる高齢者の増加に伴い、地域において以下のような機能を確保することが一層重要となるのではないかな。
- ▶ 複数の慢性疾患の継続的な管理を行う機能
  - ▶ 患者に体調悪化が生じた場合に、生活背景等も踏まえた全人的な診療や保健指導等を行う機能
  - ▶ 必要に応じて他の専門的な医療機関に紹介し、その後、患者の状態が落ち着いた場合は、逆紹介を受け身近な地域で継続的に医療を提供する機能
  - ▶ 認知症対応を行う機能
  - ▶ 高齢者の体調急変時に夜間・休日対応を行う機能、初期救急や二次救急等で高齢者を受け入れる機能
  - ▶ 医療機関等で医療情報の共有を行い、継続的な治療や服薬管理等を行う機能
  - ▶ 生活の場で高齢者を支える在宅医療を行う機能
  - ▶ 在宅療養者の後方支援病床を確保し、入院医療機関と在宅医療を行う医療機関等が連携し、入退院時の情報共有・支援を行う機能
  - ▶ 高齢者施設における入所者の高齢化も踏まえ、高齢者施設の入所者に対する日常的な健康管理、慢性疾患の管理、体調急変時に備えた指導や体調急変時の対応など、高齢者施設における医療を行う機能
  - ▶ 自宅や高齢者施設を含め、看取り・ターミナルケアを行う機能。本人の望む医療やケアを繰り返し話し合うACPを行う機能
  - ▶ 地域包括ケアシステムの中で、主治医意見書、地域ケア会議、ケアカンファレンス、認定審査会等の対応をはじめ、介護サービス・生活支援サービス等との連携・調整を行う機能
  - ▶ 高齢者の生活を支える観点から、治療等とともに、健康相談・生活指導等を行う機能
  - ▶ 予防の観点から、健診・予防接種等を行う機能 など
- 高齢者が増加する中で、治し支える医療を提供するため、個々の医師の担う領域を広げていけるよう、医師の教育や研修の充実が重要となるのではないかな。

# 2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた 地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

## 2. 2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

- 生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないかと。
- ▶ 生産年齢人口が減少して医療需要の質・量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換・集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患・機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
- ▶ 24時間の在宅医療や夜間・休日対応等を行うため、病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
- ▶ 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。
- 医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域・診療科偏在への対応、現役世代が医療・健診・健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないかと。

## 3. 地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）

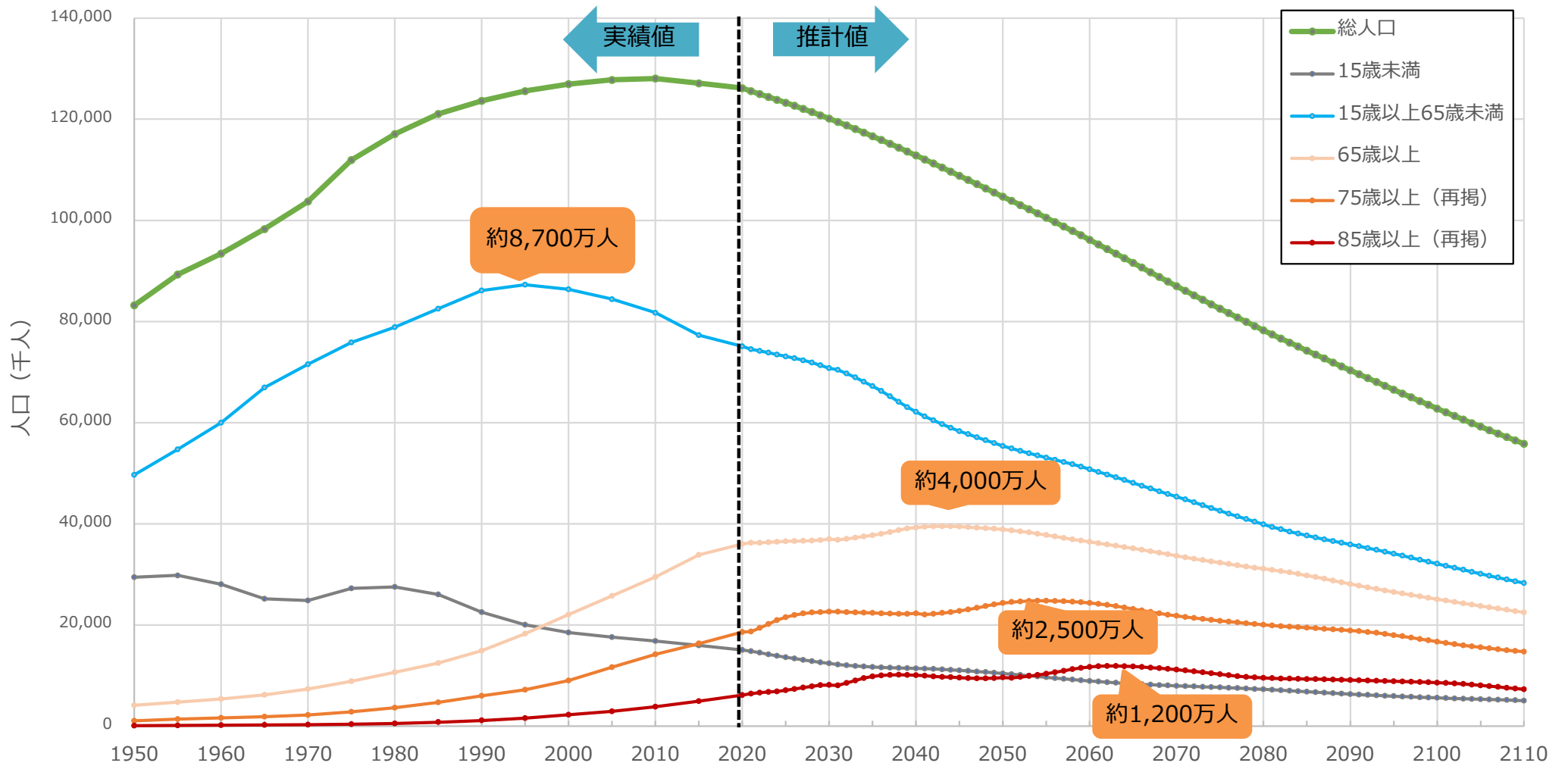


# (参考) 医療提供体制をとりまく状況

## (1) 人口動態・医療ニーズの変化等

# 人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：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）

※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

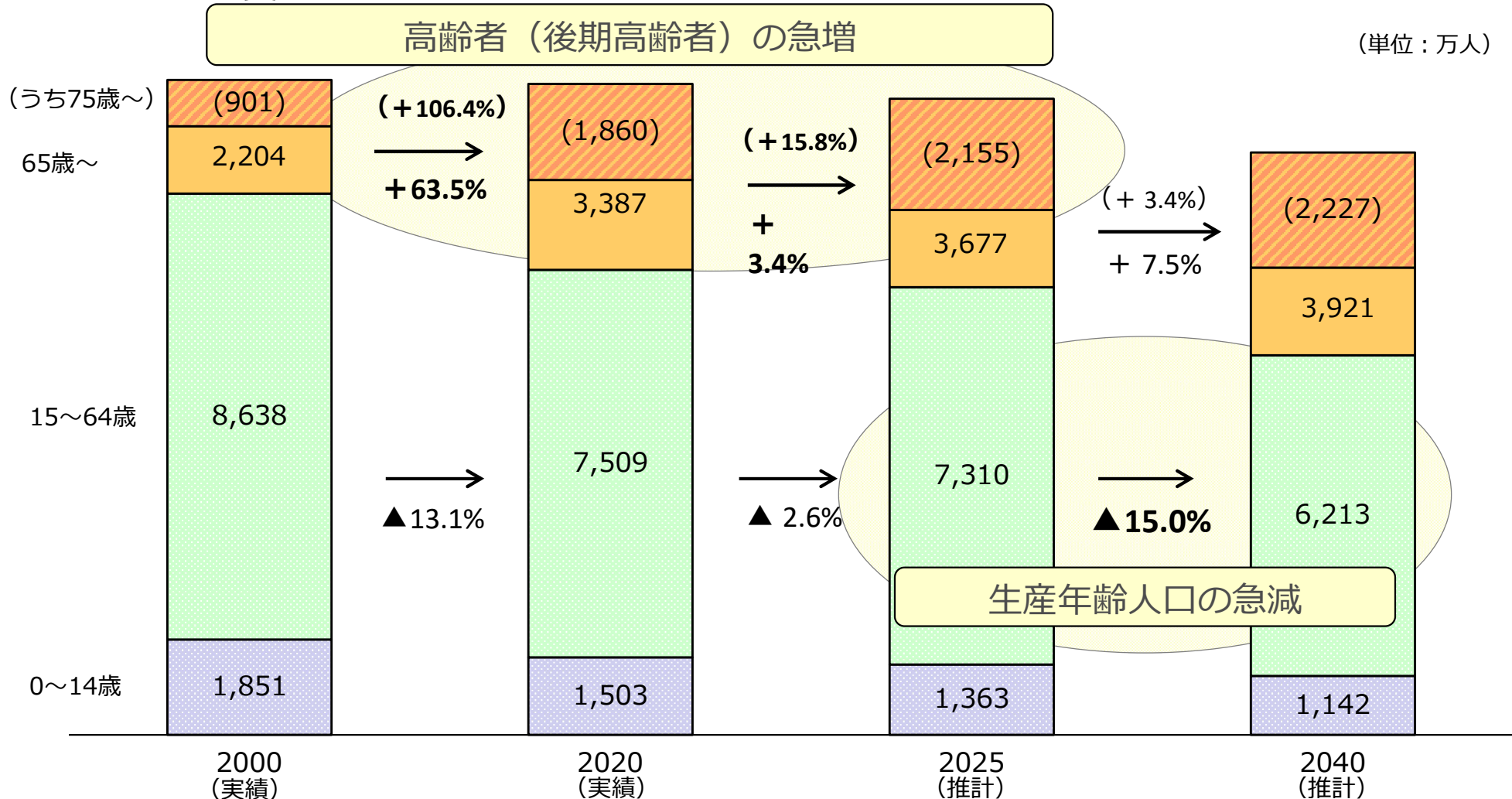


# 人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 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 令和5年推計」

# 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

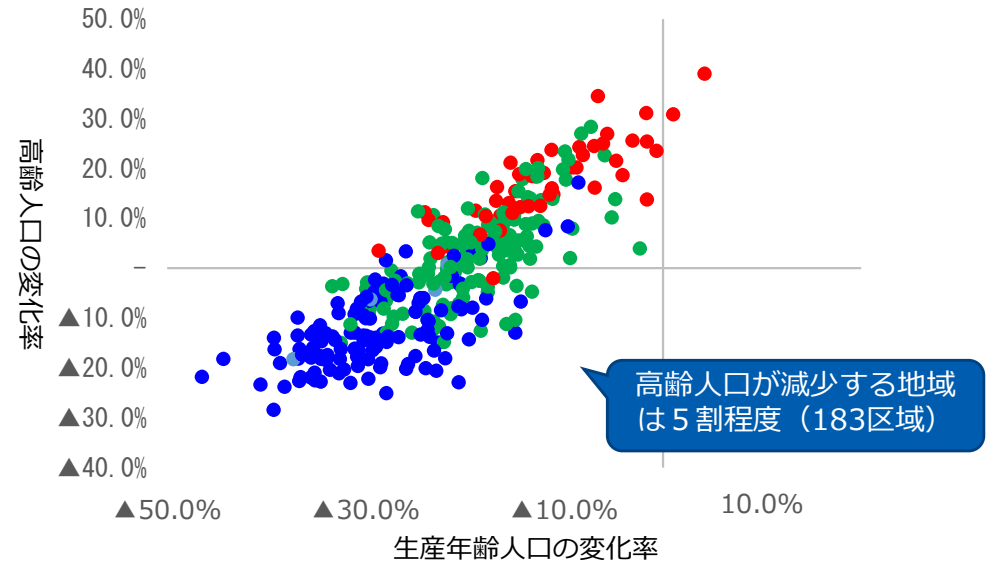
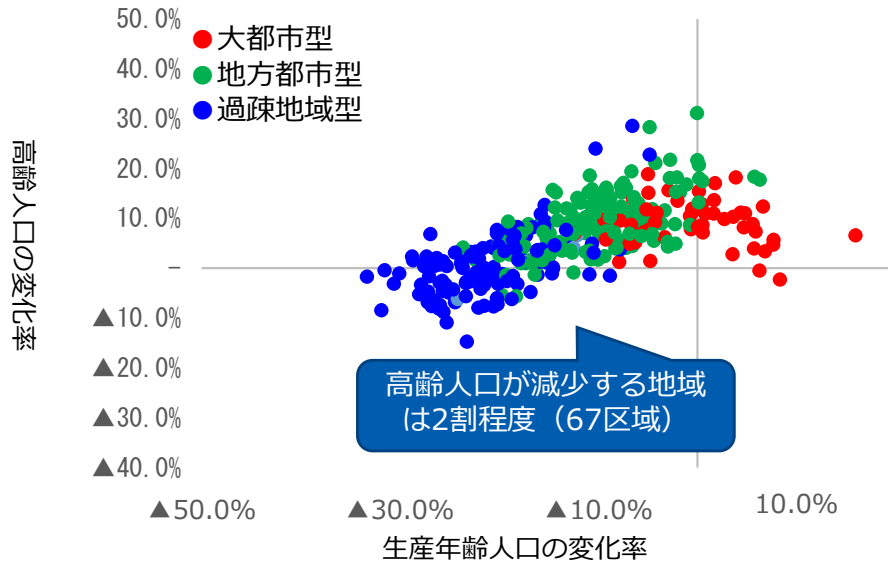
大都市型：人口が100万人以上（又は人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上）  
 地方都市型：人口が20万人以上（又は人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上）  
 過疎地域型：上記以外

＜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%	0.6%

＜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。

## 2025年以降の変化②：人口動態（地域別）

- 各構想区域を構成する市町村が変化しないと仮定すると、今後、2040年にかけて、人口規模の小さい構想区域が増加する。
- 2040年には人口20万人未満の構想区域が過半数を超え、5万人未満の構想区域は、2015年と比較すると約3倍となる。

	2015		2025		2040	
	構成割合		構成割合		構成割合	
合計	337	100.0%	337	100.0%	337	100.0%
以上 ～ 未満 5万人	20	5.9%	34	10.1%	58	17.2%
5万人～ 10万人	61	18.1%	60	17.8%	57	16.9%
10万人～ 20万人	77	22.8%	73	21.7%	75	22.3%
20万人～ 30万人	47	13.9%	42	12.5%	31	9.2%
30万人～ 40万人	28	8.3%	30	8.9%	27	8.0%
40万人～ 50万人	25	7.4%	26	7.7%	23	6.8%
50万人～ 60万人	15	4.5%	9	2.7%	10	3.0%
60万人～ 70万人	9	2.7%	12	3.6%	12	3.6%
70万人～ 80万人	17	5.0%	15	4.5%	13	3.9%
80万人～ 90万人	9	2.7%	9	2.7%	3	0.9%
90万人～ 100万人	4	1.2%	2	0.6%	4	1.2%
100万人～	25	7.4%	25	7.4%	24	7.1%

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）

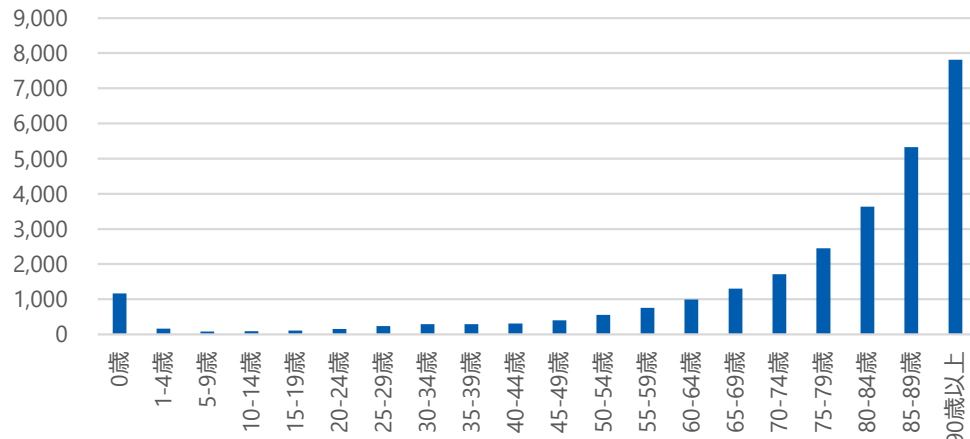
※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

# 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

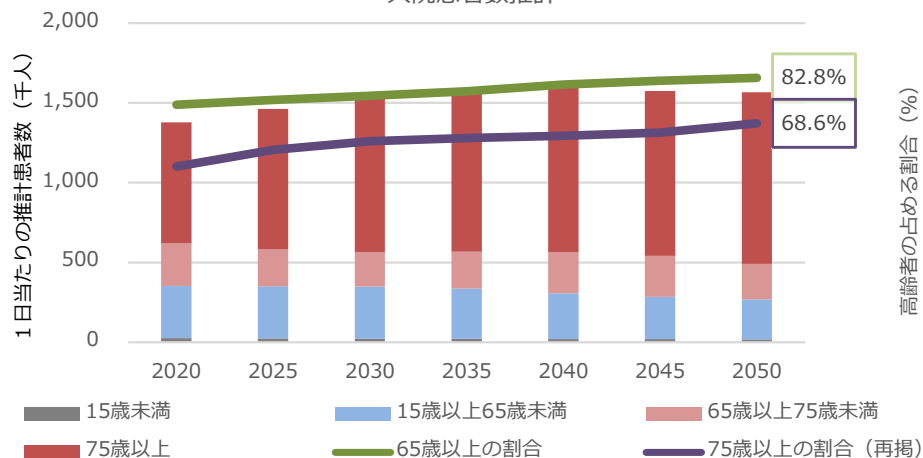
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 全国での入院患者数は2040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、2050年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

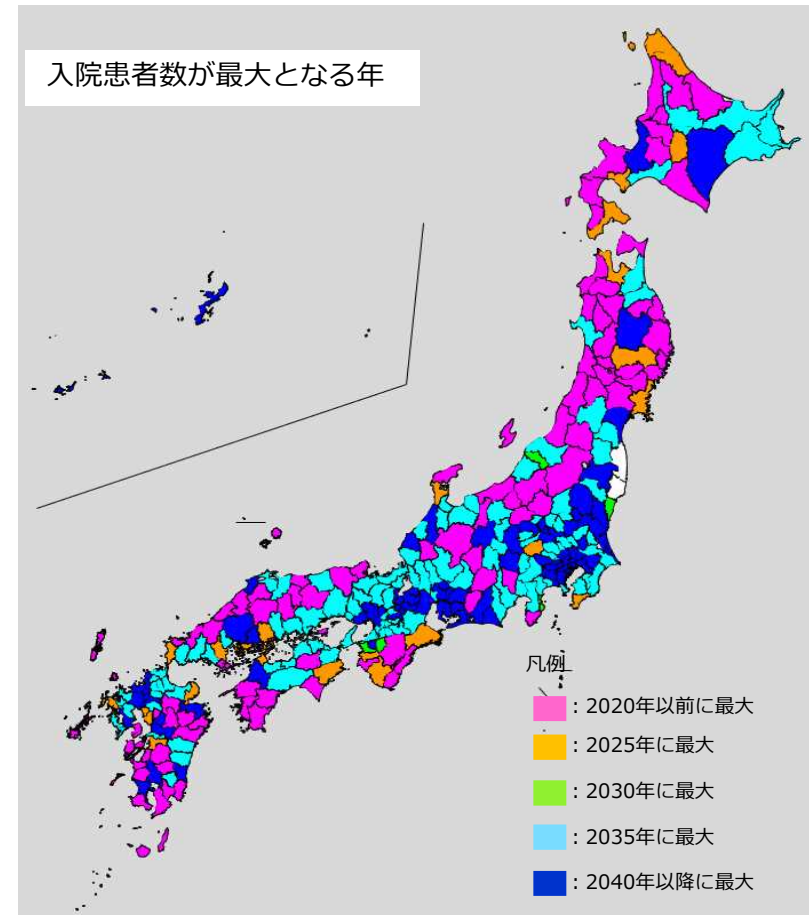
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

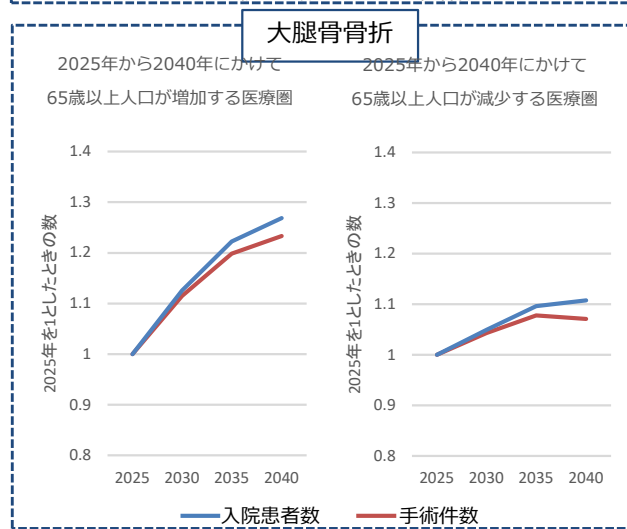
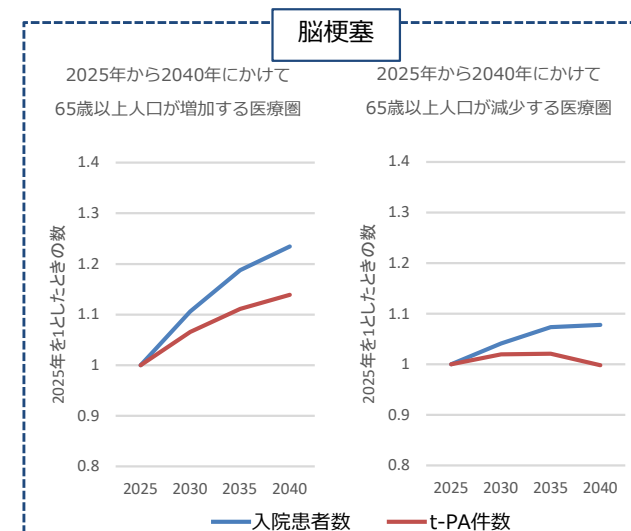
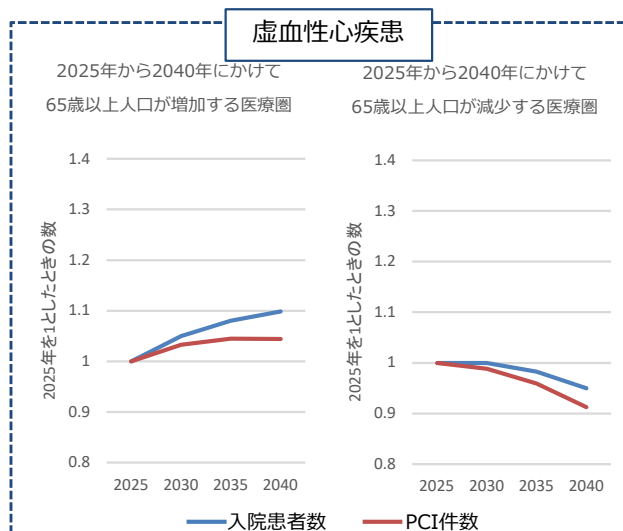
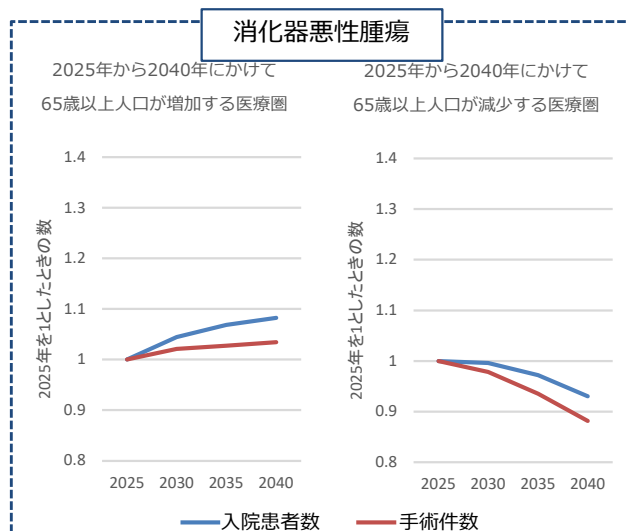
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の2次医療圏について集計。

# 需要面： 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏（135の医療圏）では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏（194の医療圏）では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）  
 患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」  
 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）」  
 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

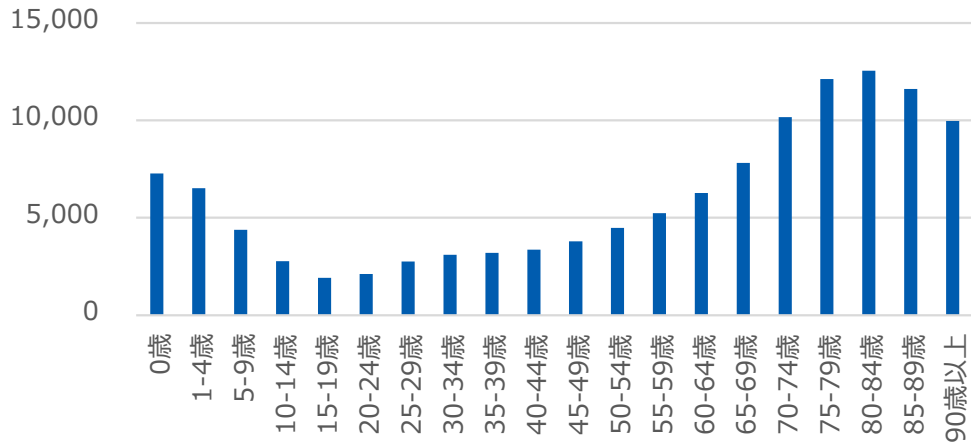
- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。
- ※ 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推計。

# 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

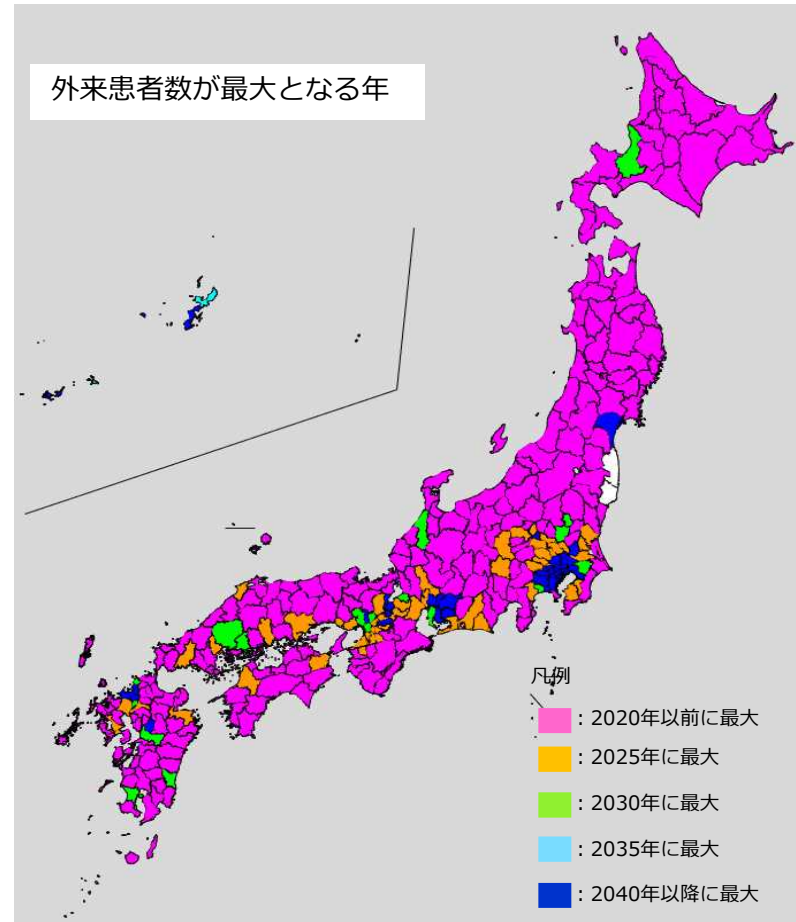
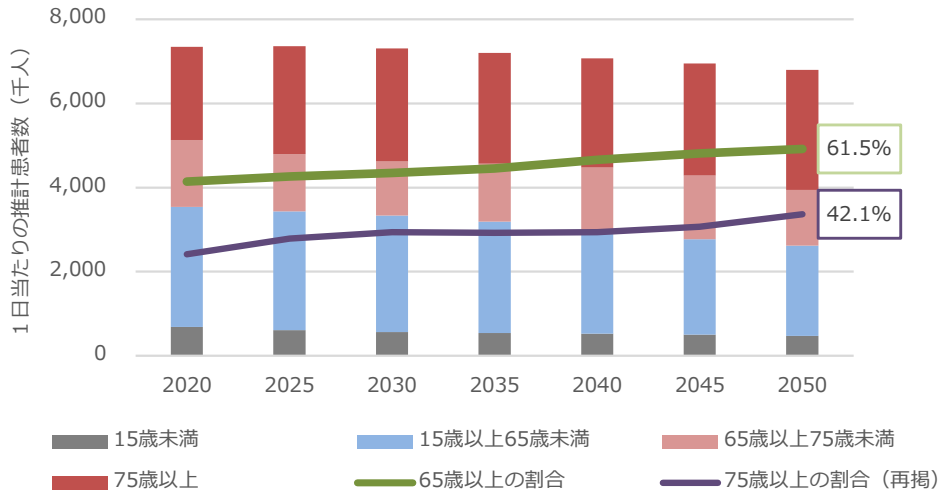
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 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、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに218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



高齢者の占める割合 (%)

出典：厚生労働省「患者調査」(2017年)、総務省「住民基本台帳人口」(2018年)、「人口推計」(2017年)及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 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。

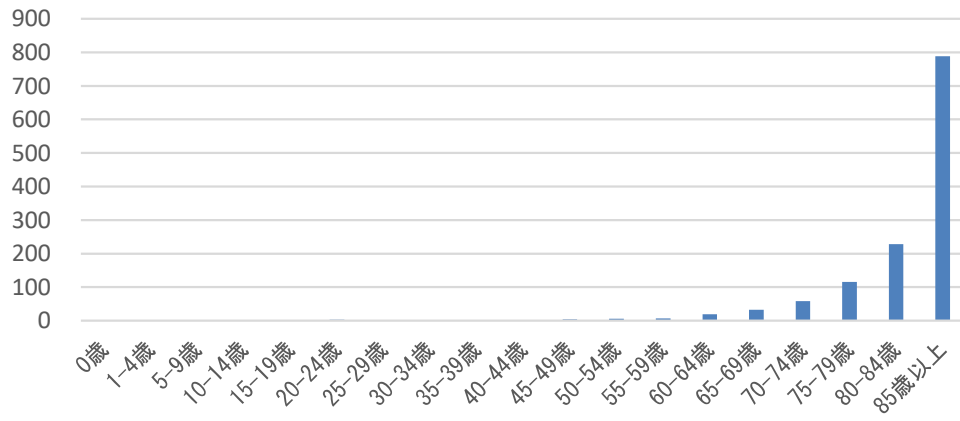
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

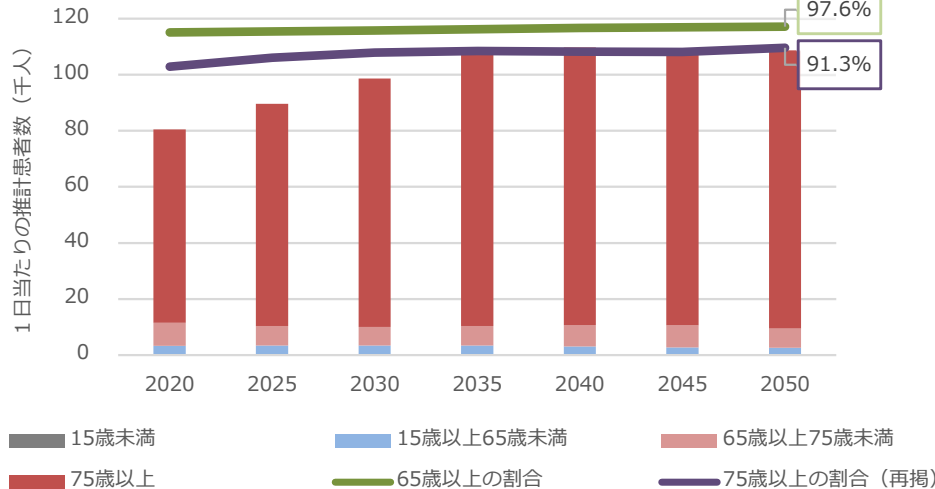
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 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237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。

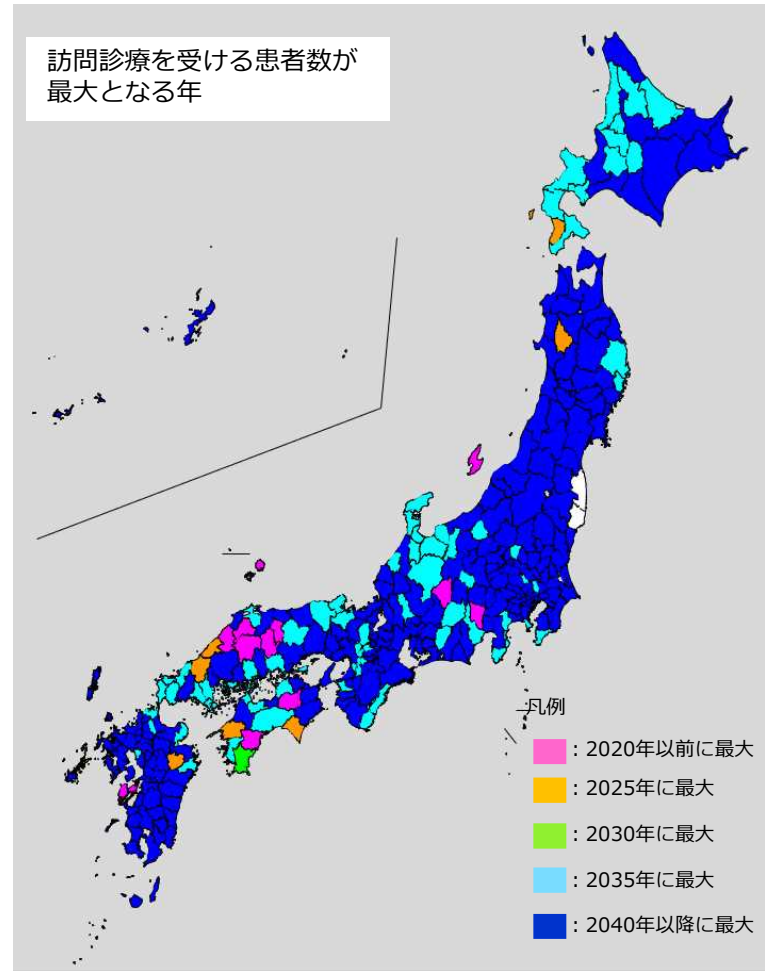
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 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。

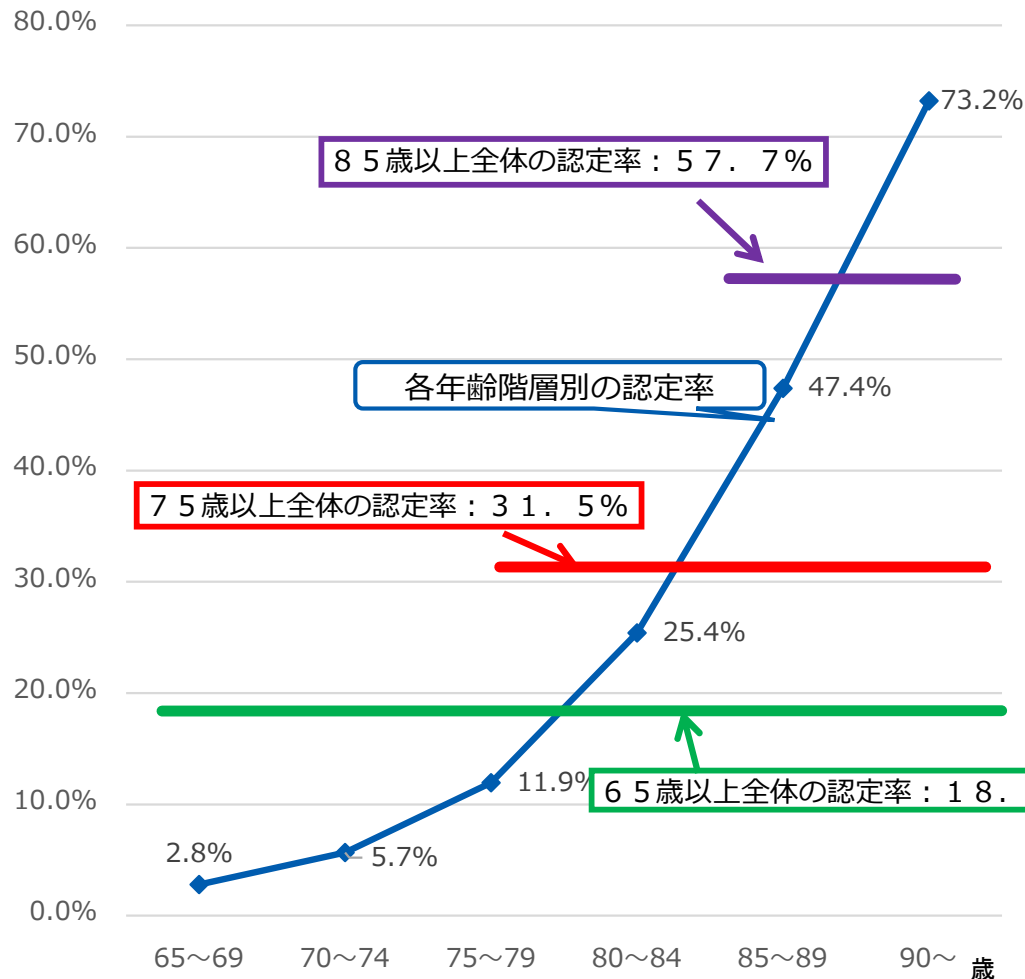
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

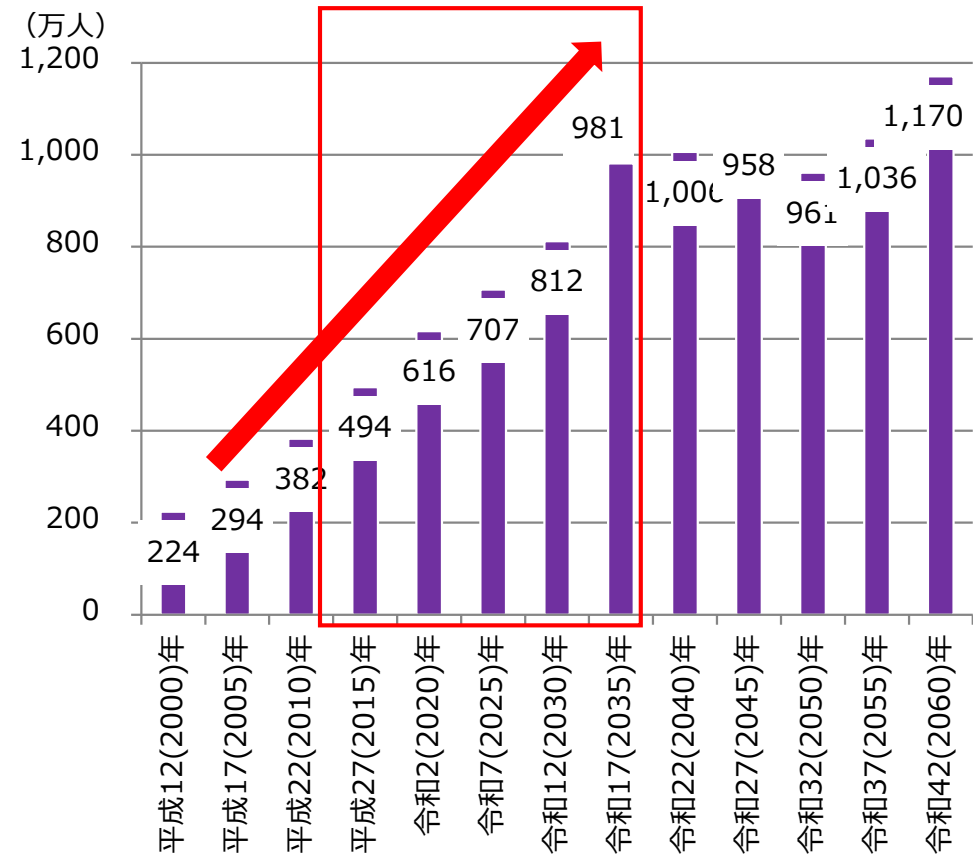
令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

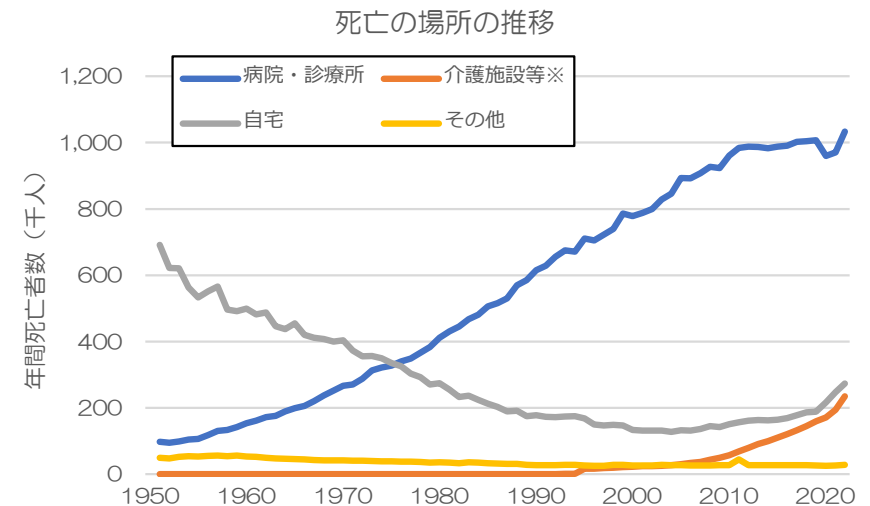
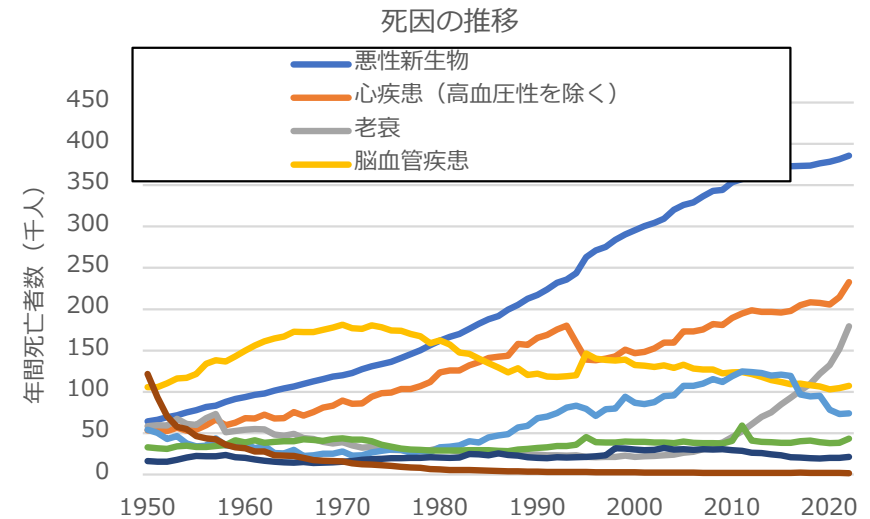
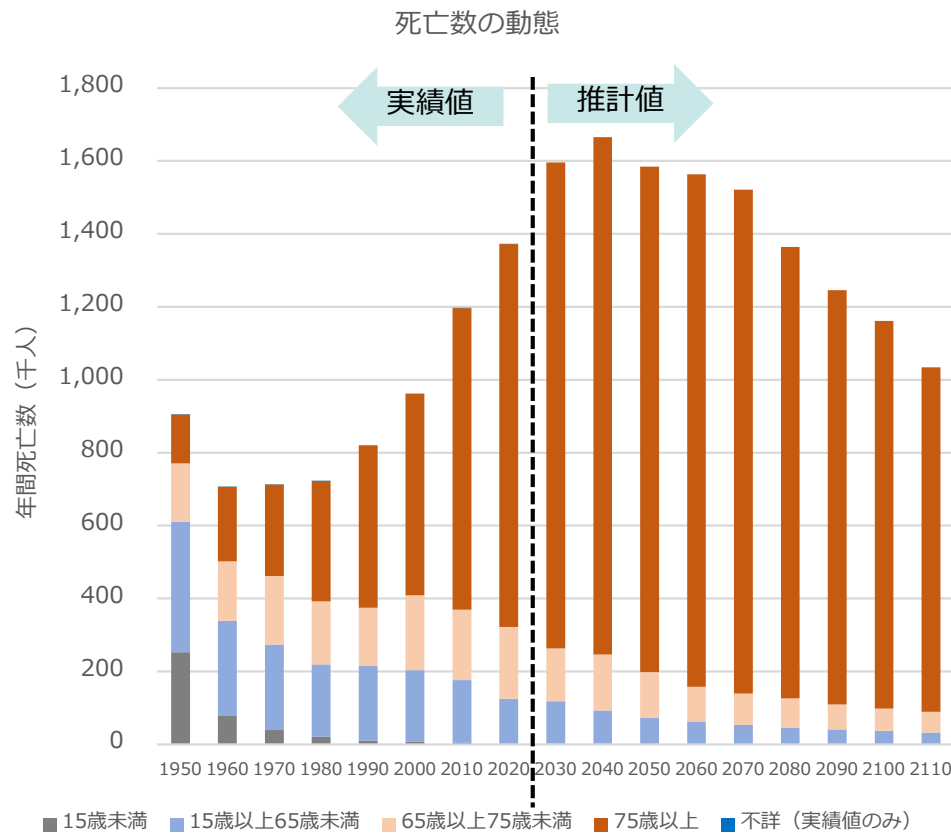
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計  
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）



# 医療需要の変化⑤ 死亡数が一層増加する

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 (一部改)

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：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）厚生労働省「人口動態統計」

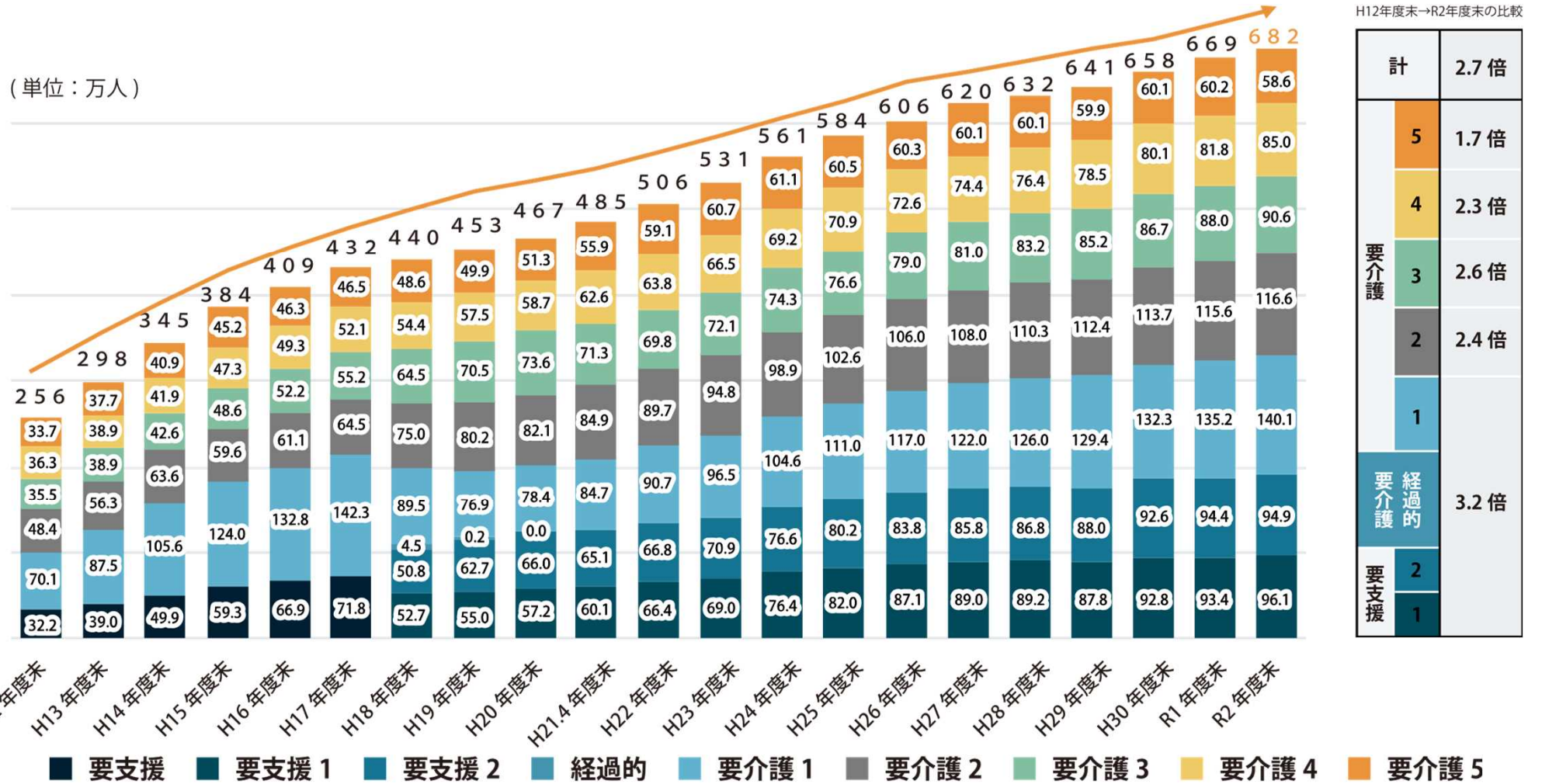
※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム

※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。

# 要介護度別認定者数の推移

○ 要介護（要支援）の認定者数は、令和2年度末現在682万人で、この21年間で約2.7倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。



出典

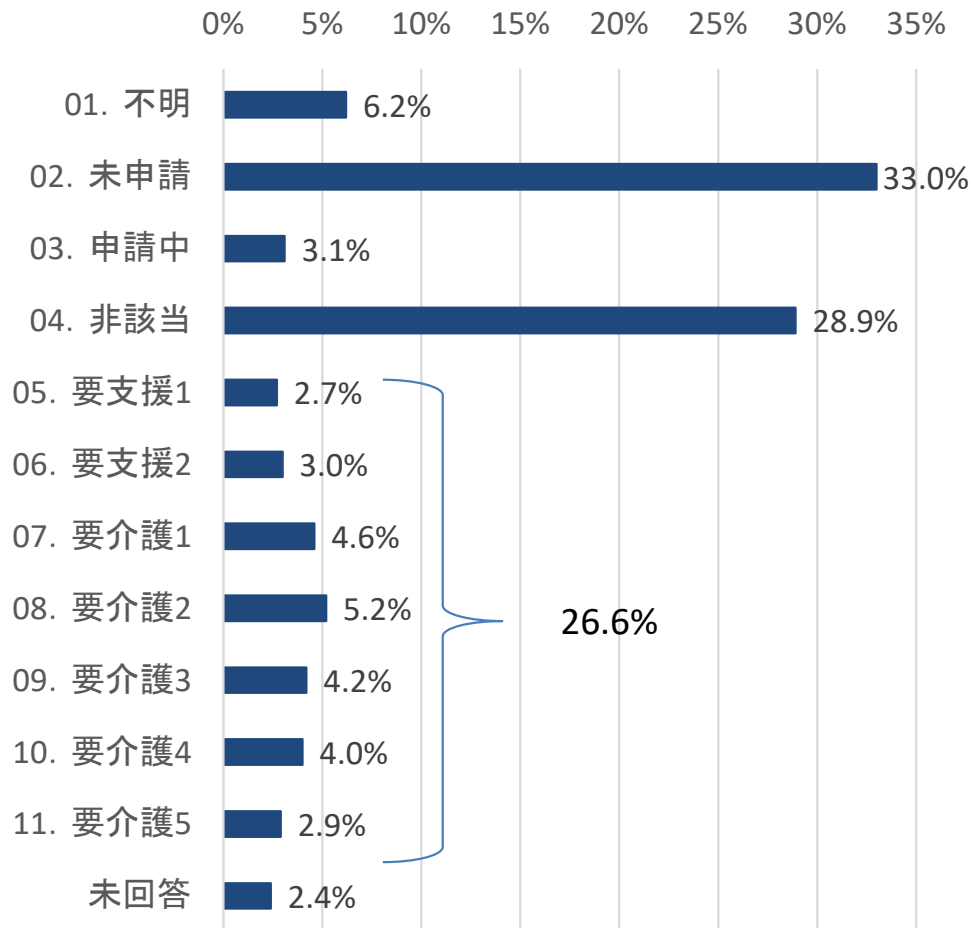
介護保険事業状況報告  
※H22年度末の数値には、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

# 入院患者に占める要介護者等の割合

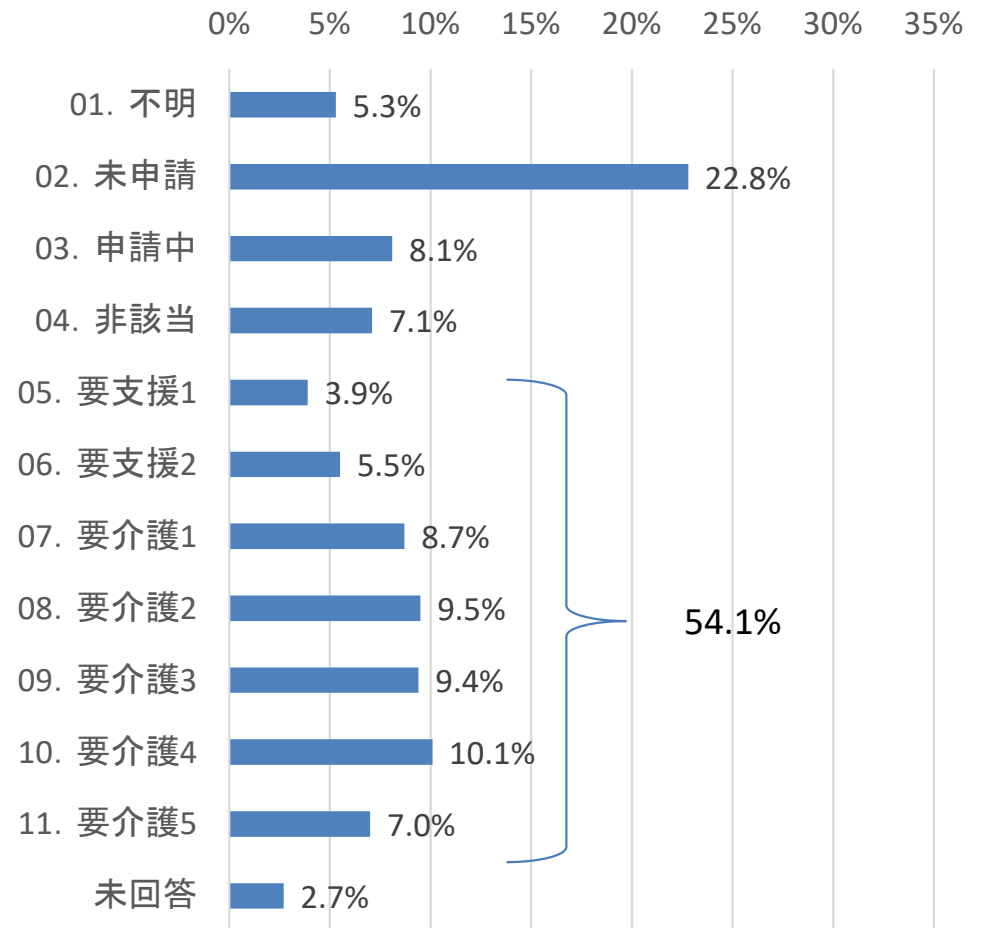
意見交換 資料-5 参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

○ 入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■ 急性期一般入院料等

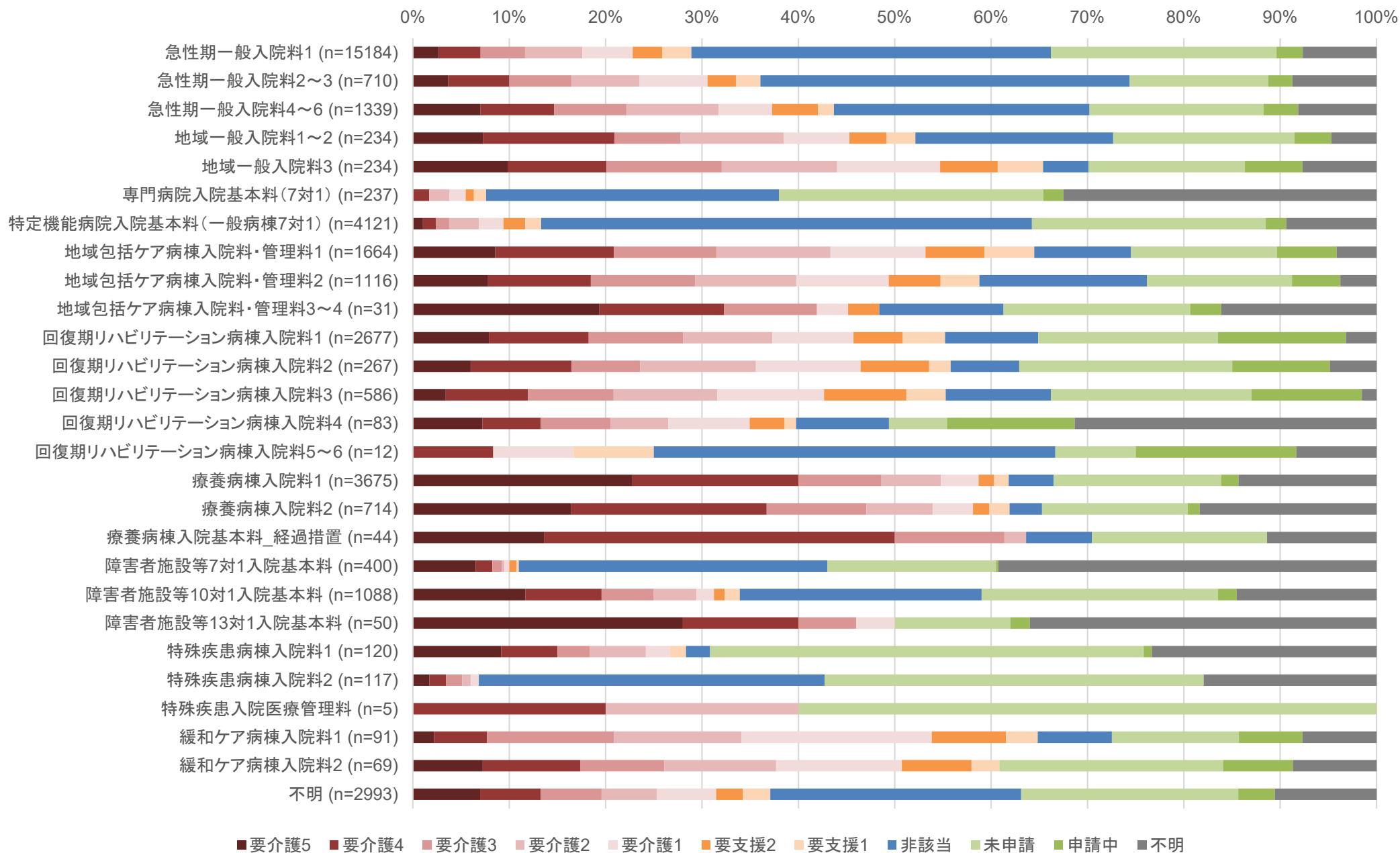


■ 地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等

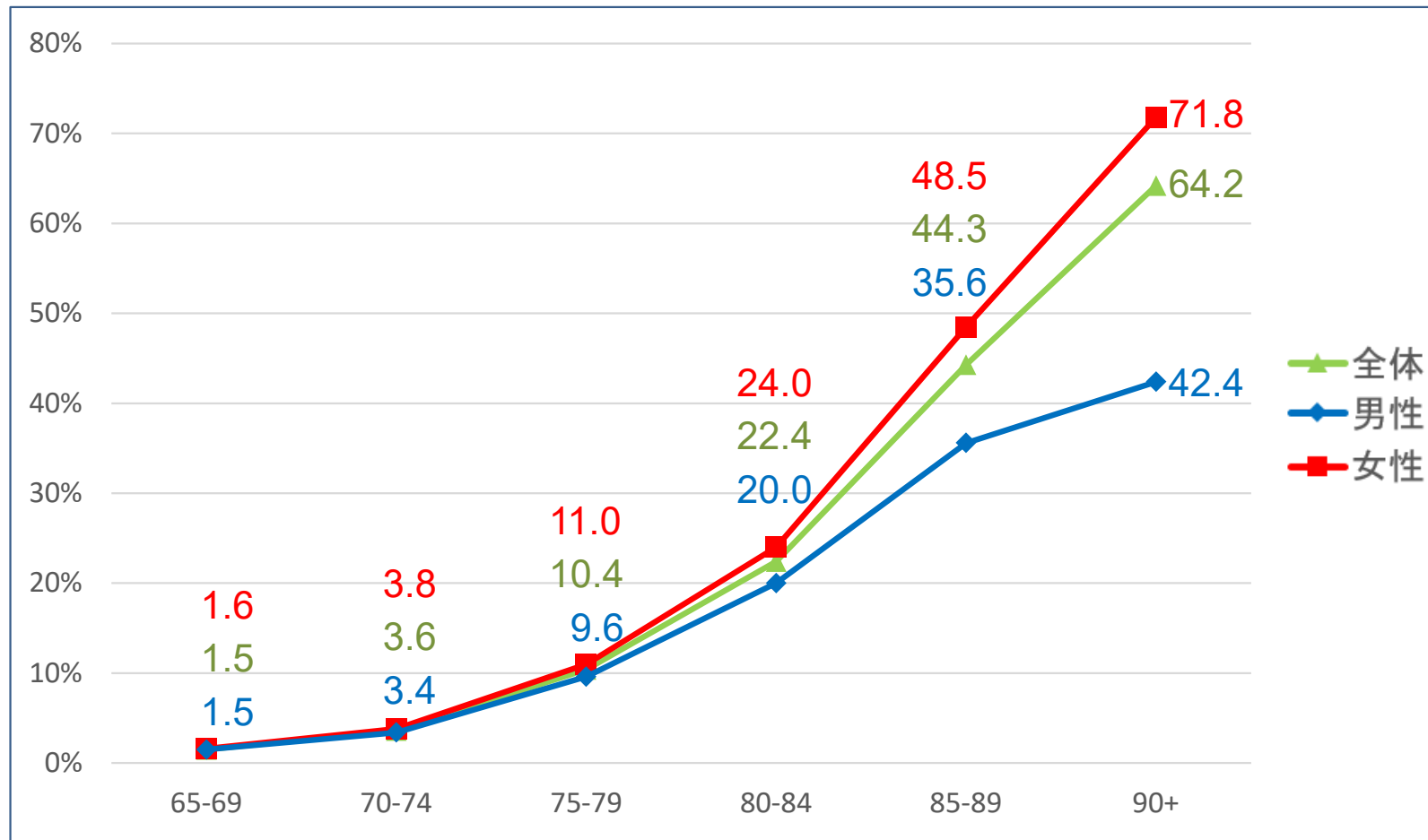


# 入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入-1  
5 . 6 . 8



# 認知症① 一万人コホート年齢階級別の認知症有病率



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業 「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(2016年～2020年)」

悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果  
(2017年 解析対象 5,073人)

研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより2019年4月時点で厚生労働省が作図

# わが国における認知症およびMCIの患者数と有病率の将来推計

年	認知症		MCI	
	患者数の推計値 (95%CI) (万人)	有病率 (95%CI) (%)	患者数の推計値 (95%CI) (万人)	有病率 (95%CI) (%)
2022	443.2 (418.0-468.4)	12.3 (11.6-13.0)	558.5 (382.0-735.1)	15.5 (10.6-20.4)
2025	471.6 (443.3-500.0)	12.9 (12.1-13.7)	564.3 (487.0-641.5)	15.4 (13.3-17.6)
2030	523.1 (492.7-553.6)	14.2 (13.3-15.0)	593.1 (516.3-669.9)	16.0 (14.0-18.1)
2035	565.5 (533.5-597.5)	15.0 (14.1-15.8)	607.7 (530.6-684.7)	16.1 (14.1-18.1)
2040	584.2 (551.0-617.3)	14.9 (14.0-15.7)	612.8 (533.4-692.2)	15.6 (13.6-17.6)
2045	579.9 (546.7-613.2)	14.7 (13.9-15.5)	617.0 (536.2-697.9)	15.6 (13.6-17.7)
2050	586.6 (552.8-620.5)	15.1 (14.2-16.0)	631.2 (547.9-714.4)	16.2 (14.1-18.4)
2055	616.0 (580.9-651.0)	16.3 (15.4-17.2)	639.7 (558.0-721.4)	16.9 (14.8-19.1)
2060	645.1 (608.7-681.4)	17.7 (16.7-18.7)	632.2 (551.4-713.0)	17.4 (15.1-19.6)

CI: 信頼区間

- 2022年の4地域(久山町、中島町、中山町、海士町)から得られた認知症およびMCI者の性年齢階級別有病率が2025年以降も一定と仮定して推計した。
- 2025年以降の性年齢階級別人口分布の出典: 国立社会保障・人口問題研究所、日本の将来推計人口: 性年齢階級別人口分布・出生中位(死亡中位)推計 ([https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp\\_zenkoku2023.asp](https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp))



## 調査結果のまとめ

- 2017年と2022年に認知症の地域悉皆調査(調査率80%以上)を実施した4地域(福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町)において、2022年の認知症の有病率(性年齢調整後)は、12.3%であり、2012年の厚生労働省より報告された認知症有病率15%と比べ低値であった。
- これらの4地域におけるMCIの有病率(性年齢調整後)は、15.5%であった。
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2050年のわが国の認知症患者数は586.6万人、MCI者数は631.2万人と推計された。
- 岩手県紫波郡矢巾町と大阪府吹田市の認知症の有病率は、上述の4つの地域に比べ低値であった。しかしながら、調査率と認知症有病率の関係に関するメタ回帰解析では、調査率の低下に伴い各地域の認知症有病率は低下したことから、これらの2地域の認知症の有病率が低値であった理由として、調査率の影響が大きいことが示唆された。



## 2012年の厚生労働省の報告に比べ、2022年の認知症の有病率が低値であった理由の考察

- 2022-2023年の調査におけるMCIまたは認知症の有病率は27.8% (MCI 15.5% + 認知症12.3%) であり、2012年の厚生労働省の報告の28.0% (MCI 13.0% + 認知症15.0%) と比べ大きな変化を認めなかった。

➡ MCIから認知症へ進展した者の割合が低下した可能性

- 喫煙率の全体的な低下、中年期～高齢早期の高血圧や糖尿病、脂質異常などの生活習慣病管理の改善、健康に関する情報や教育の普及による健康意識の変化などにより、認知機能低下の進行が抑制され、認知症の有病率が低下した可能性

(参考情報)

- 成人の喫煙率は全体的には減少している。
- 減塩の推進や降圧薬の普及により平均血圧も1970年代以降低下傾向にある。
- 1990年代よりHMG-CoA還元酵素阻害薬等の高脂血症薬による治療が徐々に普及している。
- 糖尿病が強く疑われる者の頻度は、50歳以上の男性および70歳以上の女性では上昇傾向にあるが、50歳代および60歳代の女性では、2010年以降徐々に低下傾向を認めている。
- 糖尿病の治療・管理方法は2000年代以降低血糖をきたしにくい糖尿病治療が望まれるようになり、DPP4-阻害薬やメトホルミンの処方数が増加した
- 2017年の内閣府による高齢者の健康に関する調査によると、調査対象者の9割以上が栄養や身体活動、自身の健康などの健康活動に「特に心がけていることがある」と回答している。





## 認知症② 単独世帯の認知症高齢者数の推計

- 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
- 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
- 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

		人口(千人)						割合(%)						2015-2040 増加率
		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2015	2020	2025	2030	2035	2040	
男	65～69歳	14	14	13	15	18	20	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	1.41
	70～74歳	20	29	27	26	30	35	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	1.0	1.72
	75～79歳	32	40	56	52	50	58	1.1	1.3	1.4	1.6	1.7	1.9	1.80
	80～84歳	52	61	75	101	94	91	2.6	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	1.73
	85歳以上	96	130	161	196	251	269	6.5	6.6	6.9	7.1	7.3	7.7	2.80
女	65～69歳	19	16	15	17	20	23	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	1.22
	70～74歳	44	50	43	39	43	50	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.14
	75～79歳	103	114	133	113	101	110	2.9	2.9	2.9	2.9	3.0	3.1	1.07
	80～84歳	225	238	265	312	263	234	7.5	7.5	7.5	7.4	7.4	7.5	1.04
	85歳以上	453	593	688	785	931	921	13.1	14.0	14.2	14.2	14.2	13.7	2.03

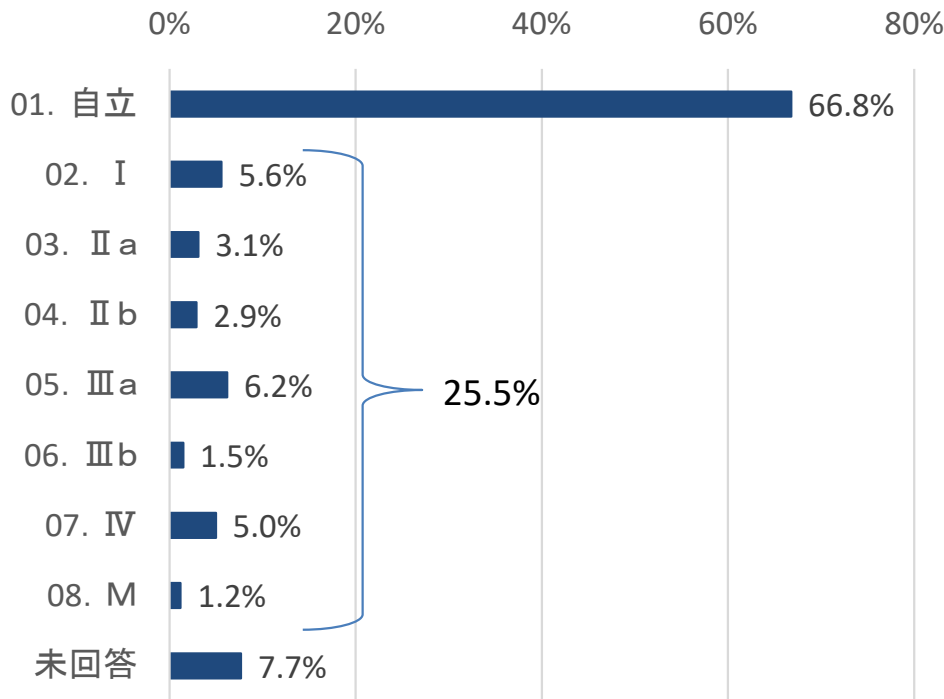
※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。

# 入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

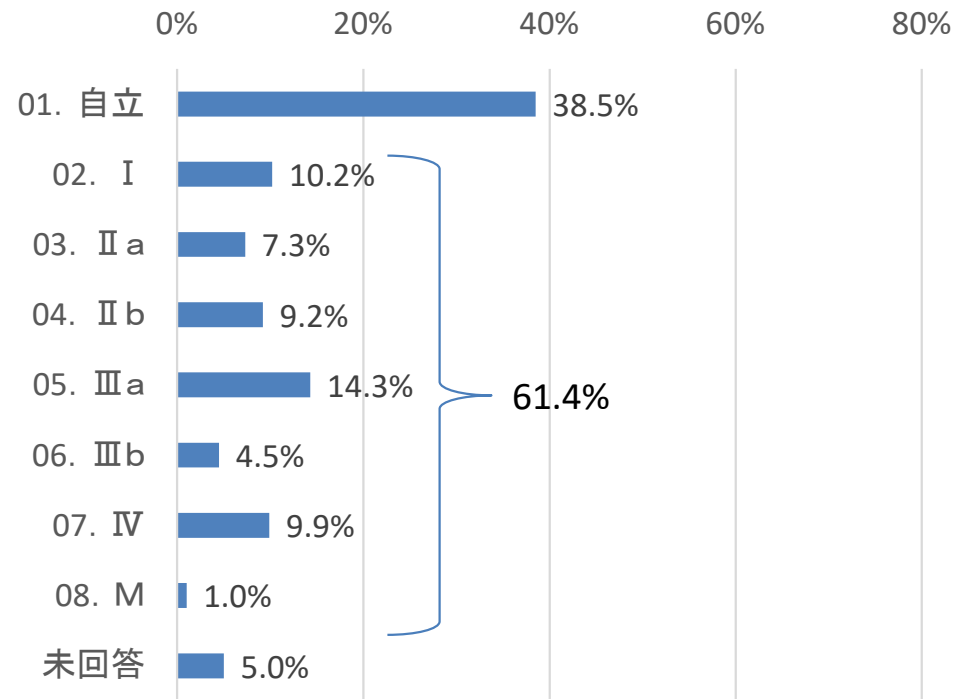
意見交換 資料-5 参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

○ 入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度がI以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

■ 急性期一般入院料等



■ 地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

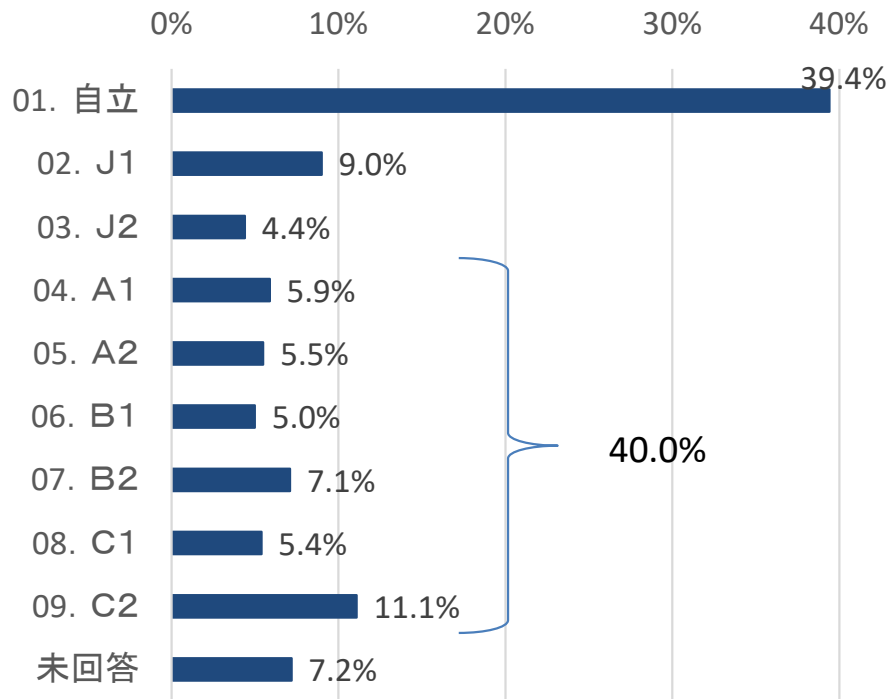
出典：令和2年度入院医療等の調査(患者票)

# 入院患者における障害高齢者の日常生活自立度

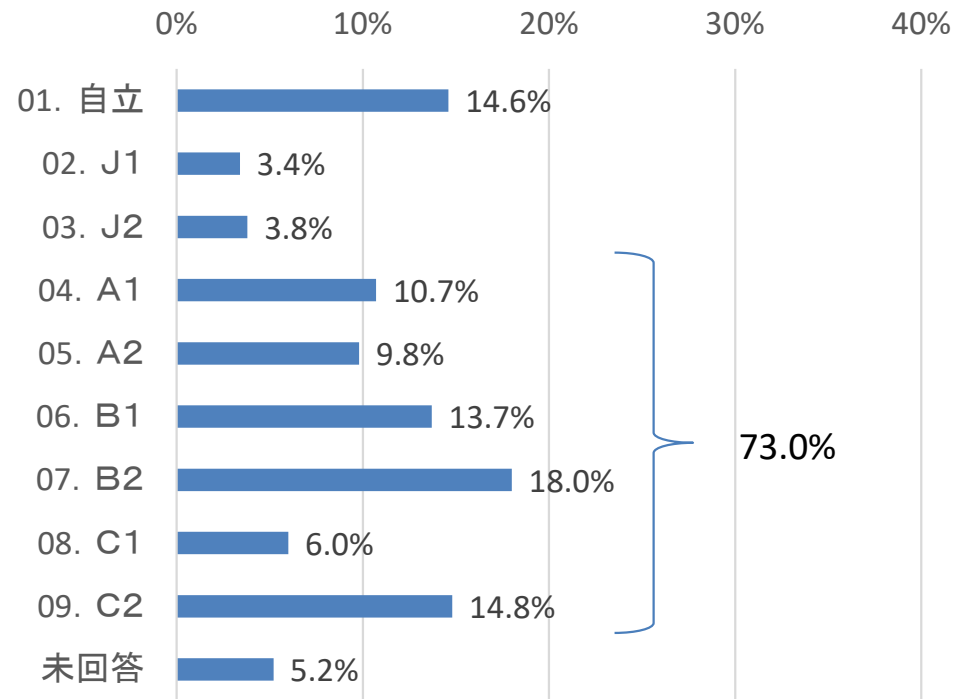
意見交換 資料-5 参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

○ 入院患者に占める障害高齢者の日常生活自立度がA1以上の患者の割合は急性期一般入院料等では53.4%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では80.2%であった。

■ 急性期一般入院料等



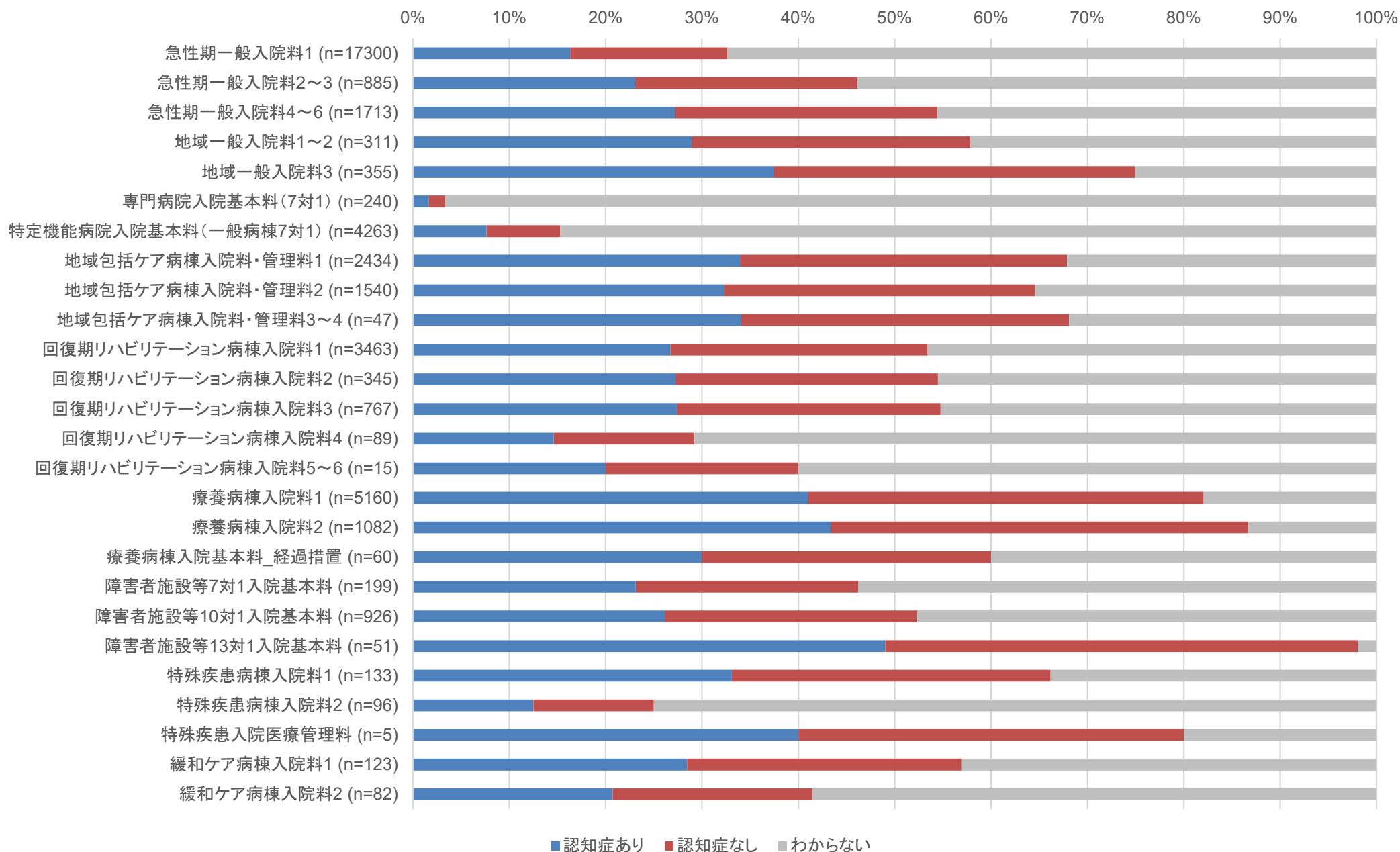
■ 地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



障害高齢者の日常生活自立度

<b>J</b>	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
<b>A</b>	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
<b>B</b>	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベットから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
<b>C</b>	1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

# 入院料ごとの認知症の有無

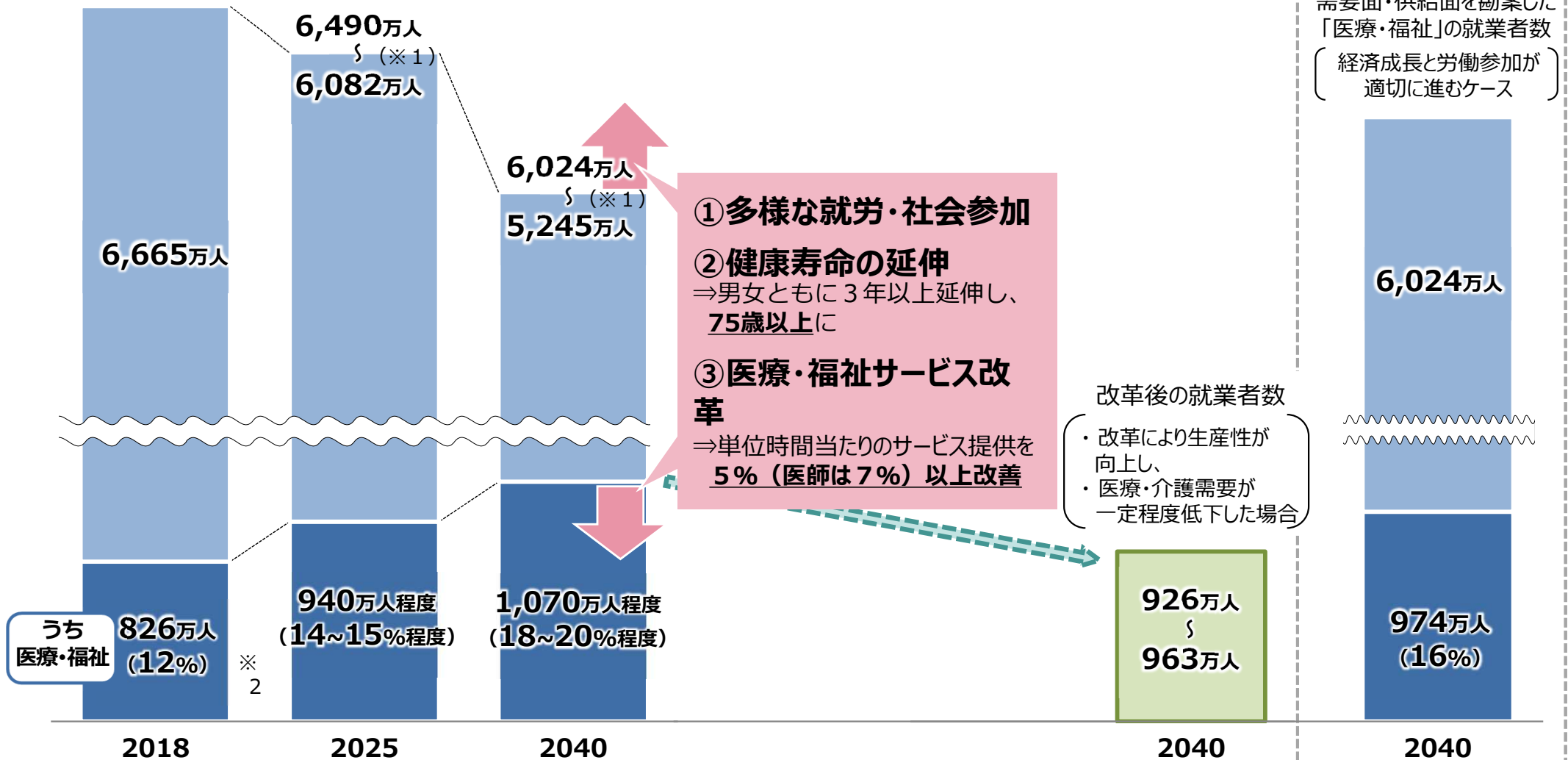


# マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1 一部改

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



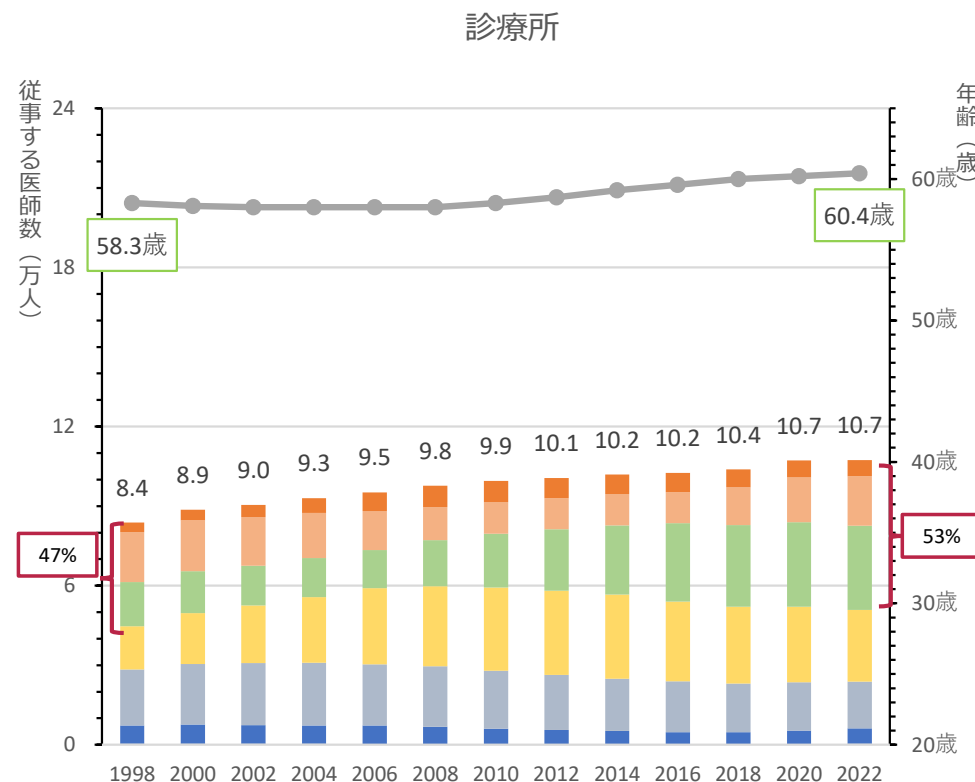
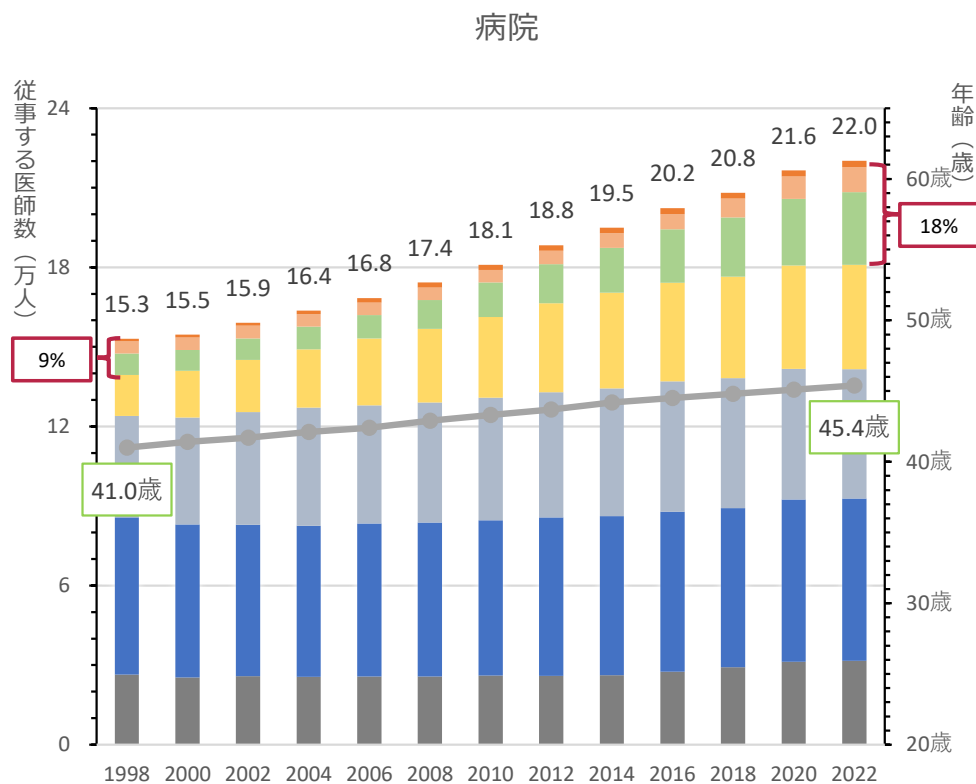
※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。  
 ※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。  
 ※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

# マンパワー② 提供者側（医師）の高齢化も進展している

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 病院に従事する医師数は、ここ20年で6.1万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は18%に増加しており、平均年齢は45.4歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で1.7万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は53%程度で、平均年齢は60.4歳まで上昇している。

## 年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）

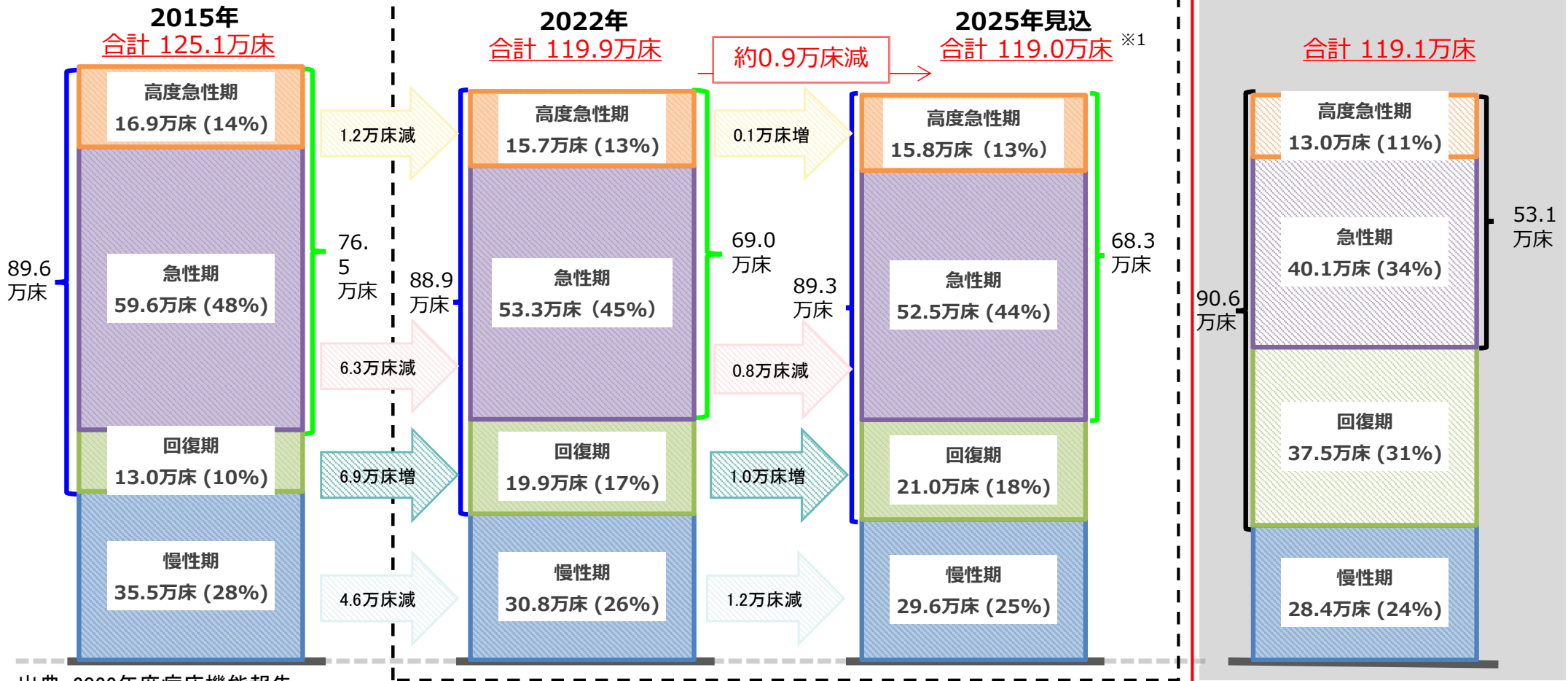
## (2) 入院

# 2022年度病床機能報告について

**2015年度病床機能報告**  
(各医療機関が病棟単位で報告)<sup>※6</sup>

**2022年度病床機能報告**  
(各医療機関が病棟単位で報告)<sup>※6</sup>

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)<sup>※4 ※6</sup>



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 12,171/12,590(96.7%))

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 18,399床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。



# 2025年の必要量との乖離及び病床数の変化

- 2015年から2022年にかけて、病床機能計の乖離率（必要量との乖離/必要量）は+5.0%から+0.7%に縮小しており、必要量に近づいている。
- また、病床機能別にみても、以下のとおり、4機能それぞれにおいて乖離率は縮小しており、必要量に近づいている。
  - ・高度急性期 +29.9% → +20.5%      ・急性期 +48.8% → +33.2%
  - ・回復期 ▲65.2% → ▲46.8%      ・慢性期 +24.7% → +8.4%

	地域数	2015年		2022年		2025年必要量 ⑤	【参考】 変化数（2015年→2022年） ⑥（③-①）				
		病床数 ①	必要量との乖離 ②（①-⑤）	病床数 ③	必要量との乖離 ④（③-⑤）		変化率 (⑥/①)				
病床機能計	合計	339	1,250,751	59,930	+5.0%	1,198,648	7,827	+0.7%	1,190,821	▲52,103	▲4.2%
	2015年に必要量と比べて 少なかった構想区域	76	523,709	▲67,239	▲11.4%	524,431	▲66,517	▲11.3%	590,948	722	+0.1%
	2015年に必要量と比べて 多かった構想区域	263	727,042	127,169	+21.2%	674,217	74,344	+12.4%	599,873	▲52,825	▲7.3%
高度急性期	合計	47	169,466	39,011	+29.9%	157,261	26,806	+20.5%	130,455	▲12,205	▲7.2%
	2015年に必要量と比べて 少なかった都道府県	11	31,257	▲2,818	▲8.3%	34,683	608	+1.8%	34,075	3,426	+11.0%
	2015年に必要量と比べて 多かった都道府県	36	138,209	41,829	+43.4%	122,578	26,198	+27.2%	96,380	▲15,631	▲11.3%
急性期	合計	339	596,137	195,505	+48.8%	533,476	132,844	+33.2%	400,632	▲62,661	▲10.5%
	2015年に必要量と比べて 少なかった構想区域	13	36,920	▲5,404	▲12.8%	36,569	▲5,755	▲13.6%	42,324	▲351	▲1.0%
	2015年に必要量と比べて 多かった構想区域	326	559,217	200,909	+56.1%	496,907	138,599	+38.7%	358,308	▲62,310	▲11.1%
回復期	合計	339	130,481	▲244,765	▲65.2%	199,495	▲175,751	▲46.8%	375,246	69,014	+52.9%
	2015年に必要量と比べて 少なかった構想区域	334	129,099	▲245,054	▲65.5%	198,538	▲175,615	▲46.9%	374,153	69,439	+53.8%
	2015年に必要量と比べて 多かった構想区域	5	1,382	289	+26.4%	957	▲136	▲12.4%	1,093	▲425	▲30.8%
慢性期	合計	339	354,667	70,179	+24.7%	308,416	23,928	+8.4%	284,488	▲46,251	▲13.0%
	2015年に必要量と比べて 少なかった構想区域	74	78,867	▲11,764	▲13.0%	77,523	▲13,108	▲14.5%	90,631	▲1,344	▲1.7%
	2015年に必要量と比べて 多かった構想区域	265	275,800	81,943	+42.3%	230,893	37,036	+19.1%	193,857	▲44,907	▲16.3%

資料出所：病床機能報告

※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

※2 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

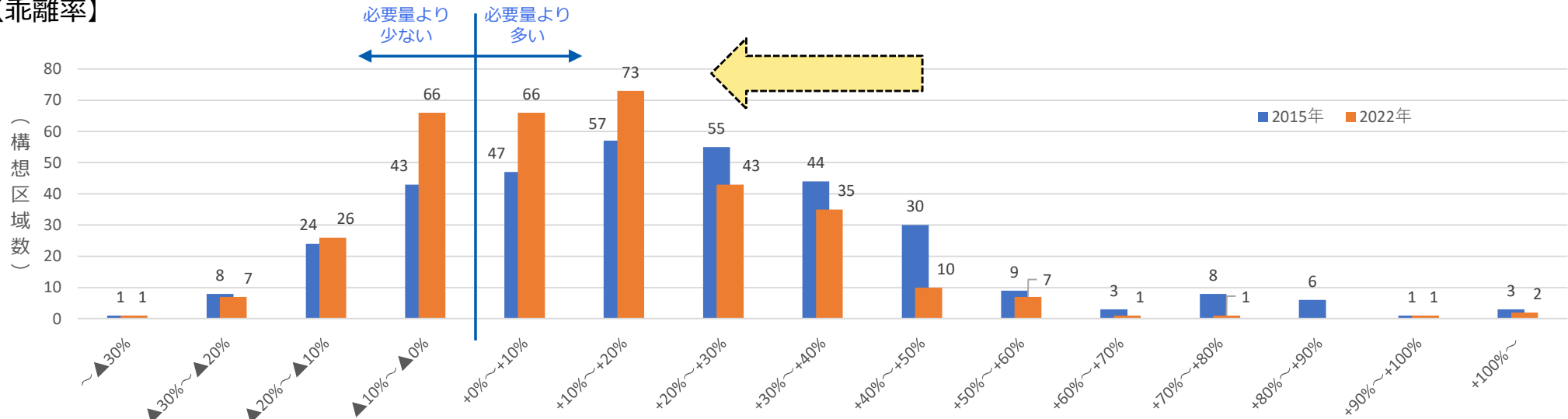
※3 高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要であり、必ずしも構想区域で完結することを求めるものではないため、都道府県単位でみている。

# 2025年の必要量との乖離（構想区域別/病床機能計）

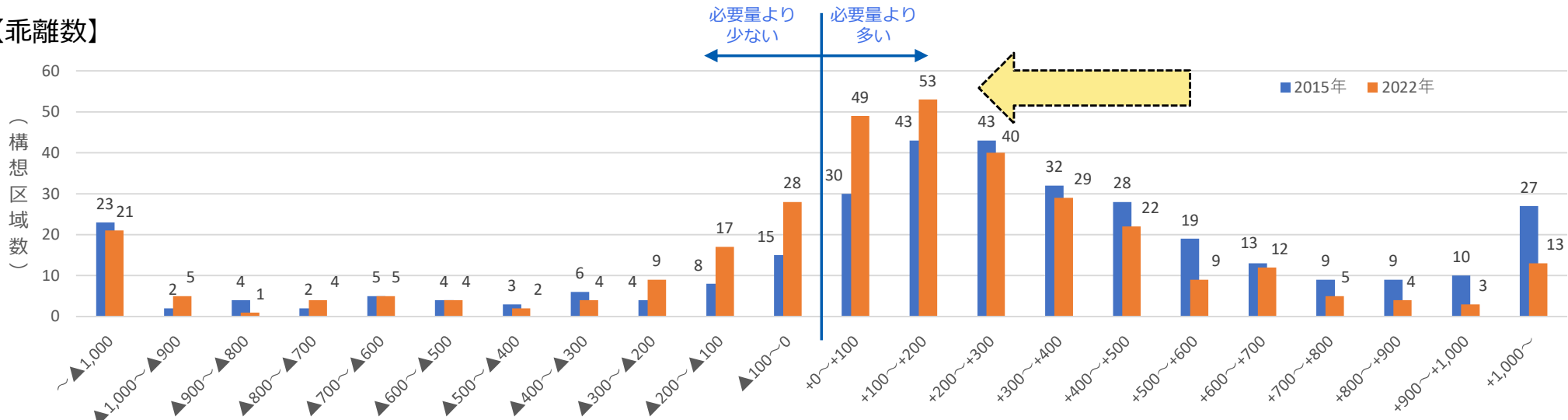
第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 資料1  
令和5年11月9日

○ 病床機能計について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

## 【乖離率】



## 【乖離数】



資料出所：病床機能報告

※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

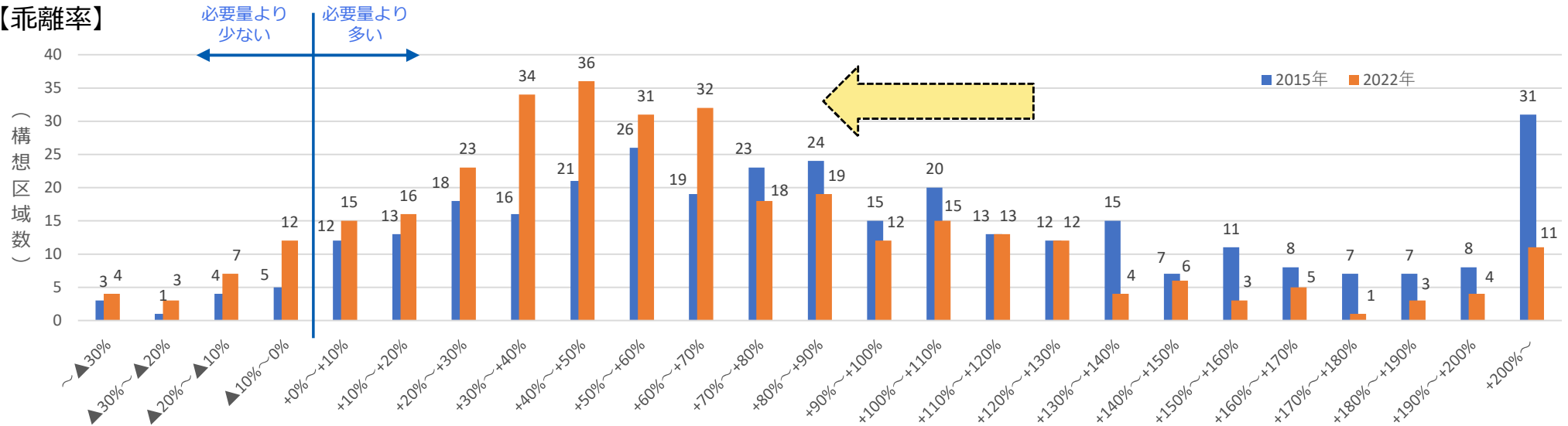
※2 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

# 2025年の必要量との乖離（構想区域別/急性期）

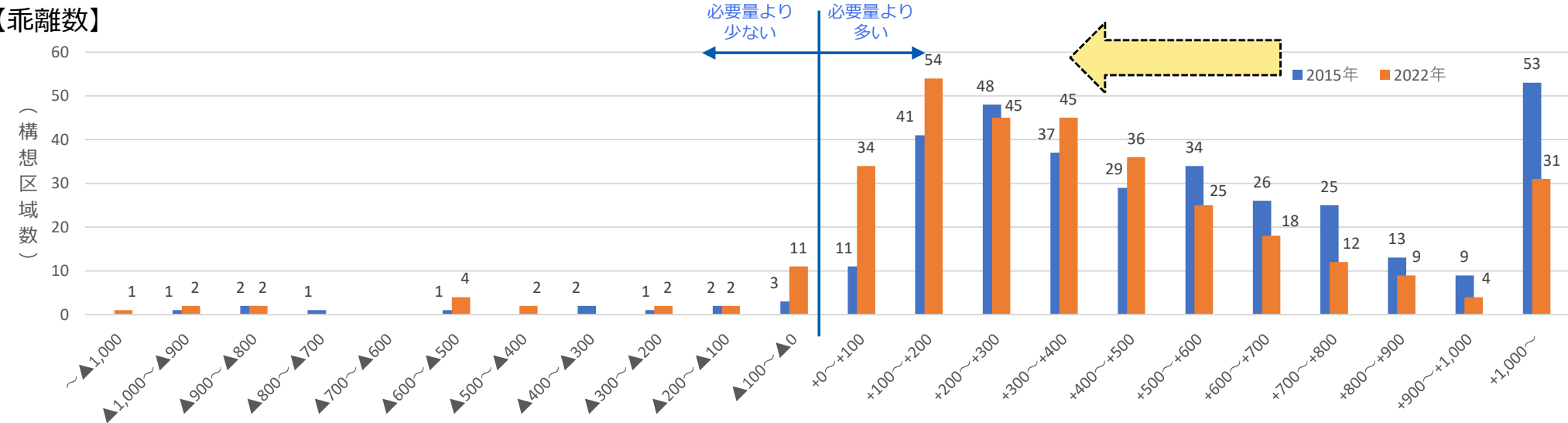
第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ  
令和5年11月9日  
資料1

○ 急性期について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

【乖離率】



【乖離数】



資料出所：病床機能報告

※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

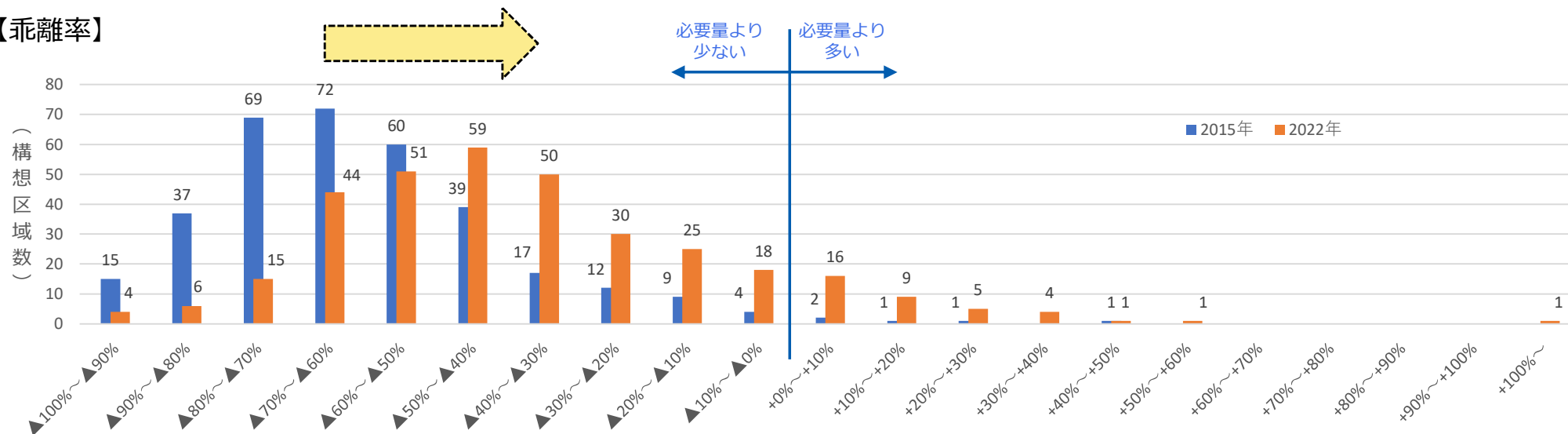
※2 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

# 2025年の必要量との乖離（構想区域別/回復期）

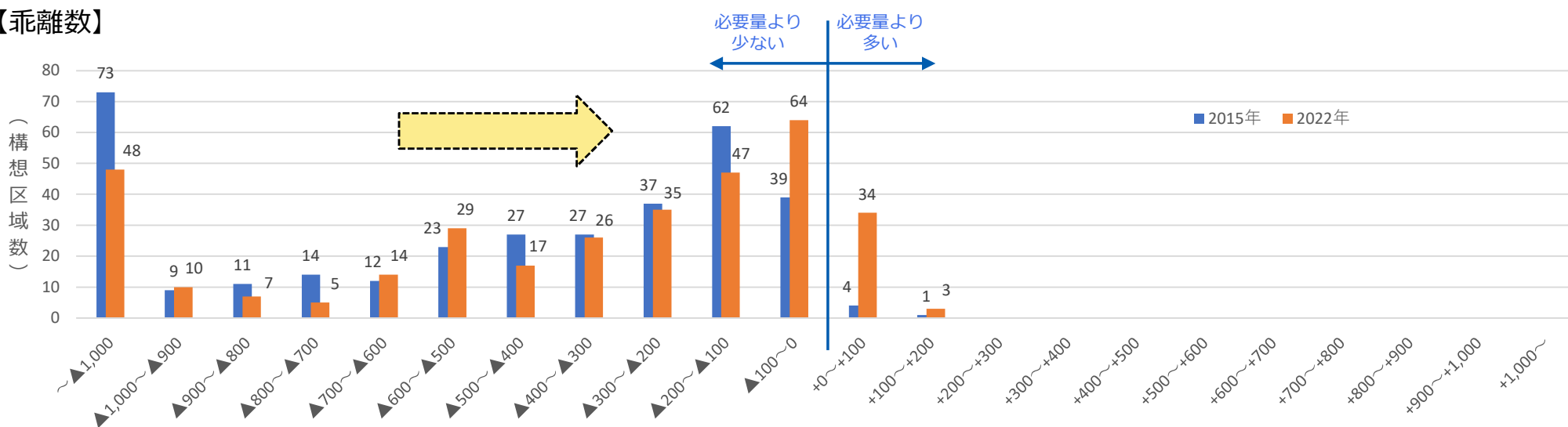
第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 資料1  
令和5年11月9日

○ 回復期について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

【乖離率】



【乖離数】



資料出所：病床機能報告

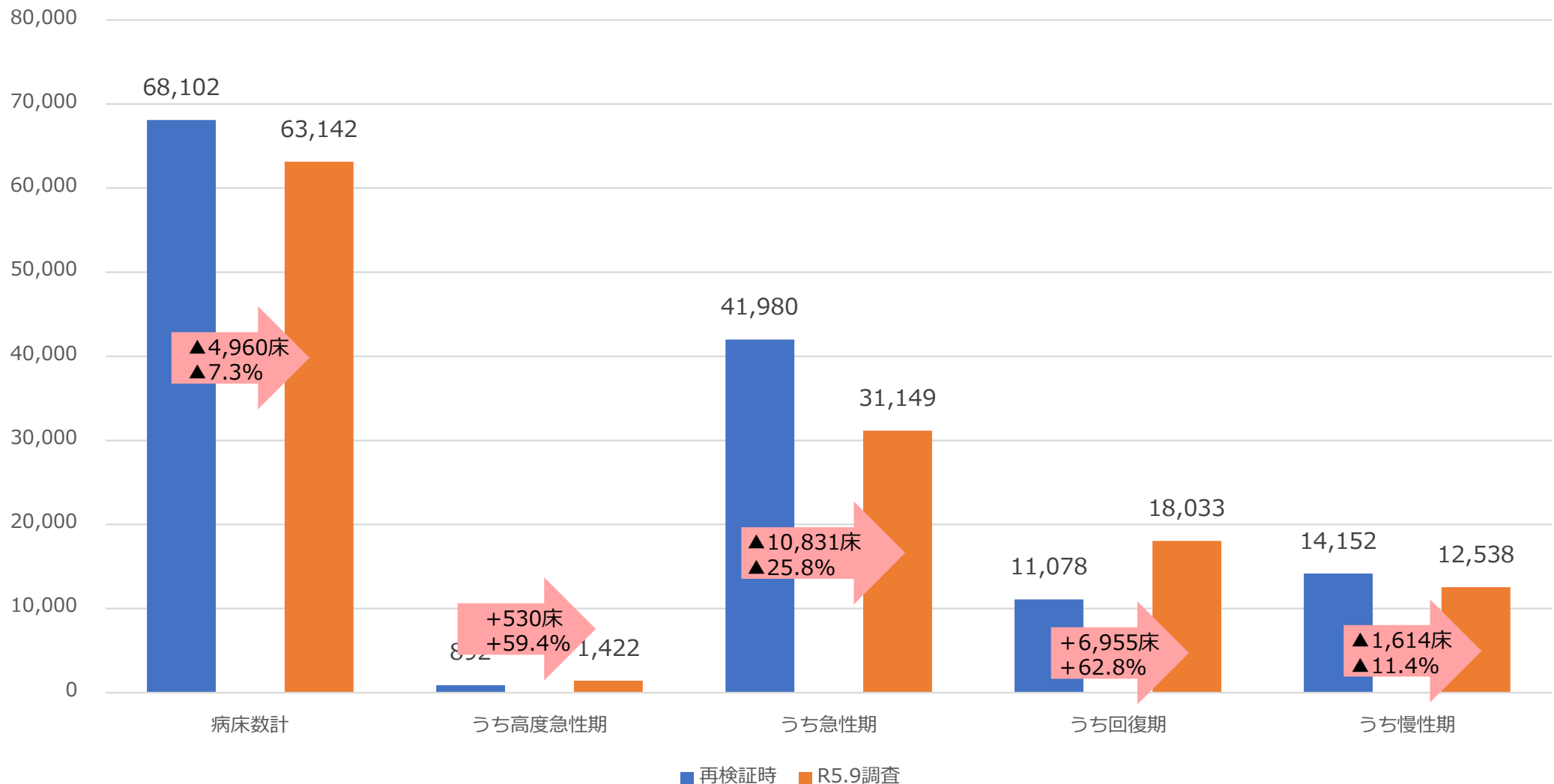
※1 2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）

※2 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

# 再検証対象医療機関における病床数の変化

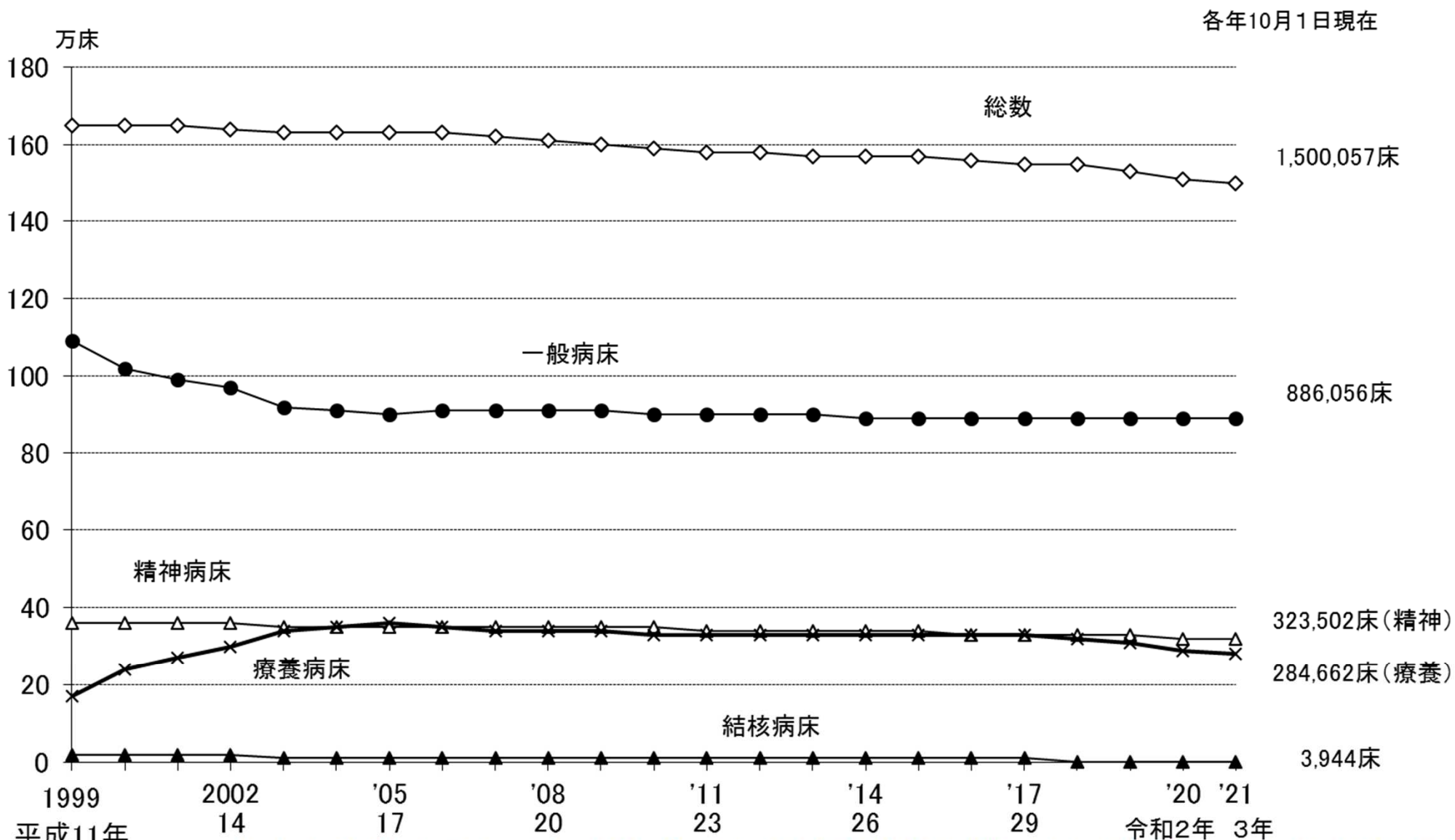
第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 資料1  
令和5年11月9日

- 再検証対象医療機関においては、再検証時（2017年）から2023年にかけて、総病床数は4,960床（▲7.3%）減少している。
- このうち、急性期は10,831床（▲25.8%）減少し、回復期は6,955床（+62.8%）増加している。



# 病床の種類別に見た病床数の年次推移

○ 総病床数はゆるやかな減少傾向。一般病床数は近年は横ばいからやや減少傾向。

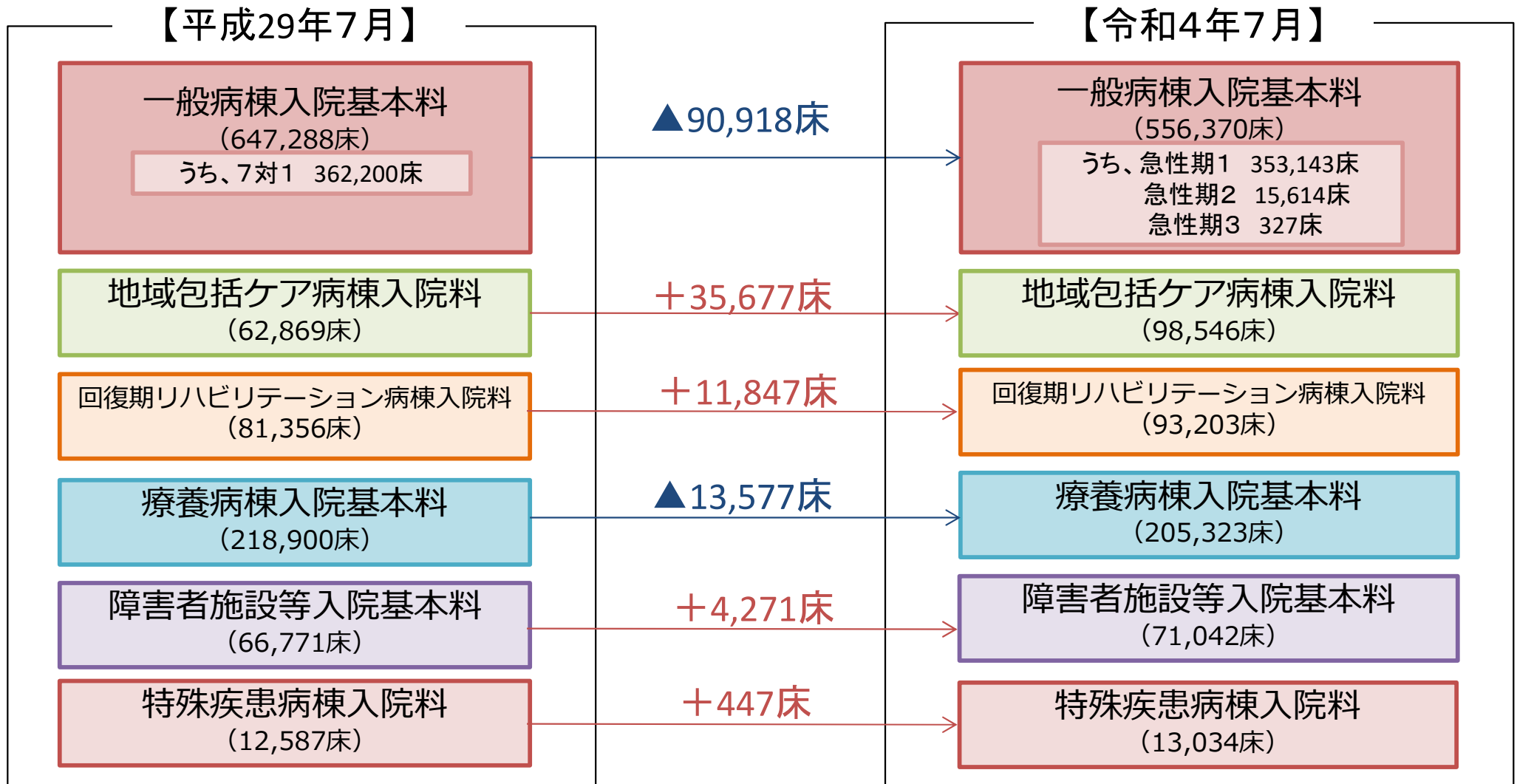


注:1) 「一般病床」は、平成12年までは「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を除く。)」である。

2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

# 届出病床数の推移について（概要）

- 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和4年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。

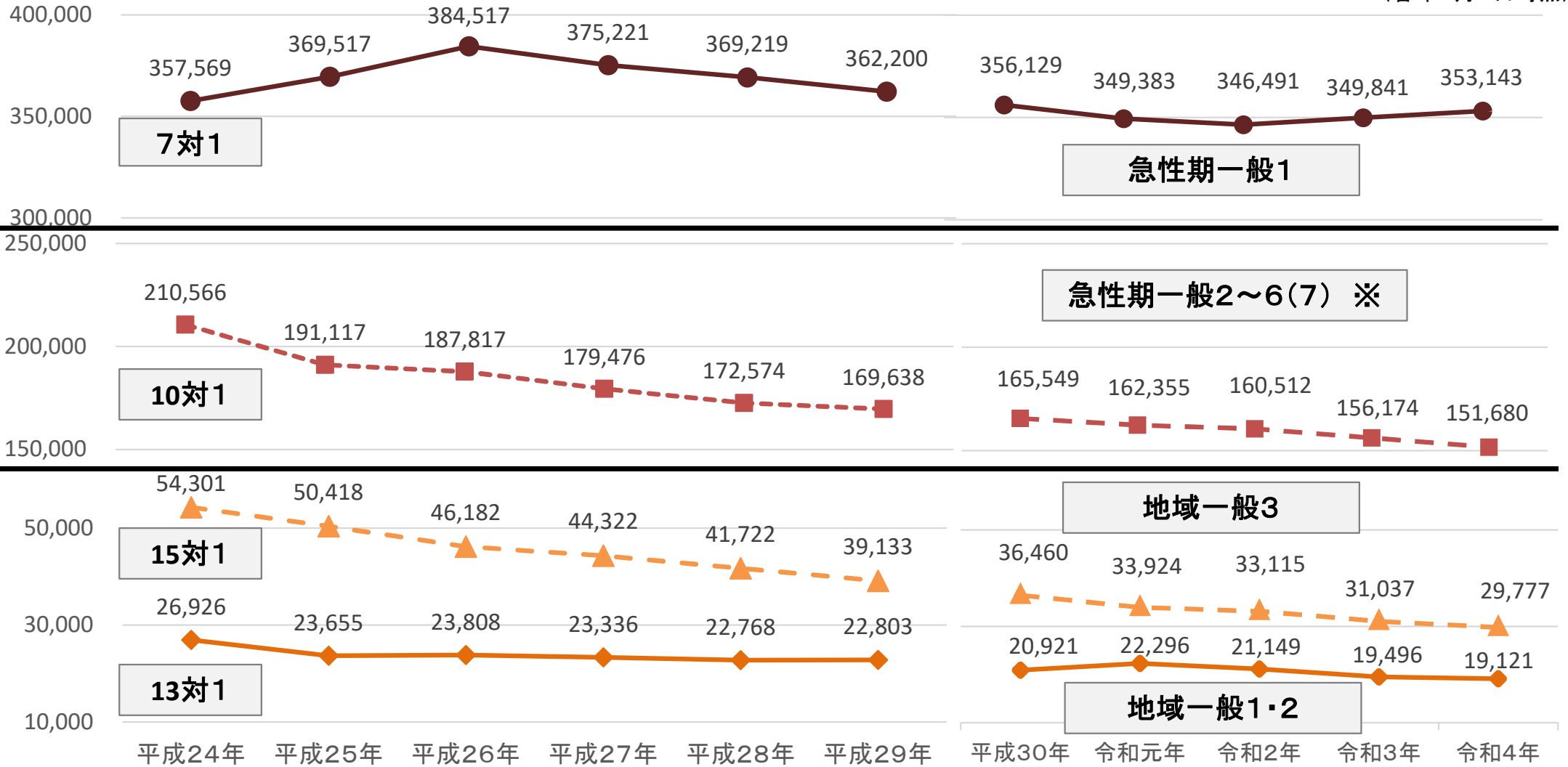


# 入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点）



※

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

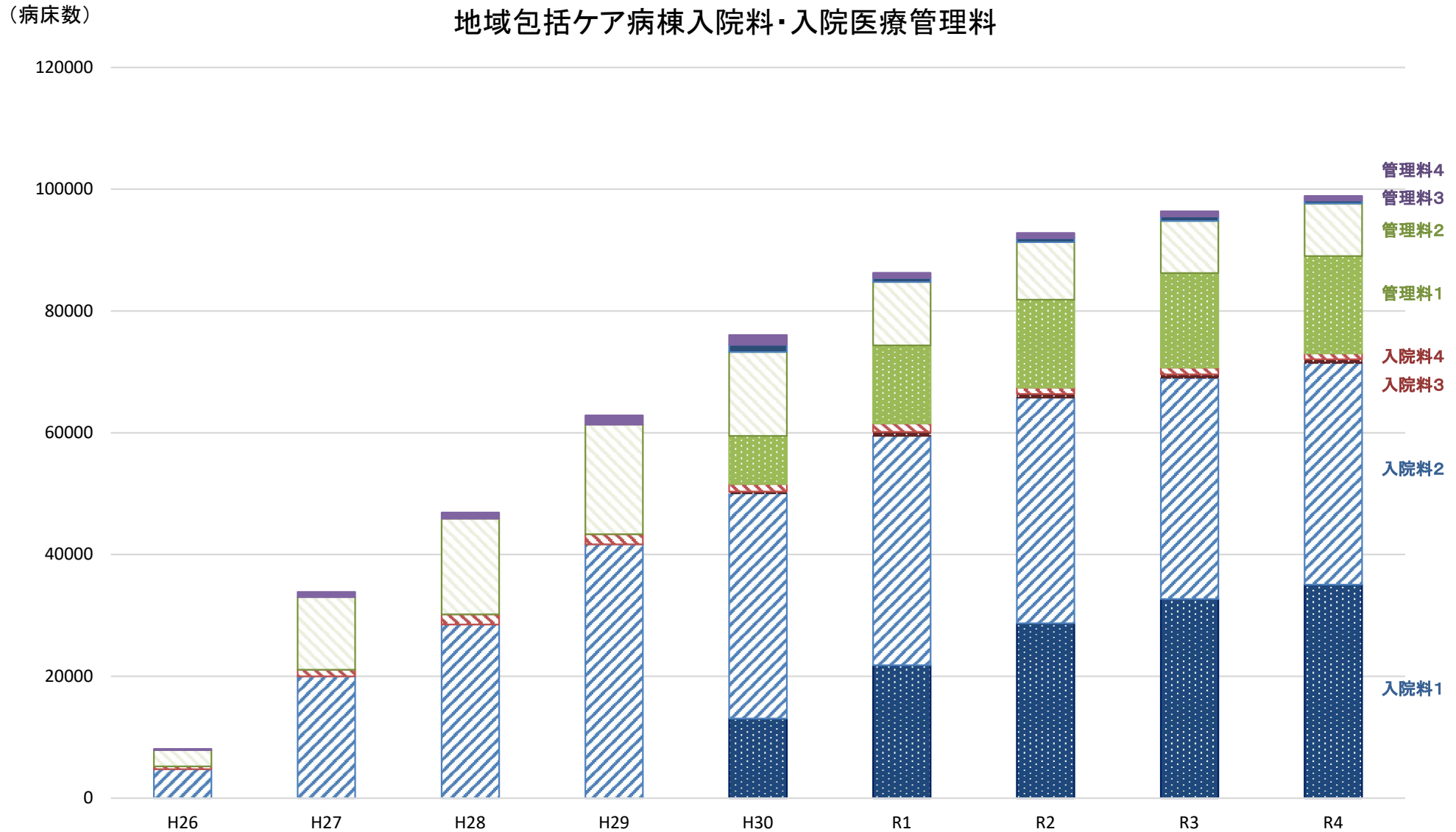
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,941
急性期4～6(7)	160,150	151,651	145,616	140,423	135,739

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。



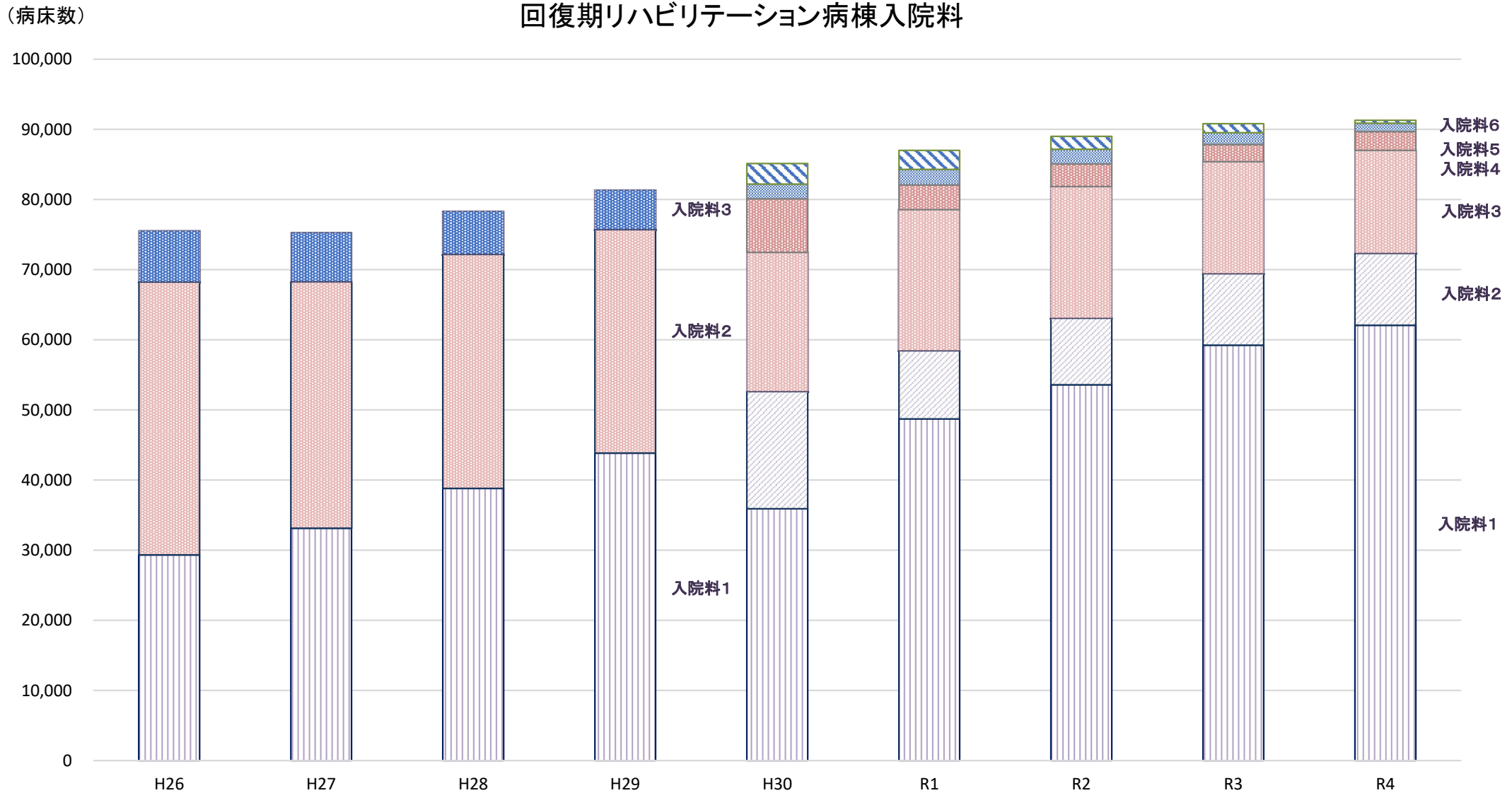
# 入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。



# 入院料別の届出病床数の推移

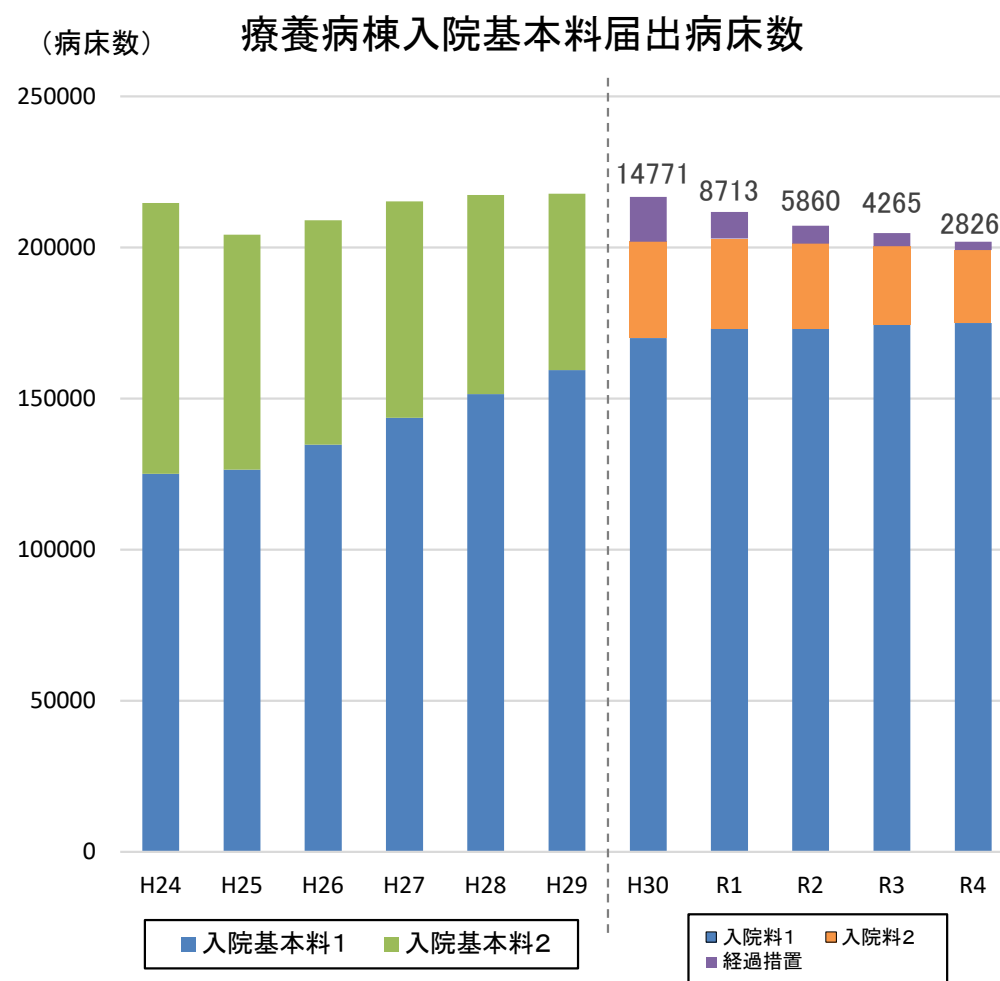
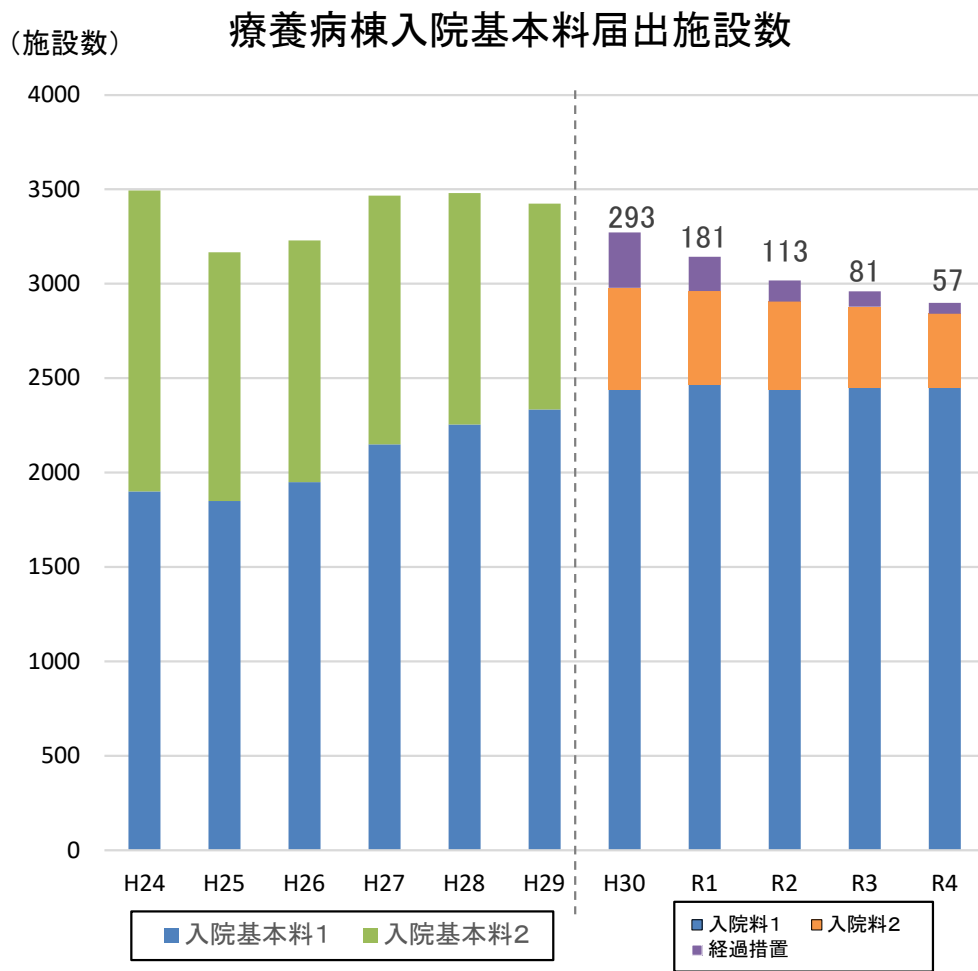
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



# 療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

中医協 総 - 4  
5 . 7 . 5

○ 療養病棟入院料経過措置（看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満）の届出施設数は令和4年7月1日時点で57施設、2,826床であった。



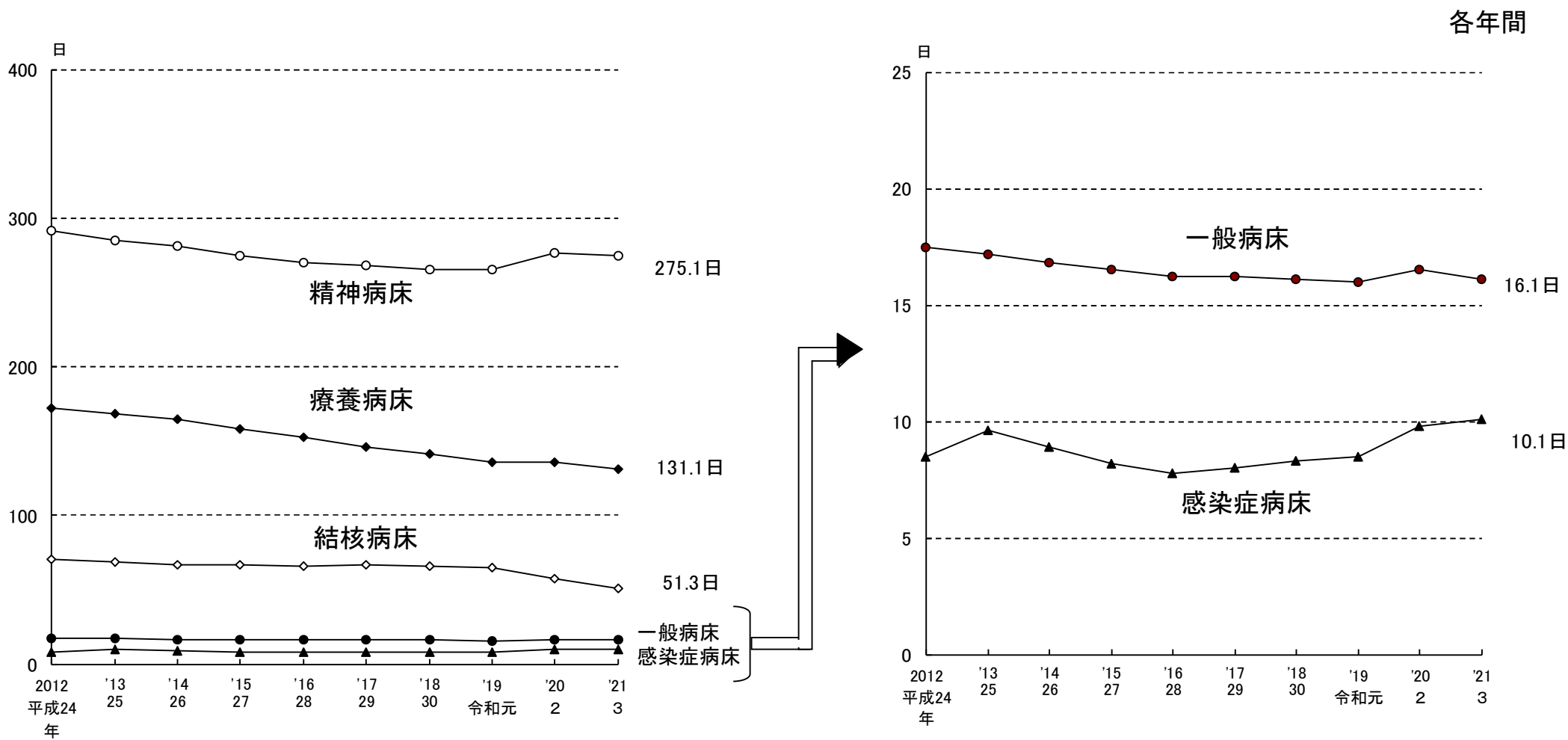
出典: 保険局医療課調べ(7月1日時点)

※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く ※H30-R1の経過措置1・2は合算

# 病床種類別の平均在院日数の推移

○ 平均在院日数は、令和2年に一時的に長くなったが、感染症病床以外の病床の種類において減少している。

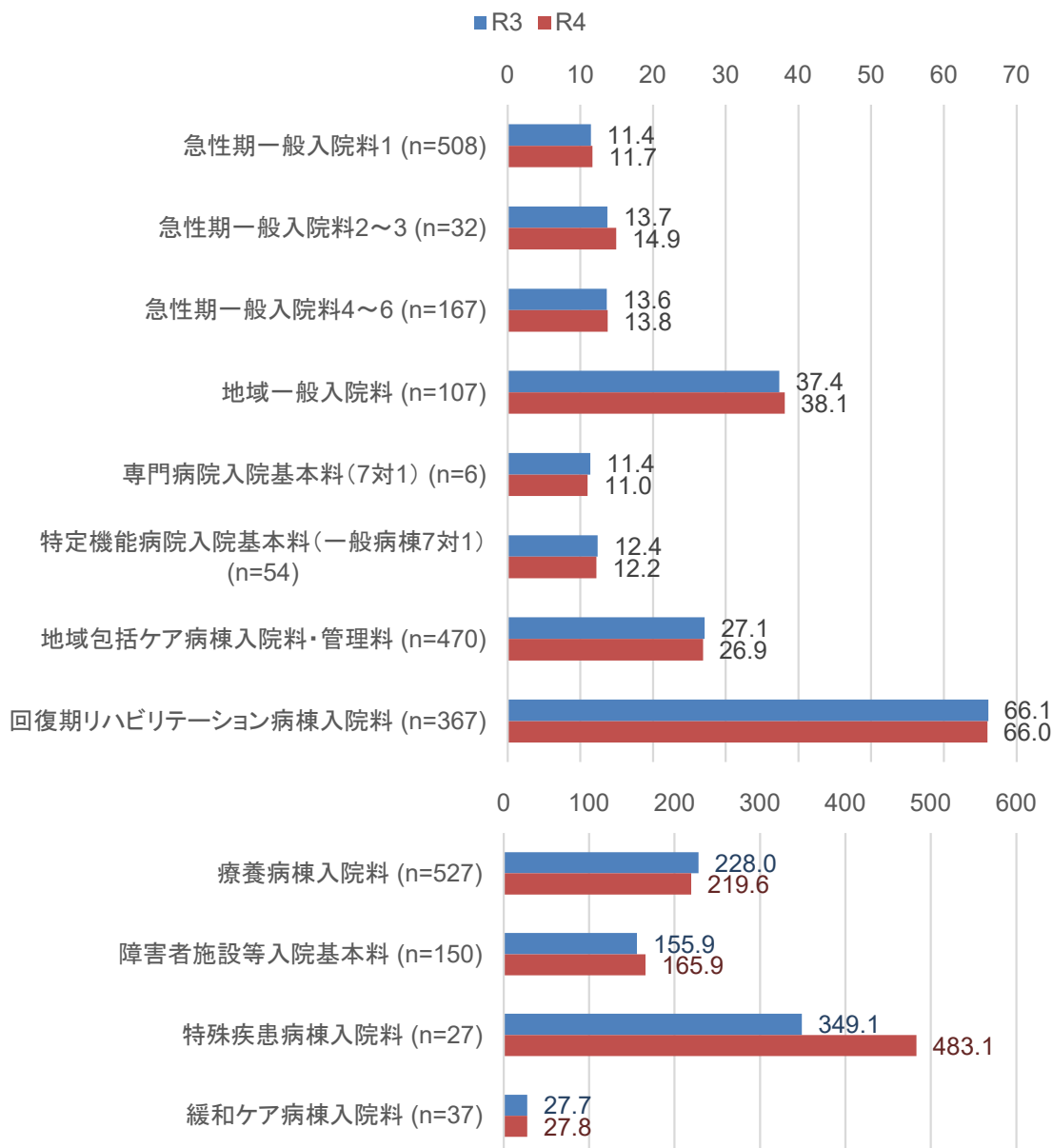
## 病院の病床の種類別に見た平均在院日数の年次推移



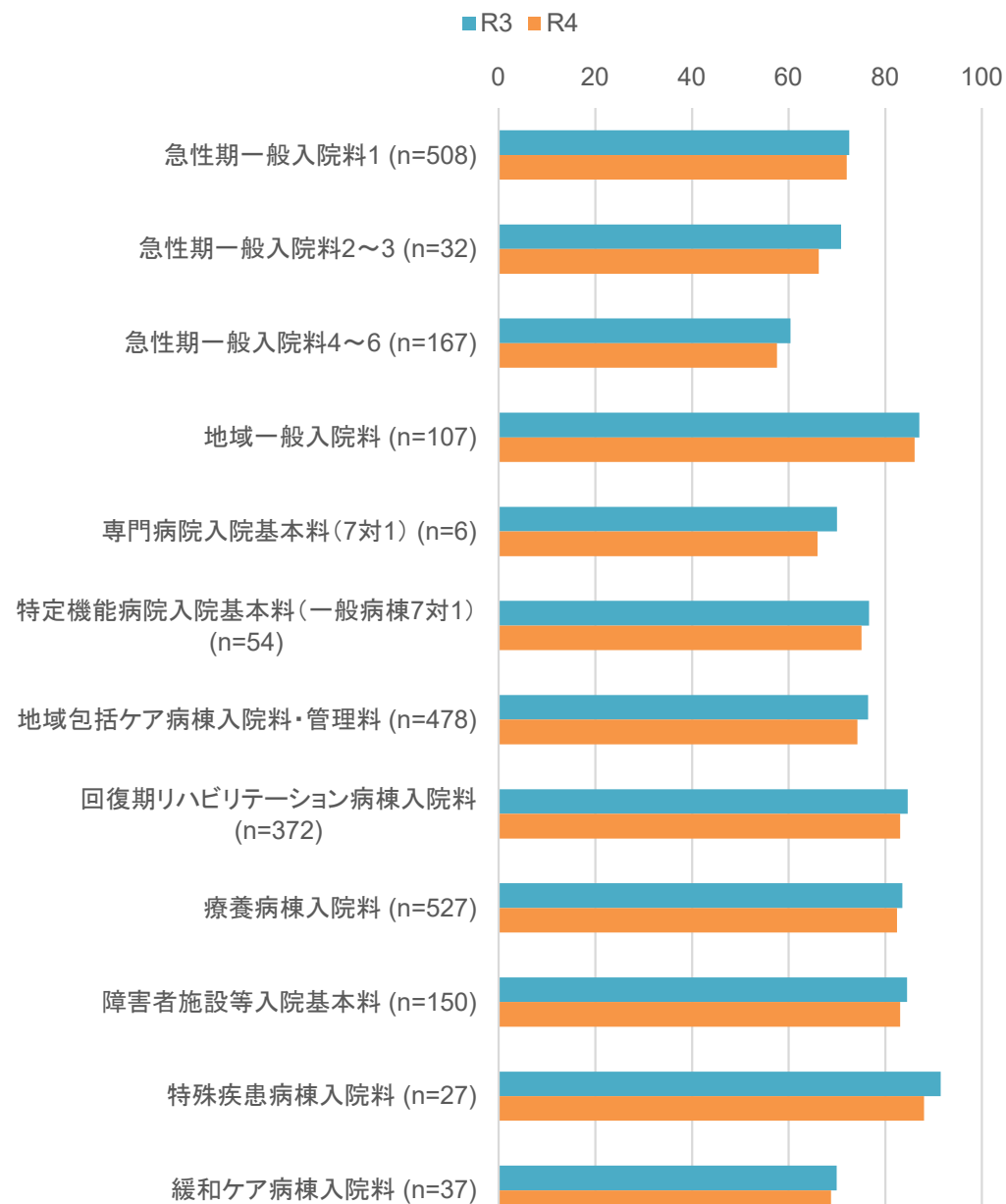
注：1) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。  
 2) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。  
 3) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

# 入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

平均在院日数(日)

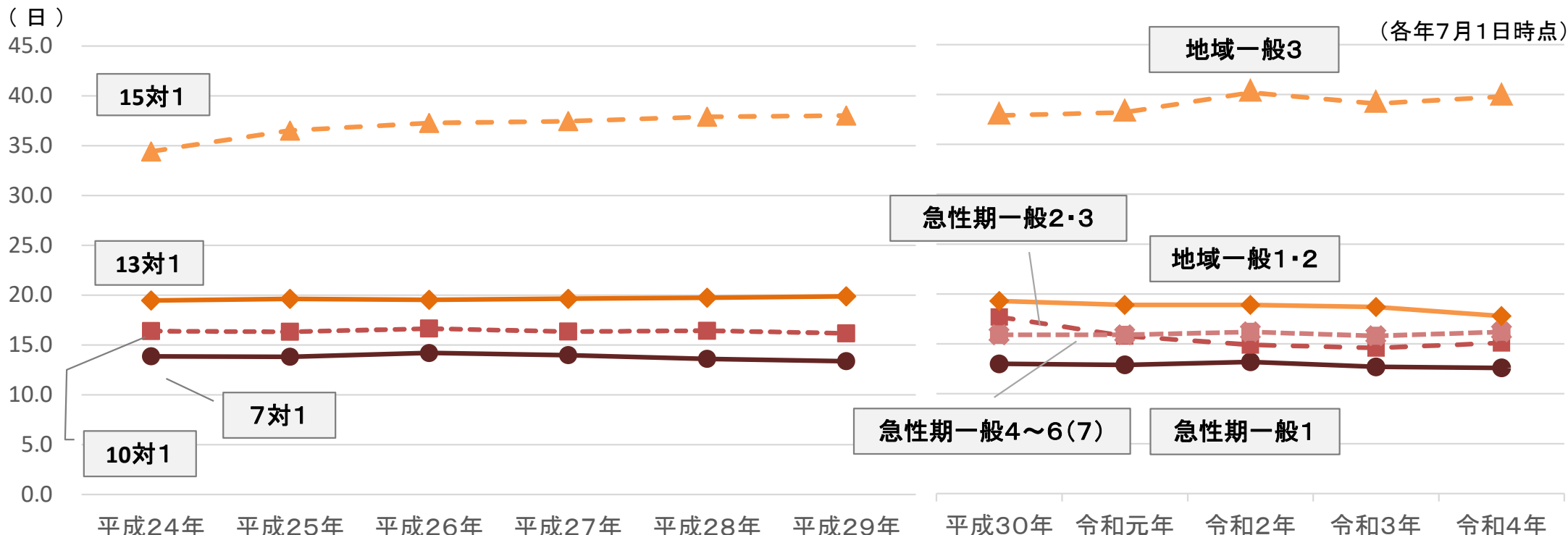


病床利用率(%)



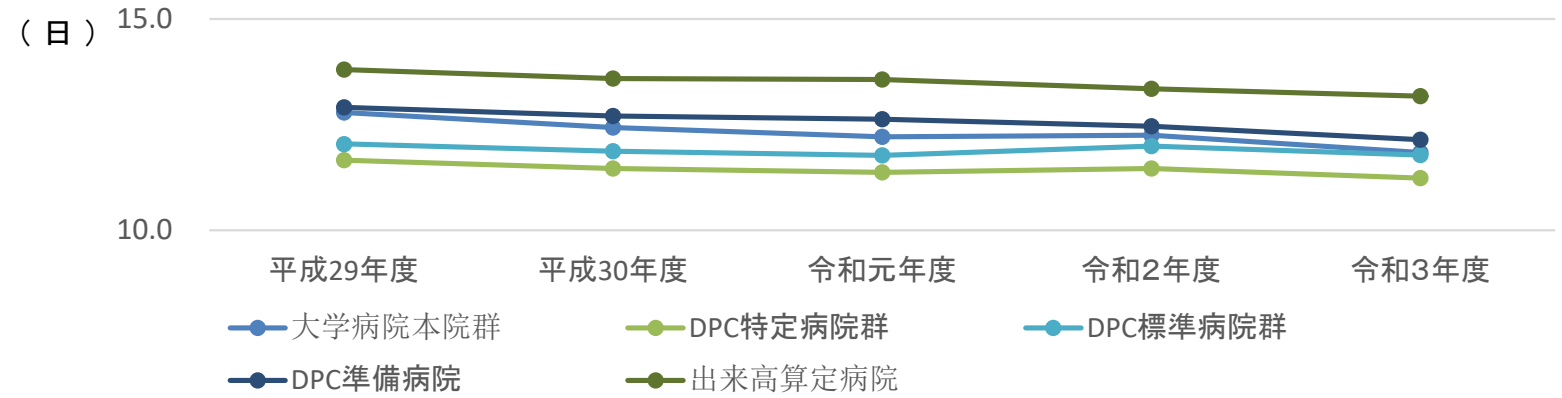
# 入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料）

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、全体的に、横ばいの傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

(参考)施設類型毎の在院日数の平均

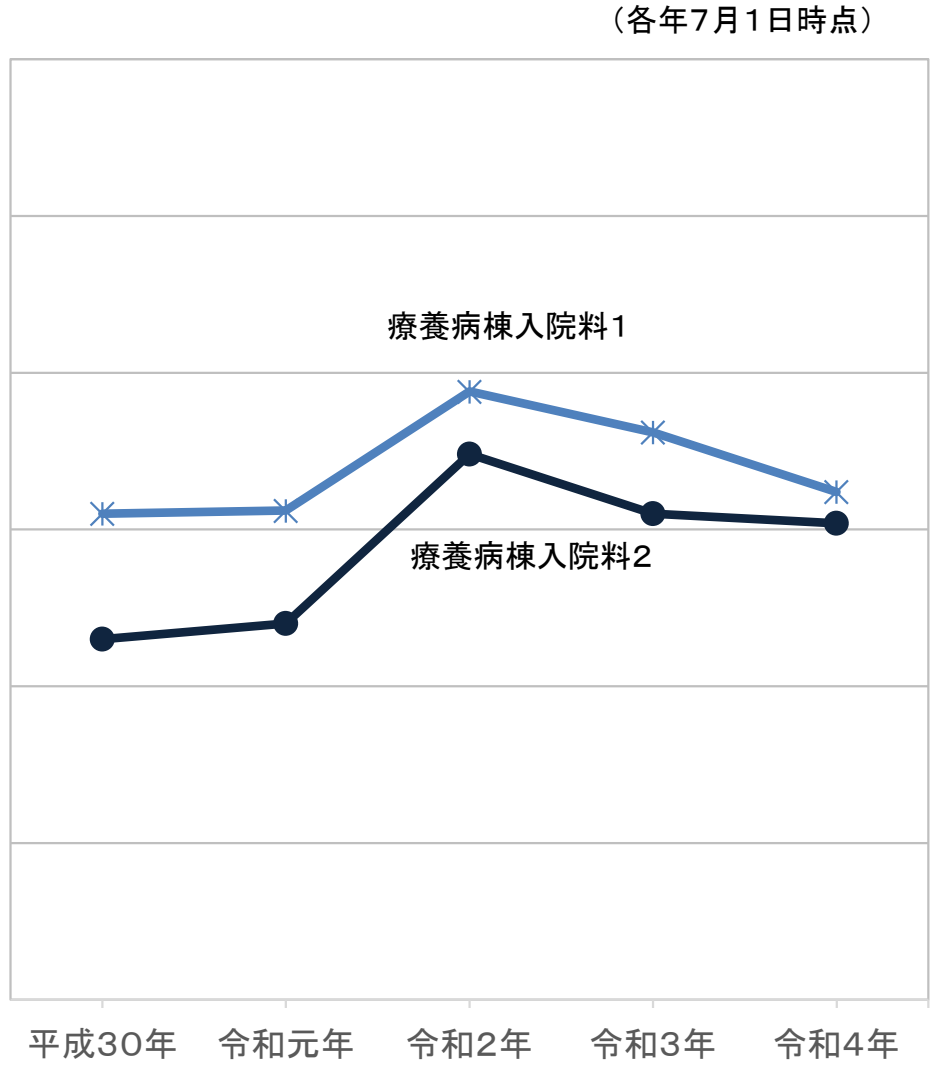
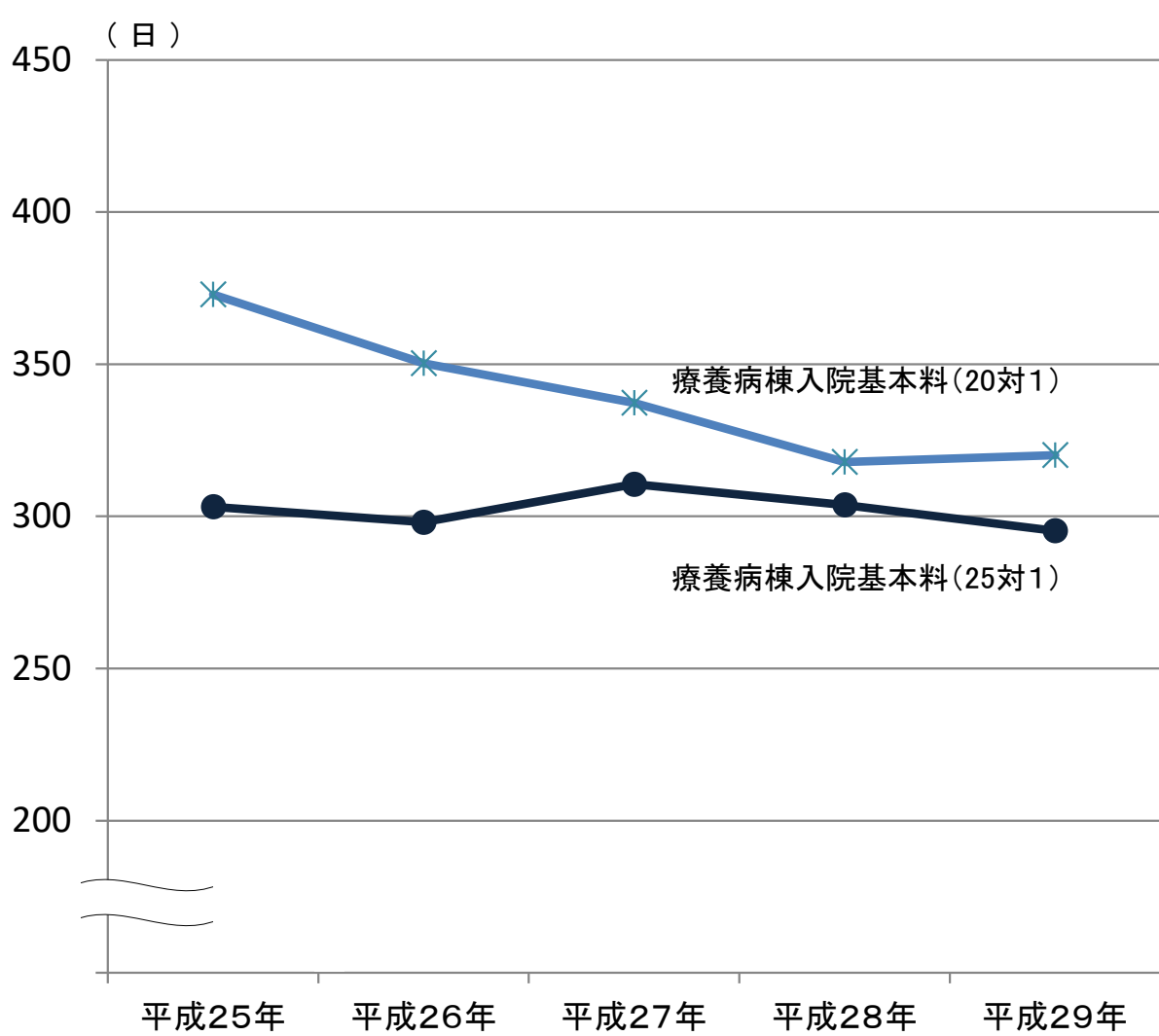


出典：保険局医療課調べ

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

# 入院料別の平均在院日数の推移（療養病棟入院基本料）

○ 平均在院日数の推移は以下のとおりであった。平均在院日数を入院料1と2で比較すると、入院料1のほうが入院料2よりも長い傾向であった。



(各年7月1日時点)

### (3) 外来、かかりつけ医機能



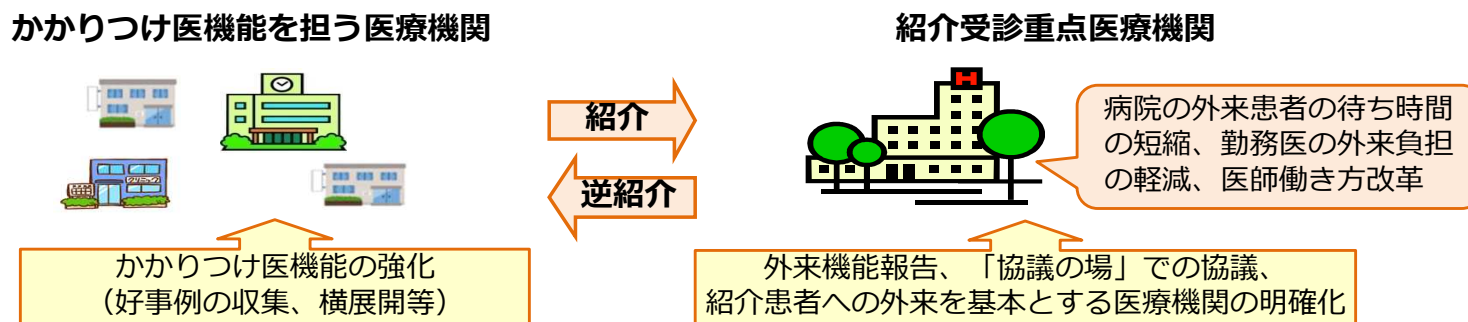
## 1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

## 2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
  - ① 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）する。
  - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「紹介受診重点外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化
  - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



- 〈「紹介受診重点外来」〉
- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
  - 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
  - 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

# 紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目して、以下のとおり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)を明確化する。

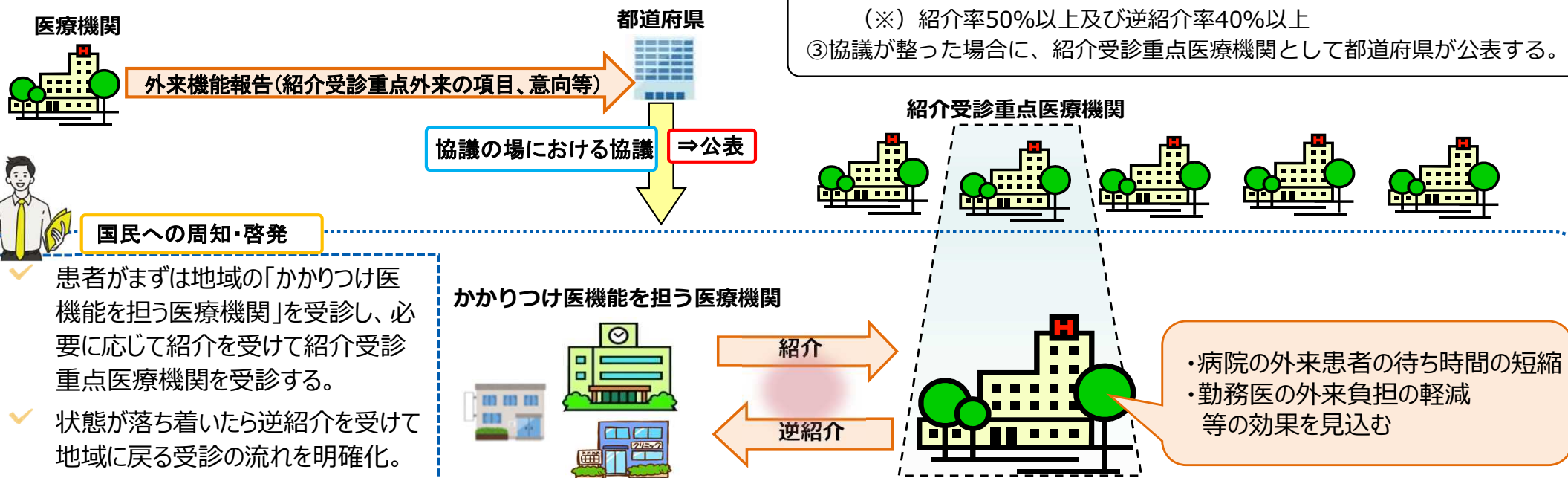
- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

## 【外来機能報告】

- 紹介受診重点外来等の実施状況
  - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

## 【協議の場】

- ① 紹介受診重点外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
  - (※) 初診に占める紹介受診重点外来の割合40%以上 かつ  
再診に占める紹介受診重点外来の割合25%以上
- ② 紹介受診重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
  - (※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



## 国民への周知・啓発

- ✓ 患者がまずは地域の「かかりつけ医療機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診する。
- ✓ 状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る受診の流れを明確化。

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

**第30条の18の2 病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの**(以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、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外来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**。

**第30条の18の3 患者を入院させるための施設を有しない診療所**(以下この条において「無床診療所」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、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無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。

## 目的

- 「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

## 報告項目

- (1) **紹介受診重点外来の実施状況**
- (2) **紹介受診重点医療機関となる意向の有無**
- (3) **地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項**  
紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等

「協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

## 対象医療機関

義務： 病院・有床診療所  
任意： 無床診療所

## 報告頻度

年1回  
(10～11月に報告を実施)

## 紹介受診重点外来

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来  
例) 悪性腫瘍手術の前後の外来
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来  
例) 外来化学療法、外来放射線治療
- 特定の領域に特化した機能を有する外来  
例) 紹介患者に対する外来

## 紹介受診重点医療機関の基準

意向はあるが基準を満たさない場合

- 上記の外来の件数の占める割合が
- ・ 初診の外来件数の40%以上かつ
  - ・ 再診の外来件数の25%以上

## 参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

## 概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づく、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたものである。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

## 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

### ① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、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。

### ② 外来機能報告を踏まえた「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関」(紹介受診重点医療機関) \*

### ③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)し、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化。

### ④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

### ⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

### ⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

\* 令和4年4月施行

## 外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

# 年齢別平均傷病数と外来受診率（在宅を含む）

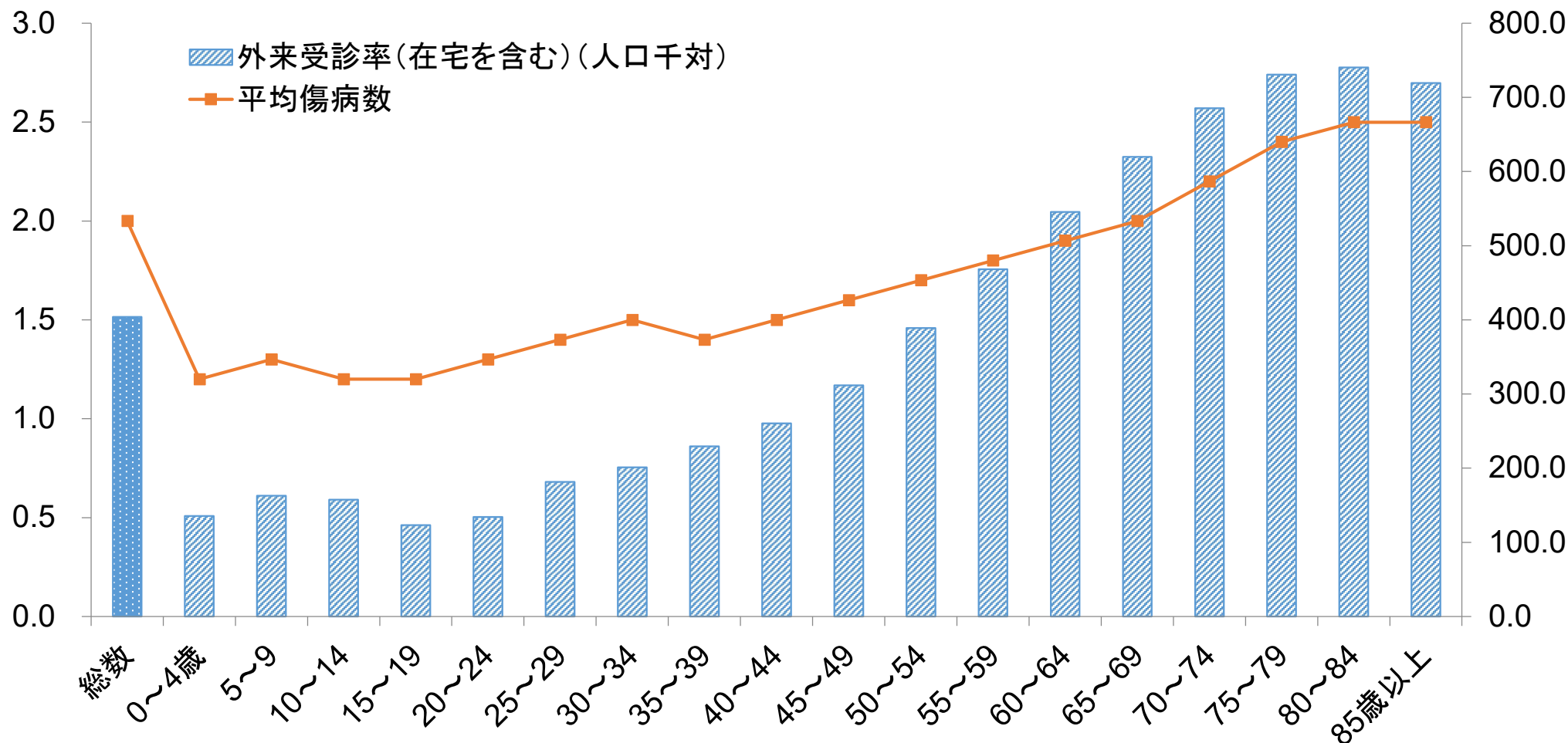
中医協 総 - 8  
5 . 6 . 2 1

○ 高齢者の方が、平均傷病数および外来受診率（在宅を含む）が高くなる傾向にある。

※外来受診率（在宅を含む） = 通院者数 ÷ 世帯人員数 × 1,000

平均傷病数

外来受診率（在宅を含む）（人口千対）

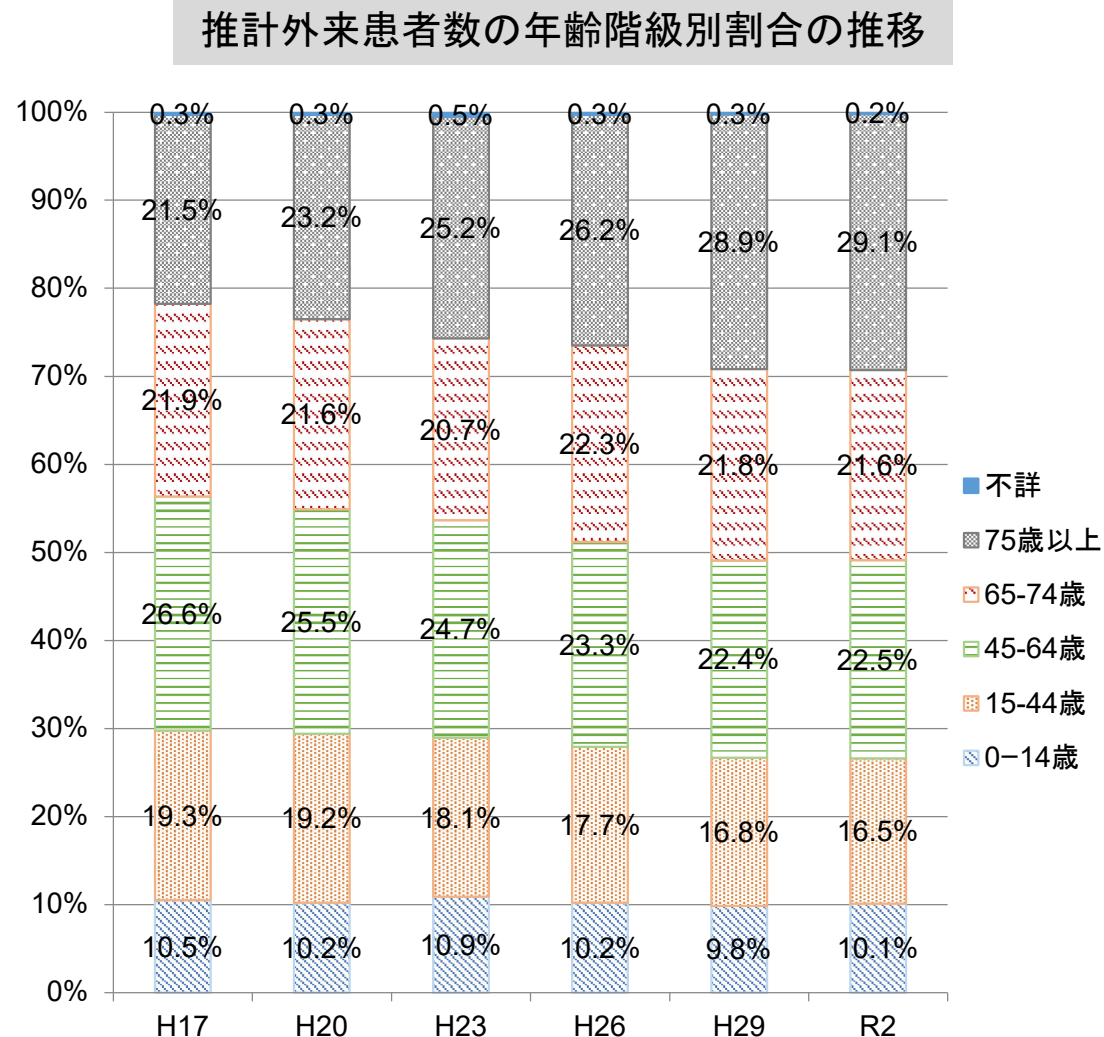
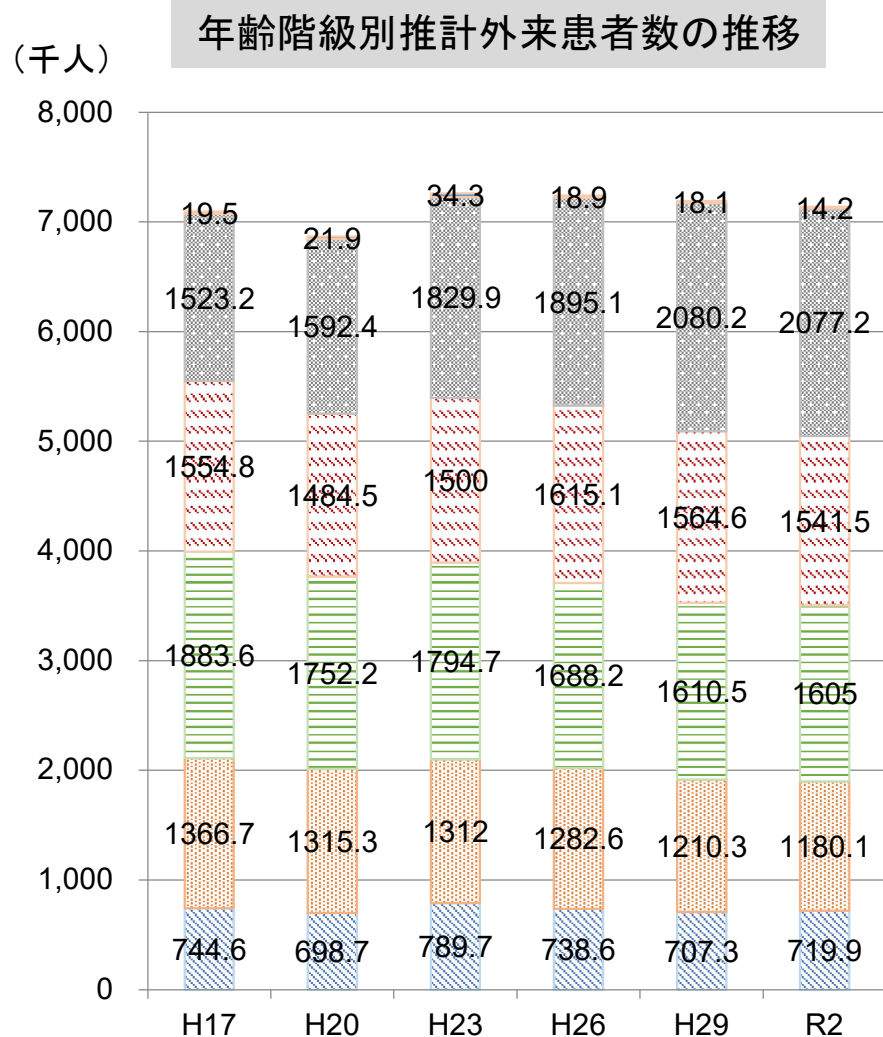


※ 通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。（往診、訪問診療を含む。）

※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

# 推計外来患者の年齢階級別の推移

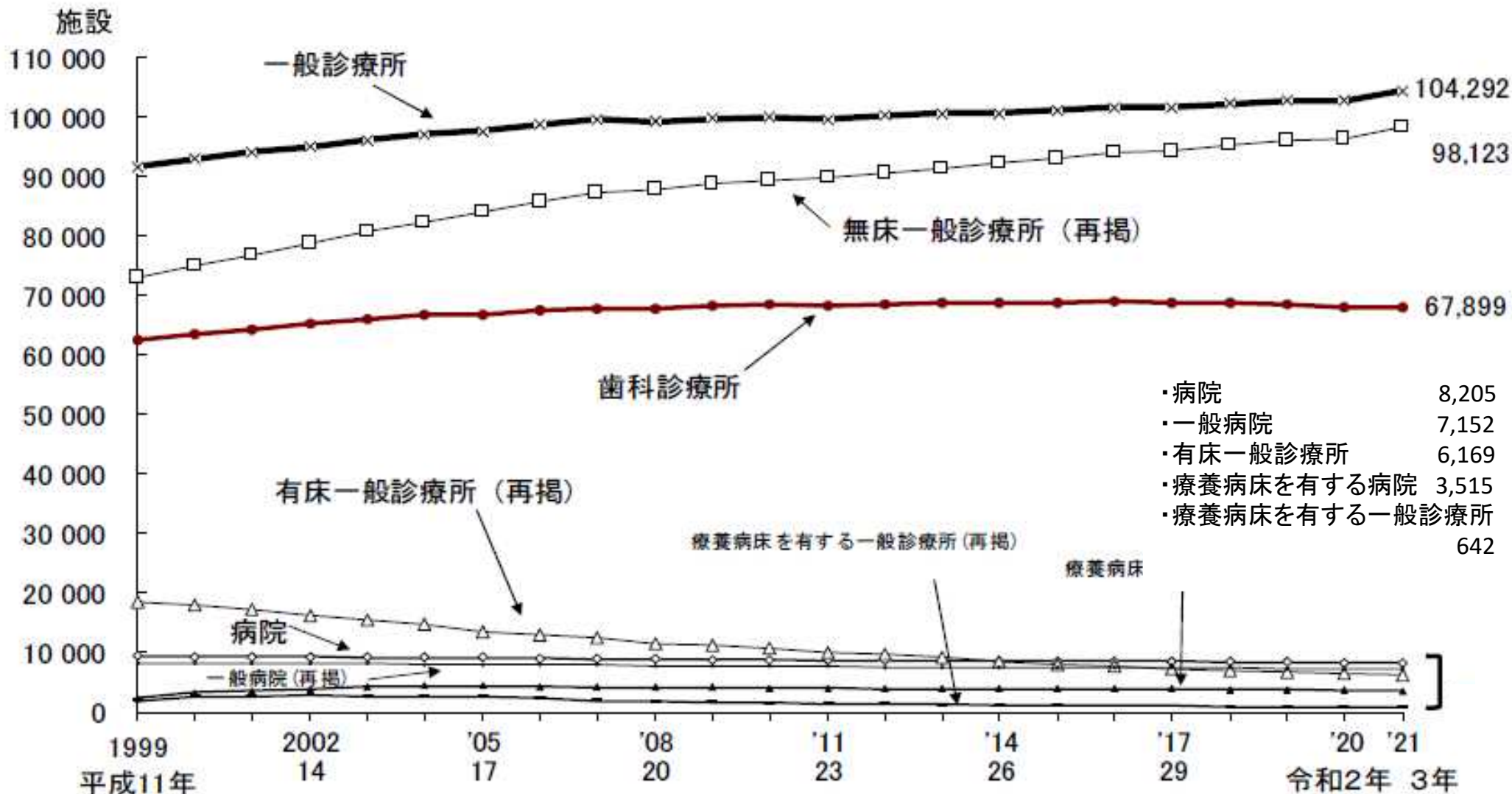
○ 推計外来患者の75歳以上の患者の割合は増加傾向である。



※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者(往診、訪問診療を含む)の推計数である。

# 医療施設数の年次推移

- 医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。
- 一般診療所の総数は近年増加傾向にある。



# 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

資料1

## 改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### 1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。  
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

### 2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。  
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

### 3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

### 4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和5年9月末→令和8年12月末)等を行う。

等

## 施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）



# かかりつけ医機能が発揮される制度整備

令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

資料1

## 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

## 概要

### **(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）**

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

### **(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）**

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めるとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

### **(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）**

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

# 医療機能情報提供制度の刷新

令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

資料1

➤ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」(※)の充実・強化を図る。

(※) 医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報(診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等)について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

## 【見直しのポイント】

① 医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

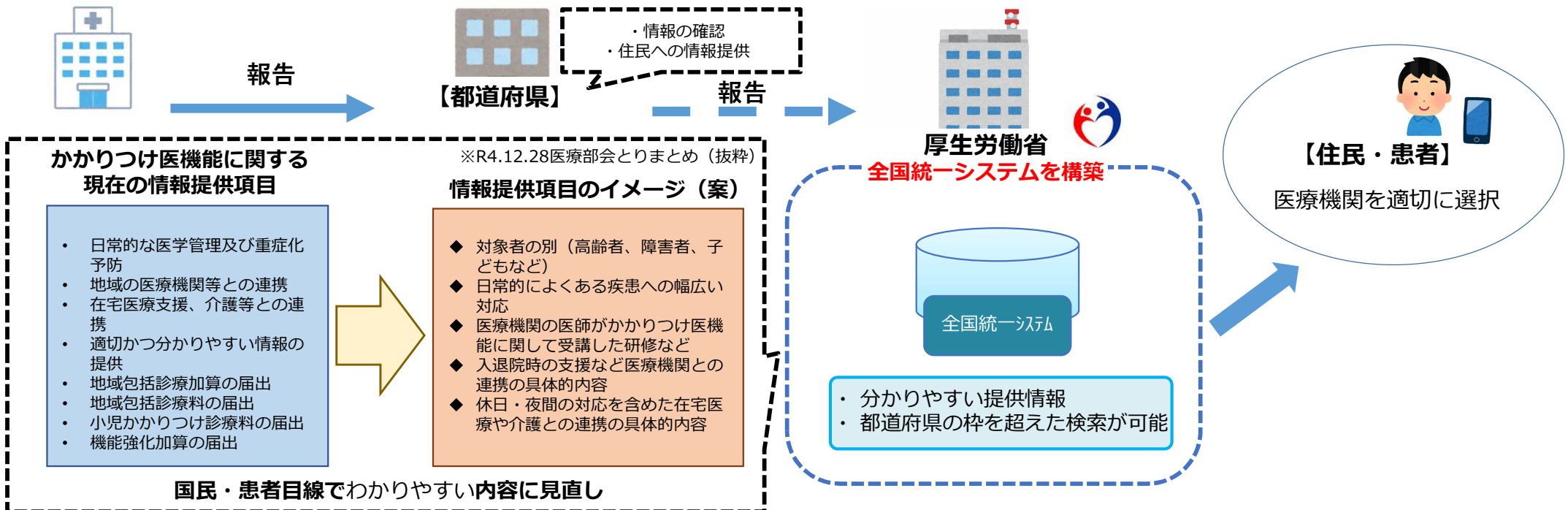
<かかりつけ医機能>

**身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義**

② 全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

③ 国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**(厚生労働省令)

(具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。)



# かかりつけ医機能報告の創設

令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

資料1

- **慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。**

- **慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告を行う。**（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

## 【報告対象となる医療機関】

- 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  
※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

## 【報告事項】

- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）
  - ①：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）
  - ②：①を有する場合は、(1)**通常診療時間外の診療**、(2)**入退院時の支援**、(3)**在宅医療の提供**、(4)**介護サービス等と連携した医療提供**、(5)**その他厚生労働省令で定める機能**（(1)～(4)は厚生労働省令で定めるものに限る）  
・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容
- 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした**医療機関がその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**有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより公表する。**
- 都道府県知事は、**医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。**

# かかりつけ医機能報告の流れ

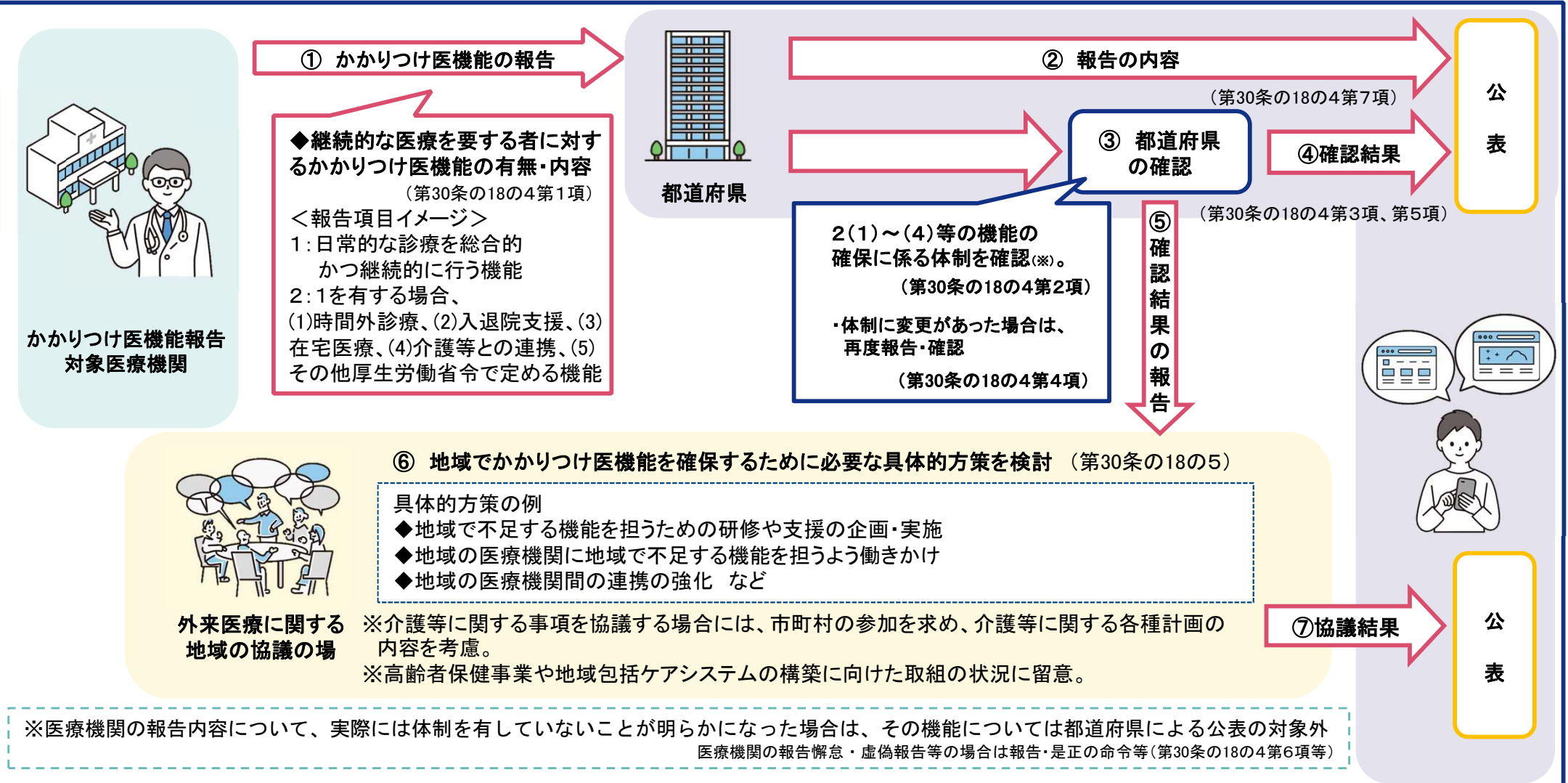
令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

資料1

## かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



# 患者に対する説明について

令和5年9月29日

第102回社会保障審議会医療部会

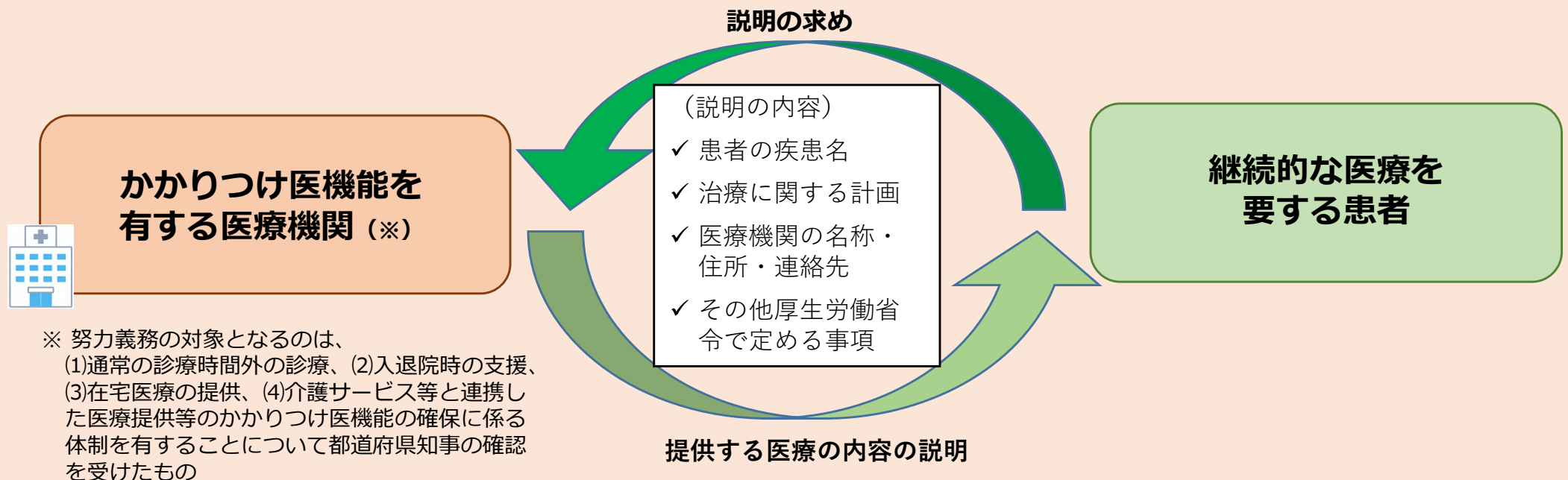
資料1

- かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

# かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた基本的な考え方（案）

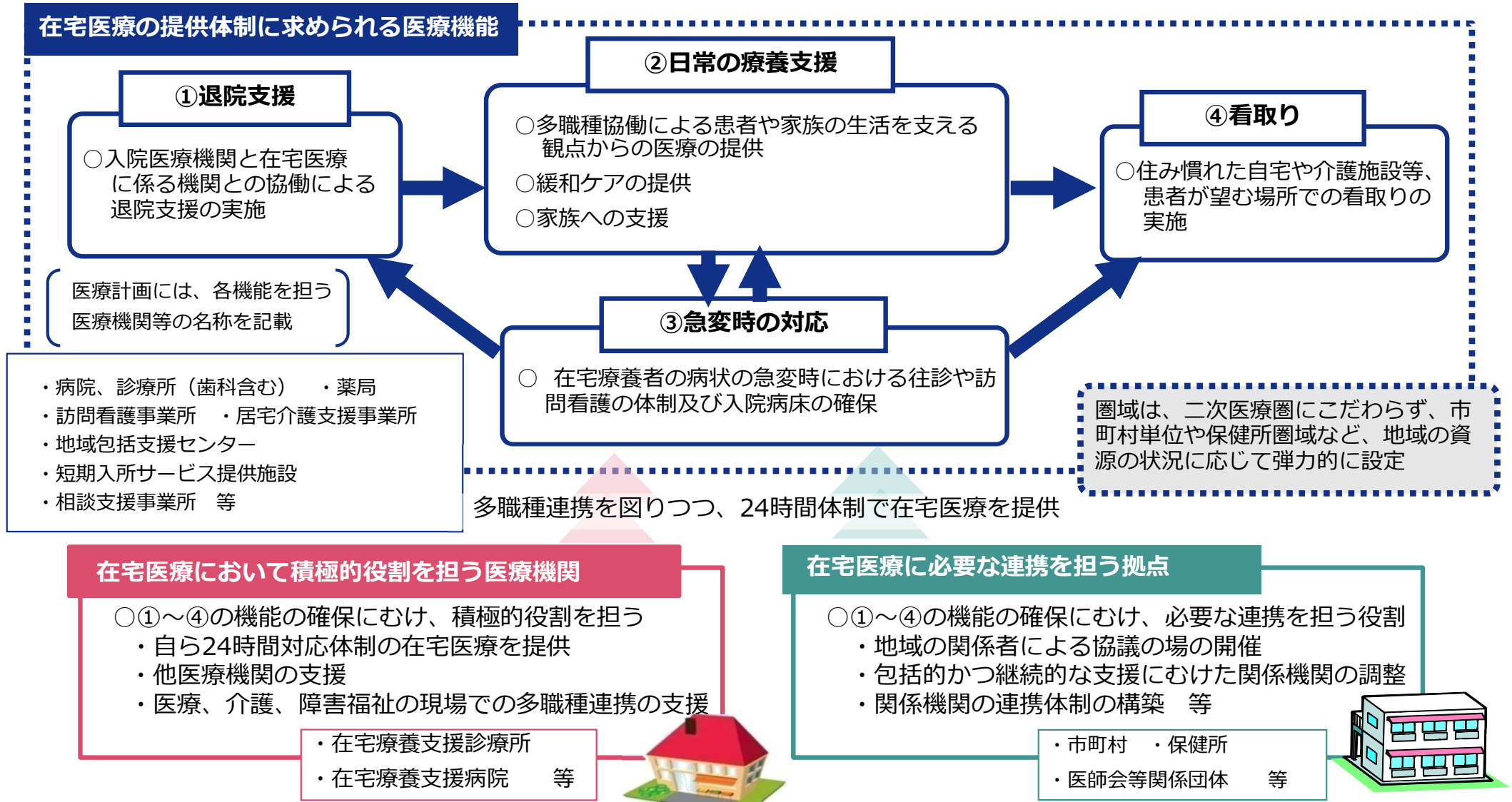
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要ではないか。
- このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、
  - ・ 「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、明確化することによって、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要ではないか。
  - ・ また、「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域での確保状況を確認して、地域で不足する機能を確保する方策（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）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ことが重要ではないか。
  - ・ その際、地域性を踏まえた多様な「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルの提示を行い、地域で不足する機能の確保のため、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、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ではないか。
- 「地域における協議の場」でのかかりつけ医機能に関する協議について、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での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要ではないか。
- かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備として、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修を充実して、患者の生活背景等も踏まえて幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師の増加を促していくことが重要ではないか。
- 地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けて、在宅医療・介護連携推進事業による相談支援や在宅医療研修等の取組、地域医療連携推進法人等による病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療等の推進、都道府県・市町村職員の研修等を充実していくことが重要ではないか。また、医療DXによる医療機関間の情報共有基盤の整備等に取り組むことが重要ではないか。

## (4) 在宅医療

# 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

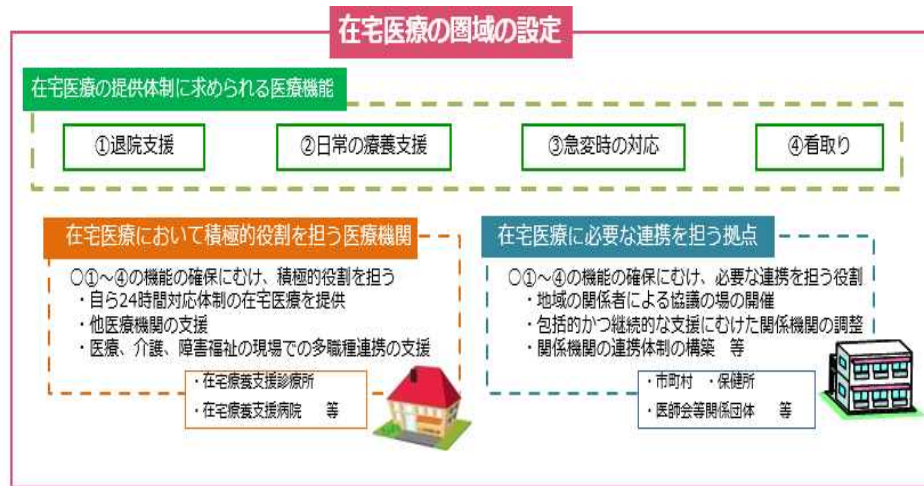


# 在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

## 概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

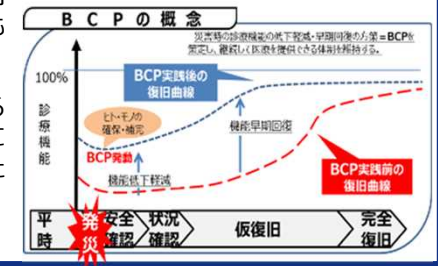
## 在宅医療の提供体制



- ◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- ◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- ◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

## 急変時・看取り、災害時等における整備体制

- ◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- ◆ 災害時には、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



## 在宅医療における各職種の関わり

- ◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- ◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- ◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- ◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- ◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

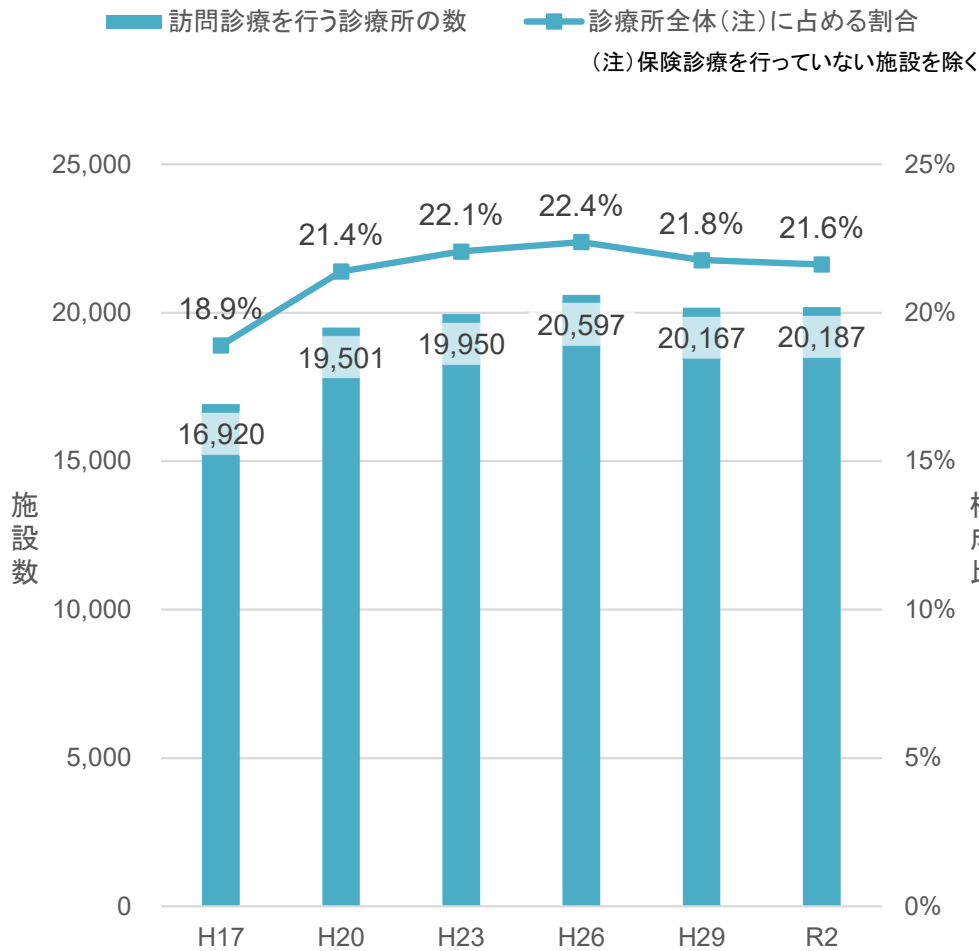
# 在宅医療の提供体制

○ 訪問診療に対応する医療機関の数は、令和2年時点では診療所では全体の約22%、病院では平成26年以降増加に転じ、全体の約36%であった。

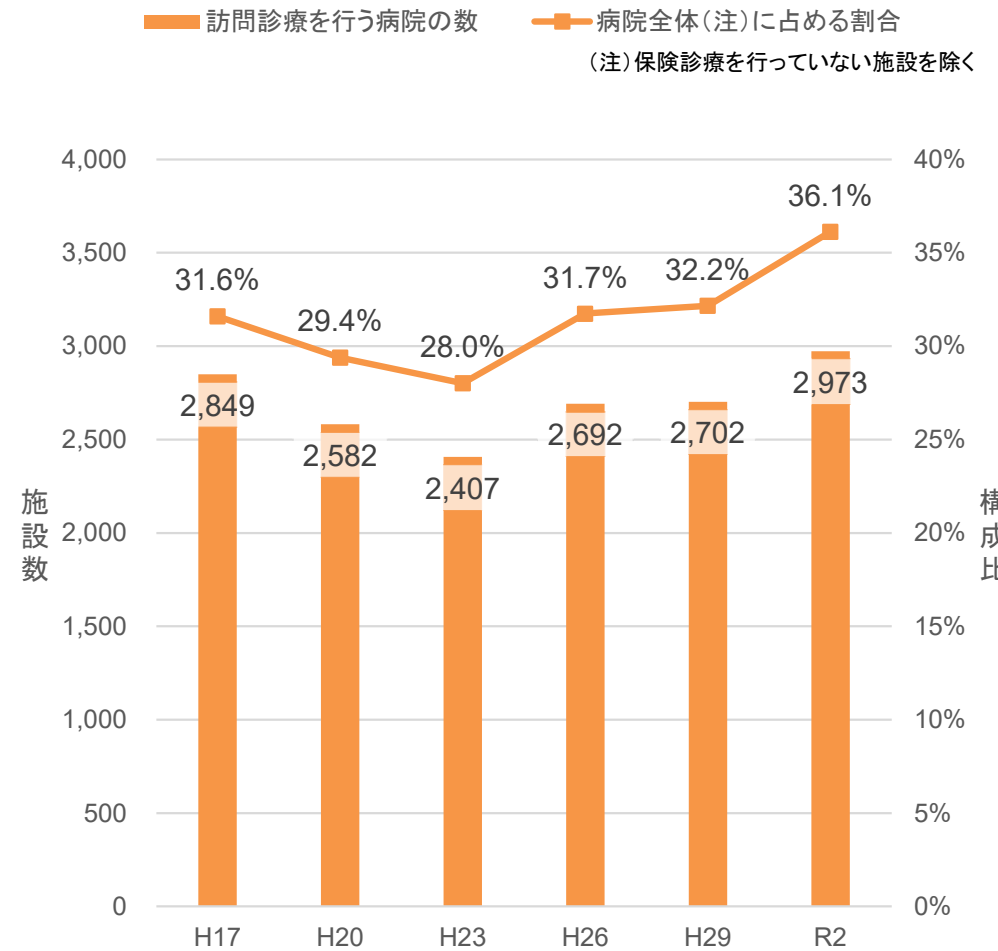
## 訪問診療を行う医療機関数の推移

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

### 診療所



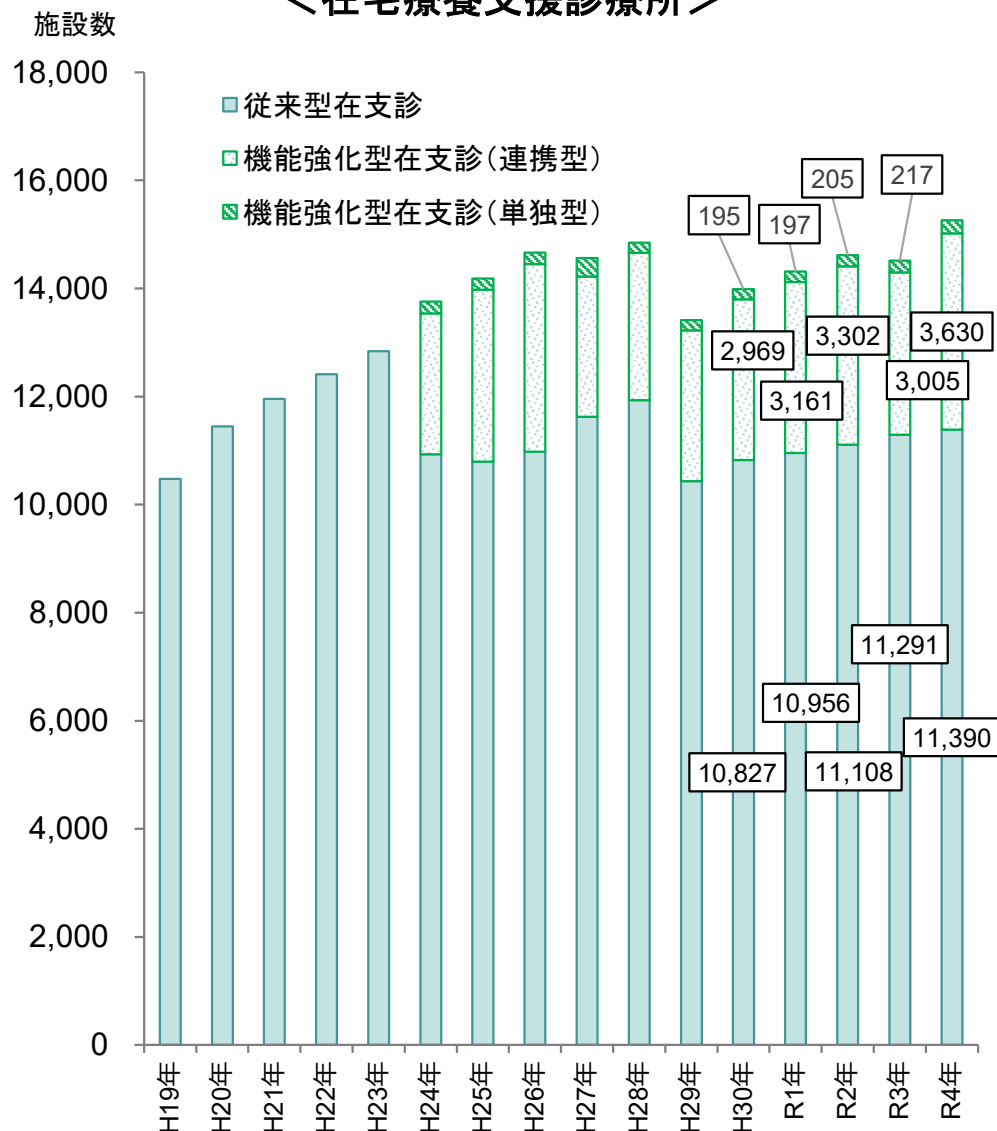
### 病院



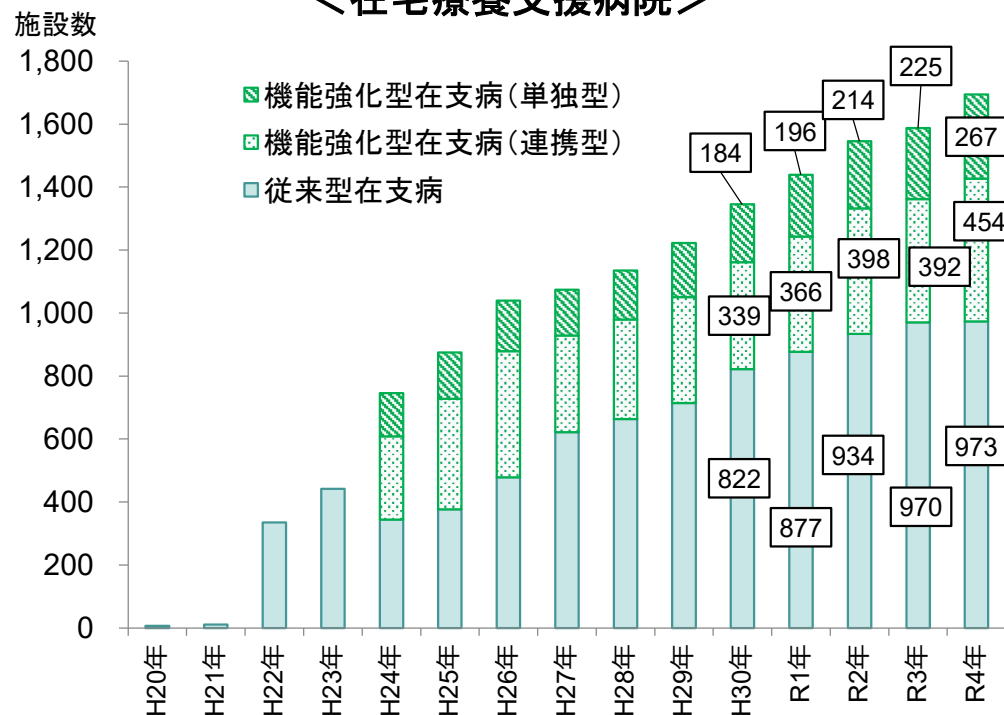
# 在宅療養支援診療所等の届出数

- 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
- 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。

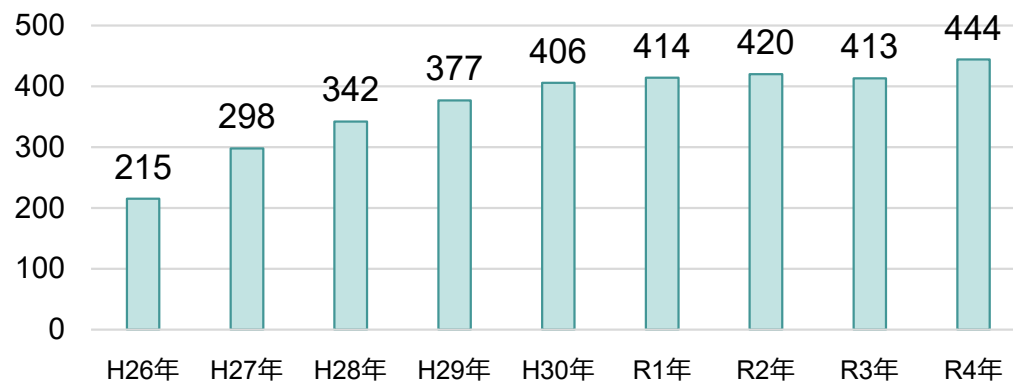
## <在宅療養支援診療所>



## <在宅療養支援病院>

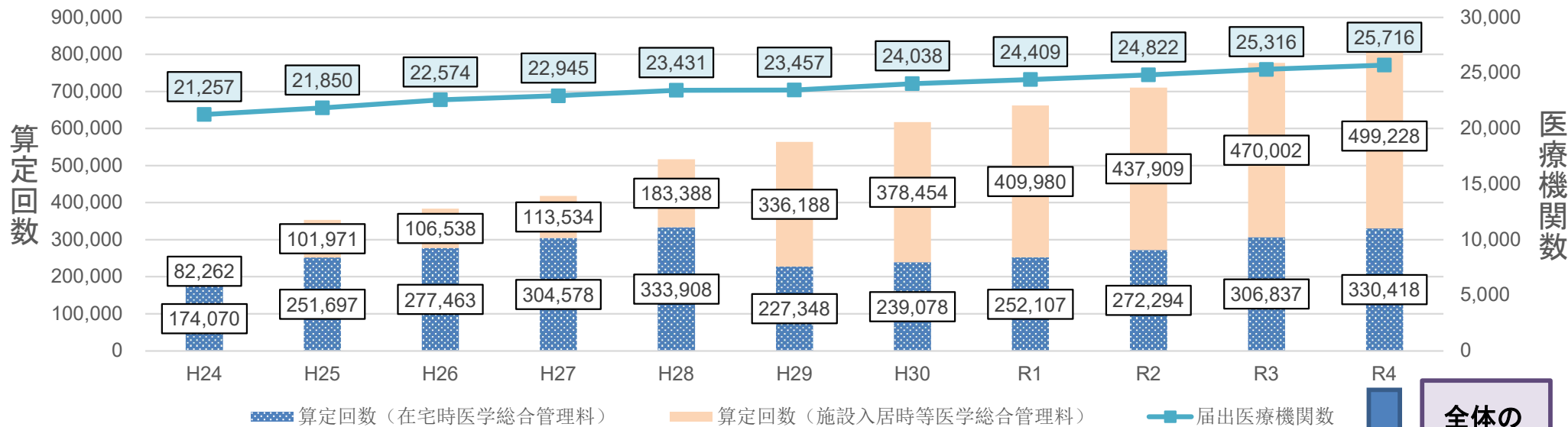


## <在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設

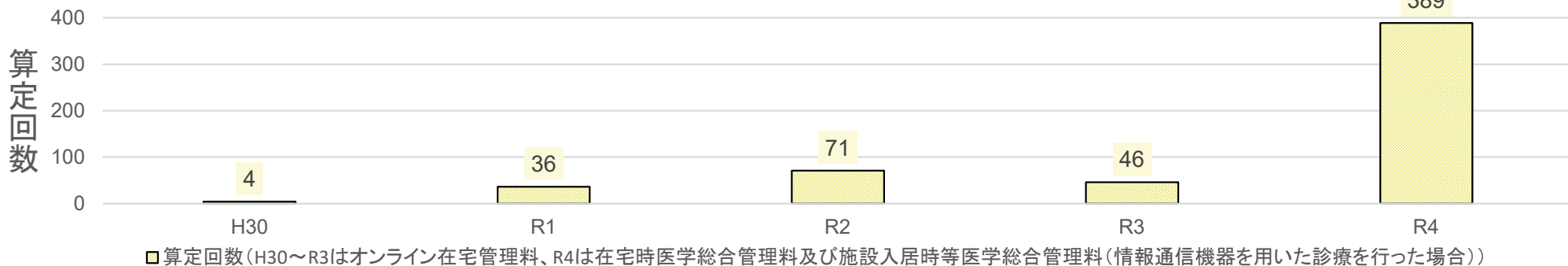


# 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。
- 情報通信機器を用いた診療を行った在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料について、令和4年5月時点における算定回数は全体の約0.05%である。



情報通信機器を用いた診療を行った在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定回数



全体の約0.05%

□算定回数(H30~R3はオンライン在宅管理料、R4は在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(情報通信機器を用いた診療を行った場合))

出典：算定回数については社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

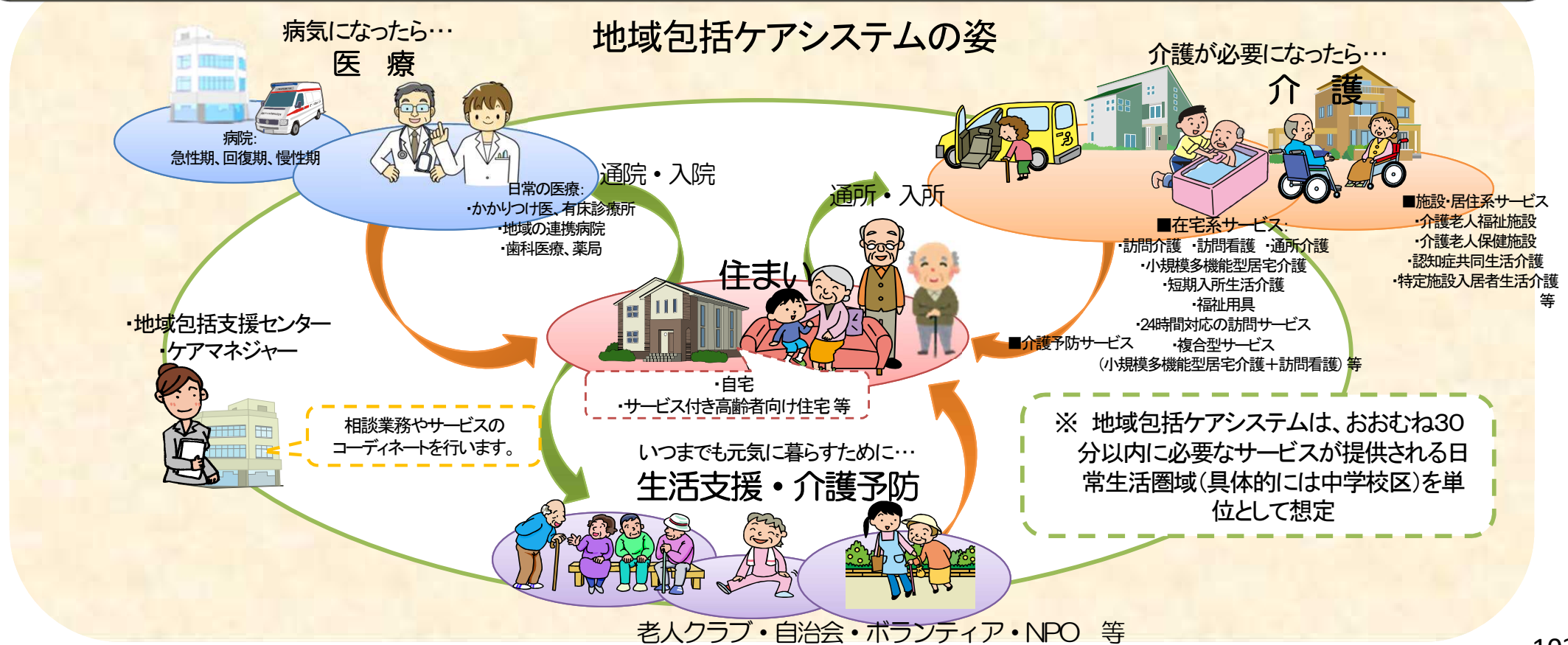
届出医療機関数については保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

情報通信機器情報通信機器を組み合わせ実施した在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況については令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査及びNDBデータより

## (5) 医療・介護連携

# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

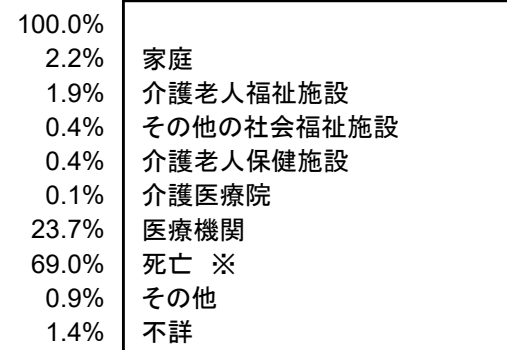
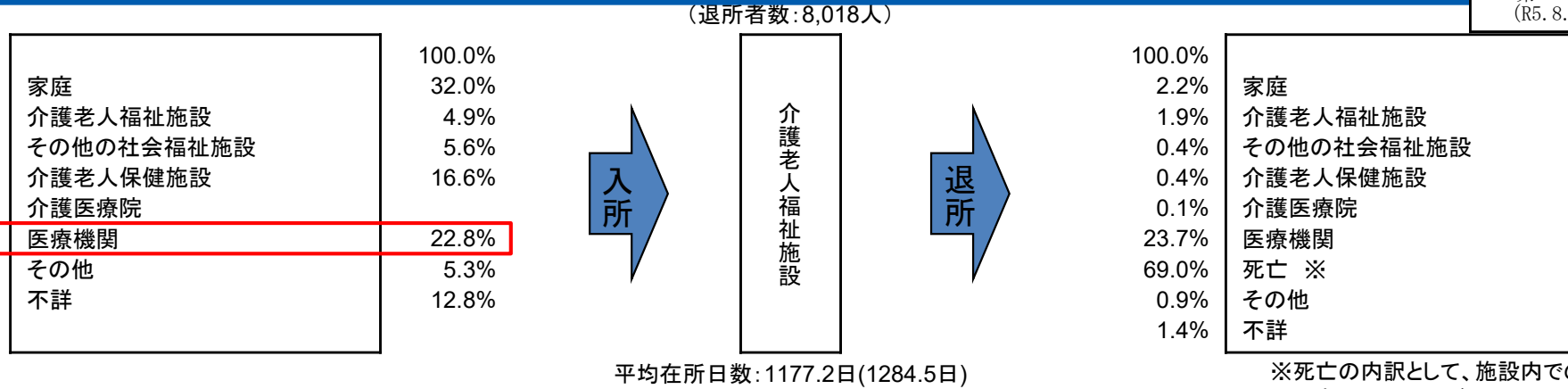


# 介護保険三施設における入所者・退所者の状況

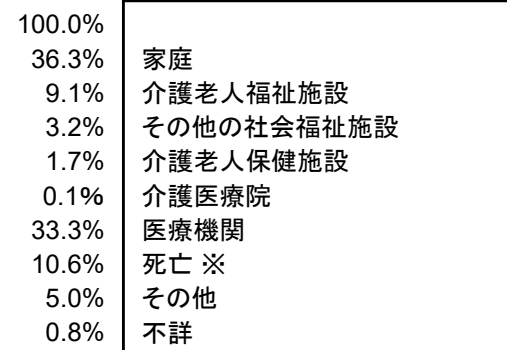
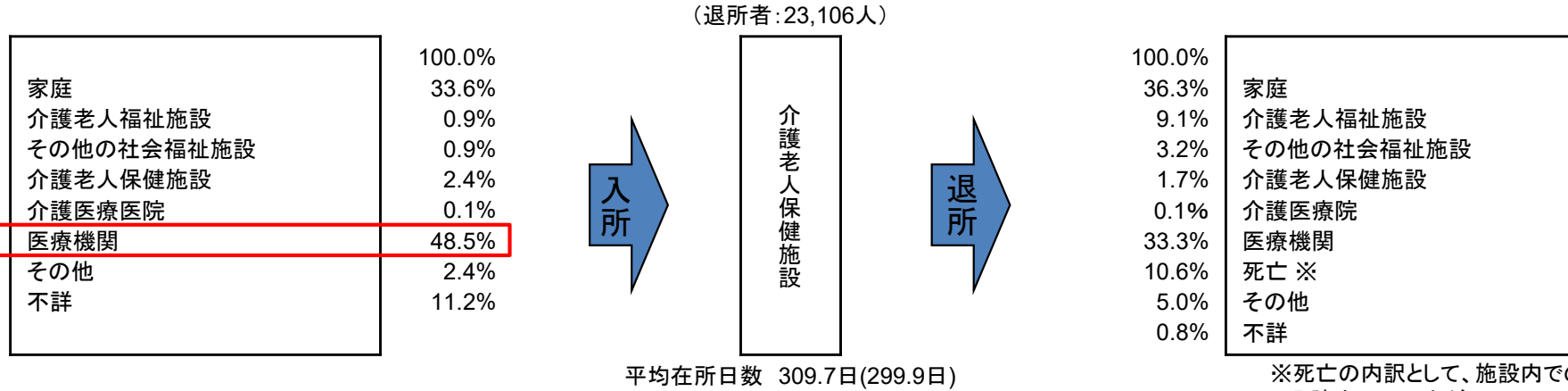
社保審一介護給付費分科会

第221回  
(R5.8.7)

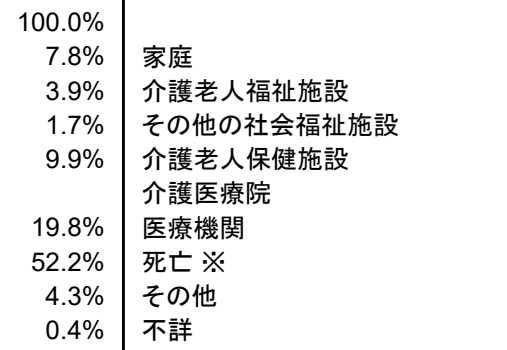
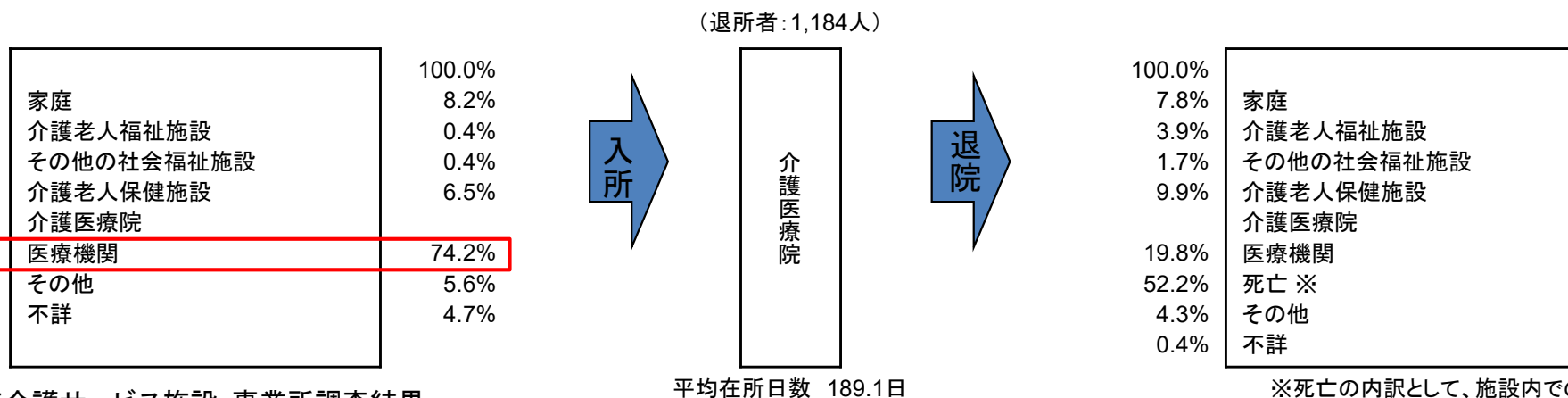
資料5 一  
部改



※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%、入院先での死亡が34.9%



※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%、入院先での死亡が7.1%



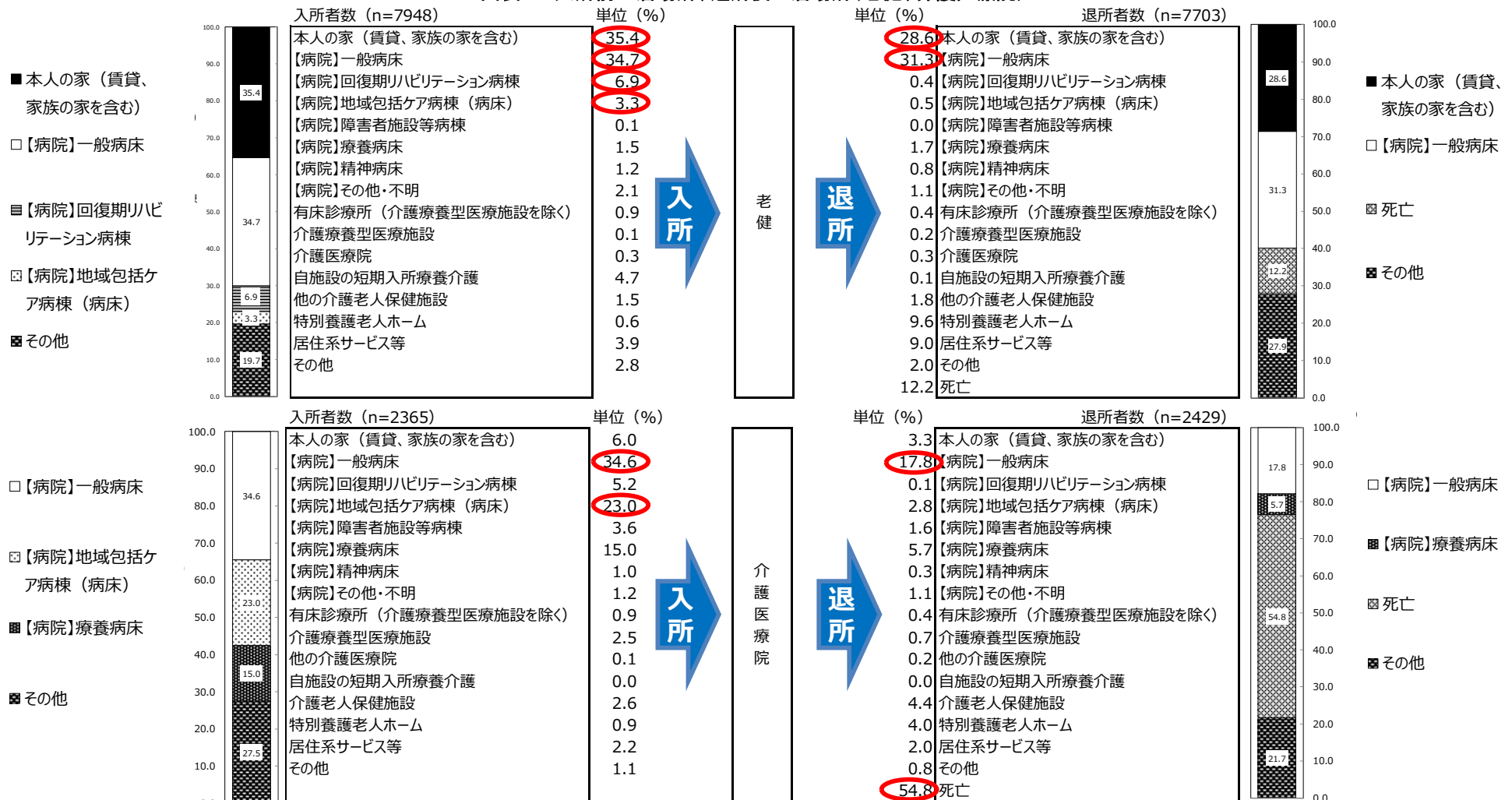
※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

# 介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所(介護老人保健施設票問17、介護医療院票問17)】

- 老健では、入所前の居場所として「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が35.4%、「一般病床」が34.7%、「回復期リハビリテーション病棟」が6.9%、地域包括ケア病棟(病床)が3.3%、退所後の居場所として「一般病床」が31.3%、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が28.6%であった。
- 介護医療院では、入所前の居場所として「一般病床」が34.6%、「地域包括ケア病棟(病床)」が23.0%、退所後の居場所として「死亡」が54.8%、「一般病床」が17.8%であった。

図表13 入所前の居場所、退所後の居場所(老健、介護医療院) 注) 令和4年6月～8月までの新規入所者及び退所者数を集計





# 介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所(介護老人福祉施設票問14、介護療養型医療施設票問17)】

- 特養では、入所前の居場所として、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が35.0%、「介護老人保健施設」が17.8%、「一般病床」が13.7%、退所後の居場所として「死亡」が72.7%、「一般病床」が12.2%であった。
- 介護療養型医療施設では、入所前の居場所として、「一般病床」が51.7%、「本人の家(賃貸、家族の家を含む)」が8.7%、退所後の居場所として「死亡」が49.0%、「一般病床」が15.6%であった。

図表14 入所前の居場所、退所後の居場所(特養、介護療養型医療施設) 注) 令和4年6月～8月までの新規入所者及び退所者数を集計



# 介護老人保健施設の概要

## (定義)

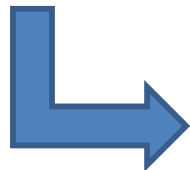
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第28項)

## (基本方針)

第一条の二 介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

(介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生省令第40号))



- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
- リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

# 介護医療院の概要

## (定義)

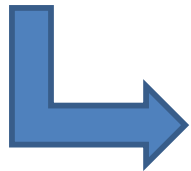
介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。

(介護保険法第8条第29項)

## (基本方針)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成30年厚生省令第5号))



○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設



## 介護保険施設の比較

			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
基本的性格			要介護高齢者のための生活施設 ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設	要介護高齢者の長期療養・生活施設
定義			老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設
主な設置主体※1			社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）
施設数※2			10,982 件	4,192 件	803件
利用者数※2			644,700 人	351,200人	46,100人
居室 面積 ・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
「多床室」の割合※3			19.7%	53.3%	71.9%
平均在所(院)日数※4			1,177日	310日	189日
低所得者の割合※4			68.6%	52.5%	50.1%
医師の配置基準			必要数(非常勤可)	1以上 / 100:1以上	I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上
医療法上の位置づけ			居宅等	医療提供施設	医療提供施設

※1 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より ※2 介護給付費等実態統計（令和5年11月審査分）より ※3 介護サービス施設・事業所調査（令和3年）より（数値はすべての居室のうち2人以上の居室の占める割合）  
 ※4 は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より ※2及び※3の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

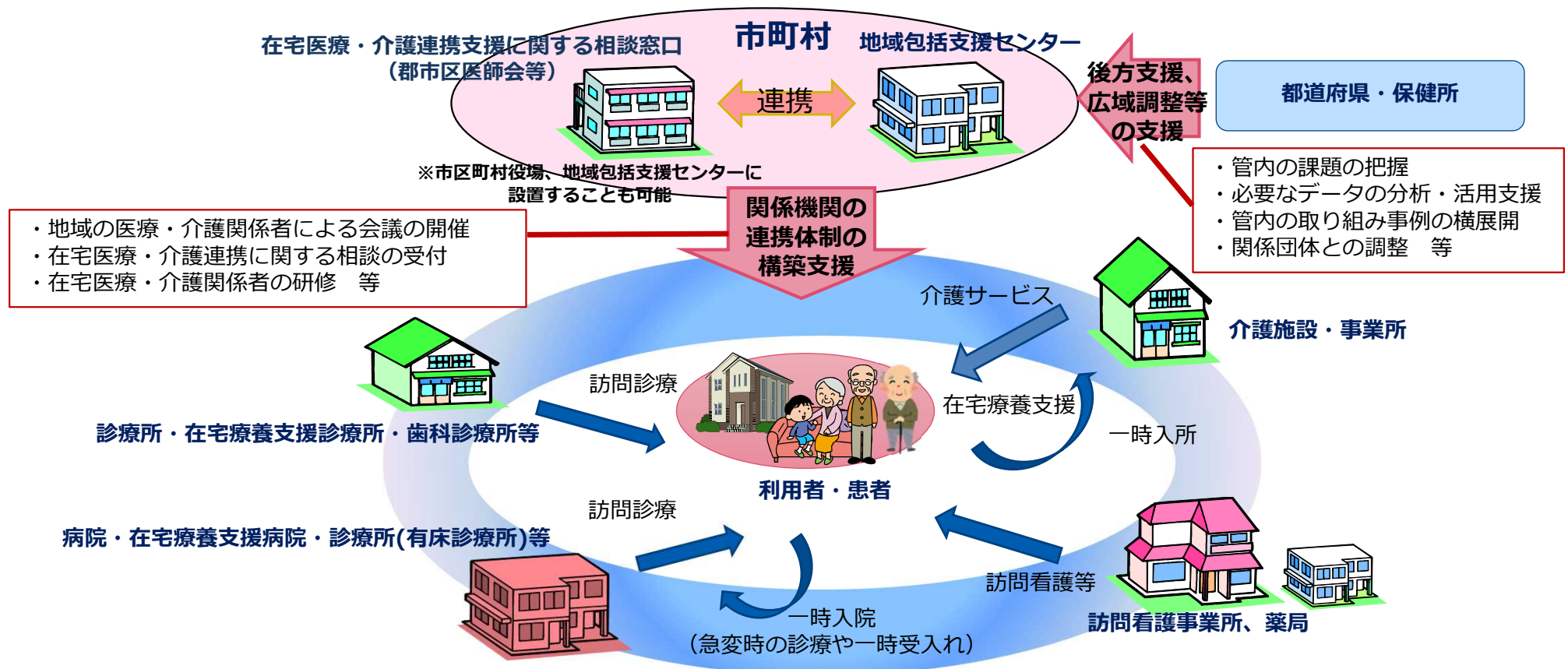
# 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

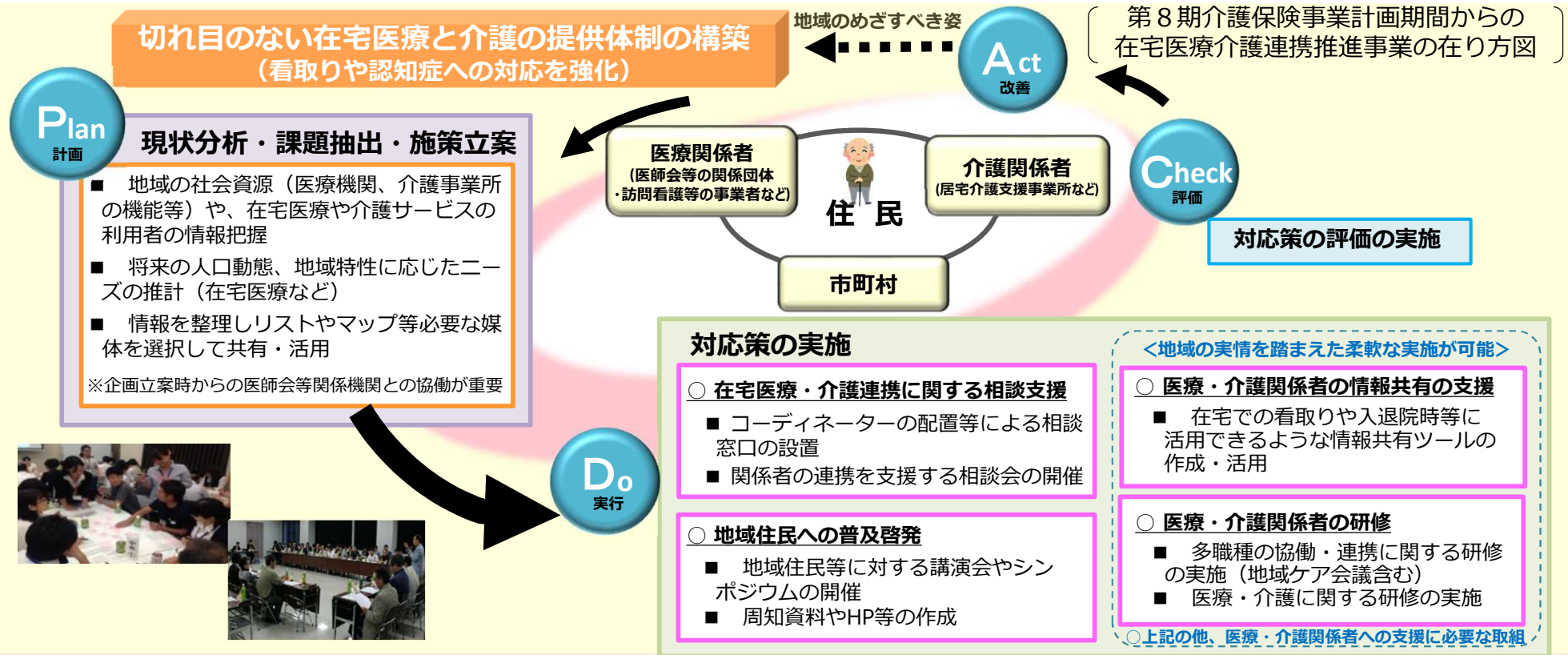
- ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



# 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



<市町村における庁内連携> 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 地域医療構想・医療計画との整合

# 在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別にみた連携の推進）



# 在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

## 国の取組み

### ①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

### ②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援

- ・ 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

### ③好事例の横展開

- ・ 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

## 都道府県の取組み

### ①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等

- ・ 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- ・ 他市町村の取組事例の横展開
- ・ 必要なデータの分析・活用支援
- ・ 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- ・ 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

### ②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携

- ・ 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- ・ 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- ・ 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

### ③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について

## 市町村の取組み

### 在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

#### ①現状分析・課題抽出・施策立案

- ・ 地域の医療・介護の資源の把握
- ・ 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- ・ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

#### ②対応策の実施

- ・ 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- ・ 地域住民への普及啓発
- 加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援



# 第8次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第8次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の4つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

## <「在宅医療の体制構築に係る指針」>

### 第2 医療体制の構築に必要な事項

#### 2 各医療機能と連携

##### (6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

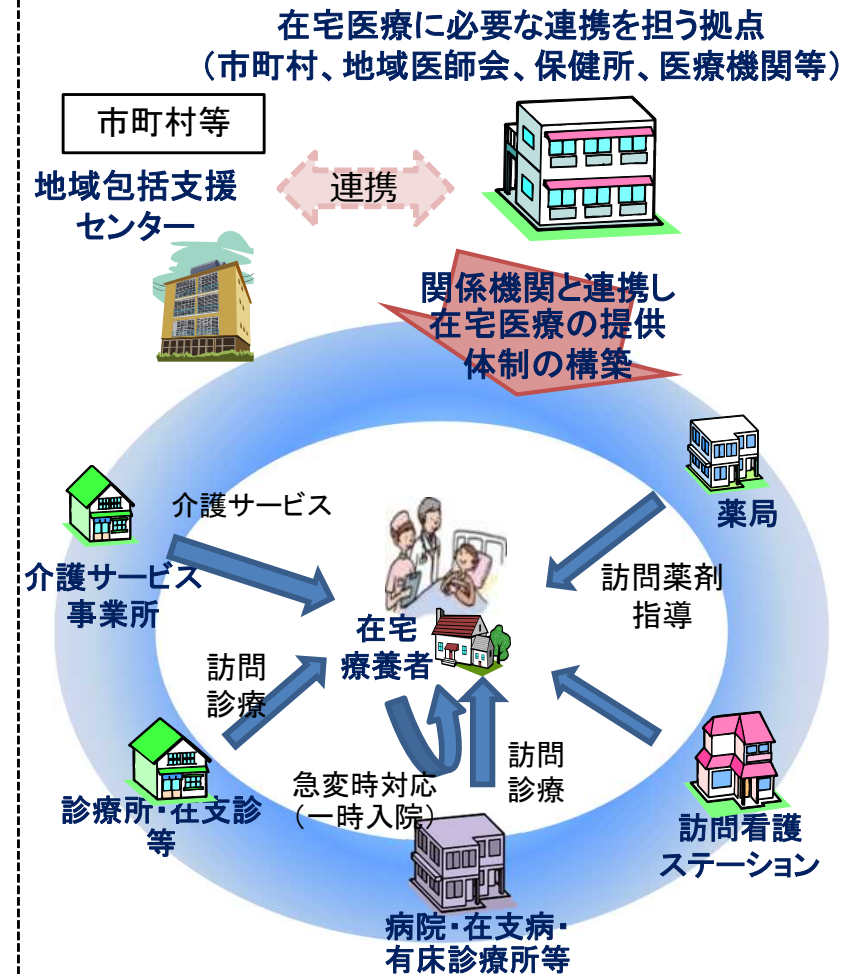
##### ① 目標

- 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

##### ② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

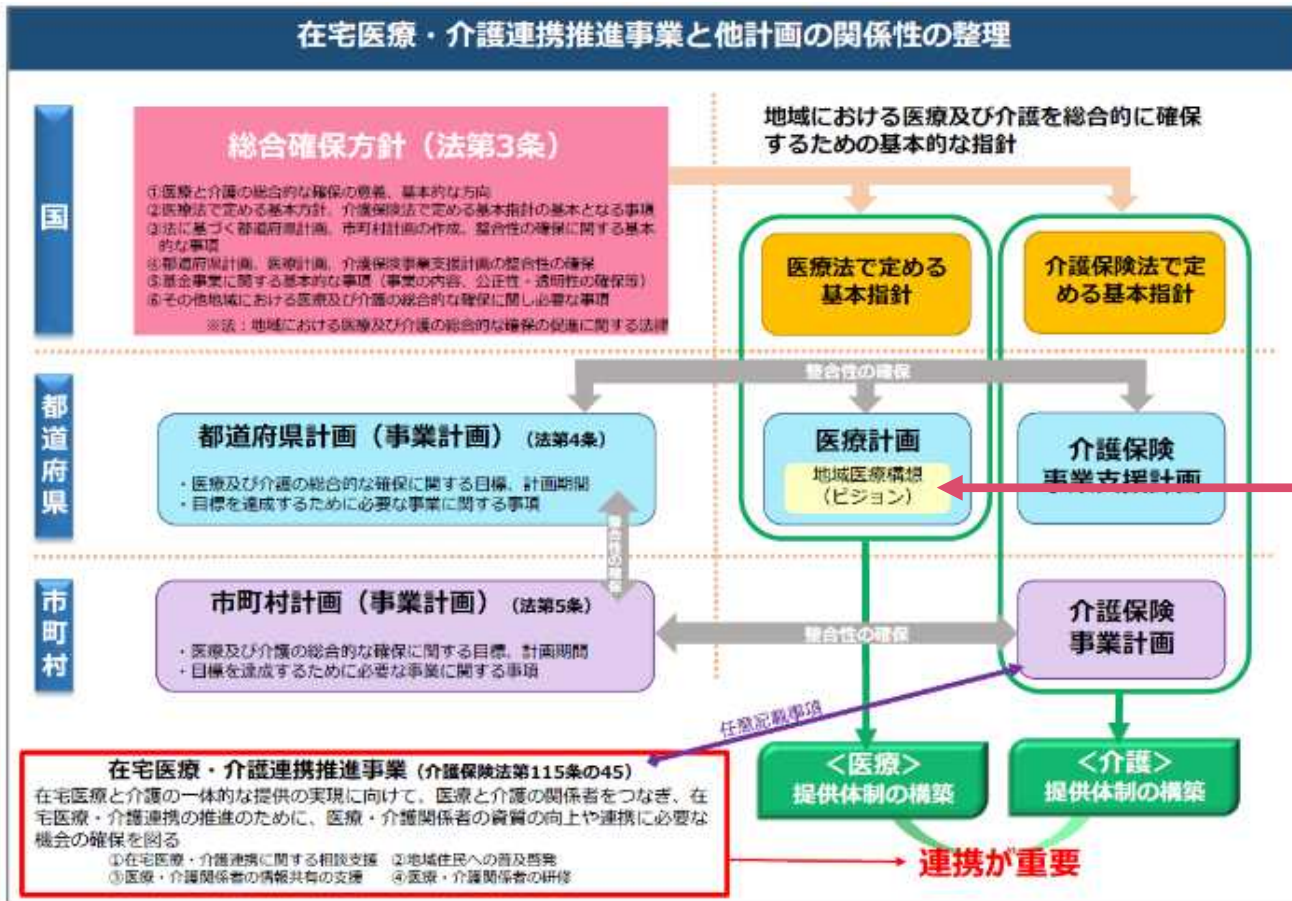
※ 赤字は第8次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」  
(令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知(令和5年6月29日一部改正))

# 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わり

- 第8次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である」と記載されている。
- 「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。



※ 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3（令和2年9月）

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】 病院、診療所、訪問看護事業所、  
地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

### 【求められる事項】

- ・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること  
（関係機関の例）
  - ・ 病院・診療所
  - ・ 薬局
  - ・ 訪問看護事業所
  - ・ 居宅介護支援事業所
  - ・ 訪問介護事業所
  - ・ 介護保険施設
  - ・ その他の介護施設・事業所
  - ・ 地域包括支援センター
  - ・ 基幹相談支援センター・相談支援事業所
  - ・ 消防機関

## (6) 医師の働き方改革

# 医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

## 現状

### 【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

### 【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

### 【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

## 目指す姿

**労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する**



**全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする**



**質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供**

## 対策

### 長時間労働を生む構造的な問題への取組

**医療施設の最適配置の推進**

(地域医療構想・外来機能の明確化)

**地域間・診療科間の医師偏在の是正**

**国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進**

### 医療機関内での医師の働き方改革の推進

**適切な労務管理の推進**

**タスクシフト/シェアの推進**

(業務範囲の拡大・明確化)

**一部、法改正で対応**

＜行政による支援＞

- ・ 医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・ 経営層の意識改革（講習会等）
- ・ 医師への周知啓発 等

### 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）

**法改正で対応**

### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	
<b>A</b> （一般労働者と同程度）	<b>960時間</b>	<b>義務</b>	努力義務	
<b>連携B</b> （医師を派遣する病院）	<b>1,860時間</b> ※2035年度末を目標に終了		<b>義務</b>	<b>義務</b>
<b>B</b> （救急医療等）				
<b>C-1</b> （臨床・専門研修）	<b>1,860時間</b>			
<b>C-2</b> （高度技能の修得研修）				

### 医師の健康確保

#### 面接指導

健康状態を医師がチェック

#### 休息時間の確保

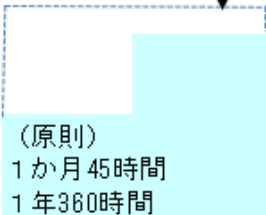
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

【時間外労働の上限】

- (例外)
- ・年720時間
  - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
  - ・月100時間未満 (休日労働含む)
  - 年間6か月まで



※この(原則)については医師も同様。

## 2024年4月～

年1,860時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む  
 年1,860時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む ⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

**A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準**

連携B  
例水準  
(医療機関を指定)

B  
地域医療確保暫定特

C-1  
集中的技能向上水準  
(医療機関を指定)

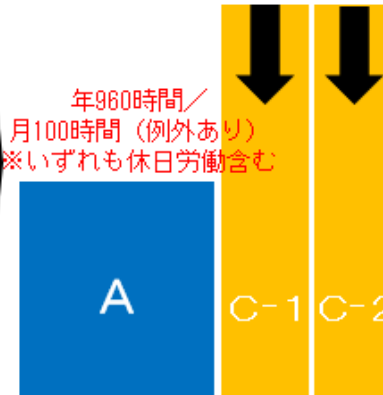
C-2

C-1：臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
 ※本人がプログラムを選択  
 C-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用  
 ※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

将来 (暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向



## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

**勤務間インターバルの確保**  
 (始業から)  
 ①24時間以内に9時間  
 ②46時間以内に18時間のいずれか  
 及び代償休息のセット (努力義務)  
 ※実際に定める36協定の上限時間数が一一般則を超えない場合を除く。

**勤務間インターバルの確保**  
 (始業から)  
 ①24時間以内に9時間  
 ②46時間以内に18時間のいずれか  
 及び代償休息のセット (義務)

**勤務間インターバルの確保**  
 (始業から)  
 ①24時間以内に9時間  
 ②46時間以内に18時間のいずれか  
 及び代償休息のセット (義務)  
 注)臨床研修医については連続勤務時間制限を強化・徹底する観点から、勤務間インターバルは、始業から  
 ①24時間以内に9時間  
 ②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

**< A水準 >**  
 勤務間インターバルの確保  
 (始業から)  
 ①24時間以内に9時間  
 ②46時間以内に18時間のいずれか  
 及び代償休息のセット (努力義務)  
 ※実際に定める36協定の上限時間数が一一般則を超えない場合を除く。  
**< C水準 >**  
 上記A水準の勤務間インターバル及び代償休息のセット (義務)  
 臨床研修医の勤務間インターバルは、始業から  
 ①24時間以内に9時間  
 ②48時間以内に24時間のいずれかとなる。

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

# 医師の働き方改革施行に向けた取組

視点	これまでの取組と課題	施行に向けたこれまでの対応
① 診療体制の維持	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ これまで、各種施策（※）を実施し医療機関による特定労務管理対象機関（連携B・B・C水準医療機関）の指定申請は進んでいるが、<u>診療体制縮小・医師引き揚げの不安があるとの指摘。</u></li> <li>※・<u>勤務環境改善（労働時間の把握、業務効率化、タスク・シフト/シェア）</u> ⇒診療報酬や基金による支援、医療勤務環境改善支援センター（以下「勤改センター」）による相談支援、都道府県や都道府県労働局との連携、トップマネジメント研修、好事例紹介</li> <li>・<u>特定労務管理対象機関指定の支援</u> ⇒勤改センターの支援、都道府県との連携、文部科学省やAJMC等を通じた受審勧奨</li> </ul>	<p><b>&lt;実態調査・個別対応&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>全病院と産科の有床診療所を対象に第5回準備状況調査を行い、時間外・休日労働が年1,860時間を超えると見込まれる医師が所属する医療機関や医師の引き揚げによる影響がある医療機関に対しては、都道府県と協力して個別に対応。</u></li> </ul> <p><b>&lt;働き方改革に伴う体制整備&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>医療介護総合確保基金（公費143億円）で、新たにメニュー追加</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 寄付講座運営費等による長時間労働医療機関への医師派遣の補助</li> <li>・ 大学病院等、医師の育成・教育研修を行う医療機関への勤務環境改善の補助 等</li> </ul> </li> </ul> <p><b>&lt;文部科学省&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>大学病院に対して文科省より予算措置</u> (R5補正：140億円 / R6：21億円(※予算(案))/年/6年間)</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;">     別途、引き続き、医療計画や医師確保計画による、地域における医師確保対策を含めた地域医療提供体制の確保を支援   </div>
② 労務管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ これまで、勤改センターの支援や労働基準監督署の助言により、必要な宿日直許可の取得や研鑽ルールの明確化の取組は進歩。 ⇒<u>宿日直や研鑽に係る理解が不十分な医療機関があるとの指摘</u></li> </ul>	<p><b>&lt;労務管理&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>宿日直や研鑽を含めた労働時間の適切な取扱いに関して、勤改センターによる重点的な周知、労働基準監督署による説明会の実施等の継続。</u></li> <li>○ <u>労務管理等に関する意識を醸成するための病院長等向けのトップマネジメント研修の実施。</u></li> </ul>

# 「医師の勤務環境把握に関する研究」調査概要

## 1. 調査背景

令和6年4月の医師に対する時間外休日労働の上限時間規制の適用前において、医師の時間外労働の状況やその分布等の実態把握は不可欠であることから、平成28年、令和元年に実施した厚生労働科学特別研究事業である「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者：井元清哉）」及び「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池創一）」と同等規模の勤務実態調査を行った。

## 2. 研究班

研究課題名：「医師の勤務環境把握に関する研究」

研究代表者：小池 創一（自治医科大学地域医療学センター 地域医療政策部門・教授）

研究分担者：谷川 武（順天堂大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座・主任教授）

和田 裕雄（順天堂大学大学院 医学研究科 公衆衛生学講座・教授）

福井 次矢（東京医科大学 茨城医療センター・病院長）

片岡 仁美（岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター・教授）

吉村 健佑（千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター・特任教授）

佐藤 香織（明治大学 商学部 専任准教授）

井出 博生（東京大学未来ビジョン研究センター データヘルス研究ユニット・特任准教授）

種田 憲一郎（国立保健医療科学院 国際協力研究部・上席主任研究官）

## 3. 調査期間

令和4年7月11日（月）～17日（日）

## 4. 調査対象

①施設調査 全国全ての病院と無作為抽出された診療所並びに介護老人保健施設等。

配布施設18,974施設（令和元年調査（R1調査）19,112施設）

②医師調査 全国全ての病院数の半数（4,087病院）を病床規模に応じて層化無作為抽出した病院に勤務する医師、またそれ以外の医療機関においては、上記全施設に勤務する医師を対象に調査票を配布した（WEBでも回答可能とした。）。

## 5. 調査内容

病院・常勤勤務医の1週間の労働時間、診療科別の時間外・休日労働時間等の調査を行った。

## 6. 回収数

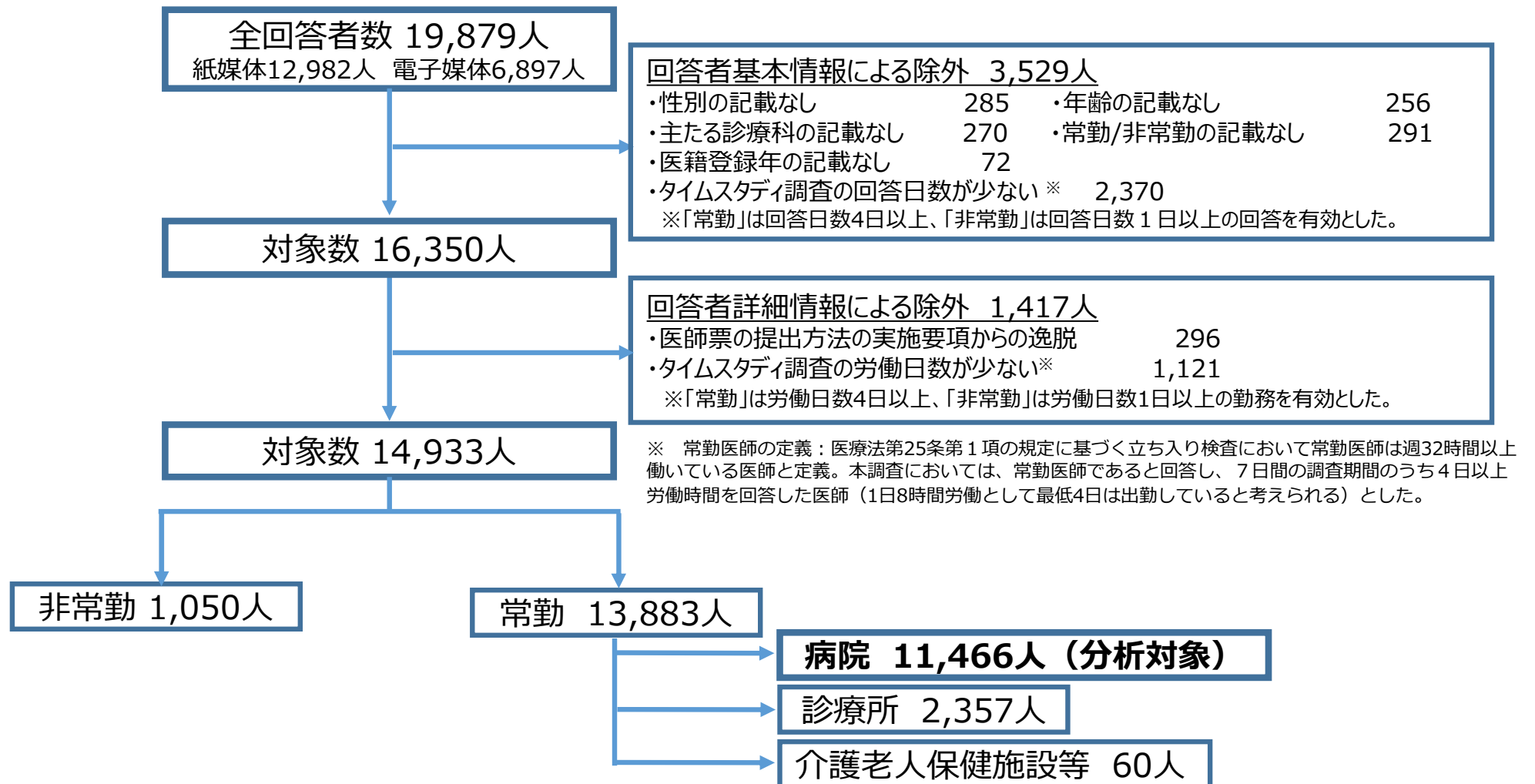
【施設票】5,424施設（回収率28.6%、（R1調査）3,967施設）【医師票】19,879人（WEB回答者含む、（R1調査）20,382

人）

# 「医師の勤務環境把握に関する研究」分析対象データについて

- 今回調査（R4調査）は平成28年、令和元年の医師の勤務実態調査と同様に、全回答者のうち、病院勤務の常勤医師を分析対象とした。
- H28調査、R1調査と同様、兼業先の労働時間も含めて調査を行った。
- 全回答者数（19,879人）は平成28年（15,677人）とR1調査（20,382人）と同等の規模であった。

- ※ H28調査：平成28年厚生労働科学特別研究事業「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者：井元清哉）」
- ※ R1調査：令和元年度厚生労働科学研究事業「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池創一）」
- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。

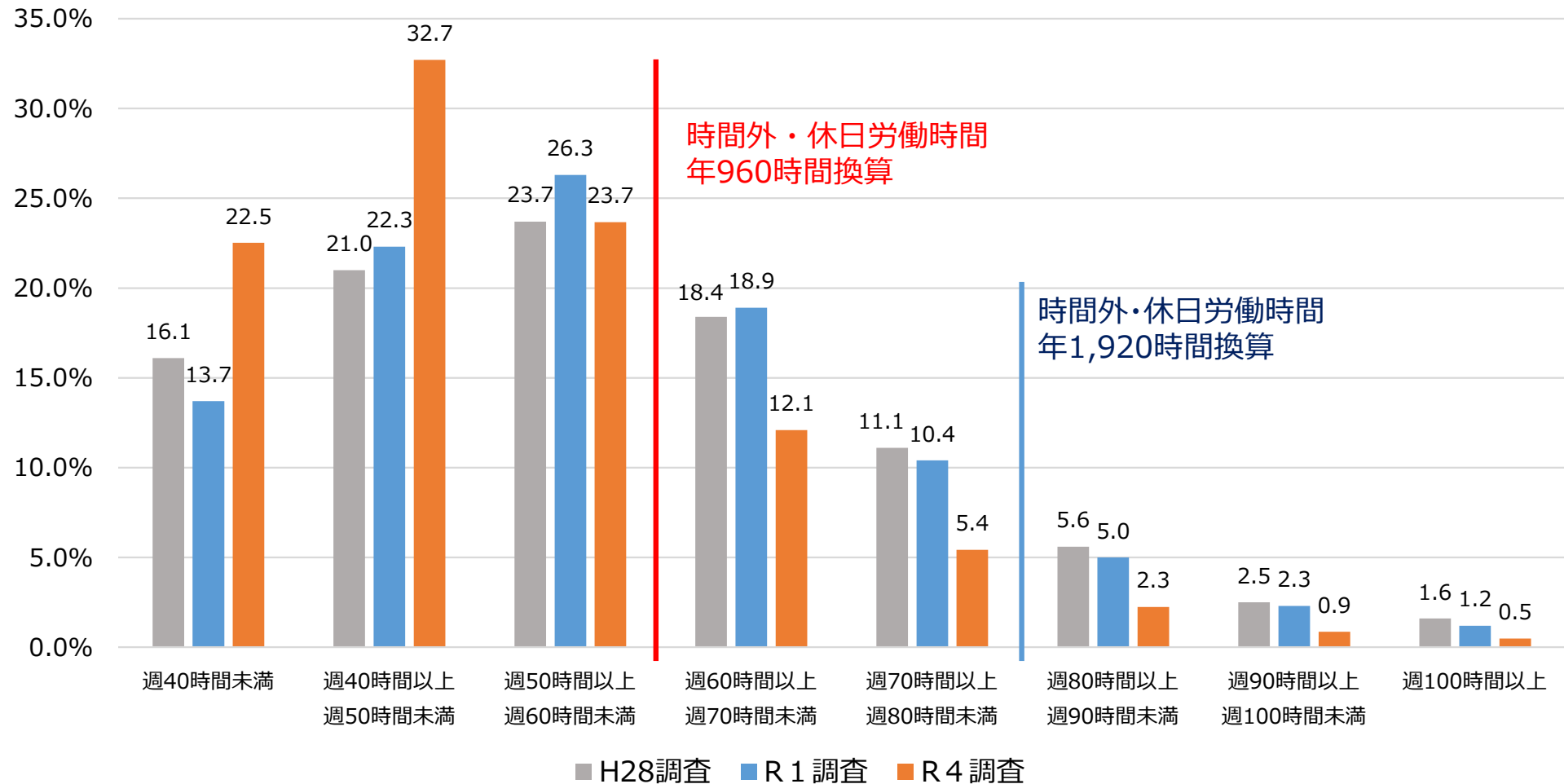




## 週労働時間区分と割合 <病院・常勤勤務医>

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間を週労働時間区分と割合で集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,920時間換算を超える医師の割合は9.7%（H28調査）、8.5%（R1調査）、3.6%（R4調査）と減少していた。



※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。

※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。

※ R4調査では、宿日直の待機時間は勤務時間を含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。

※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。

※ R1調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。

※ 週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している。

※ R4調査で時間外・休日労働時間年1,920時間換算を超える医師の割合について、各労働時間区分の四捨五入後の数字を合計すると3.7%であるが、全体の数から集計し、四捨五入すると3.6%となる。

## 第5回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査

令和6年4月時点における、副業・兼業先も含めた年通算時間外・休日労働時間が1,860時間超見込みとなる医師数が、医師の労働時間短縮等の取組によって着実に減少していることを明らかとするとともに、医師の引き揚げ予定等、医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小や地域医療提供体制への影響について、大学病院本院を除く全ての病院及び分娩を取り扱う産科有床診療所を対象に調査（第5回調査）を行った。その概要は以下のとおりである。

### 調査対象

全ての病院（大学病院本院を除く）及び分娩を取り扱う産科の有床診療所（院長のみが診療を行う診療所を除く）

### 調査時期

令和5年10月30日～令和5年11月30日

令和6年1月及び3月にフォローアップを行い、データを更新

### 調査方法

各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計

### 調査事項

- ① 医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小見込みの有無
- ② 自院の診療体制の縮小による地域医療提供体制への影響の有無（①で縮小見込み有りとは回答した医療機関のみ回答）
- ③ 令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数
- ④ 大学・他医療機関から派遣されている医師の、働き方改革に関連した引き揚げの予定があり、令和6年4月以降、診療体制の縮小または地域医療提供体制への影響が見込まれる医療機関数

### 結果の概要

（令和6年3月13日時点）

#### 回答数

都道府県：①②④ 46 都道府県 ③ 47 都道府県  
医療機関数：①②④ 7,326 医療機関 ③ 7,918 医療機関

#### 結果

- ① 医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小見込みの有無  
見込み有り：457 医療機関 見込み無し：6,869 医療機関
- ② 自院の診療体制の縮小による地域医療提供体制への影響の有無（①で縮小見込み有りとは回答した457医療機関の内訳）
  - ・ 影響あり：132 医療機関
  - ・ 影響なし：77 医療機関
  - ・ 不明：248 医療機関
- ③ 宿日直許可の取得や医師の労働時間短縮の取組を実施しても、令和6年4月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間が年通算1,860時間相当超見込みの医師数  
1人（病院：1人、産科有床診療所：0人）
- ④ 医師の引き揚げによる診療体制への縮小が見込まれる医療機関数  
49 医療機関  
（うち、21医療機関は自院の診療体制の縮小により地域医療提供体制への影響もありと回答）

# 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業 (地域医療介護総合確保基金 事業区分VI)

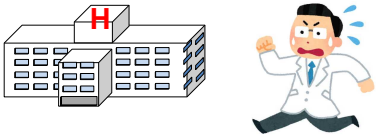
令和6年度予算額：95億円（公費14.3億円）  
※地域医療介護総合確保基金（医療分）1,029億円の内数

勤務医の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。（医療機関が行う事業に対し都道府県が補助を実施）

## I 地域医療勤務環境改善体制整備事業

**補助の対象となる医療機関**

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。



< 具体的要件（いずれかを満たす） >  
※診療報酬上の「地域医療体制確保加算」を取得している医療機関は補助対象外。

- ①救急用の自動車等による搬送件数が年間1,000件以上2,000件未満
- ②救急搬送件数が年間1,000件未満のうち、
  - ・夜間・休日・時間外入院件数が年間500件以上で地域医療に特別な役割がある医療機関
  - ・離島、へき地等で同一医療圏内に他に救急対応可能な医療機関が存在しない等、特別な理由の存在する医療機関
- ③地域医療の確保に必要な医療機関であって、
  - ・周産期医療、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している医療機関
  - ・脳卒中や心筋梗塞等の急性期医療を担う医療機関で、一定の実績を有するなど、5疾病6事業で重要な医療を提供している医療機関
- ④在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

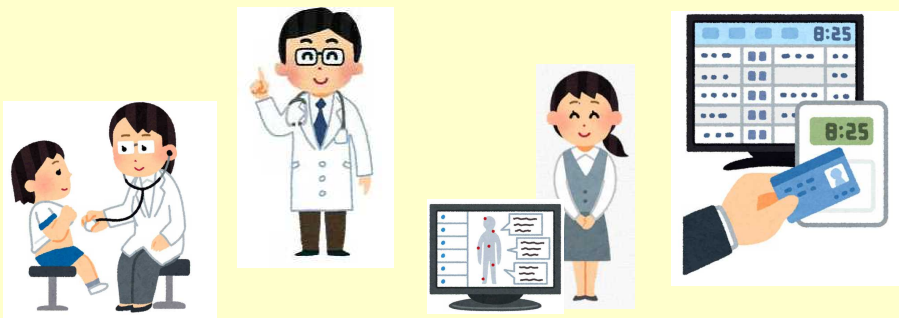
< 公布要件 >  
○ 年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関

**補助対象経費**  
医師の労働時間短縮に向けた取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業に係る経費

**補助基準額**  
最大使用病床数 × 133千円  
※「更なる労働時間短縮の取組」を実施する医療機関は、1床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。  
※区分VIの他の事業とは別に支援可能

**(医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組)**  
医療機関において医師の労働時間短縮計画を策定し、勤務環境改善の体制整備として次のような取組を総合的に実施

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和
- ・複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
- ・これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組



○ 「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成する

# 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

(地域医療介護総合確保基金 事業区分VI)

**R6 新規事業**

勤務医の働き方改革を推進するため、大学病院等からの長時間労働医師が所属する医療機関に対する医師派遣や、多領域の研修を行うなど一定の要件を満たす専門研修基幹施設等の勤務環境改善の取組を支援

## II 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業 (R6年度新規事業)

(教育研修体制を有する医療機関への勤務環境改善支援)

医療機関としての指導體制を整備し、基本的な診療能力に加え、最新の知見や技能又は高度な技能を修得できるような医師を育成する医療機関等において、当該教育研修のための勤務環境改善を診療に関する勤務環境改善と一体的かつ効果的に行うための取組等を支援。

**補助の対象となる医療機関** ※時間外労働が年720時間超の医師がいる医療機関

- 基幹型臨床研修病院または専門研修基幹施設であって、100床あたりの常勤換算医師数が40人以上等の医療機関
- 基幹型臨床研修病院かつ基本19領域のうち10以上の領域において専門研修基幹施設である等の医療機関

### 補助対象経費

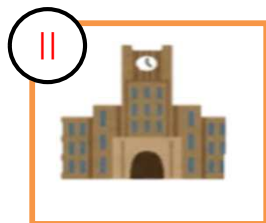
医師の労働時間短縮に向けた取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業に係る経費

### 補助基準額

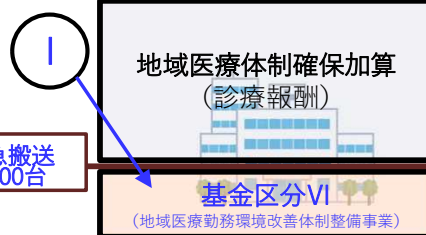
1床当たりの標準単価： 133千円

※「更なる労働時間短縮の取組」を実施する医療機関は、1床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。

※区分VIの他の事業や地域医療体制確保加算とは別に補助可能。



研修基幹施設



一般的な病院

## III 勤務環境改善医師派遣等推進事業 (R6年度新規事業)

(長時間労働医療機関への医師派遣支援)

長時間労働医師が所属し、地域において重要な役割を担う医療機関の医師の時間外・休日労働時間を短縮すること及び地域医療提供体制を確保することを目的に、長時間労働医療機関への医師派遣等を行う医療機関等の運営等に対する支援を行う。

**補助の対象となる医療機関**

年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関に医師派遣を行う医療機関 等

### 補助対象経費

- 医師派遣に係る逸失利益補填
- 医師派遣を目的とした寄附講座 等

### 補助基準額

標準事業例通知における標準事業例26及び医師派遣推進事業の標準単価に準じて、都道府県において定める額

※派遣医師1人当たり1,250千円×派遣月数 等

※区分VIの他の事業や地域医療体制確保加算とは別に補助可能。



医師派遣医療機関



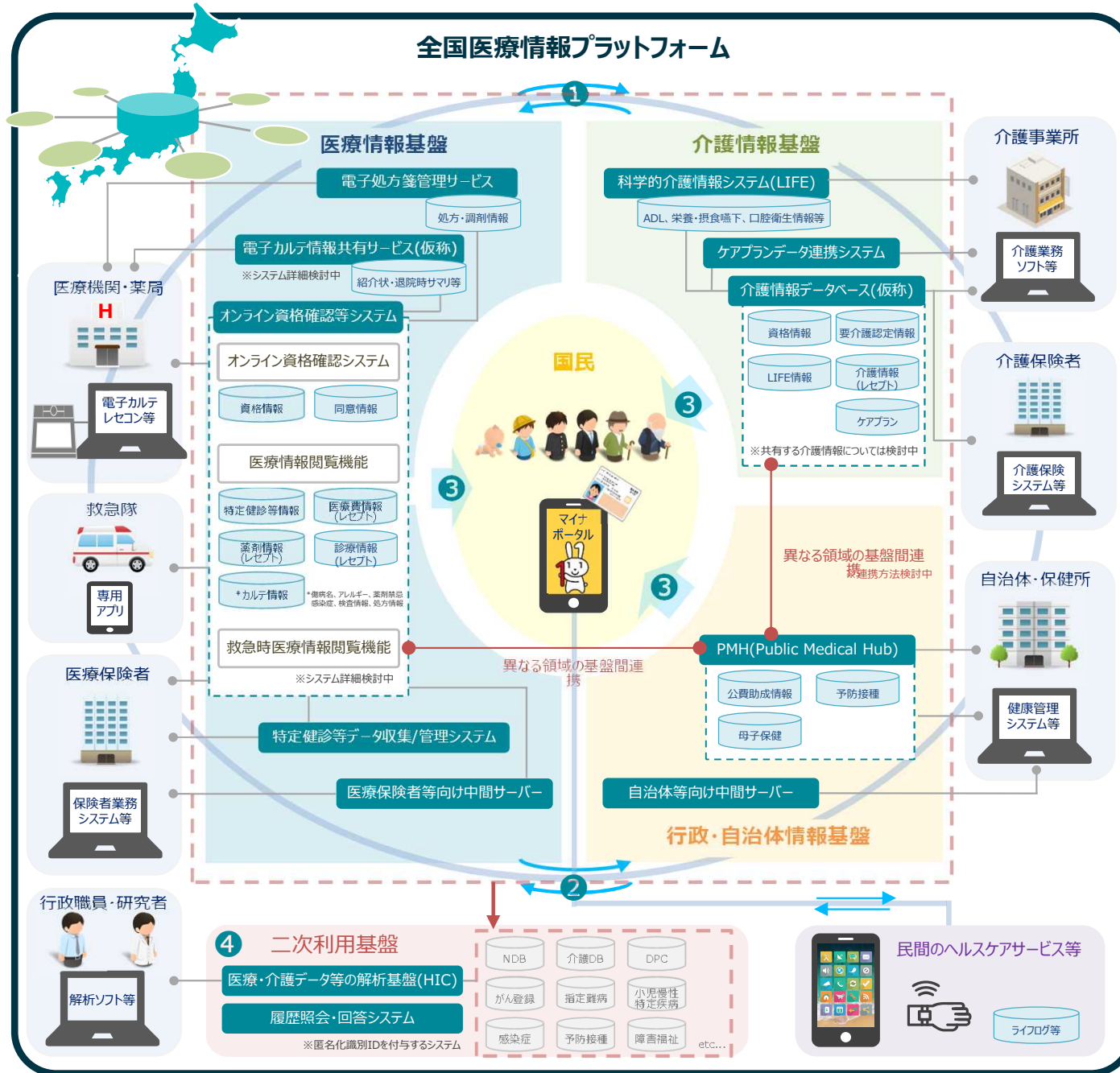
※同一法人間は対象外



医師派遣受入医療機関

## (7) 医療DX

# 全国医療情報プラットフォームの全体像 (イメージ)



## 「医療DXのユースケース・メリット例」

- 1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有**

  - ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
  - ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。

救急隊: 意識不明による救急搬送中の確認

医療機関・薬局: 救急医療・入院中の確認

介護事業所: 施設入所時・リハビリ中の確認
- 2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減**

  - ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
  - ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

自治体: 公費助成情報の連携

医療機関: 閲覧

患者: 持参不要

自治体: 健診結果(母子保健)、接種記録等の連携

自治体: 手入力不要
- 3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート**

  - ✓ 予約票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予約票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
  - ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

全国医療情報プラットフォーム

国民

マイナポータル

問診票・予約票入力、データ提供同意

接種通知、患者サマリー情報等
- 4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用**

  - ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
  - ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。

二次利用データベース群(例)

NDB

介護DB

DPC

がん登録

指定難病

小児慢性特定疾病

感染症

予防接種

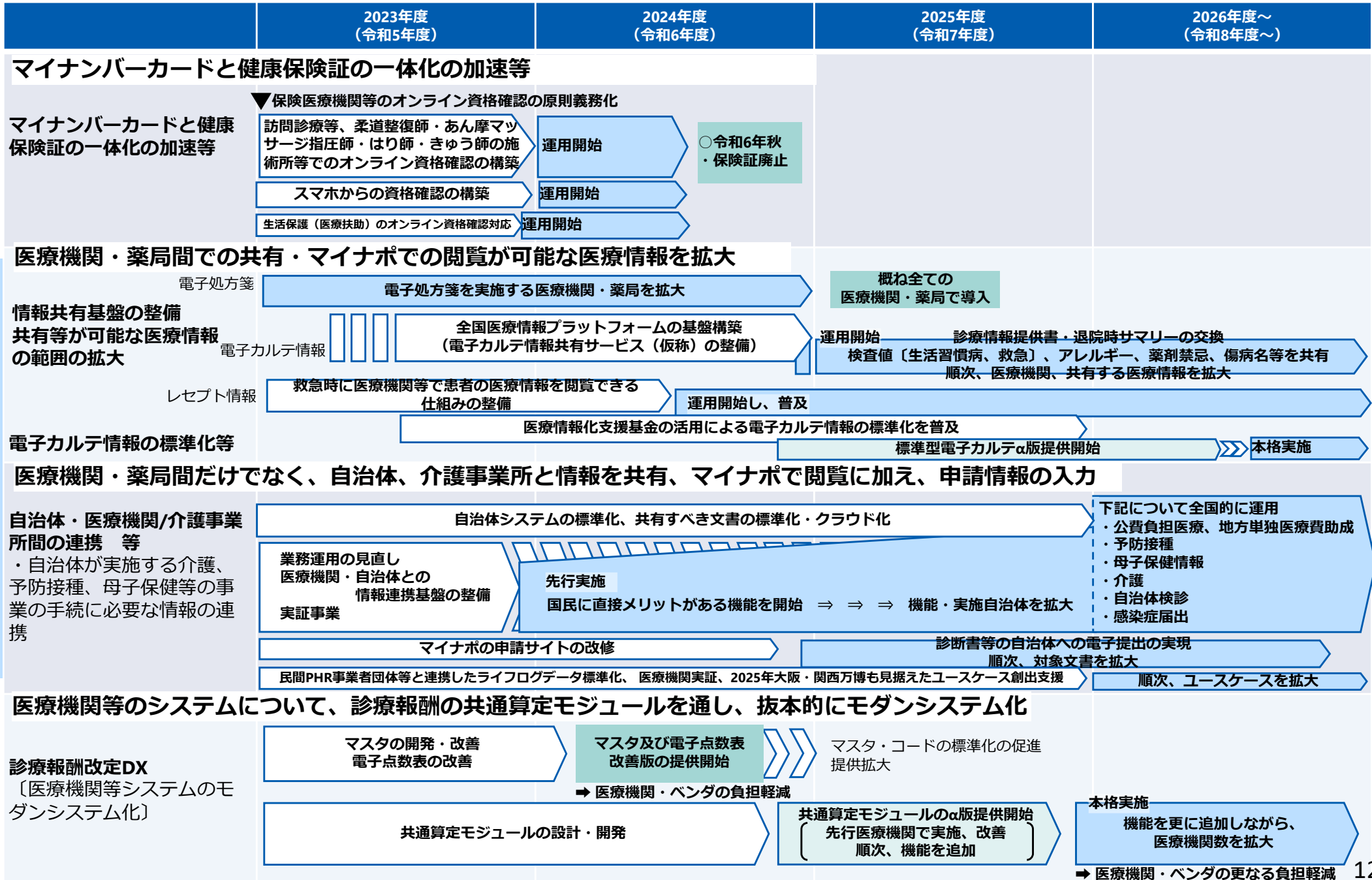
障害福祉

各DBのデータ連携

解析基盤

行政職員・研究者 医薬品産業等

# 医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

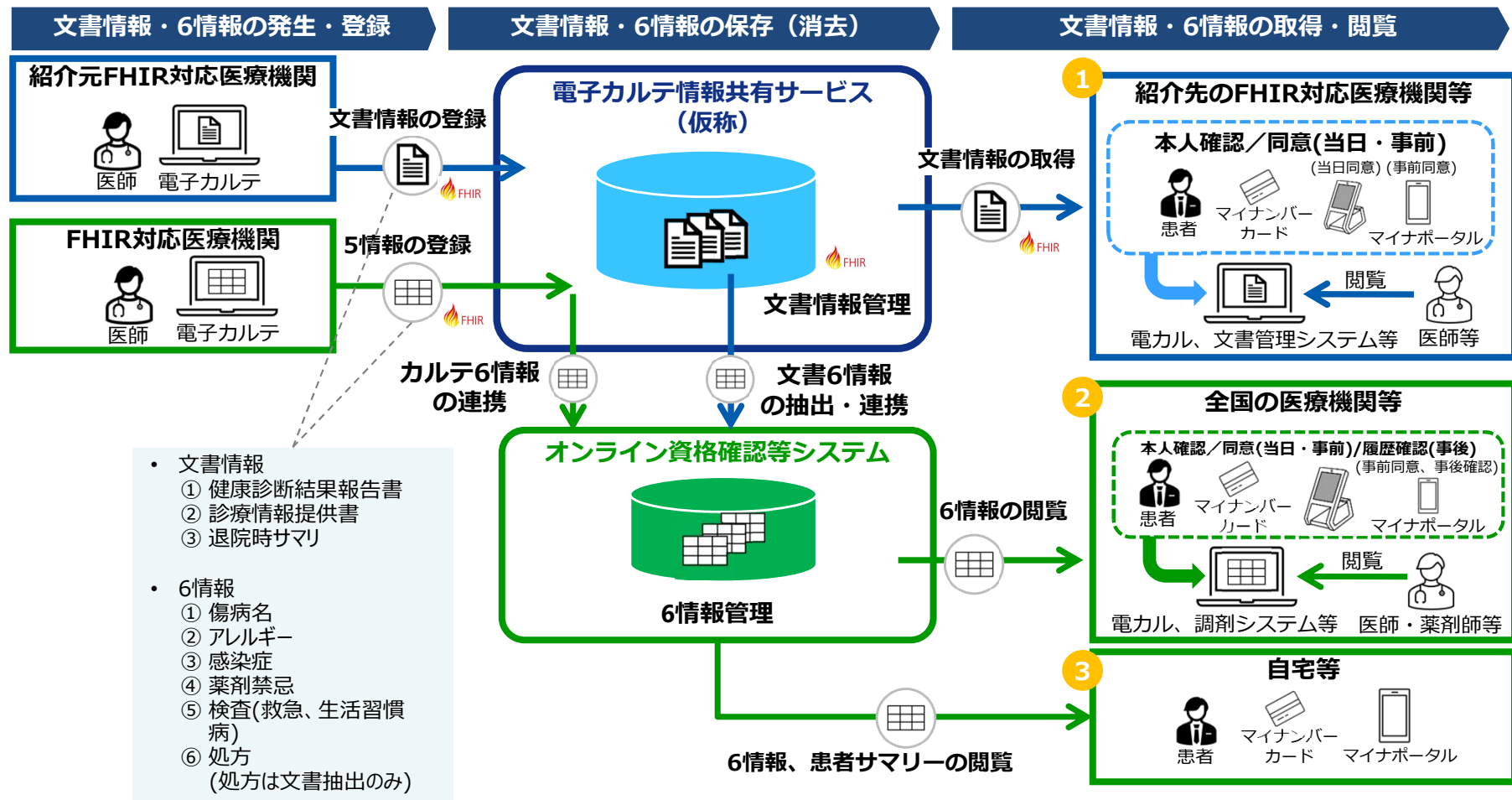


全国医療情報プラットフォームの構築

# 電子カルテ情報共有サービス(仮称)の概要

本仕組みで提供するサービス

- ① 文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス
- ② 全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6情報）を閲覧できるサービス
- ③ 本人等が、自身の電子カルテ情報（6情報）を閲覧・活用できるサービス





# 3文書6情報の概要

健康・医療・介護情報活用検討会  
第21回 医療等情報活用ワーキンググループ  
持ち回り開催（令和6年3月27日）一部修正

No	文書項目	概要	記述仕様	宛先指定	添付	電子署名	保存期間
1	健康診断結果報告書	特定健診、事業主健診、学校職員健診、人間ドック等を対象	HS037 健康診断結果報告書 HL7 FHIR記述仕様	なし	可能	不要	オンライン資格確認等システムに5年間保存
2	診療情報提供書	対保険医療機関向けの診療情報提供書を対象	HS038 診療情報提供書 HL7FHIR記述仕様	必須	可能	任意	電子カルテ情報共有サービスに6か月間保存。 但し、紹介先医療機関等が受領した後は1週間程度後に自動消去。
3	退院時サマリー	退院時サマリーを対象 ※診療情報提供書の添付(任意)としての取り扱い	HS039 退院時サマリー HL7FHIR記述仕様	なし	可能	不要	

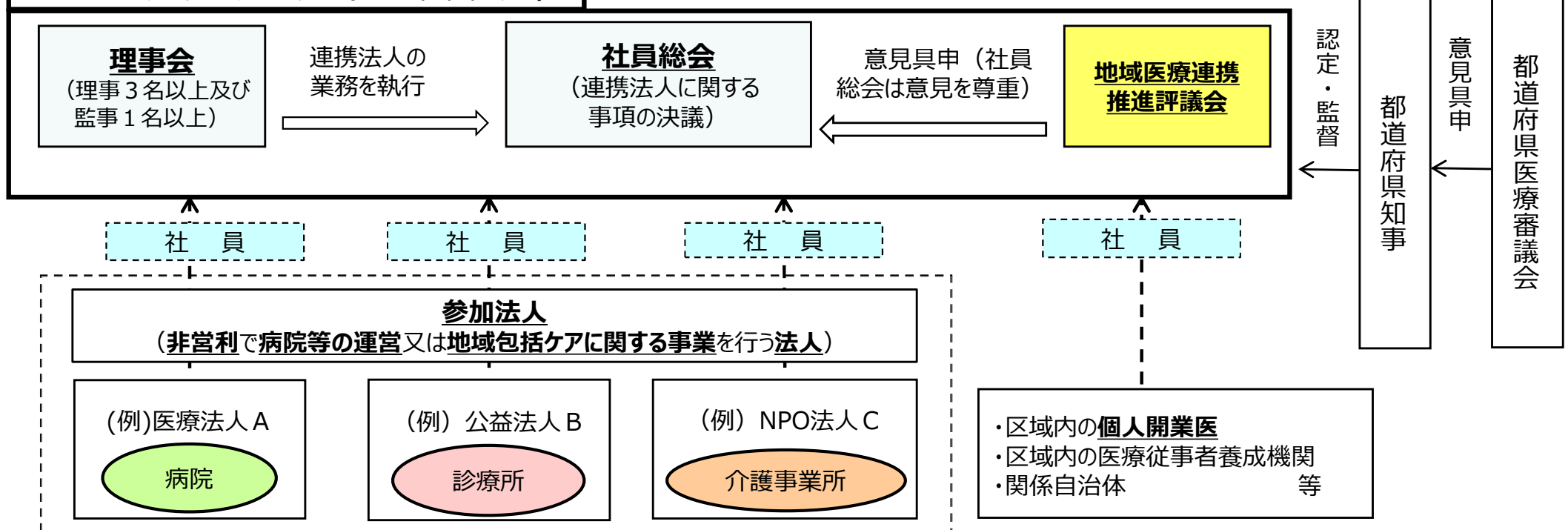
No	情報項目	概要	対象となるFHIRリソース	主要コード	長期保管フラグ	未告知/未提供フラグ	顔リダー閲覧同意区分	保存期間(オン資)
1	傷病名	診断をつけた傷病名	Condition	レセプト電算処理マスターの傷病名コード <b>ICD10対応標準病名マスターの病名管理番号</b>	あり	あり	傷病名 +手術情報 +感染症	5年間分
2	感染症	梅毒STS、梅毒TP、HBs(B型肝炎)、HCV(C型肝炎)、HIVの分析物に関する検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある <b>JLAC(10/11)</b> コード	あり	-		5年間分
3	薬剤アレルギー等	診断をつけた薬剤禁忌アレルギー等情報(医薬品、生物学的製剤)	Allergy Intolerance	<b>YJコード(及び派生コード*)</b> テキスト (※銘柄を指定できない場合に限り、下3桁をzzz(一般名処方マスタに相当)で記載する。先頭にメタコードを付与する)	あり	-		5年間分
4	その他アレルギー等	診断をつけた薬剤以外のアレルギー等情報(食品・飲料、環境等)	Allergy Intolerance	<b>J-FAGYコード</b> テキスト (J-FAGYで表現できないものはテキスト入力する)	あり	-	診療+お薬 +アレルギー等 +検査	5年間分
5	検査	臨床検査項目基本コードセット(生活習慣病関連の項目、救急時に有用な項目)で指定された43項目の検体検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある <b>JLAC(10/11)</b> コード	-	-		1年間分 もしくは 直近3回分
6	処方	※直接登録は行わない (文書から抽出した処方を取り扱う)	Medication Request	<b>YJコード(及び派生コード*)</b> (※銘柄を指定できない場合に限り、下3桁をzzz(一般名処方マスタに相当)で記載する)	-	-		100日間分 もしくは 直近3回分

## (8) 地域医療連携推進法人制度

# 地域医療連携推進法人制度の概要（現行）

- **地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的**とする一般社団法人について、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定
  - ＜認定基準の例＞
    - ・ 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する**法人が2以上参加**すること
    - ・ 医師会、患者団体その他で構成される**地域医療連携推進評議会**を法人内に置いていること
    - ・ **参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求める**ことを定款で定めていること
- **医療連携推進区域**（原則、地域医療構想区域内）を定め、  
**医療連携推進方針**（区域内の病院等の機能分化・業務連携の方針）を決定
- **医療連携推進業務等**の実施  
医療機能・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入、参加法人への資金貸付（基金造成を含む）、連携法人が議決権の全てを保有する関連事業者への出資等

## 地域医療連携推進法人（一般社団法人）



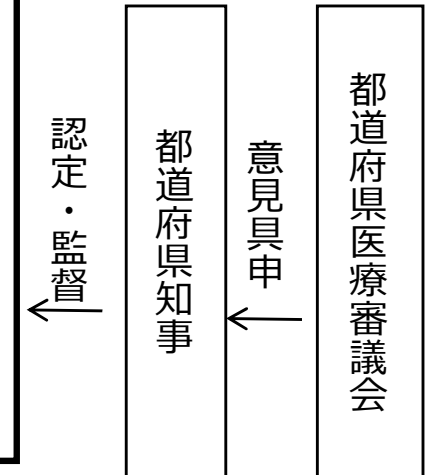
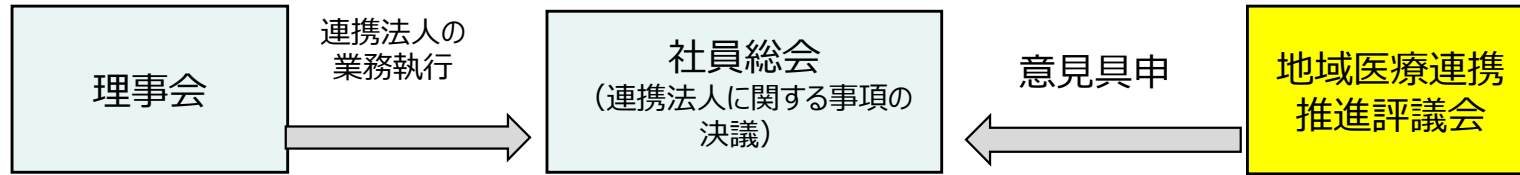
# 「地域医療連携推進法人制度」の見直し

※令和6年4月1日施行

令和5年度第3回医療政策研修会 資料7  
令和6年1月19日 (一部改)

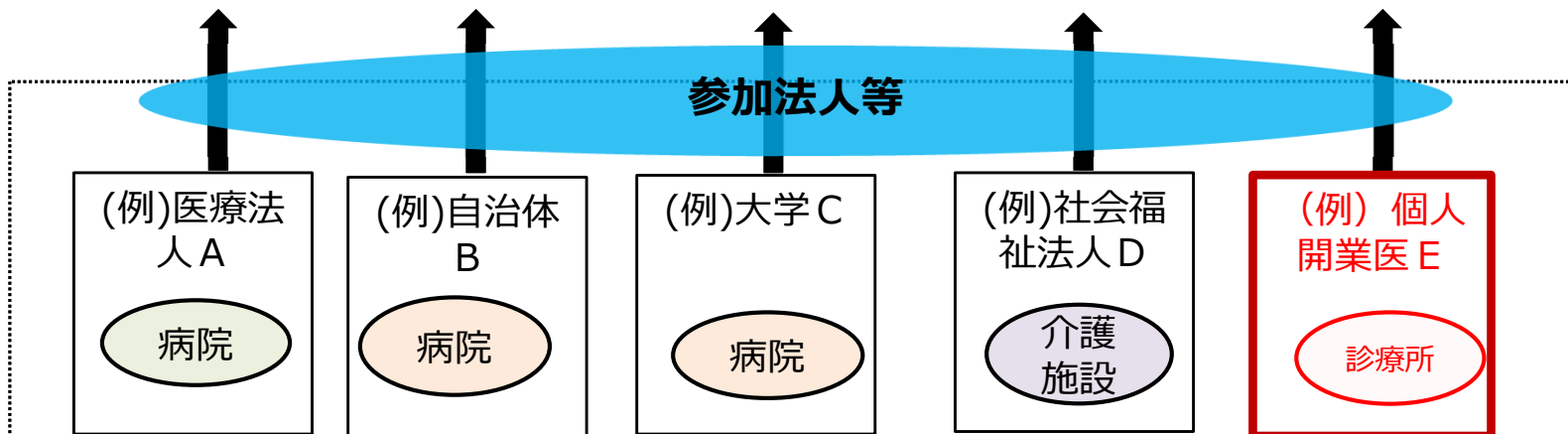
## 地域医療連携推進法人(新たな仕組み)

※赤字箇所が現行との相違点



### 個人立の医療機関・介護事業所等が参加法人等である新たな仕組みは、

- 診療科・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入等の医療連携推進業務を行うが、**参加法人等への資金貸付や関連事業者への出資は不可**
- 外部監査の実施**等といった、**連携法人の一部の事務手続きを緩和**



参加法人が重要事項を決定する場合に行う、連携法人への意見照会について、**新たな仕組みの地域医療連携推進法人の参加法人等は、意見照会を一部(※)不要とする。**

(※) **参加法人等**は、区域内の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を開設する法人又は個人のほか、介護事業その他地域包括ケアシステムの構築に資する事業に係る施設を開設する法人又は個人（営利を目的とする法人等を除く）。

※①**予算の決定又は変更**、②**借入金借り入れ**、③**定款又は寄付行為の変更。**

## 1. 法制度上のメリット

(1) **病床融通**…病床過剰地域においても、地域医療構想の達成のために必要な病床融通を、参加法人間で行うことを可能とする

【現行制度上の扱い】

- ・病床の地理的偏在を是正するため、都道府県は、各医療圏の基準病床数を算定し医療計画に規定
- ・病床過剰地域では、病床再編に伴い地域全体の病床数が増加しない場合にも病床の融通を行うことは認められない

(2) **資金貸付**…地域医療連携推進法人から参加法人への資金貸付を可能とする

【現行制度上の扱い】

- ・医療法人は、医療法上、剰余金の配当が禁じられており、剰余金の貸付は、原則として認めない取扱い

(3) **出資**…一定の要件により介護サービス等を行う事業者に対する出資を可能とする

## 2. 法人運営上のメリット（医療連携推進業務の一例）

(4) **患者紹介・逆紹介の円滑化**…カルテの統一化、重複検査の防止、スムーズな転院

(5) **医薬品・医療機器等の共同購入**…経営効率の向上

(6) **医療従事者の共同研修**…医療の質の向上

(7) **医師等医療従事者の再配置**…法人内の病院間での適正配置

# 地域医療連携推進法人制度を活用する効果・メリット

## 病床融通について

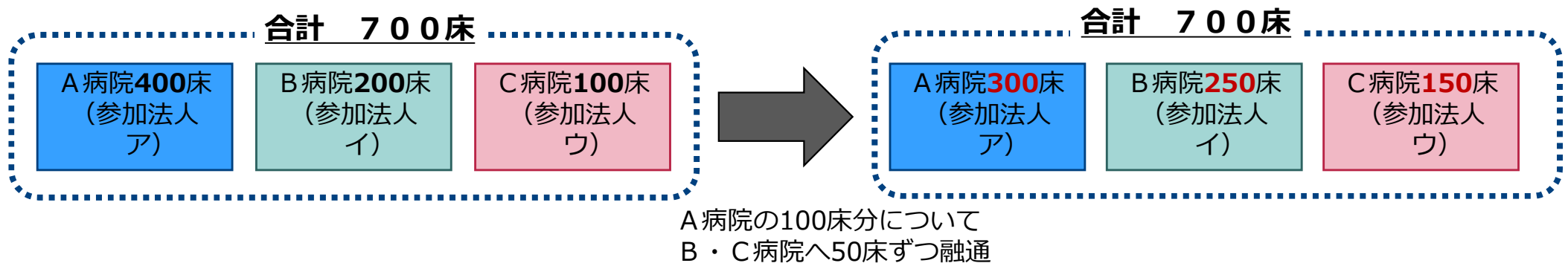
- 都道府県は、医療計画の公示後に地域医療連携推進法人の参加法人から病院・診療所の開設・増床等の許可申請があった場合、地域医療構想の達成を推進するために必要である等の要件を満たすものであれば、病床過剰地域であっても許可を行うことができる（厚生労働大臣への協議は不要）

### <要件>

- ① 地域医療構想の達成のために必要なものであること
- ② 病床数の合計が増加しないこと
- ③ あらかじめ地域医療連携推進評議会の意見を聴いた上で行われるものであること
- ④ 病床数の合計が減少する場合は、医療連携推進区域における医療提供体制の確保に支障を及ぼさないこと

※都道府県は必要な病床数を認めるにあたっては、

- ・ 地域医療構想調整会議の協議の方向性に沿ったものであることを確認するとともに、
- ・ 都道府県医療審議会に諮ること



### ※これまでに実施された事例

- ・ 機能分化を推進するため、急性期を担う病院の休床病床を回復期を担う病院へ融通。
- ・ 地域で不足する機能の強化のため、有床診療所の病床を急性期機能を担う病院等へ融通。

# 地域医療連携推進法人の設立事例（設立順）

令和6年4月1日現在 連携法人数：39法人

※ ④はりま姫路総合医療センター整備推進機構は令和4年5月31日付解散

