

新たな地域医療構想の現時点の検討状況について（報告）

経済財政運営と改革の基本方針2024（令和6年6月21日閣議決定） [抜粋]

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

（社会医療・介護サービスの提供体制等）

高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応するため、限りある資源を有効に活用しながら、質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制を確保するとともに、医療・介護DXの政府を挙げての強力な推進、ロボット・デジタル技術やICT・オンライン診療の活用、タスクシフト/シェア、医療の機能分化と連携など地域の実情に応じ、多様な政策を連携させる必要がある。国民目線に立ったかかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療連携推進法人・社会福祉連携推進法人の活用、救急医療体制の確保、持続可能なドクターヘリ運航の推進や、居住地によらず安全に分べんできる周産期医療の確保、都道府県のガバナンスの強化を図る。地域医療構想について、2025年に向けて国がアウトリーチの伴走支援に取り組む。また、2040年頃を見据えて、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等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る。

- 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
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 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】

（敬称略。五十音順）

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 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
- 今村 英仁 日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員長センター長
- 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
- 川又 竹男 全国健康保険協会理事
- 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

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

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

新たな地域医療構想等に関する検討会の今後のスケジュール（予定）

- 引き続き、各論の議論を進め、制度改正の具体的な内容に関する検討を行い、年末に取りまとめを行う予定。社会保障審議会医療部会に報告しながら検討を進める。

- 第1回 令和6年3月29日
 ・新たな地域医療構想に関する検討の進め方について
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングの進め方について
- 第2回 令和6年4月17日
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第1回）
- 第3回 令和6年5月22日
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第2回）
- 第4回 令和6年5月27日
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第3回）
- 第5回 令和6年5月31日
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第4回）
- 第6回 令和6年6月21日
 ・新たな地域医療構想に関する論点について
- 第7回 令和6年8月26日
 ・新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について（総論）
- 第8回 令和6年9月6日
 ・入院医療（急性期を中心とした病床機能・医療機関機能）
- 第9回 令和6年9月30日
 ・入院医療（回復期・慢性期を中心とした病床機能・医療機関機能）、在宅医療、構想区域、医師偏在是正対策
- 第10回 令和6年10月17日
 ・入院医療（医療機関機能）、外来医療
- 第11回 令和6年11月8日
 ・外来・在宅医療・介護との連携等、医療機関機能
-  入院医療、在宅医療、外来医療、介護との連携、構想区域、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 など
 ・医師偏在是正対策

年内に取りまとめを行う予定

（その後の想定スケジュール）

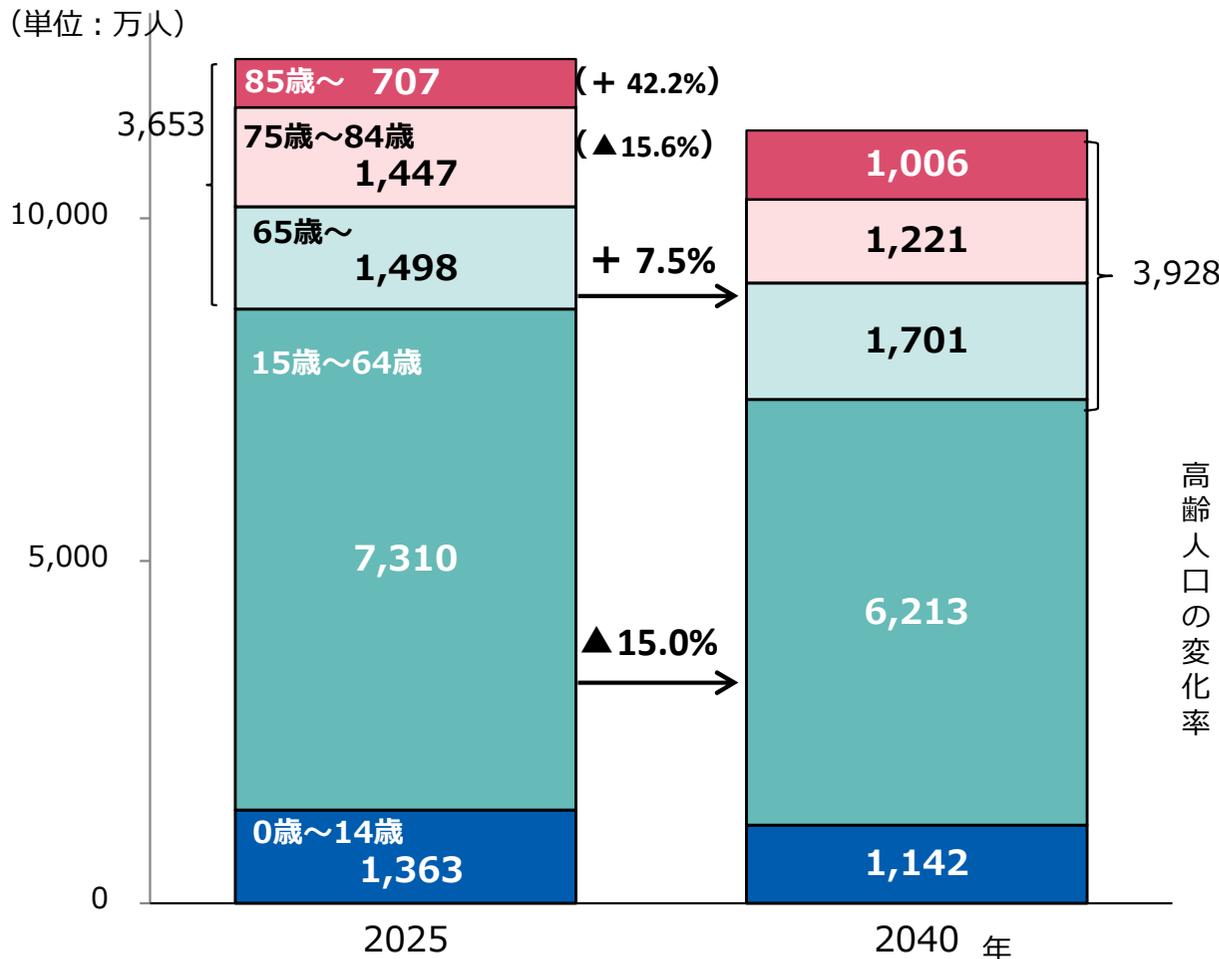
- 令和7年度（2025年度） 新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出
 令和8年度（2026年度） 新たな地域医療構想の検討・策定
 令和9年度（2027年度） 新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）

入院医療（医療機関機能）

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

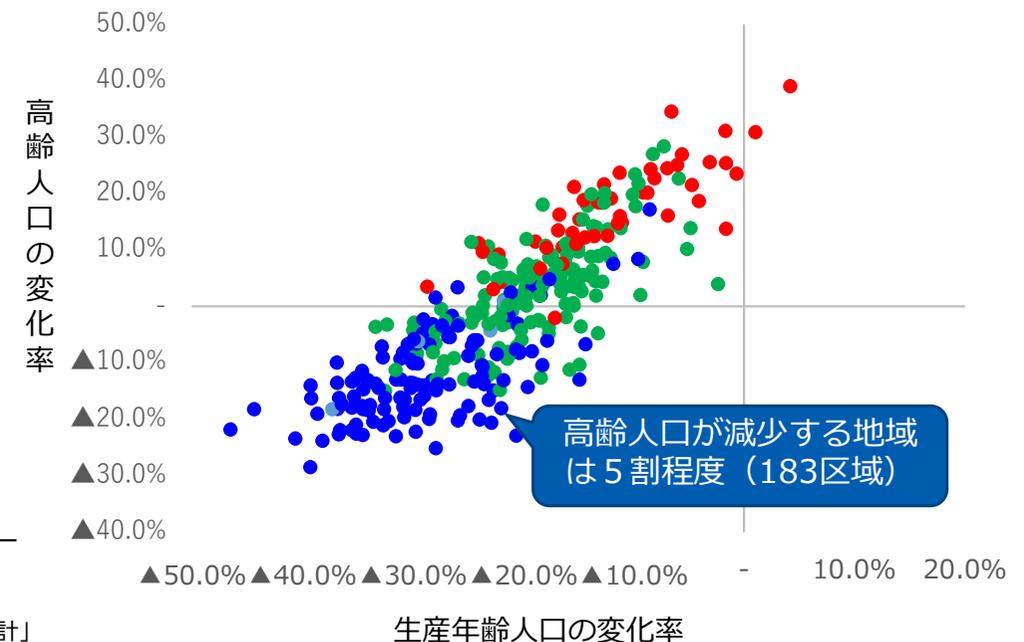
<人口構造の変化>



<2025年→2040年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%

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

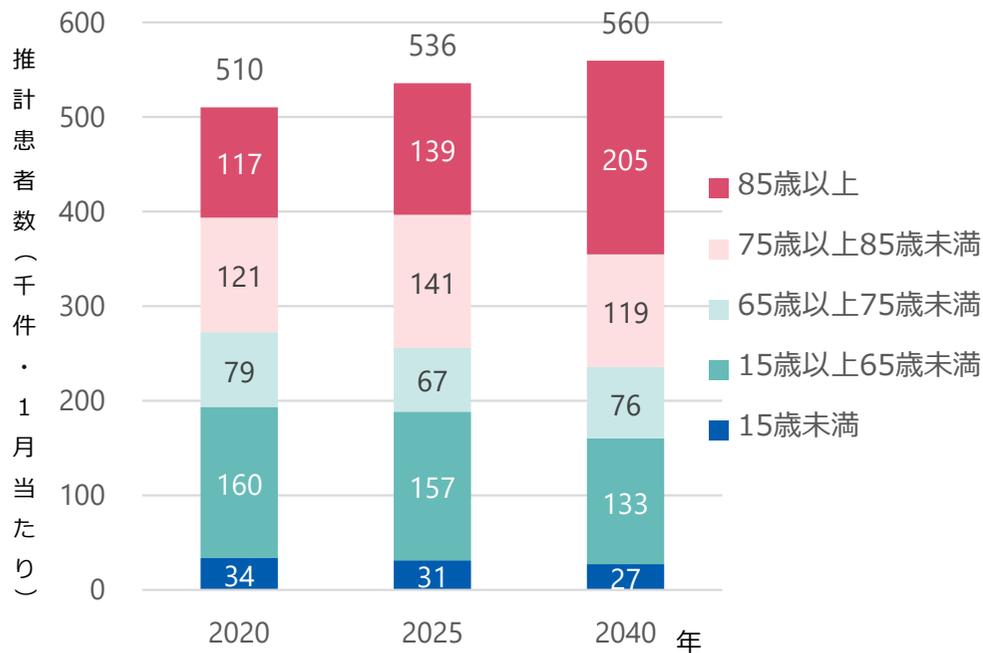


2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

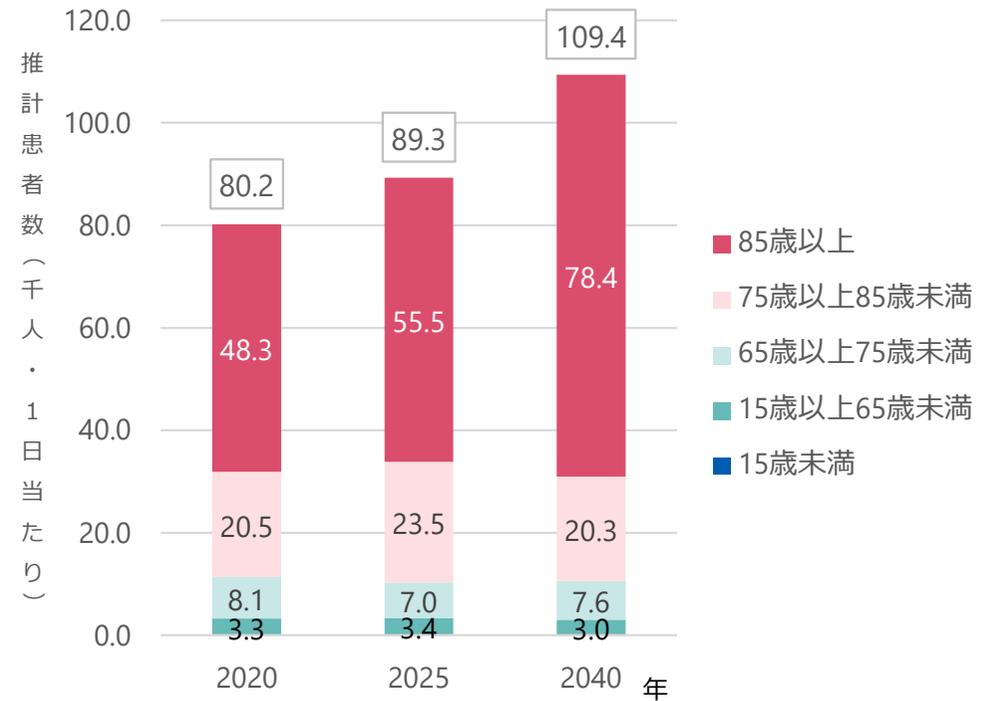
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

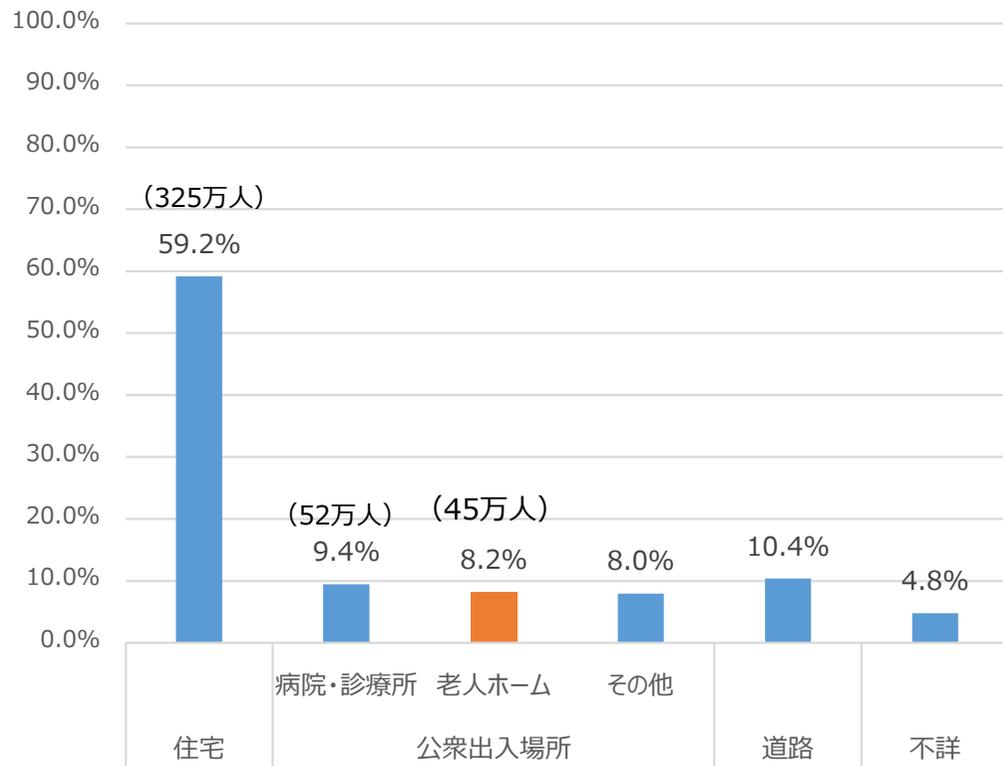
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 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）」を基に地域医療計画課において推計。

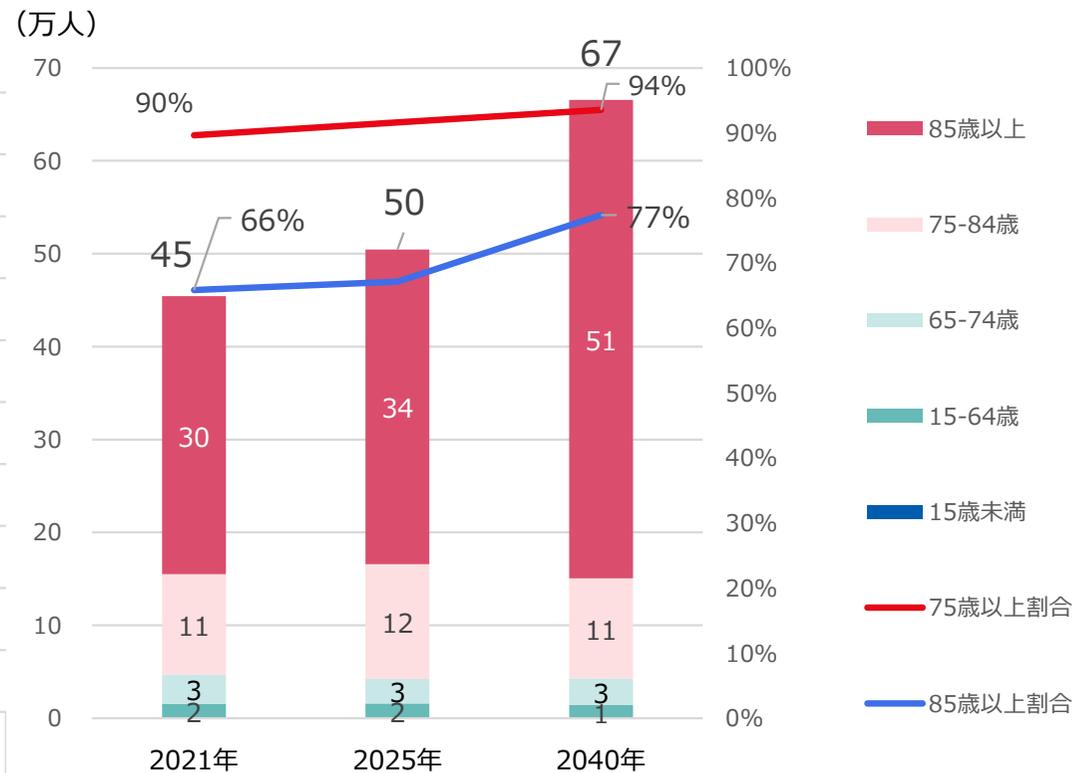
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳（令和3年）



老人ホームからの救急搬送件数の見通し

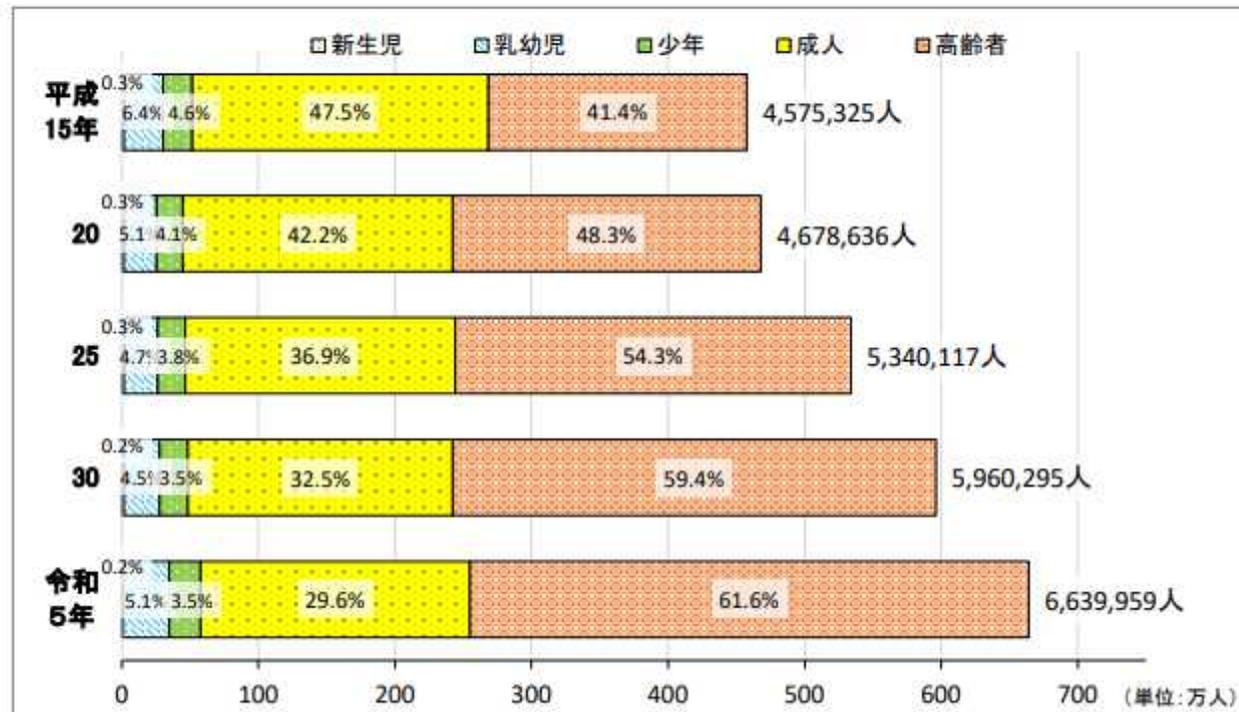


資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

救急搬送される年齢層について

救急搬送は増加傾向であり、そのうち高齢者（65歳以上）の割合が増加しているが、30%程度は成人（18歳以上65歳未満）となっている。

図8 年齢区別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移



1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合の合計は100%にならない場合がある。

2 年齢区分の定義

- 新生児：生後28日未満の者
- 乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者
- 少年：満7歳以上満18歳未満の者
- 成人：満18歳以上満65歳未満の者
- 高齢者：満65歳以上の者

高齢者の急性期における疾病の特徴

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

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

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

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

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

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

高齢者の入院時のADL低下防止の重要性について

- 高齢者は10日程度のベッド上での安静により筋力の低下（除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下）が報告されており、入院早期から離床し、ADLを維持させる取組が重要。
- リハ職以外の介入の有用性についても、一定の成果が報告されている。

高齢者について、10日間の安静で、除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下する。

Table. Effects of 10 Days of Bed Rest in Older Adults

	No. of Participants (N = 12)*	Mean (95% Confidence Interval)			P Value
		Bed Rest		Change	
		Before	After		
Muscle fractional synthetic rate, % per hr	10	0.077 (0.059 to 0.095)	0.051 (0.035 to 0.067)	-0.027 (-0.007 to -0.047)	.02
% Change				-30.0 (-7.0 to -54.0)	
DEXA lean mass, kg†	10	48.05 (40.61 to 55.49)	46.51 (39.57 to 53.45)	-1.50 (-0.62 to -2.48)	.004
% Change				-3.2 (-1.4 to -5.0)	
Lower Extremity		15.01 (12.41 to 17.61)	14.06 (11.85 to 16.27)	-0.95 (-0.42 to -1.48)	.003
% Change				-6.3 (-3.1 to -9.5)	
Isokinetic muscle strength, Nm per sq	11	120 (96 to 145)	101 (81 to 121)	-19 (-11 to -30)	.001
% Change				-15.6 (-8.0 to -23.1)	

心疾患で入院する80歳以上の高齢者に対する、看護師による早期の20分程度のベッド外での活動プログラムにより、在宅復帰率や入院時死亡の改善が見られた。

Variable	Intervention, N= 234	Preintervention N= 178	P-value
Primary outcome			
Discharge home	174 (74.4%)	117 (65.7%)	0.047
Secondary outcomes			
CICU length of stay, days	3.0±2.4	2.7±3.4	0.43
Hospital length of stay, days	11.9±19.4	9.9±17.1	0.27
Discharge to rehab or another acute care facility	32 (13.7%)	28 (15.7%)	0.56
Discharge to long-term care facility	13 (5.6%)	7 (3.9%)	0.45
In-hospital death	15 (6.4%)	26 (14.6%)	0.006
30-Day ER visit postdischarge	45 (19.2%)	39 (21.9%)	0.50
30-Day hospital readmission	21 (9.0%)	21 (11.8%)	0.35

Abbreviations: CICU, cardiovascular intensive care unit; ER, emergency room.

Kortebein et al. Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*. 2007

Goldfarb et al. Early Mobilization in Older Adults with Acute Cardiovascular Disease. *Age and Ageing*. 2021

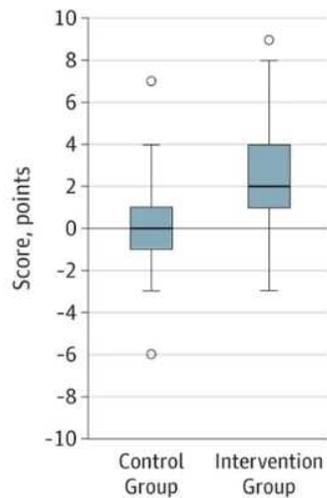
高齢者における早期退院や早期リハビリテーションの重要性

- 早期退院及び退院後の適切なリハビリテーション提供がADLの維持向上に寄与することが知られている。
- 高齢者救急については、入院早期からのリハビリ介入や、早期の退院後に治療や生活を支えるためのリハビリ等を提供できる体制が重要。

超高齢者（平均87歳）に対して、週末も含む連続した5-7日、20分*2回/日のリハビリ介入で身体機能やQOLレベル等が改善

高齢者に対する早期の退院と適切な通所等のリハビリテーション提供により通常の入院でのケアと比較して退院後のADL維持向上に寄与

Change in Short Physical Performance Battery



Change in Barthel index

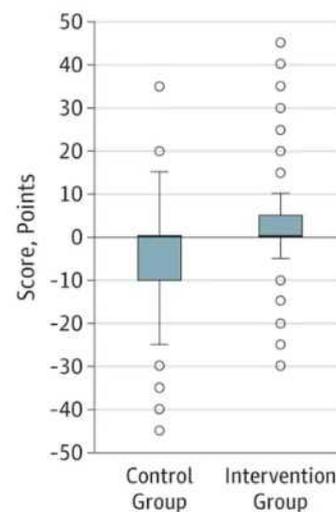


Table 4. Health outcomes at 3 and 12 months

Scale (range: worst to best score)	Mean difference at 3 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 3 months		Mean difference at 12 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 12 months	
		Intervention worse	Intervention better		Intervention worse	Intervention better
Barthel (0-20)	1.2 (0.4 to 1.9)			0.2 (0.7 to 1.1)		
Extended ADL total (0-66)	3.1 (0.1 to 6.3)			3.0 (0.4 to 6.5)		
Extended ADL sub-sections:						
Mobility (0-18)	0.3 (0.8 to 1.4)			0.3 (-0.9 to 1.4)		
Kitchen (0-15)	1.2 (0.2 to 2.3)			0.7 (0.4 to 1.8)		
Domestic (0-15)	1.1 (0.2 to 2.0)			1.4 (0.4 to 2.4)		
Leisure (0-18)	0.5 (0.3 to 1.3)			0.6 (0.3 to 1.5)		
Euroqol (0.59-1)	0.07 (0.01 to 0.14)			0.02 (0.06 to 0.09)		
GHQ — patient (36-0)	2.4 (4.1 to 0.7)			1.9 (3.5 to 0.4)		
GHQ — carer(36-0)	2.0 (3.8 to 0.1)			1.1 (3.7 to 1.5)		

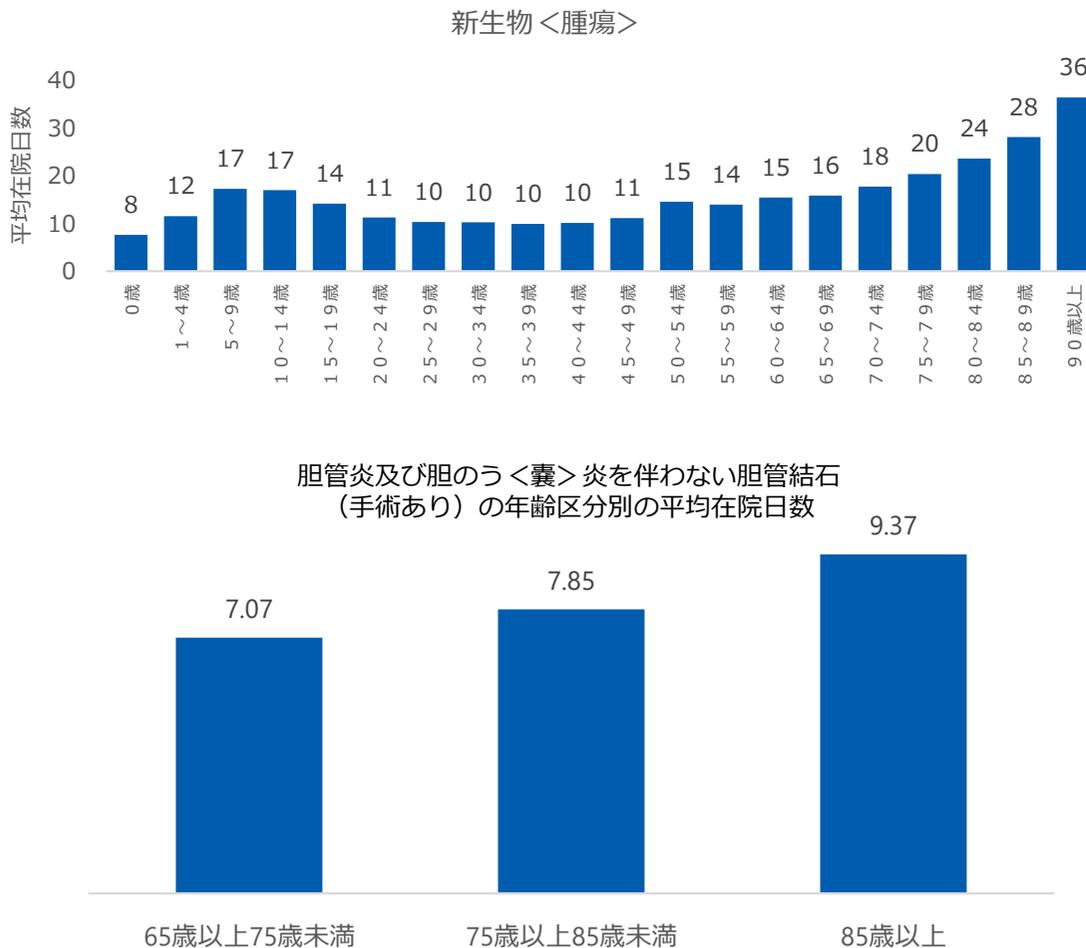
Velilla et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019

Cunliffe et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing.* 2004

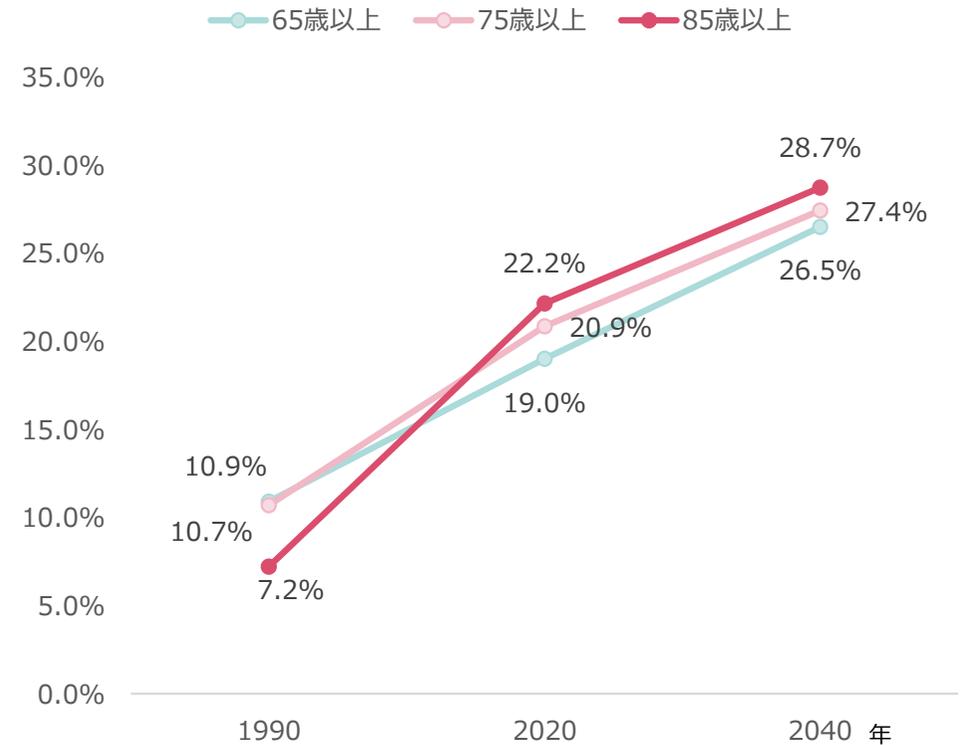
高齢者の退院に向けた課題

- 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

<退院患者の平均在院日数>



年齢階級別人口に占める単独世帯の割合 (高齢者)

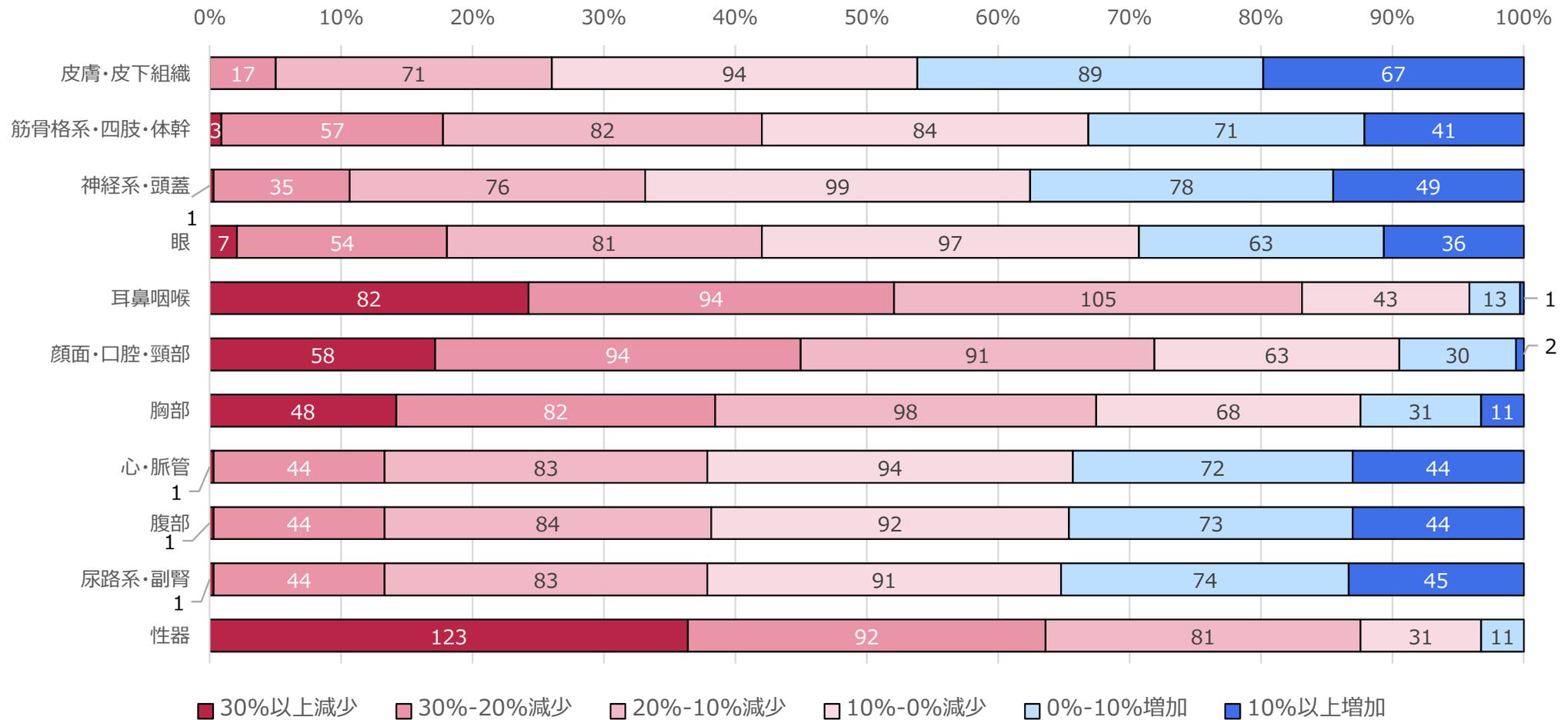


資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(2023年推計)、「日本の世帯数の将来推計」(2024年推計)、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
 ※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したもの。

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



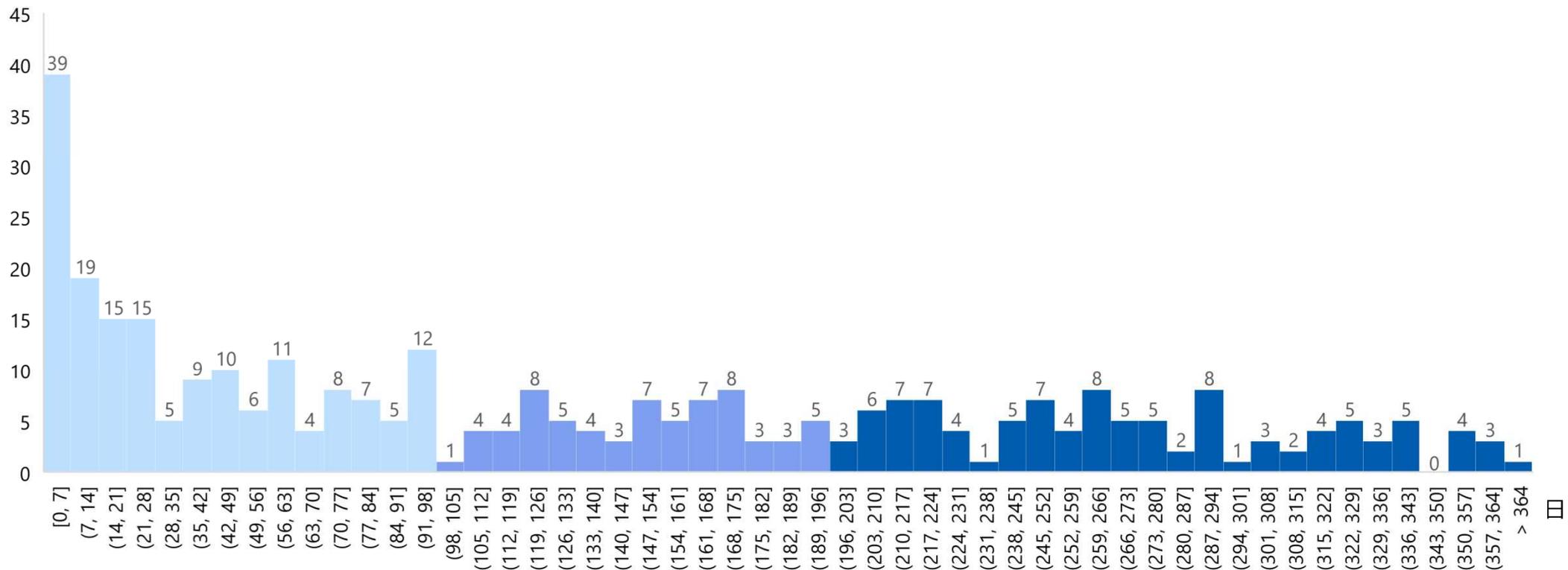
資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。

二次医療圏数

二次医療圏別の年間での時間外等の緊急手術（※）の発生日数



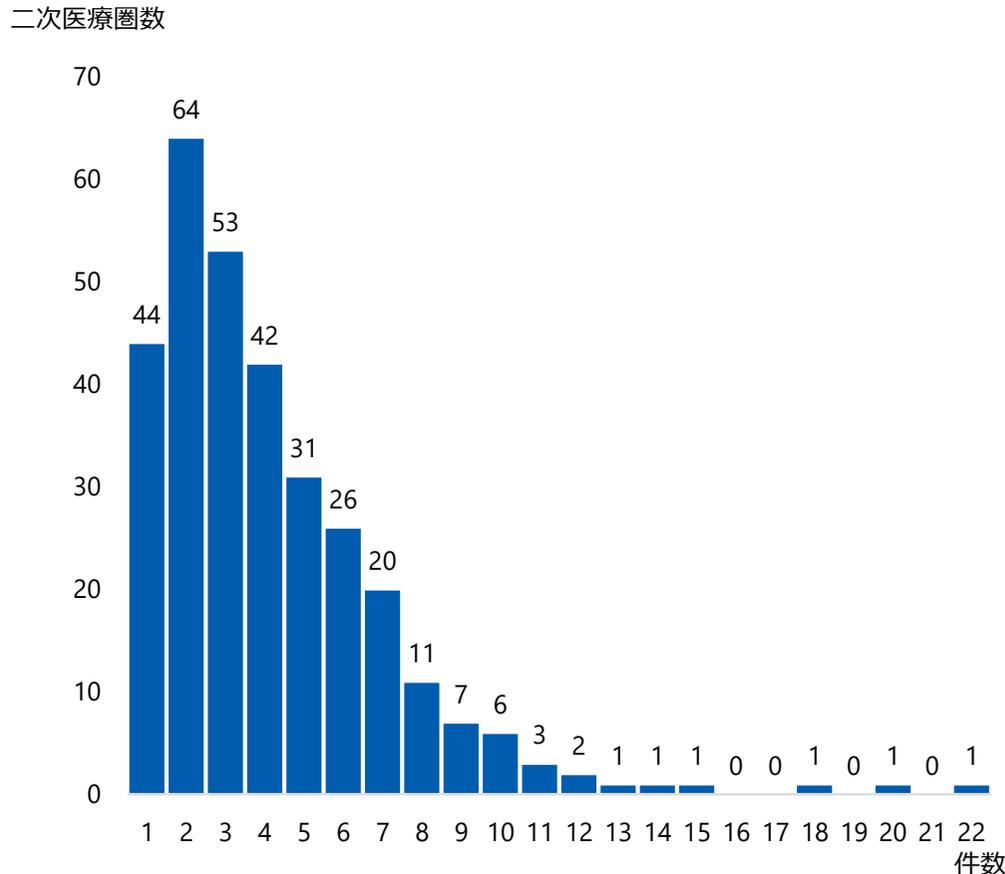
資料出所：2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

時間外等の緊急手術の件数と対応状況について

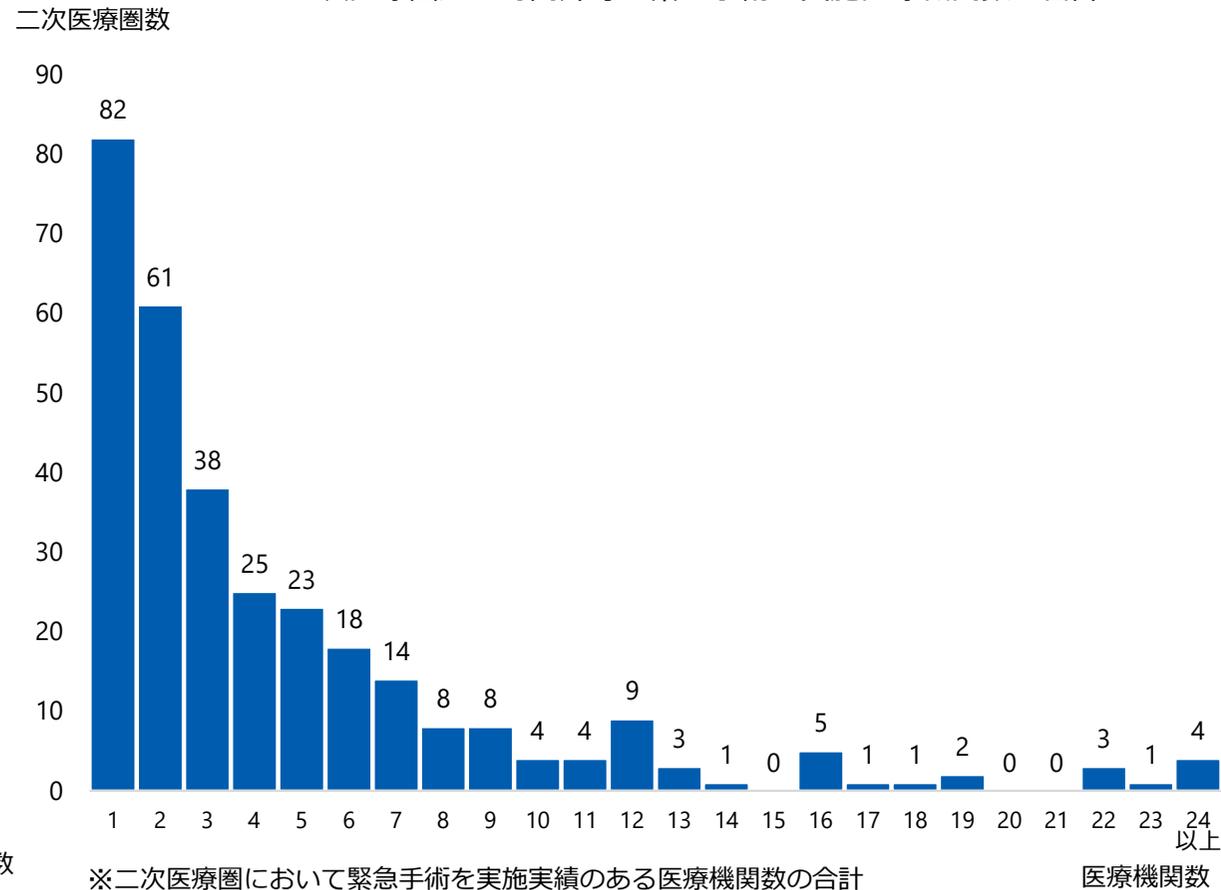
- ・二次医療圏において、1日あたりの時間外等の緊急手術について、1年のうち最多の日でも1 - 4件程度である二次医療圏が大半となっている。
- ・緊急手術を実施する医療機関数が1である二次医療圏は82、2である二次医療圏は61あり、その他の医療圏は3医療機関以上において緊急手術を実施する体制にある。

時間外等の緊急手術の1日当たり最大件数（二次医療圏）



2022年度NDBデータ

二次医療圏別の時間外等の緊急手術の実施医療機関数の合計



※二次医療圏において緊急手術を実施実績のある医療機関数の合計

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

医療機関あたりの症例数と医療の質について

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

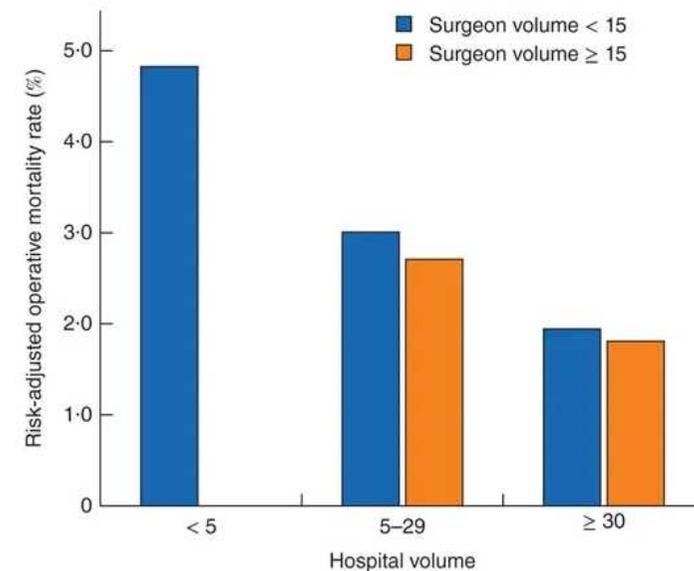
胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

	Stomach		Colorectum		Lung		Breast		Uterus	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Crude HR										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.17	0.93-1.47	1.08	0.93-1.25	1.17	0.83-1.65	1.18	0.98-1.42	0.97	0.82-1.15
Low	1.39	1.11-1.73	1.20	1.04-1.39	1.11	0.81-1.52	1.29	1.06-1.56	1.15	1.05-1.24
Very low	2.29	1.81-2.91	1.76	1.49-2.07	1.70	1.23-2.36	1.75	1.43-2.12	1.19	1.00-1.41

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係



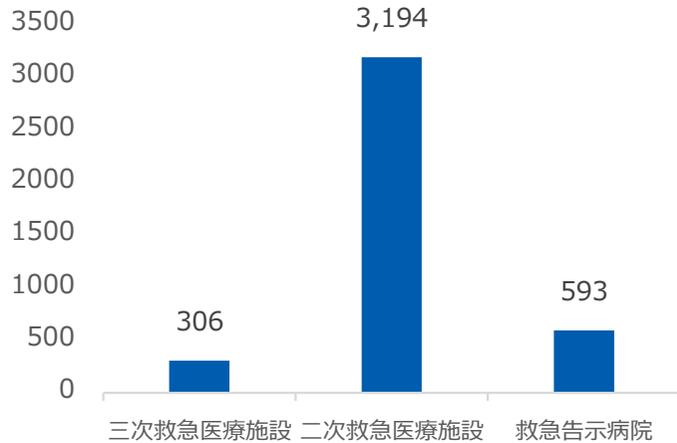
Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

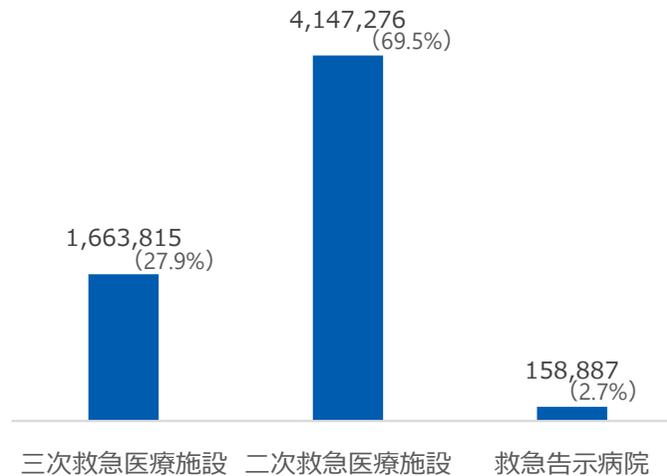
救急医療体制について

- 二次救急医療施設は3,194、三次救急医療施設は306※ある。二次救急医療施設は、全体として救急車の受入件数の約7割を受け入れている。
※ 救命救急センターは当初概ね100万人に1か所を目途(全国100か所程度)に整備されてきたが、現在は全国で約300か所が指定されている。
- 全二次医療圏の半数以上に三次救急医療施設があり、三次救急医療施設がない二次医療圏の方が少ない。

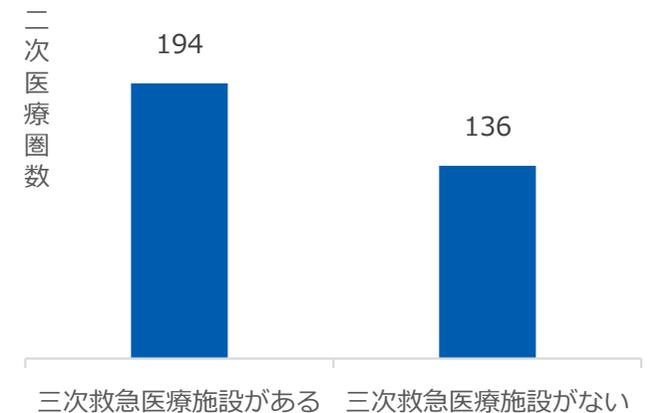
救急医療施設数



救急車の受入件数



二次医療圏別の三次救急医療施設の有無



資料出所：令和5年度病床機能報告、救命救急センター設置状況一覧（令和6年8月1日時点）

※ 三次救急医療施設は、救命救急センター設置状況一覧より集計。

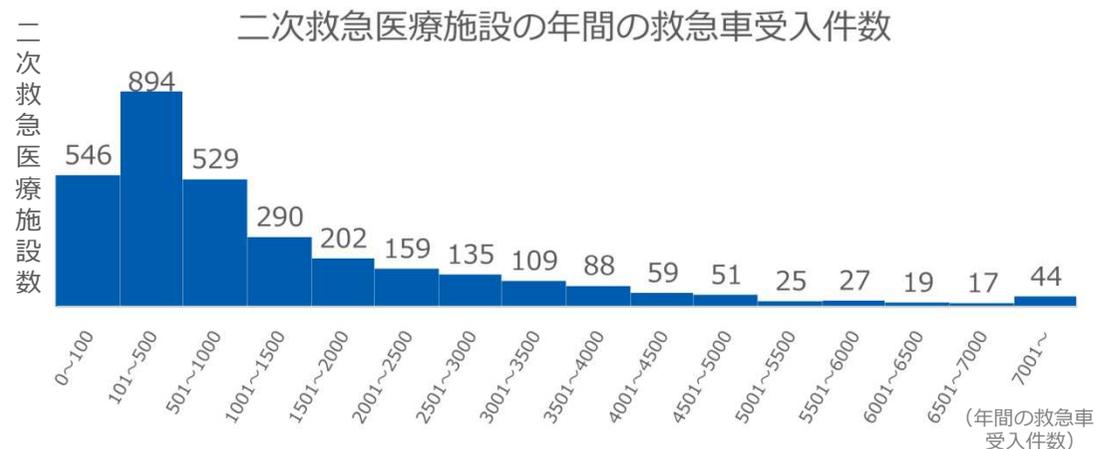
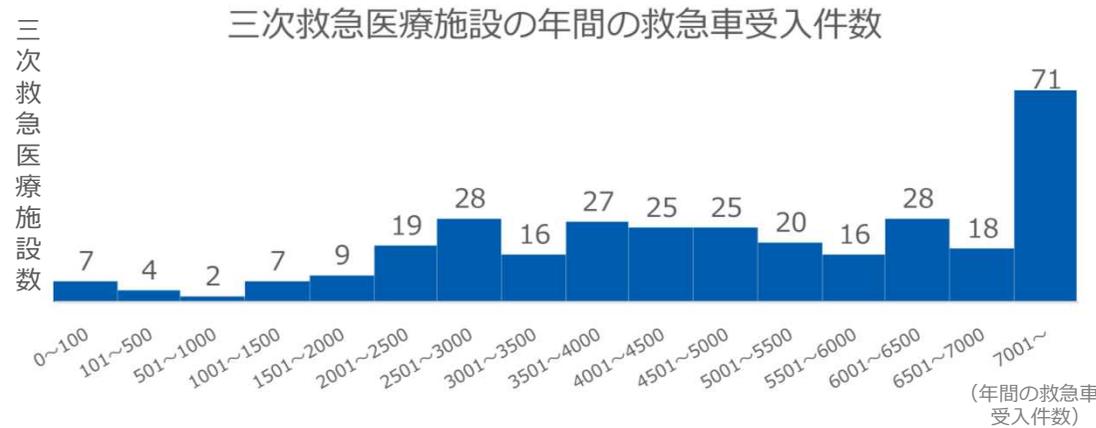
※ 三次救急医療施設であり、病床機能報告で二次救急医療施設と報告された医療機関は、三次救急医療施設として集計を実施（二次救急医療施設には含めていない）。

※ 二次救急医療施設は、三次救急医療施設でなく、病床機能報告で二次救急医療施設と報告された医療機関を集計。

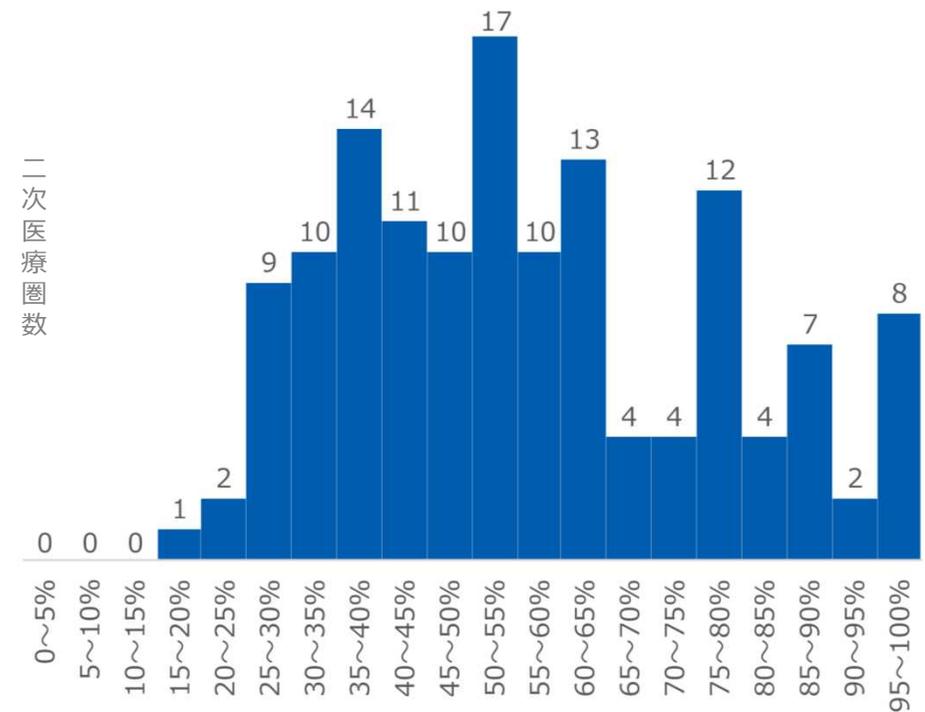
※ 救急告示病院は、病床機能報告で救急告示病院の告示ありと報告され、三次救急医療施設及び二次救急医療施設でない医療機関を集計。

二次救急医療施設について

- 三次救急医療施設の半数は年間5,000件以上の救急車を受け入れている。二次救急医療施設においては、年間5,000件以上の救急車を受け入れる医療機関が132存在する。他方、半数近い二次救急医療施設で救急車の受入件数が500件未満である。
- 三次救急医療施設のない二次医療圏のうち半数以上の医療圏で、圏域の5割以上の救急車受入シェアを占める二次救急医療施設が存在する。



三次救急医療施設がない二次医療圏（136圏域）のうち、圏域で最大値となる二次救急医療施設の救急車受入シェア



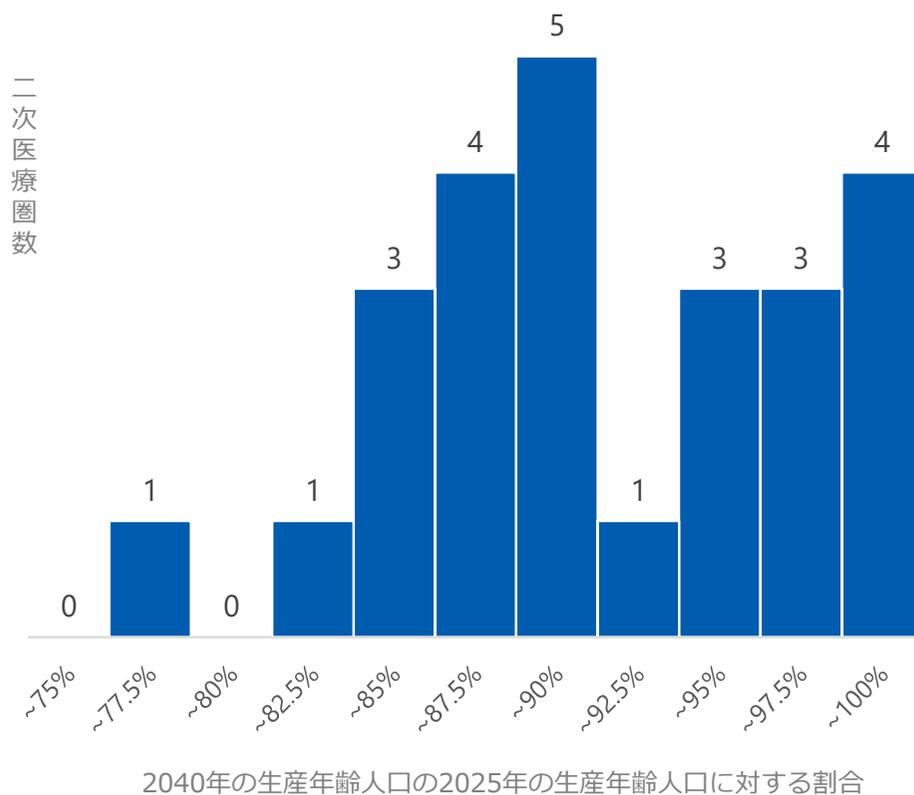
圏域で最大値となる二次救急医療施設の救急車受入シェア

※ 救急車受入シェア：当該医療機関の救急車受入台数/同医療機関の所在する二次医療圏における全医療機関の救急車受入台数の合計

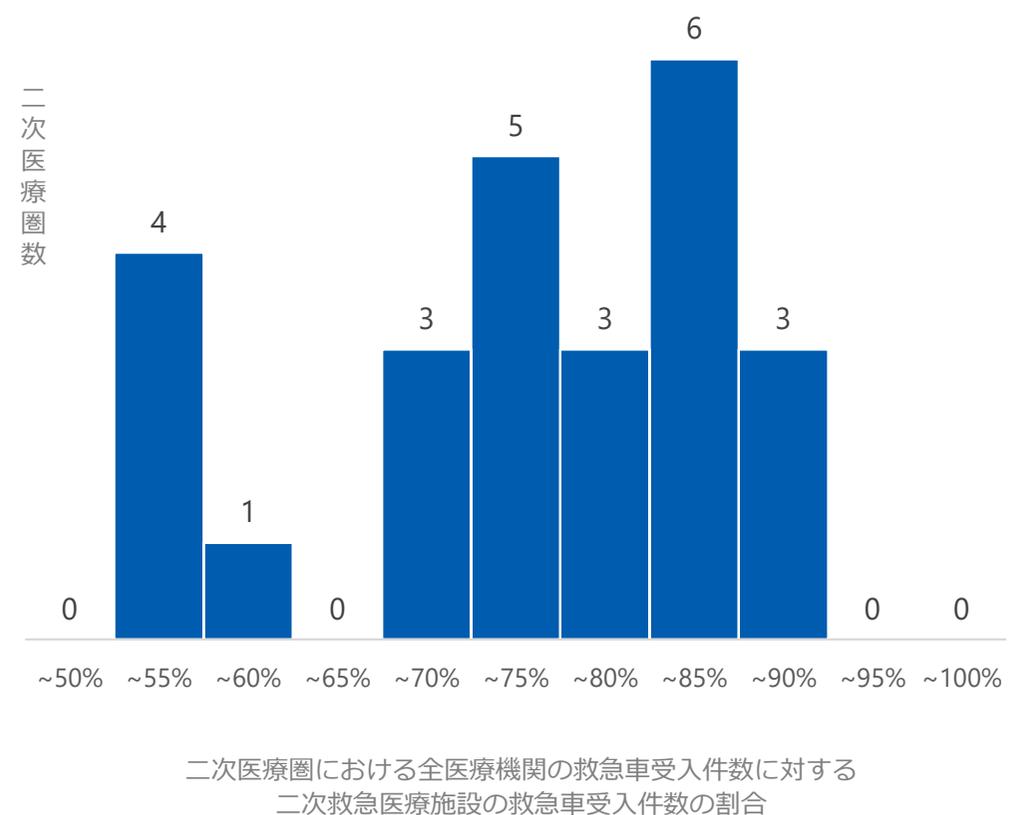
人口100万人超の二次医療圏における二次救急医療施設の役割

- 人口100万人超の二次医療圏においては、生産年齢人口の減少が緩やかなところが多く、また、二次救急医療施設が一定以上の救急車の受入れを行っている圏域が多い。

人口100万人超二次医療圏の生産年齢人口の変化見込み
(2025年→2040年)



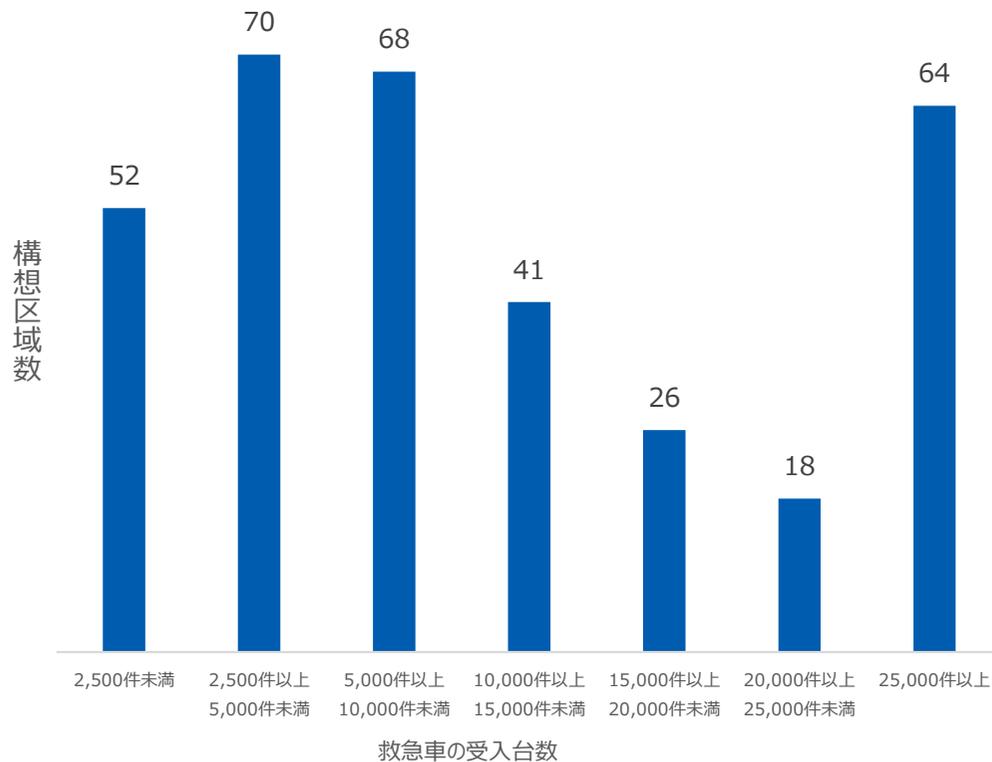
人口100万人超二次医療圏の救急車受入件数のうち
二次救急医療施設が受け入れる割合



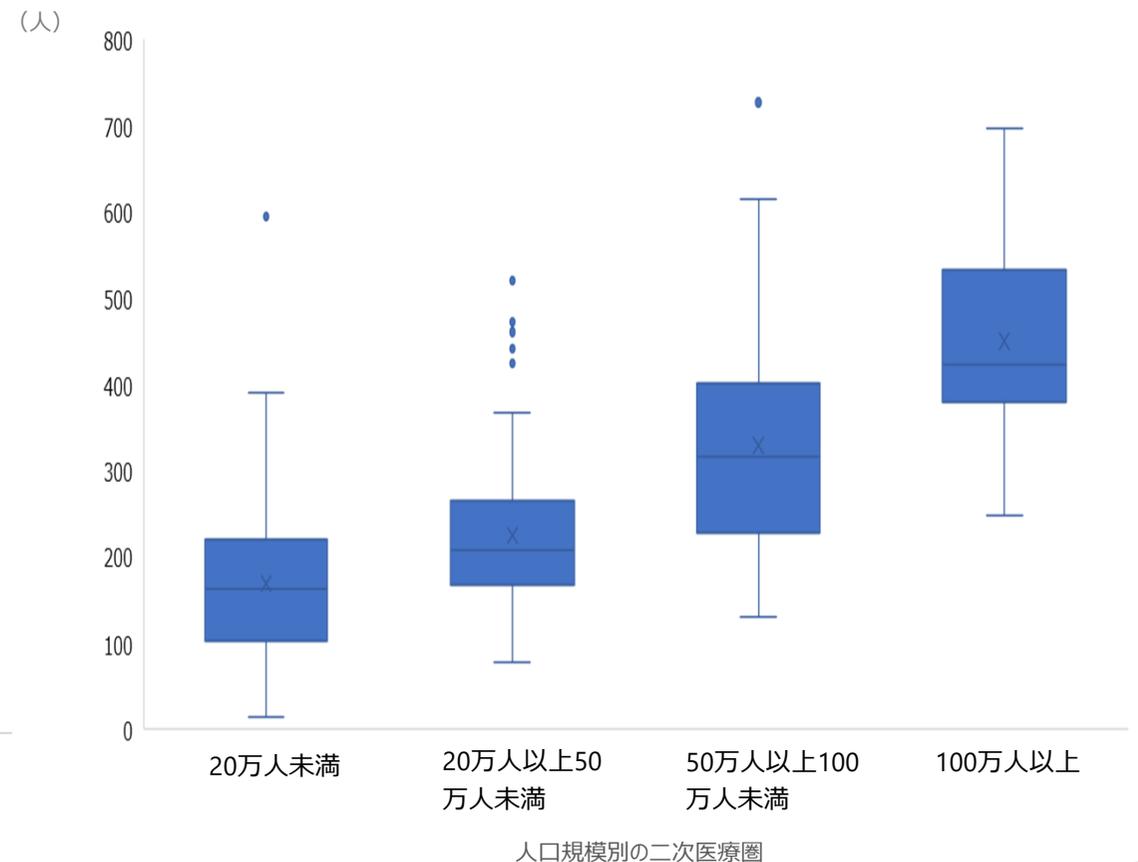
地域ごとの医療需要のばらつきについて

構想区域において、医療需要の量は異なり、救急車の受入台数は年間5,000件未満の構想区域もあれば、25,000件以上の構想区域もある。在宅医療については、二次医療圏の人口規模別に人口あたり訪問患者数にばらつきがあり、人口規模が大きくなるほど人口あたり訪問患者数が多くなる傾向がある。

◆救急車の受入台数別構想区域数



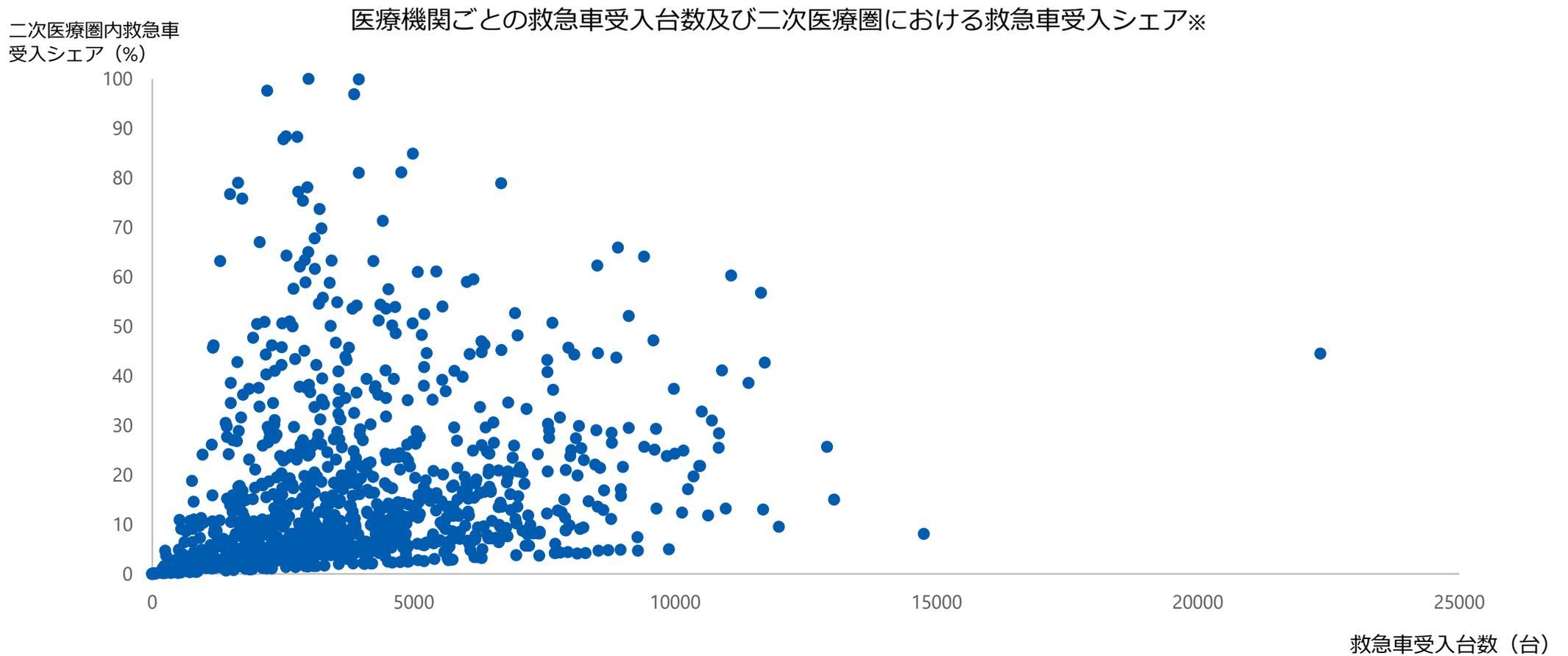
◆人口規模別二次医療圏ごとの65歳以上人口1万人あたりの在宅訪問患者数



資料出所：厚生労働省「病床機能報告」（2022年）

二次医療圏内の救急車受入台数と地域におけるシェア

二次医療圏ごとに救急車受入台数は異なり、医療機関ごとにみると、多くの救急車を受け入れている二次医療圏内の救急車受入シェアが小さい医療機関もあれば、救急車の受入台数は多くないものの二次医療圏内の救急車受入シェアが大きい医療機関もある。



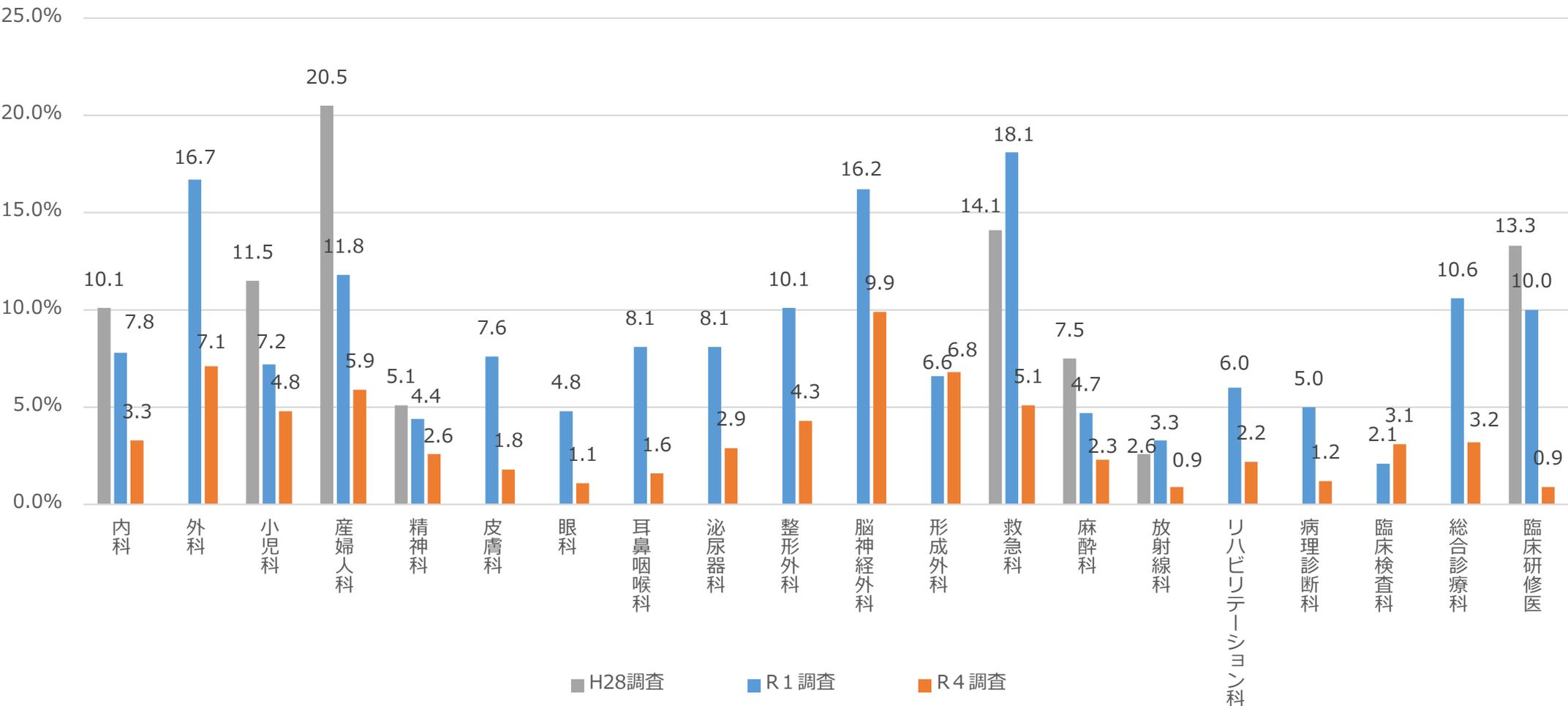
※ 二次医療圏内救急車受入シェア：当該医療機関の救急車受入台数/同医療機関の所在する二次医療圏における全医療機関の救急車受入台数の合計

資料出所：令和5年度病床機能報告
高度急性期の報告をした病床を有する医療機関について集計

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ 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・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



※ 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。
 ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
 ※ 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。
 ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間 = 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の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
 ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

< 医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容 >

令和6年10月30日第7回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料1）

診療科間の偏在への対応（案）

【医師養成の実情と今後の需要の動向】

- ・ 診療科別医師数の推移を見ると、「外科」については他の診療科と比較して増加が緩慢である。
- ・ 診療科別の時間外労働等の状況から、脳神経外科、外科等の診療科が他の診療科と比較してより長時間の勤務に従事している可能性が示唆される。一方、専攻領域の選択に係るアンケート調査の結果から、外科を選択しなかった理由として「ワークライフバランスの確保が難しいから」と答えた割合が最も高かった。
- ・ 一方で、「外科」の医療需要に関しては、多くの急性期病院において病床利用率は低下しており、2040年に向けては、手術等の多くの医療資源を要する、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれる。

【医師養成における研修体制の整備】

- ・ 専門研修制度においては、研修の過程において十分な指導体制及び経験症例数の確保が重要であり、各学会が必要な要件を定めている。外科領域専門研修における研修体制や専攻医受入の基準として、一定の指導医等の数や症例の数を確保することが定められている。
- ・ 外科領域専門研修プログラムにおける研修体制の状況をみると、プログラムの症例数にはばらつきがあり、症例数が相対的に少ないプログラムが一定数存在する。

【新たな地域医療構想における医療提供体制に係る議論】

- ・ 「病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要」「【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】について、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか、アクセスの観点や構想区域の規模等も踏まえながら検討が必要」といった方向性で、検討が進められている。

【外科医療の実情等】

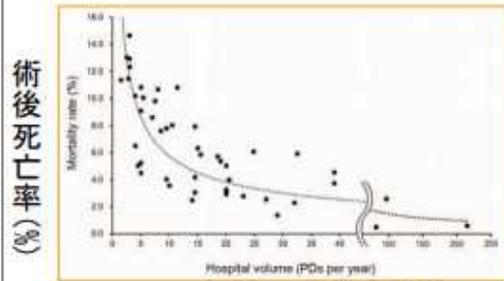
- ・ 診療科間の偏在に関連した外科医療の実情について以下のような指摘がある。
 - 症例の集約化・重点化を通じて、手術の成績が向上するなどの医療の質の向上が示唆されること。
 - 外科医師の集約化・重点化を通じた医師の働き方の改善の実現や待遇面での改善を実施することが、外科医師の確保に有効であった事例があること。

< 医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容 >

令和6年10月30日第7回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料2）

日本消化器外科学会提出資料

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績 -集約化によって見込まれる短期成績の向上-



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg 2016.



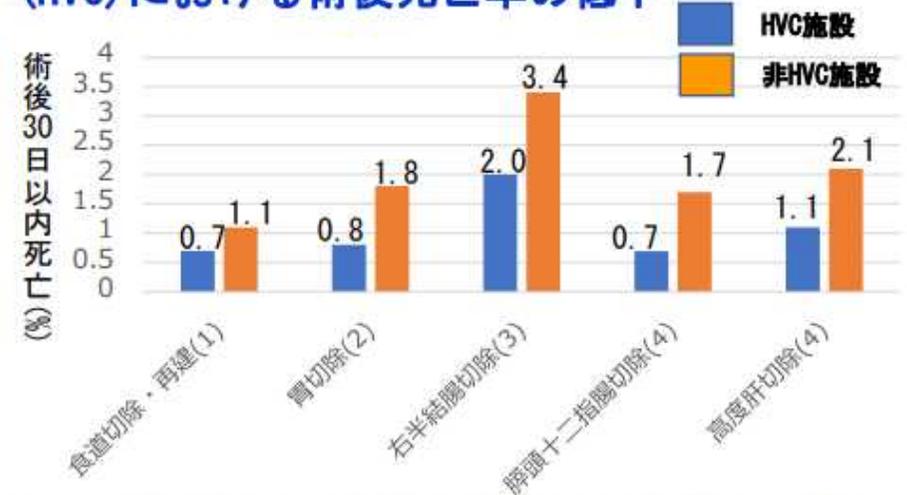
超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。
厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
(藤原俊義ら、2020)

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.

(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.

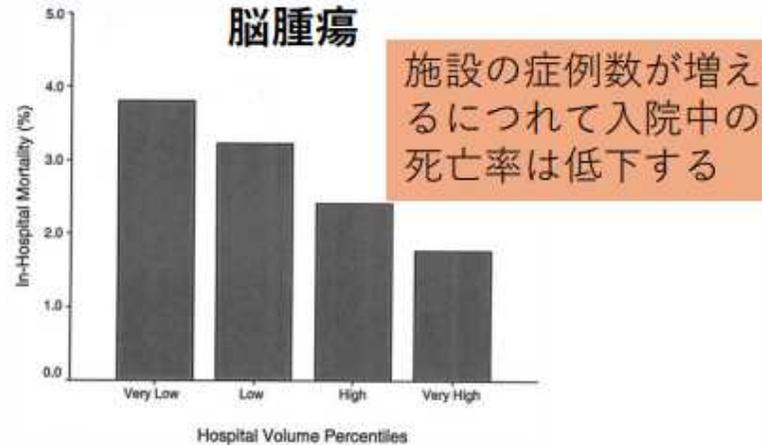


消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

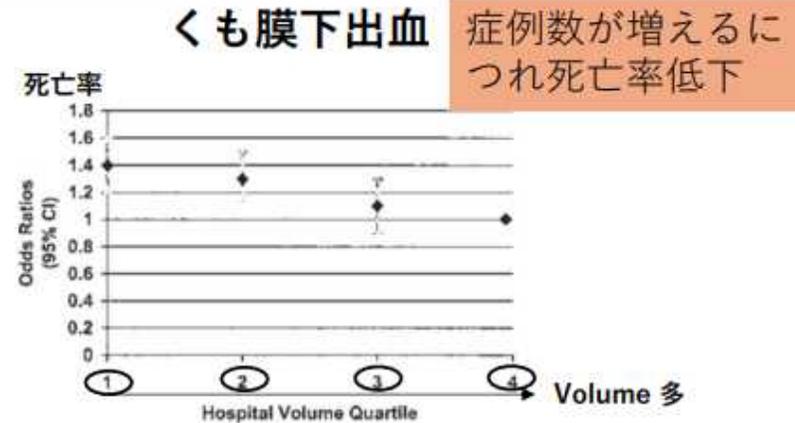
< 医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容 >

令和6年10月30日第7回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料3）

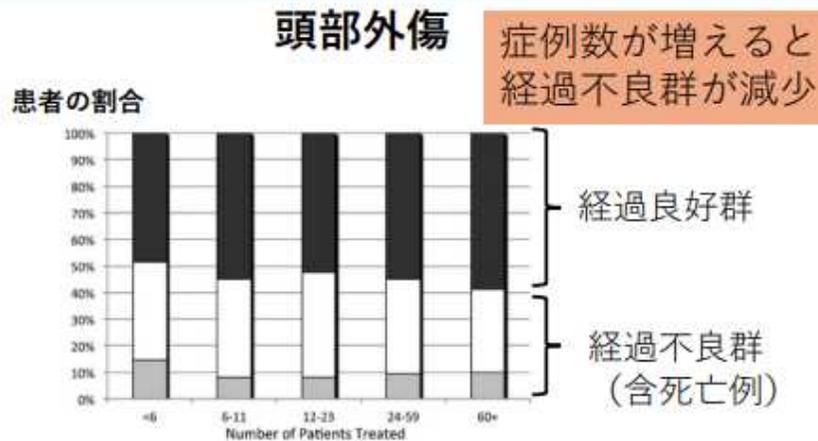
日本脳神経外科学会提出資料



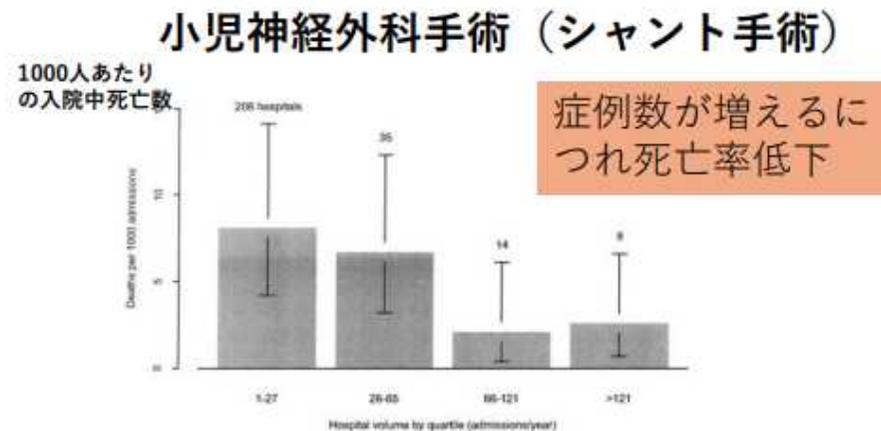
Cowan JA Jr, et al. Thimpack of provider volume on mortality after intracranial tumor resection. Neurosurgery. 2003 52(1):48-53



Cross DT 3rd, et al. Mortality rates after subarachnoid hemorrhage: variations according to hospital case volume in 18 states. J Neurosurg. 2003 99(5):810-7



Clement RC, et al. Volume-outcome relationship in neurotrauma care. J Neurosurg. 2013 118(3):687-93



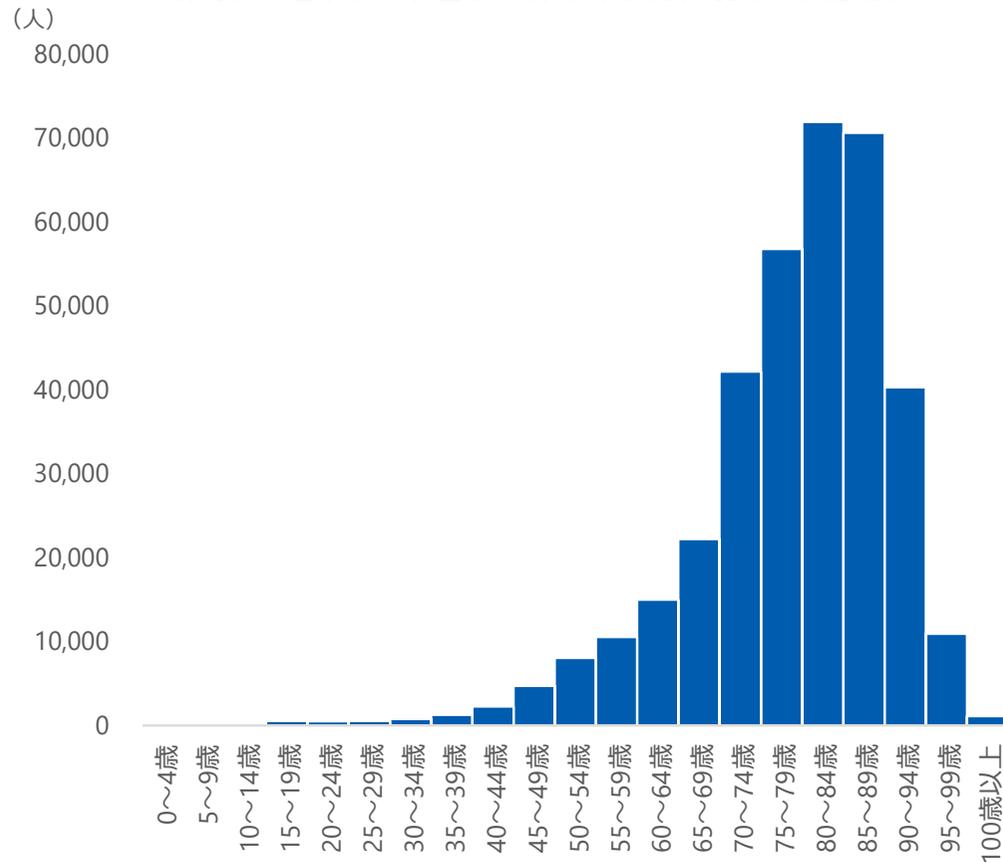
Smith ER, et al. In-hospital mortality rates after ventriculoperitoneal shunt procedures in the United States, 1998 to 2000: relation to hospital and surgeon volume of care. J Neurosurg. 2004 100:90-7



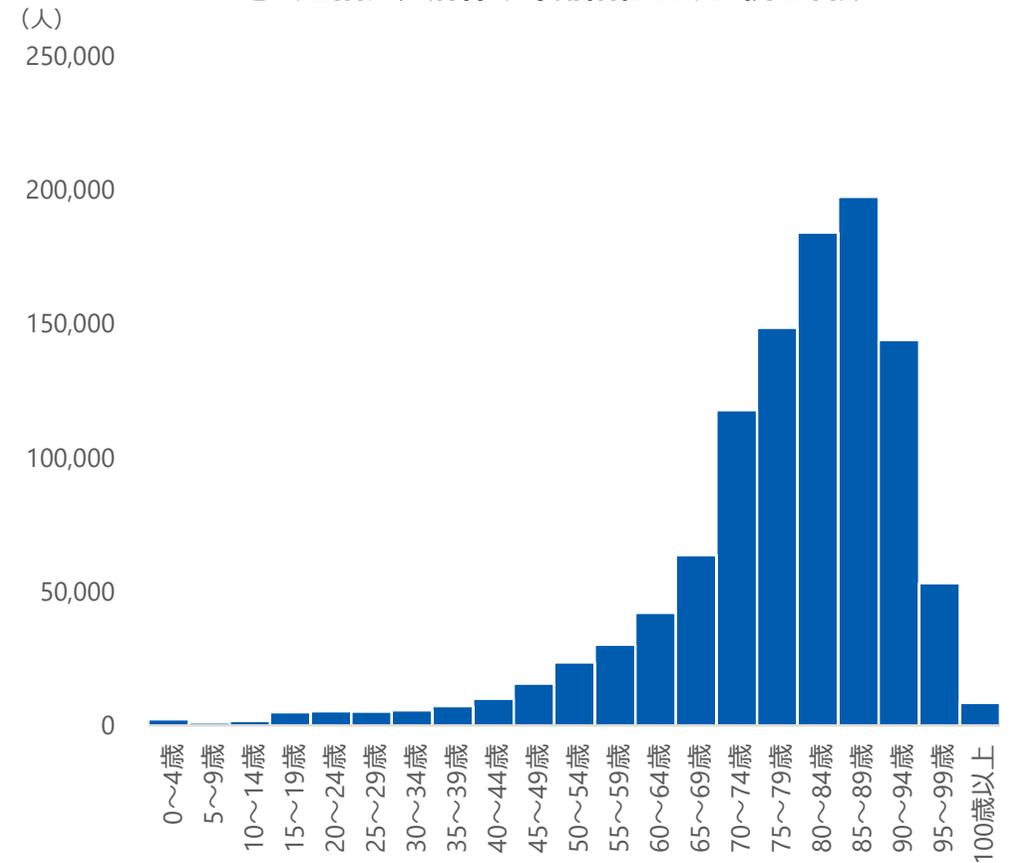
回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の入院患者の年齢

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟について、入院患者の年齢の中央値は80～84歳にあり、入院患者の半数以上が80歳以上となっている。

回復期リハビリテーション病棟の年齢階級別の入院患者数



地域包括ケア病棟の年齢階級別の入院患者数



資料出所：2023年DPCデータ

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で共通した疾患があり、いずれの疾患も回復期リハビリテーション病棟の在院日数が長い。

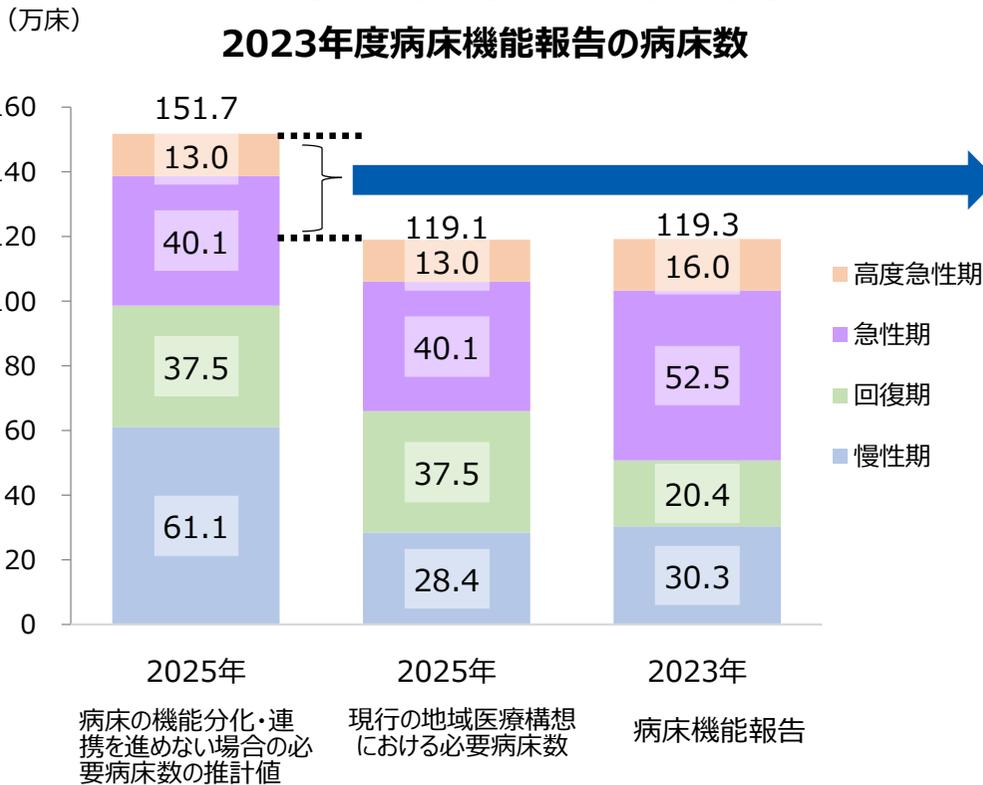
疾患名	回復期リハビリテーション病棟		地域包括ケア病棟	
	件数	平均在院日数	件数	平均在院日数
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	38,678	50.3	21,009	29.3
転子貫通骨折 閉鎖性	32,714	54.6	18,211	31.5
腰椎骨折 閉鎖性	28,630	50.8	32,609	32.1
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	14,247	54.2	22,183	32.8
その他の原発性膝関節症	13,886	31.8	18,768	21.9
胸椎骨折 閉鎖性	13,685	49.8	15,337	31.1

※ 両病棟でそれぞれ年間1万件以上の疾患

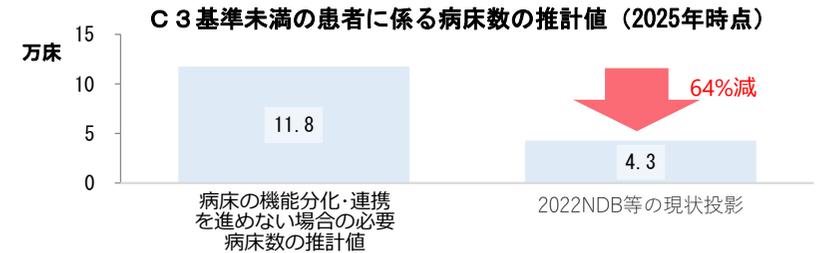
現行の地域医療構想の評価について

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未満の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未満の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

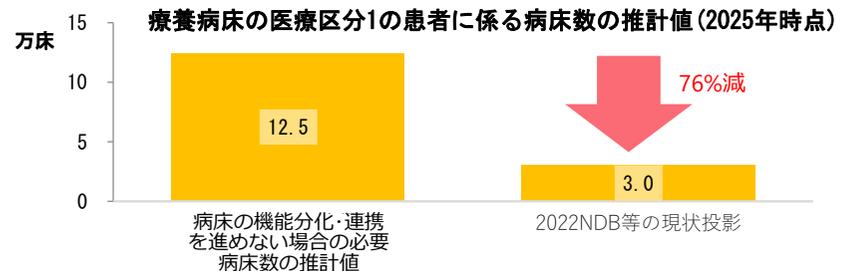
現行の地域医療構想の病床の推計値と
2023年度病床機能報告の病床数



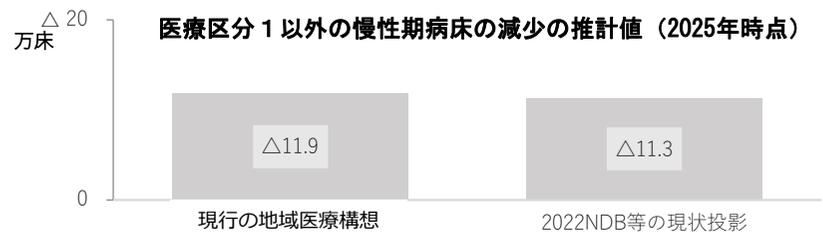
① C3基準未満の患者に係る病床



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床



③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少

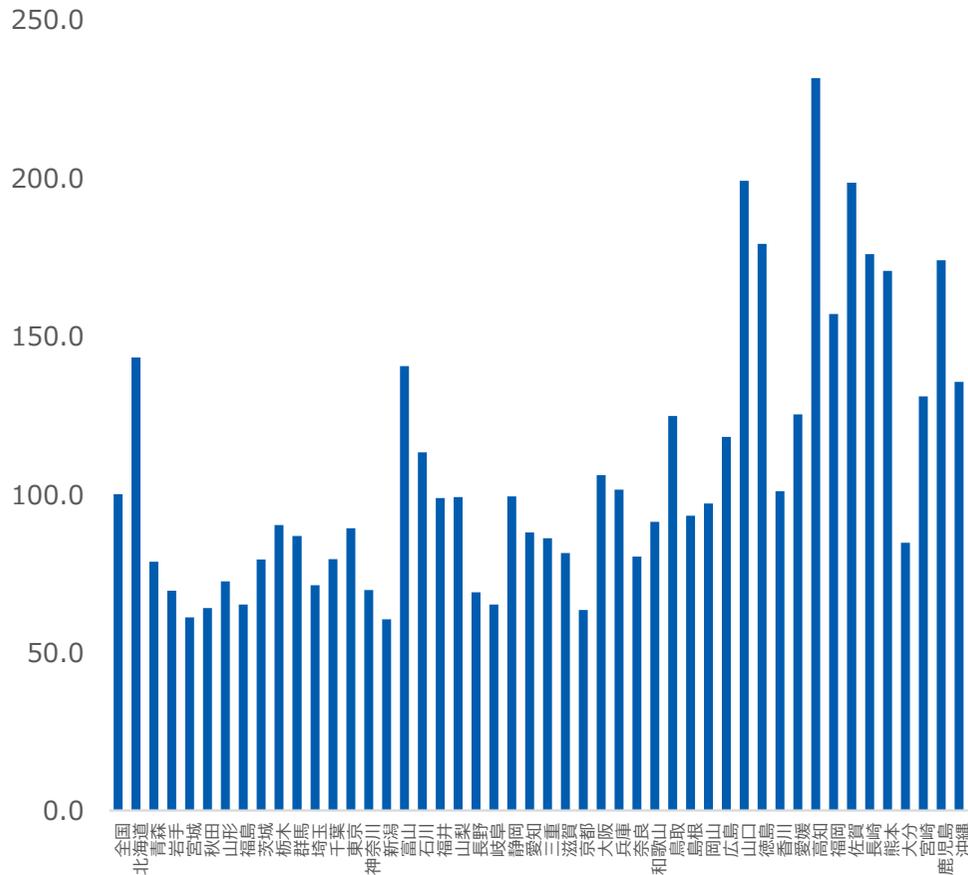


※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

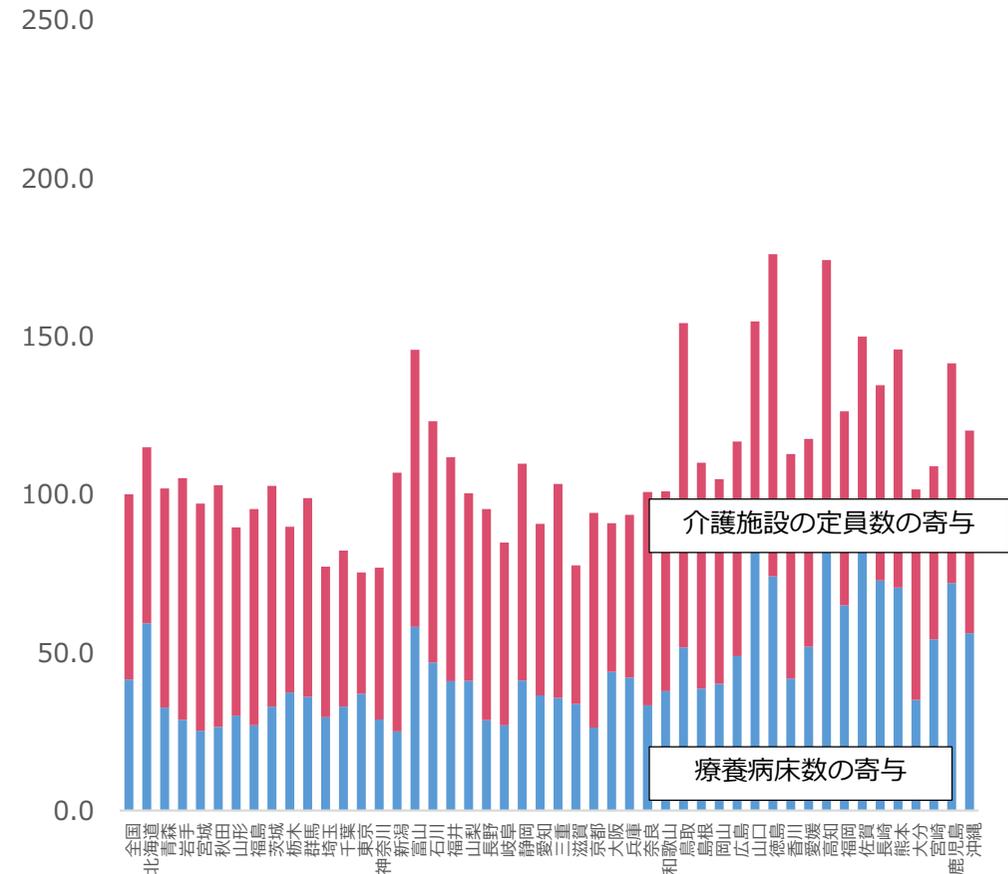
療養病床の地域差、療養病床と介護施設(老健、介護医療院)定員数の地域差

療養病床に係る地域差については、介護施設（老健、介護医療院）の定員数と合わせると地域差は縮小する。

療養病床数の65歳以上人口比
(指数：全国=100) (変動係数0.39)



療養病床数と介護施設(老健、介護医療院)定員数の
65歳以上人口比 (指数：全国=100) (変動係数0.22)

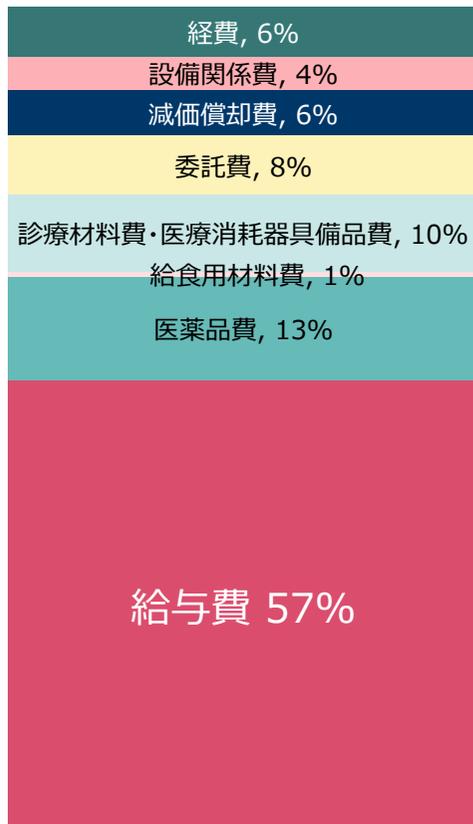


資料出所：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）、「医療施設調査」（2022年）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課で作成。
※ 介護施設の定員数については、老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

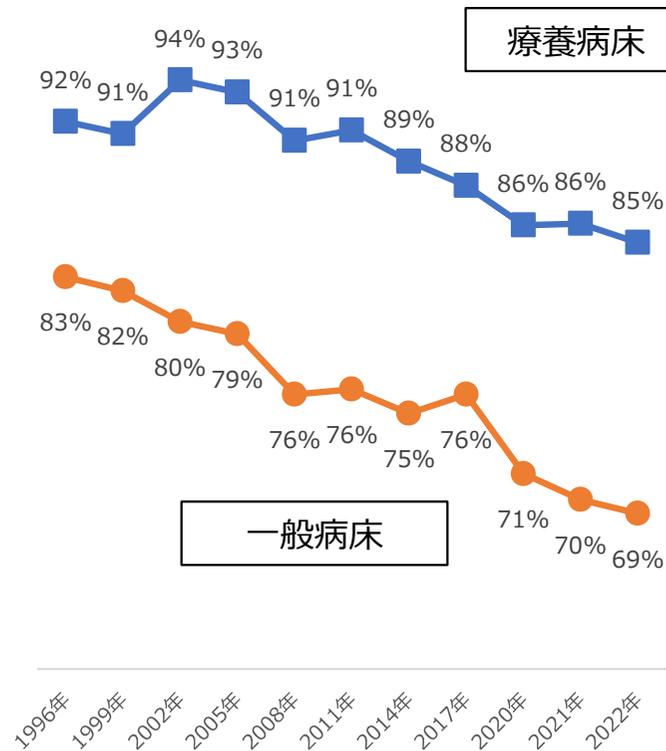
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移



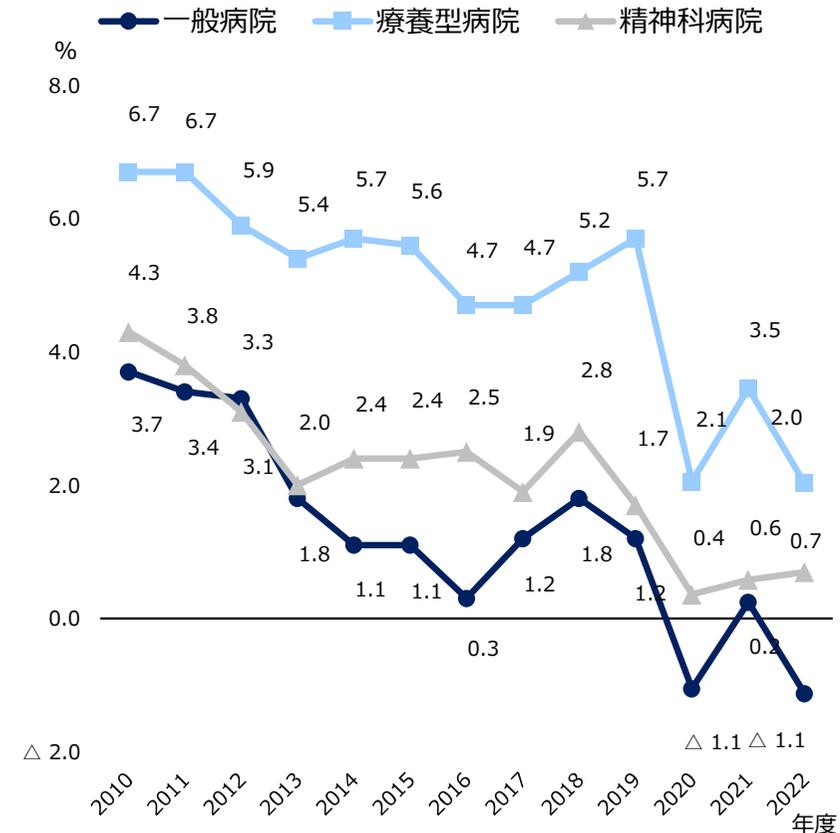
資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成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。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

病院の医業利益率の推移



注1) コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

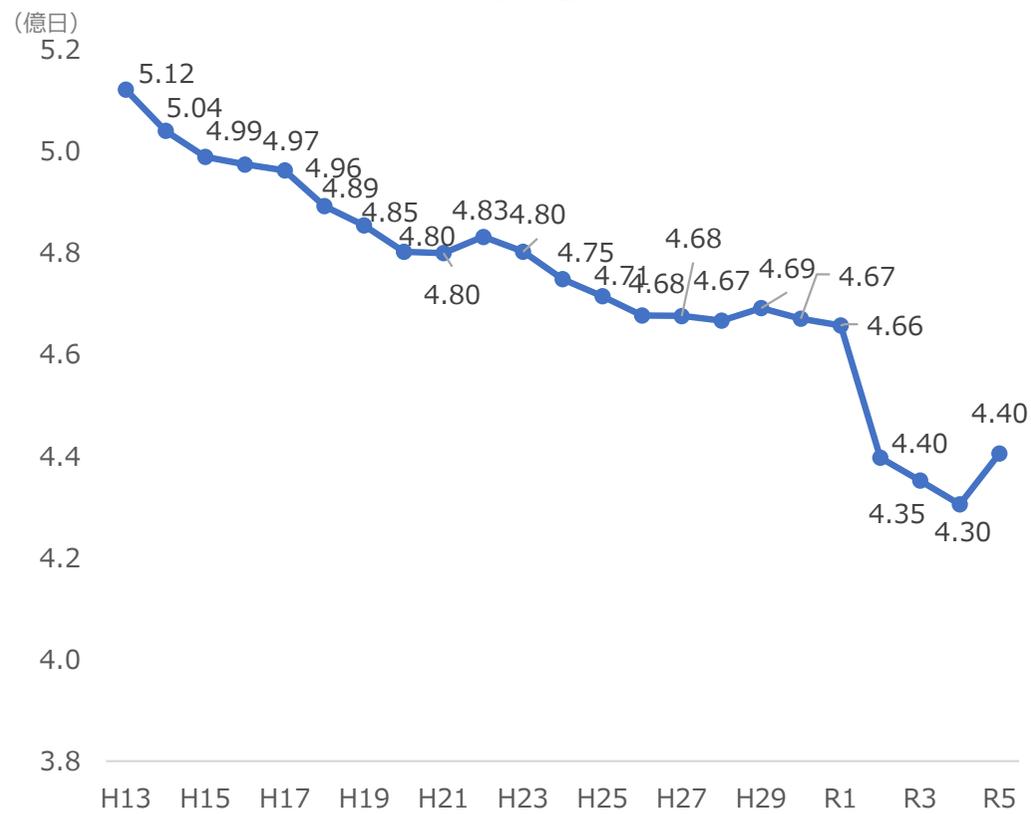
注2) コロナ対応のかけ増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおりの補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

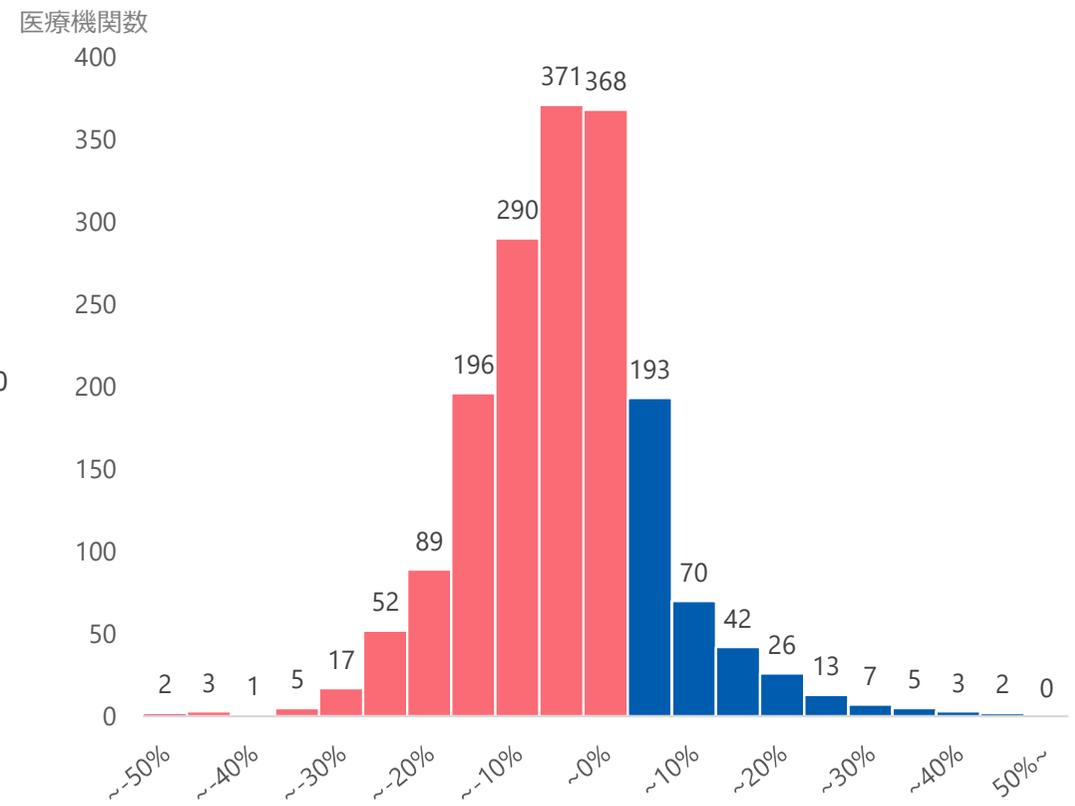
病床の利用状況の推移について

- 入院受診延日数は減少傾向にあり、二次救急医療施設において、2022年と2018年の病床利用率を比較すると、病床利用率が低下している医療機関が多い。

入院受診延日数の推移



二次救急医療施設における病床利用率の変化 (2018年→2022年)



2022年と2018年の病床利用率の変化

資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）
 ※ 1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。
 ※ 2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

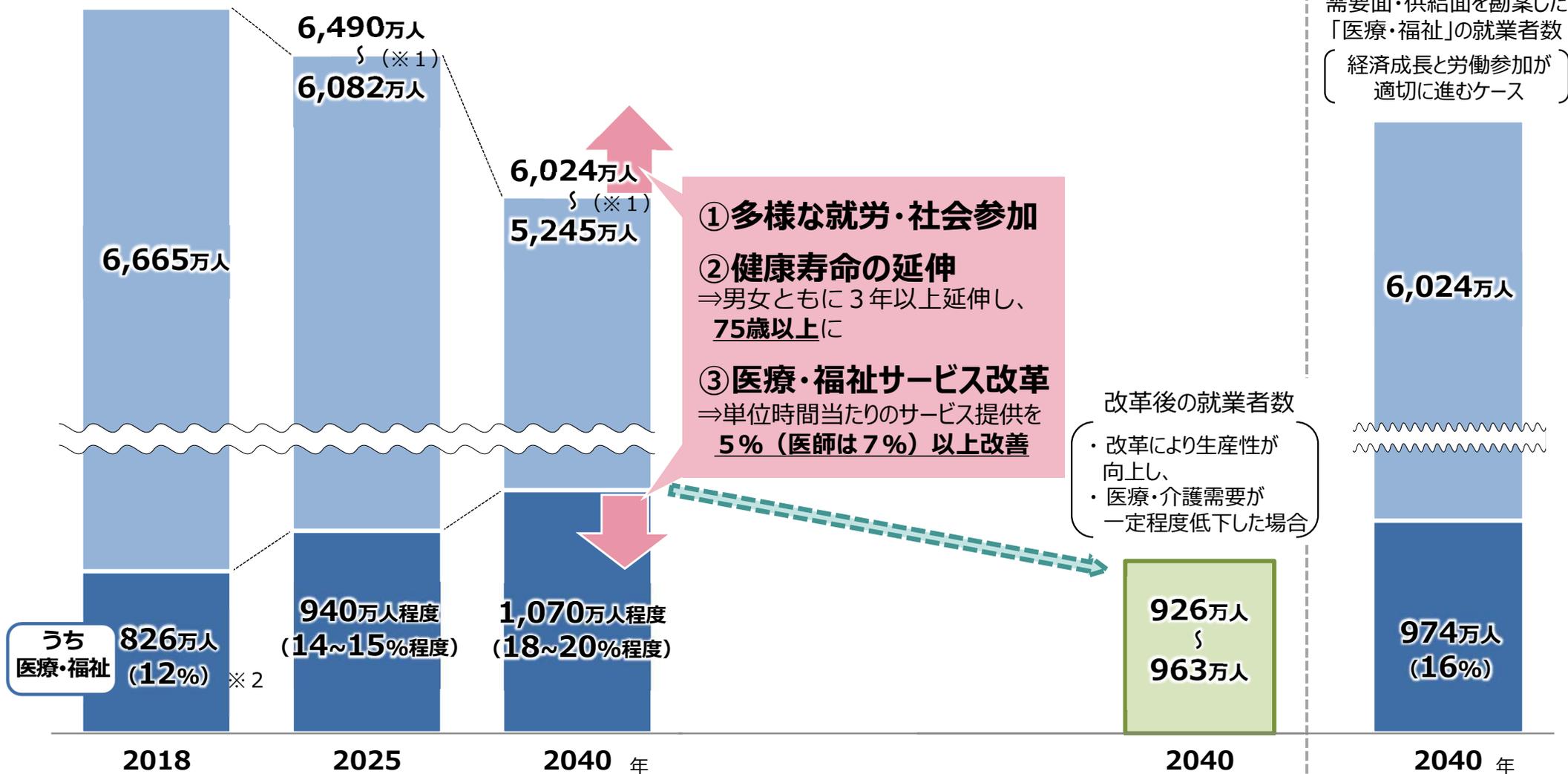
資料出所：令和5年度病床機能報告
 ※ 二次救急医療施設と報告された医療機関のうち、2018年と2022年の一般病床数が同じ2105医療機関について、病床利用率（在棟患者延べ数/(許可病床数*365)*100）の上下位5%tileを除いた医療機関の2022年の病床利用率における2018年の病床利用率との差分を集計

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。

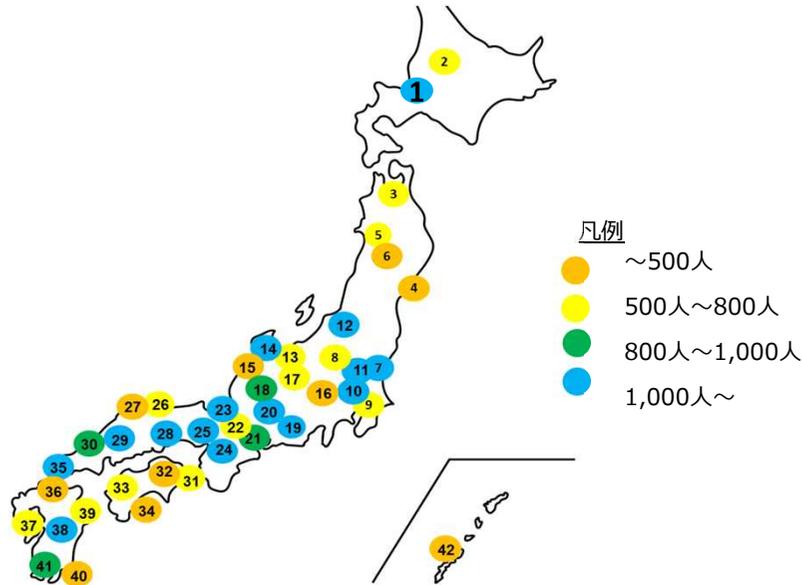
※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

大学病院による医師の派遣機能

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、約6万人程度の常勤医師の派遣等、医療提供体制の確保に貢献している。

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣



出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

私立大学からの常勤医師派遣状況

平成31年1月時点で、私立大学29大学から、4,279の医療機関に対し、15,685人の医師を常勤医師として派遣



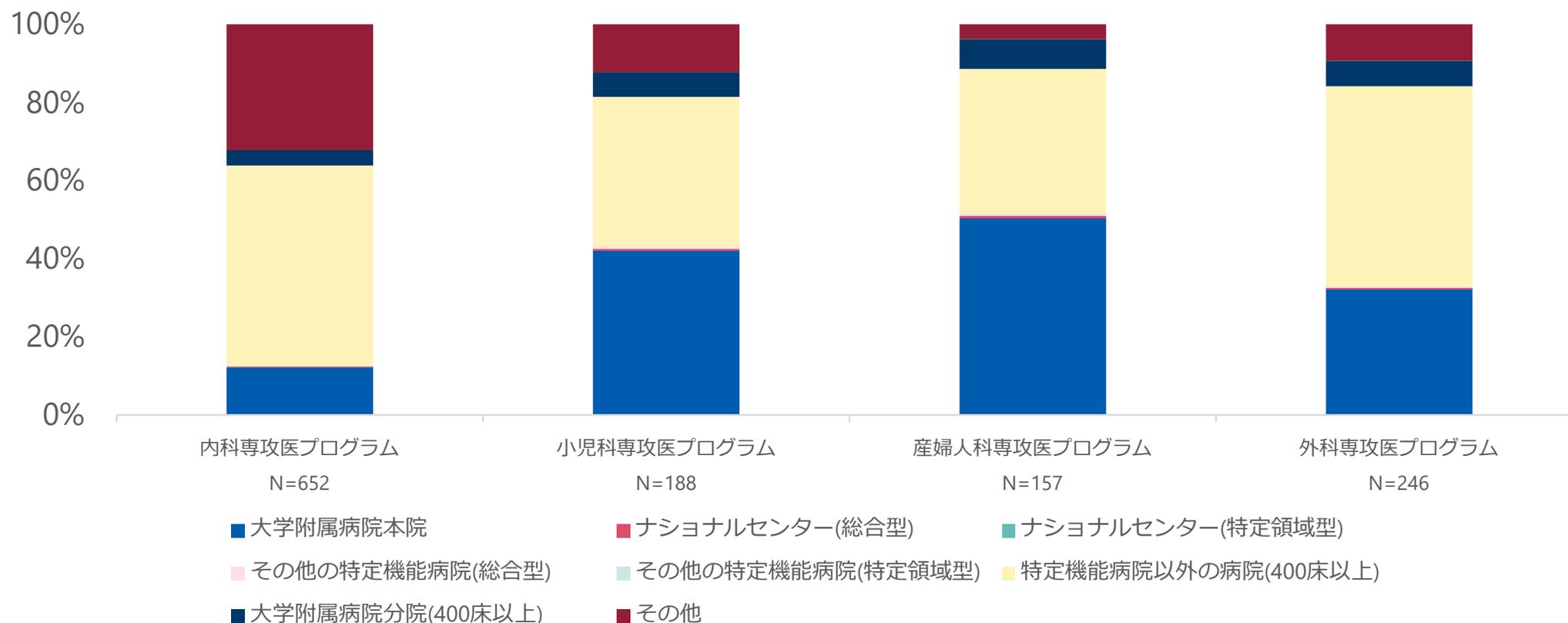
※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

専門医研修プログラムを提供する基幹施設の病院類型ごとのシェア

専門医研修プログラムを提供する基幹施設について、大学病院本院は、全施設数のうち、内科専攻医プログラムで1割、小児科専攻医プログラムで4割、産婦人科専攻医プログラムで5割、外科専攻医プログラムで3割程度を占める。

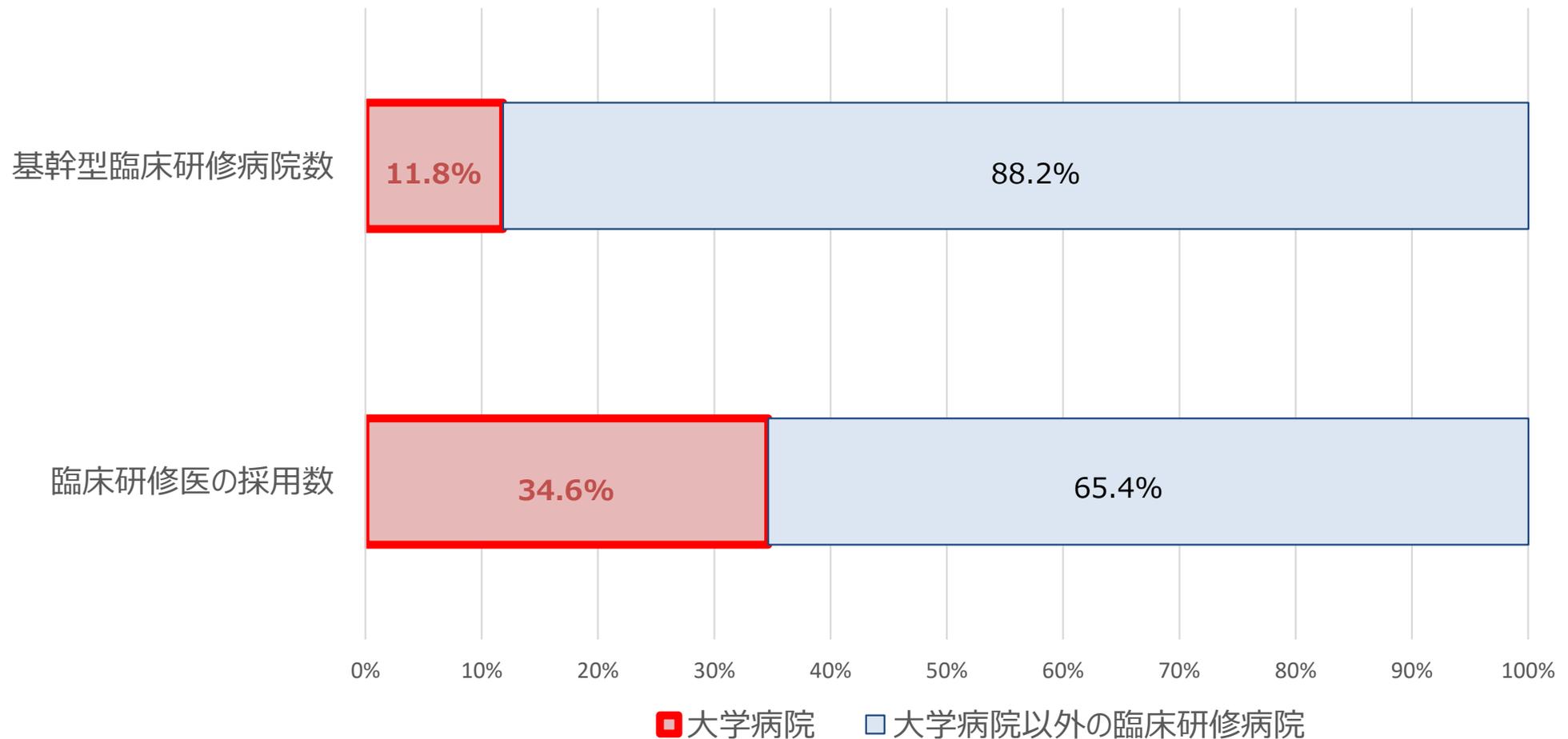
専門医研修プログラムを提供する基幹施設の病院類型ごとのシェア



※ 各学会及び各大学webサイトをもとに厚生労働省で集計

臨床研修を行う病院や臨床研修医の採用数における大学病院のシェア

臨床研修が行われる病院のうち大学病院が占める割合は約12%、臨床研修医の採用数のうち大学病院の割合は約3分の1となっており、臨床研修制度において、大学病院が医育機能を一定程度担っている。

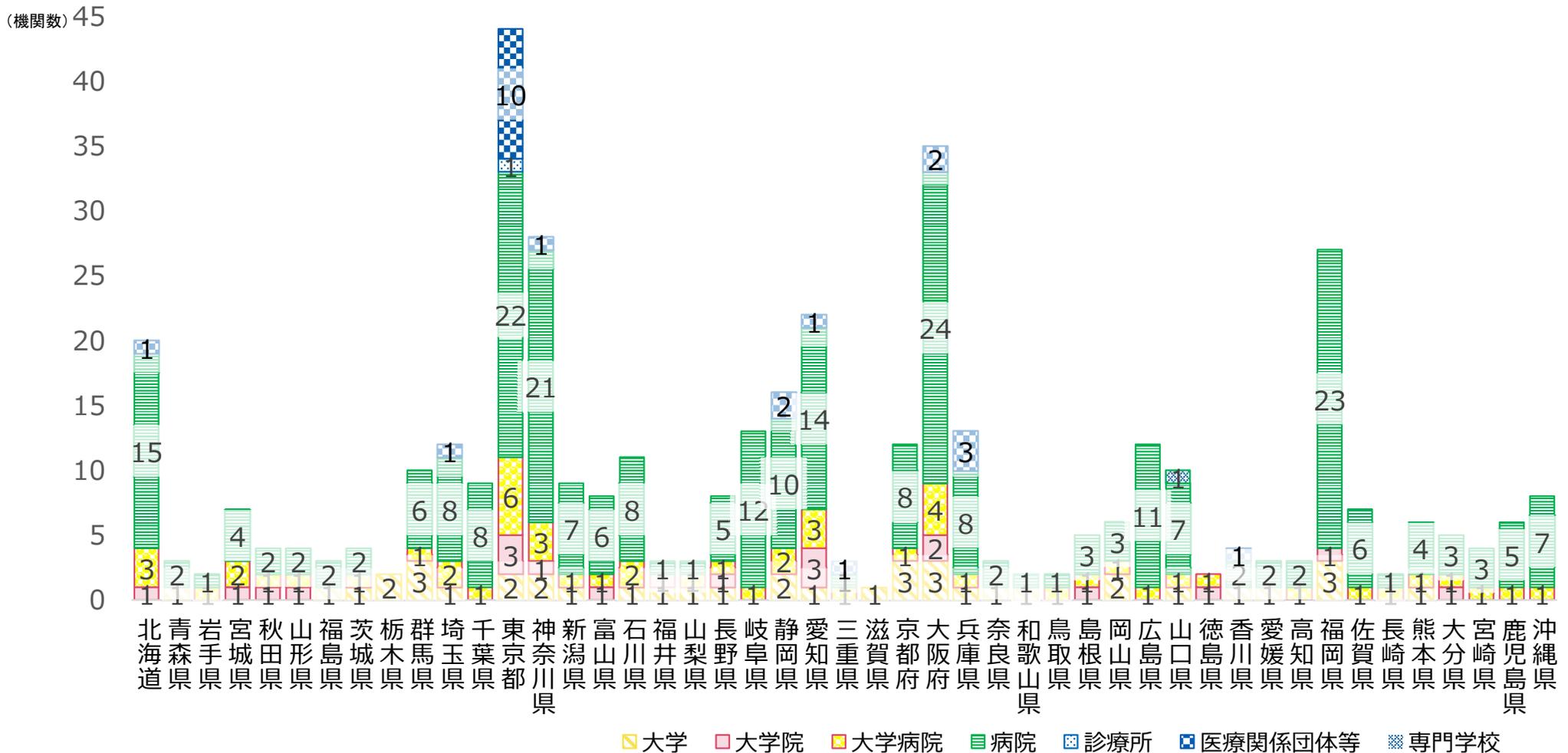


看護師の特定行為研修を行う指定研修機関の状況

■施設の種別別指定研修機関数(令和6年9月現在)

大学	大学院	大学病院	病院・診療所	医療関係団体等	専門学校	総計
40	20	55	287	23	1	426機関

■都道府県別指定研修機関数(令和6年9月現在)

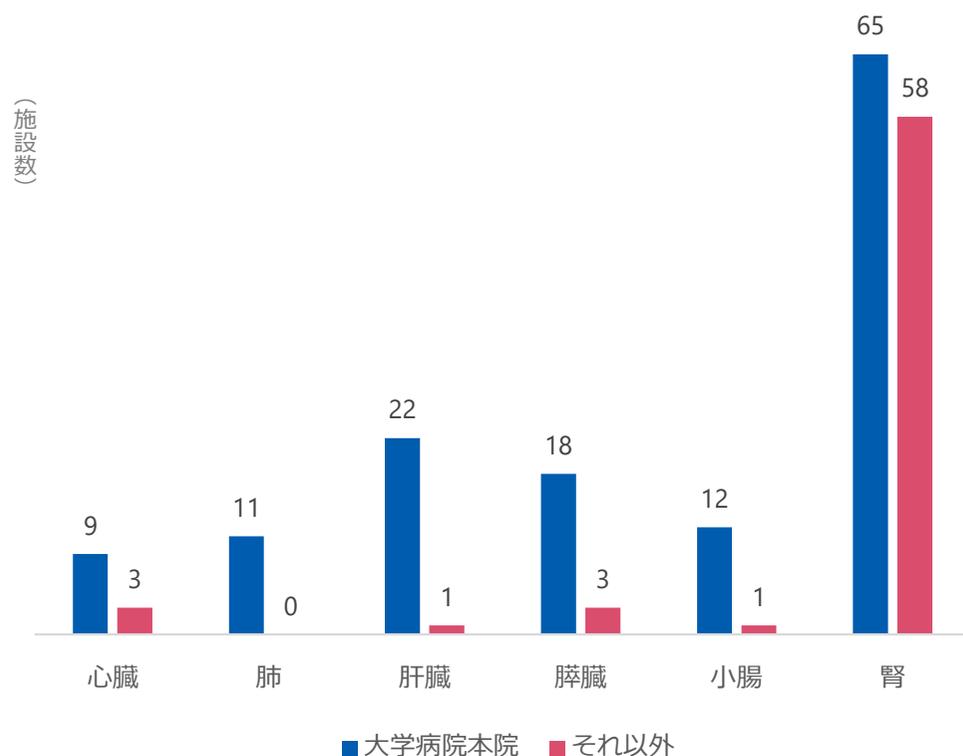


※厚生労働省医政局看護課調べ

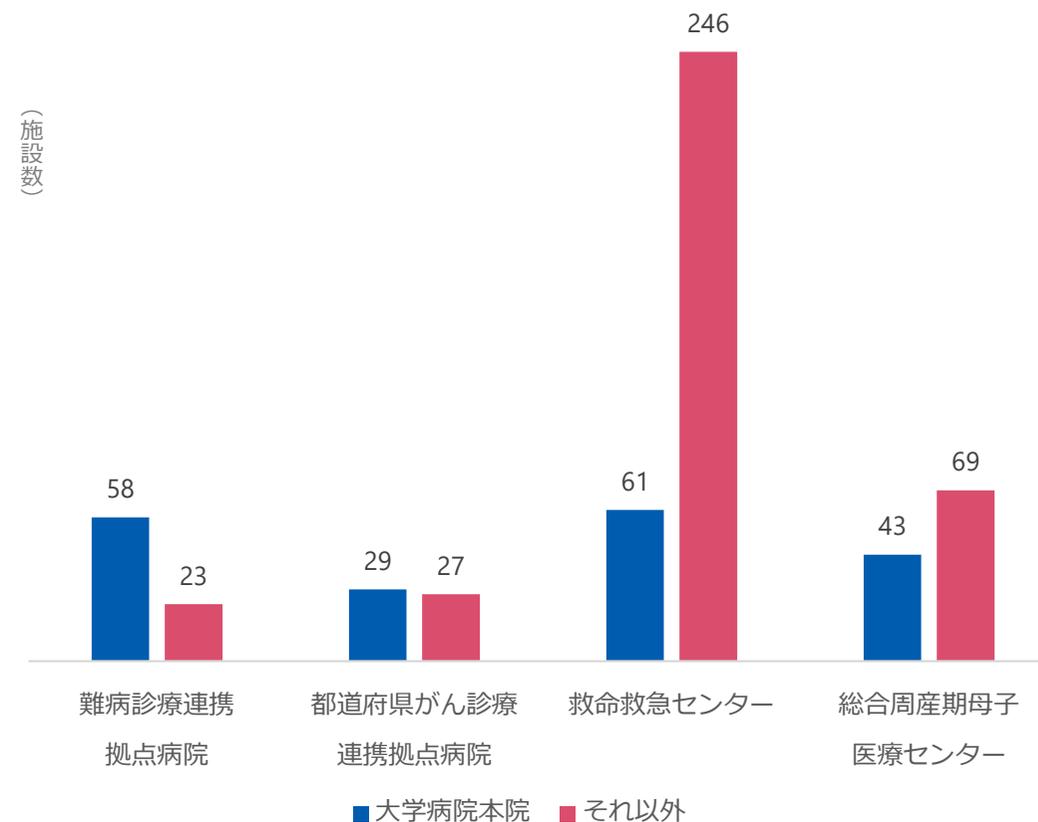
広域な観点で整備される施設類型ごとの大学病院本院の役割について

腎移植を除いた移植施設については、多くが大学病院本院となっている。難病診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センターについても、大学病院本院が一定の役割を担っている。

移植施設ごとの
大学病院本院とそれ以外の内訳



広域な観点で整備される施設類型ごとの
大学病院本院とそれ以外の内訳



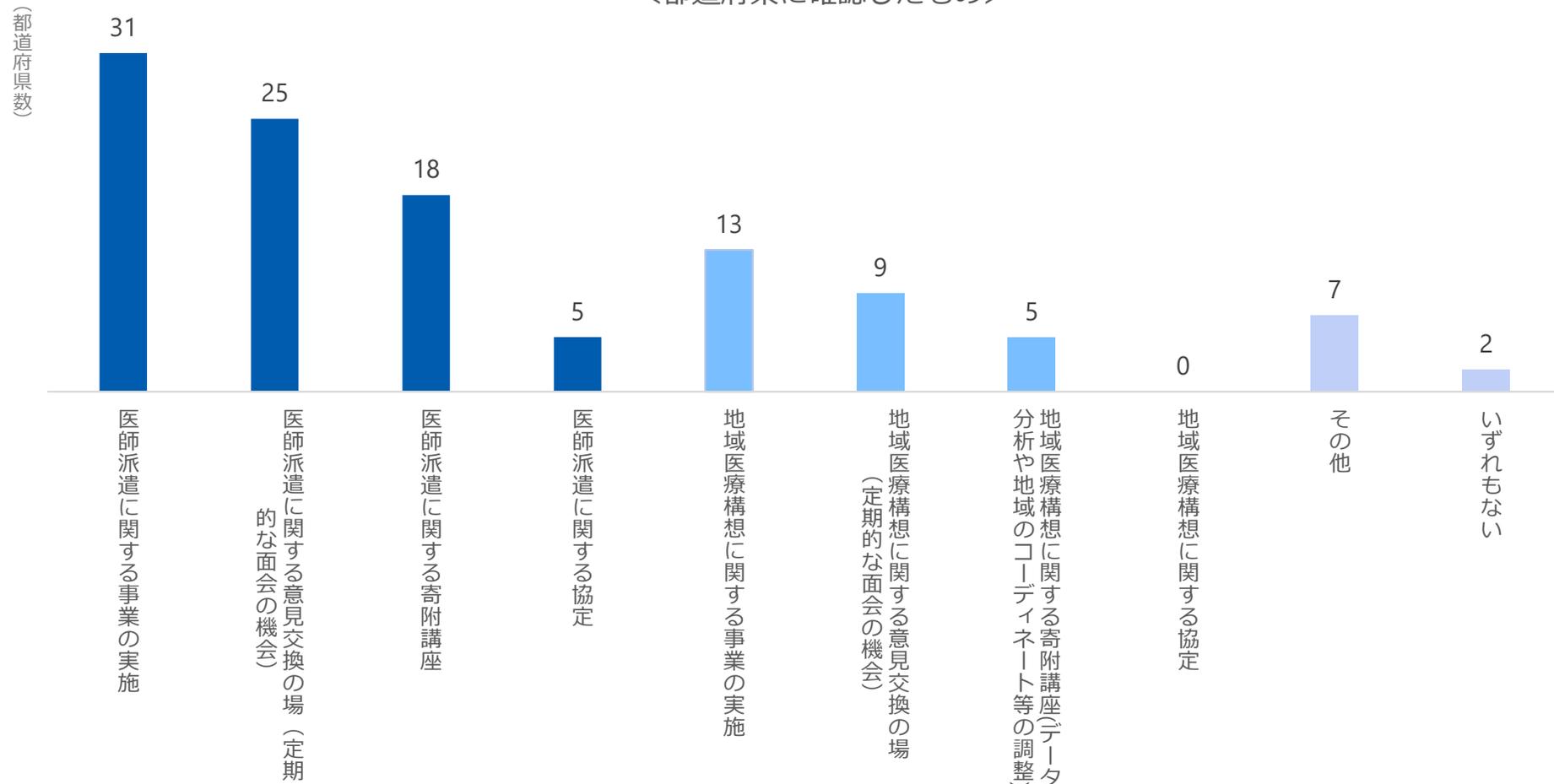
資料出所：公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

都道府県と大学病院の関係について

都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想に関して様々な形で連携を行っている。

都道府県と大学病院との連携状況(複数回答可)
 <都道府県に確認したもの>



※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ(一部精査中)

これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

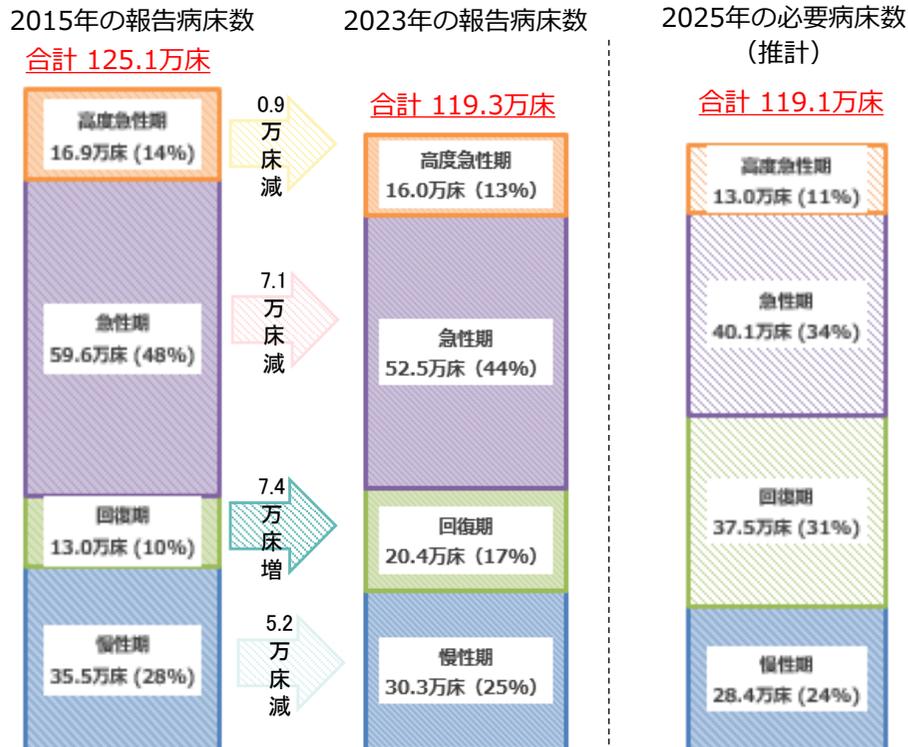
現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。

このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 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。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

<新たな地域医療構想における基本的な方向性>

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

病床機能・医療機関機能の整理（イメージ）

これまでの地域医療構想では、病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい、病床機能報告において必ずしも客観的でない報告がなされる、必要病床数と基準病床数の関係性がわかりにくい等の課題があった。



新たな地域医療構想においては、以下の3つの観点に基づき、病床機能・医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していく。

病床区分毎の必要量

基本的に診療実績データをもとに、病床区分毎に2040年における地域の病床の必要量を推計。将来の病床の必要量と基準病床数との関係を整理し、位置づけを明確化。

医療機関機能の明確化

地域での医療提供体制を検討・議論するにあたり、連携・再編・集約化に向けて、地域で求められる役割を担う医療機関機能を新たに地域医療構想に位置づける。

医療機関の報告等

地域の状況・取組進捗等を把握し、地域で協議を行って取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的に、病床機能や医療機関機能を報告する。その際、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みを創設。

医療機関機能の設定の考え方（案）①

【高齢者救急に関する機能】

- 85歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されている。
- 高齢者はベッド上での安静により筋力が低下することが知られており、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要となる。
- 入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている。
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向。
- 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の背景も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けてさらに多くなる見込み。



高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要である。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制が必要ではないか。

医療機関機能の設定の考え方（案）②

【救急・急性期に関する機能】

- 多くの急性期病院において病床利用率は低下しており、2040年に向けては、手術等の多くの医療資源を要する、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれる。
- 緊急手術を実施するためには、手術に関わる医師、看護師のほか、様々な部門のスタッフが必要となるが、休日や夜間において緊急手術が毎日発生しない医療圏も多くあり、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも数件のみにとどまる医療圏が多い。他方、そうした医療圏においても複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。
- 手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。
- 医師の働き方には課題があり、脳外科や産婦人科等で時間外労働が多い。特に大学病院や救急医療を担う病院で労働時間が長い傾向がある。分娩は休日対応等も多いが、常勤換算医師数が2人未満の医療機関も多いため、一部の医師の負担となっている可能性がある。



病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないか。

救急医療について（案）

- 救急搬送は高齢者（65歳以上）の割合が増加しているが、30%程度は成人（18歳以上65歳未満）が占める。
- 二次救急医療施設は3,194医療機関あり、全体として救急車の受入件数の約7割を受け入れている。二次救急医療施設においては、年間5,000件以上の救急車を受け入れる医療機関が132存在する。他方、半数近い二次救急医療施設で救急車の受入件数が500件未満である。
- 全二次医療圏の半数以上に三次救急医療施設※があり、三次救急医療施設がない二次医療圏の方が少ない。三次救急医療施設のない二次医療圏のうち半数以上の医療圏で、圏域の5割以上の救急車受入シェアを占める二次救急医療施設が存在する。
 - ※ 救命救急センターは当初概ね100万人に1か所を目途(全国100か所程度)に整備されてきたが、現在は全国で約300か所が指定されている。
- 人口100万人超の二次医療圏においては、生産年齢人口の減少が緩やかなところが多く、また、二次救急医療施設が一定以上の救急車の受入れを行っている圏域が多い。
- 入院受診延日数は減少傾向にあり、二次救急医療施設においても病床利用率は低下傾向にある。



- 二次救急医療施設数は3,194医療機関あり、救急医療の対応状況は様々である。二次救急医療施設は全体として救急車の受入れの7割程度を占めており、救急搬送の3割程度を占める成人も含め、救急搬送の受け皿となっている。地域の医療資源や医療需要等に応じて、一部の二次救急医療施設においては、二次医療圏で救急医療の中心的な役割を担っている。
- 地域ごとに必要な連携・再編・集約を進めながら、二次救急医療施設も含めた医療機関により【高齢者救急の受け皿となり地域への復帰を目指す機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】の確保が必要であり、ガイドラインを検討する際に、医療従事者の働き方や医療の質を確保する観点やアクセスの観点、地域の医療需要や医療資源等を踏まえながら、地域においてこれらの機能を果たす医療機関が、高齢者やそれ以外の救急医療について具体的な役割分担をどのように進めるかについても検討してはどうか。

回復期医療について（案）②



- 現行の病床機能報告の【回復期】は、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能、特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能と定義してきた。回復期を担う主な病床として、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟があるが、回復期リハビリテーション病棟は急性期後の集中的なリハビリを担っており、地域包括ケア病棟は、急性期後のリハビリだけでなく、高齢者の急性期疾患にも対応している。在宅医療や外来医療を含め「治し、支える」医療を目指す中、急性期の治療後の速やかな在宅復帰が重要であり、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、病床機能報告の【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置付け、名称や定義を変更することについて、どのように考えるか。〈詳細は後述〉
- リハビリテーションに係る医療のあり方については、地域において「治し、支える」医療を実現できるよう、入院での早期のリハビリや集中的なリハビリが効果的な場合は入院でのリハビリを提供しつつ、その他の場合は、他施設とも連携しながら外来・在宅等での提供も含め、患者の身体機能等に応じて適切な場でリハビリを提供することが必要ではないか。

慢性期・在宅医療について（案）②



- 医療機関機能の一つとして、地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる等、地域での在宅医療提供を確保するための医療機関機能を位置付けてはどうか。
- 慢性期の医療提供体制については、地域の在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域において、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設等とあわせて、構築していく必要があるのではないかと。その際、増加する高齢者救急への対応に向けて、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理及びACPの取組の推進、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要ではないかと。
- 在宅医療の医療提供体制については、地域によって増加する在宅需要に対応するため、都道府県において適切な在宅医療の圏域を設定し、地域の協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進めることが必要。

その際、D to P with Nのオンライン診療等のICT活用による効率化や、在宅医療を行っている医療機関の対応力強化、これまで在宅医療を行っていない医療機関の参入促進、多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関との連携、訪問看護事業所の機能強化等による供給力の増強が重要ではないかと。人口規模の小さい地域においては、移動時間や担い手不足等の課題も踏まえ、高齢者の集住等のまちづくりの取組とあわせて、D to P with Nのオンライン診療の活用の徹底も含め、在宅医療提供体制を構築していく必要があるのではないかと。

医療機関機能の報告に係る考え方（案）①

- 医療機関機能等の報告については、地域の状況・取組の進捗等を把握し、地域における協議を通じて取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的としている。
- 二次医療圏ごとに救急車受入台数は異なり、救急車の受入台数は多くないものの、二次医療圏内の救急搬送の大部分に対応している医療機関もある。
- 在宅医療について、医療機関によって1か月あたりの在宅訪問患者数に幅があり、また、二次医療圏ごとに病院が対応する在宅訪問患者の割合が異なり、地域によって在宅医療に係る病院の役割は異なる。
- 休日や夜間において緊急手術が毎日発生しない医療圏も多くあり、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも数件のみにとどまる医療圏が多い。他方、そうした医療圏においても複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。
- 手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。二次医療圏毎に日中に手術は行うが、時間外等に手術を行わない医療機関が一定数存在する。
- 地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要。

医療機関機能の報告に係る考え方（案）②



- 医療の質やマンパワーの確保のため、一定の症例数の集約が求められる【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】について、報告にあたっては、一定の水準を満たす役割を設定することが必要であり、その際、絶対的な医療の提供量だけではなく、地域でのシェア等の地域の医療需要に応じた役割の設定も検討すべきではないか。また、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保するための医師や症例等の集約化に資するよう、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】について、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか、アクセスの観点や構想区域の規模等も踏まえながら検討が必要ではないか。
- 【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】については、地域ごとに増加する医療需要に対応できるよう、例えば在宅医療において地域によって病院が対応する在宅訪問患者の割合が異なるなど、地域の実情に応じて医療機関に求められる役割が変わりうることに留意した上で、報告のあり方を検討することが必要ではないか。

広域的な観点に係る医療機関機能について（案）②



- 医療提供体制を維持するための医師派遣機能については、より広域な観点から、都道府県が関与して医師を派遣する場合のほか、大学医局やその他の病院から医師を派遣する場合がある。医育機能については、大学病院本院では、卒前教育に加えて、多くの専門医研修プログラム、その他の医療従事者への教育等を通じて、地域において幅広く質の高い人材の育成を担っている。
- 広域な観点で診療を行う機能のうち、移植医療や難病に係る医療は大学病院本院が中心的な役割を担っているが、救命救急センターや総合周産期母子医療センターはその他の病院が一定の役割を担うケースも多い。
- 広域な観点から求められる医療機関機能としては、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育や看護師の育成及び広域な観点が求められる診療を総合的に行う機能について、大学病院本院が担う【医育及び広域診療機能】として位置づけることとしてはどうか。その際、こうした機能を確保するため、大学病院本院と都道府県が必要な連携を行うことを求めてはどうか。
- その他の病院についても、医師の派遣、救命救急センターや総合周産期母子医療センター等の二次医療圏等の範囲を超えた総合的な機能を有する医療機関については、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】等を発揮する中で、広域な観点での診療、人材の育成、医師の確保等についての議論や国民・患者への共有に資するよう、こうした機能を有することやその実績について報告することとしてはどうか。

これまでの主な議論（医療機関機能（案））

医療機関機能の考え方

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

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者等の救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーションや一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

入院医療（病床機能）

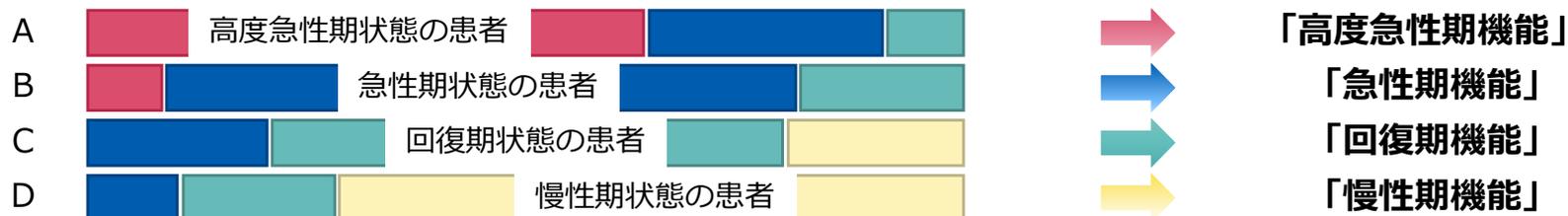
病床機能報告制度

- 各医療機関は、毎年、病棟単位（有床診療所の場合は施設単位）で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟でいずれかのうち最も多い割合の患者を報告することを基本とする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

（病棟の患者構成イメージ）



地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
（高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**）
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



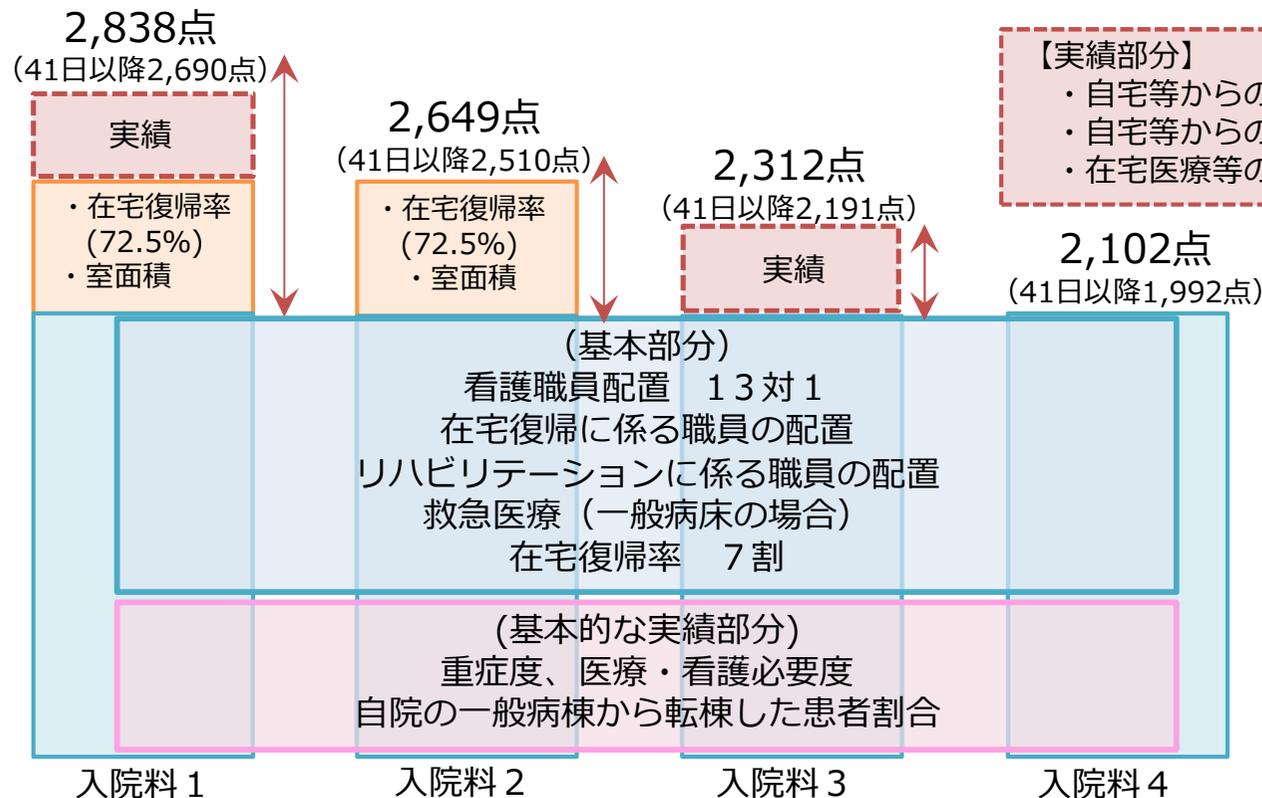
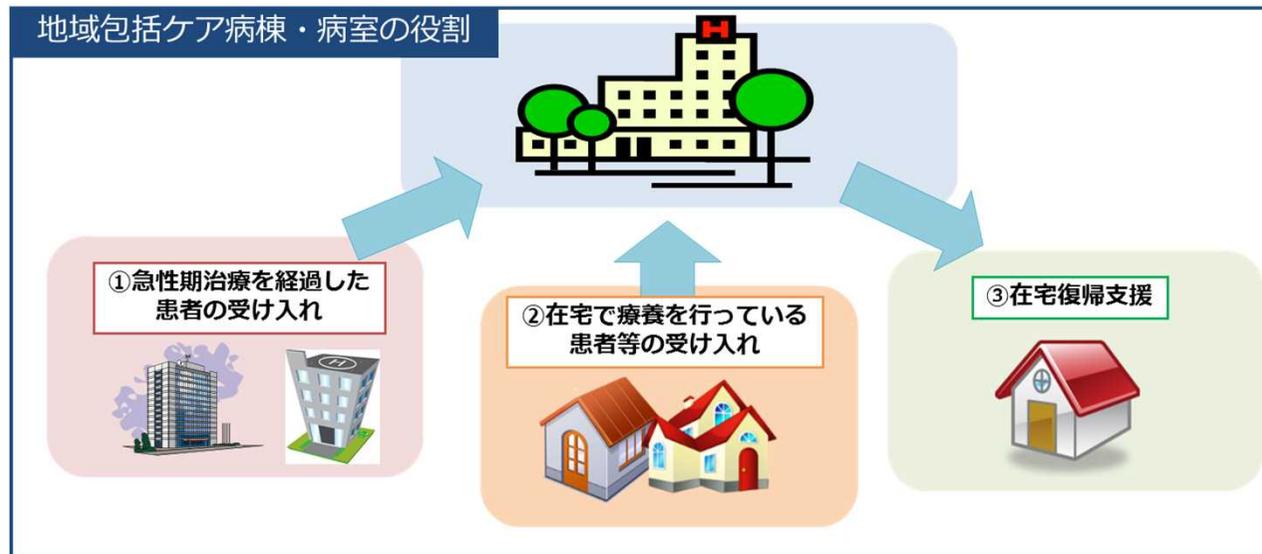
早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



- 【実績部分】
- ・自宅等からの入棟患者割合 2割以上
 - ・自宅等からの緊急患者の受け入れ9人以上
 - ・在宅医療等の提供等 2項目以上

病床機能・医療機関機能の基本的な考え方（案）

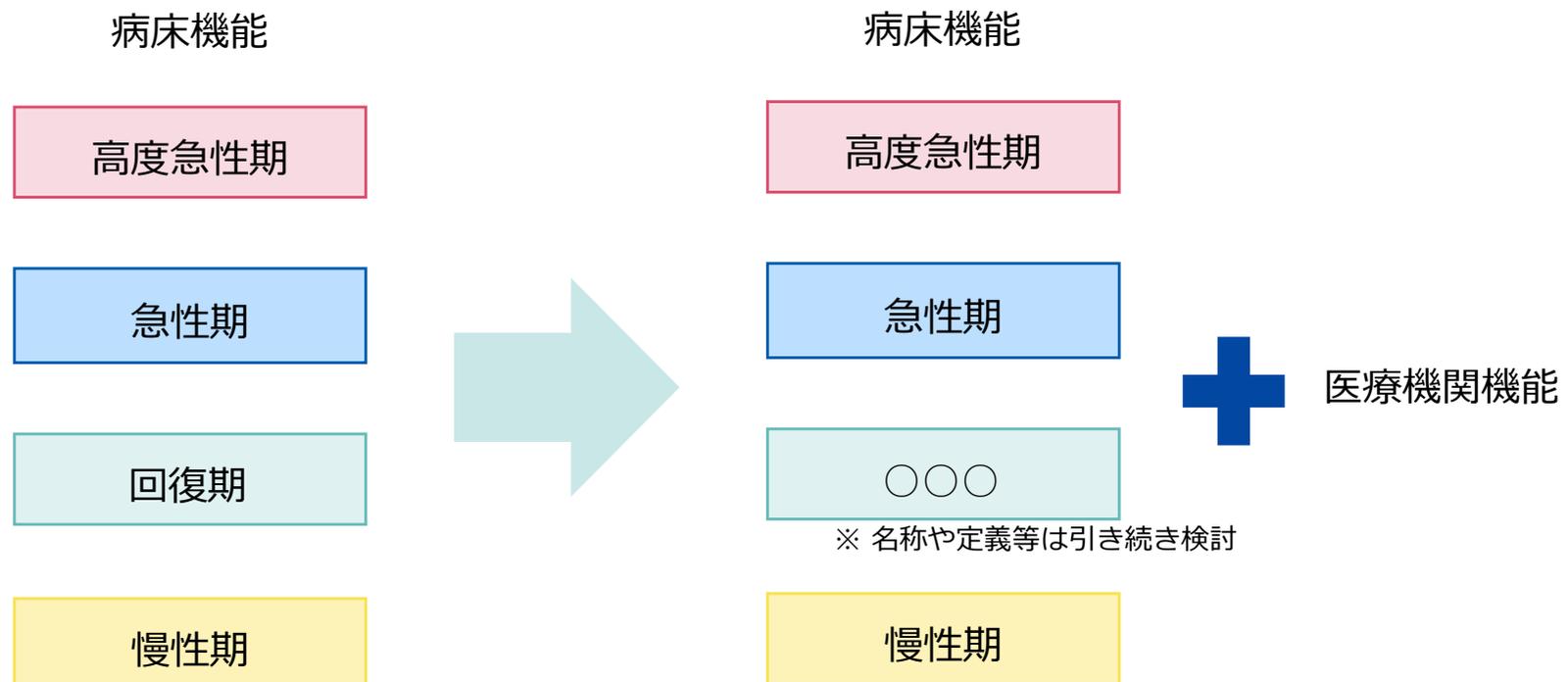
- 地域医療構想における必要病床数の推計においては、基本的に診療実績データをもとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能に区分。また、病床機能報告においては、一部、診療報酬における届出病床を参考にしながら、病棟単位で、4つの病床機能の区分のうち1つの機能を選択。
- こうした運用の中で、必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体で医療需要を捉える仕組みとして一定の役割を果たしてきたものの、
 - 医療機関の報告に当たって、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらいこと、
 - 地域医療構想策定後に急性期と回復期の両方の機能を有する病棟（地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟）が新設されたこと、
 - 病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくいこと等から、医療機関の報告に課題が生じている。
- こうした中、2040年頃を見据えると、急性期・回復期の医療ニーズの質・量が変化し、基本的には、手術等の多くの医療資源を有する急性期医療は減少する一方で、増加する高齢者救急に対して、疾病の治療、入院早期からのリハビリ等を通じた急性期と回復期の機能をあわせもつことが一層求められる。



必要病床数の推計に係る病床機能区分については、これまでと同様、4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）とした上で、引き続き、状況の変化も踏まえつつ、基本的に診療実績データをもとに推計する。一方、これまでの取組・課題や2040年頃に増加する高齢者救急等への対応等を踏まえ、病床機能とあわせて高齢者救急の受入れ、救急・急性期の医療の提供を広く行う医療機関機能を明確にした上で、医療機関機能を報告することとしてはどうか。

病床機能報告の病床機能について（案）

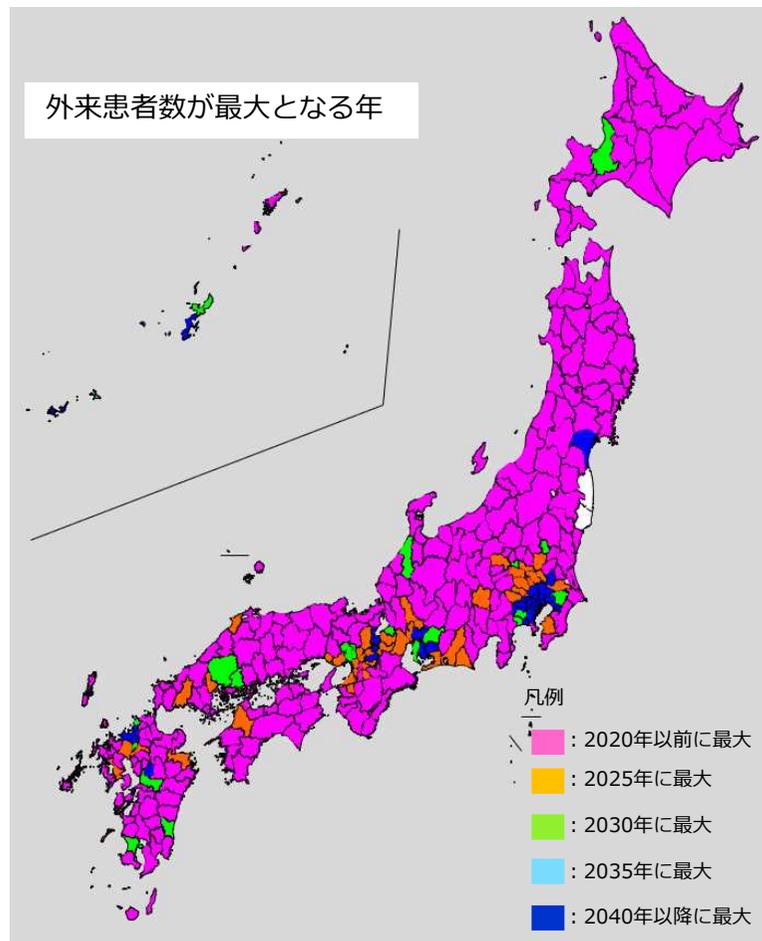
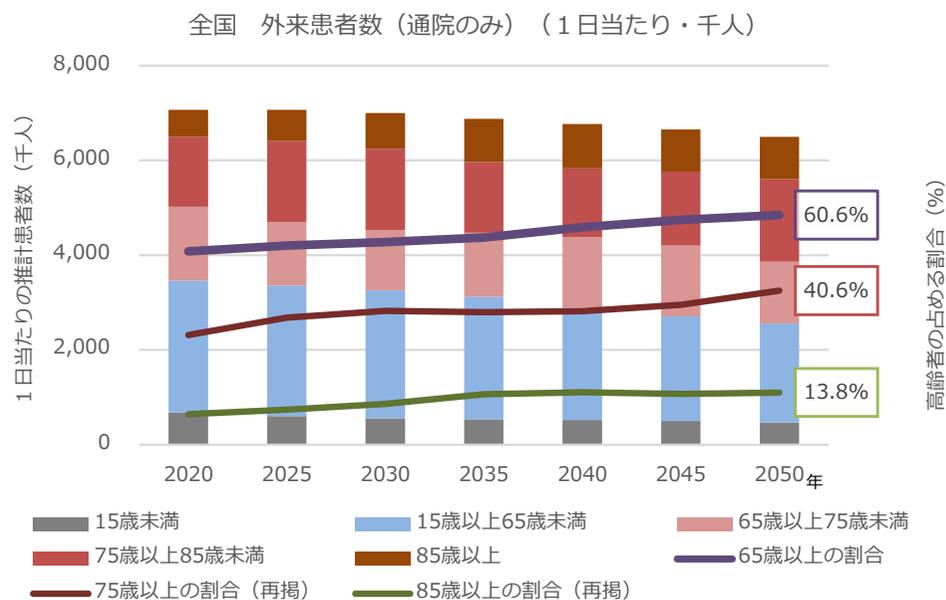
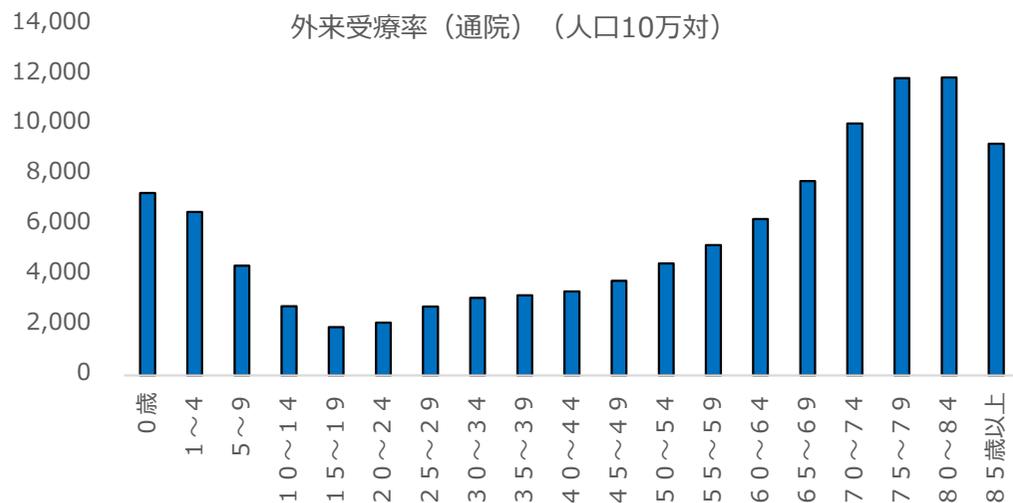
- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



外来・在宅医療・介護との連携等

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224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。



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。

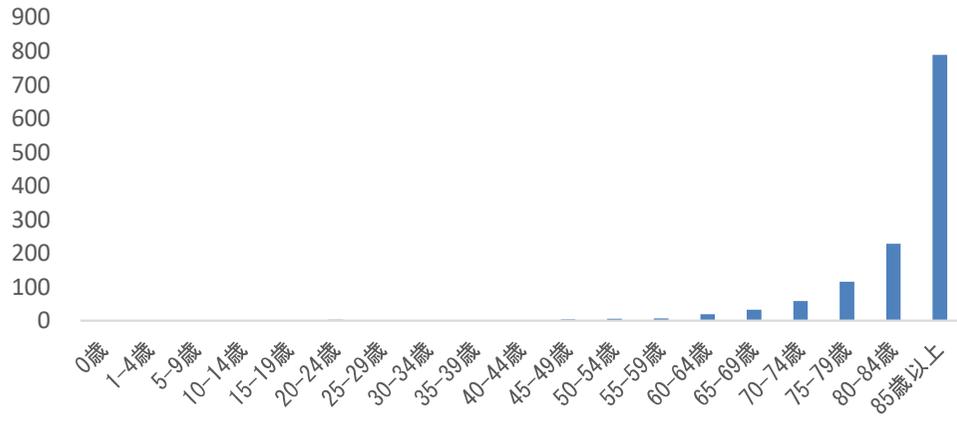
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

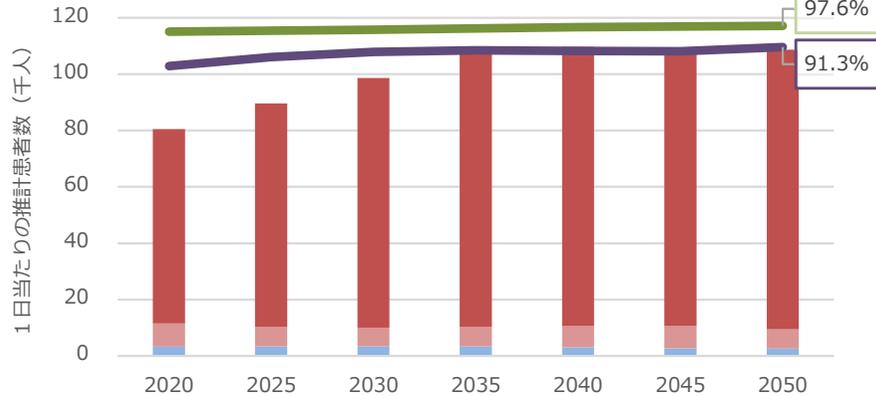
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 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）

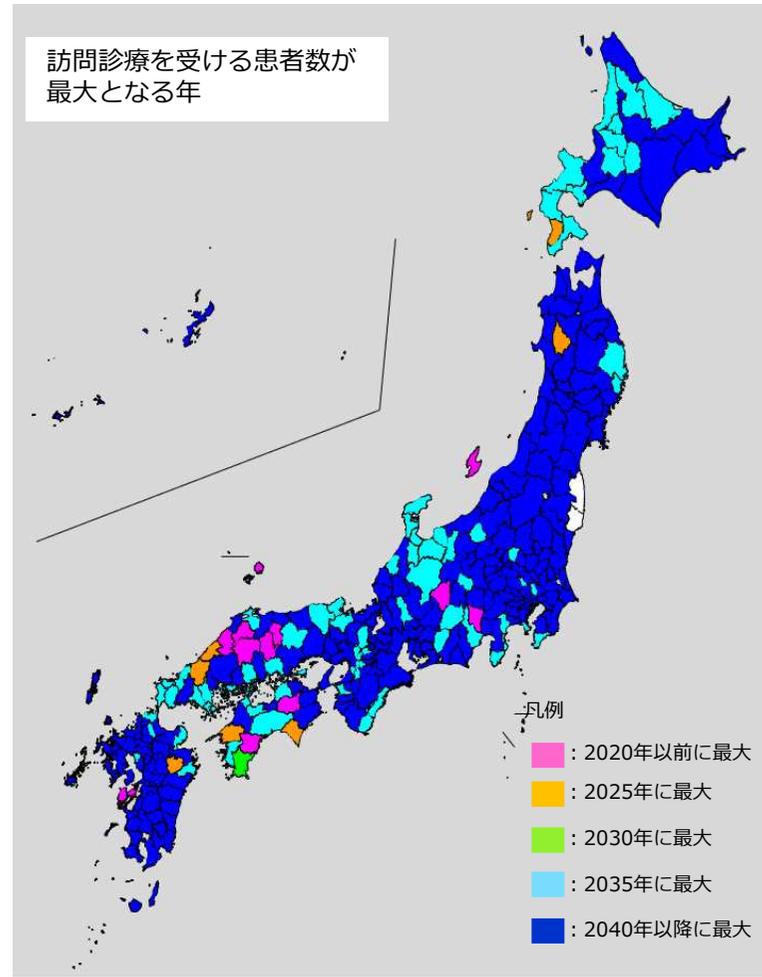


訪問診療利用者数推計



15歳未満
 15歳以上65歳未満
 65歳以上75歳未満
 75歳以上
 65歳以上の割合
 75歳以上の割合（再掲）

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。

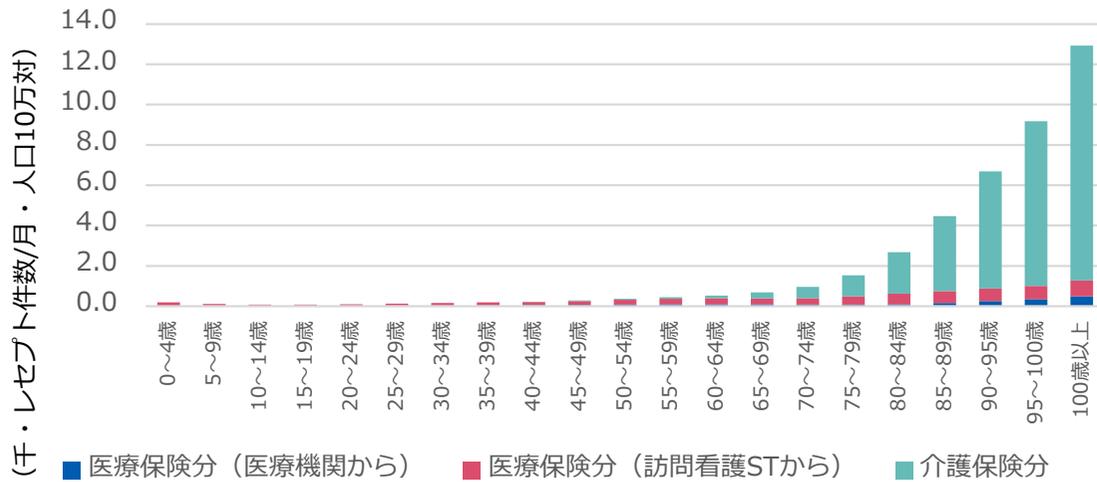
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

訪問看護の必要量について

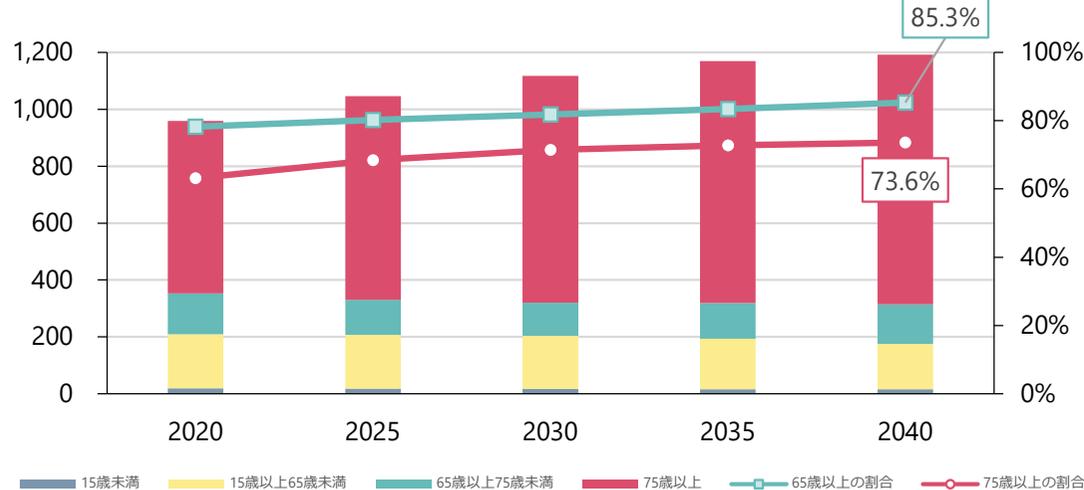
第4回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ	資料改
令和4年7月20日	

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

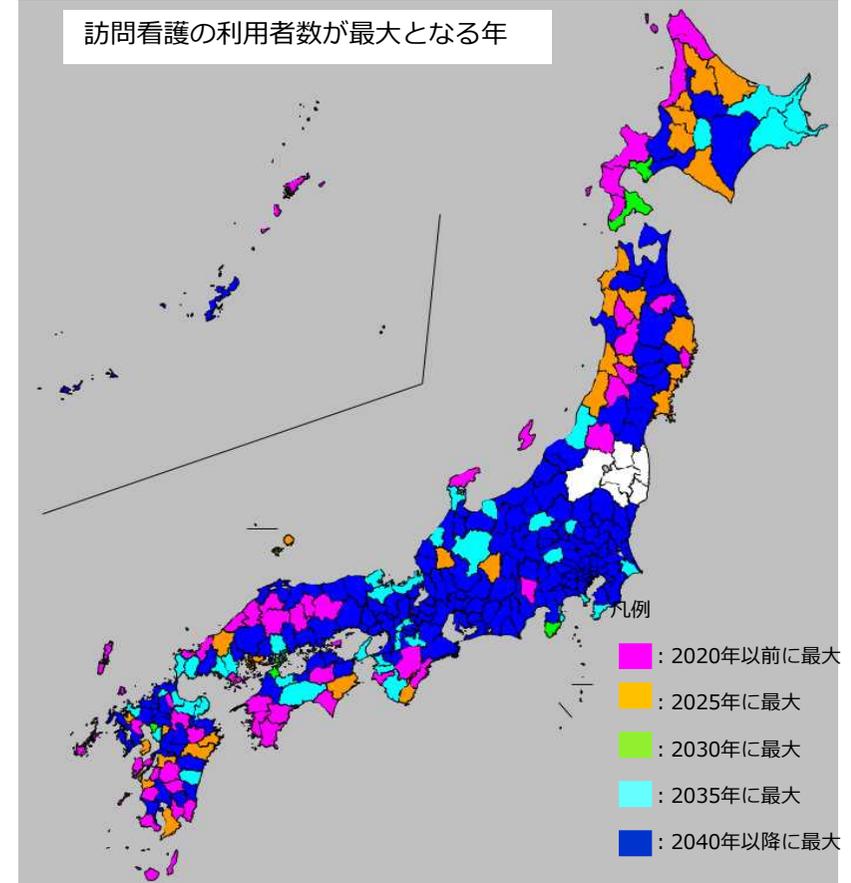
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



訪問看護の利用者数が最大となる年



【出典】

利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

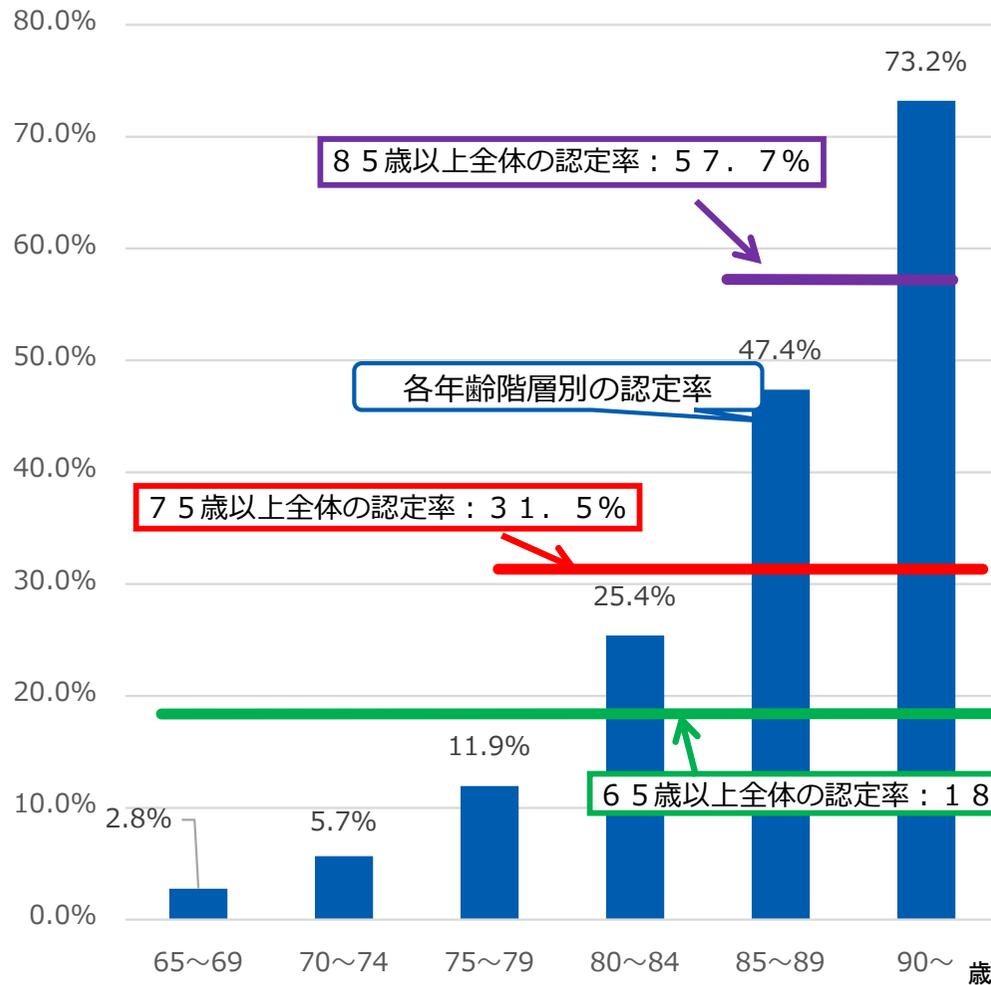
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。

- ※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
- ※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
- ※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
- ※4 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
- ※5 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年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

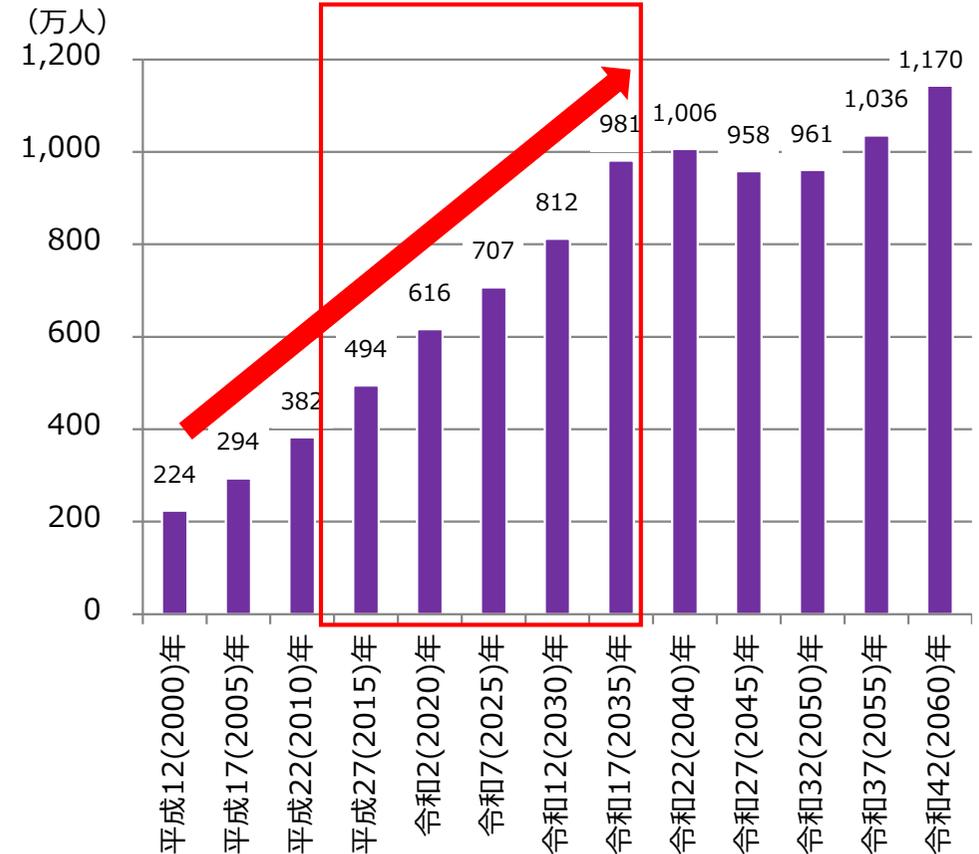
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



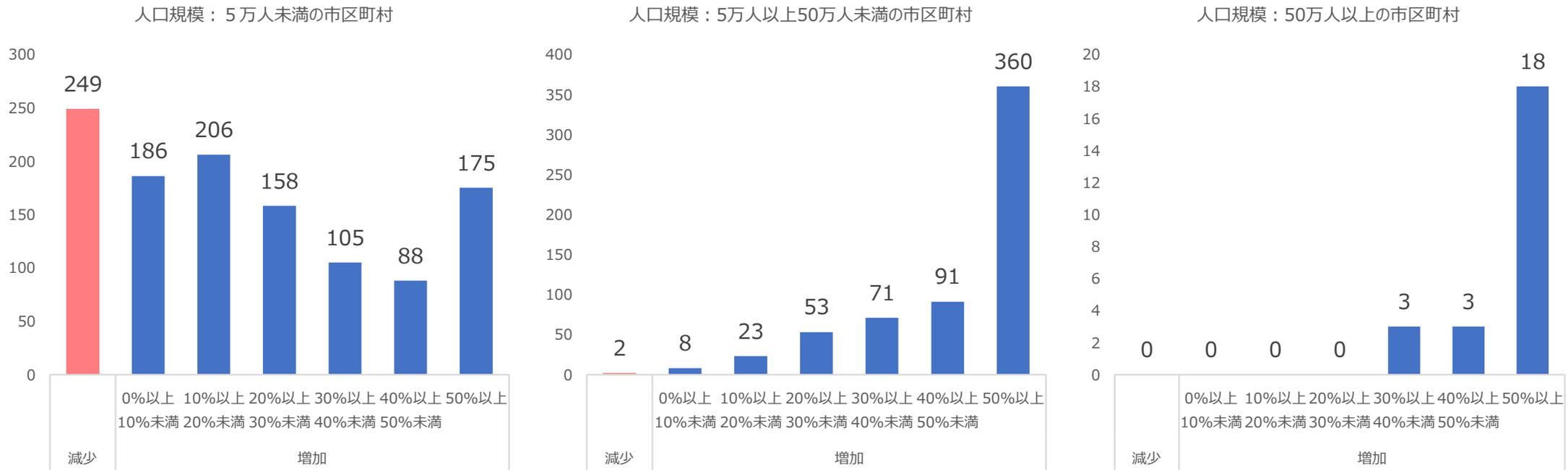
(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

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

地域別にみた訪問診療需要の変化の状況

- 2020年から2040年にかけて、人口規模5万人未満の一部の市区町村を除き、多くの市区町村で訪問診療の需要は増加する見込み。特に、人口規模5万人以上50万人未満、50万人以上の市区町村では、多数の市区町村で訪問診療の需要が50%以上増加する見込み。

2020年から2040年への訪問診療需要の変化率別市区町村数（人口規模別）



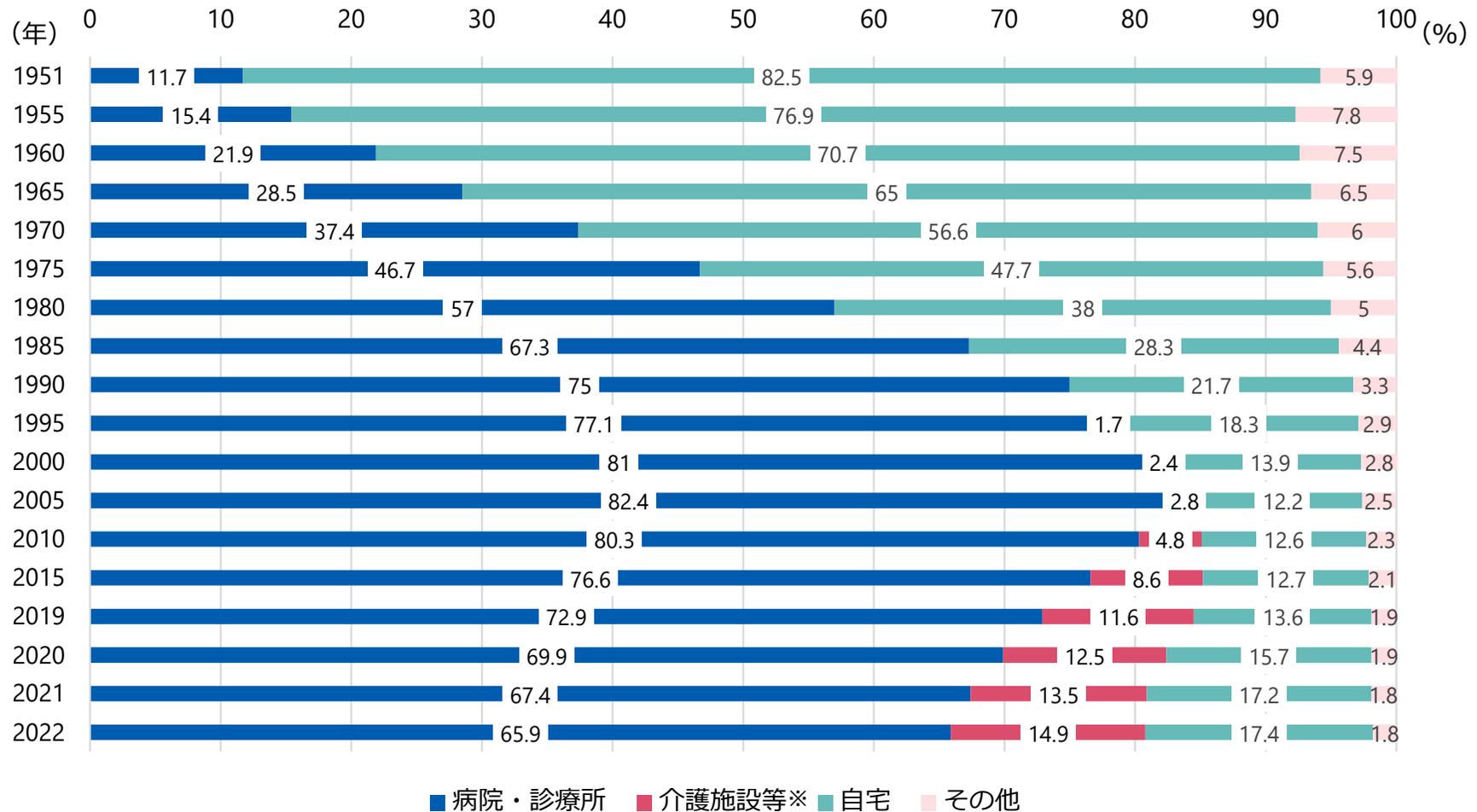
資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口」(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2019年推計)に適用して作成。

※東京都特別区及び政令市については、各区を一つの市区町村とみなして集計

死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。

死亡場所の割合の推移



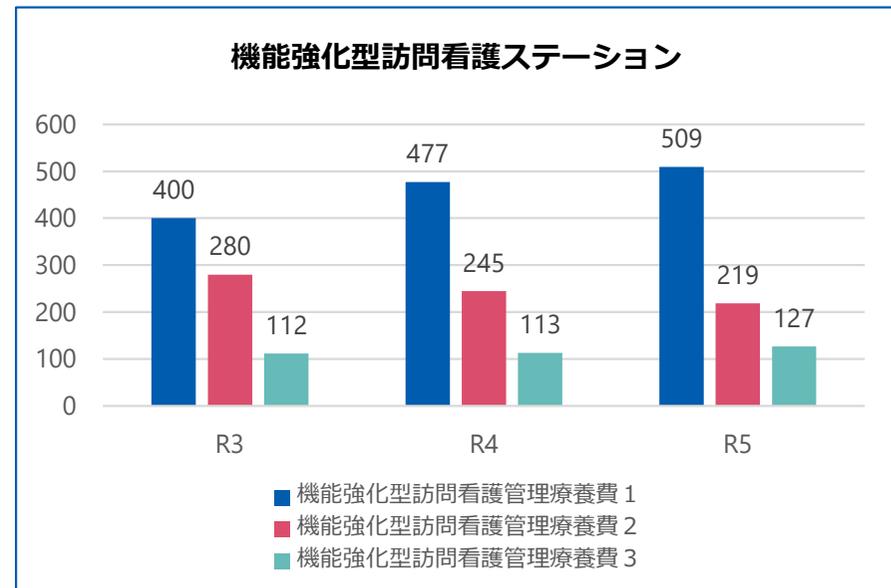
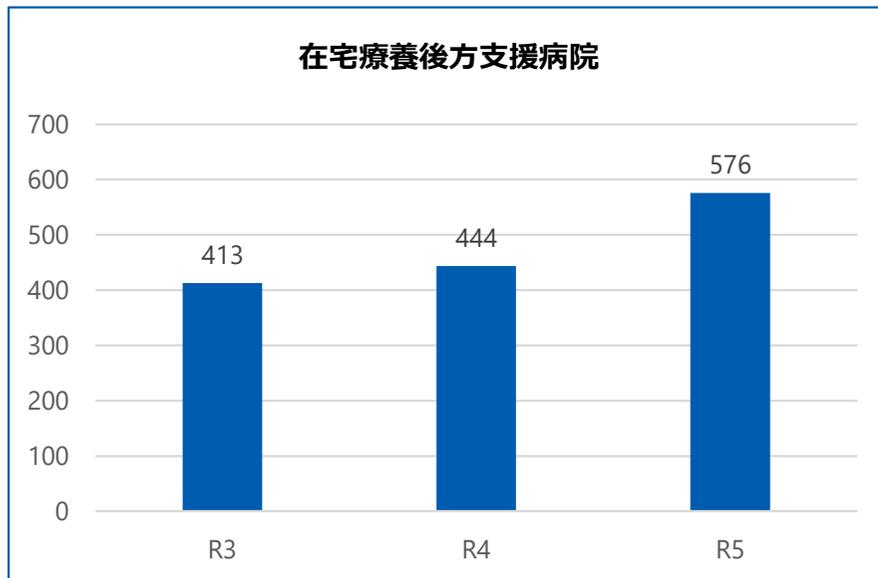
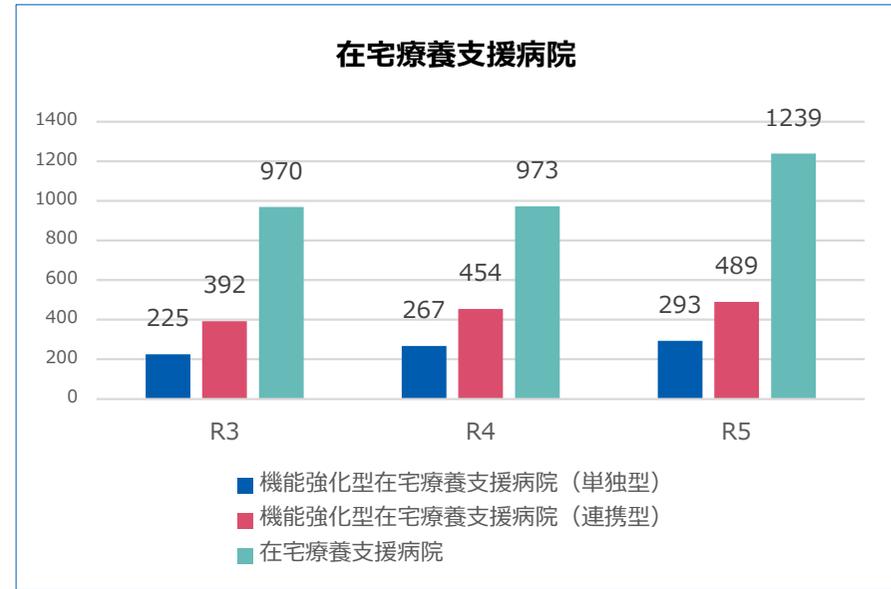
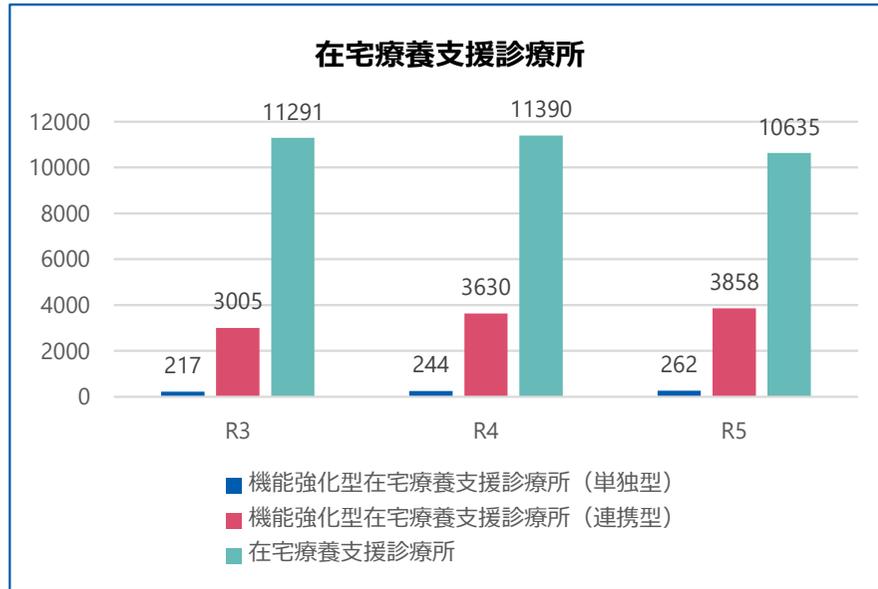
資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態

※ 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）

※ その他には助産所を含む

※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

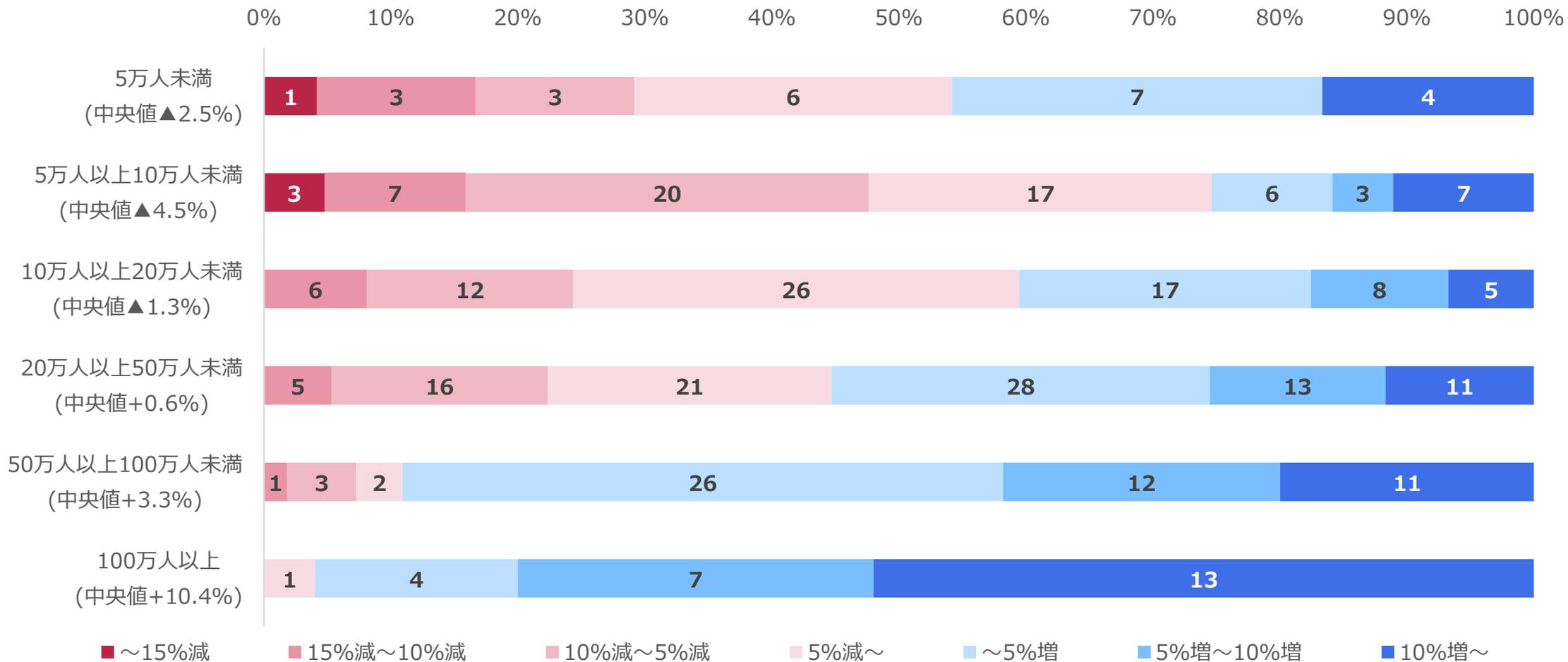
(参考) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、機能強化型訪問看護ステーションの届出数の推移



人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

- ・人口規模が小さい二次医療圏においては、2012年から2022年にかけて診療所数が減少傾向にある。
- ・50万人以上100万人未満、100万人以上の二次医療圏では、2012年から2022年にかけて診療所数が増加傾向にある。

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）



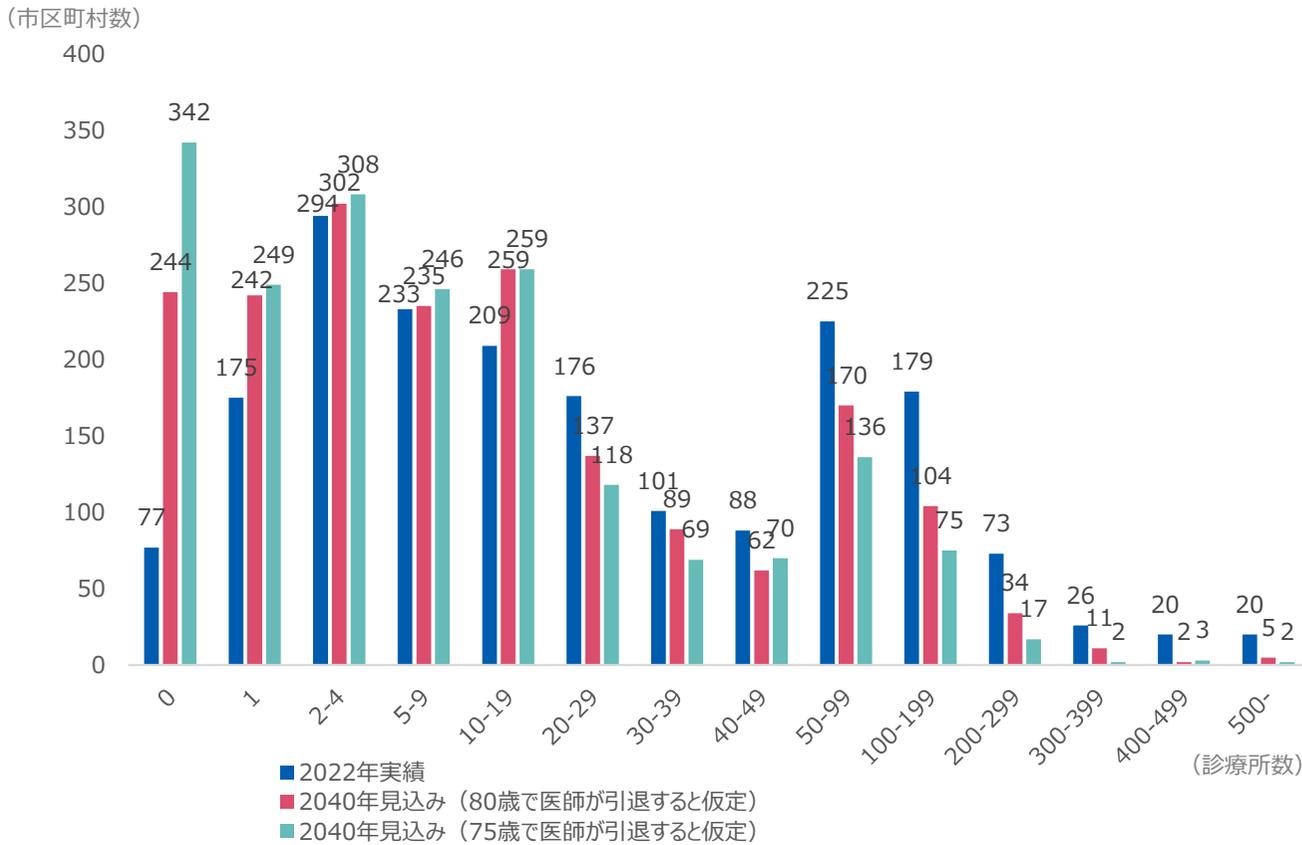
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

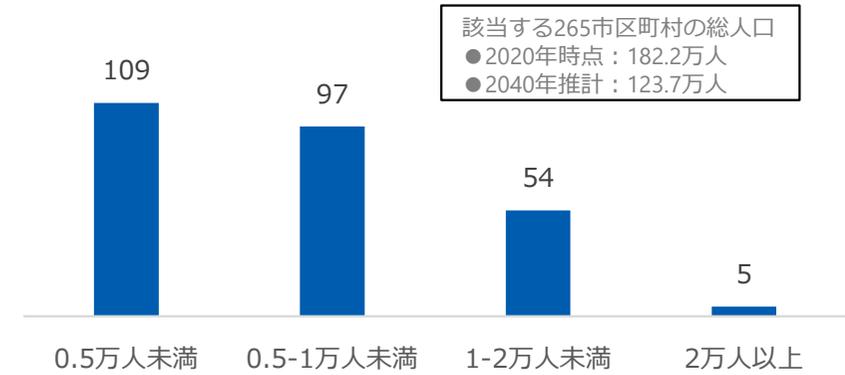
市区町村における診療所数と2040年の見込み

診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。
 ※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

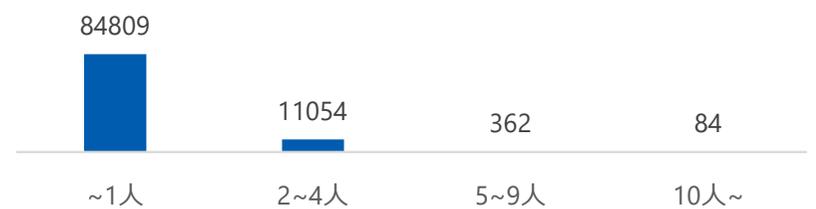


■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数（人口規模別） ※75歳で診療所医師が引退すると仮定



該当する265市区町村の総人口
 ● 2020年時点：182.2万人
 ● 2040年推計：123.7万人

■ (参考) 常勤医師数別の無床診療所数



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）、厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。

※ 市区町村別診療所数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定

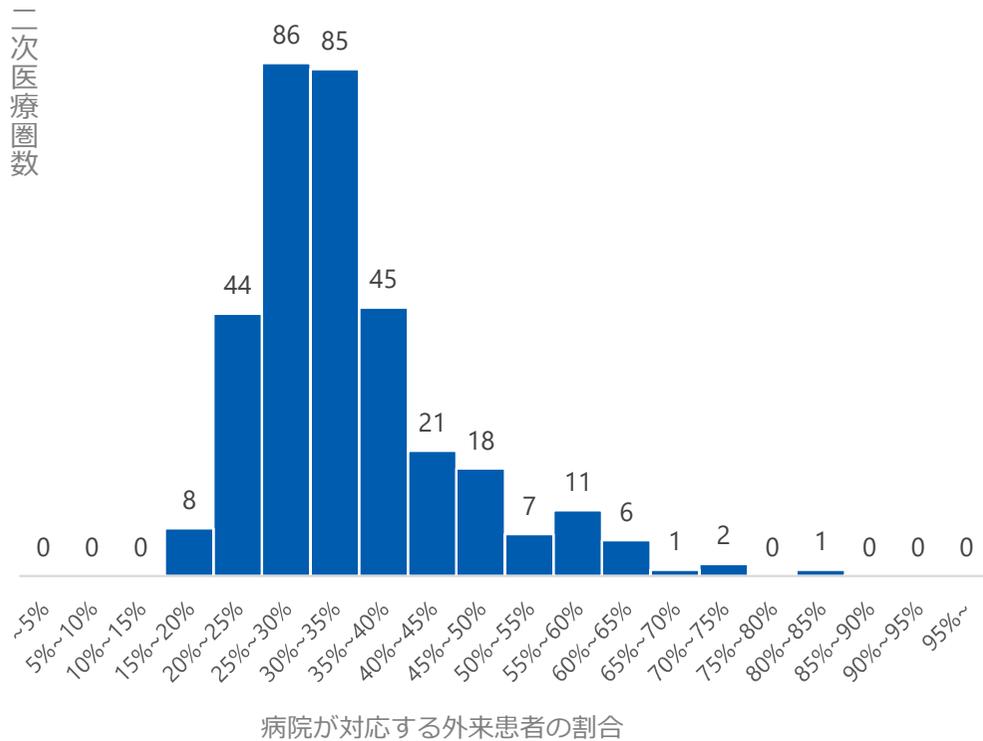
※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。

なお、福島県浜通り地域（13市町村）においては、市町村別の2040年人口が推計されていないため、2040年推計における総人口の集計からは除外している。

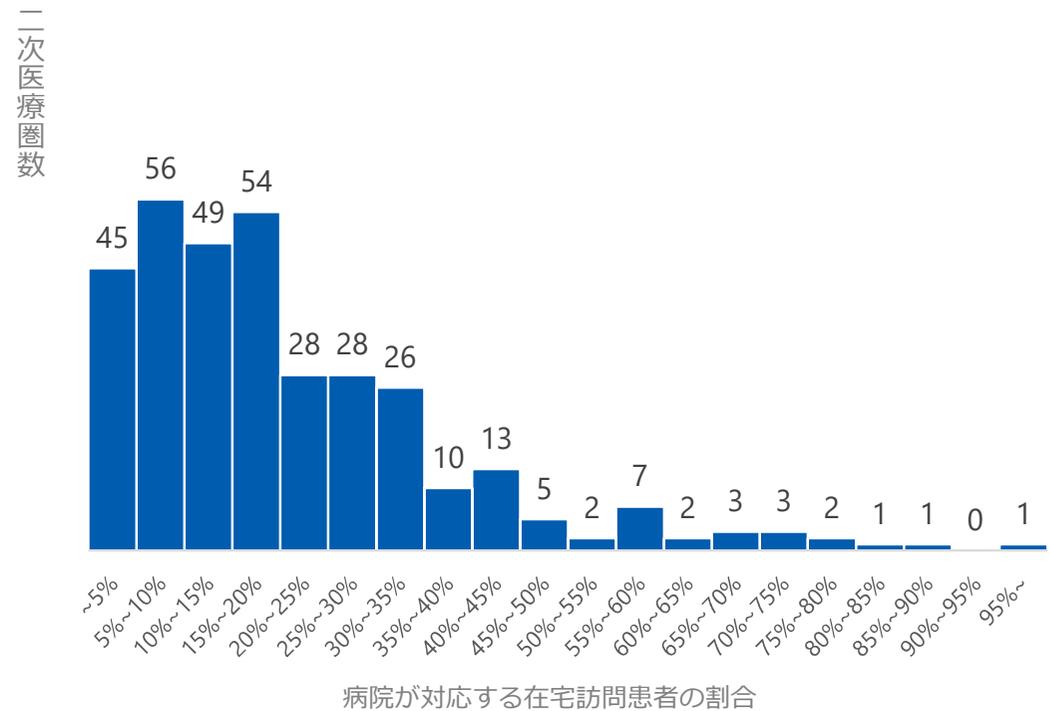
病院と診療所の外来・在宅医療の対応状況

多くの二次医療圏では、外来医療や在宅医療を診療所が多く担っているが、病院も一定の役割を果たしている。

二次医療圏別の病院が対応する外来患者の割合



二次医療圏別の病院が対応する在宅訪問患者の割合



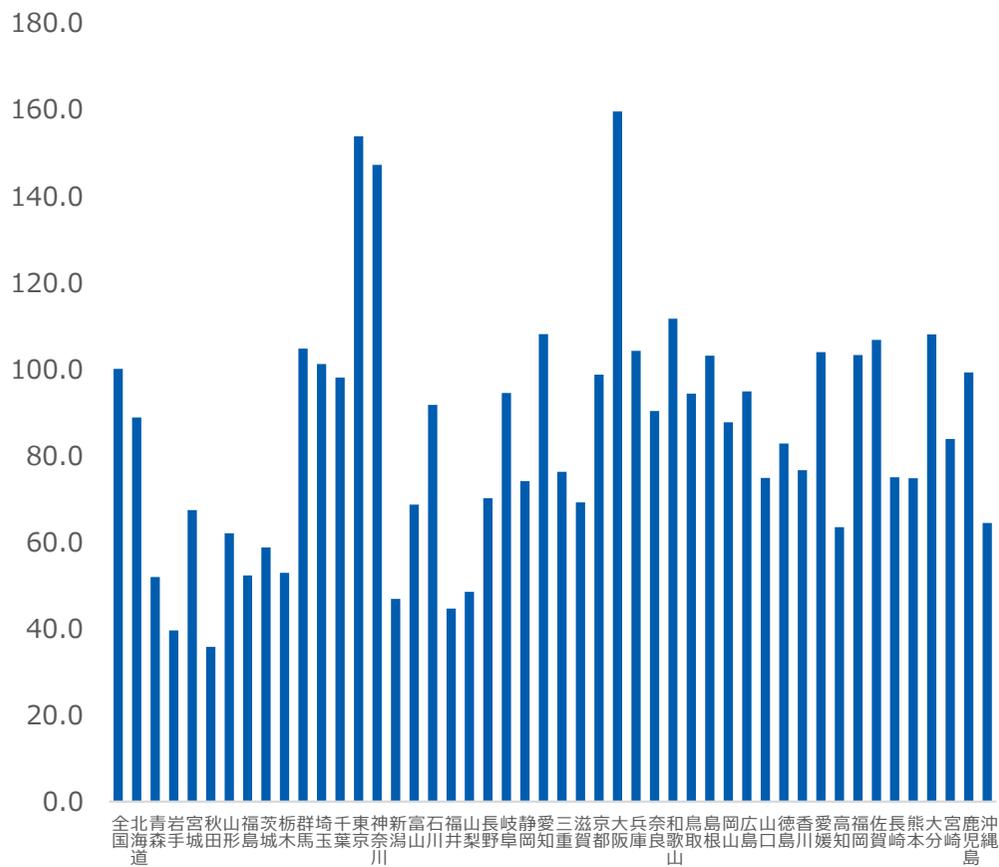
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

資料出所：NDB（2022年10月分）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
※「在宅訪問患者」とは、在宅患者訪問診療料Ⅰ又はⅡを算定している患者

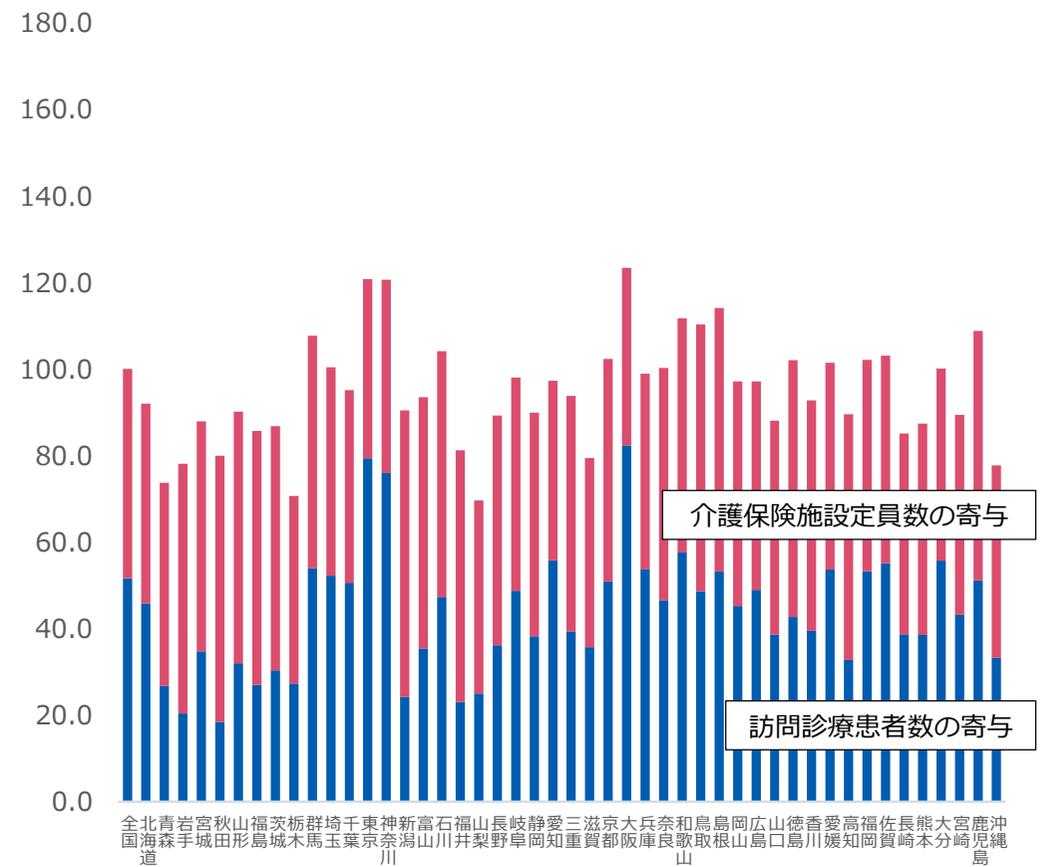
訪問診療患者数の地域差、訪問診療患者数と介護保険施設定員数の地域差

在宅医療と介護保険施設は患者像が重複する場合があります、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数と合わせると地域差は縮小する。

訪問診療患者数の65歳以上人口比
(指数：全国=100) (変動係数0.32)



訪問診療患者数と介護保険施設定員数の65歳以上人口比
(指数：全国=100) (変動係数0.13)

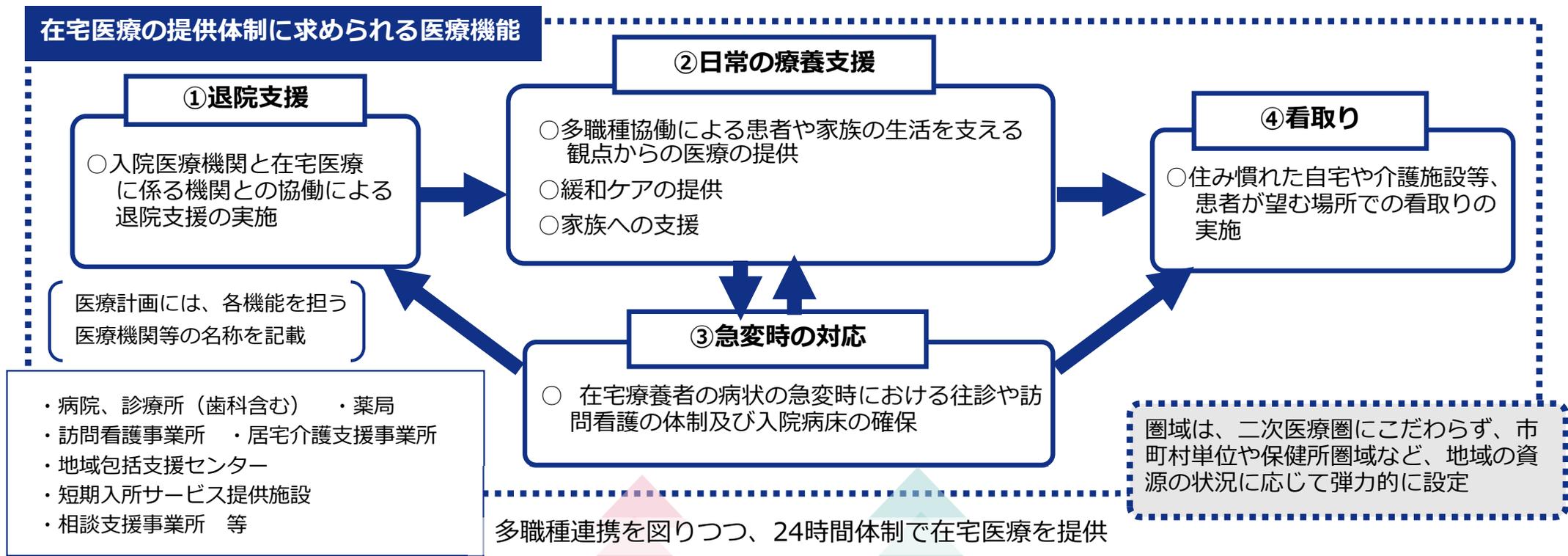


資料出所：NDBデータ（2022年10月分）、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（2022年）及び総務省「住民基本台帳人口」（2023年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。
 ※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

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 ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

・市町村

・保健所

・医師会等関係団体 等

【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））

訪問診療・訪問看護の体制整備の考え方

第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年9月28日

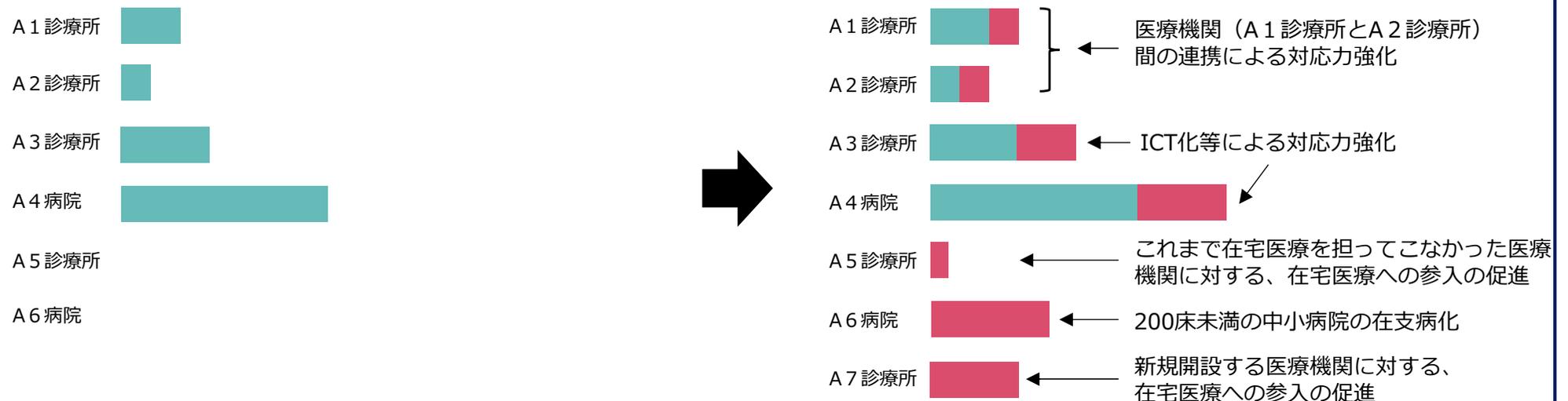
資料

- 今後増加が見込まれる訪問診療・訪問看護の需要に対し、都道府県においては、国から提供を受けた、在宅医療提供体制の現状を把握するためのデータ等を踏まえ、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要がある。
- 医療機関間及び事業所間の連携やICT化等による対応力強化を進めるとともに、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進、訪問看護事業所の機能強化等、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の医療資源に応じた取組を進めていく。

<A医療圏における訪問診療・訪問看護の2019年の実績数と需要推計>

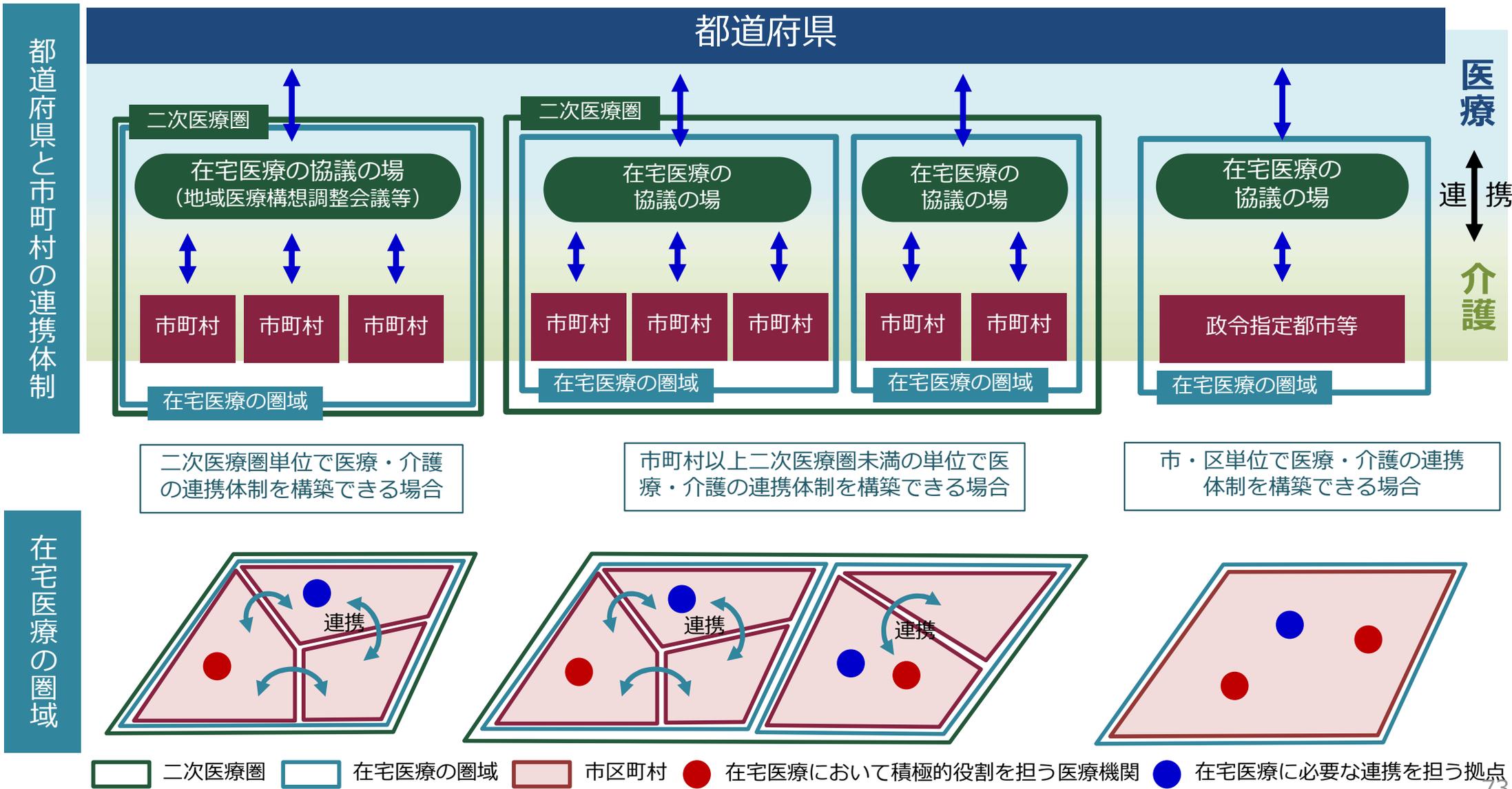


<A医療圏の2019年度における医療機関ごとの訪問診療の供給実績を踏まえた体制整備のイメージ>



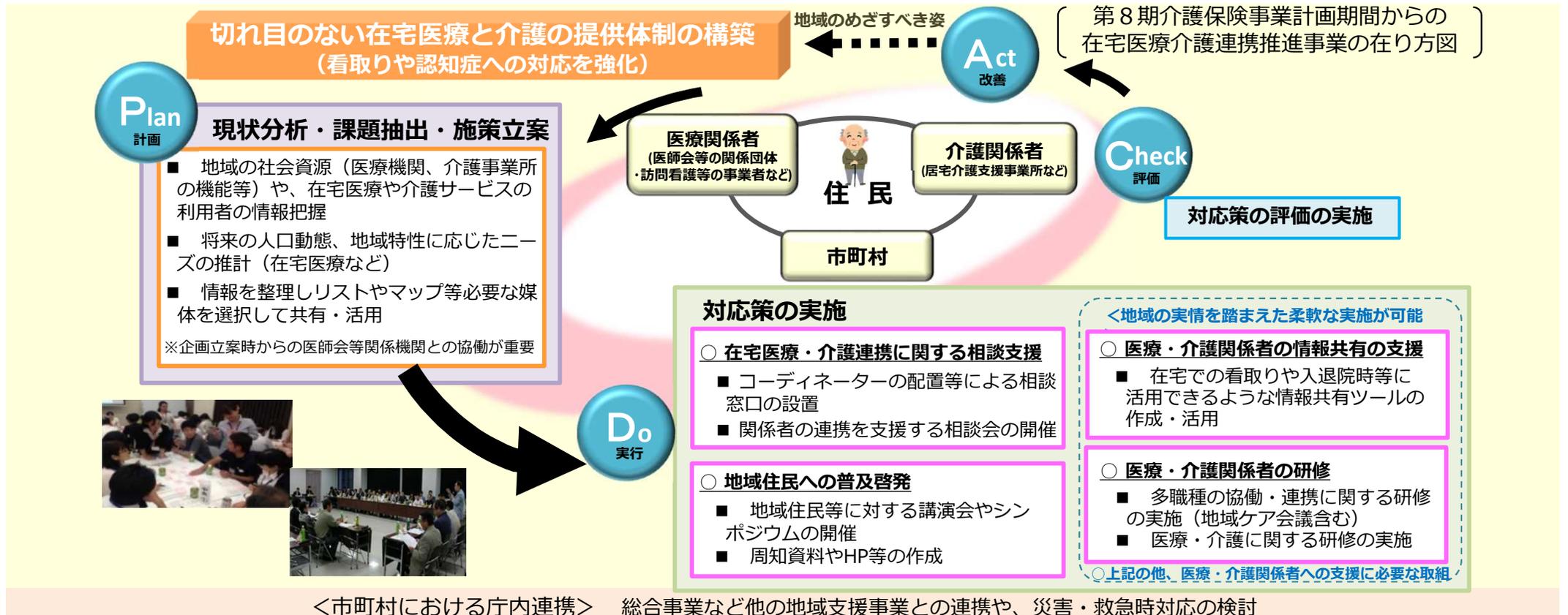
在宅医療の圏域の設定単位の考え方

○ 在宅医療の圏域は、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況や、地域包括ケアシステムの観点も踏まえた上で、医療資源の整備状況や介護との連携の在り方が地域によって大きく変わることを見出し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



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。



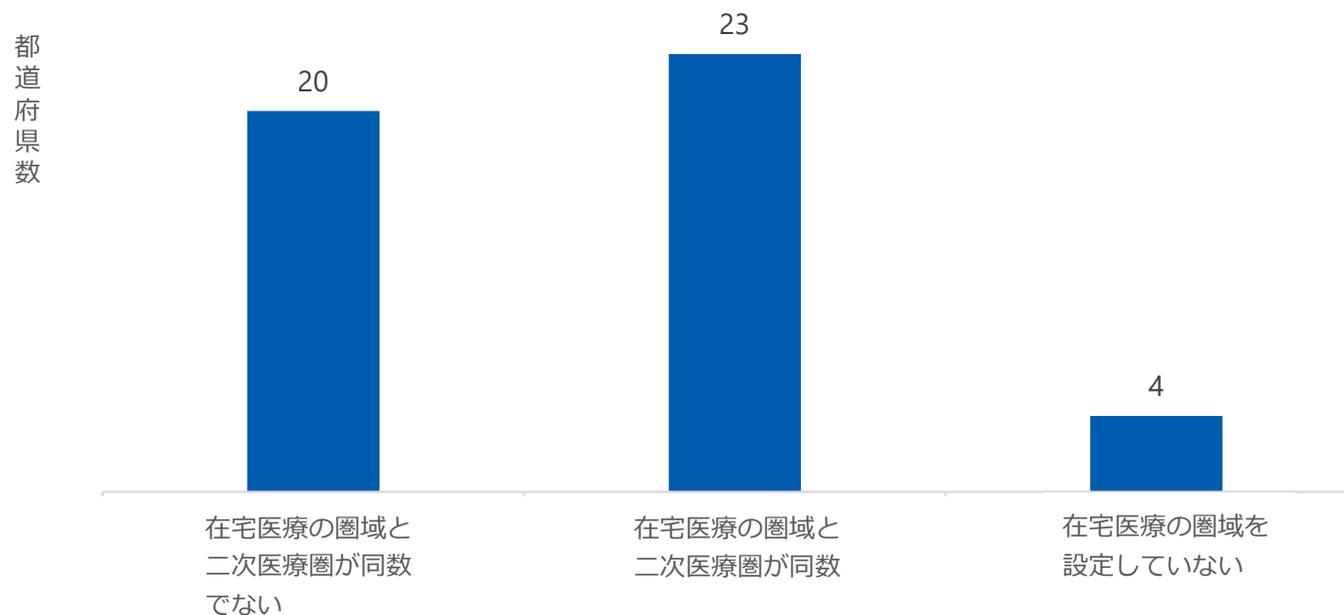
都道府県(保健所等)による支援

- 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

在宅医療の圏域について

- 第8次医療計画の「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療の圏域については、急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。
- 都道府県ごとの在宅医療の圏域の設定状況をみると、在宅医療の圏域を二次医療圏単位以外で設定（在宅医療の圏域と二次医療圏が同数でない）している都道府県が20、在宅医療の圏域と二次医療圏が同数である都道府県が23である。

都道府県ごとの在宅医療の圏域と二次医療圏の数の関係



外来医療提供体制に係る主な施策

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

外来医療計画を通じた取組

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

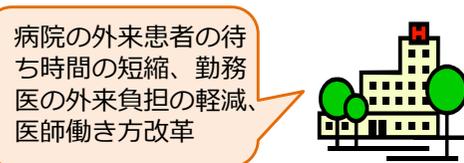
※1 地域医療構想調整会議を活用することも可能。原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なもの（在宅当番医制や夜間・休日急患センターへの参加等）について別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
 ※2 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

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

※1 協議の場の圏域や参加者について、協議するテーマに応じて実施主体である都道府県が市町村と調整して決定するが、地域医療構想調整会議を活用することも可能。例えば、時間外診療や在宅医療、介護等との連携等は市区町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議を行い、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議、全体を都道府県単位で統合・調整するなど想定。特に在宅医療や介護連携等の協議に当たっては、市町村の積極的な関与・役割が重要。介護等に関連する事項の協議の場合には市町村の参加を求める。
 ※2 例えば、プライマリアケア研修や在宅医療研修等の充実、夜間・休日対応の調整、在宅患者の24時間対応の調整、後方支援病床の確保、地域の退院ルール等の調整、地域医療連携推進法人制度の活用等

紹介受診重点医療機関



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

かかりつけ医機能を担う医療機関



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

外来医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

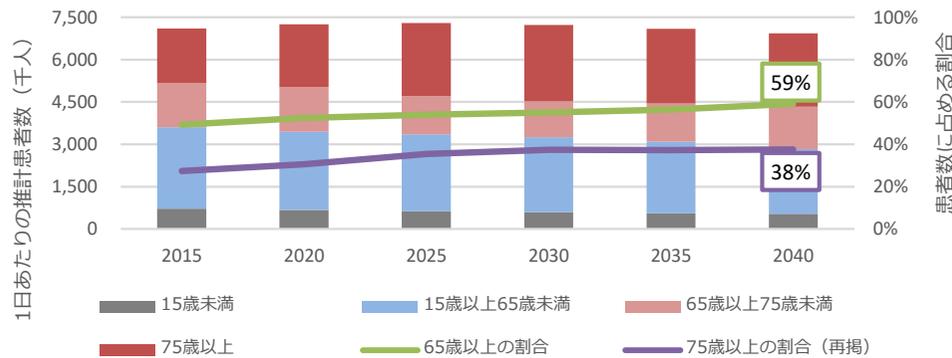
概要

- 外来医療計画の取組の実効性を確保し、地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める。
- 地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できる体制の構築を進める。
- 外来機能報告等のデータを活用し、地域の実情に応じた、外来医療提供体制について検討を行う。

外来医師偏在指標を活用した取組

- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、外来医療計画について、金融機関等への情報提供を行う。

外来患者数推計



- 地域で不足する医療機能について具体的な目標を定める。
- 少なくとも外来医師多数区域において、新規開業希望者に対して、地域で不足する医療機能を担うことを求めることとする。
- 地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた場合、地域の医師会、市町村へ情報共有を行う等、フォローアップを行う。

医療機器の効率的な活用への取組

都道府県における医療機器の可視化(例示)



- 地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、
 - 医療機器の配置・稼働状況に加え、
 - 共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても、可視化を進める。

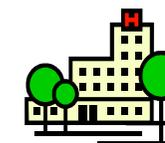
地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

- 外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域域における外来医療提供体制の在り方について検討。

かかりつけ医機能を担う医療機関



紹介受診重点医療機関



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革



協議の場において、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

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取り組まれてきた。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こととする。
- ・ 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。

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要） 令和6年7月31日

制度施行に向けた基本的な考え方

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

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

- **継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**
 - ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
 - ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
 - ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
 - ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること
- ※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。
- ※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- **通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**
- ※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向等**

地域における協議の場での協議

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

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

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

医療DXによる情報共有基盤の整備

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

患者等への説明

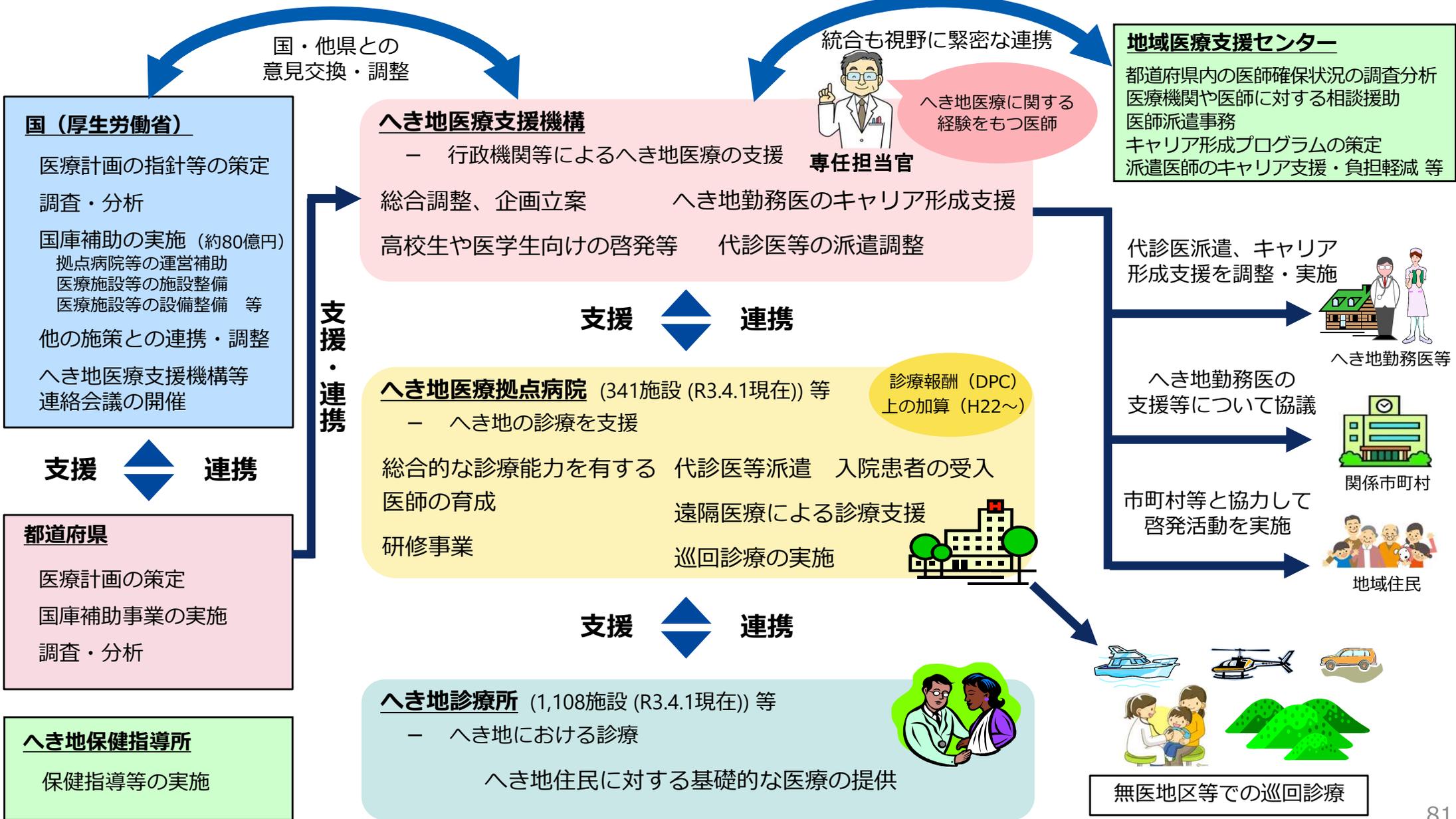
- 説明が努力義務となる場合は、在宅医療や外来医療を提供する場合であって一定期間以上継続的に医療の提供が見込まれる場合とする。
- 患者等への説明内容は、疾患名や治療計画、当該医療機関の連絡先等に加えて、当該患者に対する1号機能や2号機能の内容、連携医療機関等とする。

施行に向けた今後の取組

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

へき地における医療の体系図

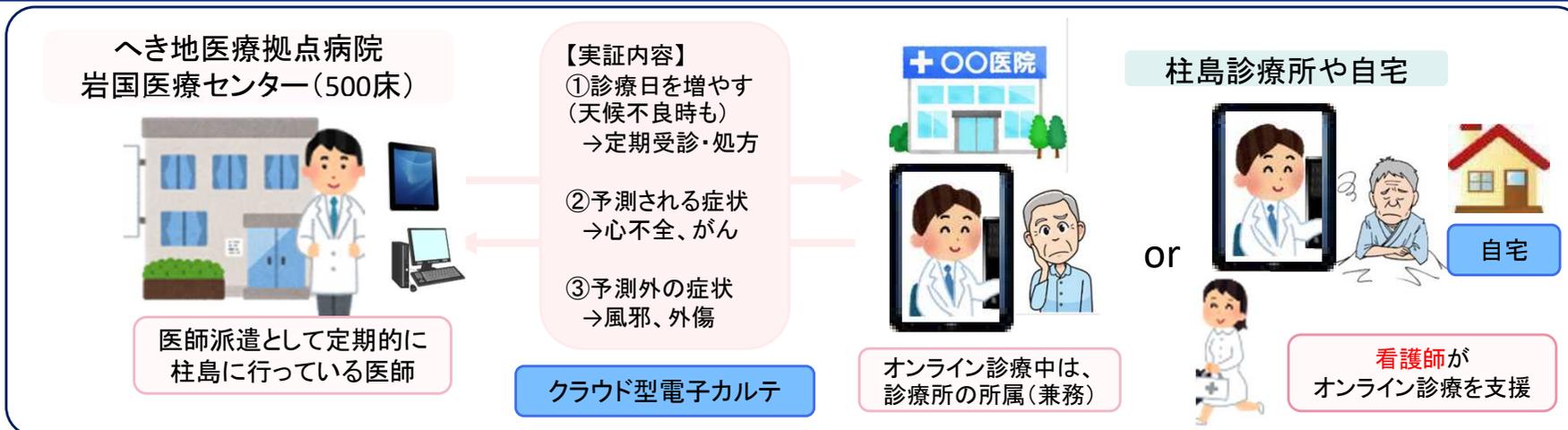
○ へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から**月2回**、**医師が派遣**される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。**本土から看護師のみ離島にわたり**、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



- ・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。
- ・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚労省事務連絡)。

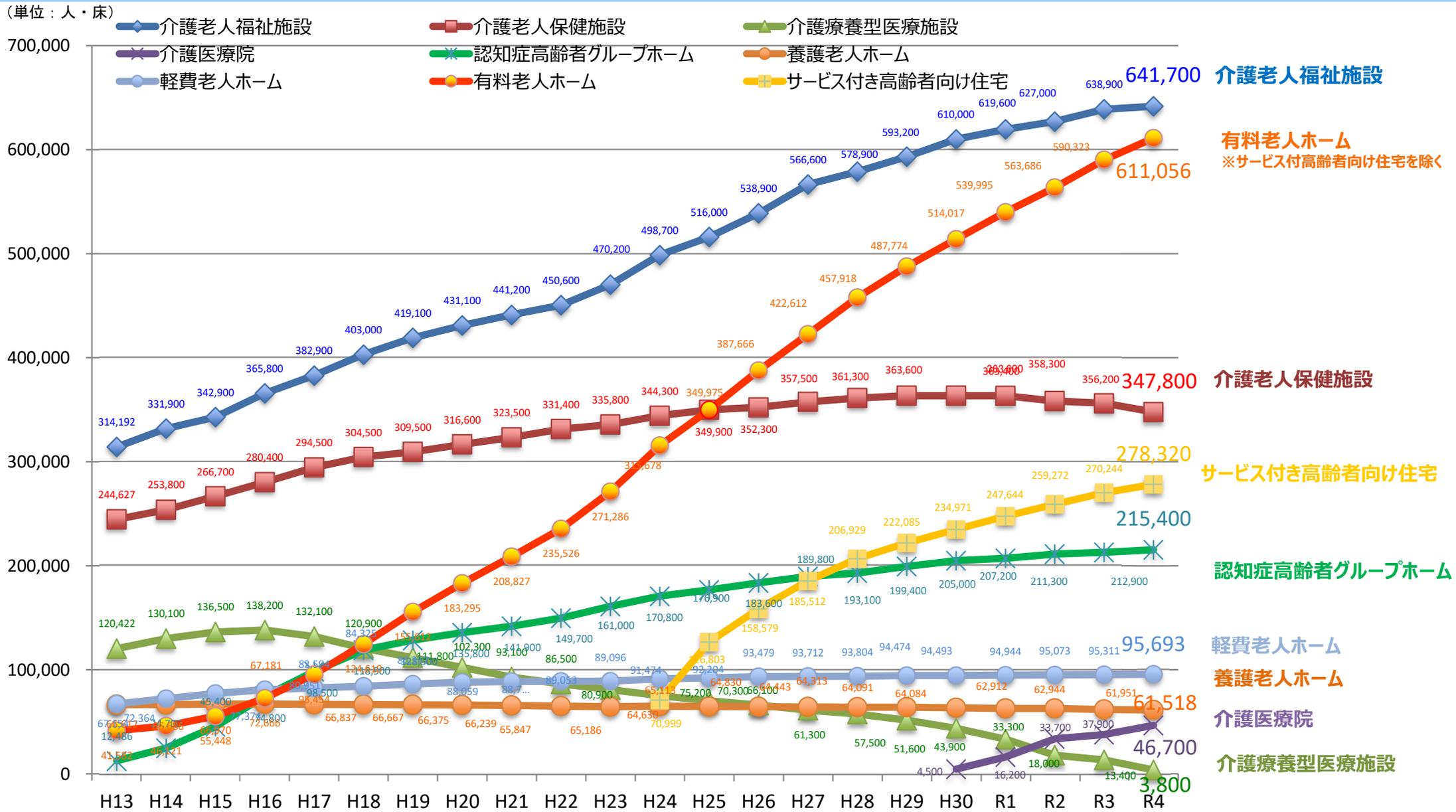
【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

高齢者向け施設・住まいの利用者数



※1：介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査（10/1時点）【H12・H13】」、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。

※2：介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したものの。

※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は痴呆対応型共同生活介護、H17～は認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）

※4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。ただし、H21～H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）

※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

※6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（R4.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

医療と介護の連携の推進（イメージ）

➤ これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ 介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ 介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ 地域包括診療料等の算定要件の見直し
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携

(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- 協力医療機関連携加算の新設
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- 介護保険施設等連携往診加算の新設
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ 診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ 協力医療機関連携加算の新設
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ 退所時情報提供加算の新設
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ 早期退院の受入れの努力義務化
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ 入院時情報連携加算の見直し
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ 通院時情報連携加算の見直し
算定対象に歯科医師を追加

介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。
 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする
 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

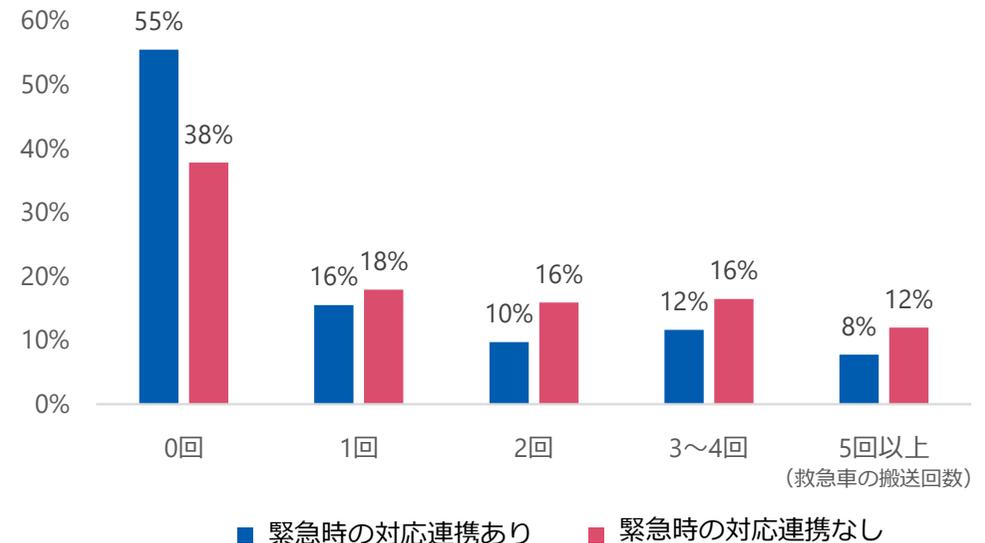
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

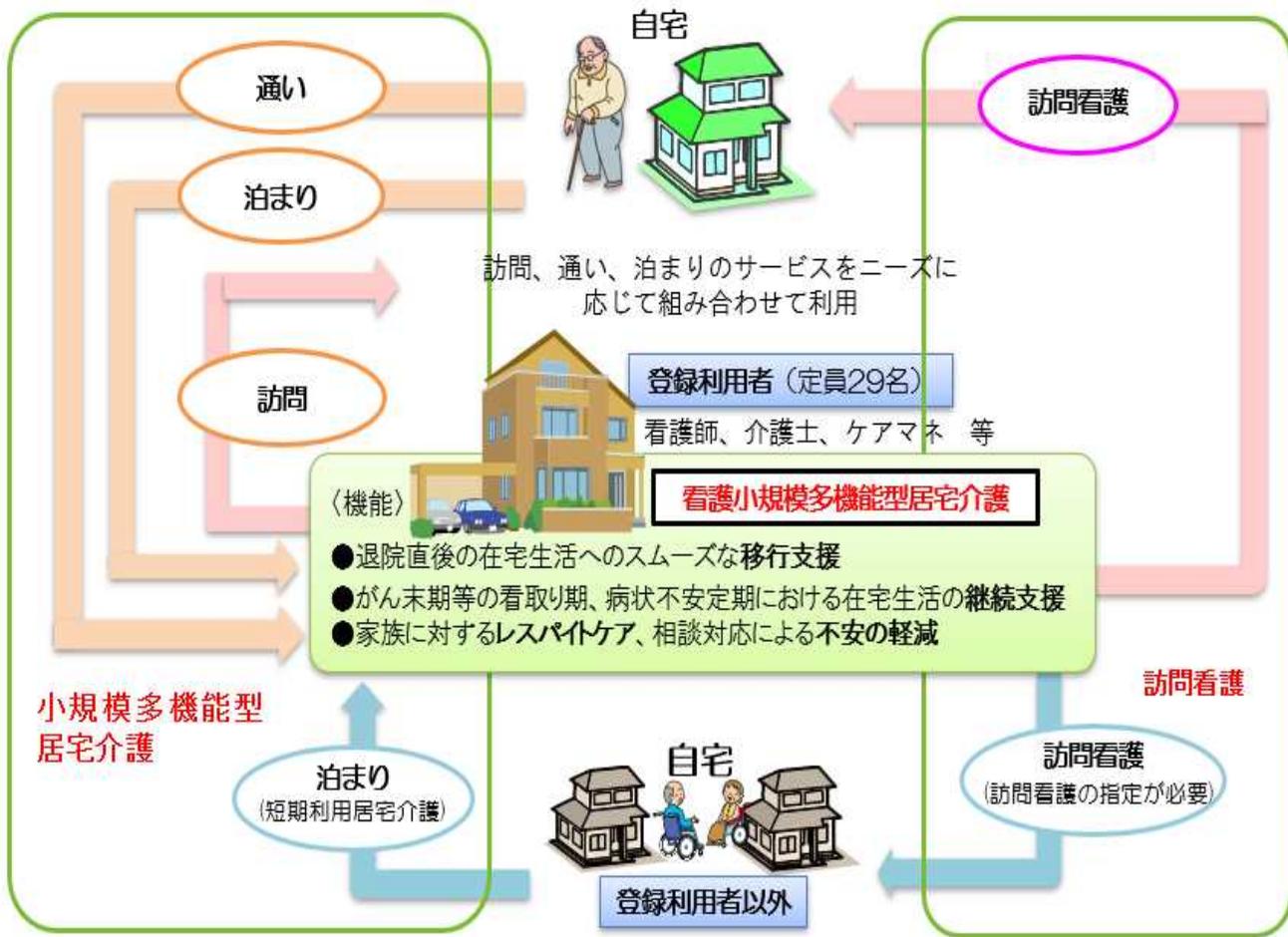
介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



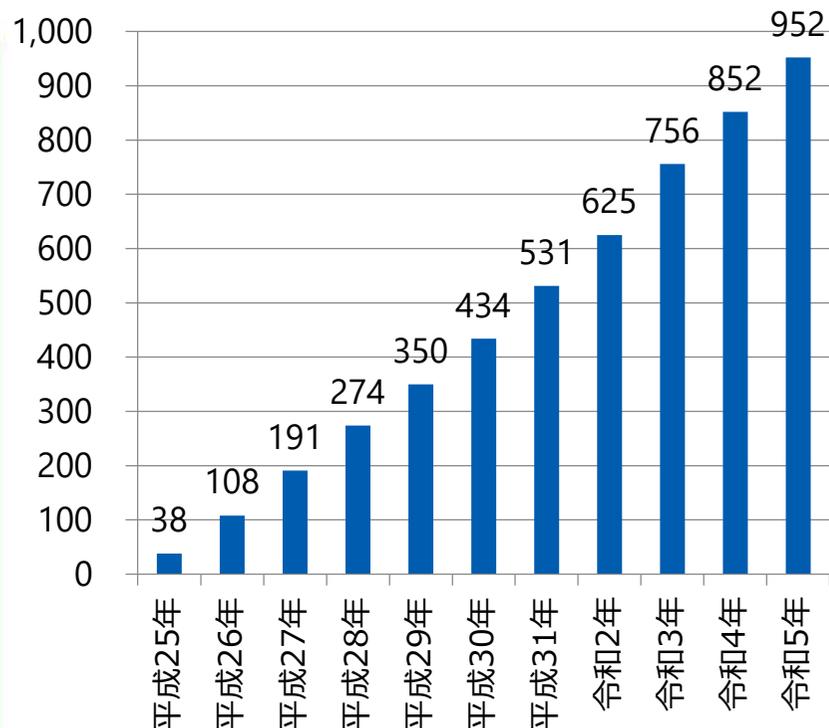
資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、**医療行為も含めた多様なサービス（「通い」、「泊まり」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。**
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、**医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。**



■看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数



（平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。）

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

※平成27年4月にサービス名称変更（看護小規模多機能型居宅介護）。

※平成28年度については、同一の事業所が短期利用及び短期利用以外の請求を同一月に行った場合についても、一事業所として計上している

※令和5年4月時点で、サテライト事業所数は20事業所（グラフ内は除いた数値）

「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」の調査内容及び結果の概要

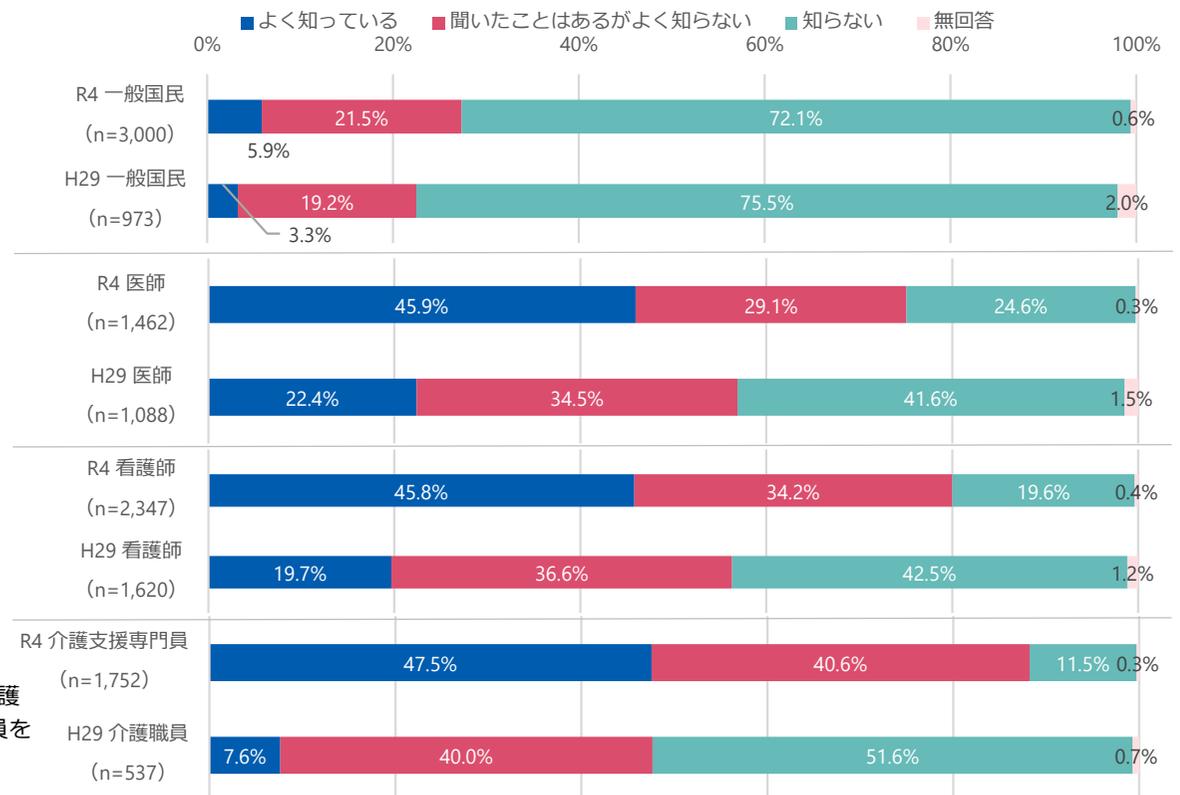
調査の概要

- 一般国民及び医療・介護従事者の人生の最終段階における医療・ケアに対する意識やその変化を把握することを目的として、平成4年度以降、約5年ごとに調査を実施しており、前回の平成29年度調査から5年経過した令和4年度（令和4年11月22日～令和5年1月21日※1）に、一般国民、医師、看護師、介護支援専門員※2を対象に調査※3を行った。
- 全対象者向け調査票（一般国民票）の回収率は、一般国民50.0%（平成29年度：16.2%）、医師32.5%（同：24.2%）、看護師42.7%（同：27.0%）と、平成29年度調査と比べて全体的に上回った。介護支援専門員については、回収率は58.4%であった。

※1 平成29年度調査とは調査期間が異なる ※2 平成29年度調査の対象は介護職員 ※3 令和4年度調査から郵送に加え、Webによる回答も可能とした

結果の概要①（人生会議（アドバンス・ケア・プランニング＜ACP＞）について知っていたか。）

- 人生会議の認知度について、一般国民では平成29年度調査と大きな変化はなく、「よく知っている」と回答した者の割合は5.9%（平成29年度：3.3%）、「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は21.5%（同：19.2%）、「知らない」と回答した者の割合は72.1%（同：75.5%）であった。
- 医師、看護師で、人生会議について「よく知っている」と回答した者の割合はそれぞれ45.9%（平成29年度：22.4%）、45.8%（同：19.7%）であり、平成29年度調査と変化がみられた。介護支援専門員で「よく知っている」と回答した者の割合は47.5%であった。



※ 平成29年度調査とは調査期間や回収率等が異なる点に留意する必要がある。また、介護従事者については、平成29年度調査では介護職員、令和4年度調査では介護支援専門員を対象としている。

外来医療について（案）①

- 外来需要については、多くの二次医療圏ですでに減少している。
- 外来受診の多い疾患は高血圧等の内科疾患であり、一般診療所においては診療科のうち内科を標榜する診療所が最も多く、ほぼすべての二次医療圏において半数以上の診療所が内科を標榜している。
- 診療所については、都市部で増加傾向にあり、人口が少ない地域で減少傾向にある。診療所の医師は全体として高齢化している。診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。
- へき地においては、へき地診療所の整備やへき地医療拠点病院からの代診医の派遣、巡回診療、オンライン診療、総合的な診療能力を有する医師の育成等を通じて、外来機能を補完している。
- 外来医療計画においては、地域の外来医療の協議の場において、外来機能報告等のデータを活用し、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）を明確化するなど、外来機能の明確化・連携に向けた取組を進めている。また、少なくとも外来医師多数区域においては、都道府県から新規開業希望者に対して、外来医療の協議の場の協議の内容を踏まえて、地域で不足している医療機能（夜間・休日等の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）を担うよう求めている。
- 令和7年度から施行されるかかりつけ医機能報告制度においては、地域の医療機関から都道府県に、当該医療機関のかかりつけ医機能の内容（日常的な診療の総合的・継続的实施、時間外診療、入退院時支援、在宅医療、介護連携等）を報告して、例えば時間外診療、在宅医療、介護連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議し、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議を行い、地域で不足する機能について確保する方策を検討・実施することによって、地域で連携してかかりつけ医機能の確保を進めることとしている。

外来医療について（案）②



- 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。外来医療について、2040年に向けて需要が減少する一方で、医療従事者の確保等が課題となることが見込まれる。診療所医師の高齢化や医師偏在等も見られる中、今後も地域で必要な外来医療を提供するため、地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来の医療提供体制のあるべき姿を議論することが重要。
- 外来医療について、かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータに基づき、夜間・休日等の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生に係る医療（学校医、産業医、予防接種等）等の不足する地域医療や、かかりつけ医機能を担う医療機関（日常的な診療の総合的・継続的实施、時間外診療、在宅医療等）と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）の連携等について、地域ごとに将来の医療需要を踏まえつつ、医師数、診療所医師の高齢化、標榜診療科等の医療アクセスに関する情報等、持続可能な医療体制確保に必要な情報を整理しながら、地域の外来医療の協議の場等で協議を進め、外来機能の明確化・連携や外来医療提供体制の確保等を進めることとしてはどうか。
- あわせて、限られた医療資源を有効に活用する観点から、地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応を行うこととしてはどうか。
- 地域で必要な外来医療を提供するため、内科医療とともに、需要に応じて他の診療科も効率的に提供するための連携体制や、医歯薬連携体制等の構築が重要。ガイドラインを検討する際に、内科やその他の診療科について、需要に応じながら効率的な医療が提供できるよう、地域の実情に応じて、医療関係団体、医師派遣を行う医療機関、都道府県、市町村等が連携し、オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、医師派遣、巡回診療等を推進することや、診療所と中小病院等の連携、外来医療の医科・歯科連携、薬局・薬剤師、看護師等の役割、介護や福祉サービス等との連携も検討してはどうか。

慢性期・在宅医療について（案）①

- 療養病床は、地域医療構想の取組等に伴い、減少している。また、療養病床の地域差について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。高齢者向け施設・住まいの利用者数は増加している。
- 在宅医療については、在宅医療を行う一般の医療機関、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、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局等が、介護施設等とも連携して対応している。2040年に向けて、在宅医療の需要の増加が見込まれ、地域の状況に応じて供給力を高める必要がある。訪問看護の需要も増加が見込まれ、多くの二次医療圏で2040年以降にピークとなる。
- 人口規模の大きい二次医療圏の方が、65歳以上人口あたりの在宅訪問患者数が多い。在宅医療を提供する医療機関の一部は1か月あたり200人以上の患者に在宅医療を提供しており、特に人口規模の大きい地域で、多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関の患者割合（シェア）が多い。
- 訪問看護ステーションについて、多くの事業所が常勤換算7人未満で運営されている。常勤換算7人以上の大規模な訪問看護ステーションは、様々な開設主体で運営されており、看護協会、公益社団・財団法人等で割合が高い。
- 在宅医療を受けている患者の多くは介護サービスも受けており、医療と介護にかかる費用をあわせた場合（訪問看護療養費は含まない）、療養病床の医療区分1における費用と同程度もしくはそれ以上の費用となる場合がある。
- 病院・診療所での死亡の割合は2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。人口規模が大きい二次医療圏ほど、75歳以上の死亡数に占める在宅等看取りの割合が高い二次医療圏が多い。
- 都道府県において適切な在宅医療の圏域を設定し、地域の協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要。在宅医療を行う医療機関のICT活用や連携等による対応力強化、これまで在宅医療を行っていない医療機関の参入促進、D to P with Nのオンライン診療の活用、訪問看護事業所の機能強化等が重要。
- 介護施設等と医療機関の連携強化等により、介護施設等の対応力の強化が取り組まれている。増加する高齢者救急への対応に向けて、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理及びACPの取組の推進、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

慢性期・在宅医療について（案）②



- 医療機関機能の一つとして、地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる等、地域での在宅医療提供を確保するための医療機関機能を位置付けてはどうか。
- 慢性期の医療提供体制については、地域の在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域において、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設等とあわせて、構築していく必要があるのではないか。その際、増加する高齢者救急への対応に向けて、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理及びACPの取組の推進、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要ではないか。
- 在宅医療の医療提供体制については、地域によって増加する在宅需要に対応するため、都道府県において適切な在宅医療の圏域を設定し、地域の協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進めることが必要。

その際、D to P with Nのオンライン診療等のICT活用による効率化や、在宅医療を行っている医療機関の対応力強化、これまで在宅医療を行っていない医療機関の参入促進、多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関との連携、訪問看護事業所の機能強化等による供給力の増強が重要ではないか。人口規模の小さい地域においては、移動時間や担い手不足等の課題も踏まえ、高齢者の集住等のまちづくりの取組とあわせて、D to P with Nのオンライン診療の活用の徹底も含め、在宅医療提供体制を構築していく必要があるのではないか。

地域医療構想における外来・在宅医療・介護との連携等について（案）

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

外来・在宅医療に係る現状と課題

- 外来・在宅・介護需要の変化への対応
 - 人口減少や超高齢化に伴う外来需要の減少
 - 超高齢化による在宅・介護需要の増大
- 担い手の減少への対応
 - 診療所医師の高齢化、医師の偏在
 - 生産年齢人口の減少による人材確保の制約
- 既存制度の推進
 - 外来医療計画による外来の機能分化・連携
 - 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で不足する医療機能の要請
 - かかりつけ医機能報告等によるかかりつけ医機能の確保・強化
 - 在宅医療計画による体制整備 等



地域医療構想における取組

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護連携等も対象とする。
- 議題に応じて、協議を行う区域や参加者を設定し、医療関係者、介護関係者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施。
 - ※ 従来の構想区域だけでなく、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。
- かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来・在宅・介護連携等に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有。
 - (例) 医師数や診療領域ごとの診療体制
時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況
慢性期・在宅需要と在宅医療提供量・療養病床・介護施設・高齢者住まい等の状況
医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況 等
- 地域の実情を踏まえ課題への対応を検討・協議して、必要な外来・在宅医療の提供のための取組を行う。
 - (取組の方向性（イメージ）)
 - 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、診療所の承継支援、医師の派遣、巡回診療の整備等）
 - D to P with N等のオンライン診療や医療DXによる在宅医療等の効率的な提供のための方策
 - 医療機関と介護施設等の具体的な連携、高齢者の集住等のまちづくりの取組との連携 等

構想区域

現行の地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとしている。構想区域の設定に当たって、都道府県において、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。

構想区域

339 構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

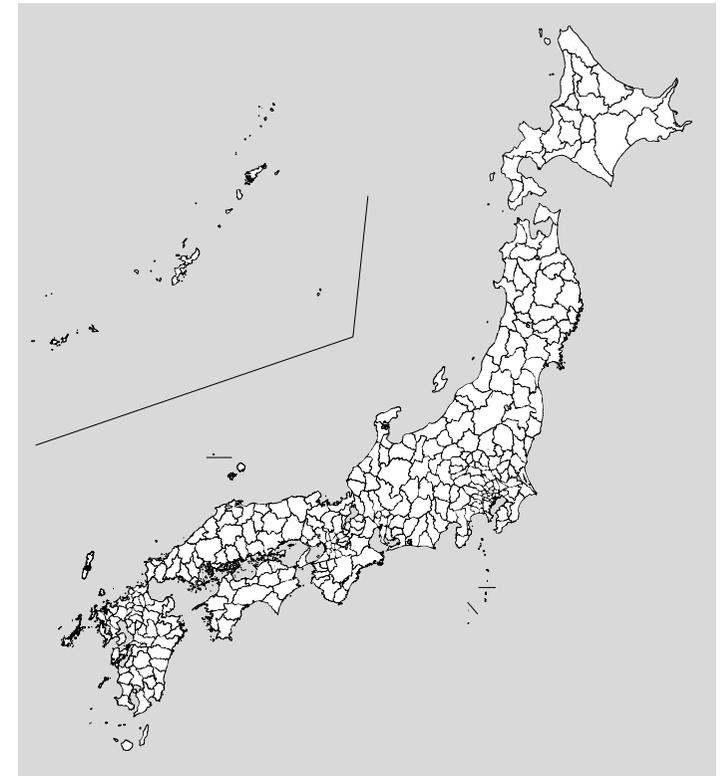
※ 地域医療構想策定ガイドライン（平成27年3月31日）抜粋

- 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- 地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年（2024年）3月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

二次医療圏

330 医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である**と認められるものを単位として設定



※令和4年9月時点の二次医療圏（335医療圏）数の図であり、構想区域（339区域）の数とは一致しない。

地域医療構想調整会議の役割と議論する内容について

地域医療構想調整会議の役割

医療法(抄)

第三十条の十四 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三十条の十六第一項において「構想区域等」という。)ごとに、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(以下この条において「関係者」という。)との協議の場(第三十条の二十三第一項を除き、以下「協議の場」という。)を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

2・3(略)

議論する内容(地域医療構想策定ガイドラインより抜粋・一部改変)

調整会議の議事について、病床機能報告の内容と病床の必要量を比較し、地域において優先して取り組むべき事項に関して協議するとしている他、在宅医療を含む地域包括ケアシステムの構築や、医療従事者確保及び診療科ごとの連携などを検討するとしている。

また、これらを踏まえ以下の議事の設定が想定されるとしている。

- ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

調整会議の会議運営における課題等について

- 都道府県へのヒアリングによると、地域医療構想調整会議において、医療機関の対応方針を策定する際に、全医療機関が会議に参加して説明を求めた上で合意を得る地域もあれば、公立・公的医療機関は会議に参加するものの民間医療機関は書面のみで参加していない地域もある。また、在宅医療や介護との連携等について具体的な議論ができていないとの指摘や、協議事項等の増加により会議運営が難しくなっている等の指摘があり、調整会議の議題や参加者等の整理が課題となっている。

(都道府県の意見)

- 調整会議には全ての医療機関（病院・診療所）が参加している。
- 調整会議において、医療機関の対応方針の策定に係る協議にあたって、公立・公的医療機関は会議に参加するが、民間病院は書面を提出してもらい、会議に参加を求めない場合もあった。
- 郡市区医師会の協力により、積極的に関係者に調整会議へ参加いただいている。
- 地域医療構想において在宅医療や介護との連携が重要であるため、介護関係者も出席している。
- 在宅医療に関する議論を行っている都道府県もあるが、医療計画と介護保険事業計画の整合性を確保するための計画上のサービス量の調整にとどまり、在宅医療や介護との連携等についての具体的な議論ができていない。
- 在宅医療や介護との連携について、県庁内でも介護部局との連携が必要だと考えているが、十分に連携ができておらず、市の在宅医療・介護連携推進事業とも十分に連携できていない。
- 調整会議において、紹介受診重点医療機関に係る協議など、協議事項や会議の役割の増大に伴い、会議運営が難しくなっている。

※厚生労働省医政局地域医療計画課による都道府県との意見交換（R5）

構想区域・医療機関機能の考え方（案）①

- 現行の地域医療構想における構想区域については、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するため、二次医療圏を基本として、地域医療構想調整会議を開催し、地域での協議等の取組を進めてきた。
- 人口20万人未満の構想区域においては、2040年に生産年齢人口が3割程度減少、高齢人口が1割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、現在の二次医療圏を基本とする構想区域では医療提供体制の確保が困難である可能性がある。
- 在宅医療については、介護保険事業計画を作成する市町村において在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療圏より狭い区域において取組が行われている。
- 地域医療構想調整会議については、病床の議論が中心となり、在宅医療や介護との連携等について具体的な議論ができていない等、医療提供体制全体に関する議論が十分になされていない。
- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられる。このほか、地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を發揮している。

構想区域・医療機関機能の考え方（案）②



- 新たな地域医療構想における構想区域の範囲については、2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大する必要があるのではないか。
- 在宅医療については、二次医療圏よりも狭い区域での議論が必要であり、在宅医療の圏域ごとに、医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等が連携しながら、在宅医療提供体制を確保するとともに、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の取組との連携をより一層深めることができる枠組みが必要ではないか。
- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保するとともに、地域によって役割を發揮している、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等の機能について、【その他地域を支える機能】として位置づけることとしてはどうか。

新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチームの開催について（案）

- 精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。
- 特に、精神入院医療のあり方については、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年3月告示）等により、精神障害者の退院促進及び地域移行・地域生活支援、精神科病院における病床の適正化及び機能分化等を重要な方向性と位置づけ施策を進めてきている。
- また、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築し重層的な支援体制を整備していくこととしている。
- このような中、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歳以上人口の増大や現役世代の減少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することを目的に、新たな地域医療構想等に関する検討会で検討を進めている。
- 精神医療については現行の地域医療構想では精神病床の病床機能報告や将来の必要量の推計等が行われていないところ、これまでの精神医療に関する施策等を踏まえ、精神医療の専門家をはじめとする有識者が参画して専門的な検討を行うプロジェクトチームを開催して、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討を行い、本検討会に検討結果を報告いただくこととしてはどうか。

<新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム>

- 検討事項
 - ・ 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等
- 構成員
 - ・ 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者等
- スケジュール
 - ・ 10～11月に議論を行い、11～12月に本検討会に検討結果を報告