

令和7年度 第1回 愛知県地域医療構想推進委員会

新たな地域医療構想に関する とりまとめについて

社会医療法人 大雄会

理事長 伊藤 伸一

1

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅・介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、**外来・在宅・介護との連携、人材確保**等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は**27年度**から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・**新たな構想を医療計画の上位概念**に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① **病床機能**
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「**包括期機能**」として位置づけ
- ② **医療機関機能報告** (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急、地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医療及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ **構想区域・協議の場**
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① **医療機関機能の確保** (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② **基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① **国(厚労大臣)の責務・支援を明確化** (目指す方向性・データ等提供)
- ② **都道府県の取組の見える化**、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ **市町村の調整会議への参画**、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

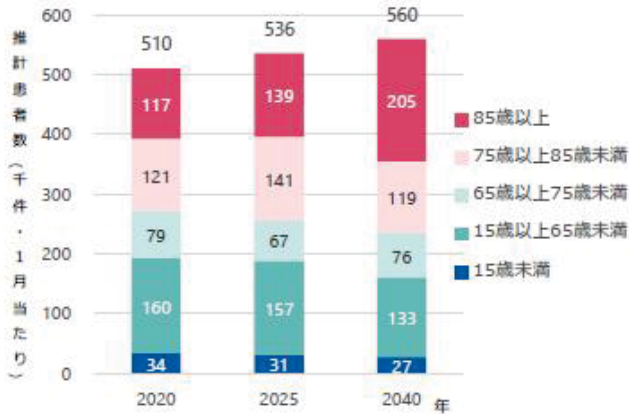
2

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

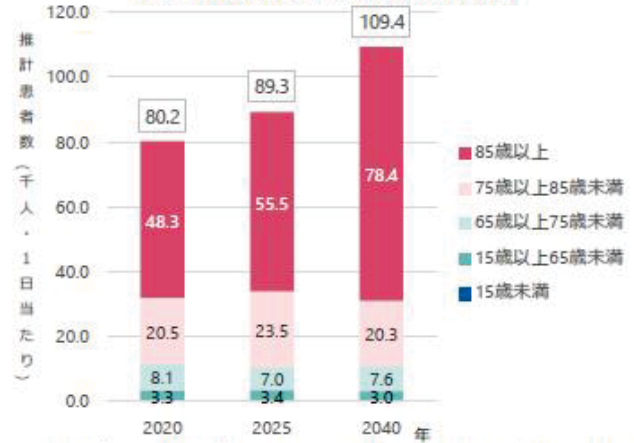
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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：国勢調査データを用いて、救急搬送（2019年推計）の件数を推計したものを、2020年1月1日現在推計人口で調整した推計人口を人口として年齢階級別に算出する。推計人口は、国勢調査推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月あたり件数、年齢階級別人口で算出。
 ※ 推計人口については推計が適用されている。また、年齢階級別人口については、年齢別人口を用いて推計した。

出典：厚生労働省「国勢調査」（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）」
 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）」
 ※ 推計人口については推計が適用されている。

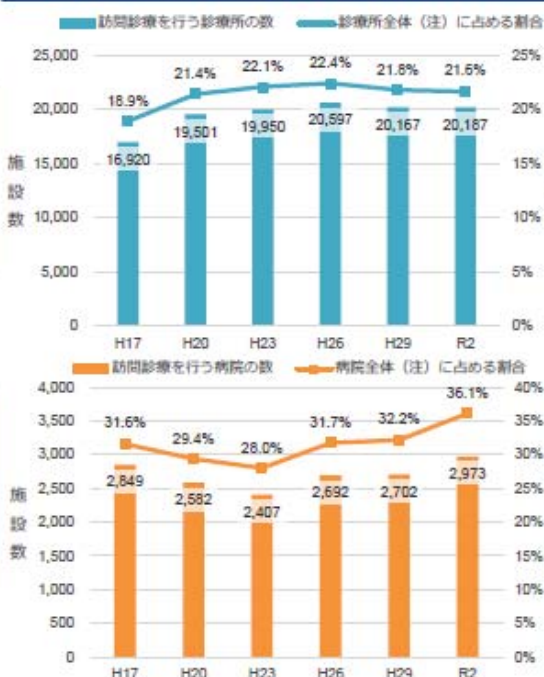
39

<R6.12.3 第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

在宅医療の需要と供給

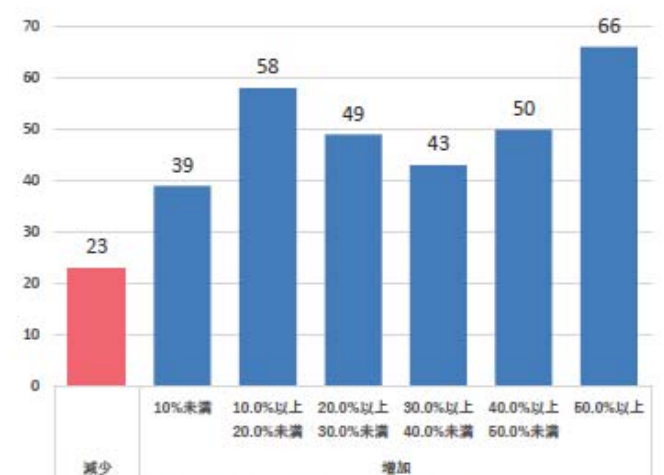
在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

在宅医療の提供体制



在宅医療の需要（二次医療圏毎）

2020年から2040年への
訪問診療需要の変化率別二次医療圏数



出典：厚生労働省「国勢調査」（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）」
 ※ 令和6年4月1日時点において二次医療圏は330であるが、上記の将来推計人口について、福島県相双及びいわきの2二次医療圏は推計結果がないため、328二次医療圏の推計結果である。

12

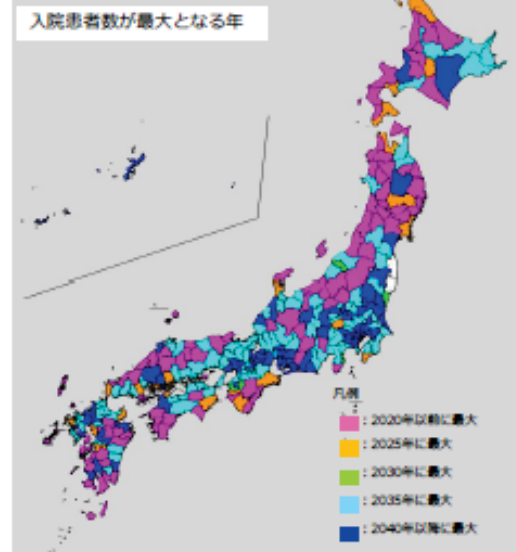
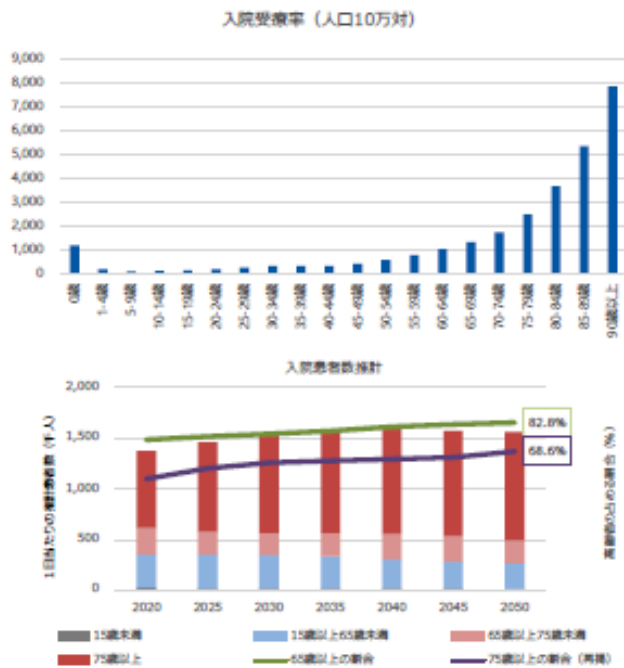
<R6.26 第7回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

4

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。



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）」を基に厚生労働省政策研究地域医療計画において推計。

※ 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。

※ 推計率は概況。いわゆる2医療圏を含む広域連合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次医療圏について推計。

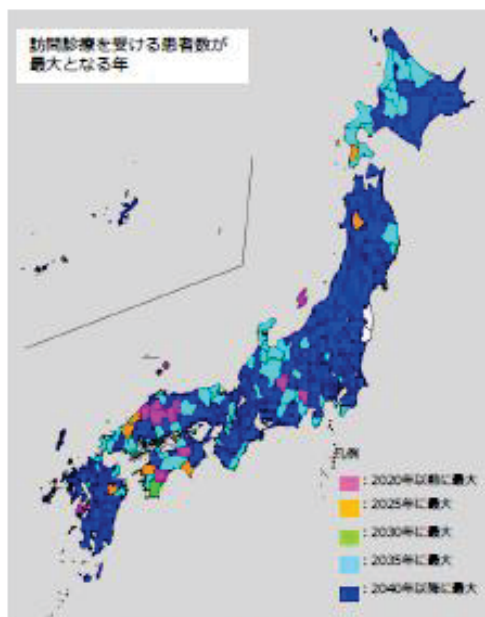
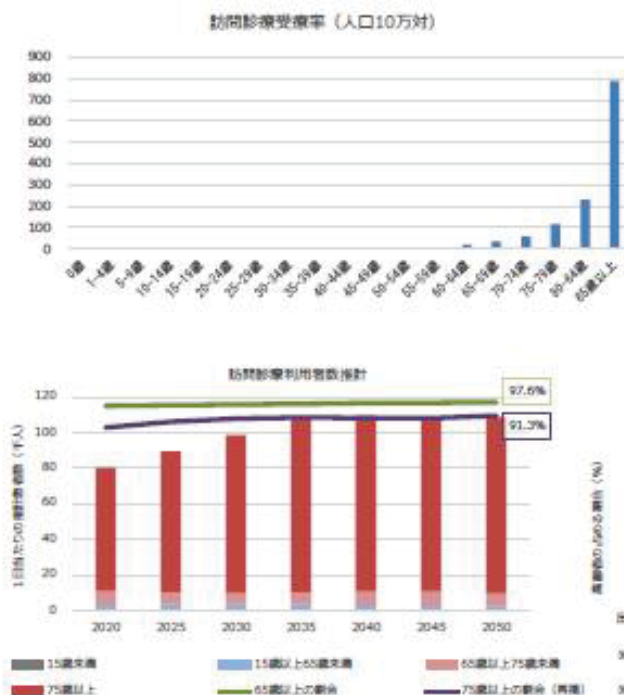
101

<R6.3.29 第1回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

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2次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：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）」を基に厚生労働省政策研究地域医療計画において推計。

※ 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。

※ 推計率は概況。いわゆる2医療圏を含む広域連合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次医療圏について推計。

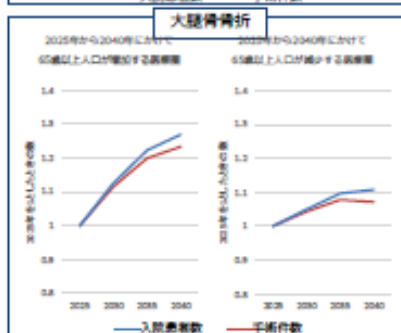
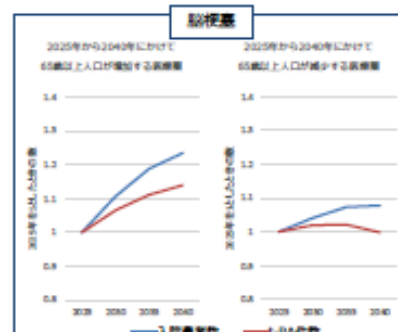
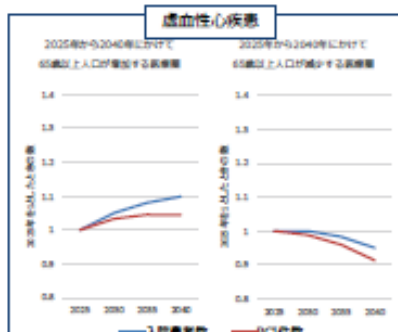
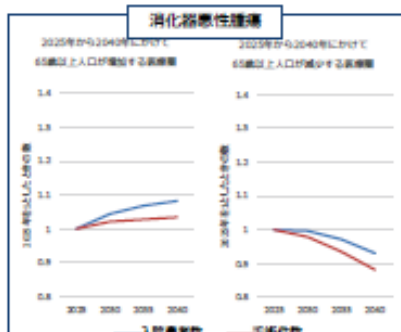
104

<R6.3.29 第1回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

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・特定医療機関等情報データベース（NDB）（2019年分、医療費について集計）

患者調査（平成29年）「入院患者数（人口10万対）、性・年齢階級・病態分類別」

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、各医療圏の都道府県ごとの入院患者数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・PPCI件数・mPA件数は、NDBの集計（下記記載による）による集計値から、令和2年1月1日時点での住民人口を以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。

※ 消化器性腫瘍の手術件数は、消化管及び肝臓等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数合計である。

※ 虚血性心疾患のPPCI件数は、「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mPA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数は、「超急性期脳卒中処置」の算定回数の合計である。

※ 大腿骨骨折の手術件数は、「人工骨移植手術（股）」の算定回数の合計である。

※ 医療圏は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、医療圏の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

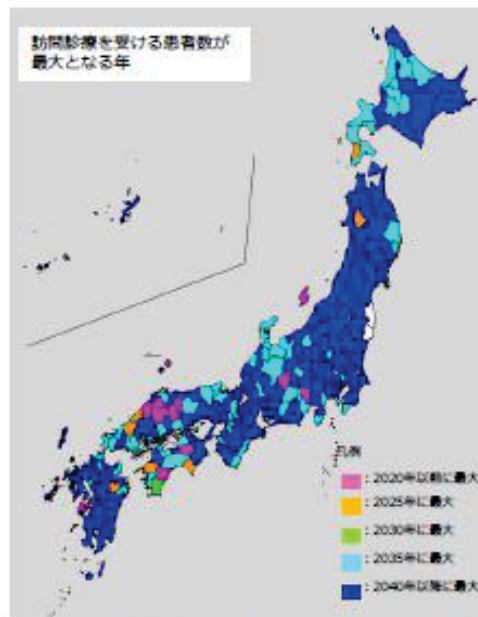
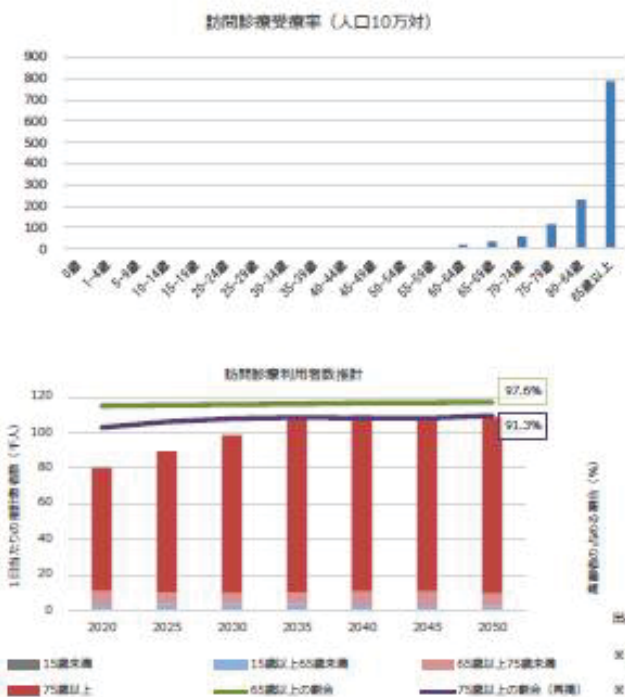
102

<R6.3.29 第1回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

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。



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）」を基に厚生労働省政策評価部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。

※ 医療圏は状況、いづれの2医療圏を含む両隣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推計。

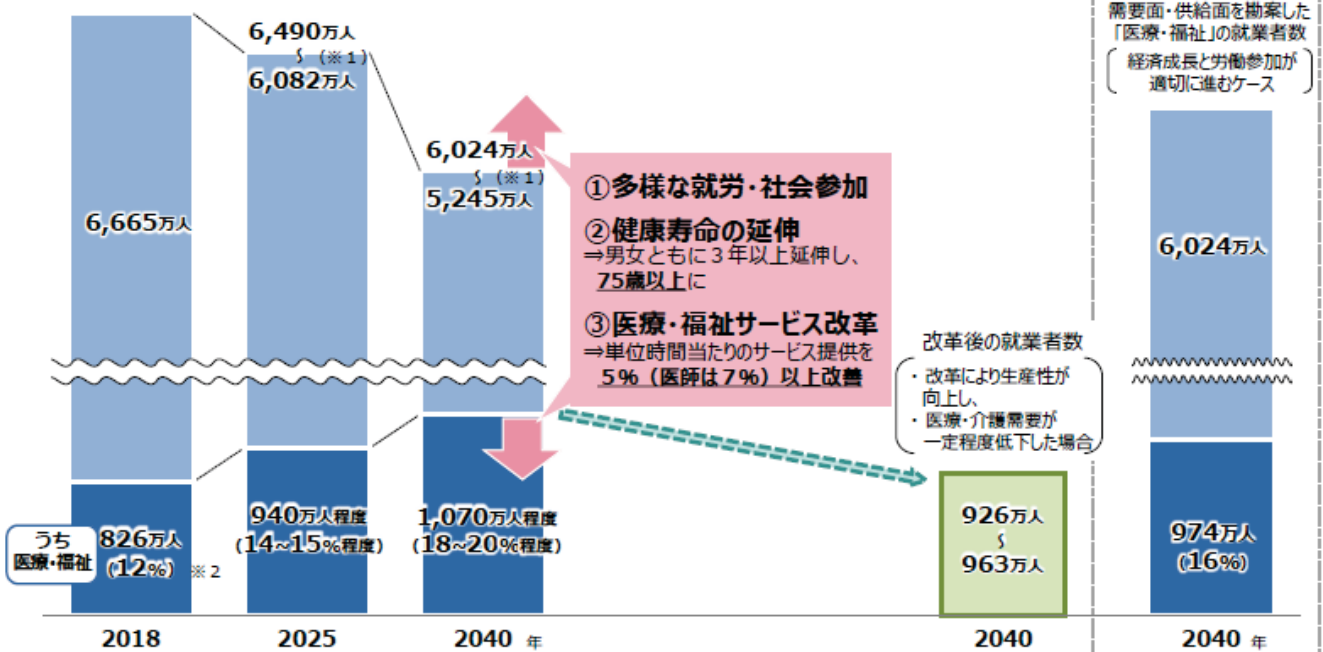
104

<R6.4.29 第1回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○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



37

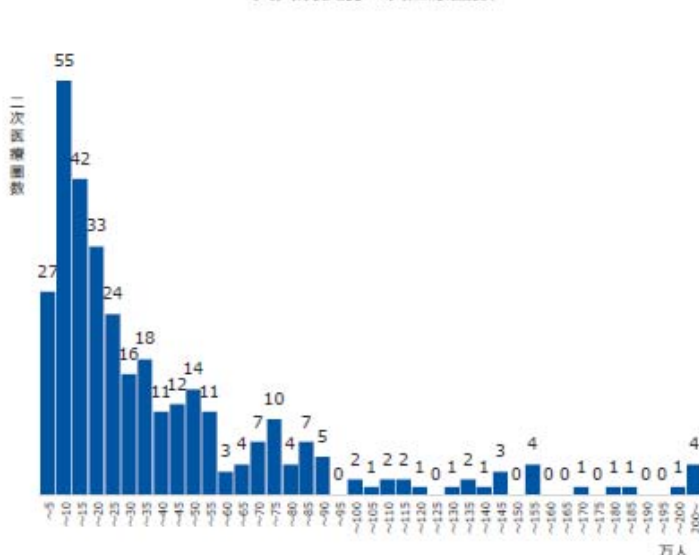
<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

9

二次医療圏ごとの人口規模

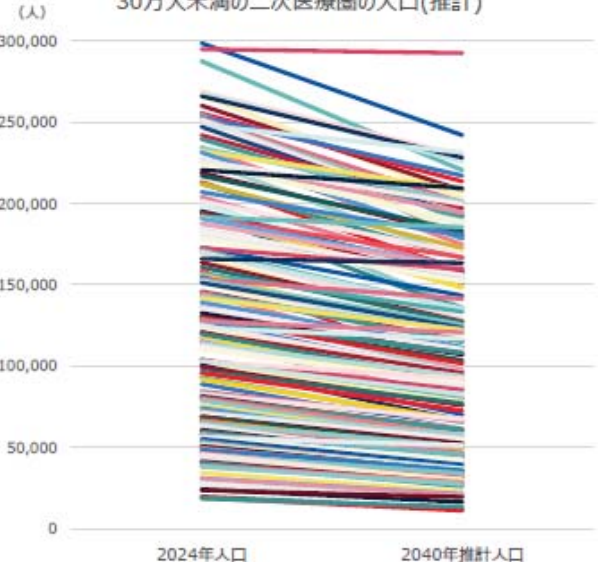
- 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度。人口規模が20万人未満の二次医療圏は157、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 二次医療圏を構成する市町村が変化しないと仮定すると、2040年には、人口規模が20万人未満の二次医療圏は182、10万人未満の二次医療圏は109となると推計される。

人口規模別二次医療圏数



資料出所：総務省「住民基本台帳人口」（2024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）」

30万人未満の二次医療圏の人口(推計)



6

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

10

近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

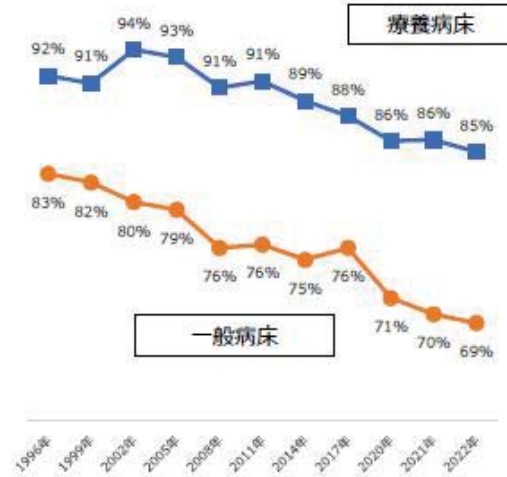
入院受診延日数の推移



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医療費ベース。なお、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。

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型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型旧その他の病床（経過型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

48

<R6.12.3 第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

11

現行の地域医療構想の評価と課題

地域医療構想の実現に向けて

令和元年9月27日

医政局

1. **地域医療構想の目的は2025年に向けて、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制を構築する事です。**
2. さらに取り組みを進める観点から高度急性期・急性期機能に着目した客観的データを国から提供しそれぞれの医療機関に今後の医療機能の在り方を考えてもらうこととしました。
3. 今回は急性期機能等に関する医療機能について分析し各医療機関の担う急性期機能や必要な病床数等について再検証をお願いしますものです。
4. 地域医療構想調整会議の議論を尽くし2025年のあるべき姿に向けて医療機能の見直しを行っていただきたい。その際ダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合も視野に進めていただきたい。

13

- ・**全国統一の方式**で将来の医療需要を推計
- ・**選択と集中**による医療機関の役割・機能分化
- ・現状把握の為の病床機能調査
(それぞれの希望要望の調査、その後定量基準の導入で客観的判断のデータ提供)
- ・それぞれの地域の状況に応じた「**ご当地医療**」の確保
- ・二次医療圏内での協議で**自主的な**病床再編整備
- ・**競合から協調**へ基本方針の変更による公立公的医療機関のあるべき姿を協議(全てのステークホルダーによる)
- ・**公立・公的医療機関の役割と補助の実態**を情報共有
(第1回WG、過剰地域での公的医療機関の開設・増床禁止
⇒ データーに基づく再編統合へ)

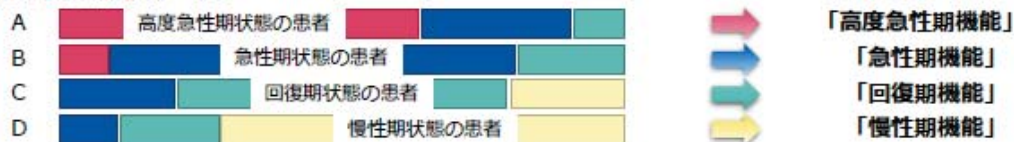
病床機能報告制度

- 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）



36

<R6.12.3 第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

15

地域医療構想調整会議の役割と議論する内容について

第9回会議計画の見直し等に関する検討会
平成29年2月17日 資料1

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。

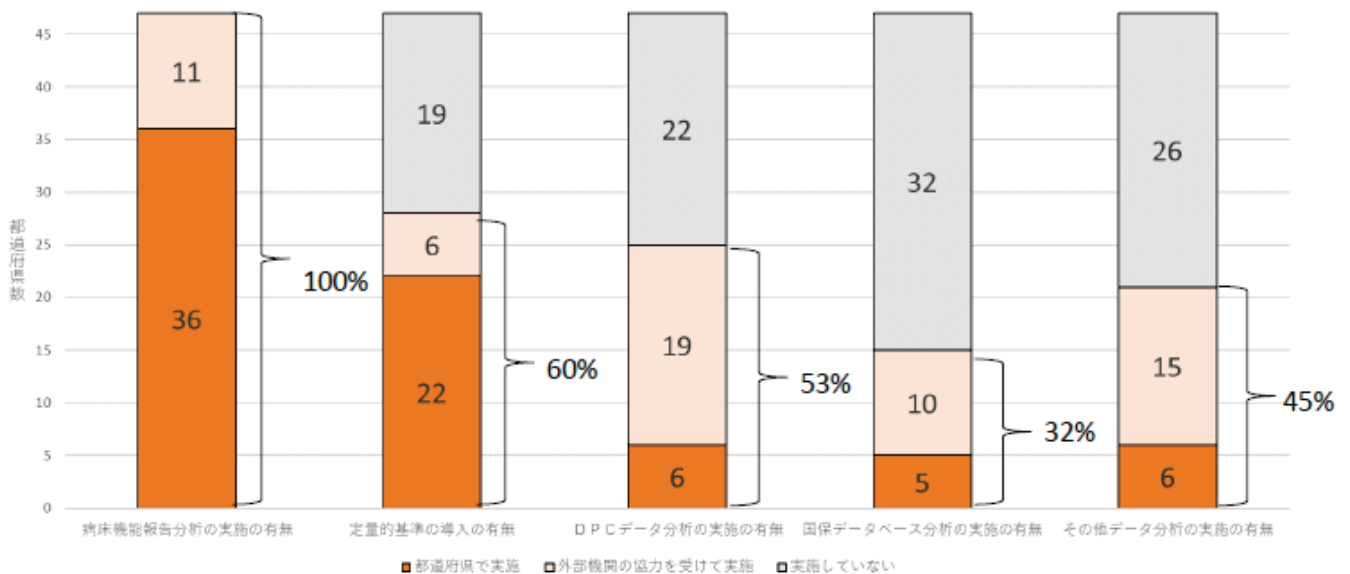
- ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

6

地域医療構想調整会議におけるデータに基づく議論の状況

- 病床機能報告の分析は100%、定量的基準の導入は60%の都道府県で実施されている。
- DPCデータの分析を実施している都道府県は5割程度であり、実施している都道府県の多くが外部機関の協力を得ている。

地域医療構想調整会議におけるデータに基づく議論の状況（令和5年度）



※その他データの分析

レセプトデータ、介護保険データ、救急搬送データ、統計データ、独自調査（患者調査、診療実態調査、アンケート等）等

医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

9

<R6.12.3 第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

17

地域医療構想SEASON ONEのまとめ

2025年を目途とした地域医療構想（SEASON 1）は地域ごとに

効率的で不足のない医療提供体制を構築するために

- ・自己申告によって自らの医療機能を**自覚**させ
- ・定量的基準で**篩（ふるい）**にかけ
- ・急性期へのこだわりを**放棄**させ

同時に診療報酬の締め付けによって**急性期病床を削減**

2060年を目途にした継続可能な医療提供体制を構築するために

急増する後期高齢者の医療提供の**合理化**を目指し、

まずは**率先垂範**で公立・公的医療機関の**再編統合**で急性期病床を削減

次いで**民間病院の急性期機能を定量基準で縮小**させる予定であった

しかし

コロナ感染症の蔓延でこの目論見は**失敗**することとなった

地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業

令和5年度補正予算額 4.5億円（－）※（）内は前年度当初予算額

※令和4年度第二次補正予算額 3.0億円

1 事業の目的

- 都道府県は、令和6年度において、第8次医療計画（令和6～令和11年度）の開始や2025（令和7）年に向けた地域医療構想の実現のため、医療提供体制の構築を着実に進めるとともに、構築した体制についてPDCAサイクルを実施するため医療提供体制に関する評価・分析を行う必要がある。
- 令和7年度に都道府県において次期地域医療構想の策定等を行うことが見込まれていることから、データ分析チームの構築は優先して実施が必要。
- 地域医療構想策定には、地域の現場感覚とマッチしたデータ分析が必要であるため、都道府県におけるデータ分析体制の構築を支援。
- 分析事例を集積し、分析体制のベストプラクティスを検討・実践することで、計画策定に限らず、2025（令和7）年に向けた地域医療構想の推進について、都道府県が自主的に分析・企画・立案できる体制の整備に繋げる。
- 令和5年度（令和4年度第2次補正予算）で実施した当事業の結果をより多くの都道府県にフィードバックして展開。

2 事業の概要

- 都道府県を対象に、都道府県におけるデータ分析チームの構築を支援する。
- 都道府県は、データ分析チームを活用して、地域（二次医療圏、構想区域）の詳細分析を実施することにより、一層地域の実情に即した地域医療構想の評価が可能となる。
- 都道府県は、分析体制や分析結果、計画策定におけるデータに基づく議論の成果について事例発表を行い、取組の横展開や事例の集積を図り、次年度の実施要領に反映。

3 事業スキーム・実施主体等

補助率：1個所当たり30,000千円 補助率：定額
実施主体：都道府県 負担割合：国10/10

分析体制・分析手法の実践、分析体制の構築、事例の横展開・集積

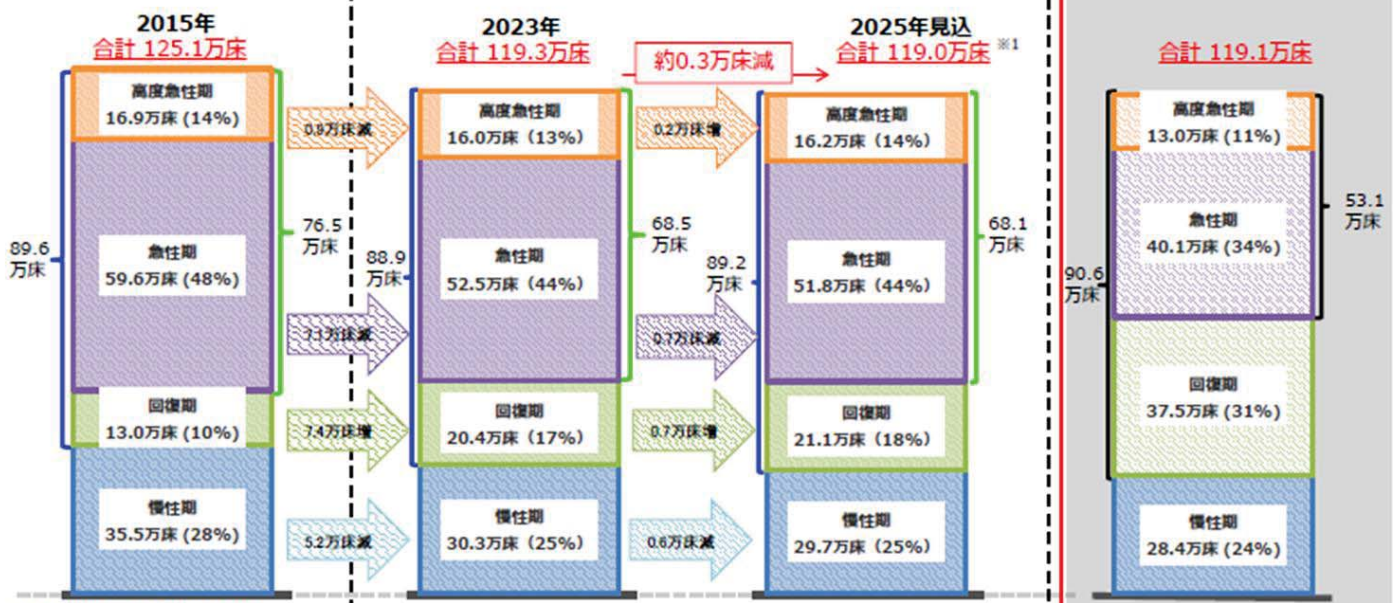
分析体制の検証と活用



<R6.12.3 第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

2023年度病床機能報告について

速報値

2015年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告) ※62023年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告) ※6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)) ※4 ※6

出典：2023年度病床機能報告

※1：2023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：13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告：12,203/12,402(98.4%))

※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(※)：18,423床(参考：2022年度病床機能報告：18,399床)

+救命救急入院科1～4、特定集中治療室管理科1～4、ハイケアユニット入院医療管理科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。

病床機能について（案）①

- ・ 2040年に向けて、高齢化に伴い増加する高齢者救急の受け皿の確保が重要であり、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。
- ・ 病院における在宅医療の提供は、急性期や回復期に係る病床を有する医療機関が中心であり、後方支援を行う医療機関は急性期に係る病床を有する医療機関が中心となっている。
- ・ 将来の病床数の必要量の推計については、現行の地域医療構想において、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、病床の機能分化・連携等の取組を進めることにより、2025年時点の必要量を119万床程度とする目標としているところ、現在、合計の病床数はほぼ同じ水準となっており、一定の役割を果たしてきた。
- ・ 基準病床数制度は、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保するためのものであるが、第8次医療計画においては、第7次医療計画からの受療率の変化等に伴い、多くの都道府県で基準病床数が増加している。入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。将来の病床数の必要量と基準病床数の関係性が分かりづらく、これらの病床規制の整合性を図るべきとの指摘がある。

＜R6.12.3 第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋＞

新たな地域医療構想に関するとりまとめ より

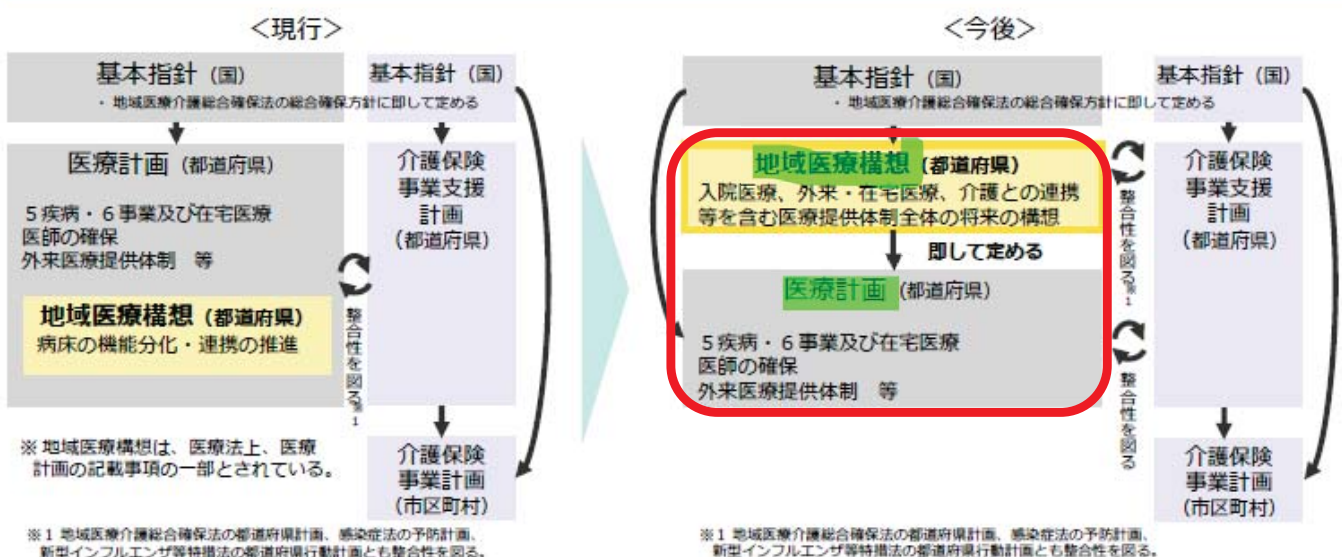
- このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、医療計画の基準病床数について、必要病床数も勘案した算定を検討するとともに、必要病床数を超えて増床等を行おうとする場合には、都道府県は、地域医療構想調整会議において増床等の必要性が認められた場合に限り、基準病床数の範囲内で増床等の許可を行うことができることとすることが適当である。
- また、都道府県は、既存病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床及び療養病床の許可病床数が必要病床数を上回る場合は、地域の実情に応じて、病床の機能転換・減少等に向けて、必要な医療機関に対し、調整会議への出席を求めることができることとすることが考えられる。

51

21

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
- ・ 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
- ・ 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。



30

医療提供体制の現状と 目指すべき方向性

23

令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

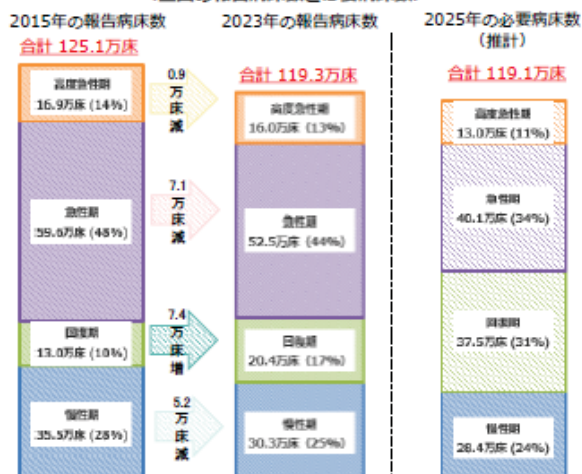
これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

同様の世代が全て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能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

28

24

<シーズン2> 新たな地域医療構想等に関する検討会

2040年に向けた地域医療構想

・地域医療構想の本質は

大幅な**人口減少**の中で大きく変化する**高齢者の医療ニーズ**にどう対応するシステムを構築するかが課題

- ・2025年までの地域医療構想は病床機能の再編に終始したが、2040年に向けては**在宅医療、介護連携**が重要となる

- ・2035年には**85歳以上**が1千万人越え、半数が要介護、4割が認知症、大半が独居・高齢夫婦世帯

→**アウトリーチを前提**とした**医療提供体制**が必要となる

- ・**入院の減少**と**在宅の増加**

25

<シーズン2> 新たな地域医療構想等に関する検討会

2040年に向けた地域医療構想

- ・**地方過疎地**では減少した入院・外来需要と在宅医療の**体制確保**のため**医療機能の衰退**をどう防ぐかが問題

高齢者を含めて人口が激減する中で、どうやって必要とされる介護連携も含めた医療機能を維持してゆくのが課題

- ・**都市部**ではすでに**過剰である入院病床**が在宅シフトによりさらに縮小する中で地域の現有病床数をいかに**削減**してゆくかが課題

すでに過剰な病床の削減を進める中で在宅介護連携を前提として効率的でなおかつ医療介護機能を継続できる体制整備を進めるに当り民間病院のアドバンテージを活用すべきである

「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」

1. ポスト2025年に対応した医療・介護提供体制の姿

・医療・介護提供体制の改革を進めていくに当たっては、実現が期待される医療・介護提供体制の姿を共有した上で、そこから振り返って現在すべきことを考える形（**バックキャスト**）で具体的に、改革を進めていくことが求められる。

・その際、**限りある人材**等で増大する医療・介護ニーズを支えていくため、**医療・介護提供体制の最適化を図っていく**という視点も重要。

関係者が・効率化・高齢者人口がピークを迎える中で、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口の急減に直面する局面において、実現が期待される医療・介護提供体制の姿として現時点で想起し得るものを、患者・利用者など国民の目線で描いたもの。

2. ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿の3つの柱

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿は、以下の3つの柱を同時に実現することを通じて患者・利用者など国民が必要な情報に基づいて適切な選択を行い安心感が確保されるものでなければならない。

- I 医療・介護を提供する主体の連携により、必要なときに「**治し、支える**」医療や個別ニーズに沿った柔軟かつ多様な介護が地域で完結して受けられること
- II 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを**自ら選ぶ**ことができること
- III 健康・医療・介護情報に関する安全・安心の情報基盤が整備されることにより、自らの情報を基に、適切な医療・介護を効果的・効率的に受けられること

医療介護総合確保方針(令和5年3月17日改正)の別添

27

2040年の医療需要について

令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

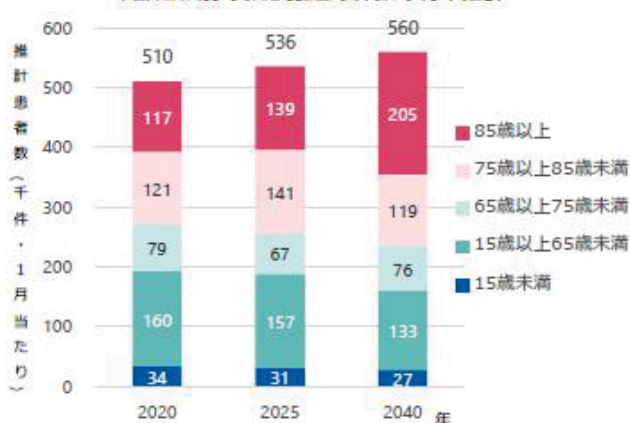
令和6年9月6日第8回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

令和6年8月26日第7回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

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

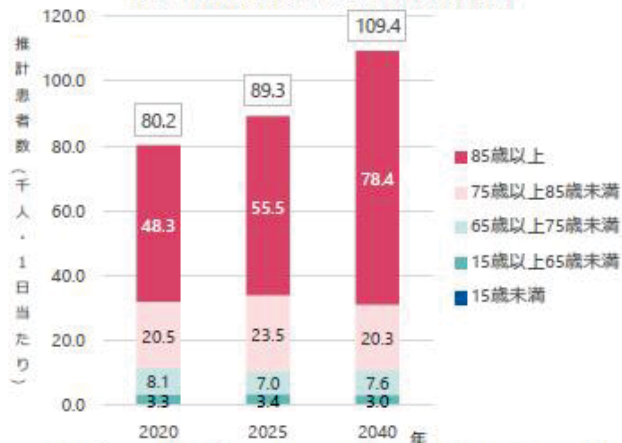
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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。

資料出典：推計データを用いて、医療機関（2019年度推計）の件数を推計したものを、2020年1月現在の高齢者人口で調整した推定高齢者人口で算出して作成。
※ 救急搬送の1月当たりの件数を、平均年齢人口で算出して作成。
※ 性別不詳については推計対象外としている。また、推定高齢者人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

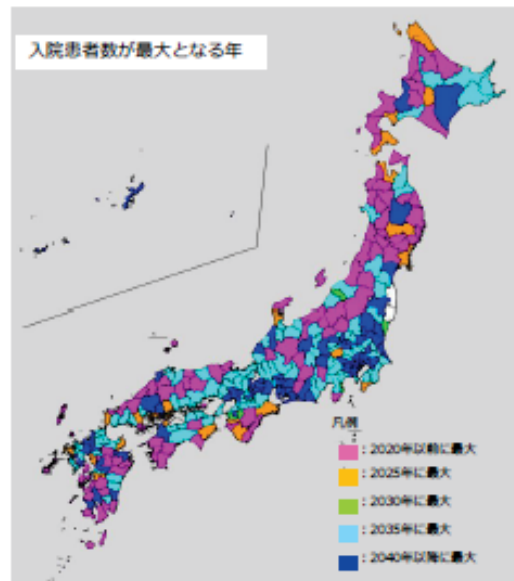
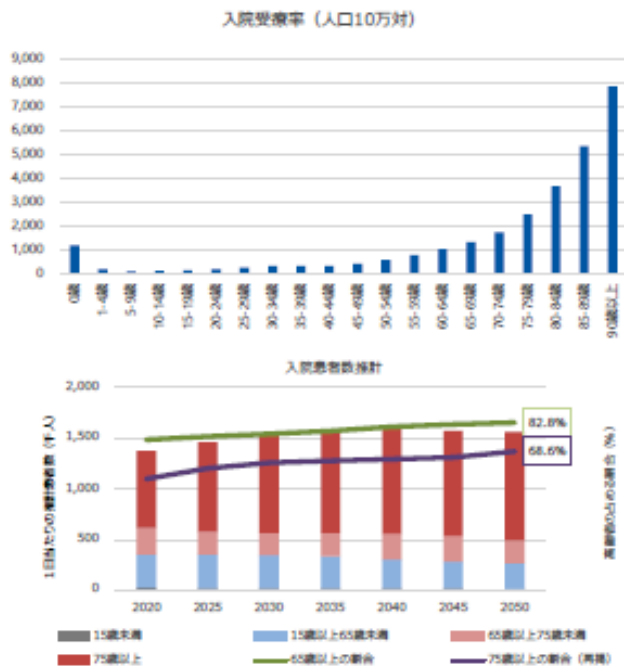
出典：厚生労働省「医療機関」(2017年)
総務省「人口推計」(2017年)
国勢調査「人口推計」(2017年)
※ 推定高齢者人口、人口推計等については、日本の地域別推定人口(2025年度推計)を元に地域別推定人口について推計。

39

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。



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）」を基に厚生労働省政策評価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。

※ 推定率は概算。いわゆる2医療圏を含む広域連合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次医療圏について推計。

101

<R6.3.29 第1回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

29

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。

24

◎高齢者の急性期における疾病の特徴

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**

◎高齢者入院時のADL低下防止の重要性

高齢者は10日程度の安静により筋力の低下が報告されており、**入院早期から離床しADL維持の取り組み**が重要

◎高齢者における**早期退院**や**早期リハ**の重要性

高齢者救急では**入院早期**からのリハや**早期退院後**に治療や生活を支えるリハの提供制が重要

◎大腿骨近位部の骨折

早期手術・早期離床・早期荷重が重要で**外来・在宅でのリハ**が有用(**入院ではない！**)

31

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）



36

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

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

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|----------------------|--|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。
※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要 |

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能** ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

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

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

33

第9回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年9月30日 資料2

地域ごとに求められる医療機関機能

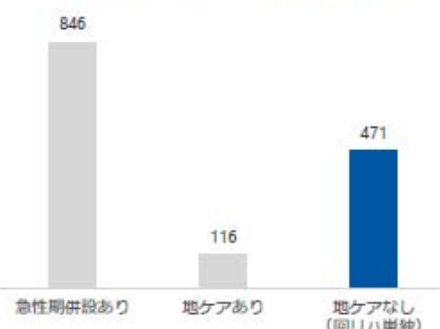
- ・ 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられる。
- ・ このほか、地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を発揮している。

■地域ごとに求められる医療機関機能

医療機関機能	具体的な内容（イメージ）
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 ・ 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げ、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
在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能	・ 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
救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能	・ 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

■その他の医療機関機能の例

回復期リハビリテーション病棟入院料



21

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

- 救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも相関するところ、地域において適切な医療提供体制を確保する観点を踏まえると、同じ病床数であっても、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。



地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

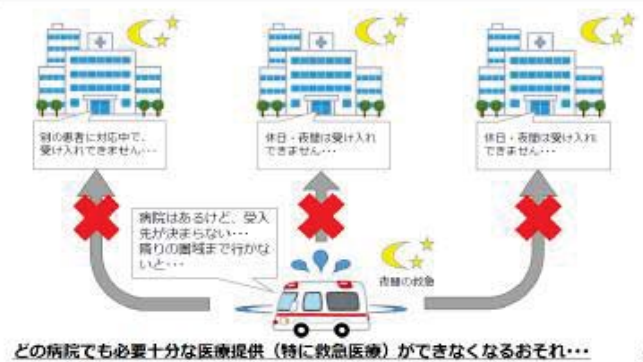
- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



今から手を打たないと...

補足1-8

- 人的資源（医師等）の分散により、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ（※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません）



資料出所：「持続可能で質の高い医療を提供し続けるための新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性」（令和3年4月）新潟県保健福祉部資料

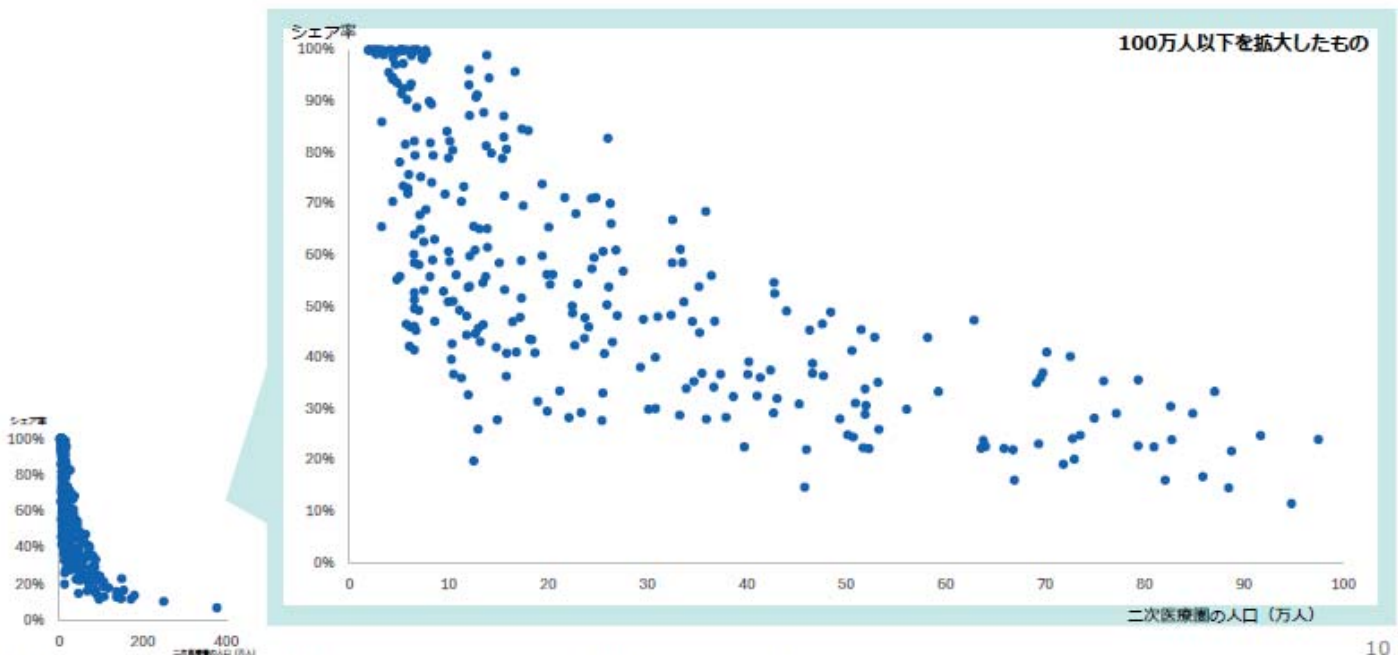
<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

35

二次医療圏内の手術のシェアについて

- 二次医療圏において、全身麻酔手術を最も多く実施する医療機関は、20万人未満の区域では90%程度のシェアを占める医療機関が一定数存在する。約30万人の区域でも約80%のシェア、約40万人の区域で約70%、約60万人の区域で50%近いシェアを占める医療機関が存在する。

各二次医療圏における全身麻酔手術のシェア上位1医療機関のシェア率



資料出所：令和6年度病床機能報告、総務省「住民基本台帳人口」（2024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

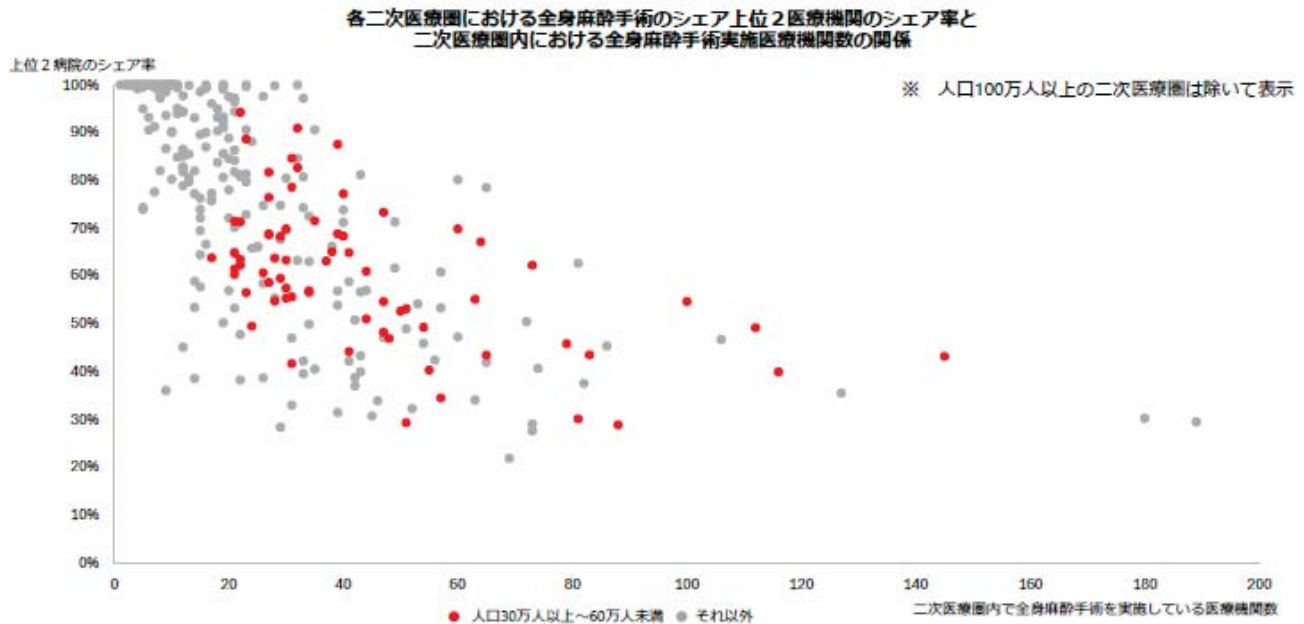
10

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

36

地方都市型における急性期拠点機能の数について

- 人口規模が30万～60万人未満の二次医療圏においては、全身麻酔手術シェアが上位2位までの医療機関で二次医療圏内の全身麻酔手術が多く実施されている。
- 上位2つの医療機関において9割程度全身麻酔手術が実施されている区域もあれば、さらに複数の医療機関において実施されているなど、提供体制として効率性に課題がある区域もみられる。



資料出所：令和6年度病床機能報告、総務省「住民基本台帳人口」（2024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

11

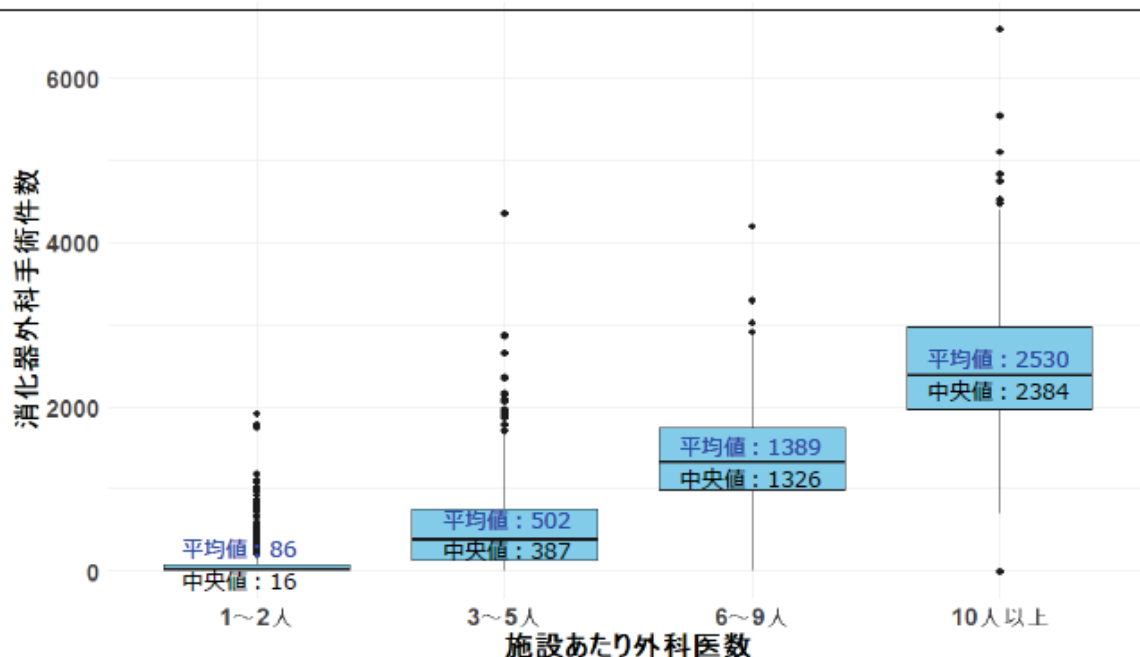
<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

37

医療機関別消化器外科医師数と消化器外科手術件数

診調組 入-1
7.7.31

- 医療機関の所属消化器外科医師数が多くなると、消化器外科手術件数※が多くなる傾向にある。
- 所属消化器外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。



※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師
※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

出典：令和6年DPCデータ、令和4年医師統計

12

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

38

全身麻酔手術のための体制について

- 入院で行われている全身麻酔手術は、消化器外科や整形外科に関連した手術が多い。地域においても、均てん化して提供することが望ましい手術の提供を維持するため、特に人口が少ない地域では、確保が困難な麻酔科医や手術関連スタッフ等の医療資源を効率的に活用するため、手術を提供する医療機関は複数の診療科、一定の症例数に対応することが重要となる。

全身麻酔手術（入院）の件数上位20



資料出所：2023年DPCデータ *輸血管理科、術中術後自己血回収術、人工心肺（初日）は除いて提示。

13

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

39

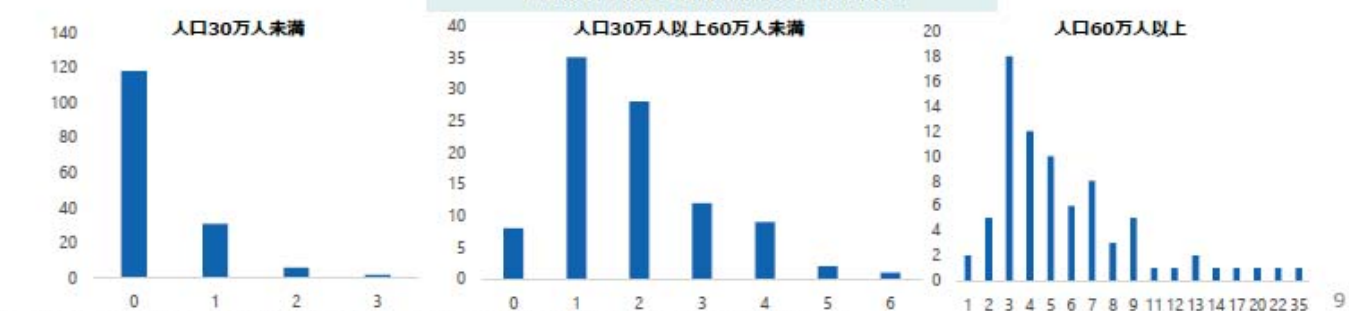
急性期医療を担う医療機関の数について

- 急性期医療を担っている医療機関の数を二次医療圏の人口別にみると、人口規模が30万人未満の区域では1つ確保できている区域が一定数ある。また、人口規模が30万人から60万人未満の区域では概ね1～2つ程度確保できている。こうした実態を踏まえながら、急性期拠点機能の医療機関を確保することが考えられる。

救急車2000台/年以上の医療機関数



全身麻酔手術2000件/年以上の医療機関数



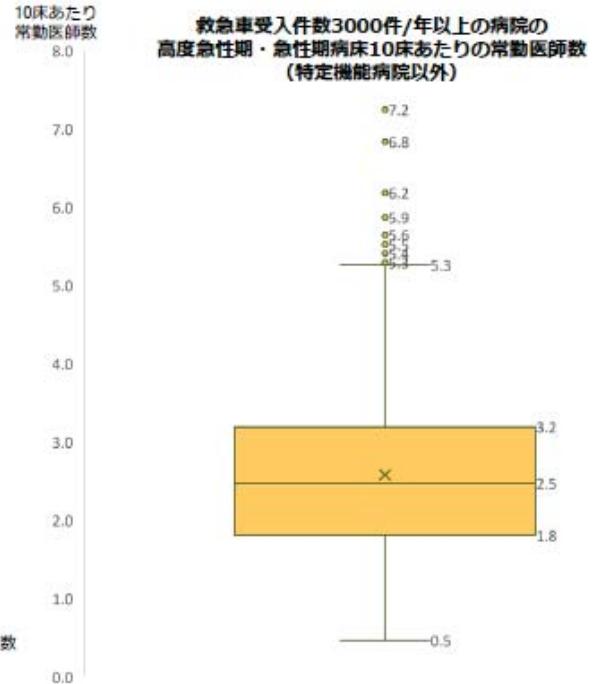
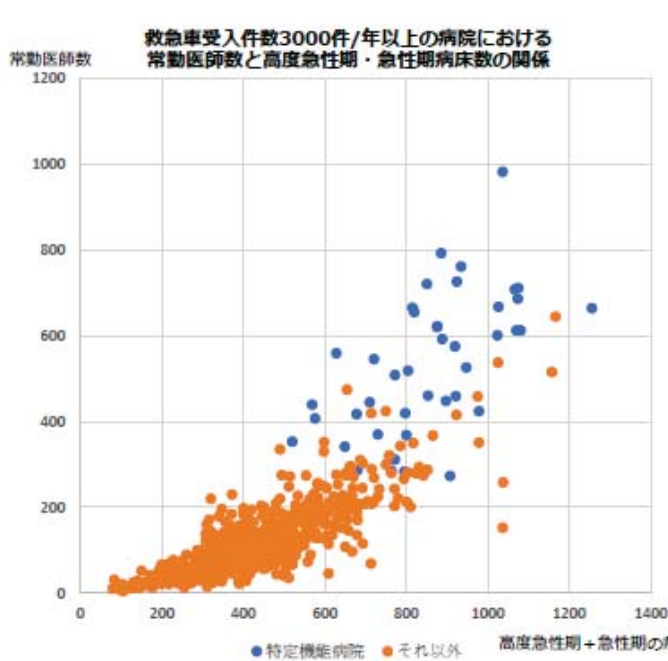
資料出所：令和6年度病床機能報告、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

40

急性期医療を担う医療機関の医師数について

- 救急車受入件数3,000件/年以上の医療機関において、高度急性期・急性期病床数と常勤医師数は相関する。一定以上の規模を有する急性期拠点機能の確保にあたっては、医師数の確保も必要。



* 常勤医師数0人の報告を除いて集計

資料出所: 令和6年度病床機能報告、総務省「住民基本台帳人口」(2024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

16

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

41

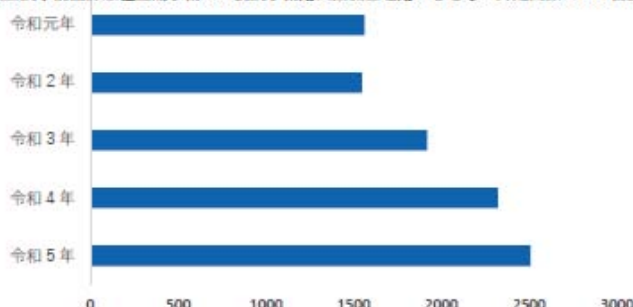
急性期医療において必要な機器の確保について①

- 手術用支援機器は、患者の合併症減少等に寄与するものであるところ、近年、適用となる疾患が増加し、多くの患者に利益をもたらしている。また、医師の技能維持のために必須とされることから、医師の確保のため当該支援機器の確保が医療機関毎に求められる場合があるとの指摘がある。
- 二次医療圏毎の台数や有している医療機関数を見ると、**区域によって差が大きい**。導入及び維持に一定の症例数が必要であるところ、人口の規模に比べて区域内で多くの台数が配置されている場合があり、**必ずしも効率的ではない**提供体制となっている。

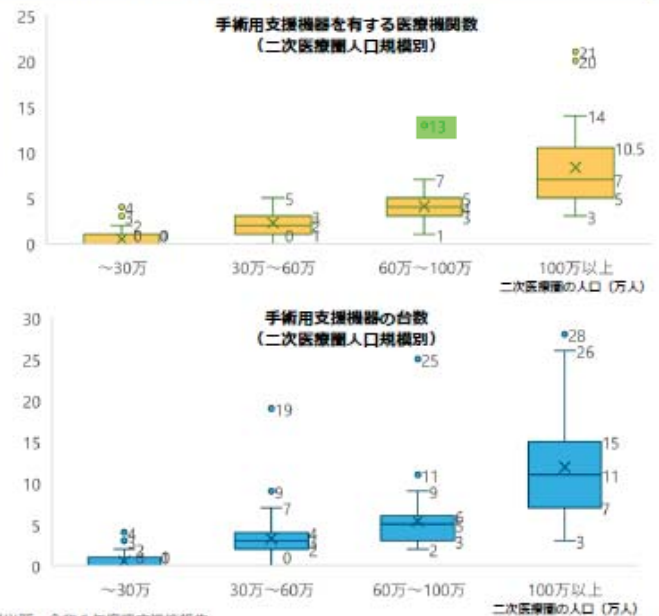
手術用支援機器については、前立腺全摘除術の手術について、腹腔鏡と比較して、出血量の減少、輸血割合の減少、開腹手術への移行割合の減少、在院日数の減少、合併症の減少など、治療効果の向上のエビデンスが示されている。

Coelho, R. F., Rocco, B., Patel, M. B., Orvieto, M. A., Chauhan, S., Ficarra, V., Melegari, S., Palmer, K. J., & Patel, V. R. (2010). Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: A critical review of outcomes reported by high-volume centers. *Journal of Endourology*, 24(12), 2003-2015.

腹腔鏡下前立腺癌性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）算定回数（6月審査分）



資料出所: 社会医療行為別統計



資料出所: 令和6年度病床機能報告

総務省「住民基本台帳人口」(2024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

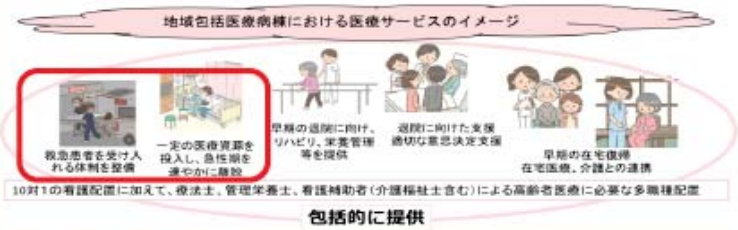
20

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

42

高齢者救急・地域急性期機能について

- 今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



85歳以上の頻度の高い傷病名（※）

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺炎	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
転子寛通骨折 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

資料出所：2023年DPCデータ

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名（※）

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

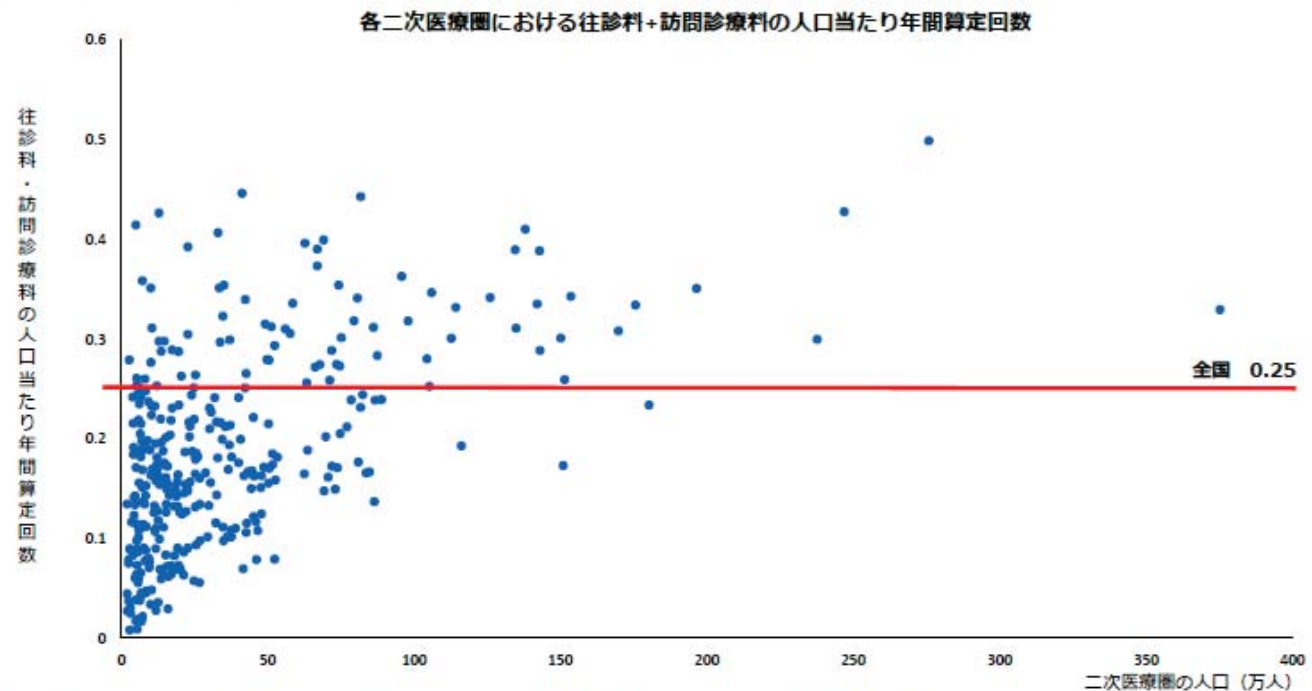
傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
食物及び吐物による肺炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸〈結腸〉のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少（症）	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子寛通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

43

在宅医療の人口当たり提供量の地域差

- 在宅医療について、人口当たりの提供量は医療圏ごとにばらつきがある。
- 特に、人口の少ない医療圏では在宅医療の人口当たりの提供量が少なく、人口の多い医療圏において人口当たりの提供量が多い。



資料出所：NDBオープンデータ（令和5年度）、総務省「住民基本台帳人口」（2024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

28

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

44

医療機関と介護保険施設の連携

- 介護保険施設において、入所者等の病状が急変した場合等に、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している等の要件を満たす協力医療機関を確保することとされており、医療機関と介護保険施設の連携が推進されている。
- 高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能においては、協力医療機関の役割を担うことが求められる。

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

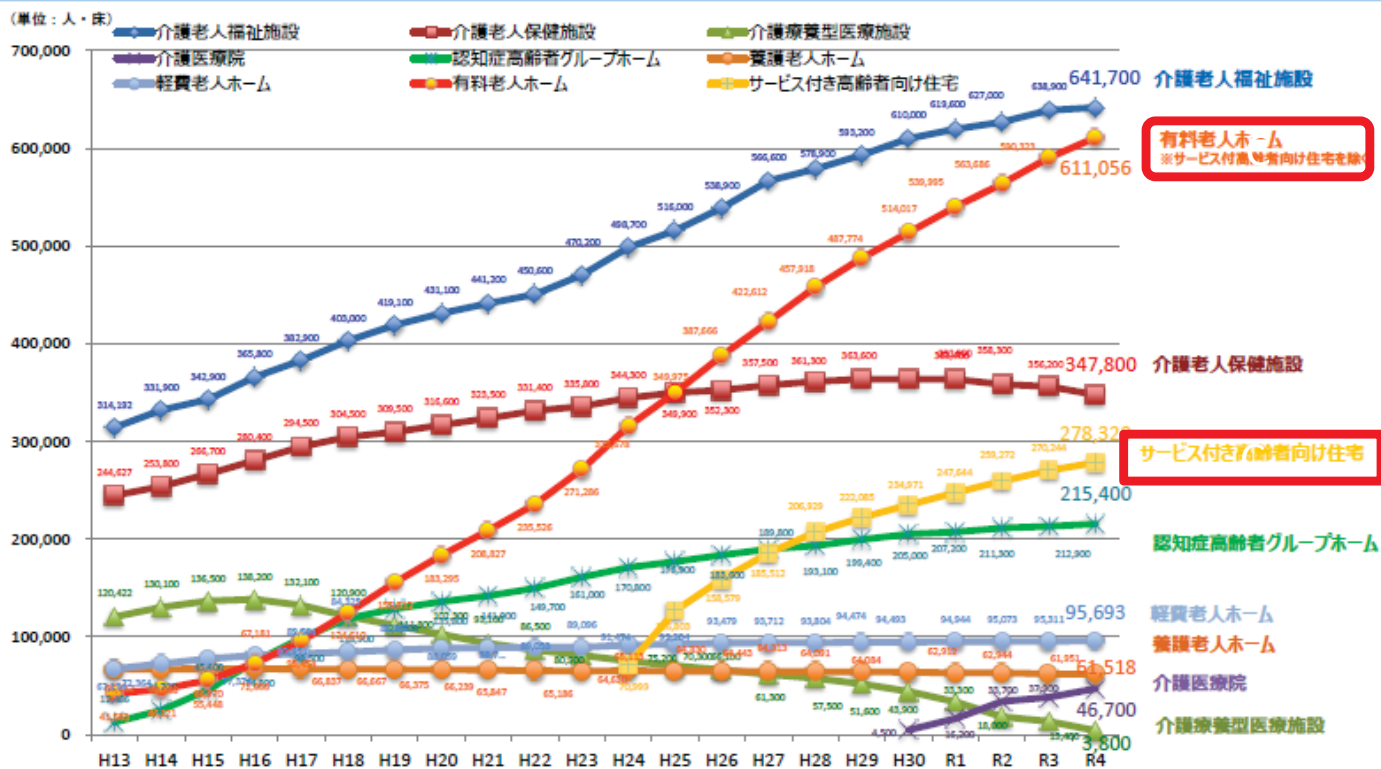
協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。	
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院	
【基準】 ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする）。＜経過措置 3年間＞ ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。 ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。 イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。 ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。	
協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
■ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。	
特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★	
【基準】 ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。 ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。 イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。 ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。	

27

＜R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋＞

45

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月調査分）【H14～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月調査分）【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。
- ※3：認知症高齢者グループホームは、H12～H16は単体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～は基本算の数値。（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）

28

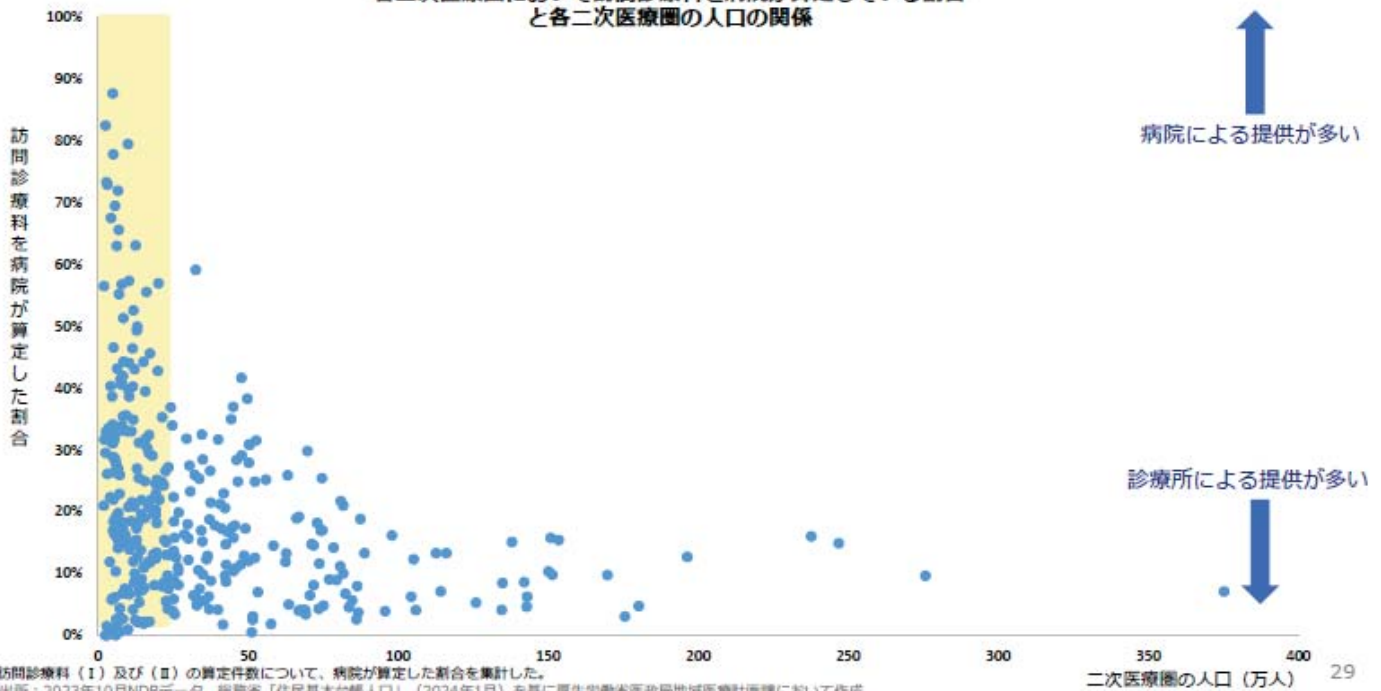
＜R9.3.30 第9回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋＞

46

訪問診療において病院が担っている役割

- 在宅医療について、特に人口の少ない二次医療圏においては、病院が一定の役割を担っており、増加する在宅医療需要を支えるために供給が足りない地域においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療を提供することも求められる。

各二次医療圏において訪問診療料を病院が算定している割合と各二次医療圏の人口の関係



※ 訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計した。
資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024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

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

47

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	- 高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

33

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

48

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） - 救急医療の提供 - 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） - 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 - 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 - 救急車受け入れ件数 - 各診療領域の全身麻酔手術件数 - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 急性期を担う病床数・稼働率 - 医療機関の集年数、設備（例：手術室、ICU）等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） - 高齢者に多い疾患の受入 - 入院早期からのリハビリテーションの提供 - 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 - 高齢者施設等との平時からの協力体制	- 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 包括期の病床数 - 地域包括ケア病床入院料や地域包括医療病床の届出状況 - 医療機関の集年数 - 高齢者施設等との連携状況 - 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） - 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 - 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） - 地域の訪問看護ステーション等の支援 - 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	- 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 - 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 - 医療機関の集年数 - 高齢者施設等との連携状況 - 等
専門等機能	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療	- 回復期リハビリテーション病床入院料・療養病床入院基本料等の届出状況 - 有床診療所の病床数・診療科 - 等

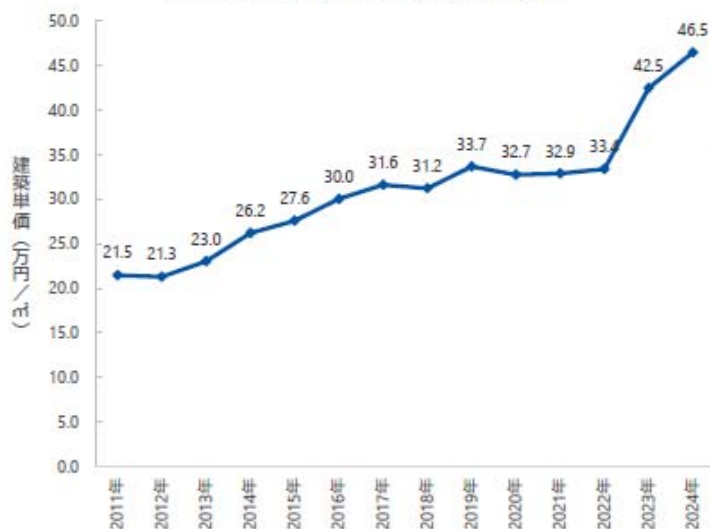
＜R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋＞

49

医療機関の建替えについて

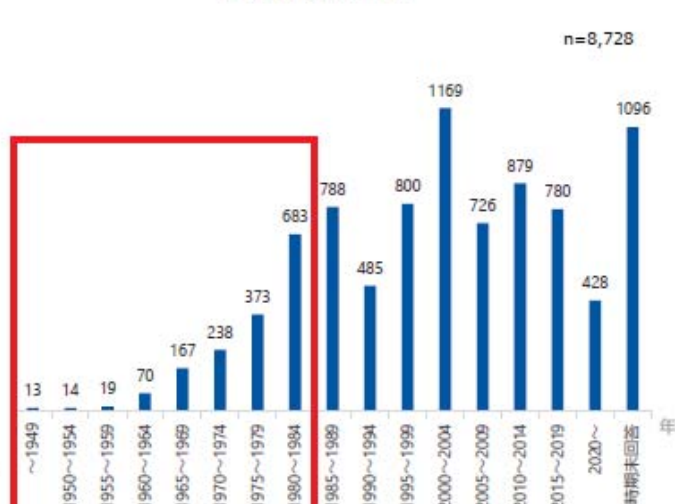
- 医療機関の経営が悪化している中、再編や統合の取組、老朽化のための建替えは必要であるが、医療機関の建築費は年々増加している。
- 現時点では約1,600病棟、約16万床分で築40年超と見込まれる。医療提供体制の確保のための協議に当たっては、建替えも含めて実現が可能か検討する必要がある。

病院・診療所の新規着工建築単価の推移



・国土交通省「建築費統計調査」に基づき作成
・建築単価は、工事費予定額÷床面積にて算出

建築時期別の病棟数



・令和6年度病床機能報告の建築時期より集計（病床数については、許可病床数を集計）。
・同一病院内の同一建築時期の病棟を1棟として計上。
・未回答の病棟数は同一病院内に複数の建築未回答の病棟がある場合も1棟として計上
※仮に未回答分の建築時期が分布通りだとすると、約1,800病棟、約19万床分の建替えが必要

22

＜R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋＞

50

第8次医療計画における医療圏の考え方

- 第8次医療計画においては、**20万人未満の二次医療圏**について、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は**区域の設定の見直し**を検討する、また、**100万人以上の二次医療圏**について、必要に応じて**区域の設定の見直し**を検討することとしている。
- 三次医療圏**については、先進的技術を必要とする医療、希少疾患に関する医療、専門性の高い救急医療等について、**一都道府県の区域を単位**として設定するが、区域が**特に広大等の場合は**、一都道府県内に**複数の三次医療圏**を設定することとしている。

「医療計画について」（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。（略）人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討すること。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。また、設定を変更しない場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。

三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。また、一般的に**三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療**としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられること。

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

59

<R6.12.3 第13回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

51

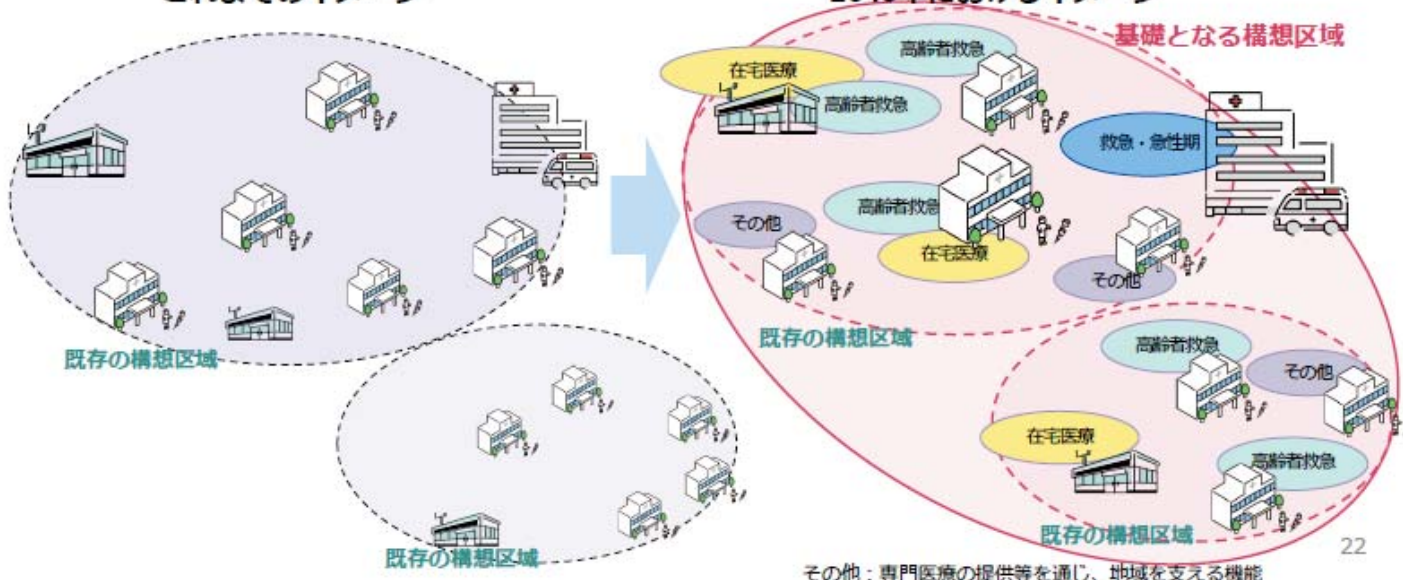
第9回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年9月30日 資料2

2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 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とともに、地域の実情に応じて、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のではないかと。
- 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【その他地域を支える機能】を発揮する。

これまでのイメージ

2040年におけるイメージ



22

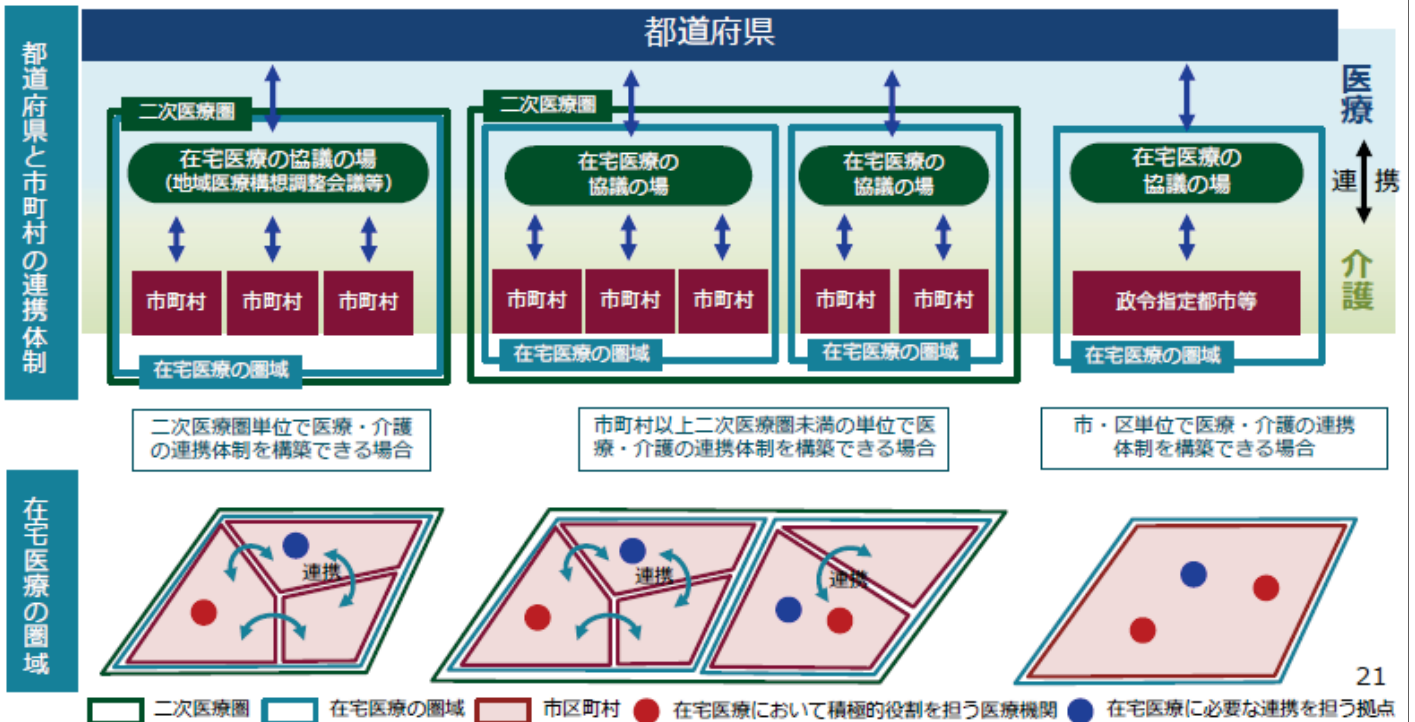
<R6.12.3 第10回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

26

52

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勘案し、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。



<R4.9.28 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 資料より抜粋>

53

2026年以降の新たな地域医療構想においてもこれまで同様に良質で効率的な地域医療・介護の仕組みを作り**社会保障のサステナビリティ**を確保することを目的としています。

2060年を目標とした新たな地域医療構想においても**在宅を中心とした医療体制を構築**する中で、必要となる病院病床は確実に**減少**していきます。

地域医療構想は**病床削減を目的としていません**がバックキャストにより推計され、確実に**減少してゆく病床**と、より多く求められる**在宅・介護連携の関係構築を時間軸に**合わせて過不足ない形で整理することに重要な役割があることを認識しなければなりません。病院に限って申し上げれば、**適切な機能を有する適正数の病床確保**を目指して、**暫時病床削減しながら地域最適医療体制を構築**するために**民間病院と公立・公的病院の特性**を徹底的に検証し有効活用することで現実的な新構想を展開することが可能になります。

病院の再編統合・病床削減は
否応なしに進捗してゆく

55

医師偏在対策

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

① 医師偏在対策の総合的な実施

- ・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- ・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

- ・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地对協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- ・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地对協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- ・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場合への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

- ・要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

- ・保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- ・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- ・派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たらないかとの意見あり
- ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- ・医師の振り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

1

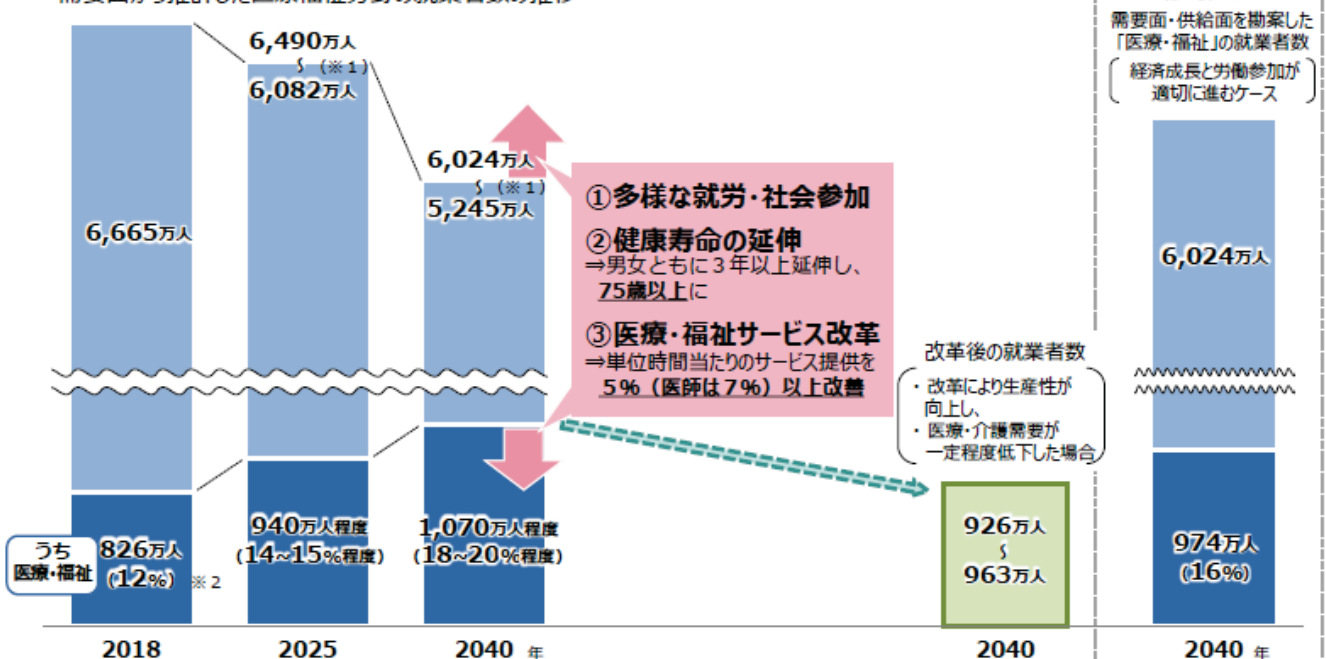
57

令和6年11月8日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○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・労働参加進捗シナリオで、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。

37

第1回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における主な意見③

医療従事者の確保に関する第1回検討会での主な意見

- ・ **医師偏在の課題**は総数の面での都道府県格差、都道府県内の少数地域、地方における若手医師の流出・減少、診療科の偏在があり、全体的な内容の把握が必要。
- ・ 都道府県看護協会が運営する**ナースセンター**では、医療提供体制の維持が難しいと考えられる**離島やへき地**などの体制構築に向けた取組を開始している。今後、都道府県と看護協会・医療機関が、地域の実情に応じて、出向・派遣等の実効性のある取組を進めていくことが、限られた人材の中での医療提供体制の維持に寄与するため、都道府県と関係団体等の連携についてガイドラインに示されることが重要。
- ・ **診療科の偏在**に対して**取組があまり見えてこない**。病気になった際に病院や医療施設が地域のどこにもないという状況を減らせるような対策が必要。
- ・ **歯科**において偏在指標の検討が遅れているが、病院における歯科機能の拡大、地域の歯科診療所の後方支援体制の構築、地域の歯科診療所と他の病院内等における医科歯科連携の構築など、**歯科医療提供体制に関する議論が開始**されており、そちらとも連携しながら、本検討会の議論を進めていただきたい。
- ・ **薬剤師確保**について「病院薬剤師の確保及び業務改革推進事業」にて、薬剤師確保、特に病院薬剤師確保に向けた対応を行うなど取組を進めている。ガイドライン策定に向けた課題の検討において、医療従事者の確保として本事業の調査結果等を活用しながら**薬剤師確保についても議論**を行っていただきたい。

36

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

59

令和7年7月4日第116回社会保障審議会医療部会資料（一部改）

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- ・ 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- ・ 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、**新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。**また、医療計画のうち、**外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。**なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、**新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。**
- ・ 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- ・ 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- ・ 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- ・ 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- ・ 外来医療計画に関する事項
- ・ その他本検討会が必要と認めた事項



その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- ・ 在宅医療に関する事項
- ・ 医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- ・ 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- ・ 救命救急センターに関する事項
- ・ 救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- ・ 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事業等への対応 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

39

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

60

医師偏在是正に向けた総合的な対策

少子高齢化が進展する中、持続可能な医療提供体制の構築に向け、地域間・診療科間の医師偏在の是正を総合的に推進する。

➢ ①医師確保計画の深化・②医師の確保・育成・③実効的な医師配置を柱として、2024年末までに総合的な対策のパッケージを策定し、これらを組み合わせた医師偏在是正に係る取組を推進する。

＜総合的な対策パッケージの骨子案＞

対策	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
①医師確保計画の深化	◆人口や医療アクセス状況等を踏まえ、都道府県における医師偏在の是正プランの策定、国における重点的な支援対象区域の選定。	「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」策定	「第8次医師確保計画(後期)」策定	「第8次医師確保計画(後期)」開始
②医師の確保・育成	◆医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大、外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、保険医制度における取扱い等の規制的手法を検討。	必要に応じて 法令改正		改正法令 施行
	◆臨床研修の広域連携型プログラムの制度化。	各医療機関でプログラム 作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
	◆中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育について、R7年度予算要求。	リカレント教育事業開始		
	◆医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討。	医師少数県の臨時定員地域枠の拡充		
③実効的な医師配置	◆地域医療介護総合確保基金等による重点的な支援区域の医療機関や処遇改善のための経済的インセンティブ、当該区域への医師派遣等を行う中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能の支援等を検討。		地域医療介護総合確保基金等 による財政措置	
	◆大学病院との連携パートナーシップについて、都道府県・大学病院にヒアリング等を行い、対応を検討。	都道府県・大学病院と 協議、パートナーシップ のプランの内容整理	「第8次医師確保計画(後期)」にプランを反映	プラン開始 62

＜R6.10.17 第10回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋＞

61

医師偏在是正に向けた 「総合的な対策パッケージ」

令和6年6月21日

「経済財政運営と改革の基本方針 2024」で

医師の偏在是正を図るため

- ・医師の養成課程での取り組み
- ・経済的インセンティブ
- ・規制的手法

を組み合わせた総合的なパッケージを令和6年中に策定

* これまでの医師の養成課程での取り組み

- 医学部入学定員に**地域枠**を設定(約900人/年)
- 臨床研修医の都道府県別**上限枠**の設定
- 専攻医採用の**シーリング**
- 地域医療対策協議会(地対協)を通じた医師派遣
- 不足地域勤務でのキャリア形成支援

63

令和2年度 医師の需給推計について

令和6年9月5日医療部会資料

令和6年9月30日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

医療従事者の需給に関する検討会
第35回 医師需給分科会
令和2年8月31日 資料1(一部改)

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

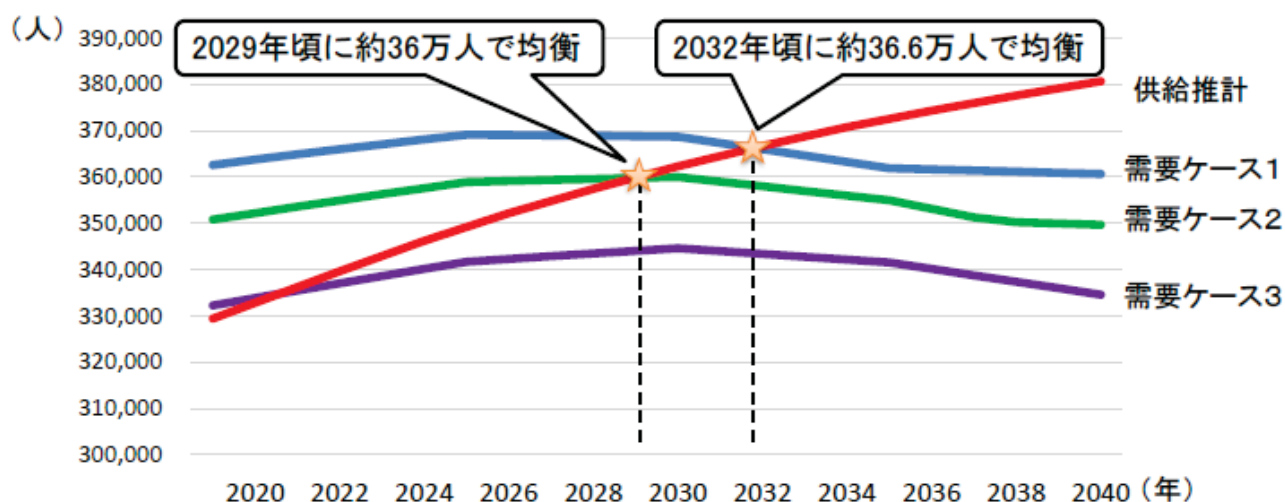
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1(労働時間を週55時間に制限等) ≒年間720時間の時間外・休日労働に相当

・ケース2(労働時間を週60時間に制限等) ≒年間960時間の時間外・休日労働に相当

・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等) ≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当



72

*現状と課題

- ・医師数30万3千人(H20)から34万3千人(R4)・・・**4万人増加/14年**
- ・地域枠等の対策で医師少数都道府県・区域の医師数は増加して偏在は縮小
- ・**シニア・中堅医師**の対応が課題
- ・偏在指標の是正(下位1/3を持ち上げる)は約6割が未達

<診療所>

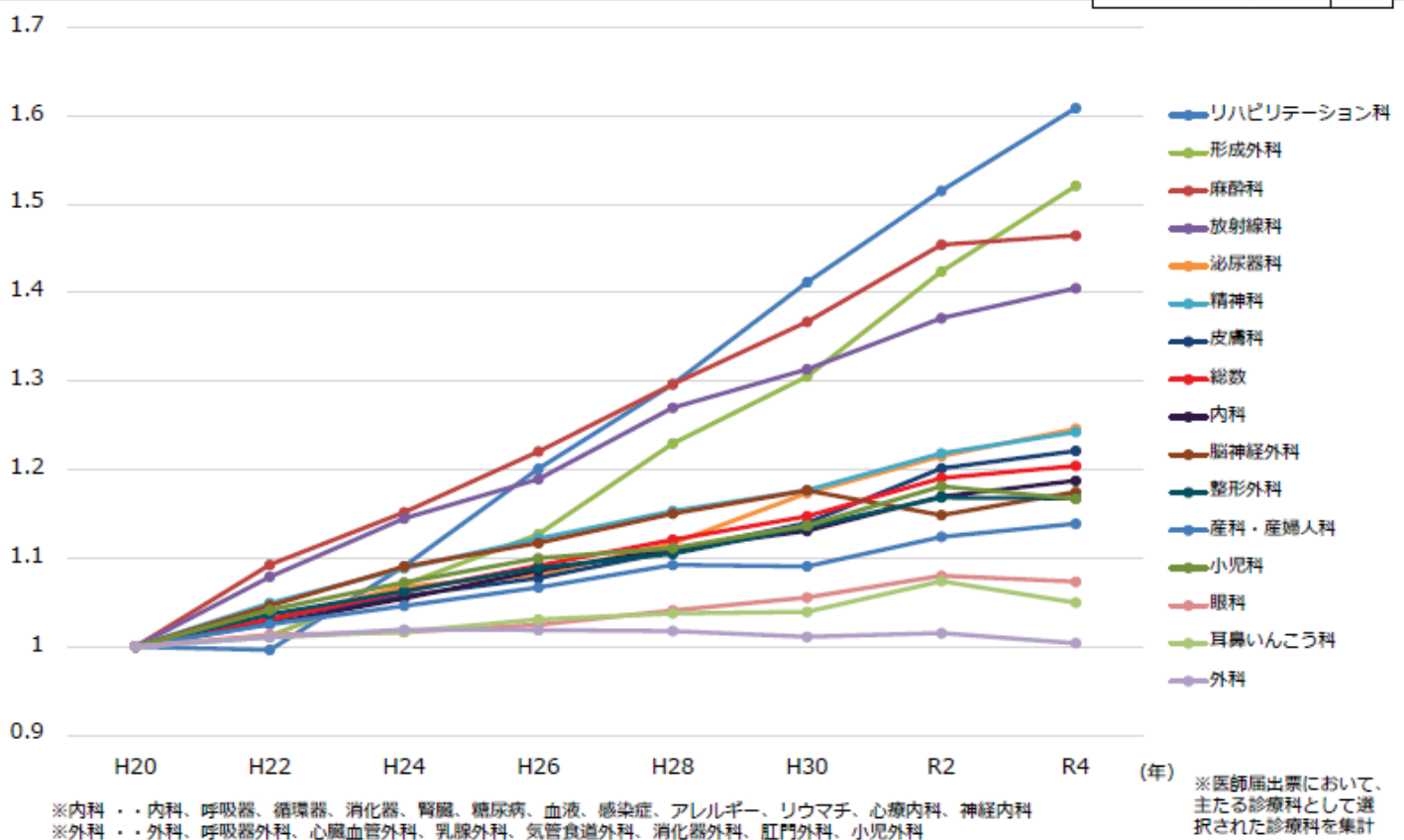
- ・2022年までの10年間で人口20万未満の二次医療圏で**診療所数は減少傾向**にあり**10万人未満の地域の約7割で減少**している。
- ・80歳引退・継承者なし・新規開業なしと仮定すれば2040年には診療所なしの市町村が170程度増加

<診療科偏在>

14年間で医師数は1.2倍、リハ科・麻酔・放科は1.2-1.4倍、外科は横ばい
美容形成外科医は急増
 労働時間1860時間超は外科・脳神経外科が高い
医療機関の機能分化・連携強化と合わせて対策強化

65

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

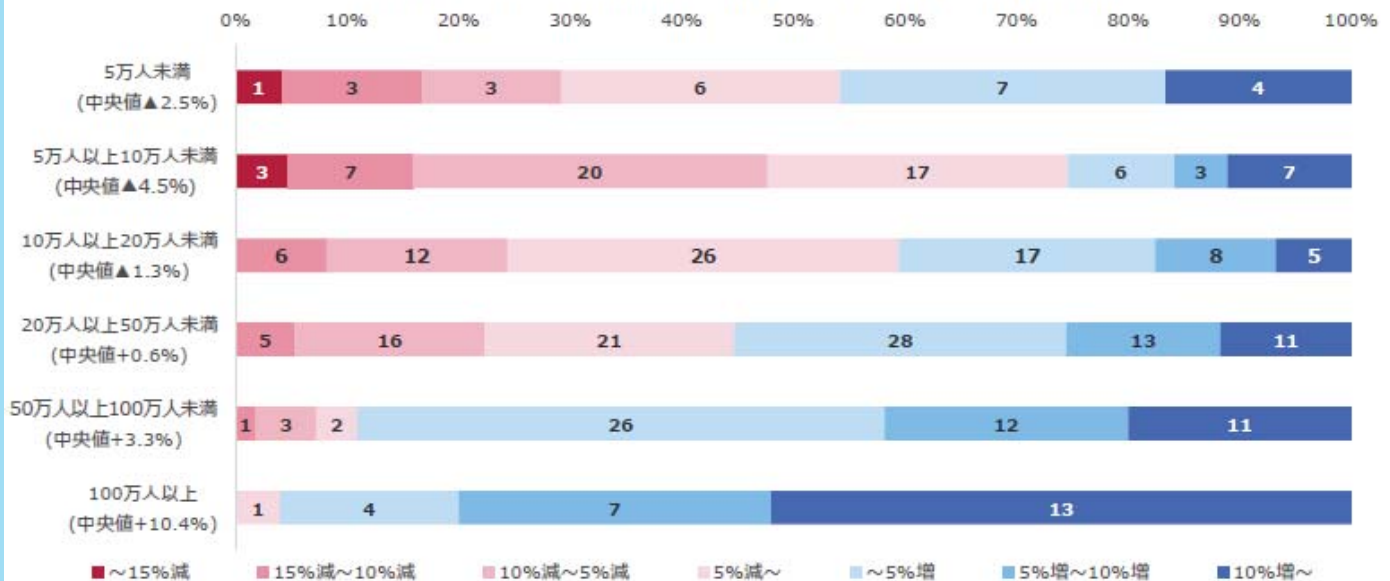


84

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。

44

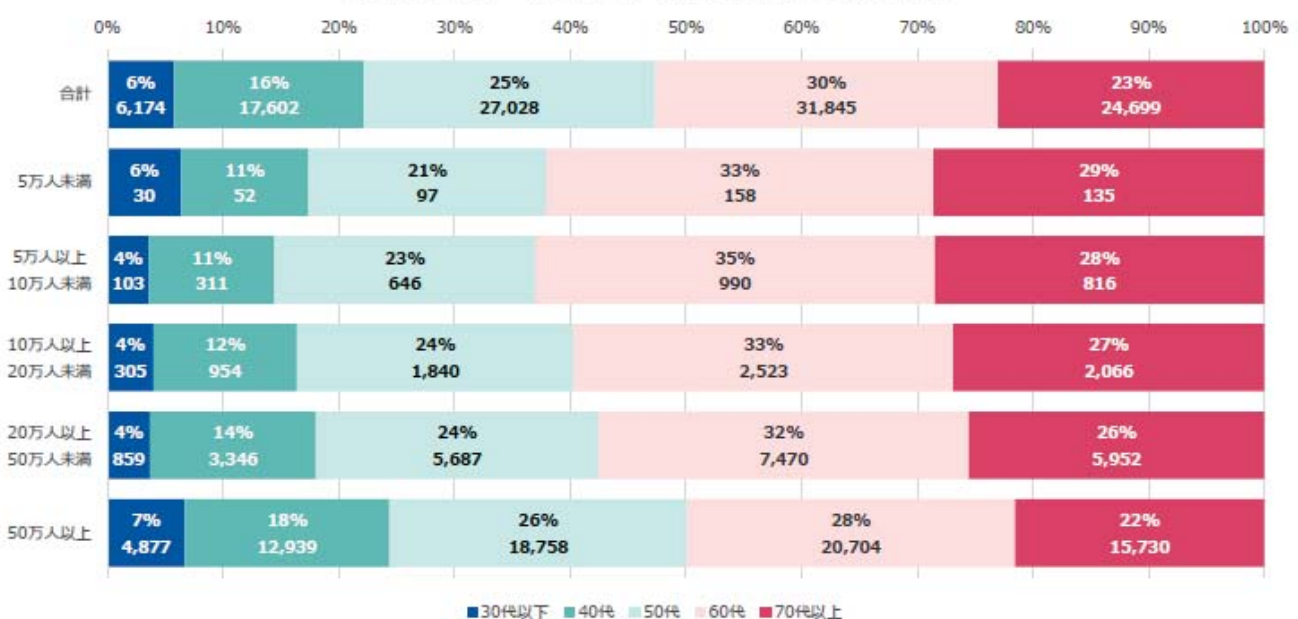
<R6.10.17 第10回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

67

人口規模別にみた診療所医師の年齢階級別の分布

診療所の医師は過半数が60代以上であり、人口20万人未満の二次医療圏では、60代以上の医師が60%以上を占める。

人口規模ごとの二次医療圏別にみた年齢階級別の診療所医師数



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）の届出届情報に基づき、厚生労働省医政局地域医療計画課において特別集計したもの。

※届出届情報を利用し独自集計したため、医師・歯科医師・薬剤師統計の公表値とは一致しない場合がある。

46

<R6.10.17 第10回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

68

市区町村における診療所数と2040年の見込み

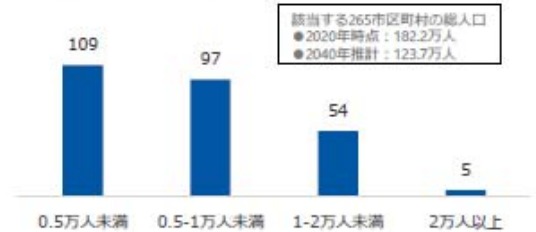
診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 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。

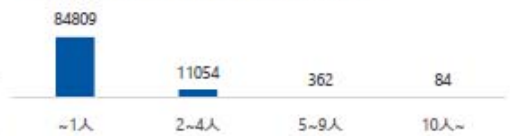
■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）



■ 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



■ (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。

<R6.10.17 第10回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

69

参考

中部地方における現在の診療所医師数と2040年の見込み

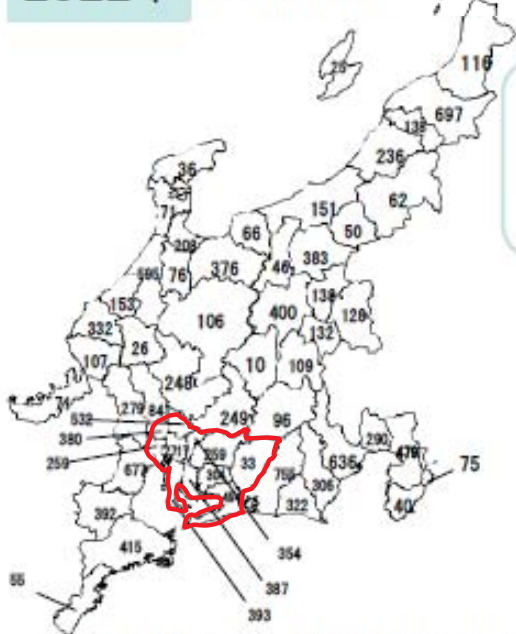
<診療所医師が80歳で引退し承継がなく、当該二次医療圏で新規開業がないと仮定した場合>

- 中部地方全体の診療所医師数については、現在から2040年にかけて、**48.4%の減少**が見込まれている。
- 中部地方の二次医療圏ごとの診療所医師数については、57の二次医療圏のうち、**38（66.7%）**の二次医療圏において、**50%以上の減少**が見込まれている。

2022年 診療所医師数 : **17,311**

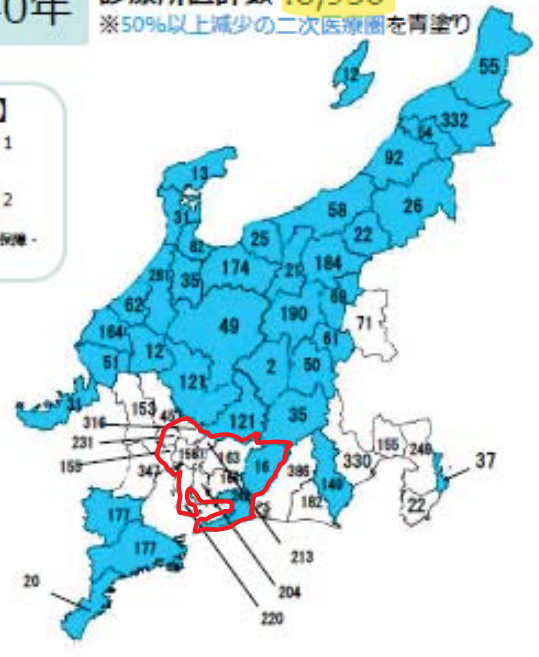
2040年 診療所医師数 : **8,938**

※50%以上減少の二次医療圏を青塗り



【中部地方の人口推移】
2020年 2,210.8万人※1
(12.8%減)
2040年 1,927.1万人※2

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）
※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）



資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）を特別集計。

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

<R6.10.20 第12回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

19

70

* 医師偏在是正の基本的考え方

- ・職業選択の自由を基本に医師確保対策に関して**総数確保**から**適切配置**にシフト

1. 総合的医師偏在対策の実施・・・

経済的インセンティブ、地域医療機関連携、医師養成課程の組み合わせで総合的対策を進める

2. **全世代の医師**に対するアプローチ推進(若手・**中堅**・**シニア**)

3. へき地保健医療対策を超えた取り組み・・・

医師偏在指数だけでなく**可住地面積当たり**の医師数・医療機関へのアクセス状況・医師高齢化の状況・今後の人口動態の変化をふまえ都道府県要支援地域の明確化

71

* 今後の具体的な取り組み

(1) 医師確保計画の実効性の確保

「**重点医師偏在対策支援地区**」

- ・へき地以外でも早急に取り組む地域「重点医師偏在対策支援地区」設定し優先的かつ重点的に対策を進める
- ・厚労省が候補区域を提示、都道府県で二次医療圏・市町村単位・地区単位で「医師偏在指数」「**可住地面積当たり医師数**」「医療機関へのアクセス」「**診療所医師の高齢化**」「今後の人口動態」等を考慮して選定
- ・「医師偏在是正プラン」の策定
「重点医師偏在対策支援地区」、対象医療機関、必要医師数、偏在是正への取り組みを**地対協**と**保険者協議会**で定める

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

- ①**管理者要件の対象医療機関の拡大**・・・公立病院・地域医療支援病院に**公的医療機関・国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構**を追加 **???**
- ・医育機関や臨床研修指定病院での指導期間を含める
- ・勤務経験期間を「6か月」から「1年以上」に延長
ライフプランに配慮し9年目を境に断続的積み上げを可能とする。

外来医師多数区域の

新規開業者制限(ペナルティ)の実効性確保

- ・「外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するGL」で
外来医師多数区域では新規開業者に対して地域に必要な機能を担う要請を
することとした

<改正の方向性>

- i) 開業6か月前に届け出
- ii) 地域の協議の場へ参加
- iii) 地域で不足している医療機能提供や医師不足地域での医療提供を要請
- iv) 要請に従わない場合、医療審議会で説明を求め勧告・公表を行う

<今般の制度改正の具体的考え方>

1. 保険医療機関の指定を6年から3年に短縮する
2. 3年後の更新時に地域貢献度を医療審議会を確認する
3. 勧告を受けた医療機関の指定期間を3年より短くできる
4. 勧告を受けた医療機関に医療審議会や外来医療の協議の場への参加を
求める
5. 要請・勧告を受けたことを都道府県ホームページ等で医療機関名等を公表
6. 診療報酬上の対応や補助金の不交付等の対応も考慮

73

(3) 地域偏在対策における経済的インセンティブ

- ・令和8年から「重点医師偏在対策支援地区」における「医師偏
在是正プラン」に基づく経済的インセンティブを本格実施
- ・具体的には「重点医師偏在対策支援地区」において
 - i) 承継・開業する診療所の施設整備・設備整備・定着支援
 - ii) 一定の医療機関に対して派遣・従事する医師の手当増額・
代替医師の生活環境改善支援
 - iii) 派遣元医療機関に対する支援

<財源に対する意見>

- ・「保険あってサービスなし」を避けるため医師手当の
増額の支援においては当該地域の患者負担の過度の増加を
避けるため診療報酬での対応でなく広く保険者からの負担を
求める
- ・医師偏在対策に保険者の負担を求めることは合理性に欠ける

(4)全国的マッチング機能の支援

- 総合的な診療能力の養成のために
中堅・シニア世代の医師を対象としてリカレント教育や
現場体験をおこない医師不足地域の医療機関との
マッチングを行う

(5)リカレント教育の支援

- 総合的な診療能力の養成のために学会や病院団体が
実践的な診療の場の提供・知識・スキルの研修を
全国推進事業として一体的に実施するリカレント教育
事業を支援

75

診療所の偏在是正のための地域別単価の導入について 資料Ⅳ－2－30

○「改革工程」において、医師の地域間、診療科間、病院、診療所間の偏在是正に向けた、経済的インセンティブについても検討課題となっている。診療報酬の仕組みは、報酬点数×1点あたり単価（10円）となっているが、地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置の実施が考えられる。

◆診療報酬の仕組み

全国一律（注）		全国一律	
診療報酬点数（厚生労働大臣告示）		1点あたり 単価 10円	
（例）初診料	288点	×	＝ 医療費
再診料	73点		
調剤基本料 1	42点		

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

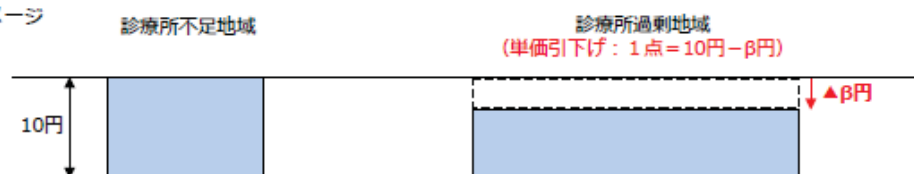
※ 1 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。

※ 2 かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

<医療費適正化> ○保健医療2035提言書（抄）（2015年6月「保健医療2035」策定懇談会） 「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」	<医療機関の医療収入の安定> ○財政制度等審議会建議（抄）（2021年5月） 「新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまで法律の改正を伴うことのない取扱いとして度々行われてきた災害時の「概算払い」を参考とし、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。」 ※前年同月ないし前々年同月水準からの減収額当額の支払い部分について実際に実行された診療行為への対価性を欠く点については、たとえば前年同月ないし前々年同月比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。
---	---

◆診療所の偏在是正のための当面の措置のイメージ

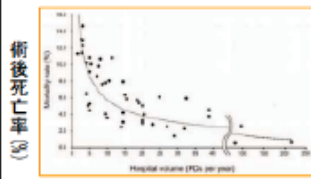


【改革の方向性】（案）

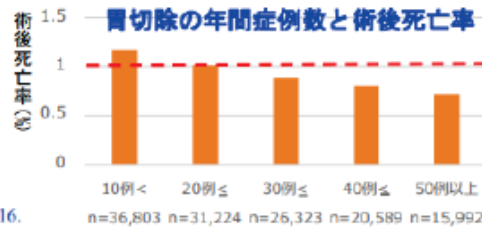
○報酬点数×1点あたり単価（10円）となっている診療報酬の仕組みについて、診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる1点あたり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要がある。当面の措置として、診療所過剰地域における1点あたり単価（10円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる。

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.

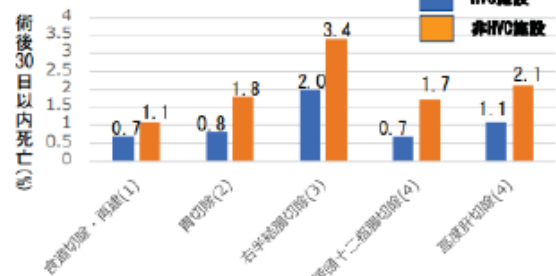


超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。
厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医
産に及ぼす影響の評価研究
(藤原俊雄ら、2020)

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. (3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(2) Kakoji Y, NCD data. (4) Miao 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。

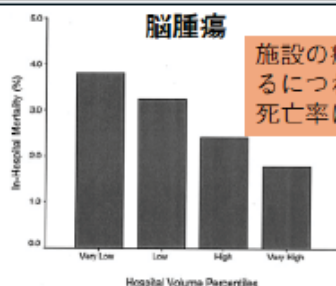
13

61

<R6.11.20 第12回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

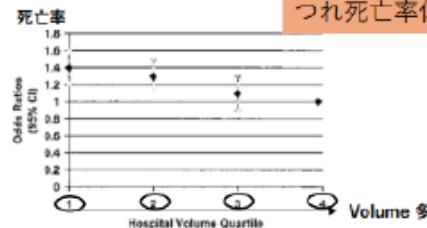
77

日本脳神経外科学会提出資料



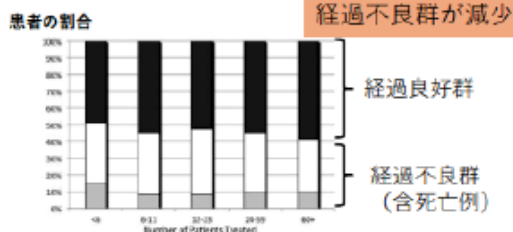
Cowan JA Jr, et al. The impact of provider volume on mortality after intracranial tumor resection. Neurosurgery. 2003 52(1):48-53

くも膜下出血 症例数が増えるにつれ死亡率低下



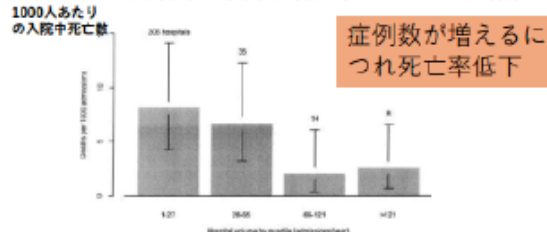
Cross DT 3rd, et al. Mortality rates after subarachnoid hemorrhage: variations according to hospital case volume in 18 states. J Neurosurg. 2003 99(5):810-7

頭部外傷



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

小児神経外科手術 (シャント手術)



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

21

62

<R6.11.20 第12回 新たな地域医療構想等に関する検討会 資料より抜粋>

78

○ 例えば、ドイツやフランスは日本と同様に公的医療保険制度をとる中で、診療科別、地域別の定員を設ける仕組みをとっている。

◆ドイツの医師偏在対策

- 開業には医師免許に加え、卒後研修を修了し、保険医としての許可が必要
- 許可は、保険医の種類毎・地域毎の供給水準を定める需要計画で調整

需要計画策定指針

※連邦共同委員会（連邦保険医協会、ドイツ病院協会、疾病金庫中央連合会等）が制定。

- 「一般的需要に適合した供給水準」として、医師 1 人当たりの住民数（一般比率）を規定
- 一般比率は、14種類の保険医（麻酔科医、眼科医、外科医、内科医など）について、人口密度などに応じた10種類の地域タイプ（人口稠密地域の中核都市、農村地域の人口が密な郡など）毎に規定

需要計画（Bedarfsplan）

※州の保険医協会が疾病金庫州連合会等の合意を得て策定。

- 州内の市や郡に対応した計画区域を設定し、需要計画策定指針の地域タイプに分類して、各計画区域における保険医の種類毎の一般比率を設定
- 2012年以降は州レベルの裁量の余地が拡大。策定指針とは異なる計画区域の範囲（専門医はより広い範囲を計画区域とするなど）や一般比率（高齢化が進んだ地域では医師の比率を高くするなど）の設定も可能

（保険医の種類ごとに）

- ・ 供給水準が一般比率の110%超：過剰供給 → 許可制限
- ・ 供給水準が一般比率の家庭医は75%未満、専門医は50%未満：過少供給

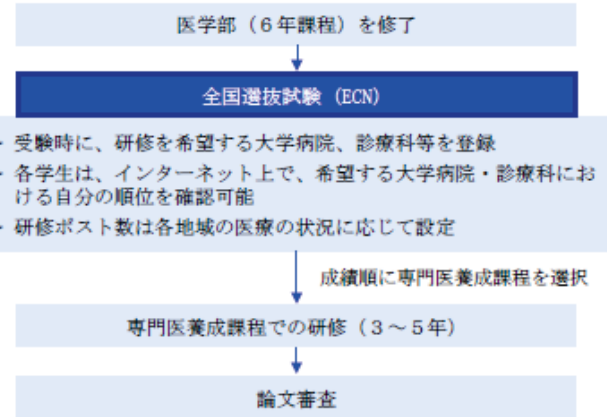
（出所）健康保険組合連合会「健康連海外医療保障」、「先進諸国におけるかかりつけ制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」（2015（平成27）年度厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）報告書）、「医療制度改革ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆」（2015年）を基に作成。

【改革の方向性】（案）

- 地域別診療報酬体系の導入とあわせ、医師過剰地域における新規開業規制の導入について諸外国の例も参考に検討すべき。

◆フランスの専門医養成課程

- 専門医として医療行為を行うためには、専門医養成課程の修了と国による認定が必要（他の診療科の診療はできない）
- 専門医養成課程は、地域毎・診療科毎に定員が設定。全国選抜試験（ECN）の成績順に、進める専門医養成課程が選択可能



医師を除く各職種における需給推計等の検討状況

- 職種ごとに需給の状況や確保のための対策が異なることから、各職種の検討会等において、需給推計や偏在指標等、実情を踏まえた検討が進められている。

	需給推計等の検討状況
歯科医師	・ 「歯科医療提供体制等に関する検討会」及び「歯科医師の適正配置に関するワーキンググループ」において、歯科医師の偏在対策を含め今後の歯科医療提供体制のあり方等について検討中 ・ 歯科医師の必要数については、「歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループ」において、今後検討予定
薬剤師	・ 2020年～2045年の需給推計を公表（2021年） ・ 薬剤師偏在指標を含む「薬剤師確保計画ガイドライン」を発出（2023年） ・ 都道府県が薬剤師偏在指標に基づく薬剤師確保計画を策定（2023年度）し、計画に基づく偏在対策を開始（2024年度～） ・ 「病院薬剤師の確保及び業務改革推進事業」において、病院薬剤師の確保に係る医療計画への記載事項等を調査（2025年度）
看護職員	・ 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」において、2025年の需給推計を含む、とりまとめを公表（2019年） ・ 2025年以降の需給推計については、新たな地域医療構想を踏まえた上で検討予定
その他	・ 「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士分科会」において、2040年の需給推計を含む、理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性を公表（2019年）

医療従事者の確保について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療従事者の確保も対象としており、在宅医療における訪問看護の提供、医歯薬連携など、医師以外の医療従事者の確保も、医療提供体制の確保に向けては重要であることから、医療計画に記載した上で、将来の医療提供体制の確保に向けたそれらの重要性について、昨年度のとりまとめにおいても記載したところ。
- 医師の偏在・確保対策については、本検討会や「医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」において議論が行われており、医師確保計画等に今後反映することとしている。
- その他の医療従事者についても、それぞれ偏在に関する課題や人材確保に向けて検討されており、第8次医療計画にも反映してきた。
- 生産年齢人口が減少し医療介護の担い手の確保がますます厳しくなっていく中で、医療従事者について、タスクシフト・シェアの更なる推進、DX化による業務効率化や勤務環境の改善、処遇改善等を総合的に進めていくことが必要。



- ガイドラインの策定に向けては、それぞれの検討の場において、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、必要に応じて本検討会においてその議論内容を共有した上で、都道府県が地域医療構想を策定・推進する際に必要となる具体的事項については、ガイドラインへの反映を検討してはどうか。

44

<R7.8.8 第2回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料より抜粋>

81

今対応すべきこと

Key word

*「治す医療」から「治し・支える医療」

- 医療機関での入院は必要最低限に
- 施設を含めた在宅医療・介護を主体に

*「病院完結型」から「地域完結型」

- 在宅を中心に入退院を繰り返し看取りをする
「かかりつけ医機能」を中心とした医療・介護の水平連携
- アウトリーチが前提の医療機能

Key wordから当該地区を俯瞰してみたとき

目指すのは近隣医療機関との競合か協調か

競合: 勝ち残れるか

協調: 何を捨てるのか

公立・公的病院の役割の明確化が機能分化の成果を左右する

協議のためのデータベースを持っているか

- ・当該地域の人口動態や医療・介護ニーズの現状把握
人口推計・疾病別患者推計・MDC別入院患者数
施設別入院病床稼働率・平均在院日数・施設別常勤医師数
施設別救急医療状況・施設別入・退院経路

AJAPA (All Japan Areal Population –change Analyses) で将来予想
Newcarest (介護サービス提供量の推計)

SCR (年齢調整標準化レセプト出現比)

- ・自院の客観的医療機能をデータ化して明確にする
- ・近隣医療機関とのデータに基づく情報共有
- ・介護施設の実態把握
- ・人材確保の見通しはあるのか
- ・地域連携推進法人の活用

83

ご清聴ありがとうございました