

ポスト2025年のロードマップ

～働き方改革、新地域医療構想から少子化対策まで～



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約37万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所介護事業所(長瀬ケアセンター) など

■ グループ職員数750名



【2024年4月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

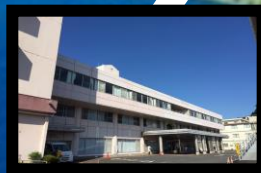
衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬
ケアセンター

浦賀

目次



- パート1
 - ポスト2025年、2040年とは
- パート2
 - ポスト2025年のロードマップ
- パート3
 - 医師の働き方改革
- パート4
 - 新たな地域医療構想
- パート5
 - かかりつけ医機能
- パート6
 - 異次元の少子化対策

パート1

ポスト2025年、2040年とは



65歳以上の高齢者の人口推移

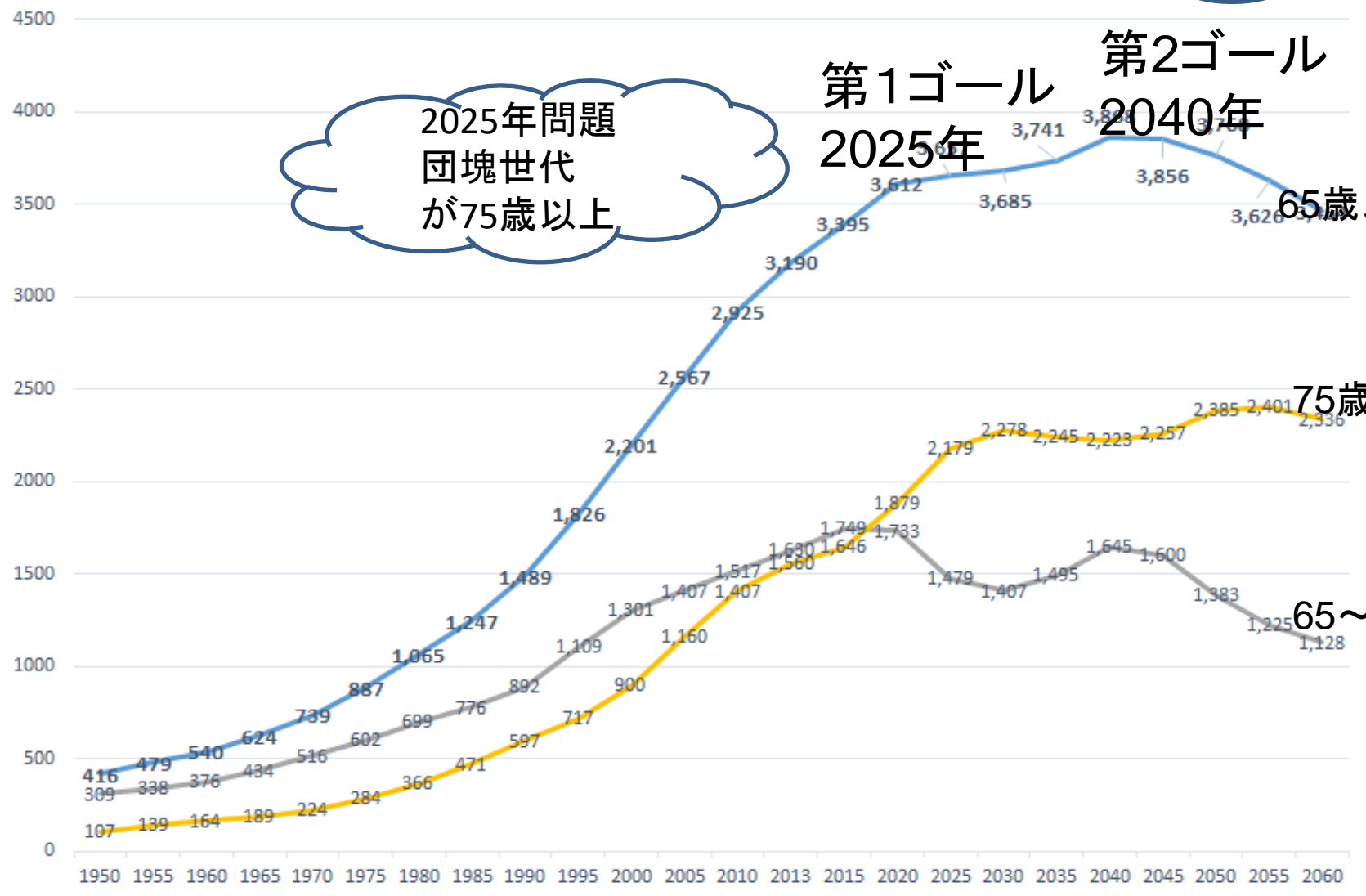
65~74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニアが
65歳以上

2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

第2ゴール
2040年

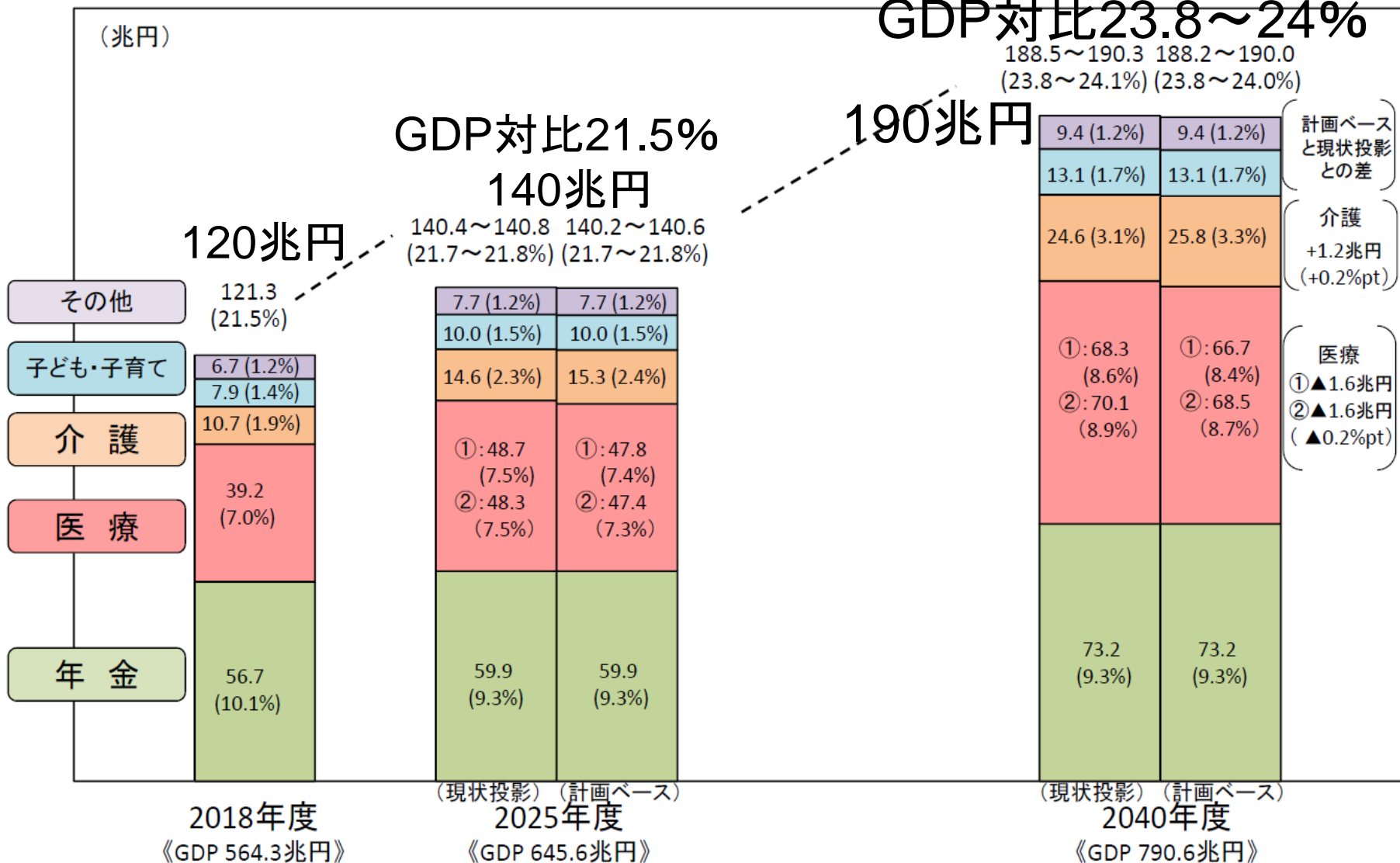


65歳以上

75歳以上

65~74歳

社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ()内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

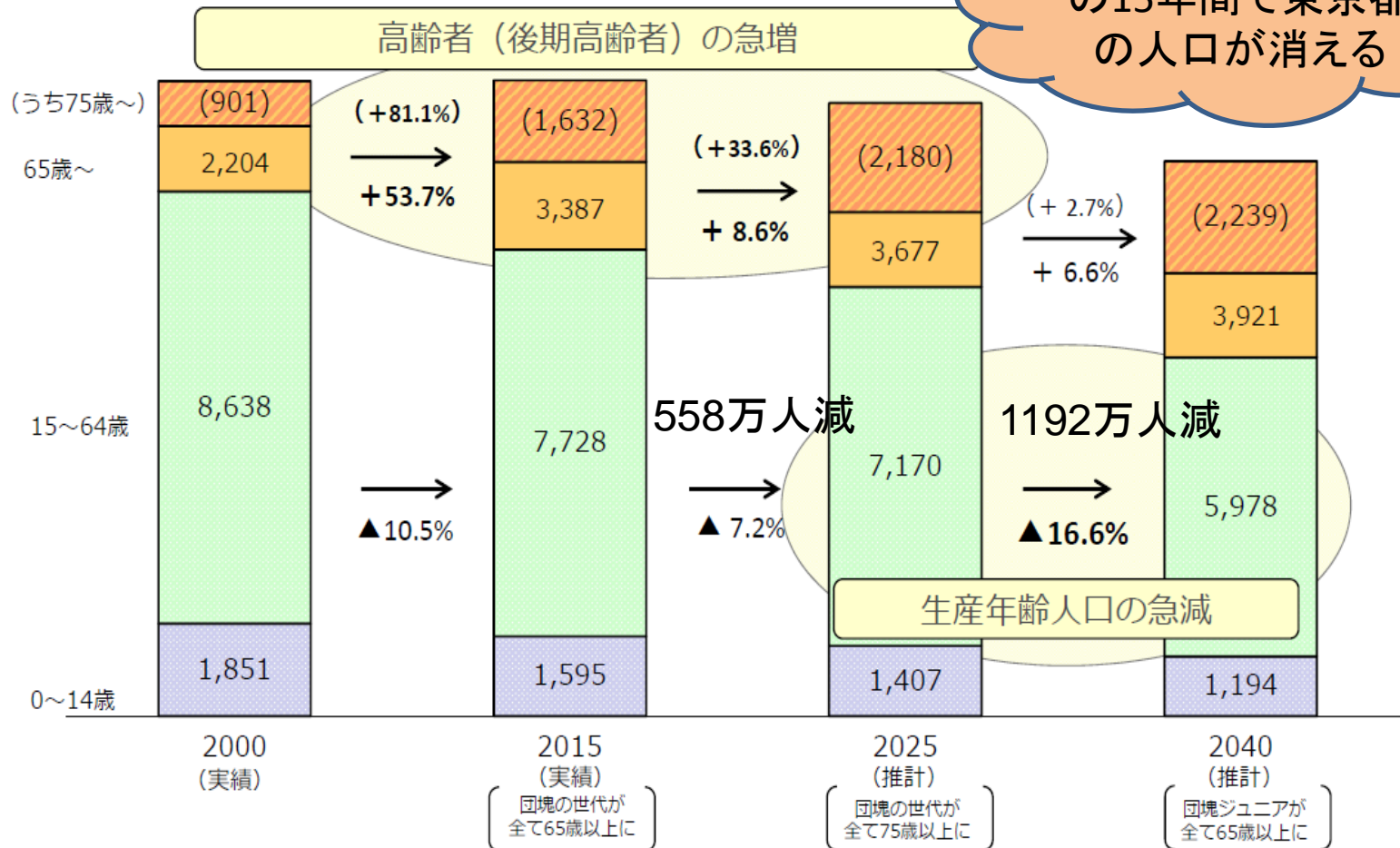
(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

2040年までの人口構造の変化

○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】

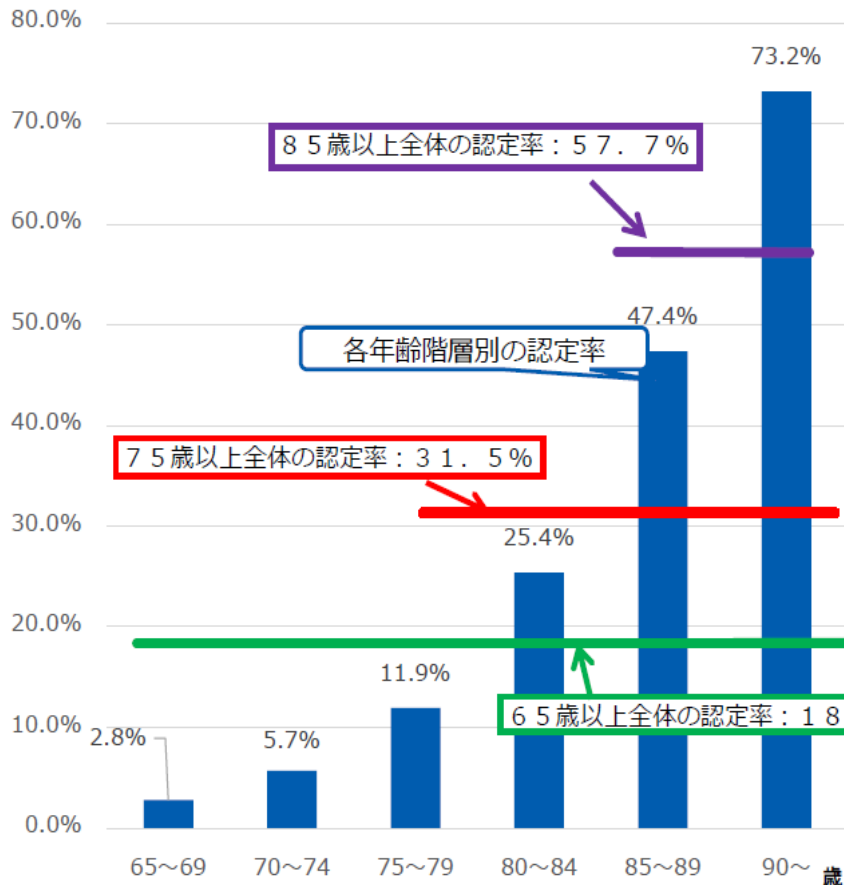
2025年から2040年の15年間で東京都の人口が消える



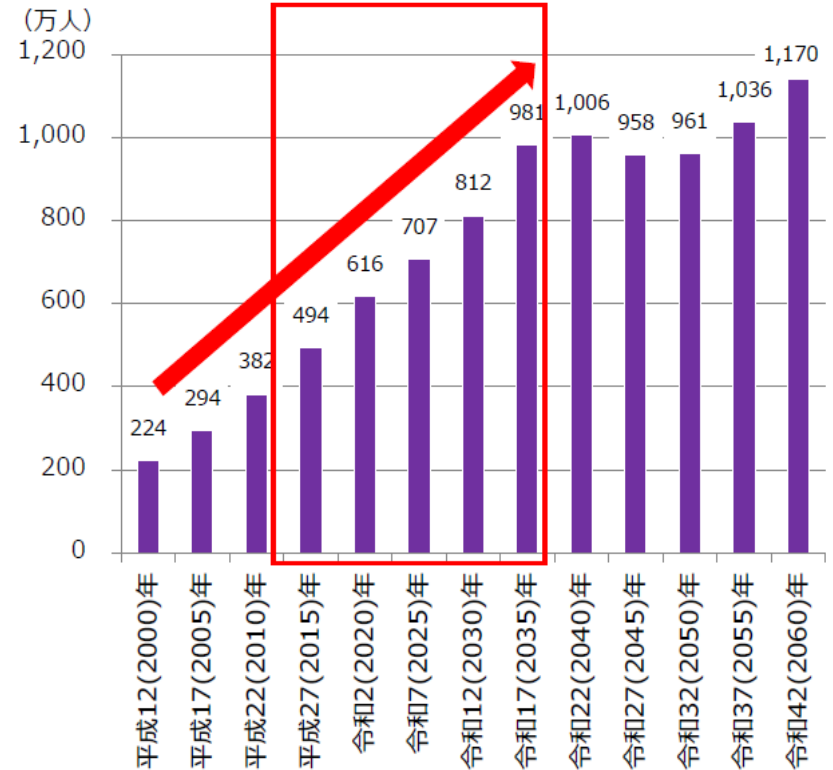
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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

ポスト2025年 急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

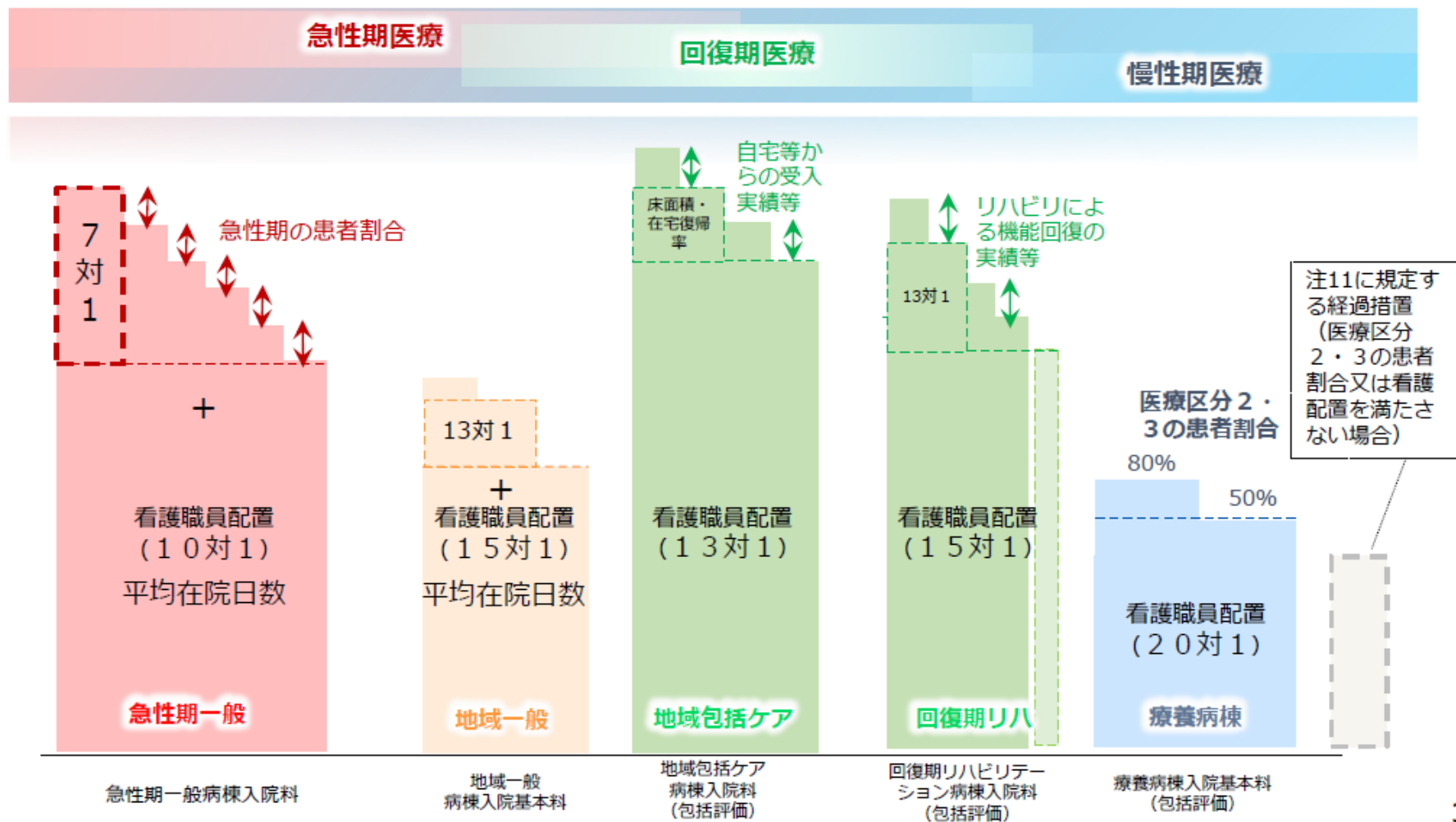


後期高齢者入院
パンデミックが起
きる。2040年まで
続く...

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

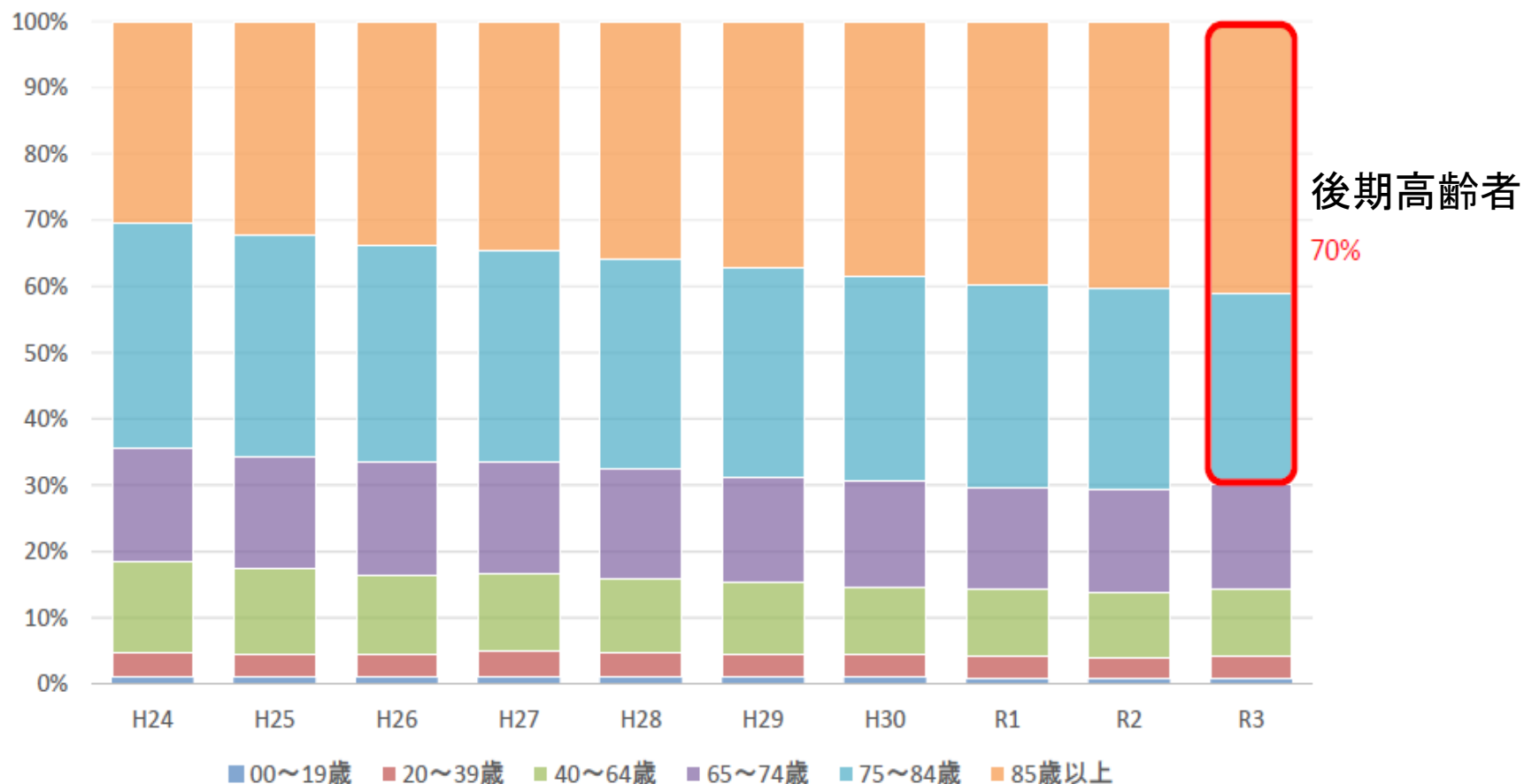
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



入院患者の年齢構成の推移③（急性期一般入院料4～7）

- 急性期一般入院料4～7を算定する入院患者のうち、75歳以上の高齢者が占める割合は年々増加しており、特に85歳以上の占める割合が増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち70%を75歳以上が占める。

■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料

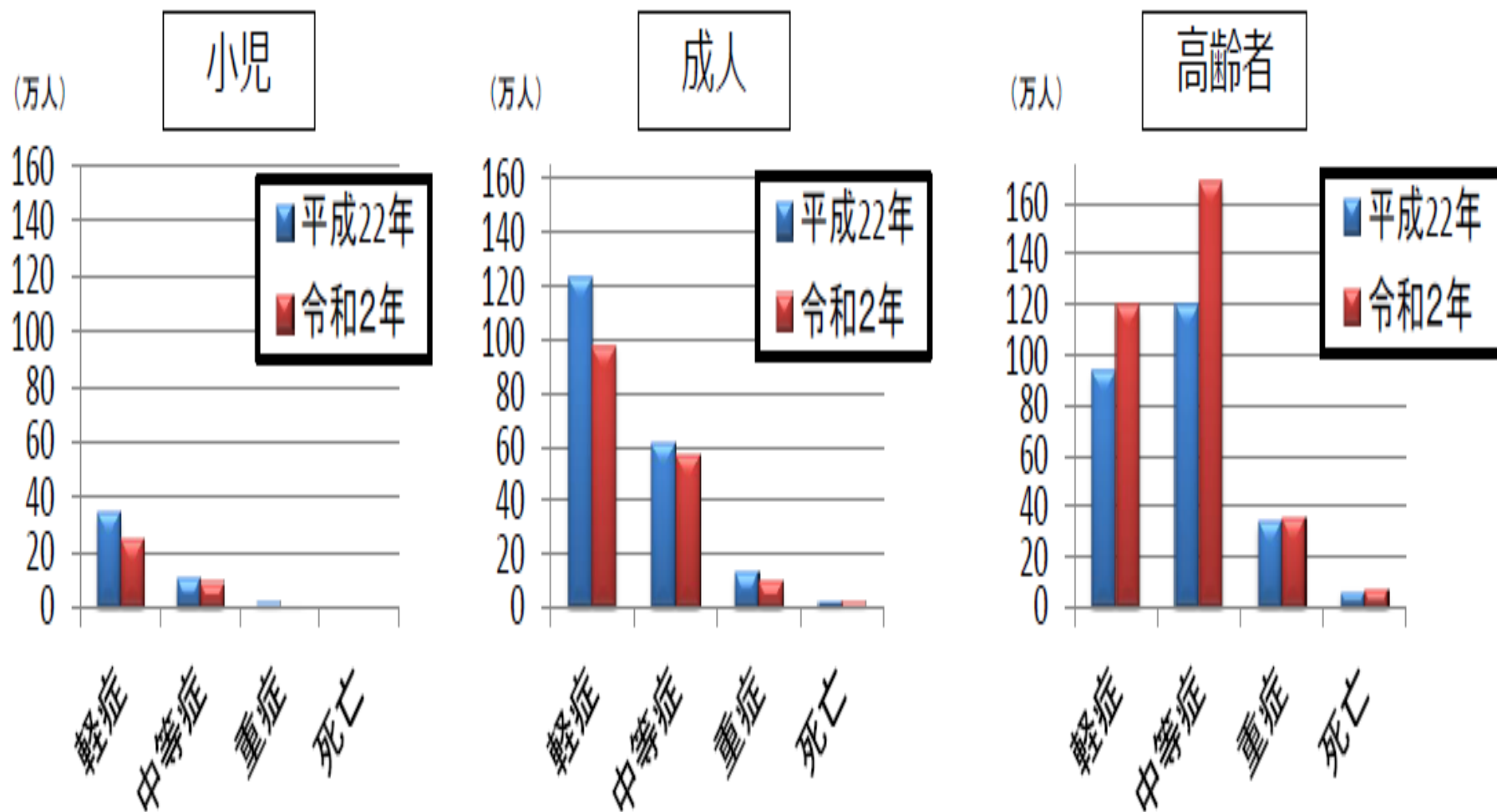


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

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



介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

| 入院料 | 症例数 | 各入院料に占める割合 | 平均年齢 | 救急車による搬送割合 | 救急入院割合 | 死亡割合 | 24時間死亡割合 | 平均在院日数 |
|-------------------|---------|------------|------|------------|--------|-------|----------|--------|
| 全入院料（入院料問わず） | 661,008 | 100% | 85.5 | 35.2% | 52.2% | 15.4% | 3.1% | 20.7 |
| 急性期一般入院基本料料1～7 | 492,744 | 75% | 85.8 | 36.3% | 56.4% | 13.1% | 2.6% | 18.8 |
| 急性期一般入院基本料1（再掲） | 291,957 | 44% | 85.3 | 45.2% | 65.1% | 12.2% | 2.9% | 18.1 |
| 急性期一般入院基本料2～7（再掲） | 200,787 | 30% | 86.5 | 23.4% | 43.8% | 14.3% | 2.3% | 19.9 |
| 特定機能病院入院基本料（一般病棟） | 7,332 | 1% | 78.9 | 0.4 | 0.4 | 0.1 | 0.0 | 15.4 |
| 地域一般入院料1～3 | 27,840 | 4% | 86.4 | 12.8% | 24.5% | 18.1% | 1.5% | 23.0 |
| 地域包括ケア病棟入院料1～4 | 48,313 | 7% | 86.8 | 10.0% | 12.2% | 19.4% | 1.0% | 29.6 |
| 療養病棟入院基本料 | 12,052 | 2% | 87.3 | 2.6% | 7.9% | 41.7% | 2.2% | 42.3 |

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

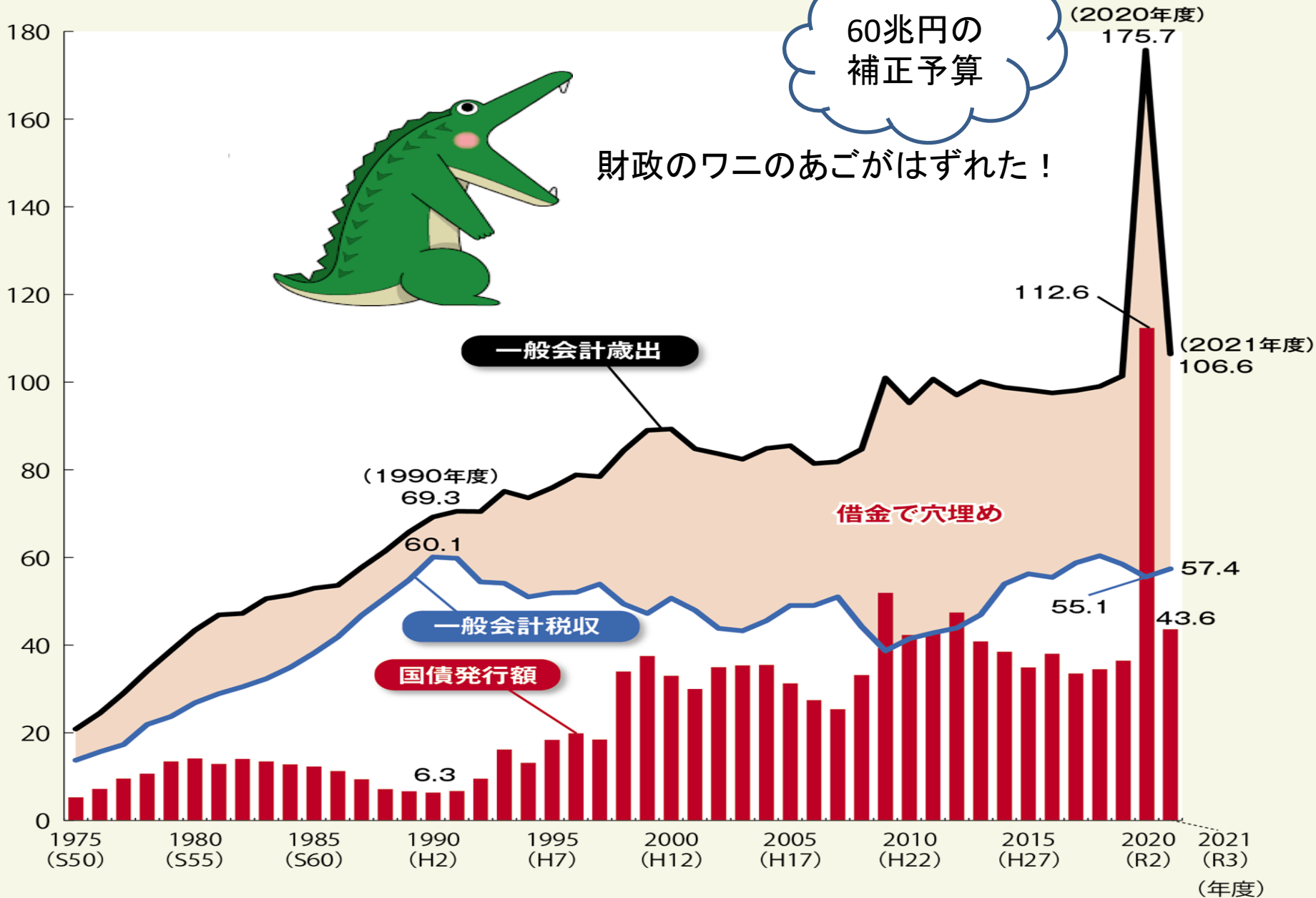
| NO | ICD10 | 傷病名 | 件数 | 割合 (%) | NO | ICD10 | 傷病名 | 件数 | 割合 (%) |
|----|-------|-----------------------|---------|--------|----|-------|----------------------------|-------|--------|
| | | 全入院 | 492,744 | 100% | 26 | I469 | 心停止, 詳細不明 | 2,706 | 0.5% |
| 1 | J690 | 食物及び吐物による肺臓炎 | 70,192 | 14.2% | 27 | I639 | 脳梗塞, 詳細不明 | 2,599 | 0.5% |
| 2 | N390 | 尿路感染症, 部位不明 | 25,010 | 5.1% | 28 | S0650 | 外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの | 2,486 | 0.5% |
| 3 | I500 | うっ血性心不全 | 22,448 | 4.6% | 29 | K573 | 穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患 | 2,447 | 0.5% |
| 4 | J189 | 肺炎, 詳細不明 | 22,363 | 4.5% | 30 | K562 | 軸捻(転) | 2,379 | 0.5% |
| 5 | S7210 | 転子貫通骨折 閉鎖性 | 11,754 | 3.9% | 31 | K922 | 胃腸出血, 詳細不明 | 2,157 | 0.4% |
| 6 | S7200 | 大腿骨頸部骨折 閉鎖性 | 11,554 | 3.5% | 32 | K565 | 閉塞を伴う腸癒着 [索条物] | 2,150 | 0.4% |
| 7 | N10 | 急性尿管管間質性腎炎 | 11,554 | 2.8% | 33 | N12 | 尿管管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの | 2,129 | 0.4% |
| 8 | U071 | 2019年新型コロナウイルス感染症 | 11,554 | 2.6% | 34 | I610 | (大脳)半球の脳内出血, 皮質下 | 2,078 | 0.4% |
| 9 | E86 | 体液量減少(症) | 11,554 | 2.1% | 35 | J90 | 胸水, 他に分類されないもの | 1,890 | 0.4% |
| 10 | J159 | 細菌性肺炎, 詳細不明 | 11,554 | 1.5% | 36 | G20 | パーキンソン<Parkinson>病 | 1,844 | 0.4% |
| 11 | I509 | 心不全, 詳細不明 | 11,554 | 1.5% | 37 | A099 | 詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎 | 1,752 | 0.4% |
| 12 | K803 | 胆管炎を伴う胆管結石 | 11,554 | 1.1% | 38 | K567 | イレウス, 詳細不明 | 1,720 | 0.3% |
| 13 | I633 | 脳動脈の血栓症による脳梗塞 | 11,554 | 1.1% | 39 | K550 | 腸の急性血行障害 | 1,684 | 0.3% |
| 14 | L031 | (四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎> | 11,554 | 0.9% | 40 | E871 | 低浸透圧及び低ナトリウム血症 | 1,667 | 0.3% |
| 15 | J180 | 気管支肺炎, 詳細不明 | 11,554 | 0.8% | 41 | A415 | その他のグラム陰性菌による敗血症 | 1,571 | 0.3% |
| 16 | K830 | 胆管炎 | 11,554 | 0.8% | 42 | K800 | 急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石 | 1,470 | 0.3% |
| 17 | A419 | 敗血症, 詳細不明 | 11,554 | 0.8% | 43 | M6259 | 筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明 | 1,458 | 0.3% |
| 18 | I634 | 脳動脈の血栓症による脳梗塞 | 11,554 | 0.8% | 44 | D65 | 播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群] | 1,415 | 0.3% |
| 19 | G408 | その他のてんかん | 11,554 | 0.8% | 45 | A499 | 細菌感染症, 詳細不明 | 1,398 | 0.3% |
| 20 | K810 | 急性胆のう<嚢>炎 | 11,554 | 0.7% | 46 | D649 | 貧血, 詳細不明 | 1,380 | 0.3% |
| 21 | S3200 | 腰椎骨折 閉鎖性 | 11,554 | 0.6% | 47 | N201 | 尿管結石 | 1,364 | 0.3% |
| 22 | I693 | 脳梗塞の続発・後遺症 | 11,554 | 0.6% | 48 | N209 | 尿路結石, 詳細不明 | 1,340 | 0.3% |
| 23 | N185 | 慢性腎臓病, ステージ5 | 11,554 | 0.6% | 49 | N178 | その他の急性腎不全 | 1,339 | 0.3% |
| 24 | K805 | 胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石 | 11,554 | 0.6% | 50 | S2200 | 胸椎骨折 閉鎖性 | 1,293 | 0.3% |
| 25 | I638 | その他の脳梗塞 | 11,554 | 0.6% | | | | | |

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

ポスト2025年 国の財政も最大ピンチ



(兆円)



(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。
(注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

財務省資料より

年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)



人口問題の
ワニの口

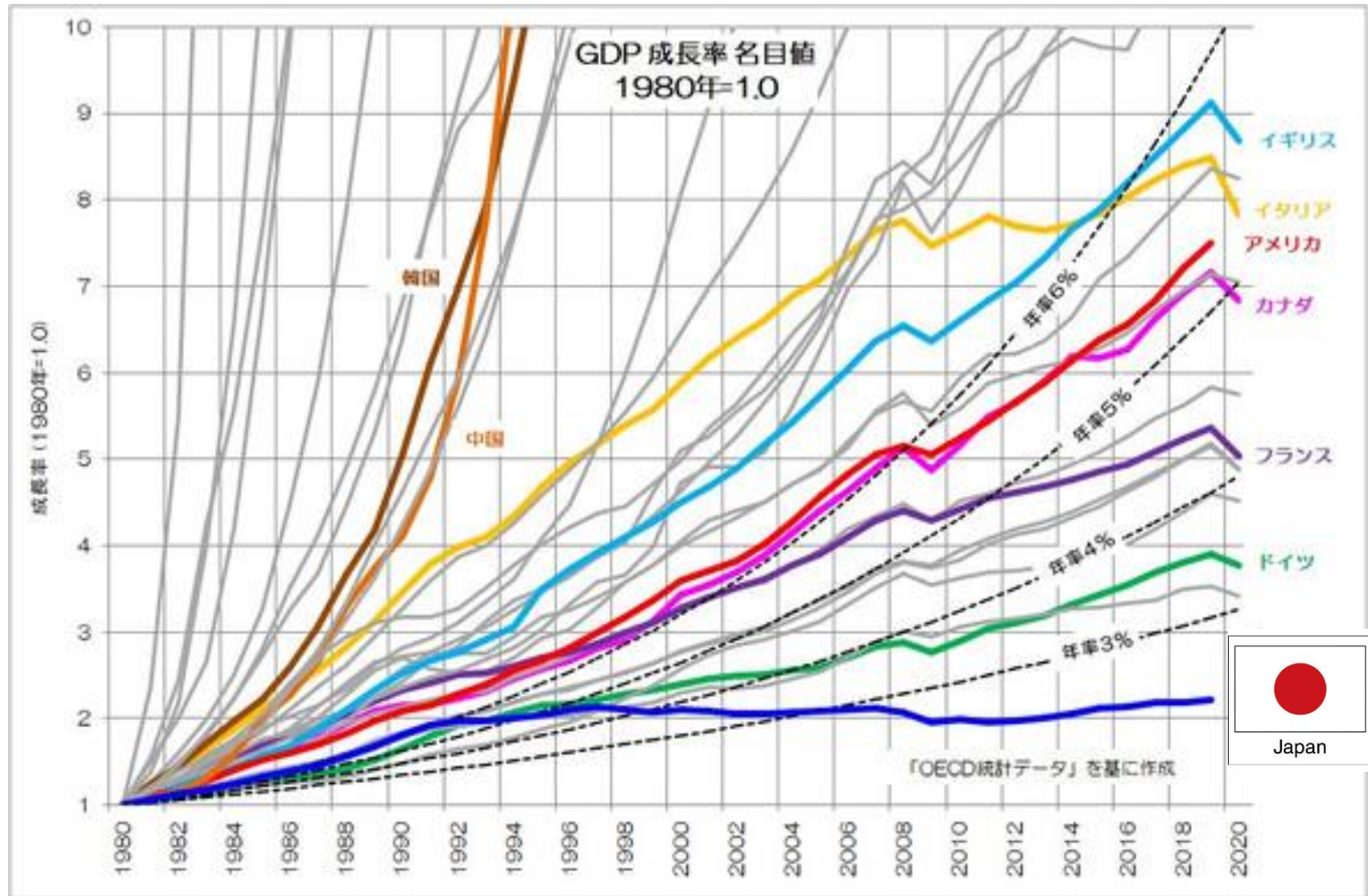
(注) 出生中位、死亡中位
(出典) 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)をもとに健保連が作成

ポスト2025年、2040年 「カネなし、ヒトなし、借金漬け」の 時代・・・

看護師さんが
辞めていく！




GDP成長率 30年間停滞する日本 「失われた30年」



下落する日本の1人当たりGDP 2040年には40位代になる・・・

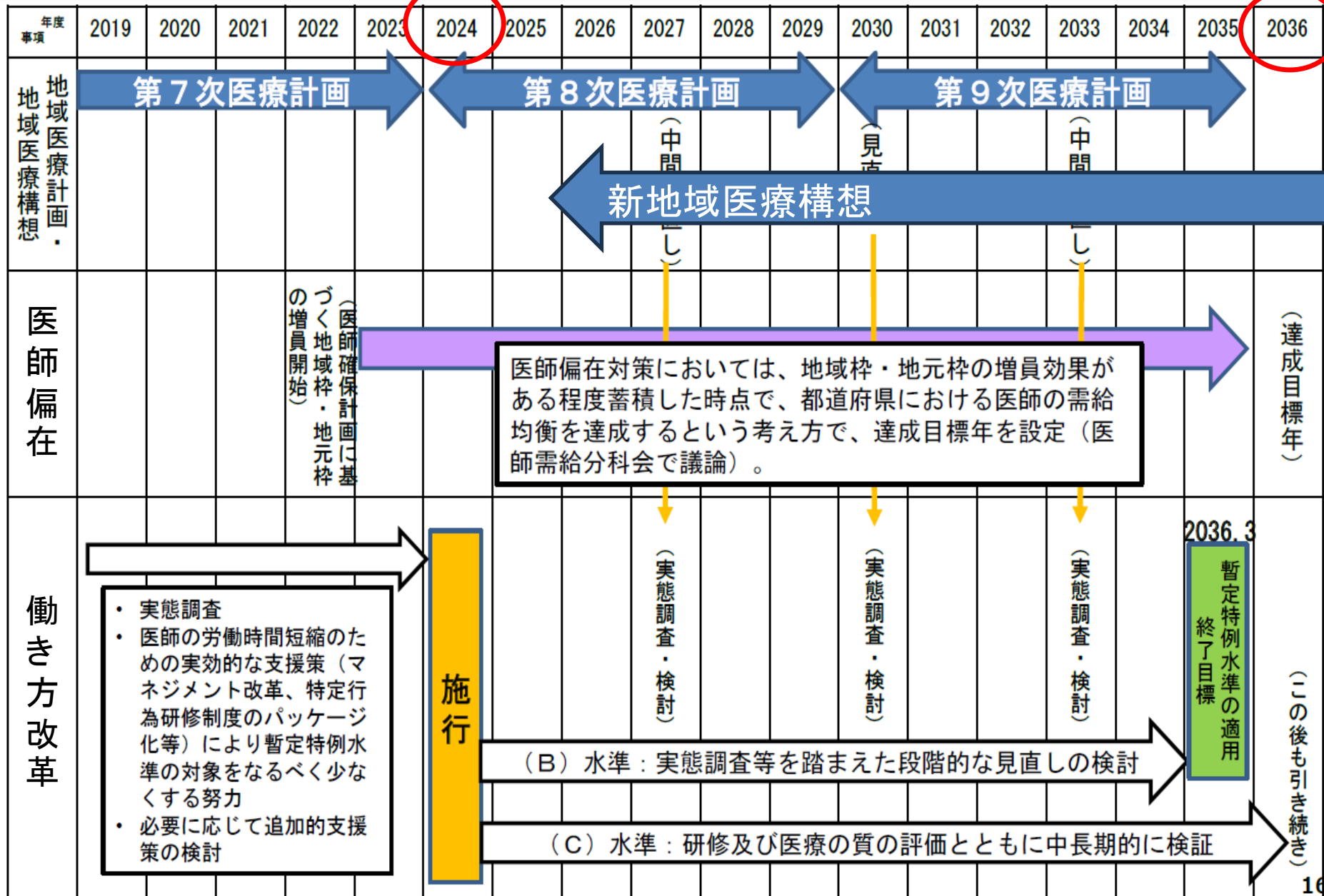
| 1990年 | | | 2000年 | | | 2010年 | | | 2020年 | | |
|-------|----------|--------|-------|----------|--------|-------|----------|---------|-------|----------|---------|
| 順位 | 国名 | (ドル) | 順位 | 国名 | (ドル) | 順位 | 国名 | (ドル) | 順位 | 国名 | (ドル) |
| 1 | スイス | 38,666 | 1 | ルクセンブルク | 83,000 | 1 | ルクセンブルク | 106,185 | 1 | ルクセンブルク | 116,921 |
| 2 | ルクセンブルク | 33,204 | 2 | 日本 | 73,334 | 2 | ノルウェー | 87,309 | 2 | スイス | 87,367 |
| 3 | スウェーデン | 29,794 | 3 | ノルウェー | 73,067 | 3 | スイス | 74,908 | 3 | アイルランド | 85,206 |
| 4 | フィンランド | 28,507 | 4 | スイス | 38,007 | 4 | カタール | 72,953 | 4 | ノルウェー | 67,326 |
| 5 | ノルウェー | 28,189 | 5 | 米国 | 36,433 | 5 | サンマリノ | 64,631 | 5 | 米国 | 63,358 |
| 6 | デンマーク | 26,922 | 6 | アラブ首長国連邦 | 34,689 | 6 | デンマーク | 58,177 | 6 | デンマーク | 61,154 |
| 7 | アラブ首長国連邦 | 26,622 | 7 | アイスランド | 31,571 | 7 | オーストラリア | 56,360 | 7 | シンガポール | 59,795 |
| 8 | アイスランド | 25,581 | 8 | デンマーク | 30,804 | 8 | スウェーデン | 51,869 | 8 | アイスランド | 59,643 |
| 9 | 日本 | 25,196 | 9 | カタール | 29,914 | 9 | マカオ | 50,921 | 9 | カタール | 54,185 |
| 10 | 米国 | 25,914 | 10 | スウェーデン | 29,252 | 10 | オランダ | 50,433 | 10 | オーストラリア | 52,905 |
| 11 | フランス | 22,600 | 11 | イギリス | 27,828 | 11 | アイルランド | 48,674 | 11 | オランダ | 52,456 |
| 12 | オーストリア | 21,779 | 12 | アイルランド | 26,154 | 12 | 米国 | 48,310 | 12 | スウェーデン | 52,129 |
| 13 | カナダ | 21,495 | 13 | オランダ | 25,996 | 13 | カナダ | 47,513 | 13 | フィンランド | 48,786 |
| 14 | オランダ | 21,002 | 14 | 香港 | 25,578 | 14 | オーストリア | 46,757 | 14 | オーストリア | 48,593 |
| 15 | イタリア | 20,691 | 15 | オーストリア | 24,589 | 15 | シンガポール | 46,569 | 15 | 香港 | 46,657 |
| 16 | イギリス | 20,668 | 16 | フィンランド | 24,347 | 16 | フィンランド | 46,392 | 16 | サンマリノ | 46,282 |
| 17 | ベルギー | 20,229 | 17 | カナダ | 24,221 | 17 | ベルギー | 42,191 | 17 | ドイツ | 46,216 |
| 18 | ドイツ | 20,174 | 18 | ドイツ | 24,009 | 18 | 日本 | 42,174 | 18 | ベルギー | 44,688 |
| 19 | オーストラリア | 18,866 | 19 | シンガポール | 23,793 | 19 | ドイツ | 42,042 | 19 | イスラエル | 44,181 |
| 20 | バハマ | 16,076 | 20 | フランス | 23,318 | 20 | フランス | 42,249 | 20 | カナダ | 43,295 |
| 21 | カタール | 15,446 | 21 | ベルギー | 23,303 | 21 | アイスランド | 41,623 | 21 | ニュージーランド | 41,165 |
| 22 | ブルネイ | 15,423 | 22 | イスラエル | 21,053 | 22 | イギリス | 38,738 | 22 | イギリス | 40,394 |
| 23 | スペイン | 13,650 | 23 | バハマ | 20,894 | 23 | イタリア | 35,658 | 23 | フランス | 39,999 |
| 24 | アイルランド | 13,642 | 24 | オーストラリア | 20,860 | 24 | ブルネイ | 35,437 | 24 | 日本 | 39,999 |
| 25 | ニュージーランド | 13,363 | 25 | ブルネイ | 20,511 | 25 | アラブ首長国連邦 | 35,076 | 25 | アラブ首長国連邦 | 35,076 |



パート2 ポスト2025年のロードマップ

2024年は惑星直列の年
診療報酬改定・介護報酬・障害サービス報酬トリプル
改定
働き方改革スタート年
第8次医療計画スタート年
第9期介護保険事業計画スタート年
第4期医療費適正化計画スタート年

ポスト2025年のロードマップ



第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

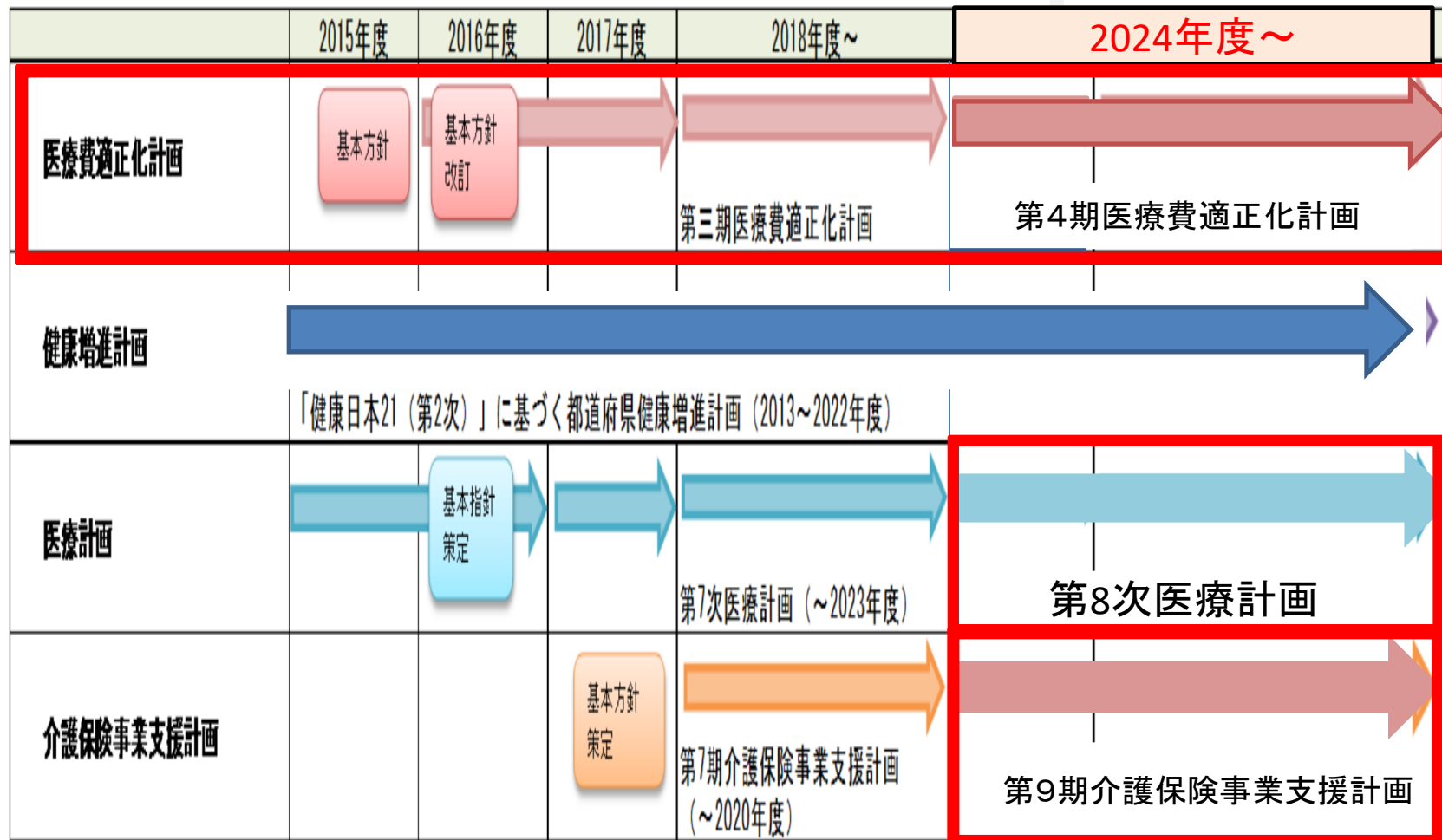
令和3年6月18日
第8次医療計画等に関する検討会資料（一部改）

国

都道府県

| | | 医療計画 | | 新興感染症 | 地域医療構想 | 医師確保計画 | 外来医療計画 |
|--------------|-----------|--|------------------------|-----------|------------------------|---------------------|---------------------|
| R3 [2021] | 4～6月 | 第8次医療計画等に関する検討会 開催 | | | 医療部会（6/3） | | 外来機能報告等に関するWG開催 |
| | 7～9月 | | | | 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催 | | |
| | 10～12月 | | | | | | 外来機能報告書に関する取りまとめ |
| | 1～3月 | <ul style="list-style-type: none"> ・総論（医療圏、基準病床数等） ・各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での議論の報告 | 感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論 | 地域医療構想の推進 | ガイドライン改正に向けた検討 | ガイドライン改正に向けた検討 | |
| R4 [2022] | 4～6月 | | | | | | |
| | 7～9月 | | | | | | |
| | 10～12月 | 報告書取りまとめ（基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等） | | | | 報告書取りまとめ（ガイドライン改正等） | 報告書取りまとめ（ガイドライン改正等） |
| | 1～3月 | 基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知） | | | | ガイドライン改正（通知） | ガイドライン改正（通知） |
| R5[2023] | 第8次医療計画策定 | | | | 次期医師確保計画策定 | 次期外来医療計画策定 | |
| R6[2024] | 第8次医療計画開始 | | 医療計画6番目の 事業に新興感染症対策 | | 次期医師確保計画開始 | 次期外来医療計画開始 | |
| R7[2025] | | | | | | | |

図表2 直近の医療費適正化計画と密接する様々な計画



(出所) 厚生労働省ウェブサイトより大和総研作成

パート3

医師の働き方改革



医師の時間外労働時間の上限規定

- 超過重労働(上位10%、2万人)の時間外労働短縮が最優先事項
 - 「時間外労働年1860時間」は36協定でも超えられない上限
- 水準A(2024年度以降適用される水準)
 - 勤務医に2024年度以降適用される水準
 - 時間外労働年960時間以内・月100時間未満
- 水準B(地域医療確保暫定特例)
 - 地域医療確保暫定特例水準
 - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- 水準C(技能向上)
 - 若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
- * 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間
- 働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状

2024.4
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

暫定特例水準対象についても、時間外労働が年960時間以内となることを目指し、さらなる労働時間短縮に取り組む

暫定特例水準対象を除き、2024.4以降、年960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに
解消

約1割
約2万人

約3割
約6万人

約6割
約12万人

1,900~
2,000時間程度

水準B
暫定特例水準
2035年度末までに解消

960時間

2024年度以降適用される

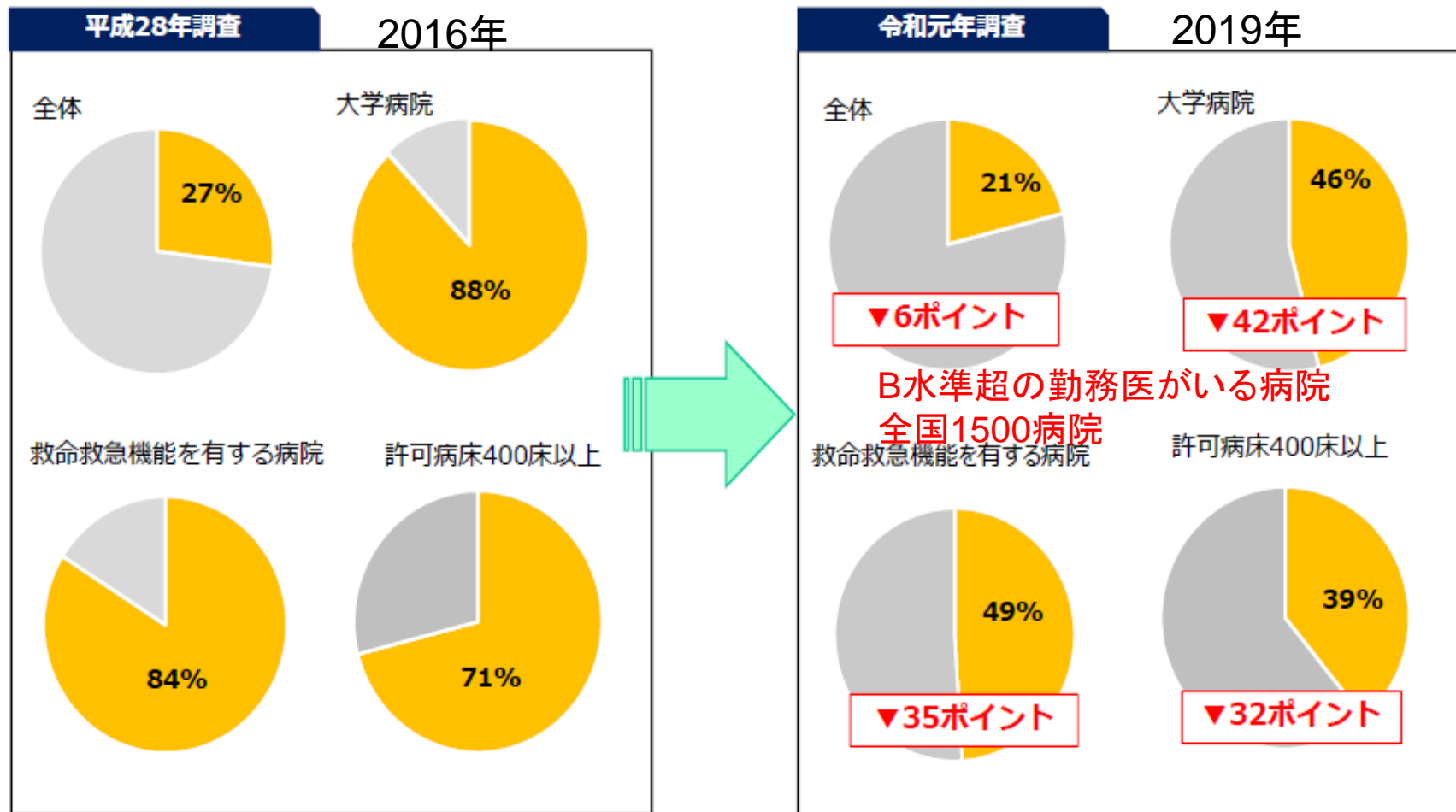
水準A

2016年調査

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



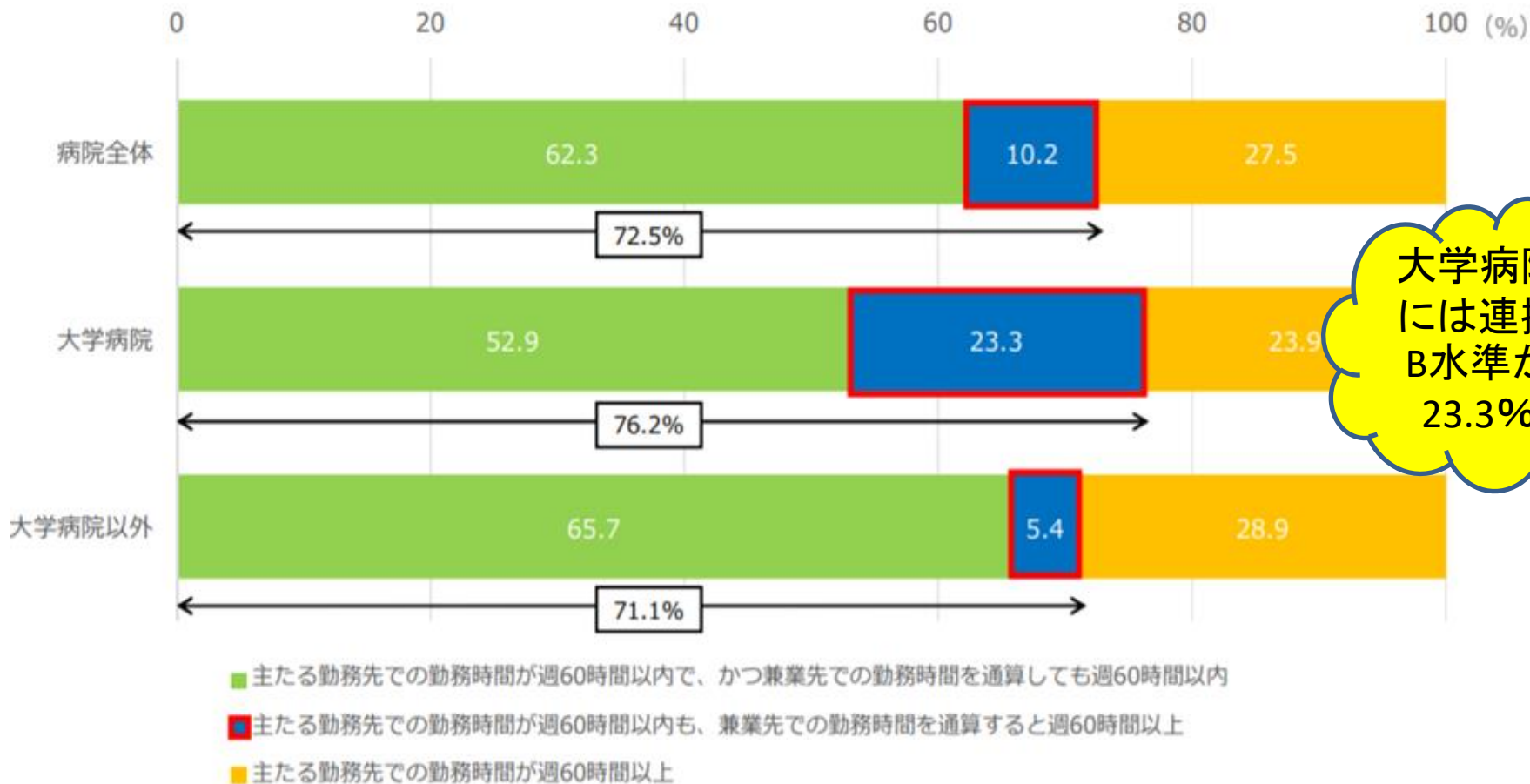
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診察外時間を除外し、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勤務時間から除外した上で、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。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

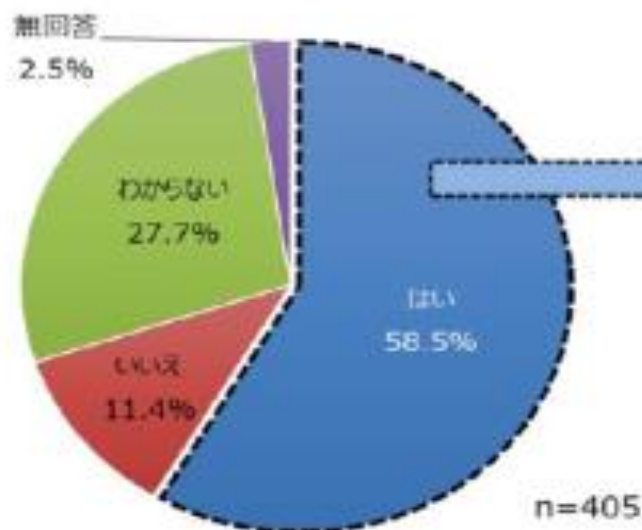


大学病院
には連携
B水準が
23.3%

※ 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勤務時間から除外した上で、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。

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

| | 病院数 | 割合 |
|-------|-----|--------|
| はい | 237 | 58.5% |
| いいえ | 46 | 11.4% |
| わからない | 112 | 27.7% |
| 無回答 | 10 | 2.5% |
| 合計 | 405 | 100.0% |



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

| | 病院数 | 割合 |
|-----------------------|-----|-------|
| 救急医療からの撤退 | 211 | 89.0% |
| 外来診療の制限・縮小 | 152 | 64.1% |
| 病院の経営破綻 | 151 | 63.7% |
| 産科・小児科医療からの撤退 | 139 | 58.6% |
| 医療の質の低下 | 121 | 51.1% |
| 過疎地・へき地医療の確保 | 116 | 48.9% |
| 長時間手術の制限 | 98 | 41.4% |
| 医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下 | 85 | 35.9% |
| 医療へのアクセスや利便性の低下 | 84 | 35.4% |
| 研修医教育の制限 | 81 | 34.2% |
| 高度医療の提供制限 | 69 | 29.1% |
| その他 | 5 | 2.1% |
| 無回答 | 2 | 0.8% |



【医師】医療機関での勤務形態（派遣・受け入れ）

| | % |
|-------------------------|--------|
| 専ら医師を派遣する病院である | 4.1% |
| 医師の派遣、受け入れは概ね半々程度の病院である | 12.0% |
| 専ら医師を受け入れている病院である | 83.9% |
| 合計 | 100.0% |

(n=3,549)

派遣元...受入先の各医師の勤務時間を全て掌握することになる？
受入先...各医師の勤務時間を派遣元に全て報告することになる？
半々 ...両方に対応する必要がある

《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》

各医療機関での対応は可能？

外来や宿日直
を派遣医師に
頼っている

働き方改革で 地域医療崩壊か？



それはオオカミ少年だった・・・？

第2回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査（令和4年7月～8月） 2022年

第1回調査（令和4年3月～）の時点では、各医療機関の準備状況や地域医療提供体制への影響等、総合的な評価が困難であったことから、改めて大学病院の本院と都道府県に対して、医師の時間外・休日労働時間の把握状況、調査時点における時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数を把握するための調査（第2回調査）を行った。その概要は以下のとおりである。

調査対象

- 大学病院の本院：81病院
- 都道府県：地域医療提供体制維持に必要な医療機関

調査時期

令和4年7月11日～令和4年8月19日

2022年

調査方法

- 大学病院本院の各診療科に調査票を配布し、回答を集計
- 各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計

調査事項

- 大学病院の本院
 - ・ 自院での時間外・休日労働時間数の把握の有無
 - ・ 副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数の把握の有無
 - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数
- 都道府県
 - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数

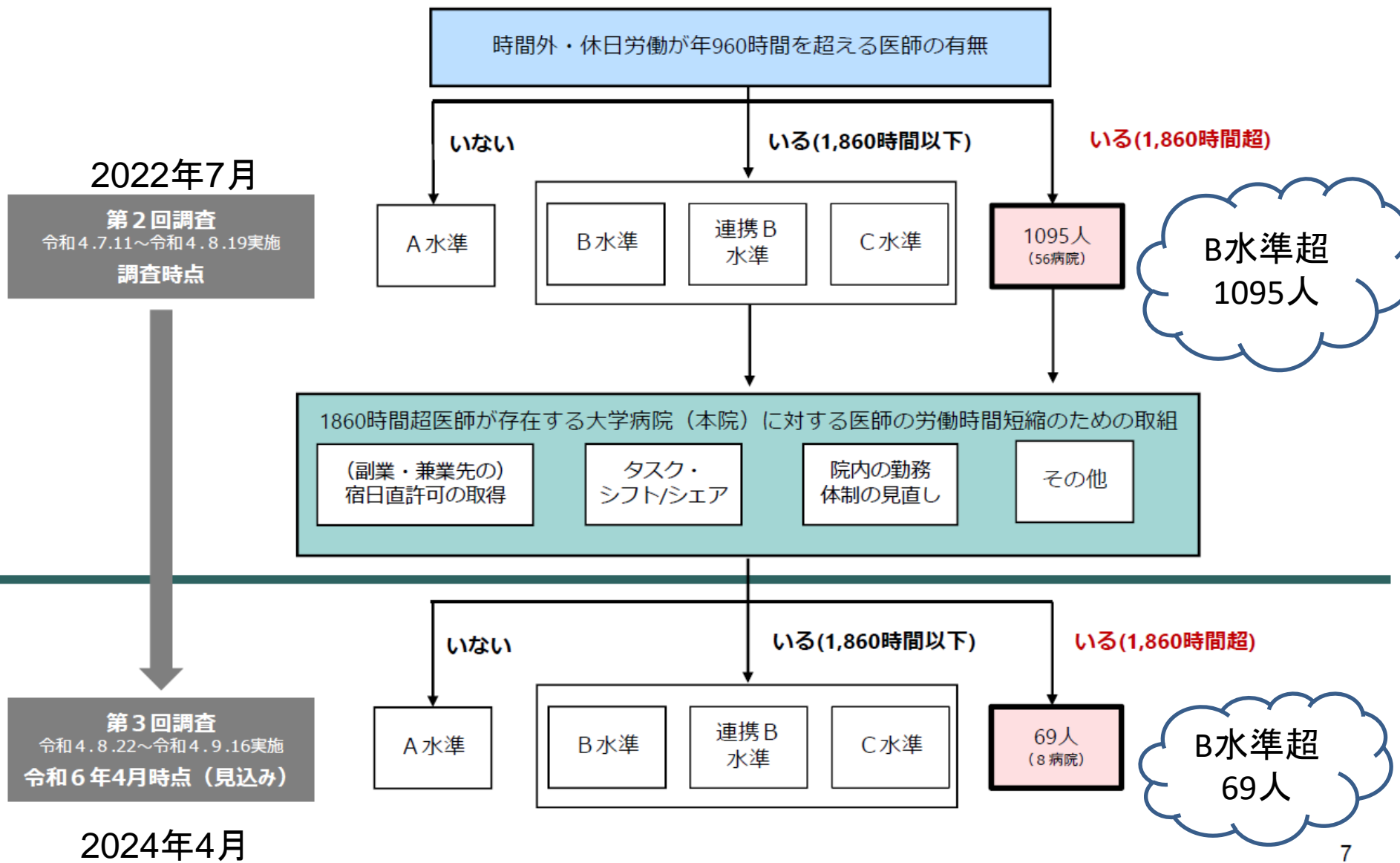
結果の概要

- 大学病院の本院
 - ・ 回答数
大学病院の本院：81病院※1
診療科：2,455診療科
※1 令和4年5～7月に実施した「医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査」（大学病院追加調査）により既回答（副業・兼業先を含めた時間外・休日労働が年通算1,860時間相当超の医師数がゼロ）と回答した4大学を含む。
 - ・ 時間外・休日労働時間数の把握状況（診療科単位）

| | | |
|---------------|------|------------------|
| 自院の勤務実績 | 100% | (2,455/2,455診療科) |
| 副業・兼業先の勤務予定 | 100% | (2,455/2,455診療科) |
| 副業・兼業先の勤務実績※2 | 93% | (2,280/2,455診療科) |

※2 勤務実績は、副業・兼業先で実際に勤務した時間
 - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数及び病院数：
1,095人・56病院 **B水準超え**
- 都道府県
 - ・ 回答数
都道府県：45都道府県
 - ・ 調査時点における副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超の医師数及び医療機関数：
993人（病院：886人、有床診療所：107人）
303医療機関（病院：216/4,257、有床診療所：87/1,427）

医師の働き方改革の施行に向けた大学病院（本院）への調査の全体像



2016年調査から2022年調査の間で
劇的に働き方改革が進捗したのか？



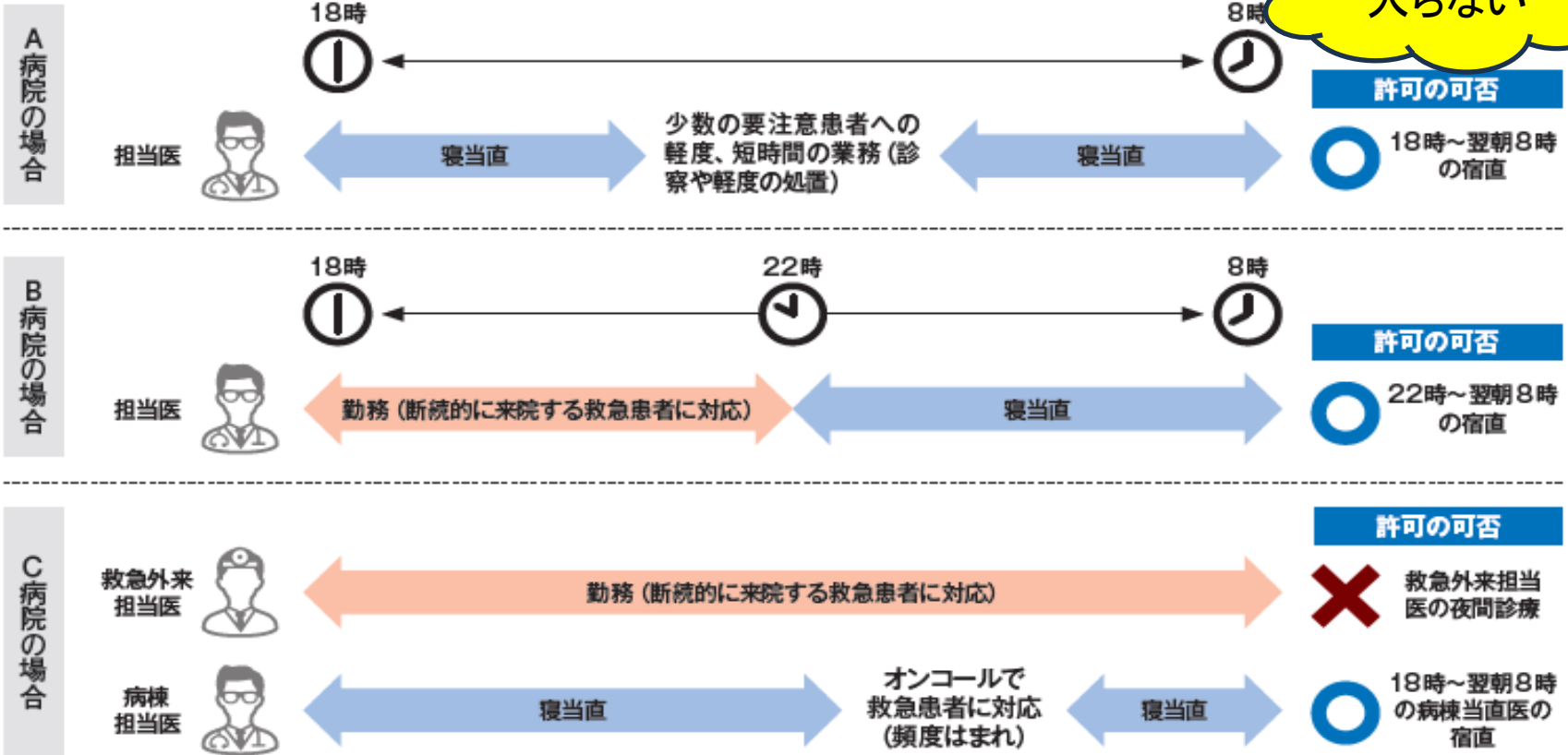
宿日直許可（管理当直の配置）

・ 労基法41条の宿日直勤務

- 仕事の終了から翌日の仕事の開始までの時間や休日について、**原則として通常**の労働は行わず、労働者を事業場で待機させ、電話の対応、火災等の予防のための巡視、**非常事態発生時の連絡**等に当たらせるもの

– 直当直

労働時間に入らない

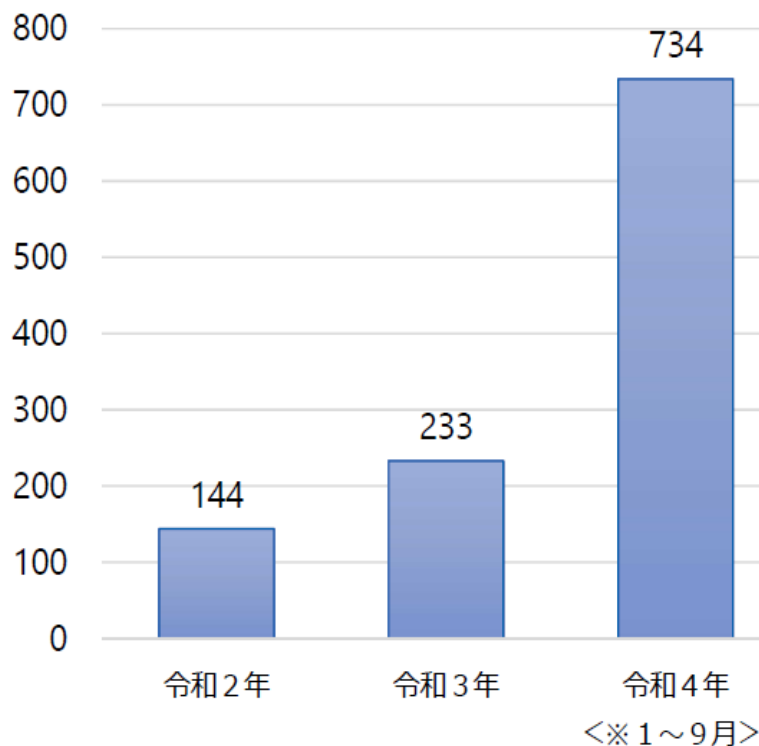


労働基準監督署における医師の宿日直許可の許可件数の推移

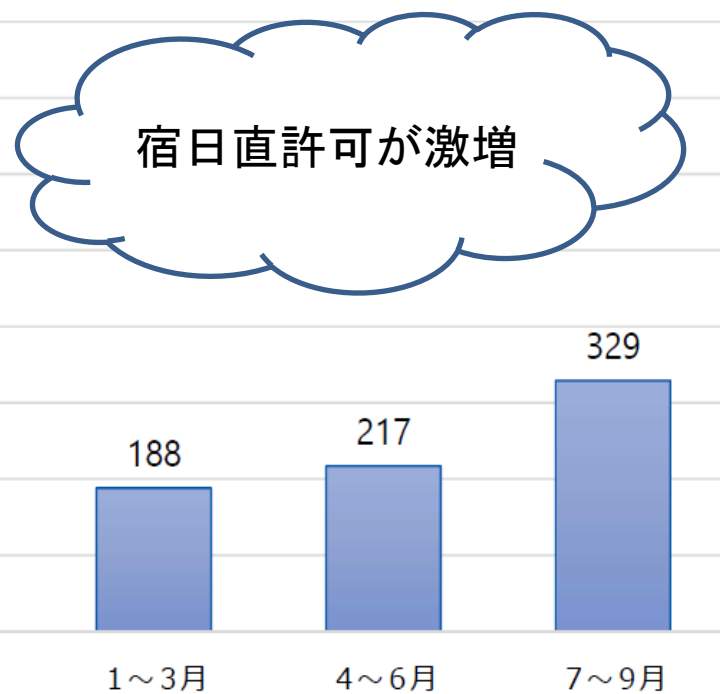
<医師の宿日直許可の許可件数（年別）>

| | 令和2年 | 令和3年 | 令和4年（※1月～9月） |
|------|------|------|--------------|
| 許可件数 | 144件 | 233件 | 734件 |

<医師の宿日直許可の許可件数（年別）>

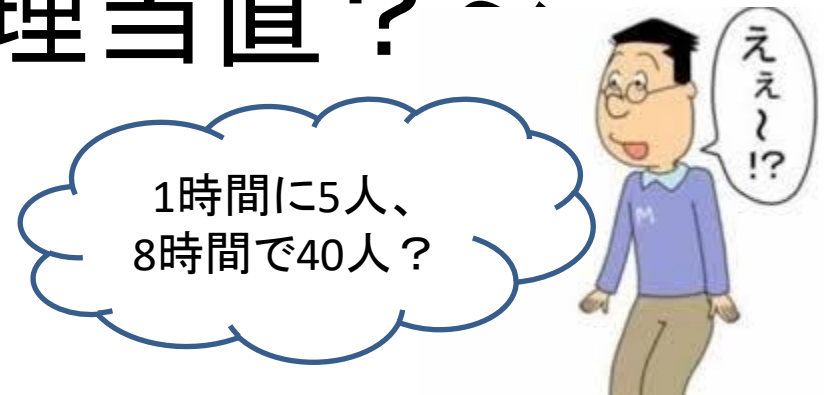


<医師の宿日直許可の許可件数（令和4年：4半期別）>



「1時間に5人の患者を診察可」～ 名ばかり管理当直？

- 2023年2月、厚生労働省で全国医師ユニオンによる緊急記者会見が行われた。医師の**宿日直基準**をめぐって「1時間に5人程度の患者を診察していても、宿日直許可を申請してもよい」という厚生労働省の指導が明らかになった。
- 「宿日直許可をとった時間は労働時間とみなさないため、これを勤務間インターバルに当ててよい」という指導も行っているという。



厚生労働省で緊急記者会見を行った
全国医師ユニオンの植山代表（中央）ら

自己研鑽も隠れ蓑



表1 自己研鑽の種類と労働時間の考え方

| 自己研鑽の種類 | 労働時間の基本的な考え方 | |
|--------------------------------|--|--|
| 診療ガイドラインについての勉強 | 原則として 労働時間に該当する | 診療の準備行為又は診療後の後処理としてこれらの行為を行う時間は労働時間に該当する。自由な意思に基づき業務上必須ではない行為を、所定労働時間外に、上司の指示なく行う時間については、労働時間に該当しない。 |
| 新しい治療法や新薬についての勉強 | | |
| 自らが術者等である手術や処置等についての予習や振り返り | | |
| 学会や外部の勉強会への参加、発表準備等 | 原則として 労働時間に該当しない | 奨励されている等の事情があっても、自由な意思に基づき、業務上必須ではない行為を、所定労働時間外に上司の指示なく行う時間は、労働時間に該当しない。ただし、実施しない場合には制裁等の不利益が課され、実施が余儀なくされている場合や、業務上必須の場合、上司が指示して行わせる場合は労働時間に該当する。 |
| 院内勉強会への参加、発表準備等 | | |
| 臨床研究にかかる診療データの整理、症例報告の作成、論文執筆等 | | |
| 大学院の受験勉強 | | |
| 専門医の取得・更新にかかる症例報告作成、講習会受講等 | | |
| 所定労働時間外の手術や処置等の見学 | | |
| 見学の機会を確保するための所定労働時間外の待機 | 労働時間に該当しない。ただし、見学中に診療を行った場合、当該診療を行った時間は、労働時間に該当する。 | |

26歳専攻医が過労自殺、 労災認定「3か月休日なし・時間外は月207時間」

- ・神戸大卒業後の2020年4月から甲南医療センターで研修医として勤務
- ・22年4月から消化器内科の専攻医として研修を受けながら診療していた。
- ・2023年5月17日の退勤後、神戸市の自宅で亡くなっているのを訪ねた家族が見つけた 兵庫県警が自殺と断定した。
- ・労災認定は今年6月5日付。認定によると、高島さんの死亡直前1か月の時間外労働は207時間50分で、3か月平均でも月185時間を超えていた。
- ・休日も2月を最後に取得していなかったという。



高島晨伍さん(26歳)遺族提供

看護特定行為の導入



「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」
(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)



医療・介護関連一括法案を閣議決定 特定行為の研修制度 法制化へ

医療介護一括法で法制化(2014年6月)

12日の閣議で「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する法律の整備等に関する法律案」の国会提出が決定した。

この法案は、地域における効率的かつ質の高い医療提供体制の構築などを通じ、必要な医療・介護を推進するための関係法律の整備を行うもの。特定行為に係る看護師の研修制度の創設など、看護関連の法改正事項が数多く盛り込まれている。具体的な内容は以下の通り。

【保健師助産師看護師法の改正】

高度・専門的な知識・技能が必要な特定行為を手順書（プロトコール）に基づいて行う看護師に指定研修機関での研修を義務付けること

【医療法の改正】

医療従事者の勤務環境改善のため国における指針の策定や都道府県での取り組みを支援する仕組みの創設

【看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正】

看護師等の離職時等における都道府県ナースセンターへの届出規定（努力義務）の創設

【都道府県への基金造成】

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度として都道府県への基金の造成など

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

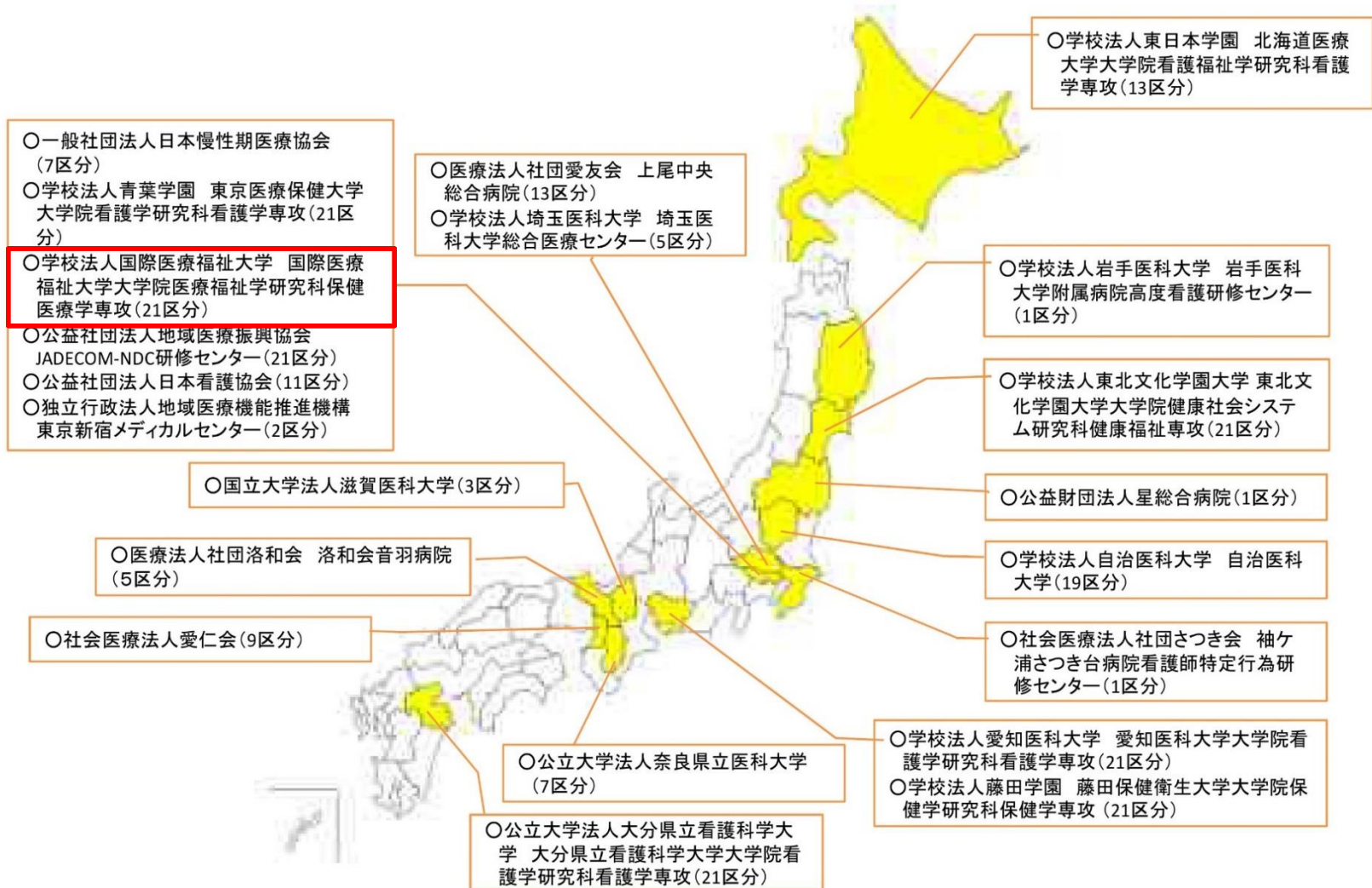
| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 呼吸器(気道確保に係るもの)関連 | 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 |
| 呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 | 侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 |
| | 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 |
| 人工呼吸器からの離脱 | |
| 呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連 | 気管カニューレの交換 |
| 循環器関連 | 一時的ペースメーカーの操作及び管理 |
| | 一時的ペースメーカーリードの抜去 |
| | 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 |
| | 大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整 |
| 心嚢ドレーン管理関連 | 心嚢ドレーンの抜去 |
| 胸腔ドレーン管理関連 | 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更 |
| | 胸腔ドレーンの抜去 |
| 腹腔ドレーン管理関連 | 腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。) |
| ろう孔管理関連 | 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換 |
| | 膀胱ろうカテーテルの交換 |
| 栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連 | 中心静脈カテーテルの抜去 |
| 栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連 | 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 |

| 特定行為区分 | 特定行為 |
|-------------------|--|
| 創傷管理関連 | 褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 |
| | 創傷に対する陰圧閉鎖療法 |
| 創部ドレーン管理関連 | 創部ドレーンの抜去 |
| 動脈血液ガス分析関連 | 直接動脈穿刺法による採血 |
| | 橈骨動脈ラインの確保 |
| 透析管理関連 | 急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理 |
| 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 |
| | 脱水症状に対する輸液による補正 |
| 感染に係る薬剤投与関連 | 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 |
| 血糖コントロールに係る薬剤投与関連 | インスリンの投与量の調整 |
| 術後疼痛管理関連 | 硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整 |
| 循環動態に係る薬剤投与関連 | 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 |
| | 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 |
| | 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 |
| | 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 |
| 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連 | 抗けいれん剤の臨時的投与 |
| | 抗精神病薬の臨時的投与 |
| | 抗不安薬の臨時的投与 |
| 皮膚損傷に係る薬剤投与関連 | 抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整 |

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

特定行為研修を行う指定研修機関

2023年2月現在、360機関



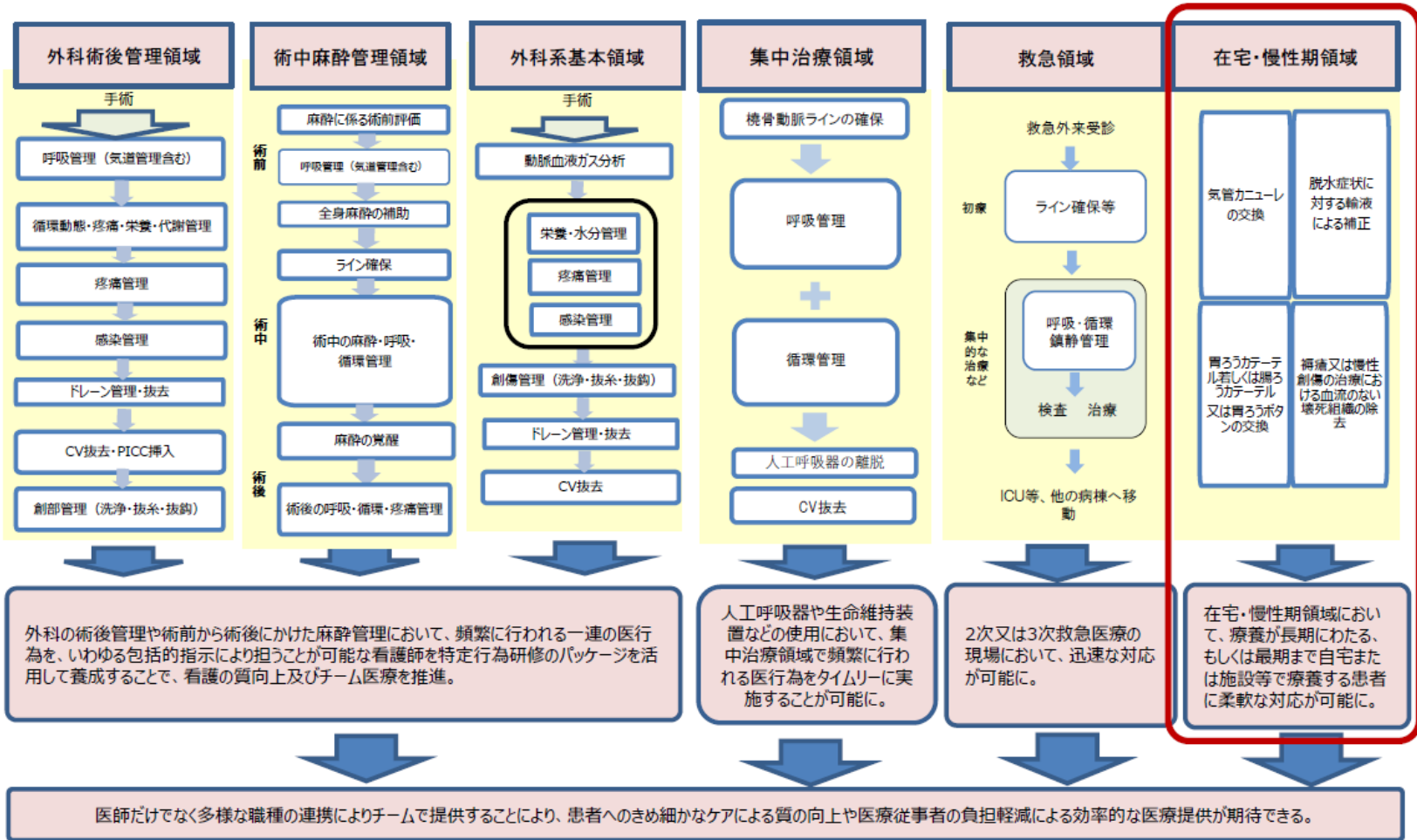
国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定の領域において頻繁に行われる一連の医行為についてパッケージ化し研修することで特定行為研修修了者を確保する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。



訪問看護での活躍が期待される領域

(一連の流れの中で特定行為研修修了者がパッケージに含まれる特定行為を手順書にもとづき実施)

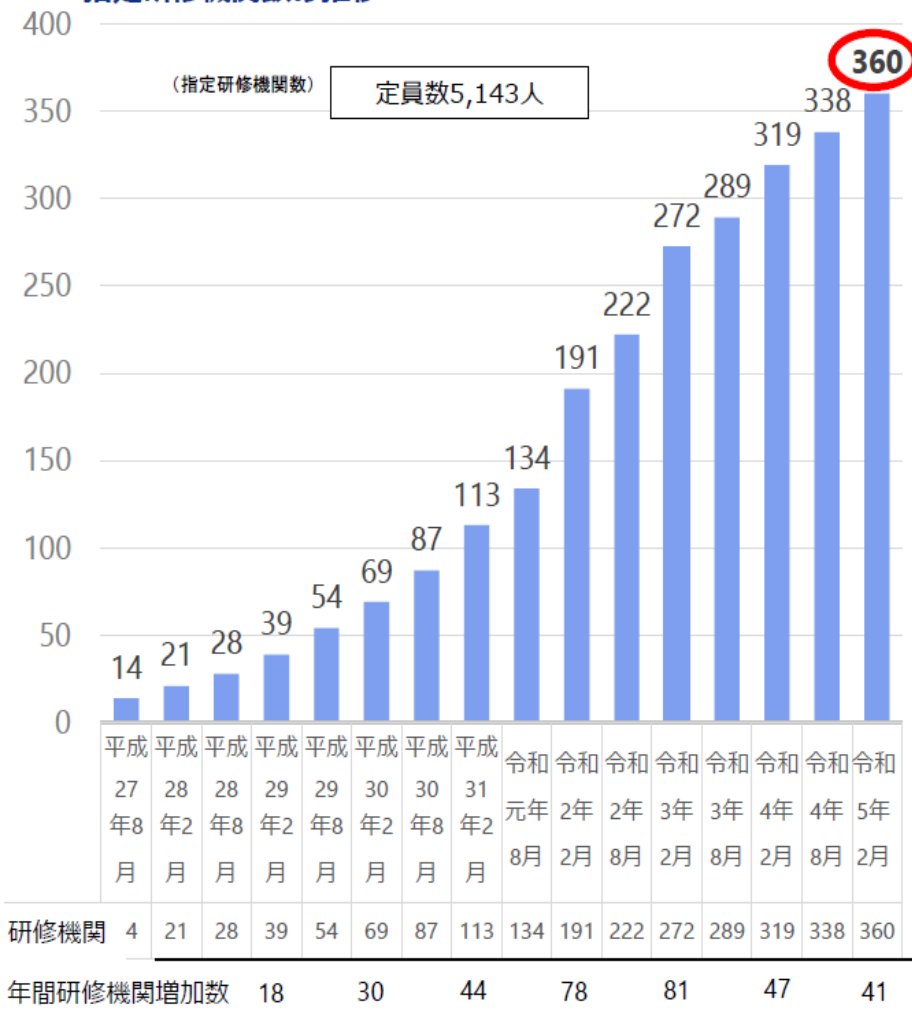
特定行為研修の現状（指定研修機関数・研修修了者の推移）

2023年

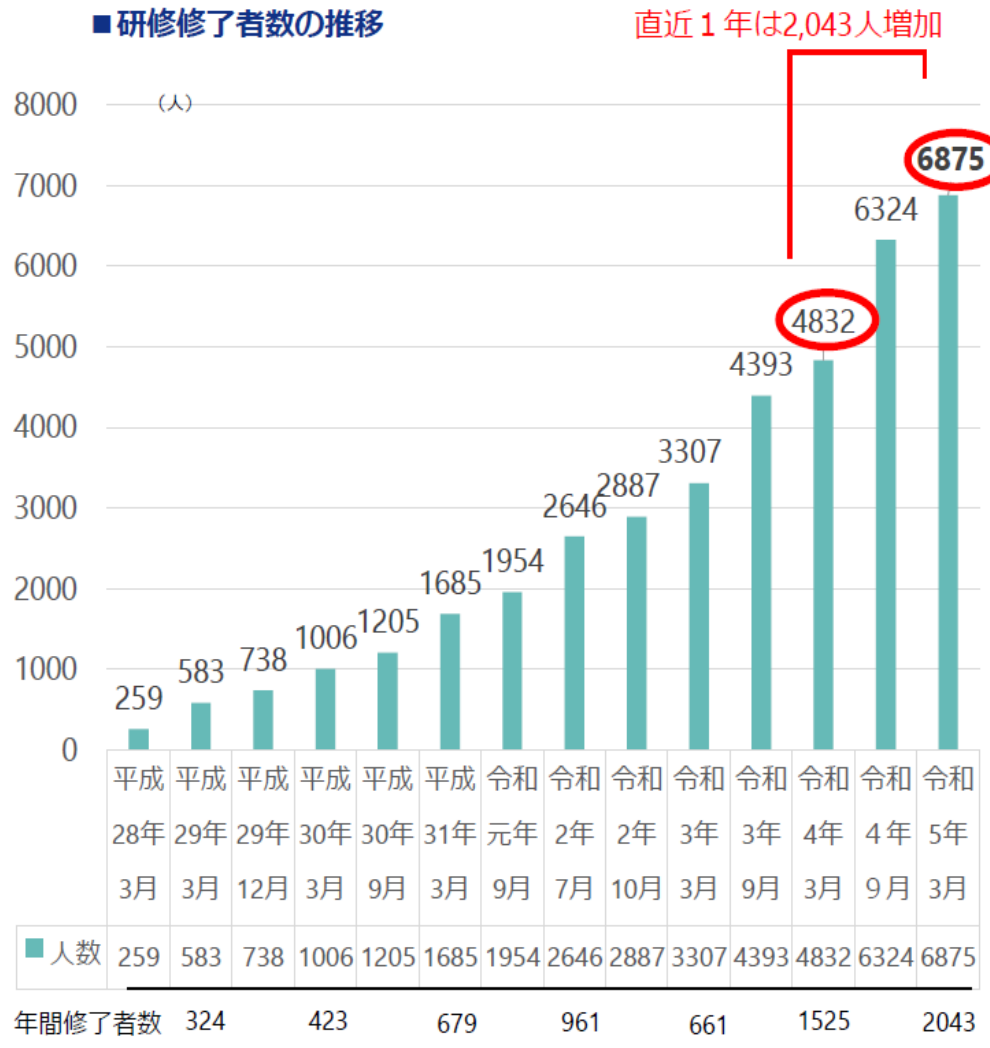
○特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和5年2月現在で360機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は5,143人である。

○特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和5年3月現在で6,875名である。

■ 指定研修機関数の推移



■ 研修修了者数の推移



特定行為研修修了者配置による効果



特定行為研修修了者配置による医師の労働時間への影響

(研究方法)

デザイン: 後ろ向き調査及び研修修了者へのヒアリング
 調査項目: 出退勤時刻に基づいた医師の年間勤務時間
 調査期間: 特定行為研修修了者配置前 2016年度
 特定行為研修修了者配置後 2017年・2018年度

調査施設: 特定機能病院(500床以上)
 修了者の配置: 心臓血管外科に2名の
 特定行為研修修了者(21区分修了)を配置

(研究結果)

特定行為研修修了者の配置前と比べ、
 配置後に**医師の年間平均勤務時間が有意に短縮**。

| | 配置前 | 配置後 | P値 |
|------------------|------------------------|------------------------|-------|
| 医師一人あたりの年間平均勤務時間 | 2390.7時間 (SD:321.2) | 1944.9時間 (SD:623.2) | 0.008 |

研修修了者の活動内容

- ◆病棟管理を主とし、それまで医師が実施していた外来との調整や入院のベッドコントロールを実施
- ◆医師不在時は、病棟看護師からの相談・報告を受けて、医師の包括指示の範囲内で対処
- ◆修了者2名で、1か月間で28の特定行為を計281件実施
 <実施内容>
 術前の患者管理(検査・他科依頼・麻酔科外来)、心臓血管外科外来、病棟回診・処置の介助、看護師との合同カンファレンス、ICUでの術後管理(人工呼吸器管理など)、CV抜去やPICC挿入、輸液量の調整など

<ヒアリング前1か月間で実施した特定行為>

| 特定行為 | 実施件数 |
|----------------------------------|------|
| 経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整 | 5 |
| 侵襲的陽圧換気の設定の変更 | 20 |
| 非侵襲的陽圧換気の設定の変更 | 3 |
| 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 | 10 |
| 人工呼吸器からの離脱 | 5 |
| 気管カニューレの交換 | 5 |
| 一時的ペースメーカーの操作及び管理 | 11 |
| 一時的ペースメーカーリードの抜去 | 9 |
| 経皮的心肺補助装置の操作及び管理 | 5 |
| 大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整 | 1 |
| 心嚢ドレーンの抜去 | 11 |
| 低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更 | 11 |
| 胸腔ドレーンの抜去 | 12 |
| 中心静脈カテーテルの抜去 | 11 |
| 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入 | 8 |
| 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 | 2 |
| 創傷に対する陰圧閉鎖療法 | 18 |
| 創部ドレーンの抜去 | 7 |
| 直接動脈穿刺法による採血 | 23 |
| 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整 | 7 |
| 脱水症状に対する輸液による補正 | 20 |
| 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与 | 4 |
| インスリンの投与量の調整 | 5 |
| 持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 | 20 |
| 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整 | 13 |
| 持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 | 22 |
| 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整 | 10 |
| 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整 | 3 |

A病院における特定行為研修修了者の活動による効果

(研究方法)

デザイン：カルテによる後ろ向き調査

調査項目：年齢・性別などの基本情報、糖尿病関連情報、介入内容と状況、血糖コントロール状況

調査期間：特定行為研修修了者配置前 2016年11月～2017年10月

特定行為研修修了者配置後 2017年10月～2018年8月

調査施設：約400床の急性期病院

修了者の配置：看護部に所属し科を横断して活動

(血糖コントロールに係る薬剤投与関連など2区分修了)

インスリンの投与量の調整を主に行う

| | 配置前 (N = 165) | 配置後 (N = 169) | P値 |
|-------------|---------------|---------------|--------|
| 空腹時血糖値改善率 | 85.7% | 98.8% | < 0.01 |
| 目標血糖到達率 | 92% | 98% | < 0.01 |
| 目標血糖到達日数 | 10.4日 | 4.3日 | < 0.01 |
| 介入期間 | 21.7日 | 16.3日 | < 0.01 |
| 低血糖発現件数の割合 | 0.38% | 0.05% | < 0.01 |
| 手術までの血糖改善値* | 85.7 mg/dl | 98.8 mg/dl | < 0.01 |
| 術後血糖安定日数* | 9.3日 | 3.8日 | < 0.01 |

*配置前N = 97; 配置後N = 76

(研究結果)

特定行為研修修了者の配置前に比べ、修了者配置後に**空腹時血糖改善率、目標血糖到達率が有意に上昇し、介入期間の短縮、低血糖発作発現件数の減少、手術時までの有意な血糖改善および術後速やかな血糖安定がみられた**

(考察: 有意な改善がみられた理由)
研修修了者による医療的介入とタイムリーな対応が安全で効果的な血糖コントロールにつながっていると考えられる。
(修了者へのヒアリングより)

B病院における特定行為研修修了者の活動による効果

(研究方法)

デザイン：カルテによる後ろ向き調査

調査項目：特定行為（壊死組織除去）を行った件数・人数、平均年齢、在院日数、褥瘡治癒日数、DESIGN-R

調査期間：特定行為研修修了者配置前 2011年度

特定行為研修修了者配置後 2017年度

調査施設：約500床の急性期病院

修了者の配置：看護部に所属し科を横断して活動。施設や在宅への訪問も行う

(創傷管理関連など4区分修了)

創傷の壊死組織の除去、創傷に対する陰圧閉鎖療法などを実施

(研究結果)

特定行為研修修了者の配置前に比べ、配置後に**初回介入時と治癒時のDESIGN-Rの点数の差が上昇し、褥瘡の治癒日数は短縮する**傾向にあった。平均在院日数においては有意差は無かった。

| | 配置前 (褥瘡件数 N = 60) | 配置後 (褥瘡件数 N = 38) |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 初回介入時と治癒時のDESIGN-Rの点数の差* | 11.2 | 19.3 |
| 褥瘡の治癒日数* | 36.8日 | 34.2日 |
| 平均在院日数 | 44.6日 (SD: 56.4) | 40.4日 (SD: 45.2) |

*D3以上の褥瘡のうち治癒した褥瘡 (配置前 N = 19; 配置後 N = 4)

(考察)

在院日数に関しては、褥瘡を保有していても特定行為研修修了者が在宅・高齢者施設までカバーできるので、早めに退院できるようになってきていることが影響している可能性がある。重症褥瘡の治癒期間、転帰に関しては、在宅・高齢者施設までフォローできるようになった事で、治癒まで追えるようになってきている。(修了者へのヒアリングより)

改革のポイント

医師の働き方改革へ向けて

- ・労基法の宿日直規定と自己研鑽規定の厳格適応を！
- ・B水準の早期解消を！
- ・ナースプラクティショナー制度（大学院レベル）の2040年までの実現を！



パート4

新たな地域医療構想



2024年3月29日

病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、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。

| 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こと。
- 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こと。

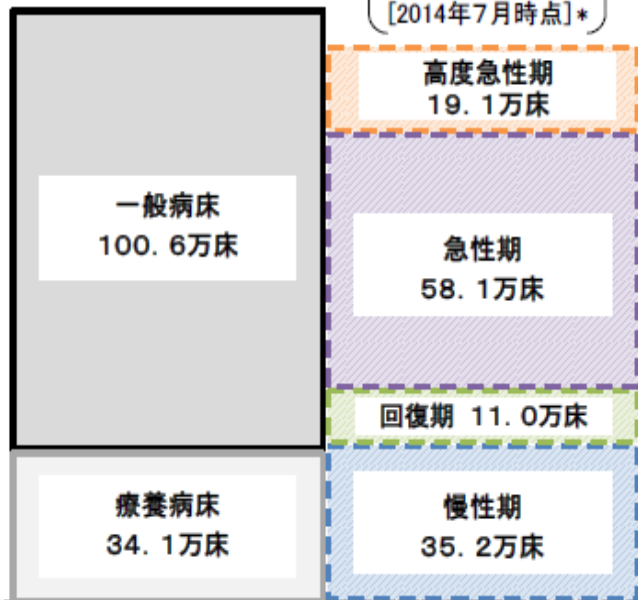
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計


将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度



地域医療構想及び医師確保計画に関する
ワーキンググループで
地域医療構想の進捗状況が報告
2023年5月25日

2022年度病床機能報告について

速報値

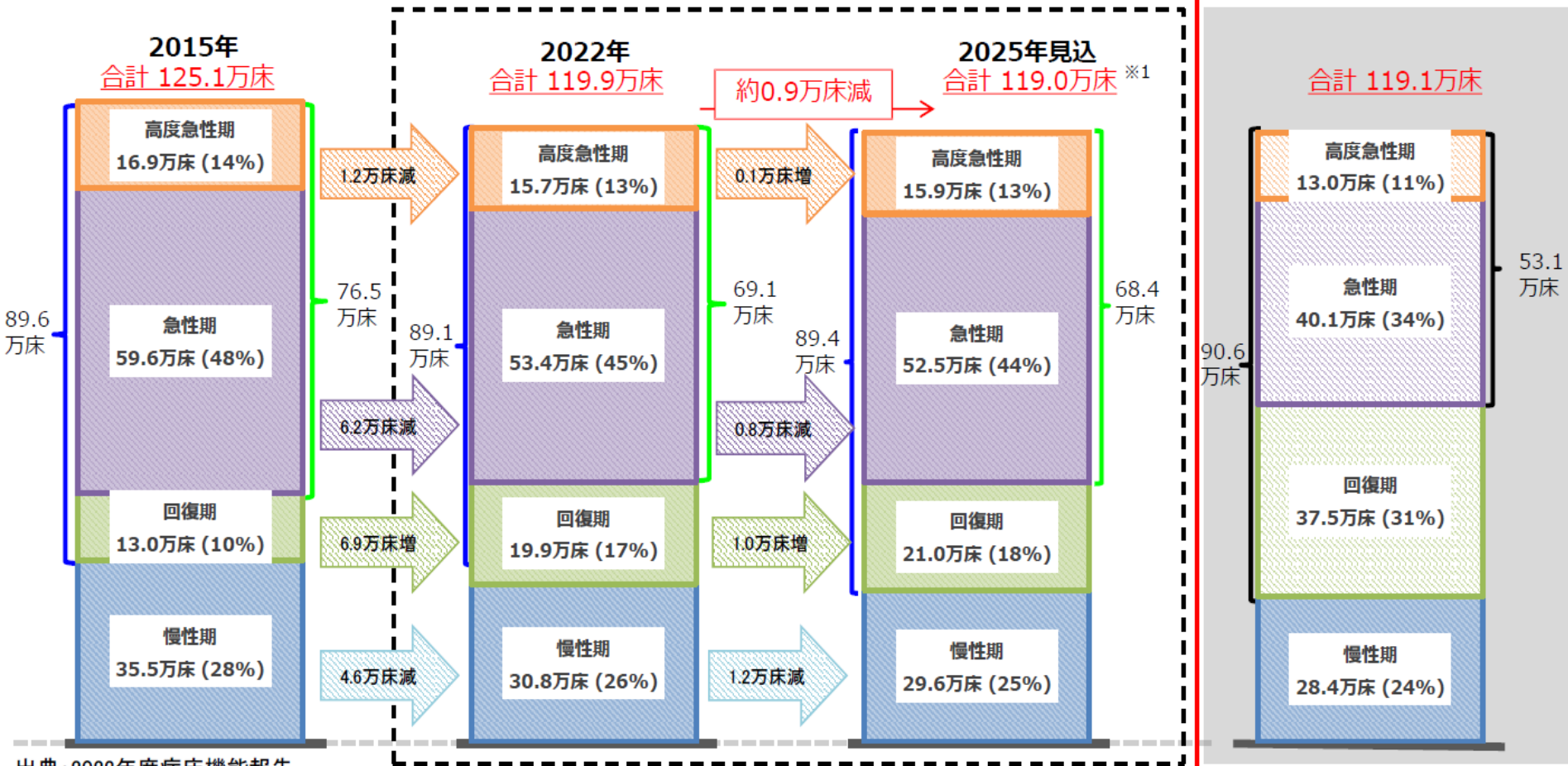
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※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: 2022年度病床機能報告

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

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

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 12,188/12,602(96.7%))

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

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 19,065床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

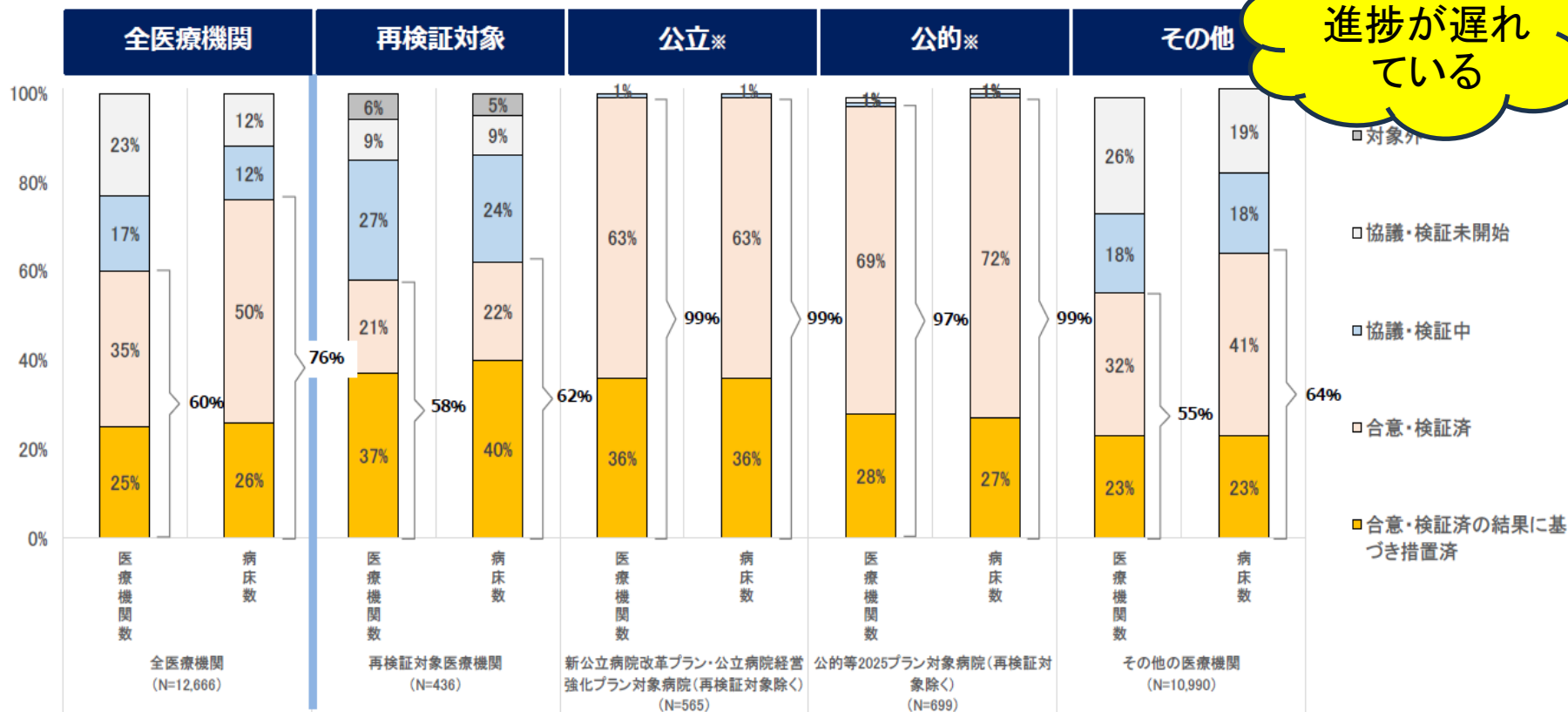
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのはではなく、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。
(一部精査中)

地域医療構想調整会議における対応方針の検討状況（令和5年3月時点）

- 全ての医療機関の対応方針の措置済を含む「合意・検証済」の割合は医療機関単位で60%、病床単位で76%となっている。
- 再検証対象医療機関の対応方針の措置済を含む「検証済」の割合は医療機関単位で58%、病床単位で62%となっている。
- 再検証対象医療機関を除く新公立病院改革プラン・公立病院経営強化プラン対象病院の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で99%、病床単位で99%となっている。
- 再検証対象医療機関を除く公的等2025プラン対象病院の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で97%、病床単位で99%となっている。
- その他の医療機関の対応方針の措置済を含む「合意済」の割合は医療機関単位で55%、病床単位で64%となっている。

医療機関の区分別にみた対応方針の協議状況



民間病院の進捗が遅れている

※公立、公的及び公立・公的以外には、再検証対象を含まない。

※医療機関には有床診療所を含む。

※再検証対象医療機関の「対象外」には既に病床を有さなくなった医療機関も含まれるため一律に全医療機関の合計に計上していない。医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）



まずは公立・公的
病院から・・・

公立・公的 424病院再編リスト

地域医療構想ワーキンググループで
公表

(2019年9月26日)

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が類似している**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

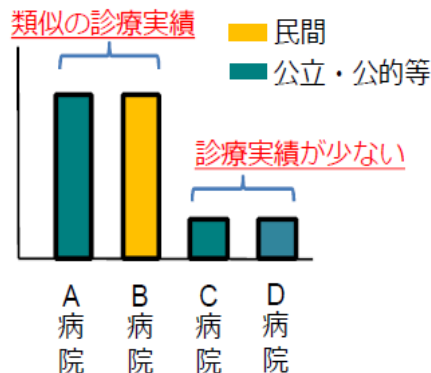
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

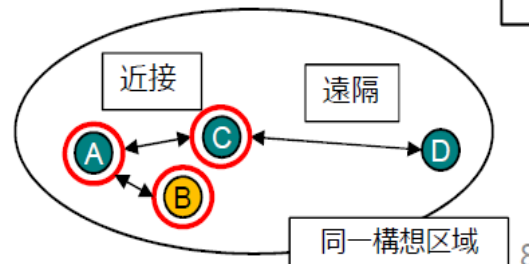
分析のイメージ

- ① 診療実績の**データ分析**
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ② 地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



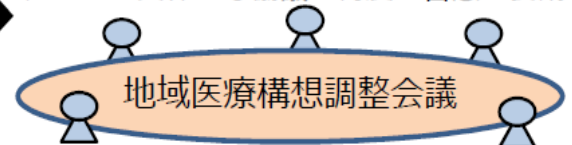
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

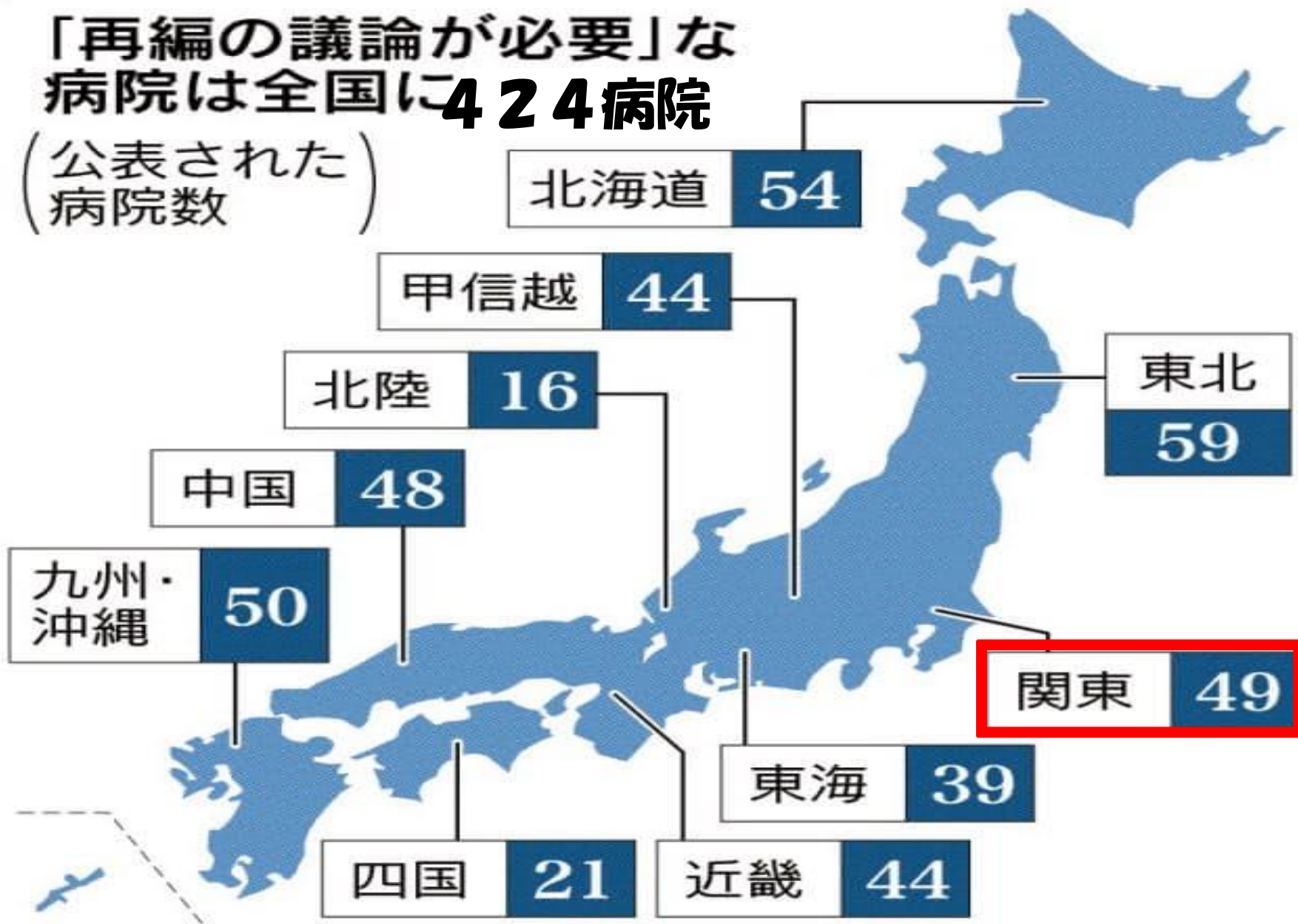
- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



「再編の議論が必要」な 病院は全国に**424**病院

(公表された
病院数)



経済 フォローする

公立・公的424病院「再編検討を」 厚労省がリスト公表

2019年9月26日 15:10

厚生労働省は26日、市町村などが運営する**公立病院**と日本赤十字社などが運営する公的病院の25%超にあたる全国424の病院について「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表した。診療実績が少なく、非効率な医療を招いているため

424公的病院、再編必要

神奈川県 厚労省、異例の公表

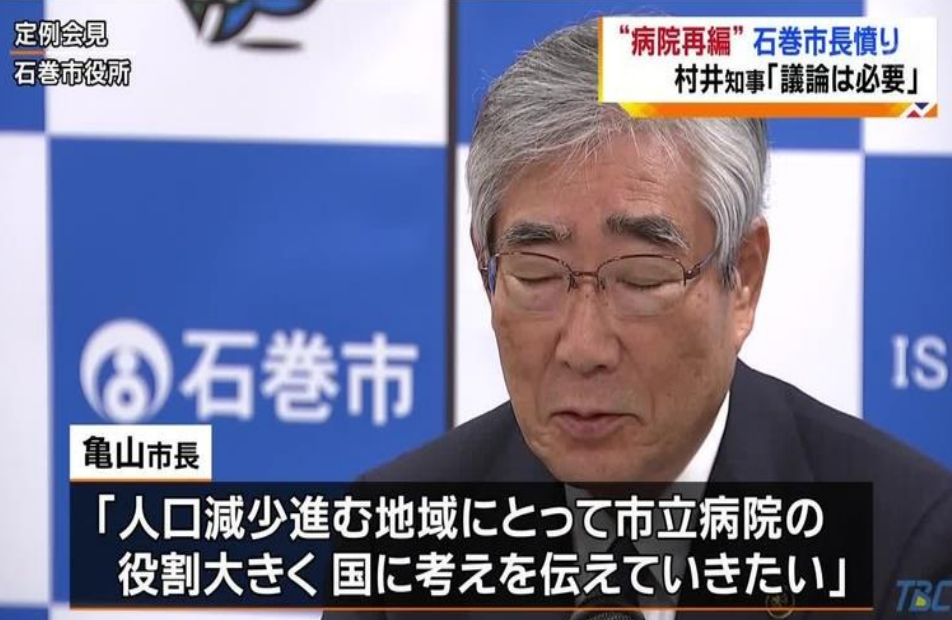
厚生労働省は26日、全国143の公立病院や日本赤十字社の公的病院のうち診療実績が少なく、再編統合が必要と判断した424の病院を初めて公表した。高齢化で膨張する医療費抑制のため、競合地域にある病院との再編・統合を促す必要があったとして、異例の対応に臨みつつ、10月にも対象病院に再編・統合の具体的な検討を要請し、来年9月までに結論を出してもらう考え。強制力はないが、身近な病院がなくなる不安から地元首長や住民の反発が予想される。

「関連記事3面に同日の会合で公表した。対象病院は全体の29・1%に当たり、ベッド数が比較にならない病院が多かった。対象の数は北海道の3%の順で割合が高かった。都道府県別では、新潟(53・7%)、北海道(48・6%)、宮城(47・5%)、山口(46・7%)、岡山(43・3%)の順で割合が高かった。

都道府県別の再編・統合対象病院割合

| 都道府県 | 公的病院数 | 対象病院数 | 割合(%) |
|-------|-------|-------|-------|
| ① 新潟 | 41 | 22 | 53.7 |
| ② 北海道 | 111 | 54 | 48.6 |
| ③ 宮城 | 40 | 19 | 47.5 |
| ④ 山口 | 30 | 14 | 46.7 |
| ⑤ 岡山 | 30 | 13 | 43.3 |
| ⑥ 愛知 | 57 | 9 | 15.8 |
| ⑦ 京都 | 26 | 4 | 15.4 |
| ⑧ 栃木 | 15 | 2 | 13.3 |
| ⑨ 東京 | 78 | 10 | 12.8 |
| ⑩ 沖縄 | 14 | 0 | 0 |

※割合は四捨五入



定例会見 石巻市役所

「病院再編」石巻市長憤り 村井知事「議論は必要」

亀山市長

「人口減少進む地域にとって市立病院の役割大きく 国に考えを伝えていきたい」

424施設から7施設を外し、20施設を 加えて440施設となった



新型コロナで 440病院リスト見直し

コロナ禍が襲
う！！

- 当初、424病院リストの検証期限については、機能の見直しについては2019年度中に、再編統合については2020年秋までに行うこととしていた
- 厚労省は、2020年3月4日の通知
 - 「今回の新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から『改めて整理する』」として、事実上の「期限延長」を決めた
- このため新型コロナ感染拡大を受けて、今回の424病院リストでもその感染症病床については再考が必要
- 全国の感染症病床の9割は公立・公的病院によって占められ、424病院の内、24病院が感染症指定病院だからだ。
- そして感染症病床はこれまで削減され続けてきた。

結局、地域医療構想は 尻つぼみ

...



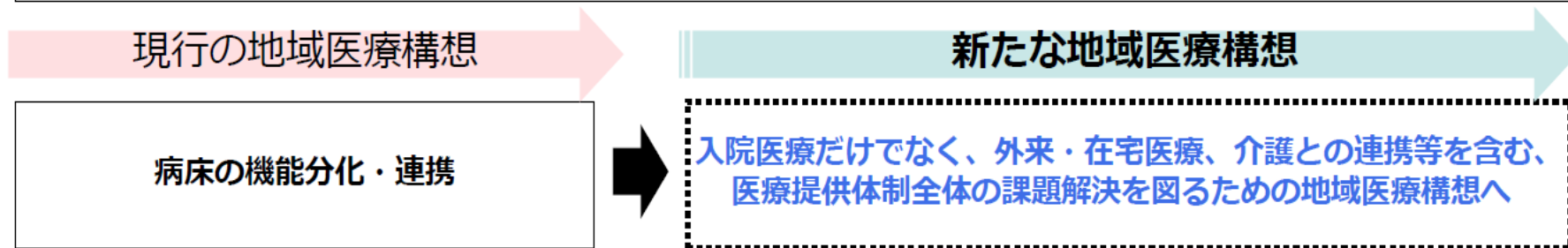
新たな地域医療構想等に関する検討会

2024年3月29日



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。



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。

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。

4つの医療機関機能

① 高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

② 在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

③ 救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

④ その他の機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

医育機能

より広域な観点で診療を担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）

現行の地域医療構想

3/13 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

議題：地域医療構想の更なる推進について

→ 年度内に2025年に向けた取組の通知を发出

夏頃 推進区域・モデル推進区域（仮称）の設定

アウトリーチ
の伴走支援

地域医療構想の取組
状況について、随時、
調査を実施した上で、
WGにおいて、進捗
状況の評価等を行う。

報告

WGの議論
の内容を新
検討会に報
告し、現行
の地域医療
構想の評
価・課題を
踏まえ、新
たな地域医
療構想の検
討を進める。

新たな地域医療構想

3月下旬 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）

※ 検討会を月1～2回程度開催

※ 医療部会に報告しながら検討を進める

1巡目の議論

・関係団体等からのヒアリング
・論点の提示、議論

夏～秋頃 中間まとめ（予定）

2巡目の議論

・制度改正の具体的な内容に関
する議論

年末 最終まとめ（予定）

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・发出

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）

改革のポイント

新地域医療構想へ向けて

新地域医療構想は、入院、外来の
包括的地域医療構想、
地域医療介護構想だ！



パート6

かかりつけ医機能



2023年5月12日

かかりつけ医機能の制度整備などを盛り込んだ改正医療法が可決成立した

改正医療法成立

- 5つのかかりつけ医機能
 - (1) 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
 - (2) 時間外診療を行う機能
 - (3) 病状急変時等に入院など必要な支援を提供する機能
 - (4) 居宅等において必要な医療を提供する機能
 - (5) 介護サービス等と連携して必要な医療を提供する機能



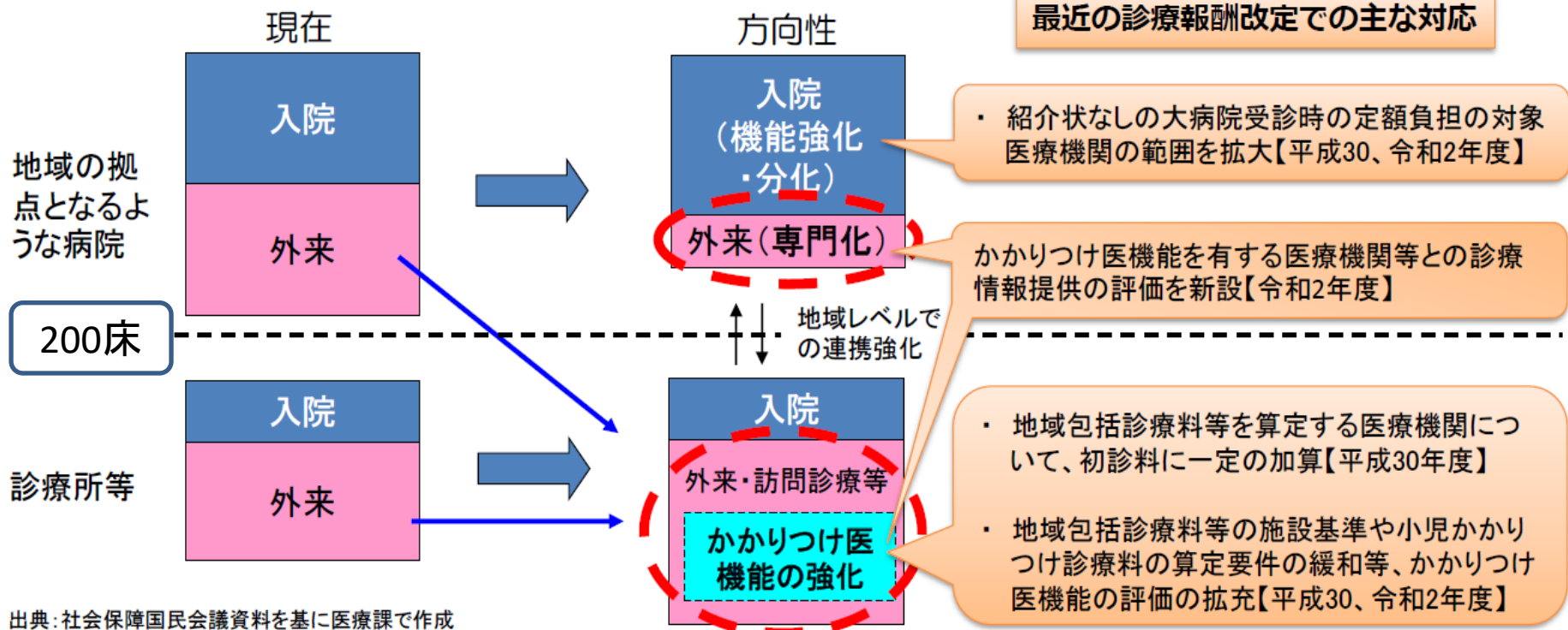
2023年5月12日

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい

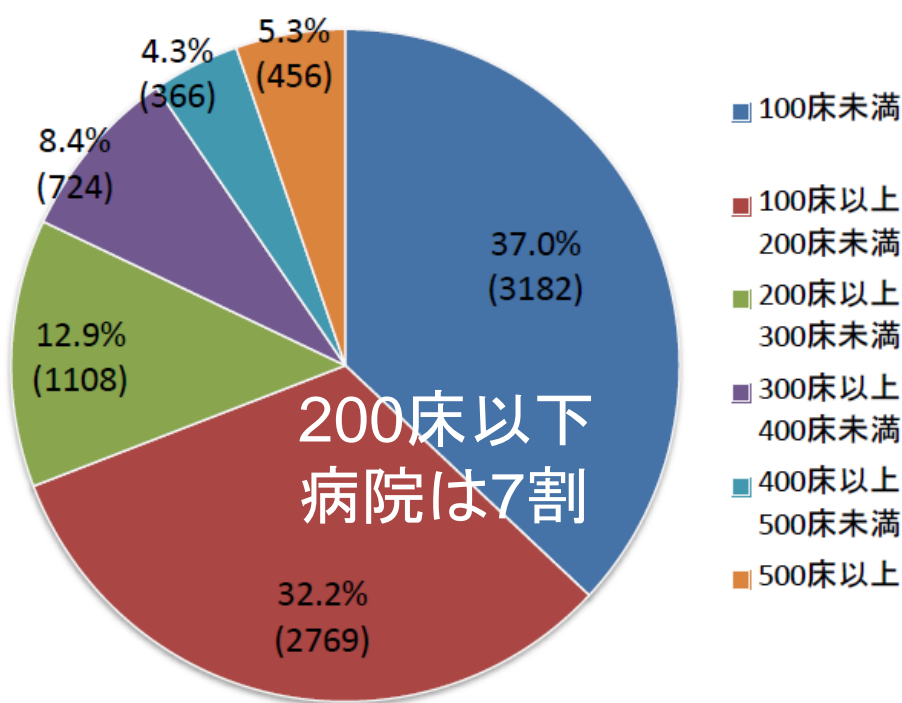
外来医療の役割分担のイメージ



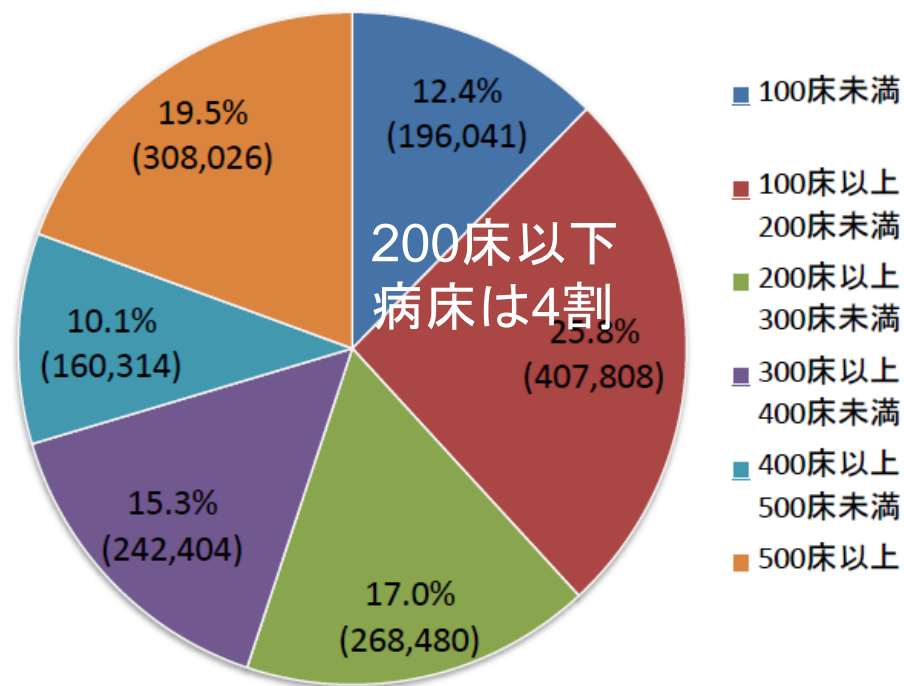
病床規模別病院数の割合

- 全病院8,605病院のうち、100床未満の病院は約4割を占め、100床以上200床未満の病院は約3割を占める。
- 全病床1,583,073床のうち、100床未満の病院の病床は約1割を占め、100床以上200床未満の病院の病床は約3割を占める。

全病院 (8,605病院)



全病床 (1,583,073床)



200床以下病院に 求められる 「かかりつけ医機能」



かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

- ◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方とりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

医療機能情報提供制度の拡充

- ◆ ～令和5年夏目途
 - ・今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。

- ◆ 令和6年度以降 2025年4月から
 - ・医療機能情報の公表の全国統一化（都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する）

- ・あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- ◆ 令和5年度頃 2023年度
 - ・医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討

- ◆ 令和6年度～令和7年度頃 2024年～2025年度
 - ・個々の医療機関からの機能の報告
 - ・地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論

- ◆ 令和8年度以降 2026年度
 - ・医療計画に適宜反映

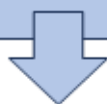
※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく
9 計画との関係性についても検討が必要

2025年4月から かかりつけ医機能報告制度 スタート！



【「かかりつけ医機能報告制度」の医療法上の立て付け】

対象医療機関（特定機能病院・歯科診療所以外の病院・診療所）



「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」**(1号機能)**を持つか否か、その内容は何か報告する



対象医療機関（特定機能病院・歯科診療所以外の病院・診療所）

「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」**(1号機能)**を持つ医療機関



▼時間外の診療▼病状が急変した場合の入院支援、病院等からの退院支援▼在宅医療対応▼介護連携—などの機能**(2号機能)**を持つか否か、その内容は何かを報告する

報告を求めるかかりつけ医機能「1号機能」

- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

■ かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

■ 具体的な機能（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を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

■ 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- 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
- 17の診療領域※1ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 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

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・脾臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後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て、改めて検討する。

令和6年7月5日「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」資料

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

| 傷病名 | 推計外来患者数(千人) | 主な診療領域 |
|----------------|-------------|---------------------|
| 高血圧 | 590.1 | 9. 循環器系 |
| 腰痛症 | 417.5 | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| 関節症(関節リウマチ、脱臼) | 299.4 | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| かぜ・感冒 | 230.3 | 6. 呼吸器、17.小児 |
| 皮膚の疾患 | 221.6 | 1.皮膚・形成外科、17.小児 |
| 糖尿病 | 210 | 14. 内分泌・代謝・栄養 |
| 外傷 | 199.1 | 16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児 |
| 脳血管障害 | 153.4 | 14. 内分泌・代謝・栄養 |
| 下痢・胃腸炎 | 124.9 | 7. 消化器系 |
| 慢性腎臓病 | 124.5 | 10. 腎・泌尿器系 |
| がん | 109.2 | - |
| 喘息・COPD | 105.5 | 6. 呼吸器、17.小児 |
| アレルギー性鼻炎 | 104.8 | 6. 呼吸器、17.小児 |
| うつ(気分障害、躁うつ病) | 91.4 | 3. 精神科・神経科 |
| 骨折 | 86.6 | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| 結膜炎・角膜炎・涙腺炎 | 65 | 4. 眼 |
| 白内障 | 64.4 | 4. 眼 |
| 緑内障 | 64.2 | 4. 眼 |
| 骨粗しょう症 | 62.9 | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| 不安・ストレス(神経症) | 62.5 | 3. 精神科・神経科 |
| 認知症 | 59.2 | 2. 神経・脳血管 |
| 脳梗塞 | 51 | 2. 神経・脳血管 |

| 傷病名 | 推計外来患者数(千人) | 主な診療領域 |
|-------------------|-------------|---------------|
| 統合失調症 | 50 | 3. 精神科・神経科 |
| 中耳炎・外耳炎 | 45.8 | 5. 耳鼻咽喉、17.小児 |
| 聴覚障害 | 41.9 | 3. 精神科・神経科 |
| 不整脈 | 41 | 9. 循環器系 |
| 近視・遠視・老眼 | 39.1 | 4. 眼、17.小児 |
| 前立腺肥大症 | 35.3 | 10. 腎・泌尿器系 |
| 狭心症 | 32.3 | 9. 循環器系 |
| 正常妊娠・産じょくの管理 | 27.9 | 11. 産科 |
| 心不全 | 24.8 | 9. 循環器系 |
| 便秘 | 24.2 | 7. 消化器系 |
| 頭痛(片頭痛) | 19.9 | 2. 神経・脳血管 |
| 末梢神経障害 | 17.2 | 2. 神経・脳血管 |
| 難聴 | 17.1 | 5. 耳鼻咽喉 |
| 頸腕症候群 | 17 | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| 更年期障害 | 16.8 | 12. 婦人科 |
| 慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎) | 15.3 | 8. 肝・胆道・脾臓 |
| 貧血 | 12.3 | 15. 血液・免疫系 |
| 乳房の疾患 | 10.5 | 13. 乳腺 |

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download/stat/infid/0000322119845/fileKind-1>

【上記例の設定の考え方】

- ・一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加、ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

報告を求めるかかりつけ医機能「2号機能」

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援
 - ・在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供
 - ・在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ・介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

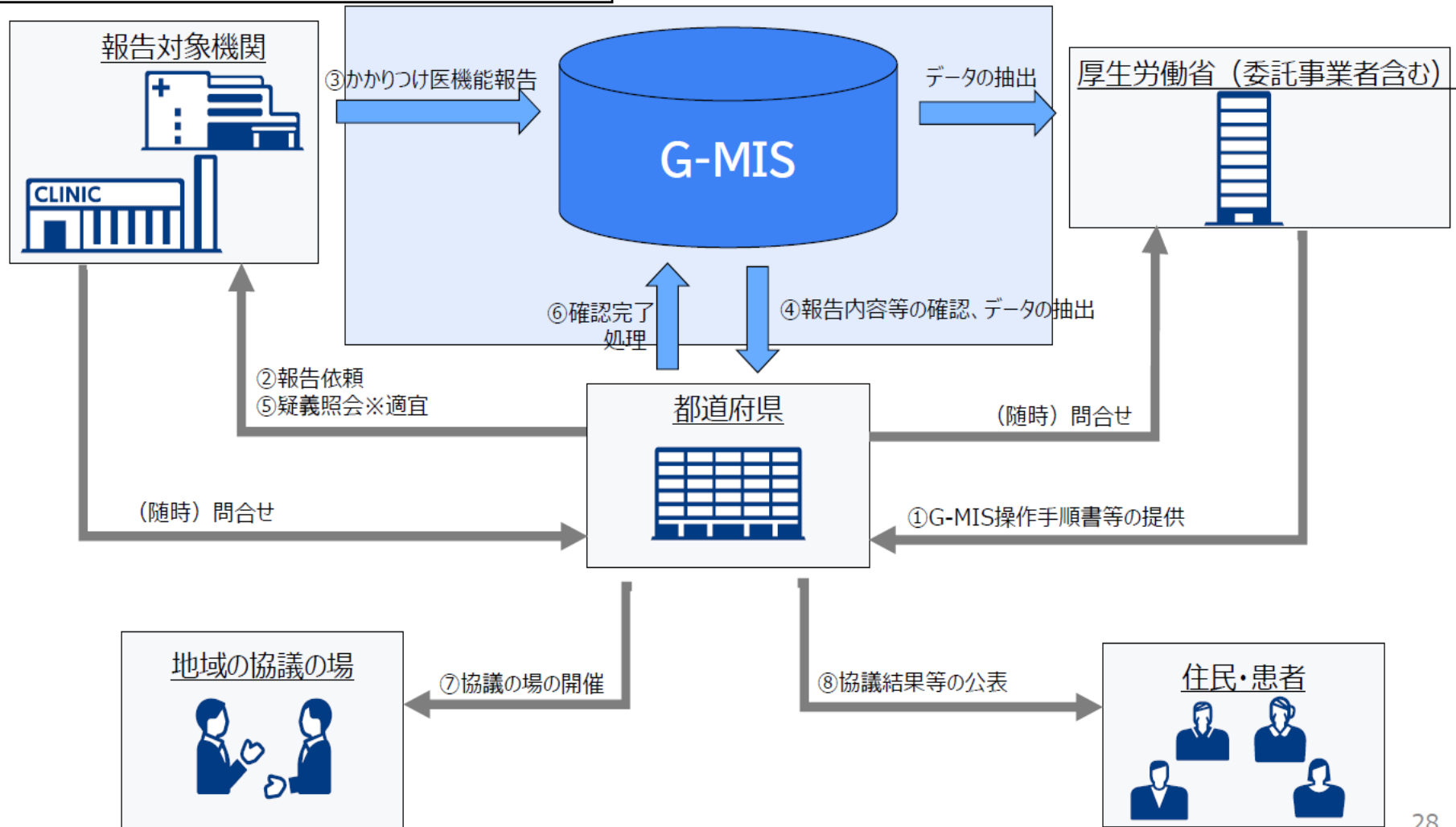
■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日 夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
 - ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
 - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
 - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
 - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
 - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
 - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
 - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
 - ⑤ ACPの実施状況

G-MISを用いた報告関連業務のイメージ（想定）

- かかりつけ医機能報告制度は、医療機関等情報支援システム（G-MIS）を活用して報告対象機関からの報告業務を実施することを予定している。
- また、報告業務に関しては医療機能情報提供制度と同時期に実施し、業務スキームについても同様のものとしていく想定。

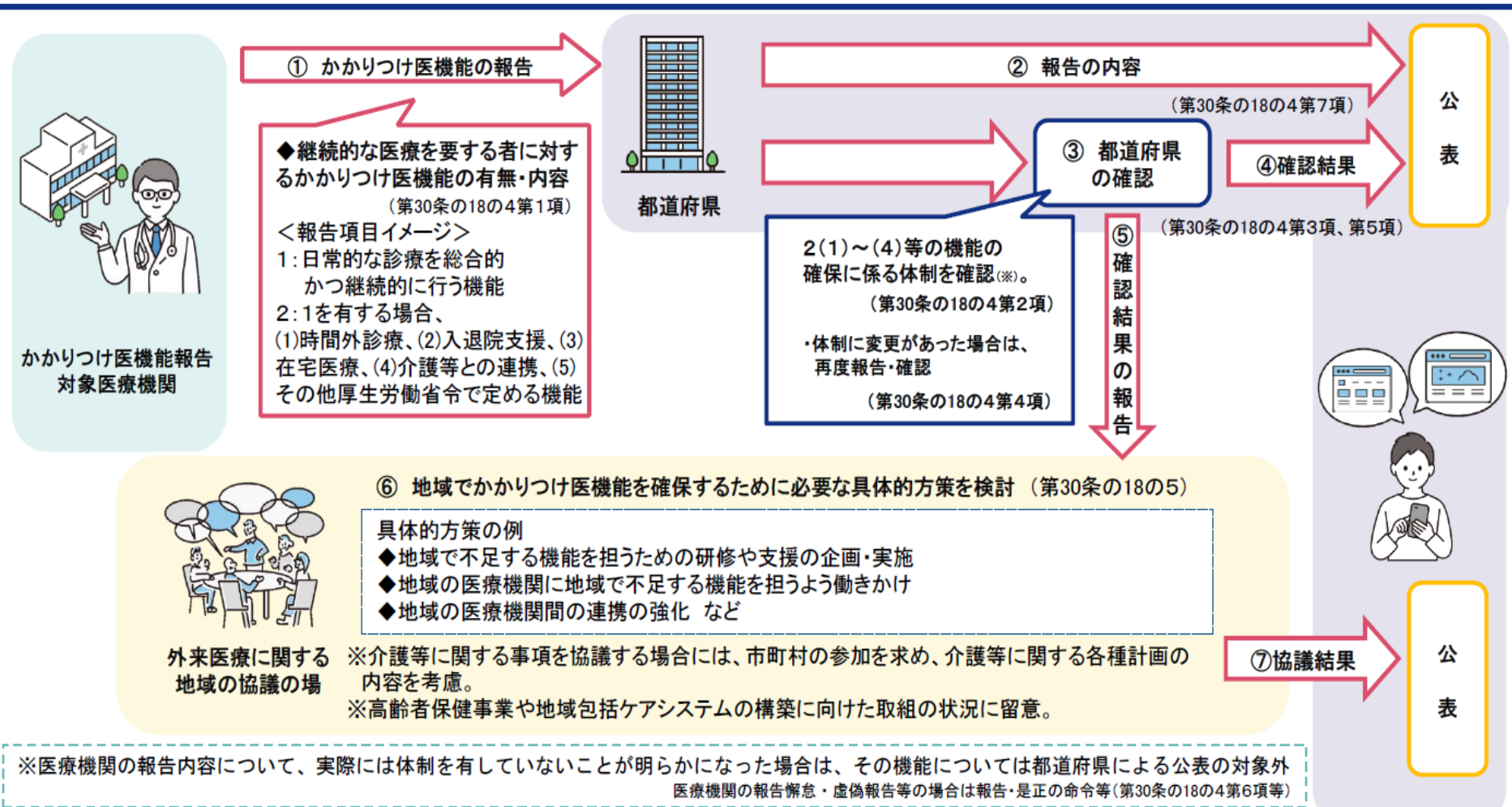
想定されるスキーム図 ※現時点の想定であり、今後詳細を検討予定。



かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

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



総合診療医の活用

A hand holding a white puzzle piece against a background of a puzzle with one blue piece. The puzzle pieces are white with a blue piece in the center. The hand is holding a white piece that is being placed into the puzzle.

地域包括ケアシステムの
ラストピース

ポスト2025年に 必要なのは総合診療医！



表3：総合診療医に求められるコアコンピテンシー（中核的な能力）

①人間中心のケア

- 患者中心の医療
- 家族志向の医療・ケア
- コミュニケーション

②包括的統合アプローチ

- 未分化な問題、不確実性・複数の健康問題
- 地域を意識したマネジメント
- 健康増進・予防・リハビリテーション
- 継続性

③連携重視のマネジメント

- 多職種連携
- 病診連携
- 組織全体のマネジメント（質改善含む）

④地域志向アプローチ

- 地域の健康福祉行政などへの参画
- 地域の健康問題への対応

⑤公益に資する職業規範

- 倫理性・説明責任
- ワークライフバランス
- 教育研究

⑥診療の場の多様性

- 外来医療
- 救急医療
- 病棟医療
- 在宅医療

出典：日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを基に作成

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域（29 領域）

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

19番目の専門医として2018年から


基本領域（19 領域）

内科 小児科 皮膚科 精神科 外科 整形外科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 病理 臨床検査 救急科 形成外科 リハビリテーション科

総合診療

総合診療医の専攻医数

| | 2023年度 | | 2022年度 | |
|------------|--------|-------|--------|-------|
| 内科 | 2,855 | 30.6% | 2,915 | 30.9% |
| 小児科 | 526 | 5.6% | 551 | 5.8% |
| 皮膚科 | 348 | 3.7% | 326 | 3.5% |
| 精神科 | 562 | 6.0% | 571 | 6.0% |
| 外科 | 835 | 9.0% | 846 | 9.0% |
| 整形外科 | 651 | 7.0% | 644 | 6.8% |
| 産婦人科 | 481 | 5.2% | 517 | 5.5% |
| 眼科 | 310 | 3.3% | 343 | 3.6% |
| 耳鼻咽喉科 | 203 | 2.2% | 256 | 2.7% |
| 泌尿器科 | 338 | 3.6% | 310 | 3.3% |
| 脳神経外科 | 217 | 2.3% | 237 | 2.5% |
| 放射線科 | 341 | 3.7% | 299 | 3.2% |
| 麻酔科 | 466 | 5.0% | 494 | 5.2% |
| 病理 | 93 | 1.0% | 99 | 1.0% |
| 臨床検査 | 36 | 0.4% | 22 | 0.2% |
| 救急科 | 408 | 4.4% | 370 | 3.9% |
| 形成外科 | 234 | 2.5% | 253 | 2.7% |
| リハビリテーション科 | 136 | 1.5% | 145 | 1.5% |
| 総合診療 | 285 | 3.1% | 250 | 2.6% |
| 合計 | 9,325 | | 9,448 | |



私のニューヨーク留学体験(1987年、1988年)
ニューヨーク州立大学ダウンステートメデイカルセンター
家庭医療課

旧厚生省からの留
学で家庭医療を学
びにNYの
ブルックリンへ

State University of New York Downstate Medical Center Department of Family Medicine



SUNY Downstate Medical Center

Department of Family Medicine

Monthly Schedule

The following monthly schedule is for Family Medicine Residents.

PGY 1

1. Community Medicine
2. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
3. GYN Outpatient
4. Internal Medicine
Inpatient (2 Months)
5. Newborn
6. OB Inpatient
7. OB Outpatient
8. Pediatric Inpatient
9. Orthopedics Outpatient
10. Fast Track
11. Vacation

PGY 2

1. Adult ER
2. Behavioral Science
3. Community Medicine
4. Elective
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Geriatrics
7. ICU
8. Night Float
9. Ophthalmology
10. Pediatric ER
11. Surgery Inpatient
12. Vacation
13. Dermatology

PGY 3

1. Cardiology
2. Community Medicine
3. Elective (2 Months)
4. ENT Outpatient
5. Family Medicine
Inpatient (2 Months)
6. Night Float
7. Orthopedics Outpatient
8. Pediatric Outpatient
9. Surgery Outpatient
10. Urology Outpatient
11. Fast Track
12. PCMH
13. Vacation

Curriculum

The Curriculum

Monthly Schedule

Conference Schedule



家庭医療課のレジデントプログラム

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|----|---------|------|------|---------|------|------|----|
| 午前 | 病棟 | 新患外来 | 予約外来 | 病棟 | 救急 | 研修単位 | 休み |
| 午後 | カンファレンス | 禁煙外来 | 訪問診療 | カンファレンス | 当直明け | 休み | 休み |
| 夜間 | 夜間内科当番 | | | 夜間診療+当直 | | | |

ニューヨーク市ブルックリンの キングスカウンティ病院ERや在宅医療の ローテーションした



Kings County Hospital Center

日本に帰国して みたら……



- 1985年 「家庭医に関する懇談会」
 - 日本医師会が厚労省主導の家庭医に大反対
 - 医師会はかかりつけ医を主導
- 2004年 新医師臨床研修制度
 - 各診療科のローテーション
- 2018年 新専門医制度
 - 19番目の基本領域に「総合診療専門医」が位置付けられた

1988年に帰国したが、日本医師会の
家庭医構想大反対の中、
家庭医の留学経験は
全く活かされなかった・・・



pixta.jp - 36657780

「隠れ家庭医」として地下に潜行

パート8

異次元の少子化対策



少子化歯止めのラストチャンス

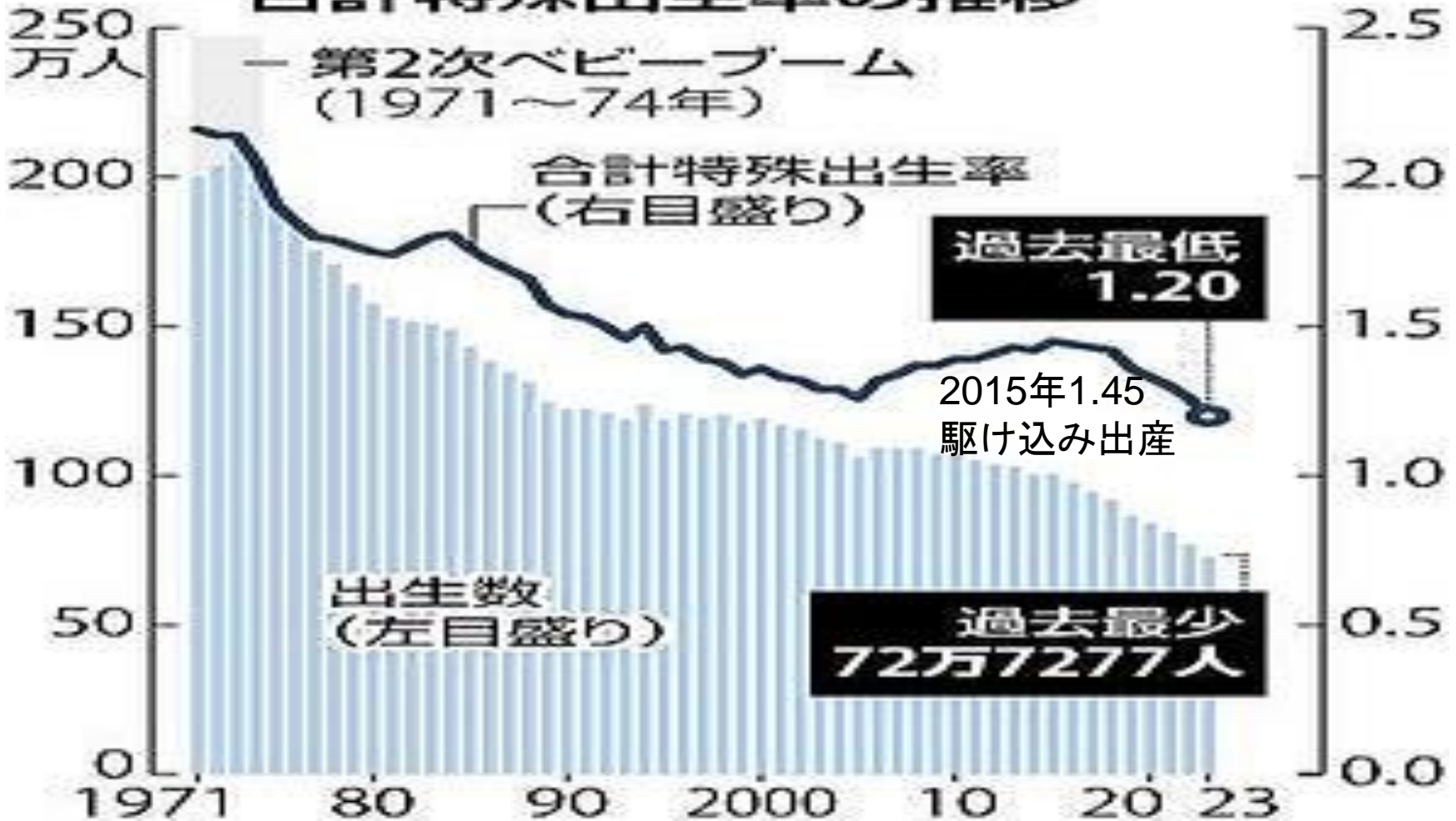
2023年合計特殊出生率1.20

第1次ベビーブーム

合計特殊出生率4越え

東京0.99

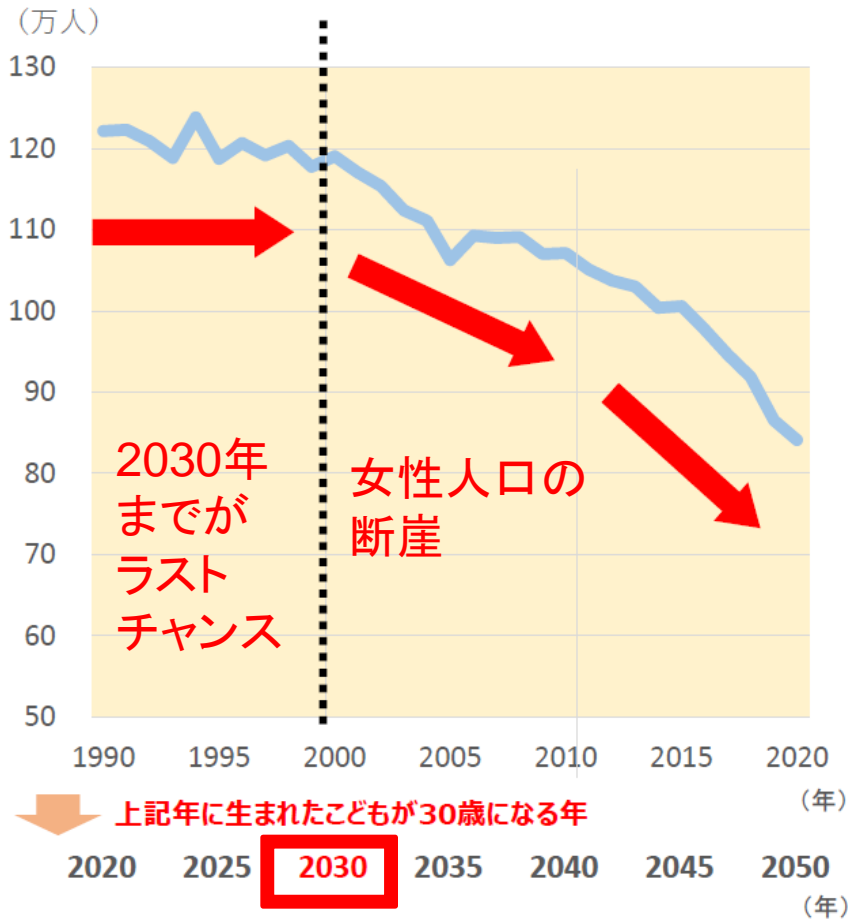
出生数と合計特殊出生率の推移



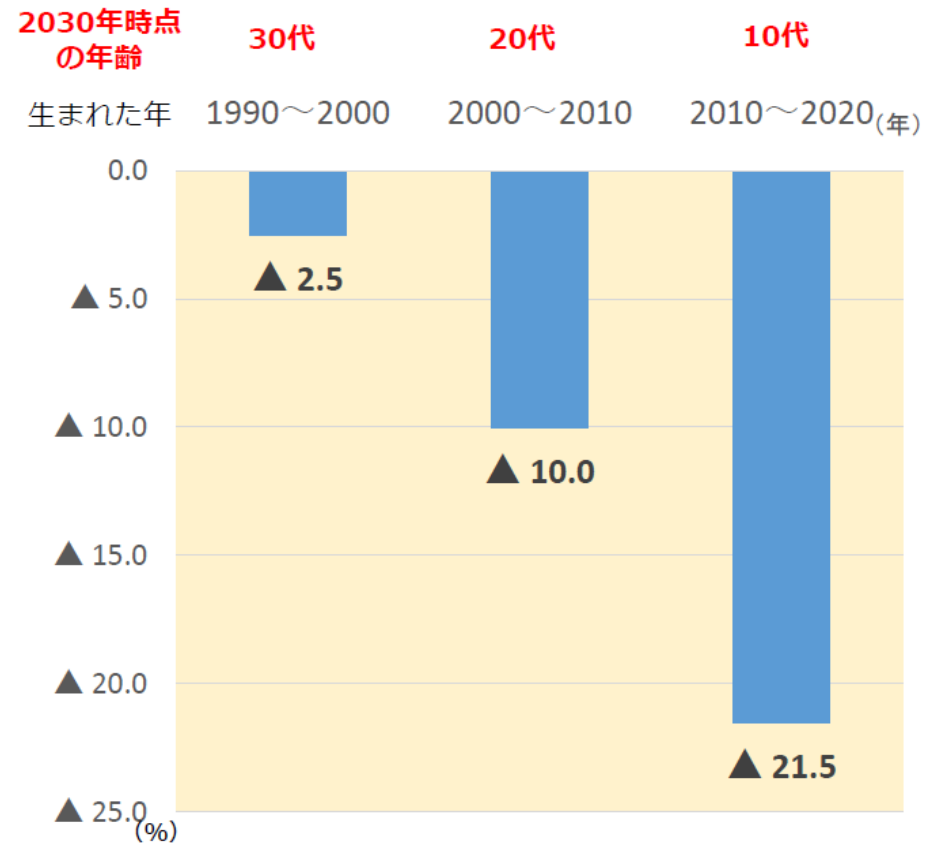
人口減少の特徴＝「時間」との闘い①

○2030年代に入ると、若年人口は現在の倍速で急減し、少子化はもはや歯止めの利かない状況に。
2030年代に入るまでのこれからの6～7年が、少子化傾向を反転できるかどうかのラストチャンス。

(年間出生数の推移)



(出生年(10年間)ごとの減少割合)



資料:厚生労働省「人口動態統計」を基に作成

2030年までが ラストチャンス！



女性人口のナイアガラの滝
2030年

「異次元の少子化対策」 とは



内閣官房参与(社会保障、人口問題担当)

内閣官房全世代型社会保障構築本部総括事務局長

山崎 史郎

ミスター
介護保険

※文中の意見にわたる部分は個人的な意見である。

「不戦敗」の歴史—日本はこれまで3度のチャンスがあった

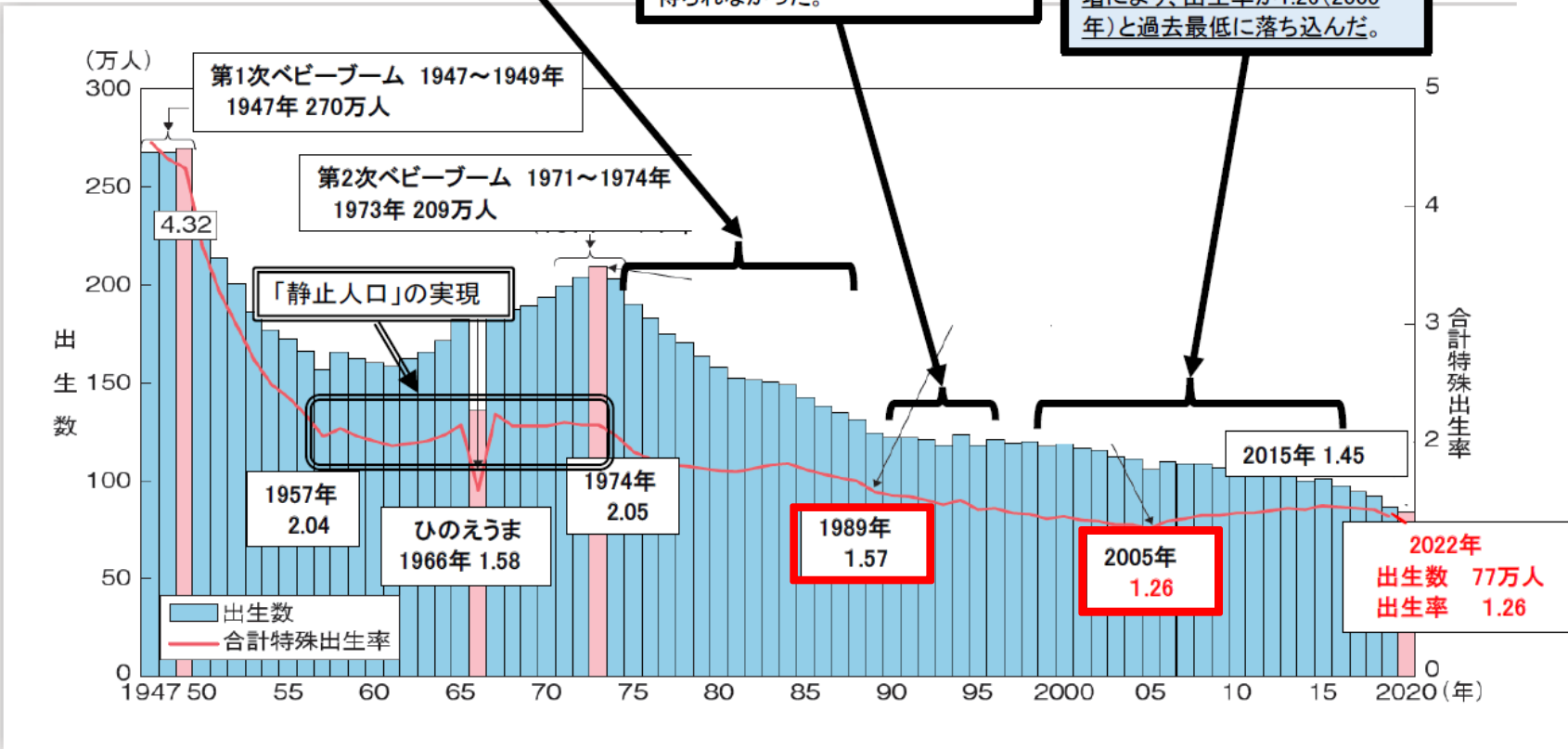
日本の少
子化対策
は失敗の
歴史

年間出生数と合計特殊出生率の推移

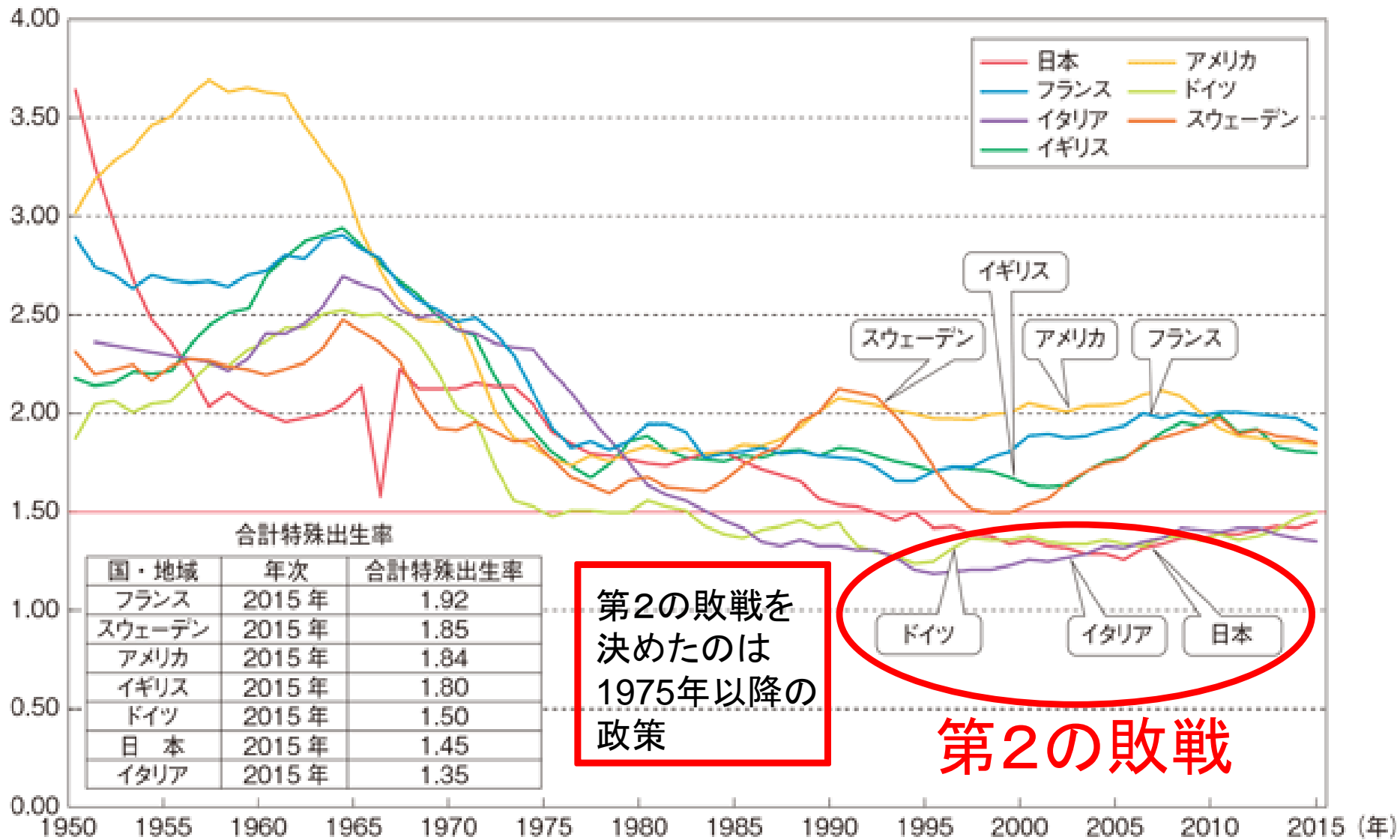
●第1の敗北(1970年代後半～80年代)
「出産奨励のタブー視」
・出産奨励策はタブー視され、対策は全く講じられなかった。専門家は、出生率は、いずれ回復するだろうと楽観的見通し

●第2の敗北(1990年代前半)
「政策の後回し」
・政府が少子化対策に初めて取り組んだが、質量ともに十分でなく、子育て制度拡充に関係者の理解が得られなかった。

●第3の敗北(1990年代後半～2010年代前半)
「世代の喪失」
・「第3次ベビーブーム」が期待されたが、経済危機が発生する中で、晩婚化の進行、未婚者の急増により、出生率が1.26(2005年)と過去最低に落ち込んだ。



資料：厚生労働省「人口動態統計」を基に作成。



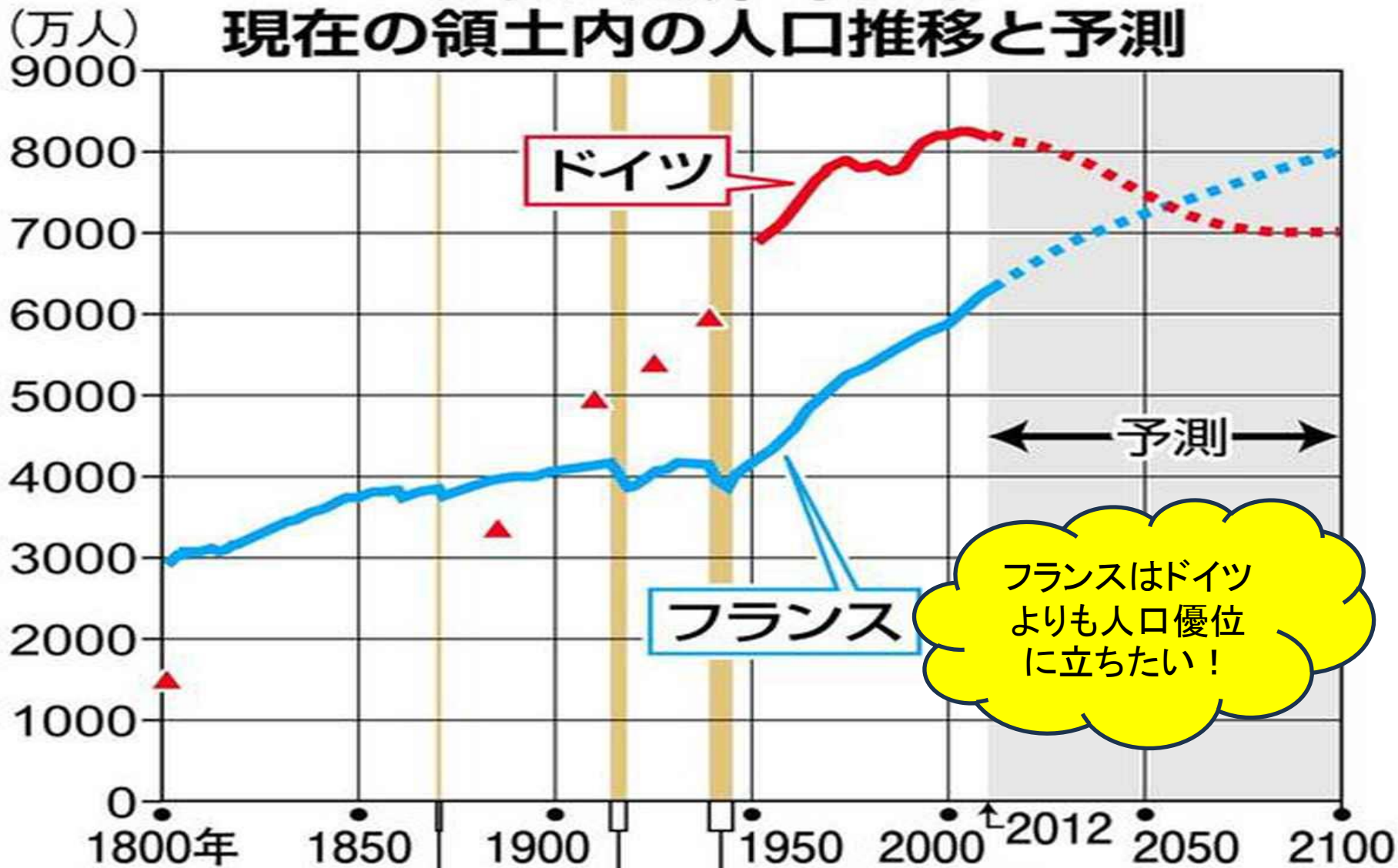
資料：1959年までUnited Nations “Demographic Yearbook”等、1960年以降はOECD Family databases (2017年5月更新版) 及び厚生労働省「人口動態統計」を基に内閣府作成。

ドイツとフランスに見る 少子化対策



ドイツとフランスはライバル同士

フランス、ドイツの 現在の領土内の人口推移と予測



1870~71年 普仏戦争

1914~18年 第一次世界大戦

1939~45年 第二次世界大戦

※2012年現在、フランス人口研究所資料から。▲は推計値

フランスの結婚・結婚外別の出生数

※仏国立統計経済研究所データより

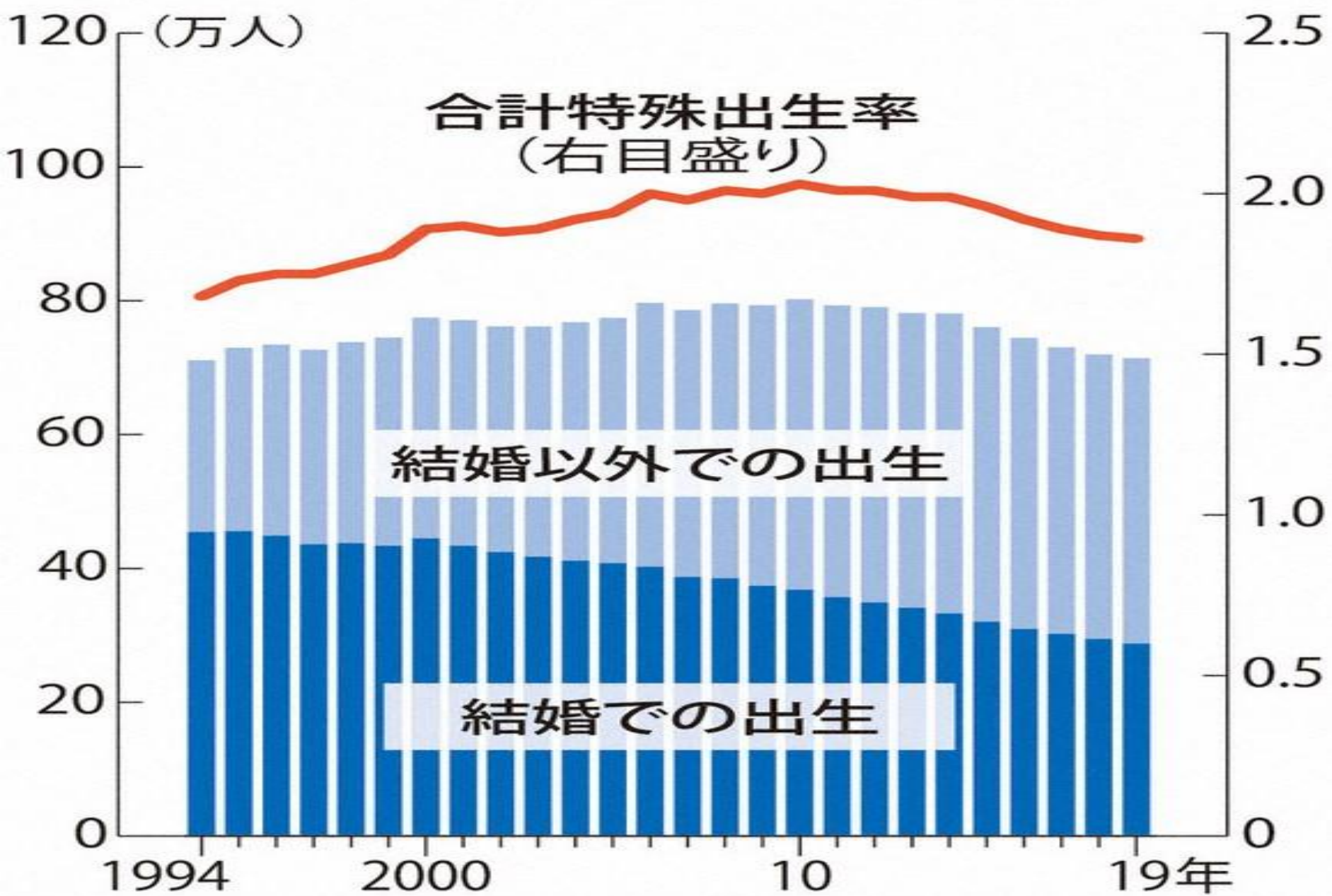
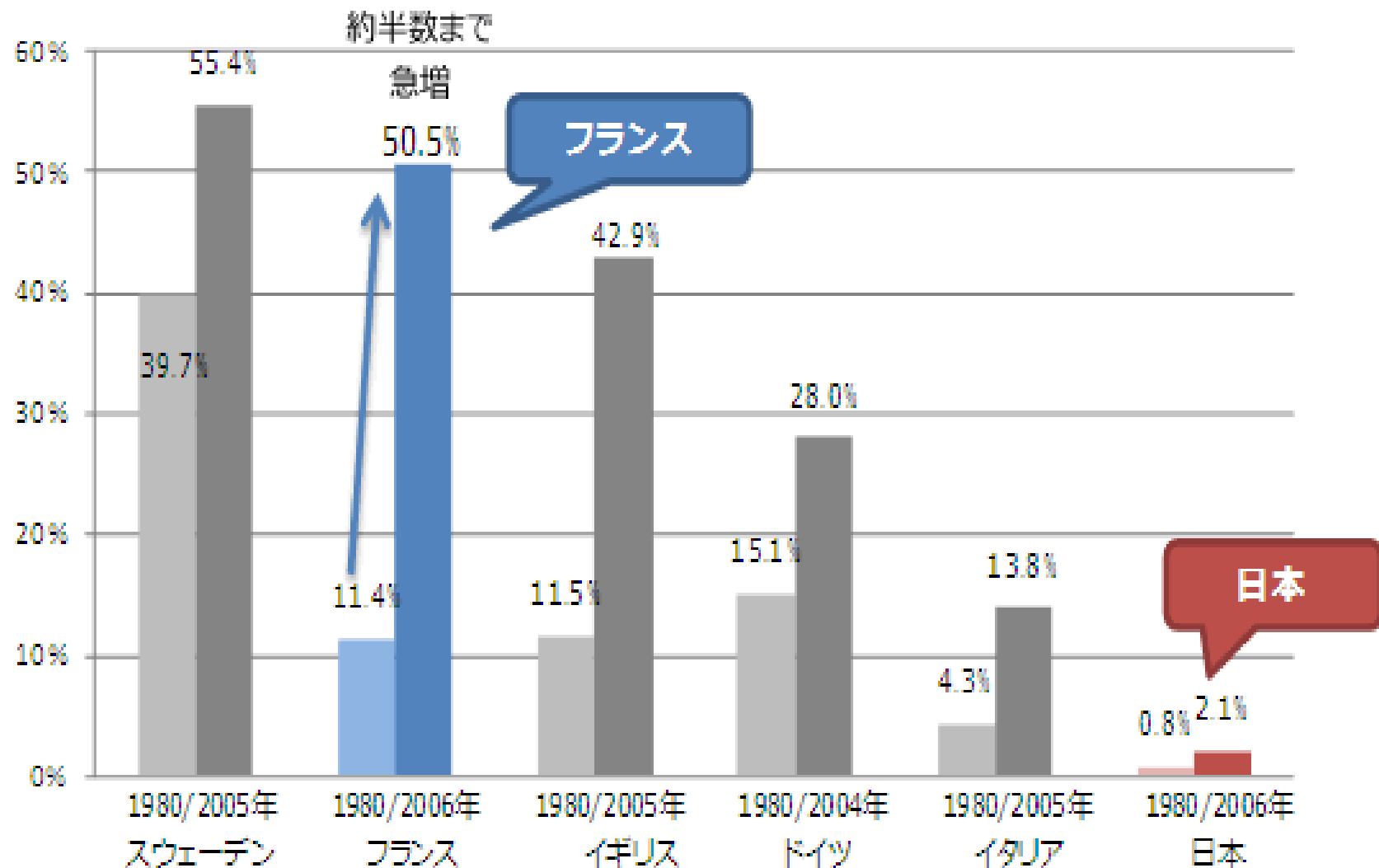


図9 婚外子の割合（フランス/日本）



※結婚していない母からの出生数が全出生数に占める割合

(出所) 厚生労働省「人口動態統計」、フランス国立統計経済研究所「人口動態統計」、Eurostat Yearbook、Council of Europe

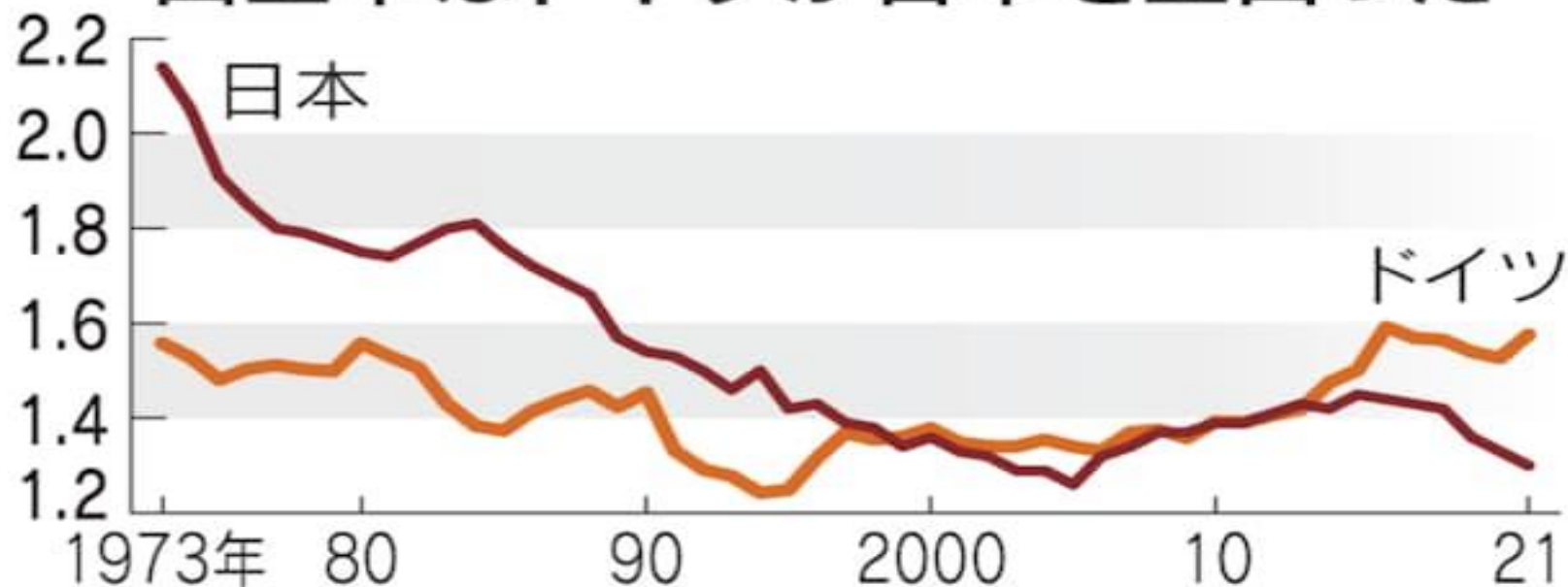
フランスの出生率は戦後最低水準

マクロン
大統領
(ロイター)

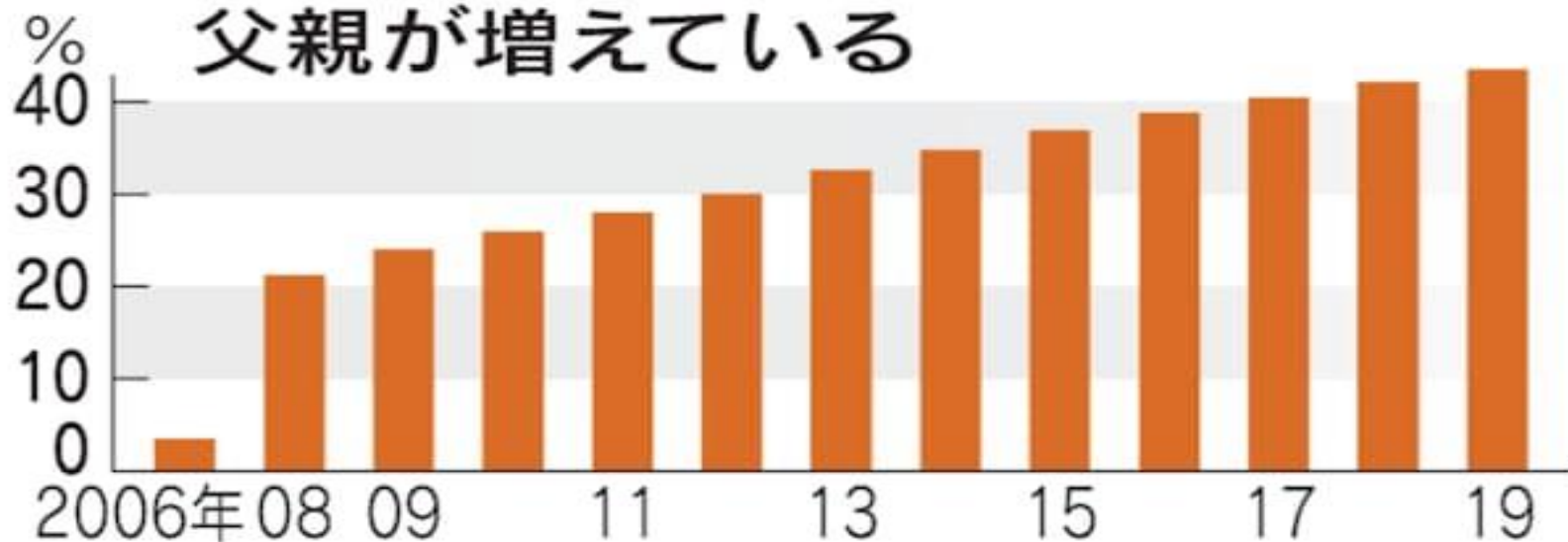


(仏国立統計経済研究所のデータから作成)

出生率はドイツが日本を上回った



ドイツは育休給付を受給する父親が増えている

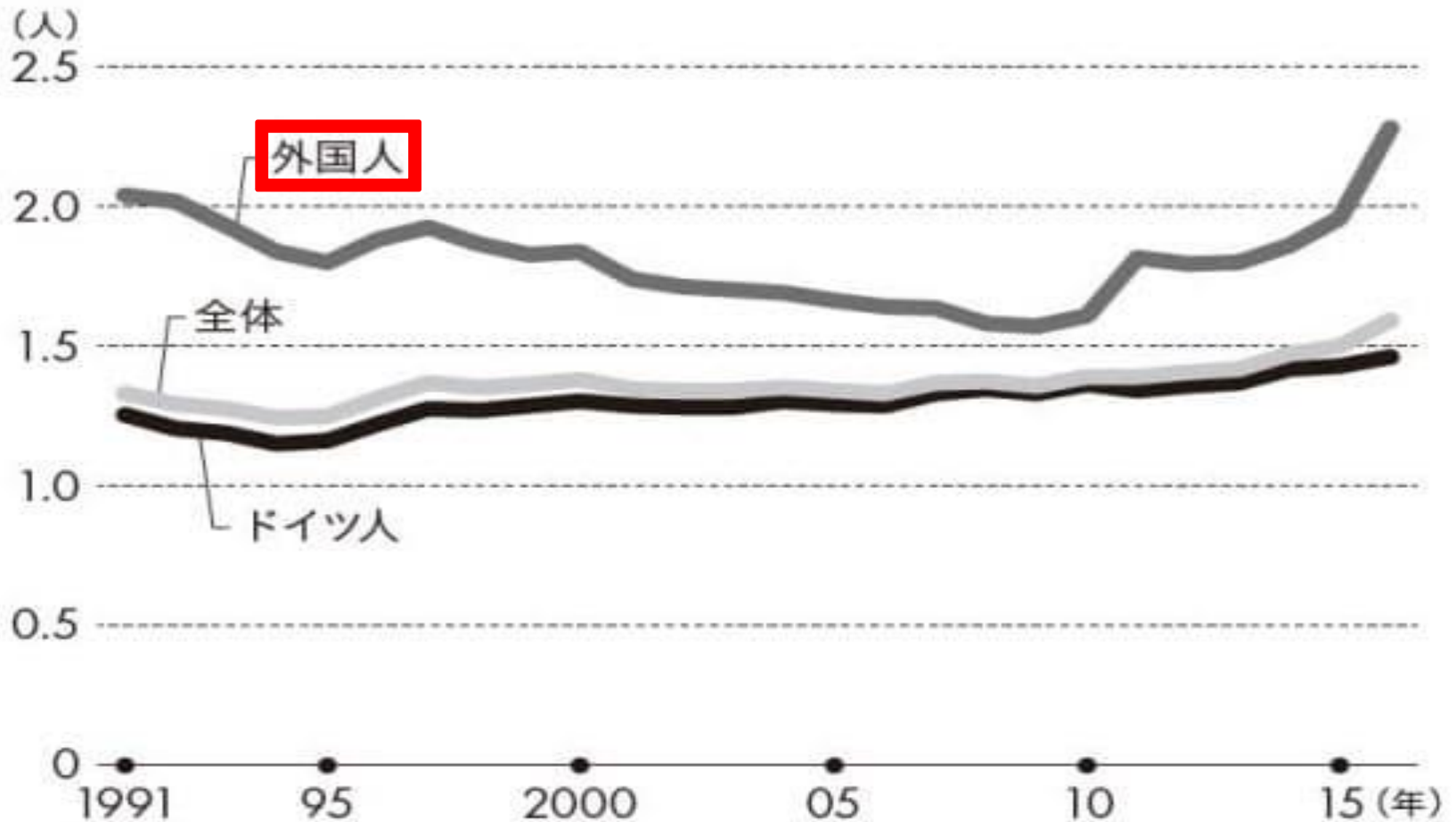


■日本とドイツの名目GDPの推移



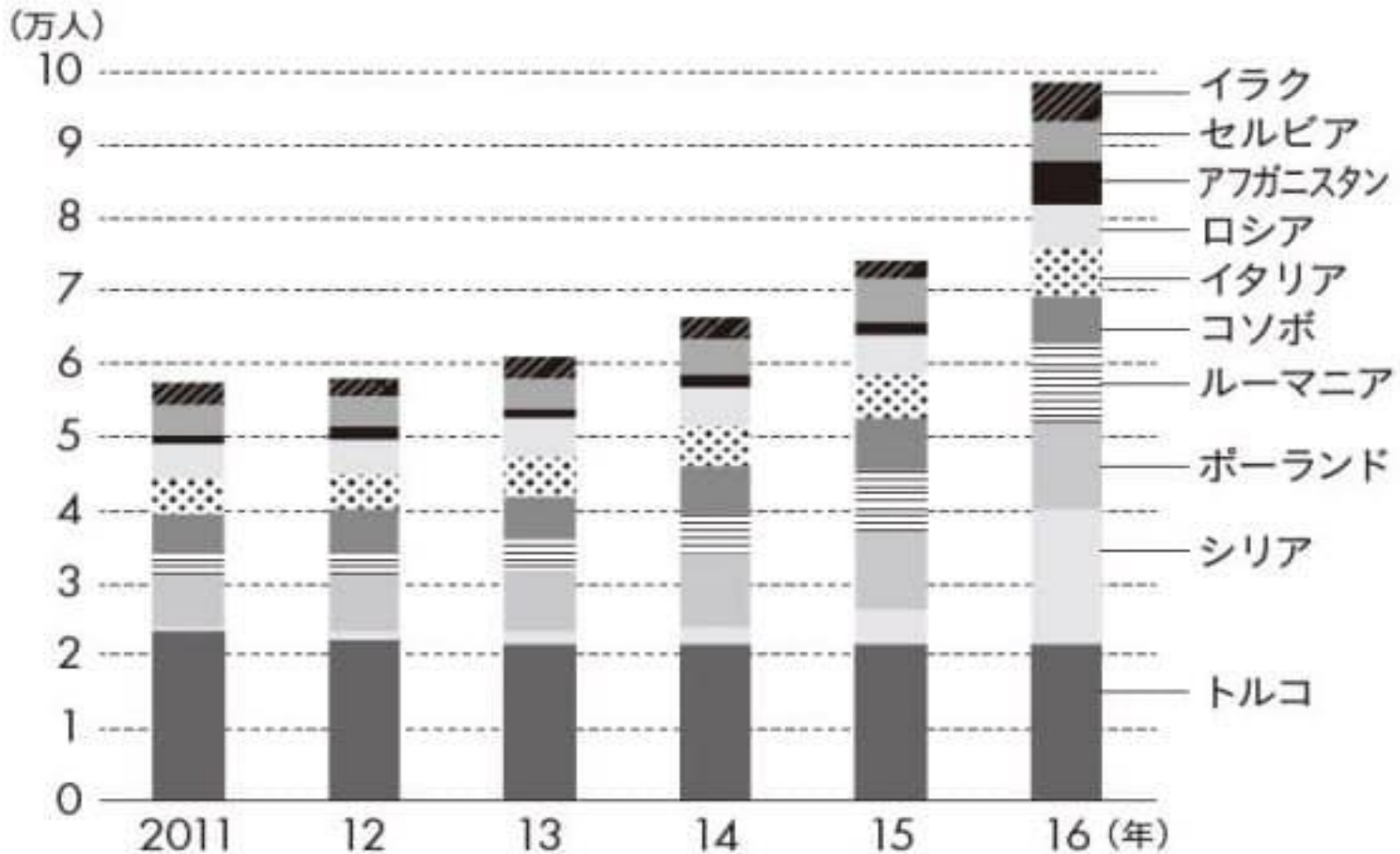
※IMFの資料から

ドイツでは外国人の出生率が伸びている



出所：ドイツ連邦統計局資料に基づき筆者作成

主な外国人新生児の内訳推移



出所：ドイツ連邦統計局2018年3月28日発表資料に基づき筆者作成

子育て支援への公的支出の 主要国比較(対GDP比)

(少子化社会対策白書より)



※国内総生産(GDP)に占める児童手当、保育サービス費、育児休業給付などの公的支出の割合

少子化対策法案



「異次元の少子化対策」とは何か

○重要なのは、「目新しさ」ではない

- ・今求められているのは、これまでの「遅れ」を一気に取り戻すこと。多くの施策の「既視感」は、長らく指摘されてきたのに、解決されないで残っているため

○これまでとは「異なるアプローチ」=異次元

◆2030年までを「ラストチャンス」として、『一挙解決』を目指す

- ・「加速化プラン」: 3年間(2024~2026年度)、予算規模は3兆円半ば。
- ・2030年代初頭までに、予算倍増を目指す。

◆少子化に関する「総合的な対策」に取り組む

- ・若い世代の所得増、雇用安定・経済的支援(育児、教育費など)
- ・支援サービス(保育、伴走型支援、地域支援) ・プレコンセプションケア・不妊治療
- ・共働き・共育て(育休、働き方改革)

◆政策理念の転換、社会・職場の意識改革に取り組む

- ・「普遍的家族政策」の考え方(こども誰でも通園制度)
- ・意識改革(男性育休、時短など多様な働き方、こども・子育てにやさしい社会づくり)に取り組む。そのためには、「トップダウン」による決断と実行も。

政府が目指す少子化対策の財源確保策

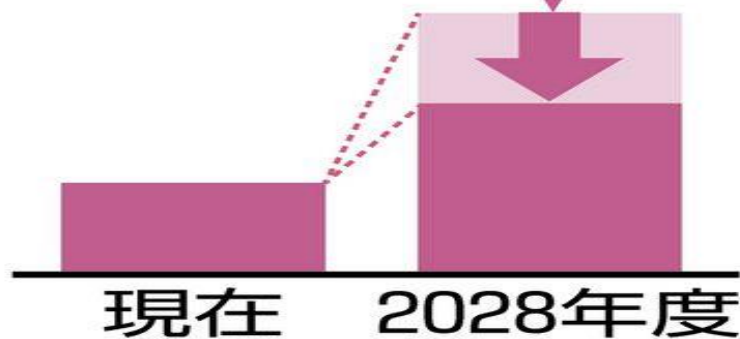
年約3.6兆円

既定予算の
組み替え
約1.5
兆円

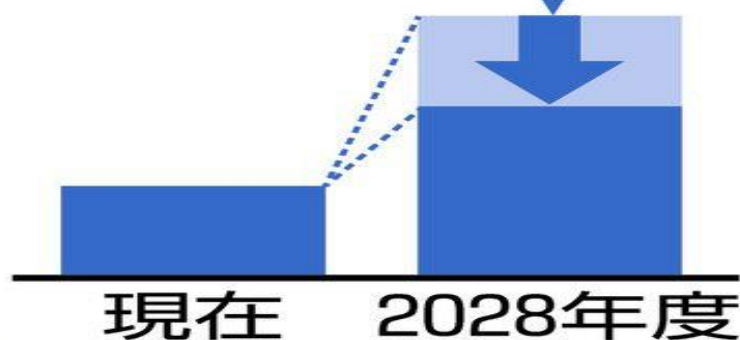
社会保障の
歳出改革
約1.1
兆円

支援金
制度
約1兆円

医療・介護分野の
歳出増を抑え、
浮いた分を
財源として充当



歳出改革で保険料
負担の伸びを抑え、
浮いた分の範囲内
で「支援金」を徴収



総合経済対策案の重点事項(こども家庭庁)

三原じゅん子
内閣府特命担当大臣
(こども政策、少子化対策担当)

「すべてのこども・若者の幸せと未来を守る」との決意の下、取組を強化・加速

- ① 働き方改革の推進
- ② こどもの安全・安全の確保
- ③ 子育て支援の充実
- ④ 子育て世代の就業支援
- ⑤ 子育て世代の就業支援
- ⑥ 子育て世代の就業支援
- ⑦ 子育て世代の就業支援
- ⑧ 子育て世代の就業支援
- ⑨ 子育て世代の就業支援
- ⑩ 子育て世代の就業支援



2030年までに
合計特殊出生率を
反転できるか？

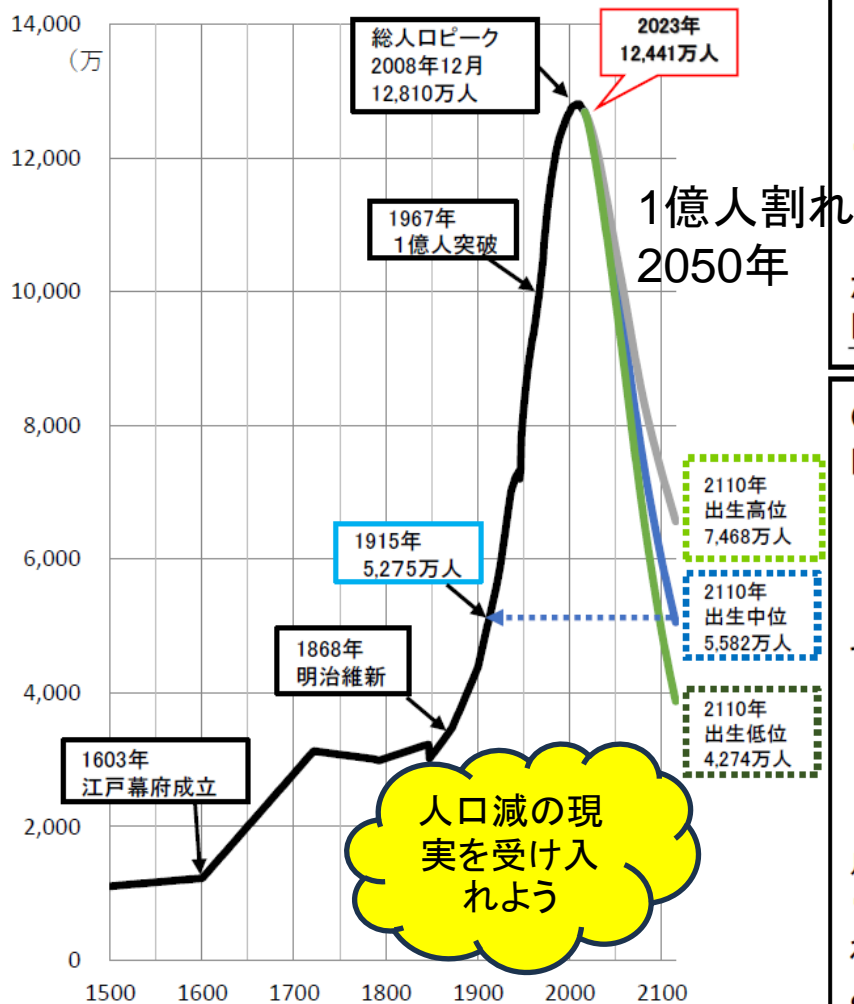
三原じゅん子先生でも



ムリです

人口減少がもたらす影響—「超高齢化」と「縮小スパイラル」

(図) 日本の長期的な人口推移



※将来人口は、2023年推計

●人口減少社会とは「超高齢社会」

- ・ 現在1億2500万人の日本の人口は、このままいけば2110年には5000万人を切る。今から100年前の1915年は同じ人口規模だったのだから、昔に戻るだけではないかという意見もある。
- ・ しかし、そうした意見は高齢化の問題を度外視している。人口減少は、かならず「高齢化」を伴う。1915年の日本は高齢化率5%の若々しい国であったが、将来予想されている日本は、高齢化率が40%の「年老いた国」である。

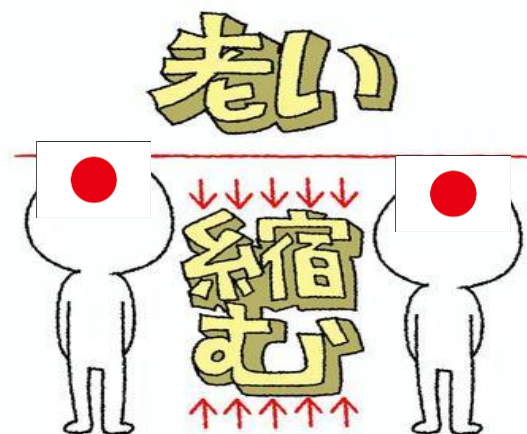
●経済への影響

「人口が減るとことは国内マーケット規模が減ってしまうことを意味する。国内マーケットが減ってしまうと、経営者はどうするかという、相対的により収益の上がるマーケットに設備投資をする。そうすると、国内への設備投資が減ってしまう。設備投資が減れば、イノベーションが国内では減る。イノベーションが減れば、生産性は減ってしまう。日本経済はマイナススパイラルに陥ってしまう危険性が非常に強い。」(出典)内閣府「選択する未来2.0」第1回議事要旨(2020年3月)P4~5、三村明夫氏発言

- ・ 人口減少による影響はまず消費需要の低下に表れ、それが投資の低下を招き、その結果、進歩は止まり、失業と貧困が増加。また、高齢化によって、若年層の労働意欲・生産性が低下し、広範な社会心理的停滞が起きる。(スウェーデン経済学者、グンナー・ミュルダール)

古い縮む日本！

- 2050年代日本の人口は1億人を割る
- 2050年代日本は1960年代の人口に戻る
- しかし違いは高齢化率
- 1960年代は高齢化率は6%、
- 2050年代の高齢化率は40%



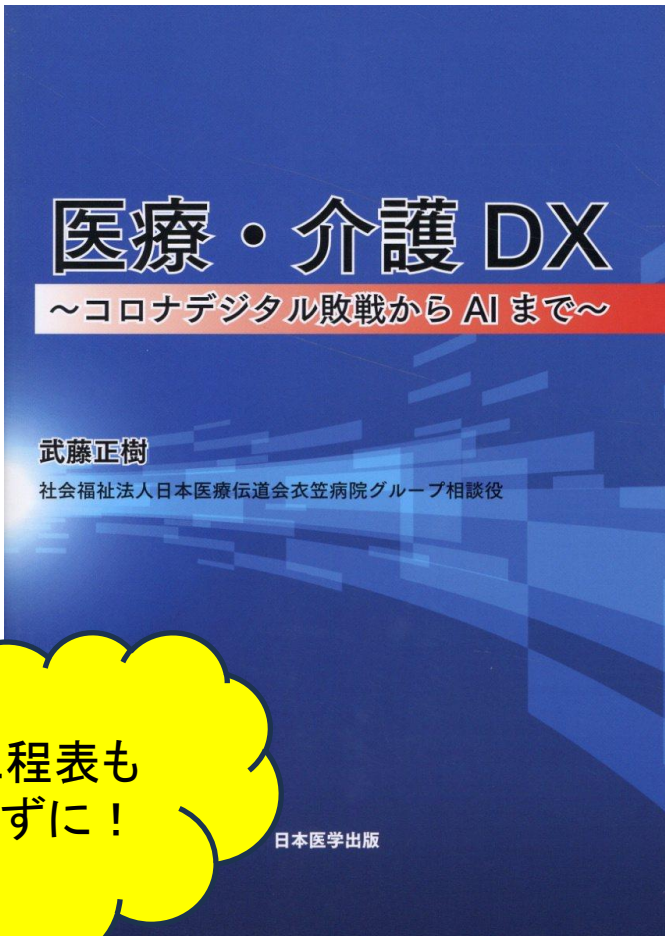
まとめと提言



- ポスト2025年の改革ロードマップ
- 改革の節目の年はポスト2025年と2040年
- キーワードは後期高齢者入院パンデミック、働き方改革、タスクシフト
- ポスト2025年の新たな地域医療構想、かかりつけ医機能、総合診療医に期待
- 古い縮む日本の姿をあるがままに受け入れて医療介護福祉を支えていこう

医療介護DX

～コロナデジタル敗戦からAIまで～



- 武藤正樹著
- DXやAIはこれからの医療・介護に必須である。
本書はDXやAIに関心がある方、これから学ぼうとする方へ基礎をわかりやすく解説した
- 発行：[日本医学出版](#)
- 2023年5月29日
- A5判
- 216ページ
- 定価 2,200円+税

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(火)を担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

