

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39万人)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
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9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



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦



目次



- パート 1
 - ポスト2025年、2040年時代とは
- 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
 - 医師遍在対策
- パート 5
 - 新地域医療構想
- パート 6
 - 2024年の診療報酬改定
- パート 7
 - 少子化対策
- パート 8
 - 後発医薬品の安定供給

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

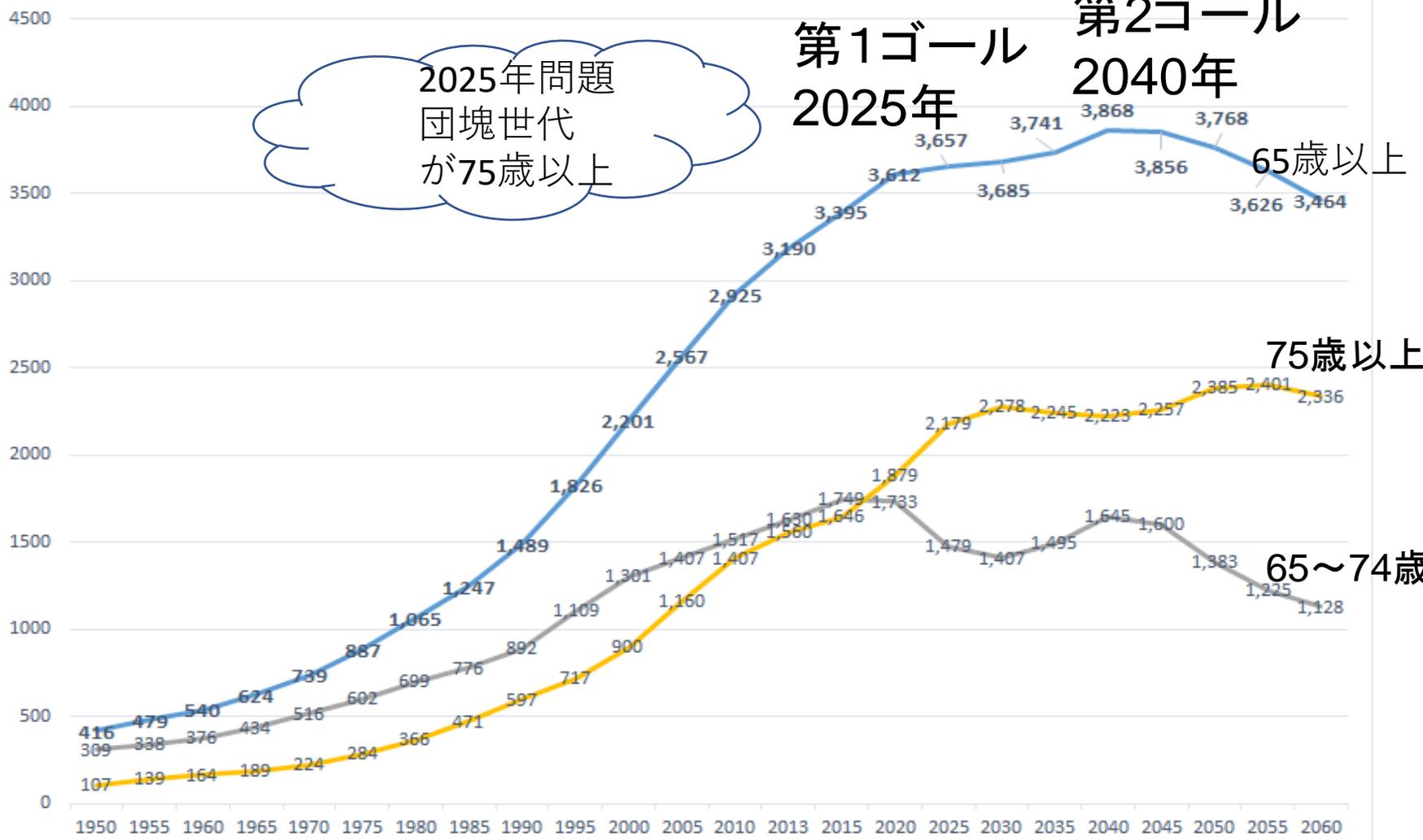
65~74歳 75歳以上 65歳以上(計)

2040年問題
団塊ジュニア
が65歳以上

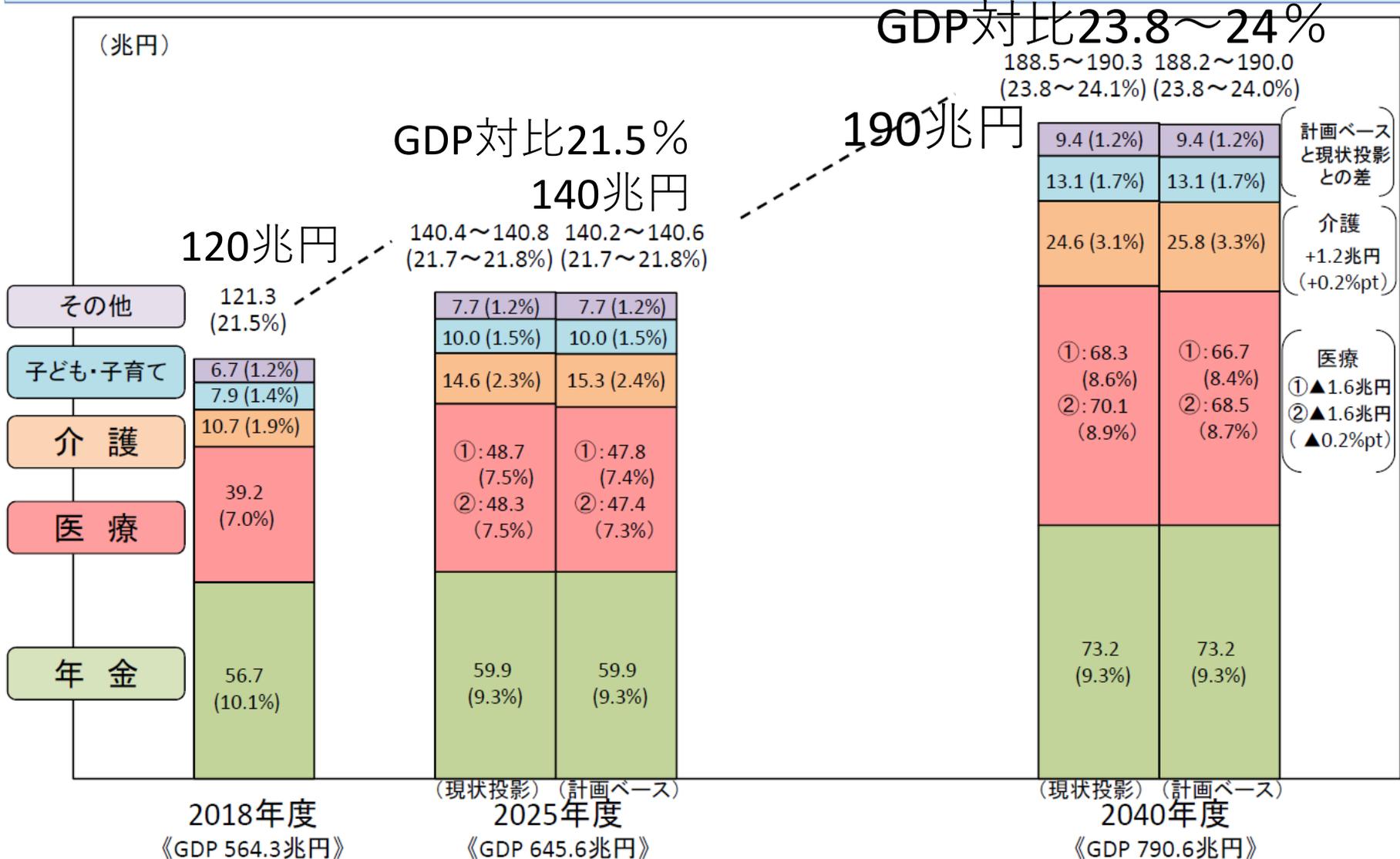
2025年問題
団塊世代
が75歳以上

第1ゴール
2025年

第2ゴール
2040年



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。

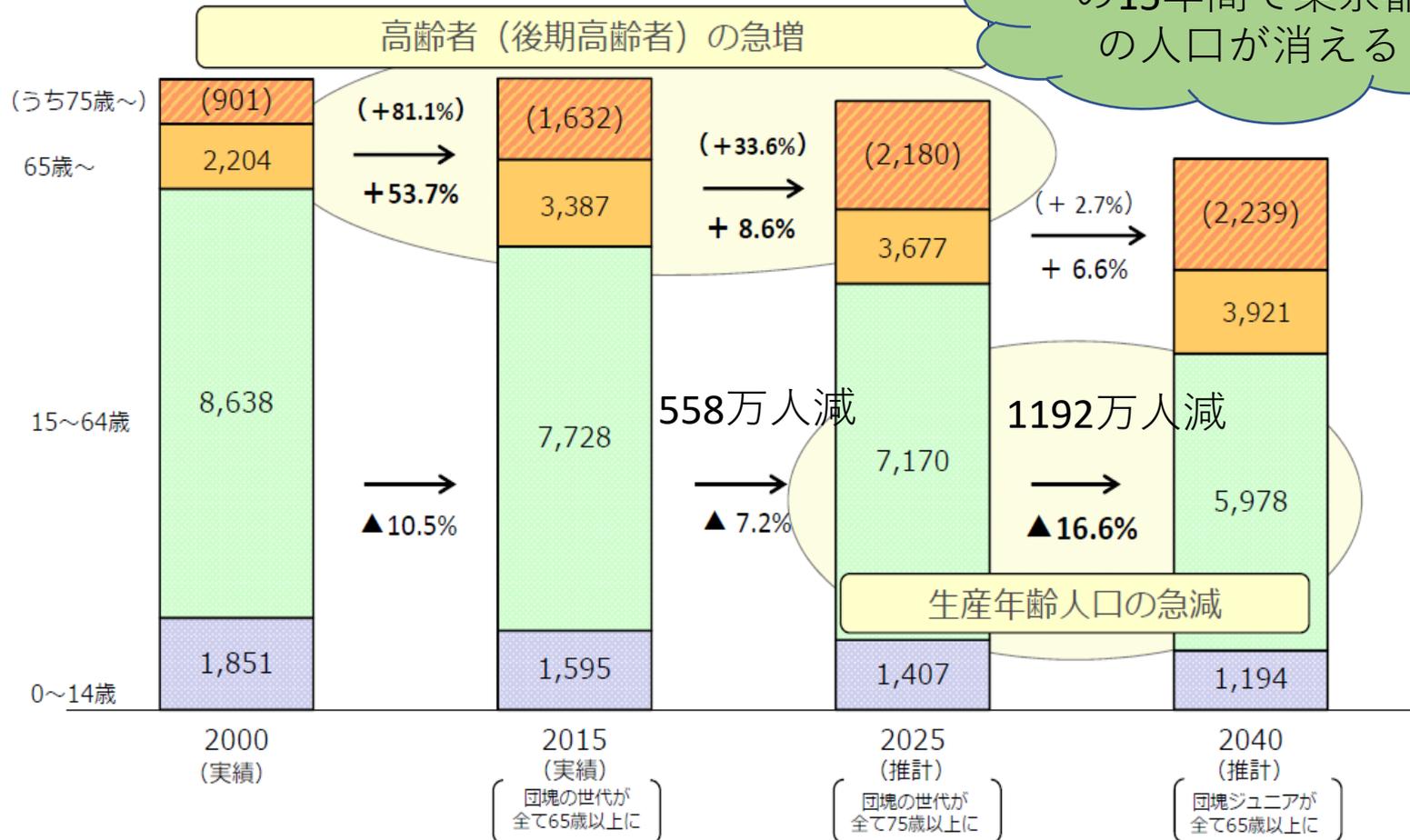
(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。

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

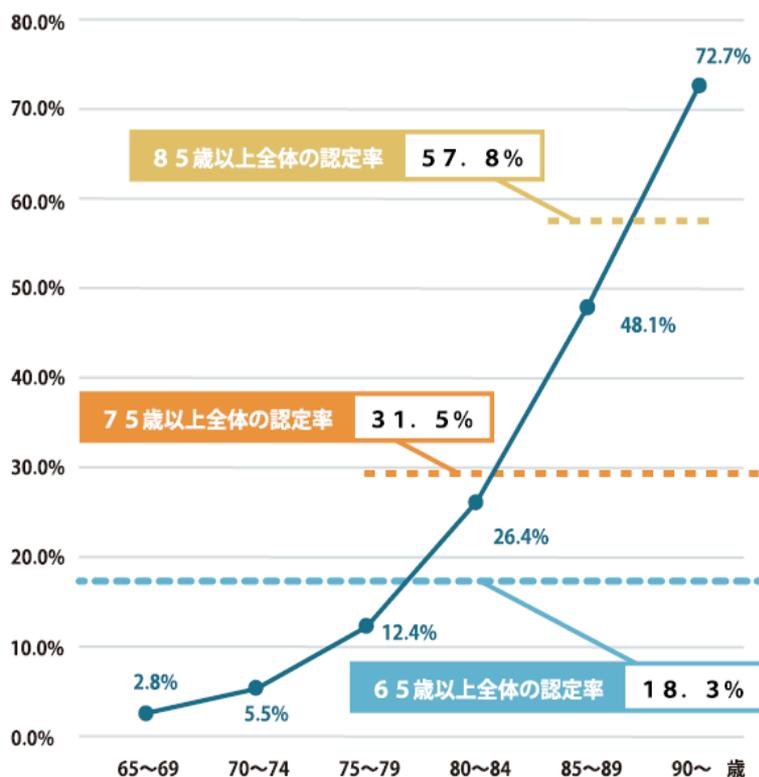


(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

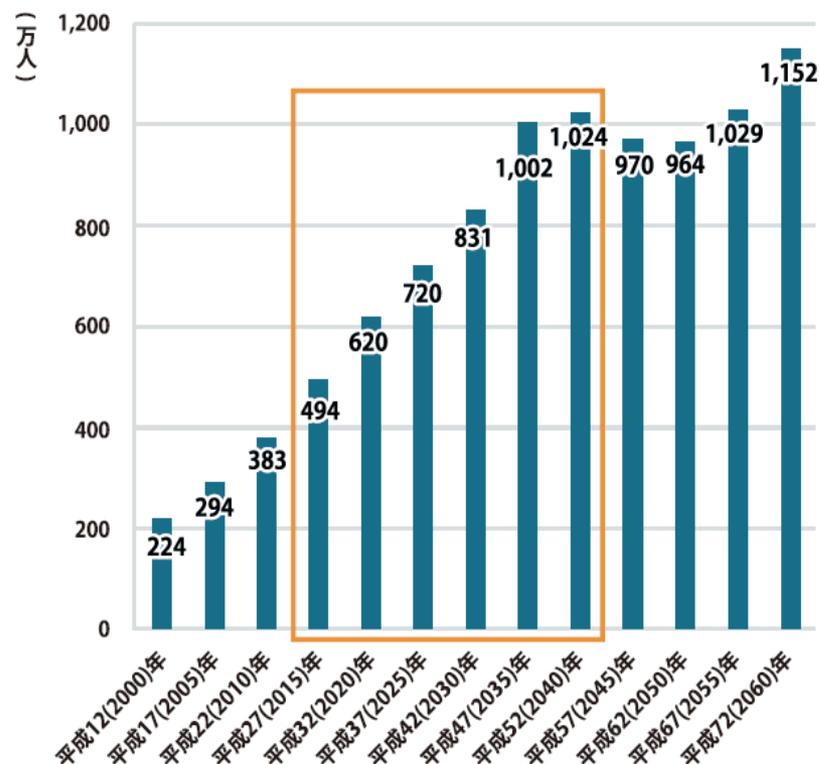
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



出典

2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 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」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

ポスト2025年 急性期病床に 押し寄せる後期高齢者

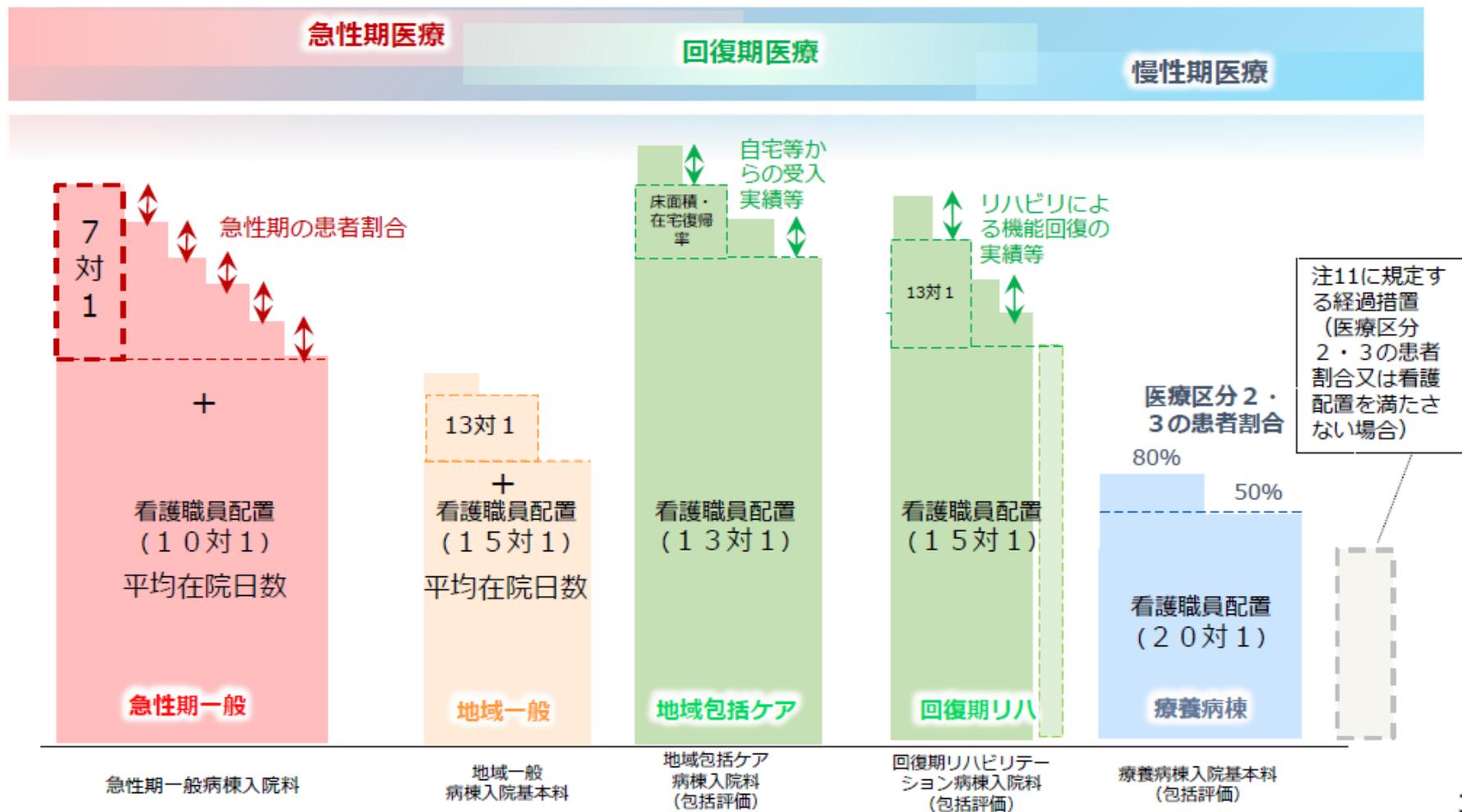


後期高齢者入院
パンデミックが
起きる。2040年
まで続く・・・

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。

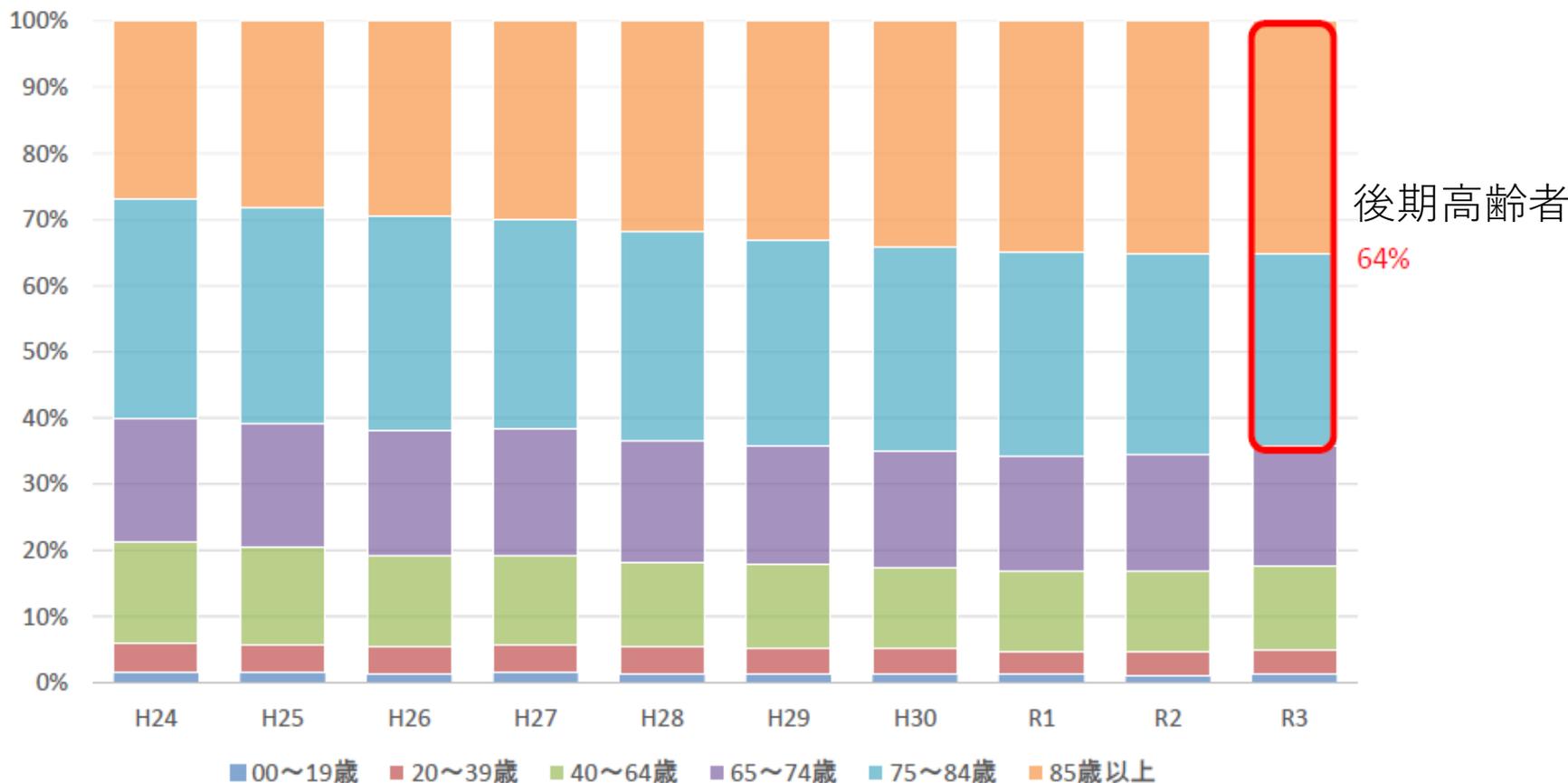
※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。



入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

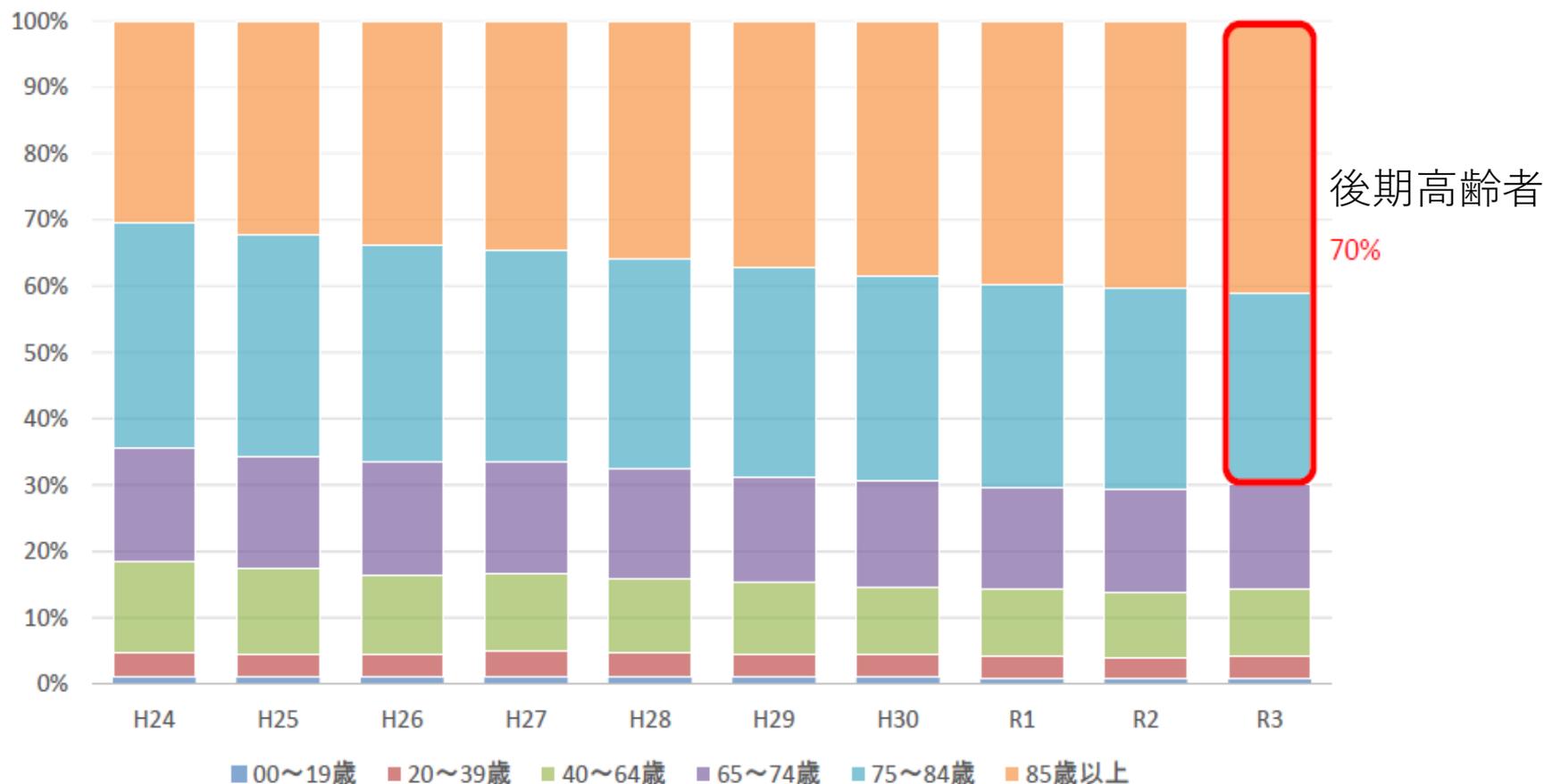
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



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。

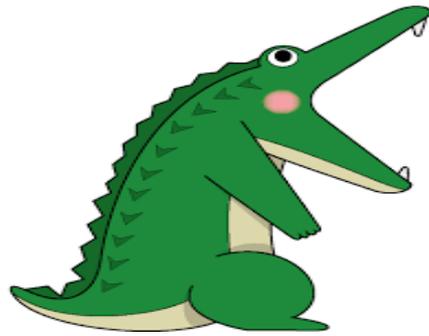
■急性期一般入院料4～7※の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は10対1一般病棟入院基本料



ポスト2025年 国の財政も最大ピンチ

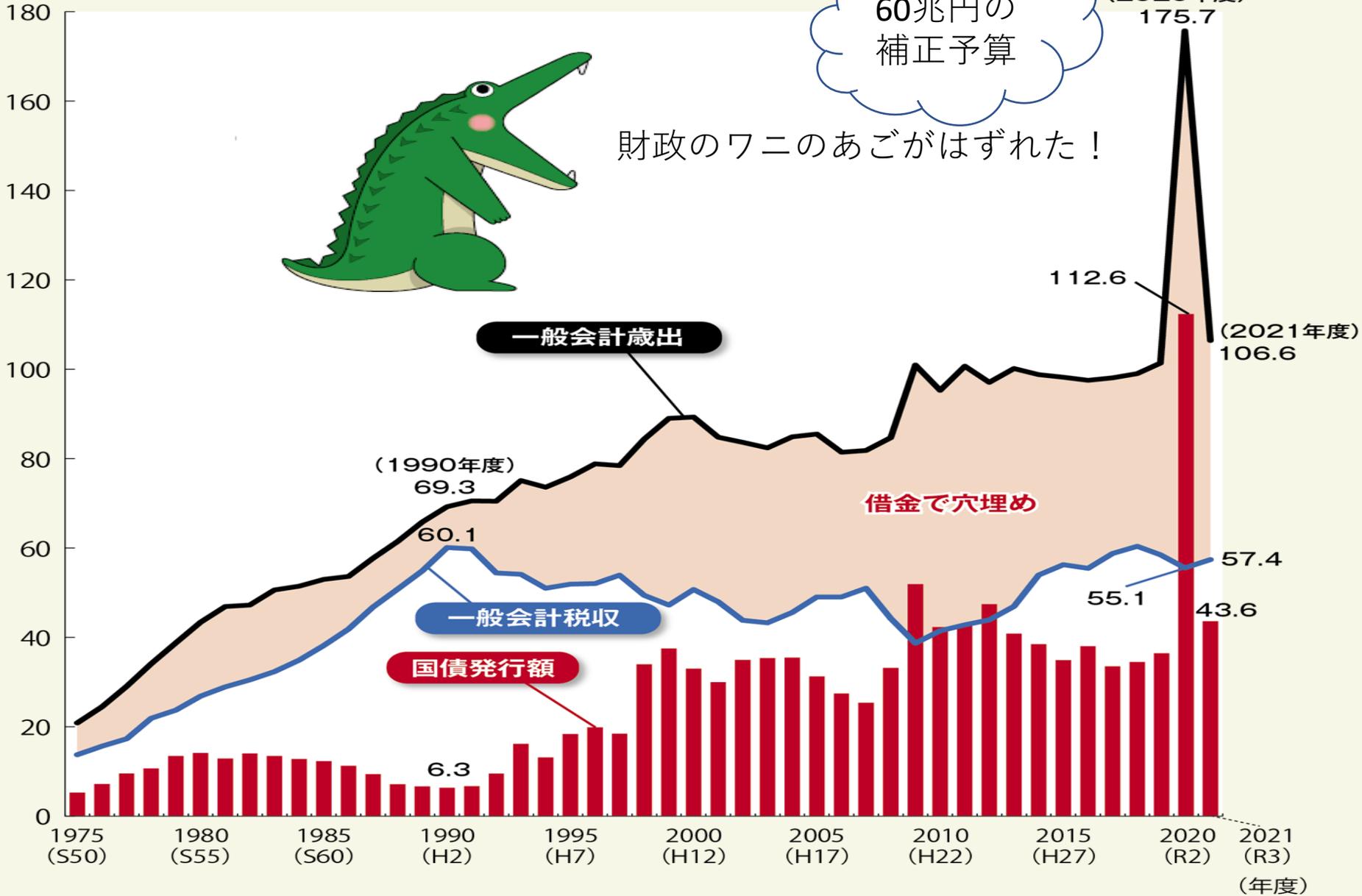


(兆円)



60兆円の
補正予算

財政のワニのあごがはずれた!



(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

1人当たりGDP順位の推移

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	49,183	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	38,534	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	38,067	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	23,914	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	44,691	17	ドイツ	46,216
18	ドイツ	20,174	18	ドイツ	24,009	18	日本	44,674	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	42,642	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	40,299
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	40,089
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	38,661

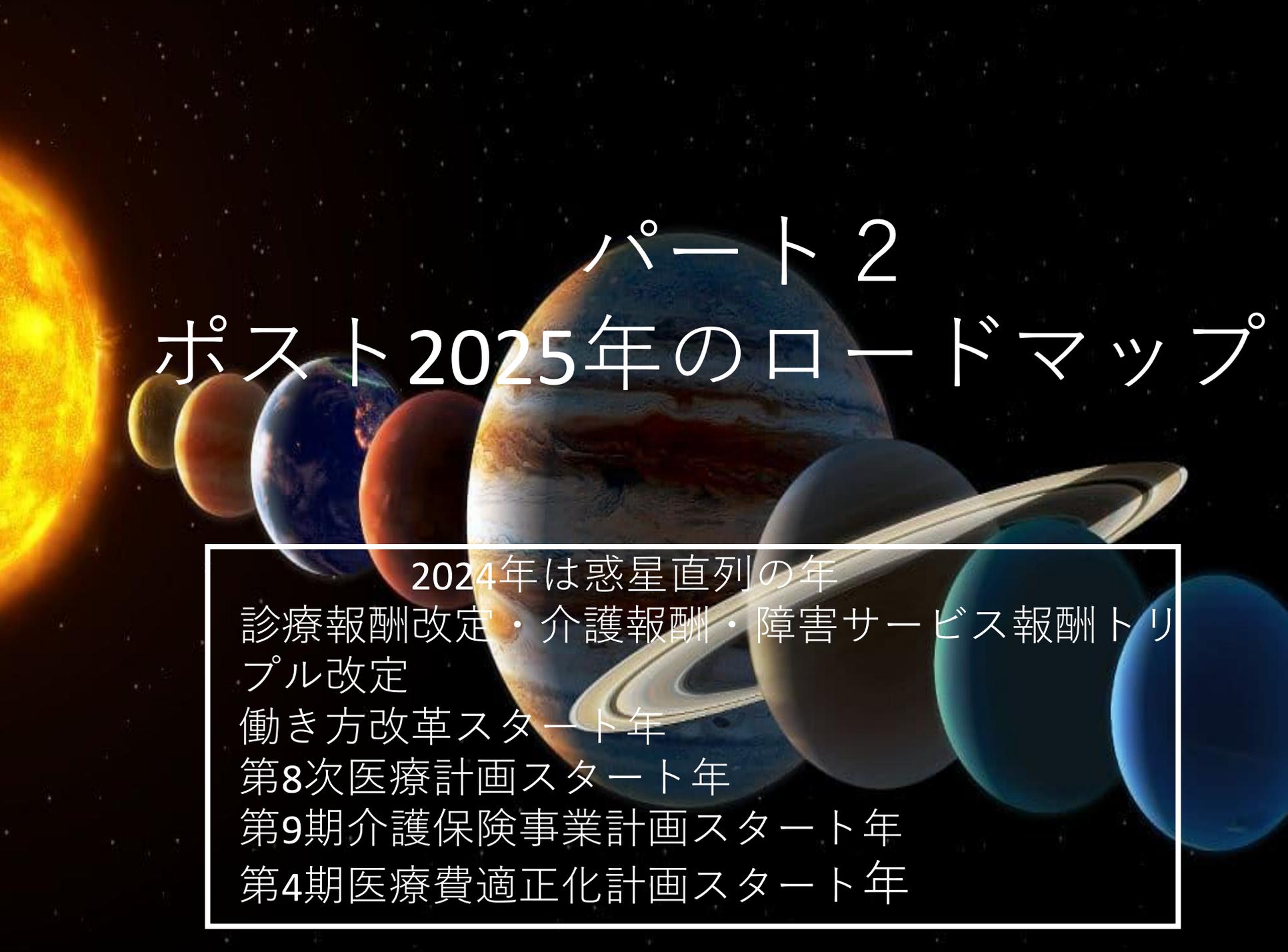
ポスト2025年、2040年 「カネなし、ヒトなし、クスリなし」の 時代・・・



そして2025年から
高齢者入院パンデミックが
20年続く・・・



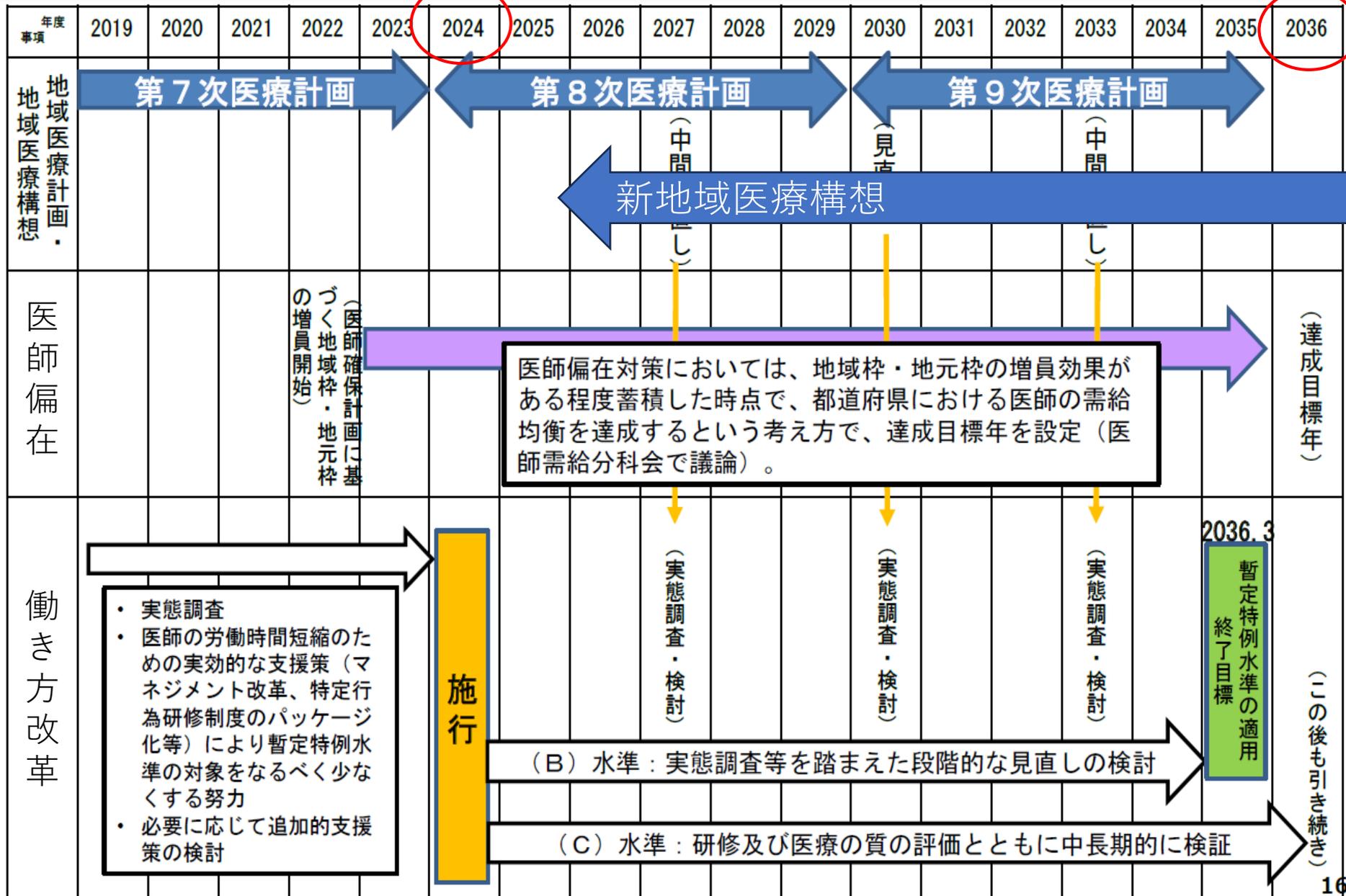
まず看護師さんから辞めていく・・・



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

2023年度末までに
解消

約1割
約2万人

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

約3割
約6万人

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

960時間

2024年度以降適用される

水準A

約6割
約12万人

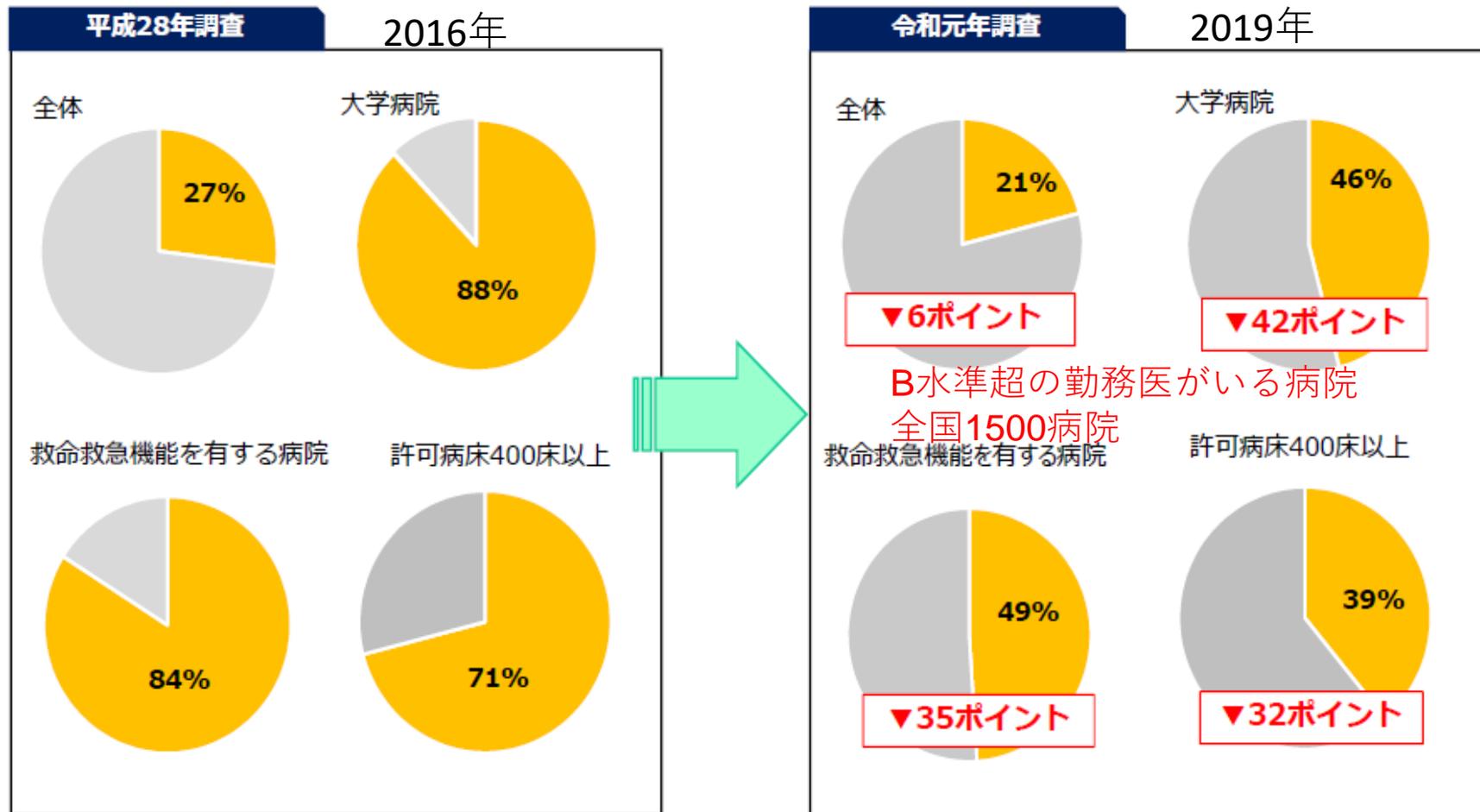
暫定特例水準対象を除き、
2024.4以降、年960時間を超え
る時間外労働の医師は存在し
てはならないこととなる

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。



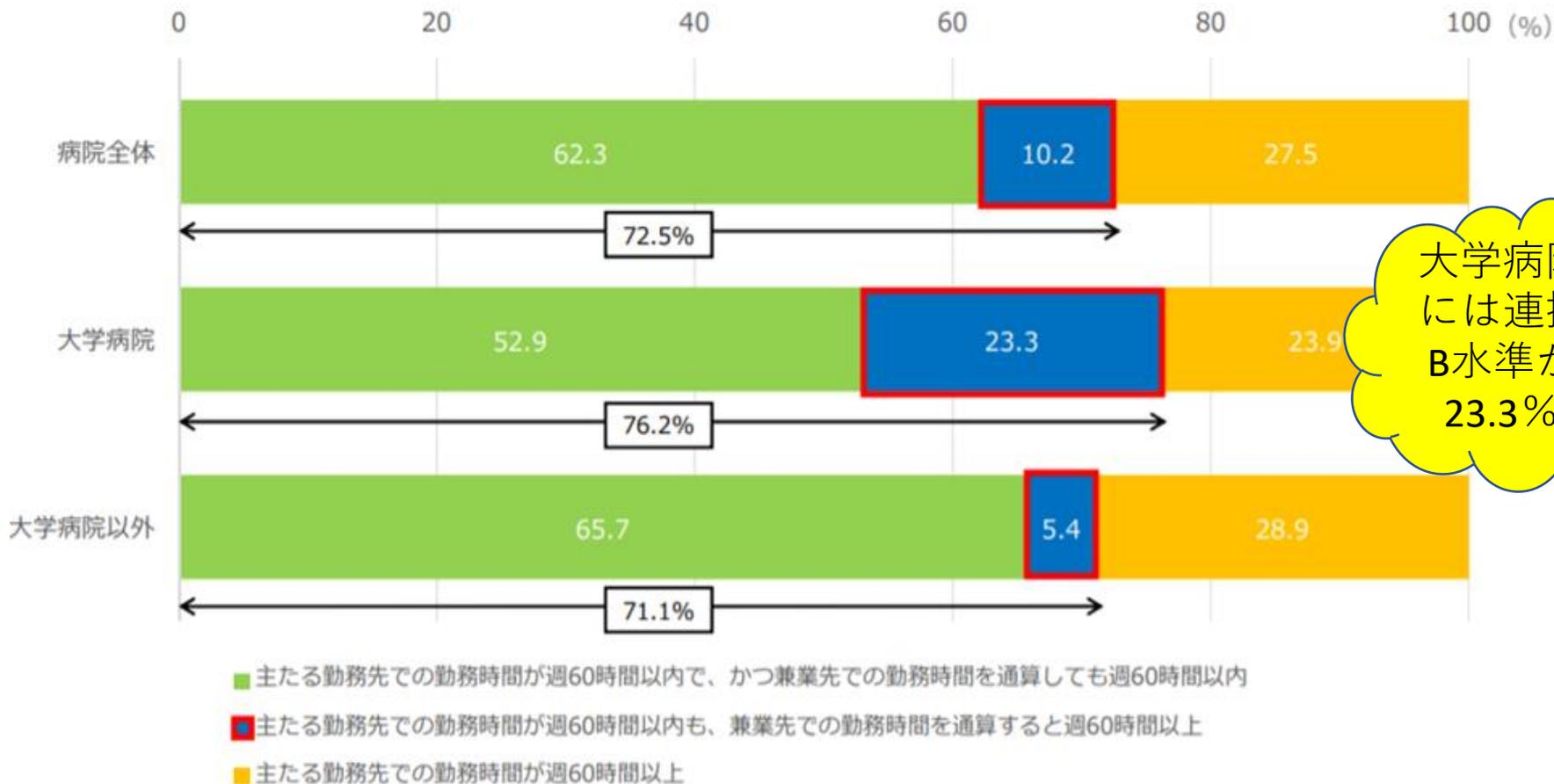
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ 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。

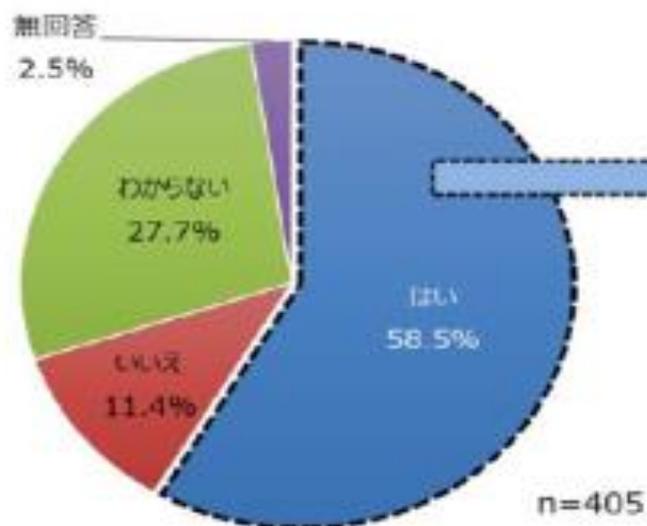


大学病院には連携B水準が23.3%

※ 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%

n=237



【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)

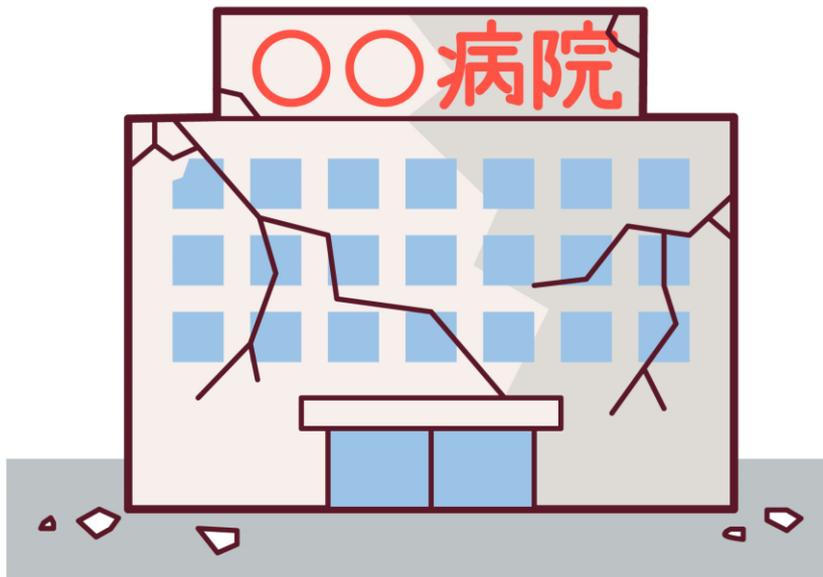
派遣元...受入先の各医師の勤務時間を全て掌握することになる？
受入先...各医師の勤務時間を派遣元に全て報告することになる？
半々 ...両方に対応する必要がある

《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

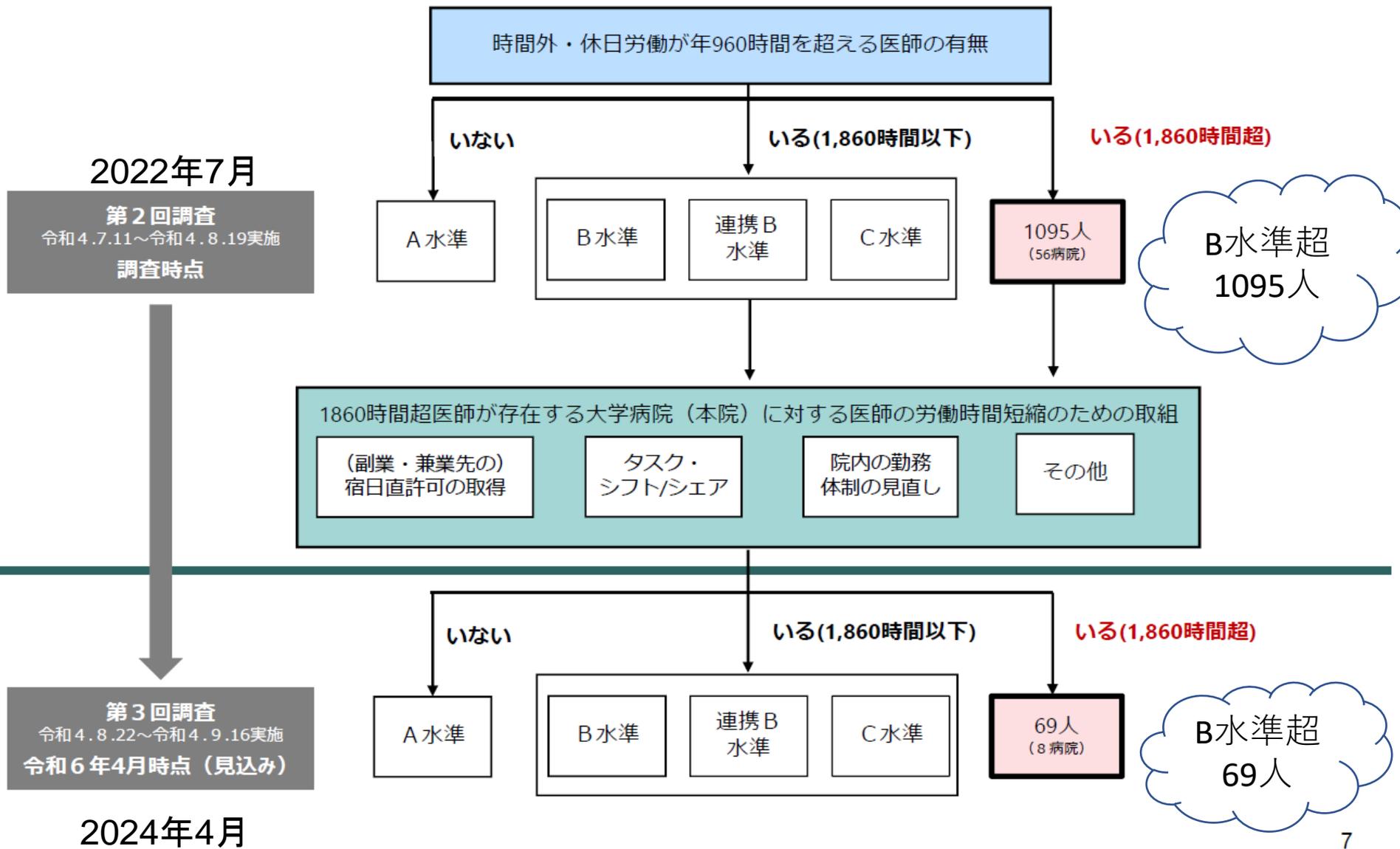
結果の概要

- 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？

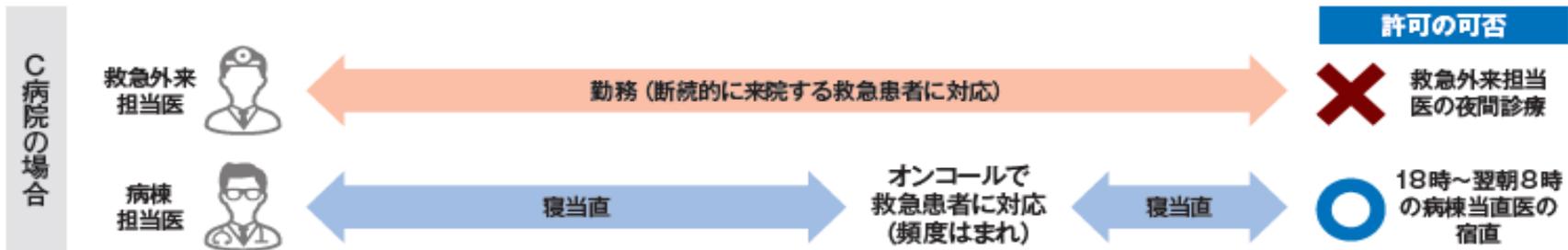
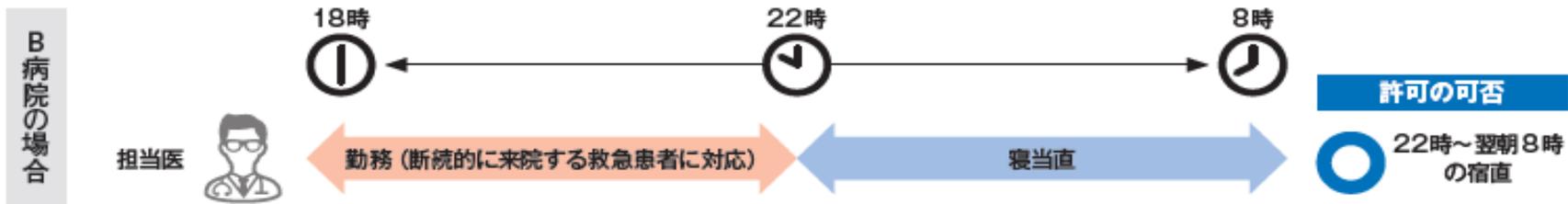
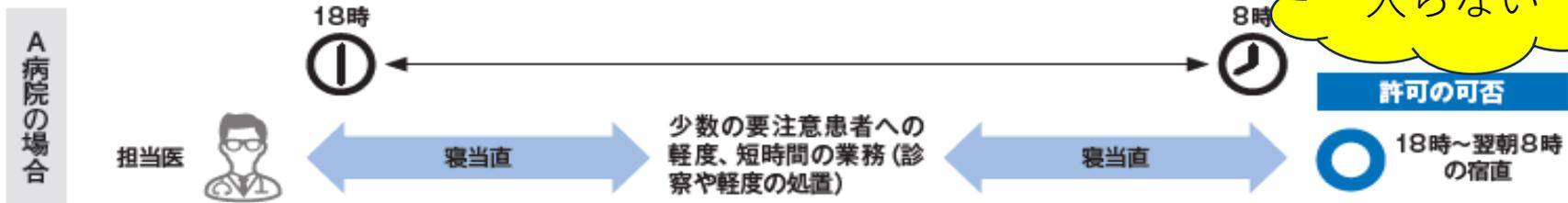


宿日直許可（管理当直の配置）

・ 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
- 寝当直

労働時間に入らない

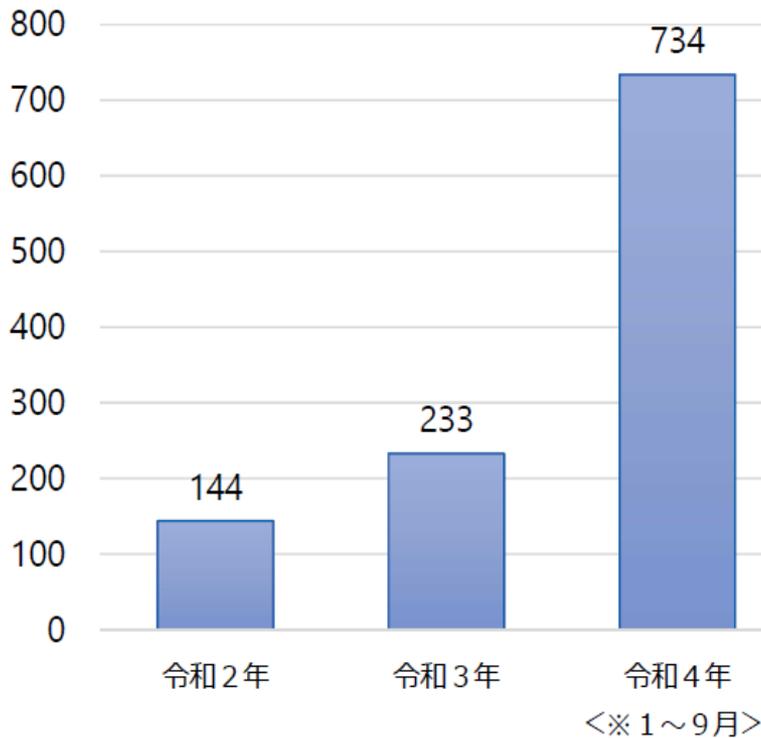


労働基準監督署における医師の宿日直許可の許可件数の推移

<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

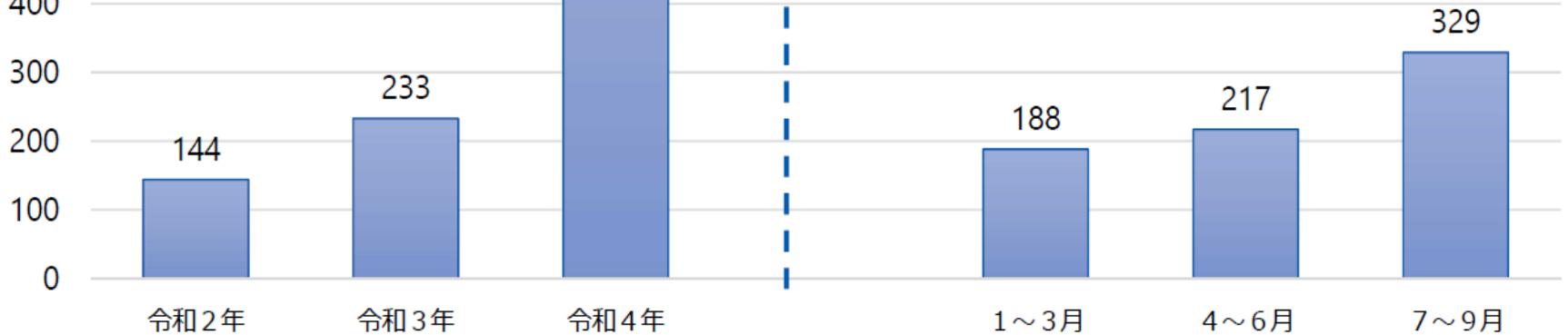
<医師の宿日直許可の許可件数（年別）>



<医師の宿日直許可の許可件数（令和4年：4半期別）>



宿日直許可を得ていない病院への派遣はお断り



自己研鑽も隠れ蓑



医師の研鑽の種類と労働時間の基本的な考え方(案)①

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	
新しい治療法や新薬についての勉強	<p>(労働時間の基本的な考え方)</p> <p>左記の項目については、一般的に、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。ただし、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と考えられる。</p>
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	<p>(一般的に労働時間に該当しない例)</p> <p>左記の研鑽を所定労働時間外に在院して行う場合であっても、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、自ら申し出て、上司の明示・黙示の指示なく行っていることが確認されている場合は(P8-10参照)、これらの行為を行う時間は、労働時間に該当しないものとして取り扱う。</p>

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。

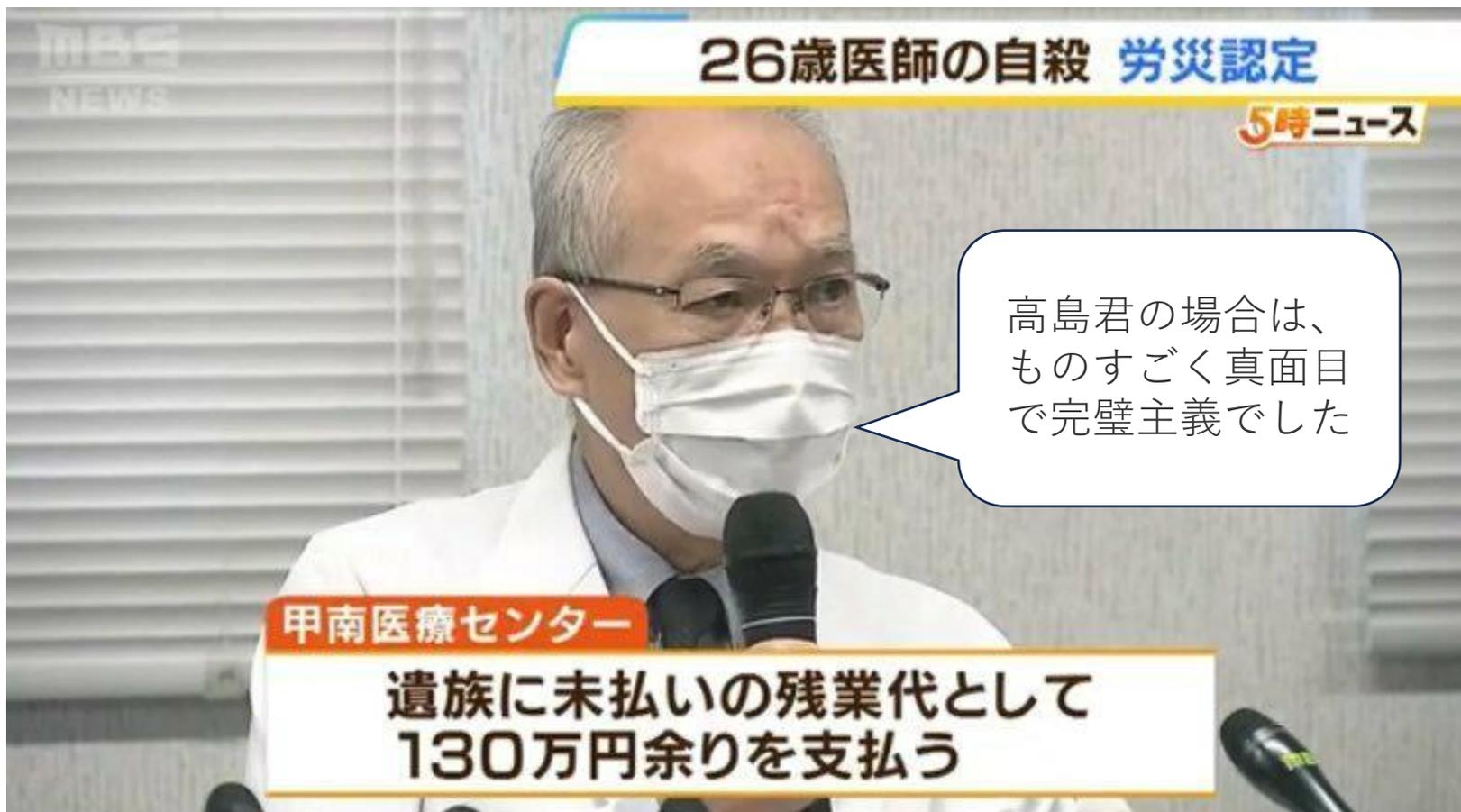
・労災認定は今年6月5日付。認定によると、高島さんの死亡直前1か月の時間外労働は207時間50分で、3か月平均でも月185時間を超えていた。

・休日も2月を最後に取得していなかったという。



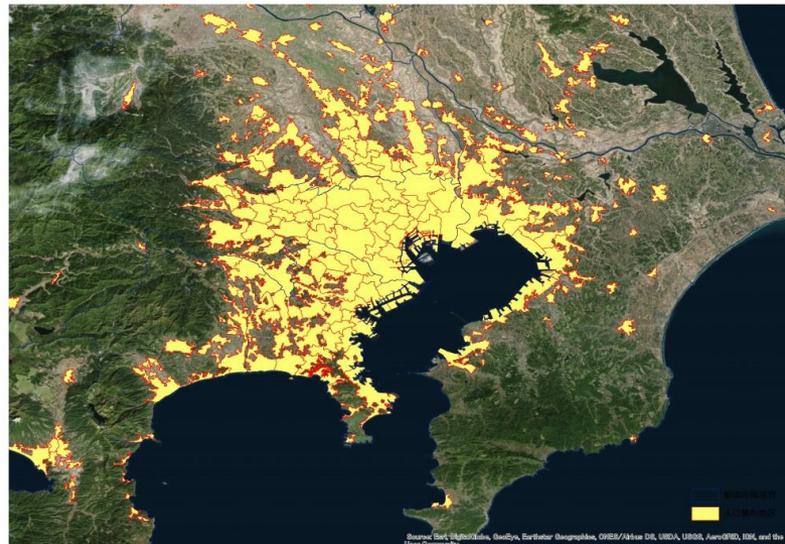
高島晨伍さん（26歳）遺族提供

「病院として過重な労働をさせた認識はまったくくない」と改めて長時間労働の指示を否定した。



甲南医療センター 具英成 院長は2023年8月17日記者会見

パート4 医師偏在対策



医師も東京一極集中

A wide-angle photograph of a large, modern conference room. Numerous people, mostly men in business suits, are seated around a long, dark wood conference table. The room has a high ceiling with several large, square recessed lights. The walls are wood-paneled. In the foreground, several people are seen from behind, looking towards the center of the room. There are microphones, papers, and green water bottles on the table. The overall atmosphere is professional and formal.

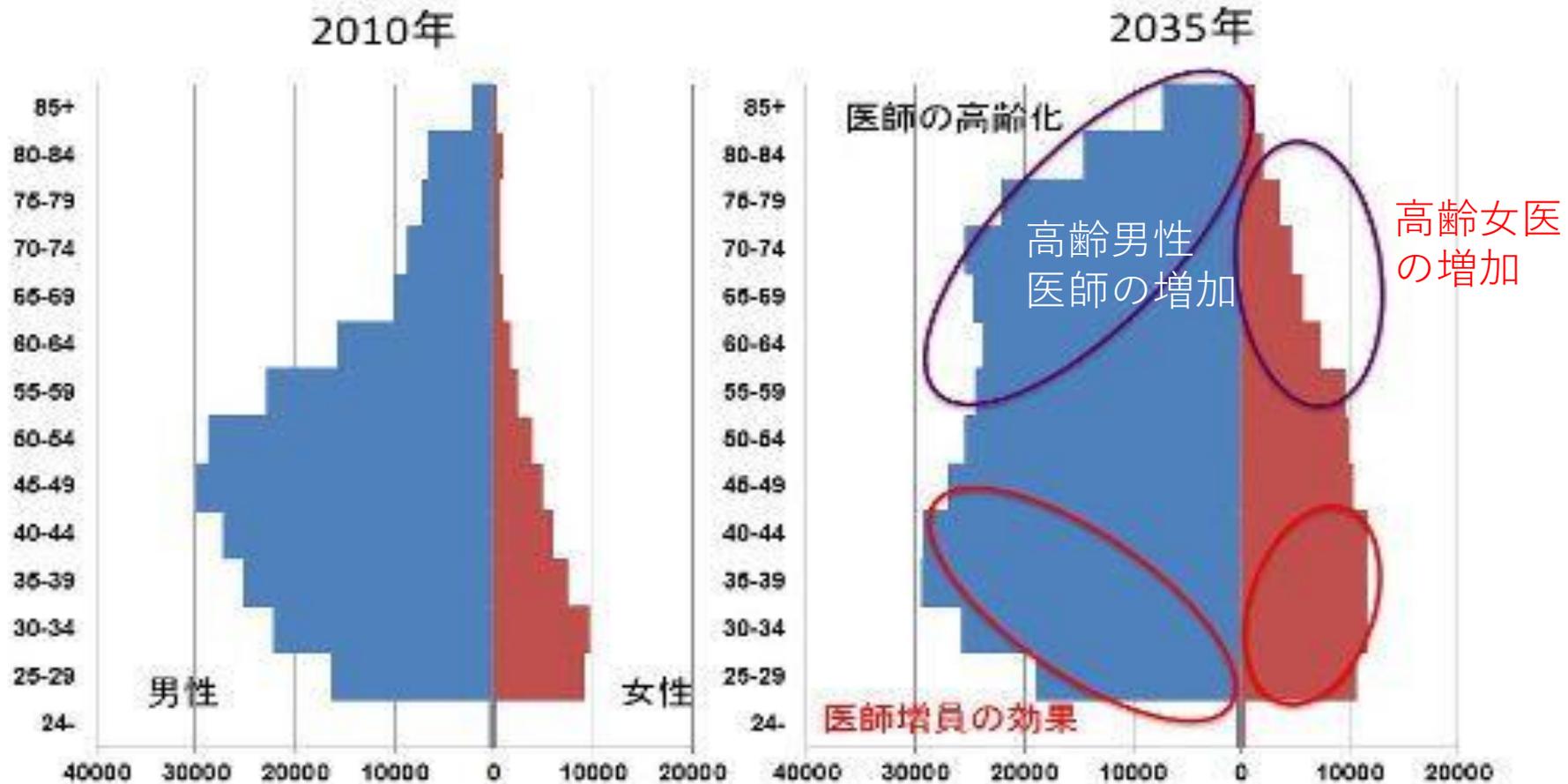
第28回 医療従事者の需給に
関する検討会 医師需給分科会
(2019年2月18日)

医師偏在指標

これまで長らく
「人口**10**万人対医師数」が指標として
用いられてきた

人口10万人対医師数における課題	医師偏在指標における対応
1-1. 人口構成(性・年齢構成)の違いを反映できていない	地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
1-2. 患者の流出入等を反映できていない	昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない	法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区(へき地診療所設置済み地区を含む。)も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
1-5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

医師が高齢化し、女性医師が増える



日本の総医師数は、2010年の27.1万人→2035年の39.7万人と46%増加する。
60歳以下の医師数は21.6万人から25.5万人の18%増加にとどまる
60歳以上の医師数は5.5万人(医師全体の20%)から14.1万人(同36%)へ増加

(参考) 現時点の医師偏在指標について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)
資料3-1(抜粋・一部改変)

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来的人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10万 \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

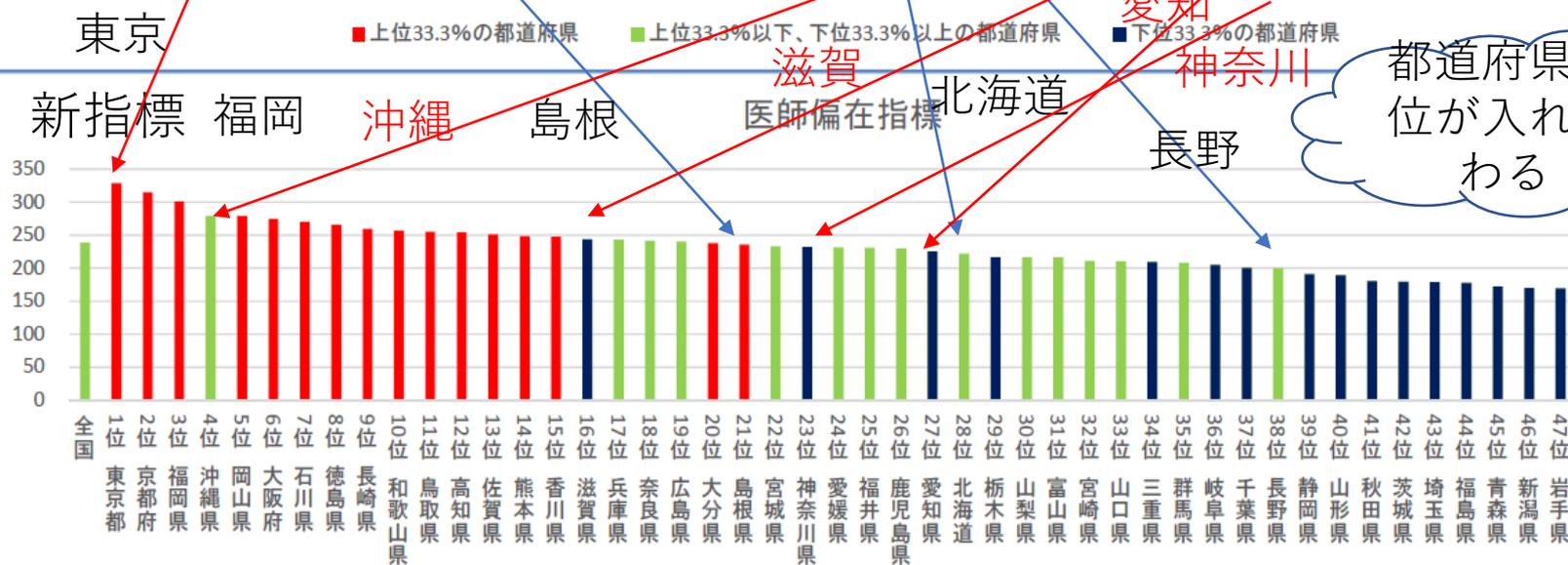
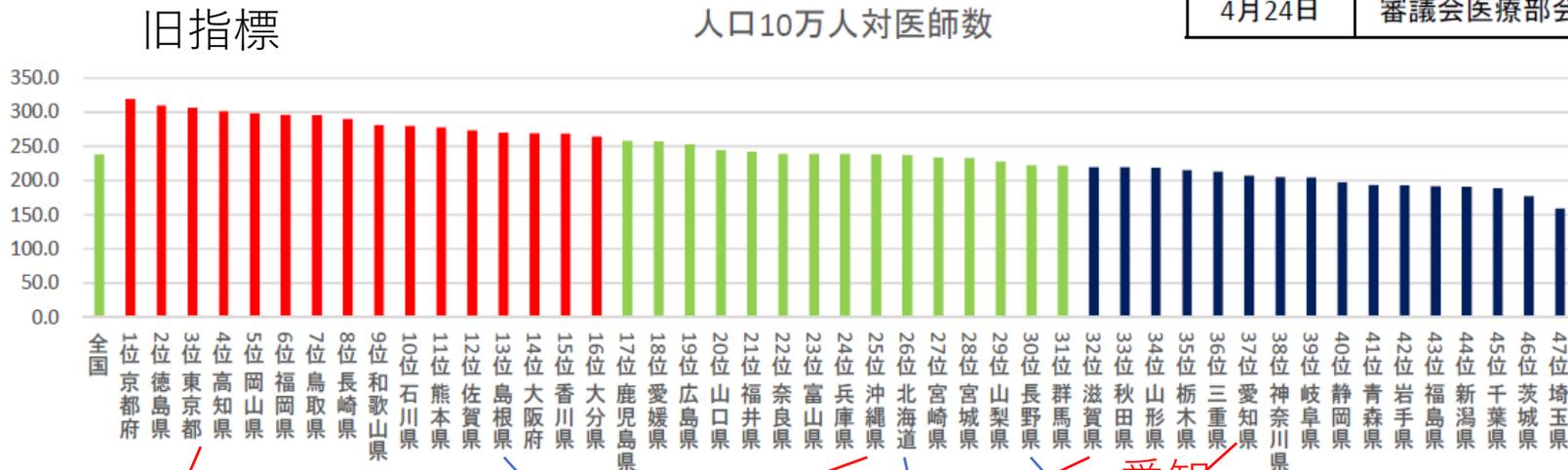
流出入を考慮した都道府県ごとの医師偏在指標

平成31年
4月24日

第66回社会保
険審議会医療部会

参考資料
1-3

人口10万人対医師数



参照)
 ・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
 ・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
 ・平成26年患者調査
 ・平成27年国勢調査
 ・「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)

●三次医療圏別医師偏在指標（暫定）（指標値降順）

・本資料における医師偏在指標は、患者の流入を反映した指標である。

	上位33.3%
	下位33.3%

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
	全国	238.3	
13	東京都	329.0	1
26	京都府	314.9	2
40	福岡県	300.5	3
47	沖縄県	279.3	4
33	岡山県	278.8	5
27	大阪府	274.4	6
17	石川県	270.4	7
36	徳島県	265.9	8
42	長崎県	259.4	9
30	和歌山県	257.2	10
31	鳥取県	255.0	11
39	高知県	254.3	12
41	佐賀県	251.3	13
43	熊本県	248.5	14
37	香川県	247.8	15
25	滋賀県	243.5	16
28	兵庫県	243.0	17
29	奈良県	241.1	18
34	広島県	240.4	19
44	大分県	238.0	20
32	島根県	235.9	21
04	宮城県	232.7	22
14	神奈川県	231.8	23

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
38	愛媛県	231.0	24
18	福井県	230.9	25
46	鹿児島県	229.8	26
23	愛知県	225.3	27
01	北海道	222.0	28
09	栃木県	216.7	29
19	山梨県	216.4	30
16	富山県	216.2	31
45	宮崎県	210.6	32
35	山口県	210.3	33
24	三重県	208.8	34
10	群馬県	208.2	35
21	岐阜県	204.7	36
12	千葉県	200.5	37
20	長野県	199.6	38
22	静岡県	191.1	39
06	山形県	189.4	40
05	秋田県	180.6	41
08	茨城県	179.3	42
11	埼玉県	178.7	43
07	福島県	177.4	44
02	青森県	172.1	45
15	新潟県	169.8	46
03	岩手県	169.3	47

二次医療圏別医師偏在指標

医師偏在指標（暫定） 二次医療圏

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
1301	東京都	区中央部	759.7	1
1304	東京都	区西部	508.0	2
4006	福岡県	久留米	453.3	3
0806	茨城県	つくば	442.9	4
2304	愛知県	尾張東部	431.3	5
1001	群馬県	前橋	425.4	6
3203	島根県	出雲	421.8	7
2501	滋賀県	大津	416.9	8
4001	福岡県	福岡・糸島	407.9	9
2604	京都府	京都・乙訓	399.6	10
0905	栃木県	県南	399.1	11
4312	熊本県	熊本・上益城	382.1	12
4601	鹿児島県	鹿児島	368.3	13
2701	大阪府	豊能	365.4	14
4101	佐賀県	中部	363.4	15
1702	石川県	石川中央	361.6	16
3001	和歌山県	和歌山	353.6	17
3103	鳥取県	西部	350.5	18
4201	長崎県	長崎	348.0	19
1303	東京都	区西南部	347.5	20
4703	沖縄県	南部	347.1	21
2007	長野県	松本	339.6	22
1311	東京都	北多摩南部	337.9	23
4501	宮崎県	宮崎東諸県	337.5	24
3505	山口県	宇部・小野田	337.2	25
3301	岡山県	県南東部	334.6	26
1302	東京都	区南部	334.4	27

上位33.3%
下位33.3%

1位東京都
区中央部
759.7

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
0803	茨城県	常陸太田・ひたち	96.4	315
1206	千葉県	山武長生夷隅	96.1	316
0508	秋田県	湯沢・雄勝	94.3	317
3202	島根県	雲南	94.0	318
3303	岡山県	高梁・新見	93.8	319
1704	石川県	能登北部	92.9	320
4306	熊本県	阿蘇	91.9	321
0121	北海道	根室	91.7	322
0706	福島県	相双	91.7	323
0102	北海道	南檜山	91.5	324
4611	鹿児島県	熊毛	90.6	325
2201	静岡県	賀茂	89.6	326
2311	愛知県	東三河北部	87.9	327
0808	茨城県	筑西・下妻	87.7	328
0804	茨城県	鹿行	86.9	329
0307	岩手県	宮古	86.8	330
4609	鹿児島県	曾於	81.7	331
1903	山梨県	峡南	81.5	332
0111	北海道	日高	80.4	333
0116	北海道	宗谷	79.0	334
0502	秋田県	北秋田	69.6	335

上位33.3%
下位33.3%

区中央部と北秋田で
10倍の格差！

第335位
秋田県
北秋田
69.6

地域偏在対策の4つのポイント

- ポイント 1 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化
 - 医師偏在指標の設定
 - 医師少数区域、医師多数区域の設定
 - 医師確保計画の策定
 - 地域医療対策協議会の機能の充実
- ポイント 2 医師養成課程を通じた地域における医師確保
 - 地域ニーズに合わせたい地域枠の設定
 - 臨床研修指定病院の指定権限の都道府県への移譲
 - 診療科別必要医師数の算出
- ポイント 3 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応
 - 外来医師偏在指標の設定
 - 地域で不足する外来医療機能について議論する場の設定
- ポイント 4 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進
 - 医師少数区域で勤務した医師の厚生労働大臣による認定制度の創設
 - 経済、税制面でのインセンティブ

パート5 新地域医療構想



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）

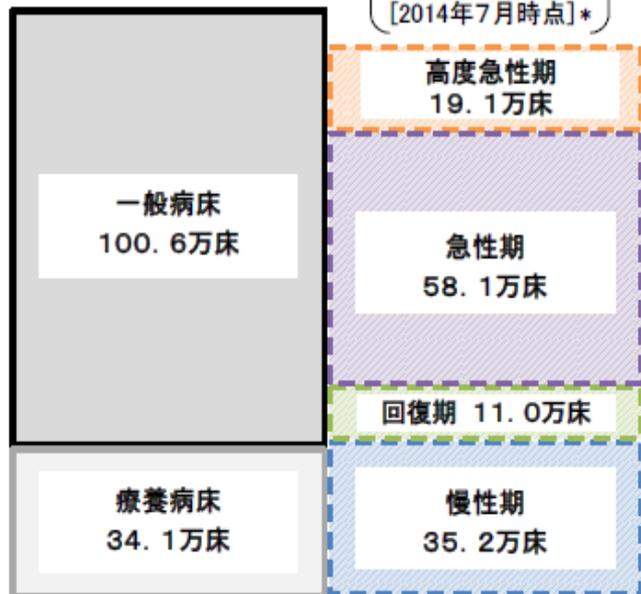
○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇒ ・ 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]*

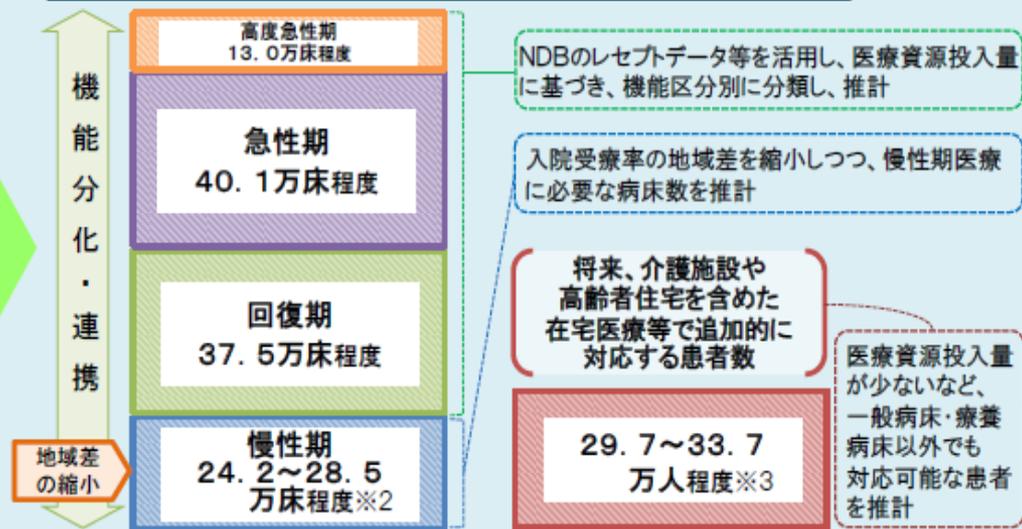


【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

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



* 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

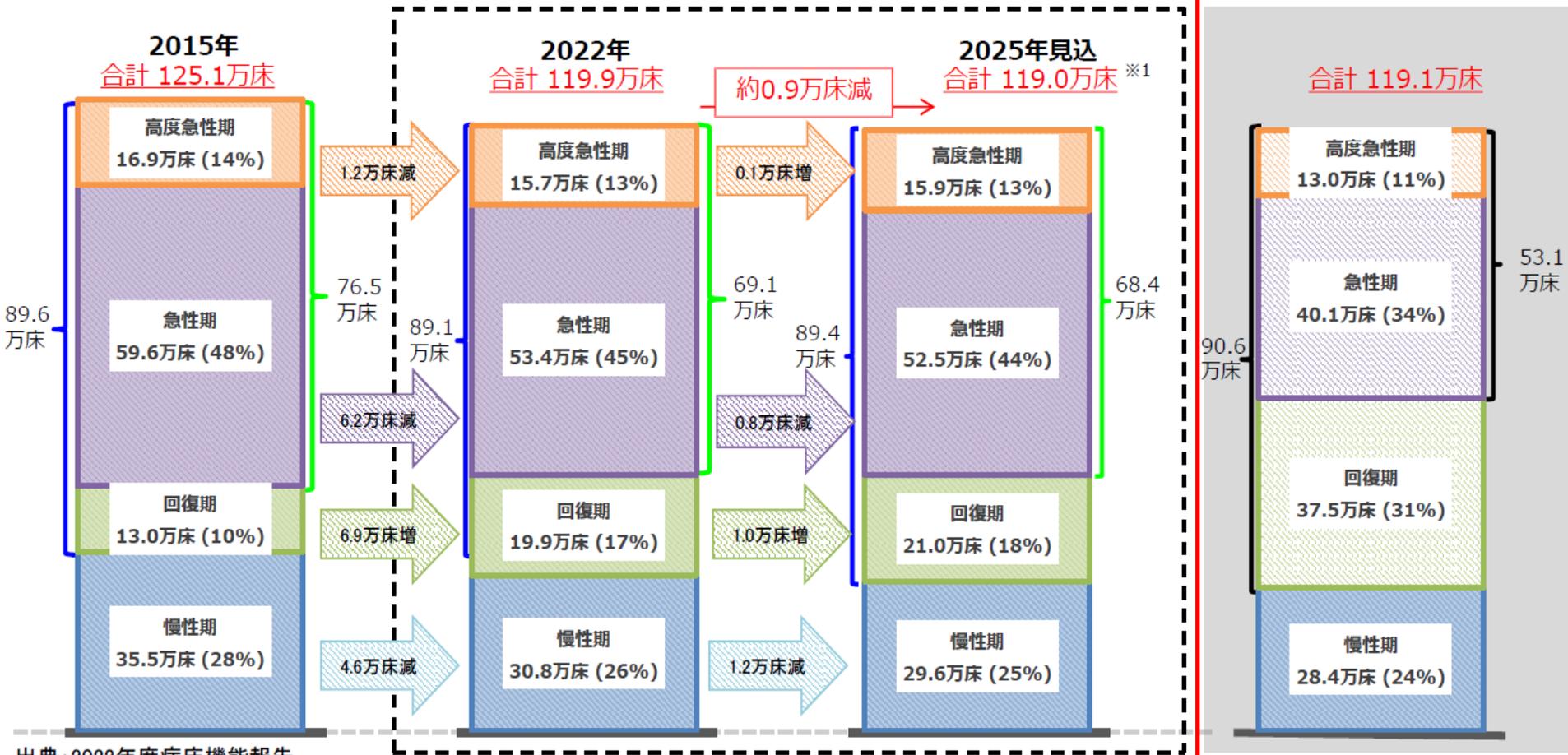
2015年度病床機能報告

(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)

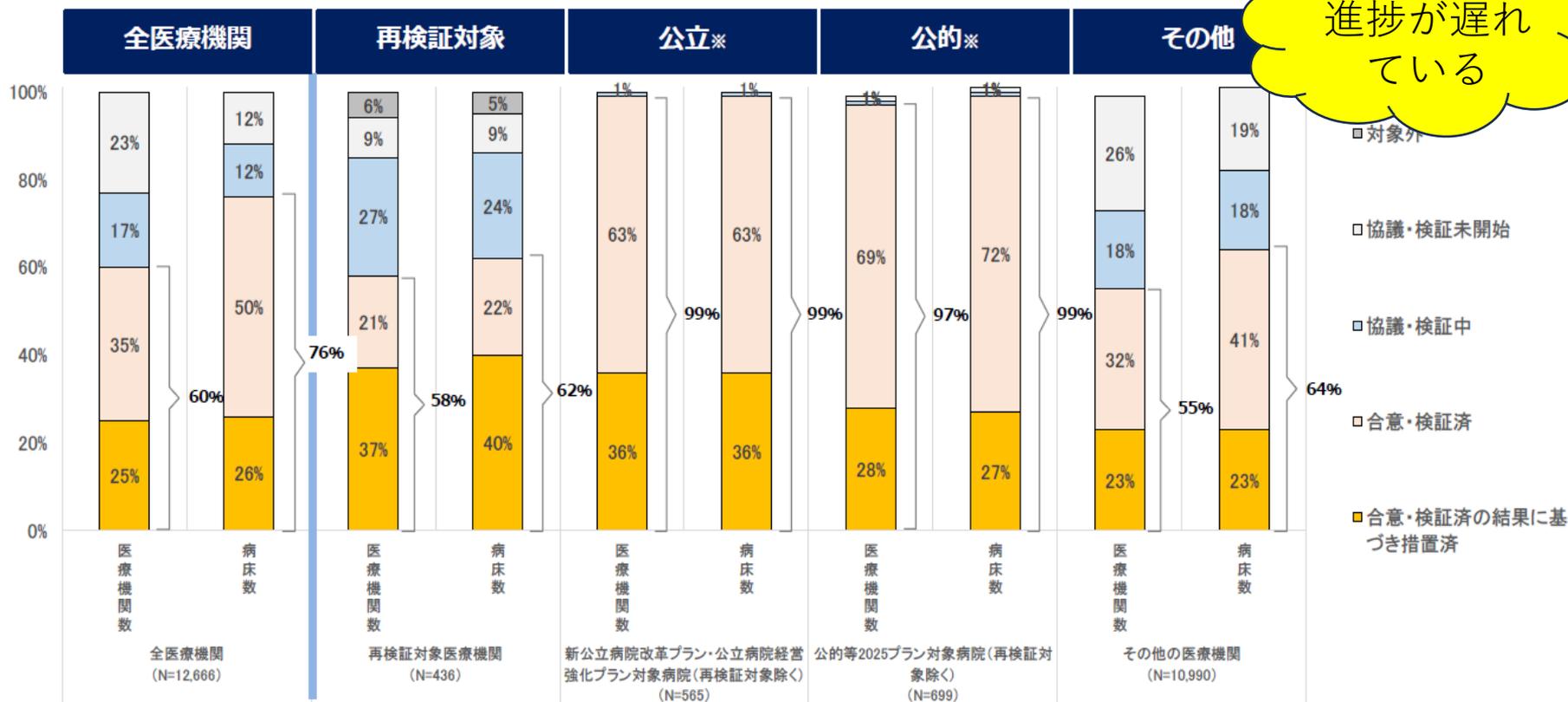
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※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 4 2 4 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

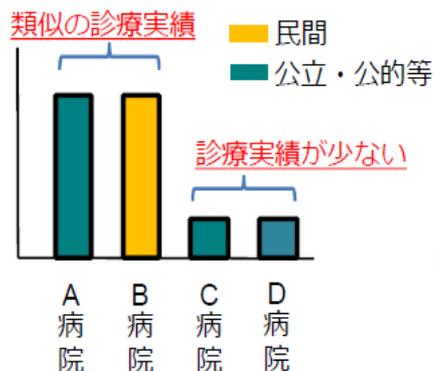
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

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。

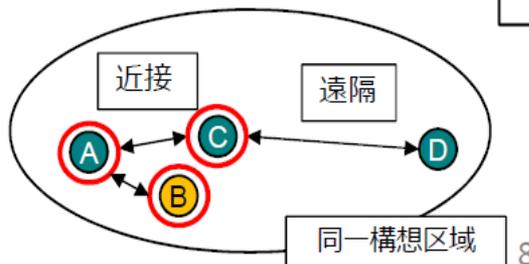
分析のイメージ

- 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



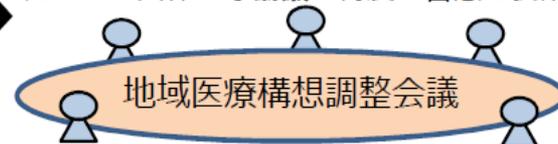
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- 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、

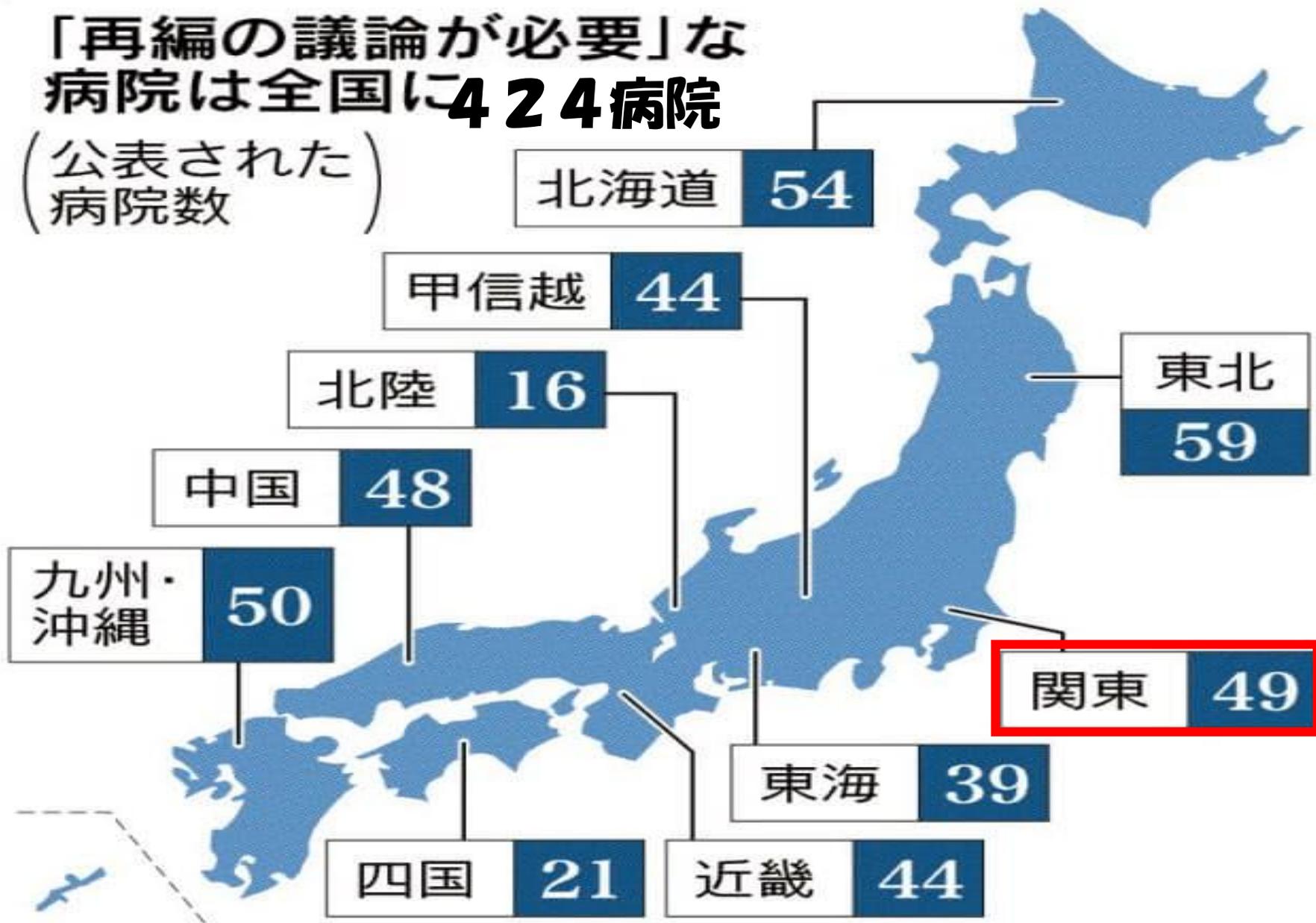
- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

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

神奈川県は10病院 厚労省、異例の公表

厚生労働省は26日、全国144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るとして、異例の対応に踏み切った。10月にも対象病院に再編・統合の格別な検討を要請し、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との不安から地元首長や住民の反発が予想される。

同日の会合で公表した。対象病院は全体の29.1%に当たり、ベッド数が比較的に少ない病院が多かった。対象の数は北海道の

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。対象の数は北海道の

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」

石巻市

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



厚労省医政局地域医療計画課長の鈴木健彦氏（1月17日）

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



2. 具体的な改革の内容について

(3) 地域医療構想の推進

(地域医療構想 2025)

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

(今後の取組)

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

新たな地域医療構想
は外来・在宅も含む

新たな地域医療構想等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

氏 名

所 属・役 職

いしはら	やすゆき	岡山県鏡野町健康推進課長
石原	靖之	
いとう	しんいち	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
伊藤	伸一	
いのくち	ゆうじ	公益社団法人全日本病院協会会長
猪口	雄二	
いまむら	ともあき	奈良県立医科大学教授
今村	知明	
えぞお	かずひこ	公益社団法人日本医師会常任理事
江澤	和彦	
○ 遠藤	ひさお	学習院大学長
おおや	ゆうすけ	一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
大屋	祐輔	
おか	としあき	一般社団法人日本病院会副会長
岡	俊明	
おがた	ひろや	九州大学名誉教授
尾形	裕也	
おぐま	ゆたか	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
小熊	豊	
かとり	てるゆき	一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
香取	照幸	
かわもと	しげふみ	健康保険組合連合会専務理事
河本	滋史	
さくらぎ	しょうじ	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
櫻木	章司	
さとう	ひろふみ	岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
佐藤	博文	
たかはし	たい	国際医療福祉大学大学院教授
高橋	泰	
たまかわ	あきら	福島県保健福祉部次長(健康衛生担当)
玉川	啓	
どい	たけろう	慶応義塾大学経済学部教授
土居	丈朗	
ひがし	けんたろう	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
東	憲太郎	
まつだ	しんや	産業医科大学教授
松田	晋哉	
やまぐち	いくこ	認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
山口	育子	
よしかわ	くみこ	公益社団法人日本看護協会常任理事
吉川	久美子	

○：座長

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

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

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

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

など

【主な課題】

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

など

【主な検討事項（案）】

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

など

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）

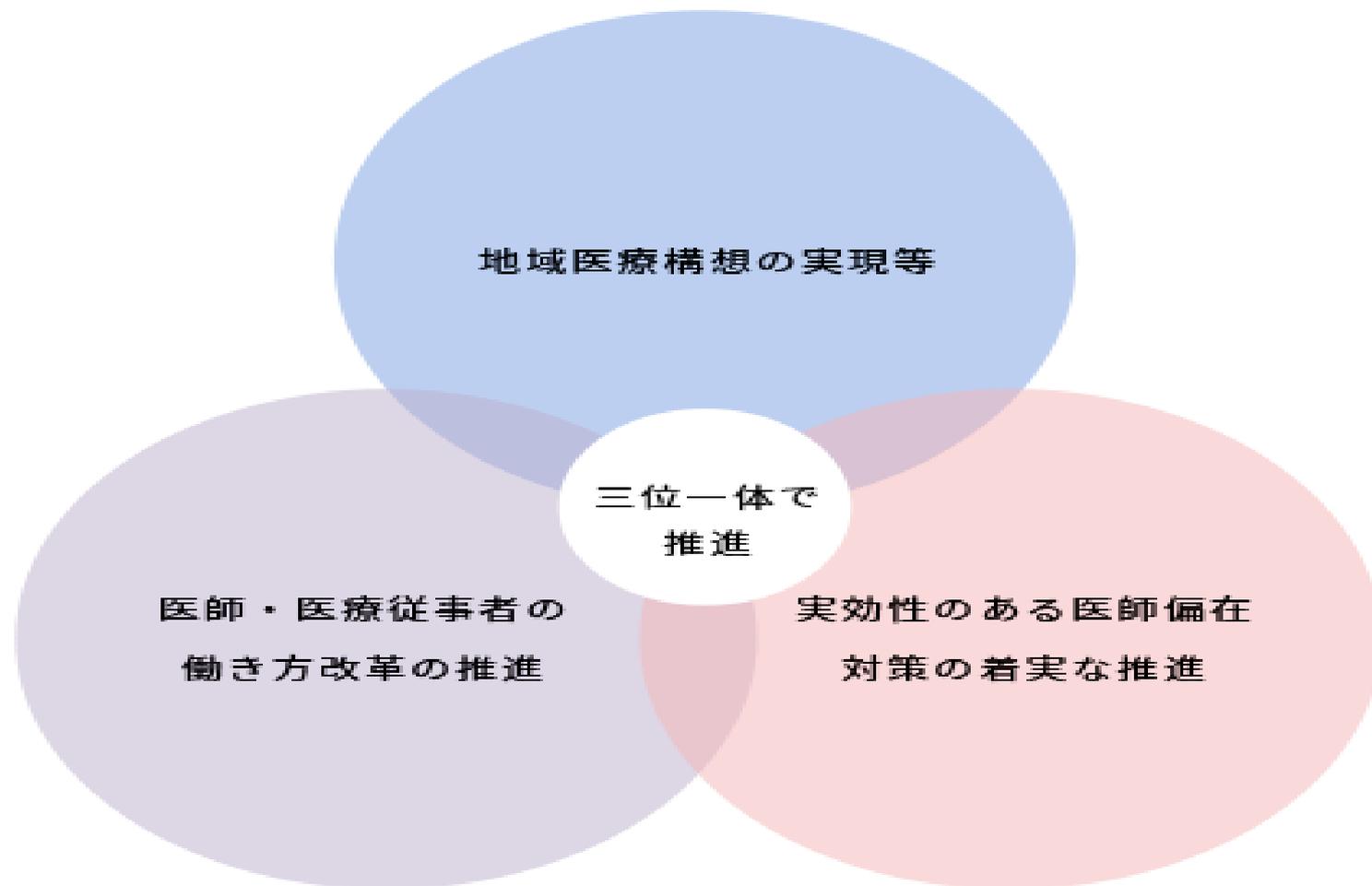
・新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）

新地域医療構想で 地域医療構想が大きく変わる

見直しに向けた 地域医療構想の 検討項目

- 2040年ごろを見据えた病床の数や役割
- 医療と介護の連携強化
- 在宅医療の在り方
- 医療機関ごとの役割分担
- 都市部や過疎地など地域の特性に応じた医療提供体制
- 医療機関の再編に向けた知事の権限

三位一体改革の推進が必要！



パート6 2024年の診療報酬改定

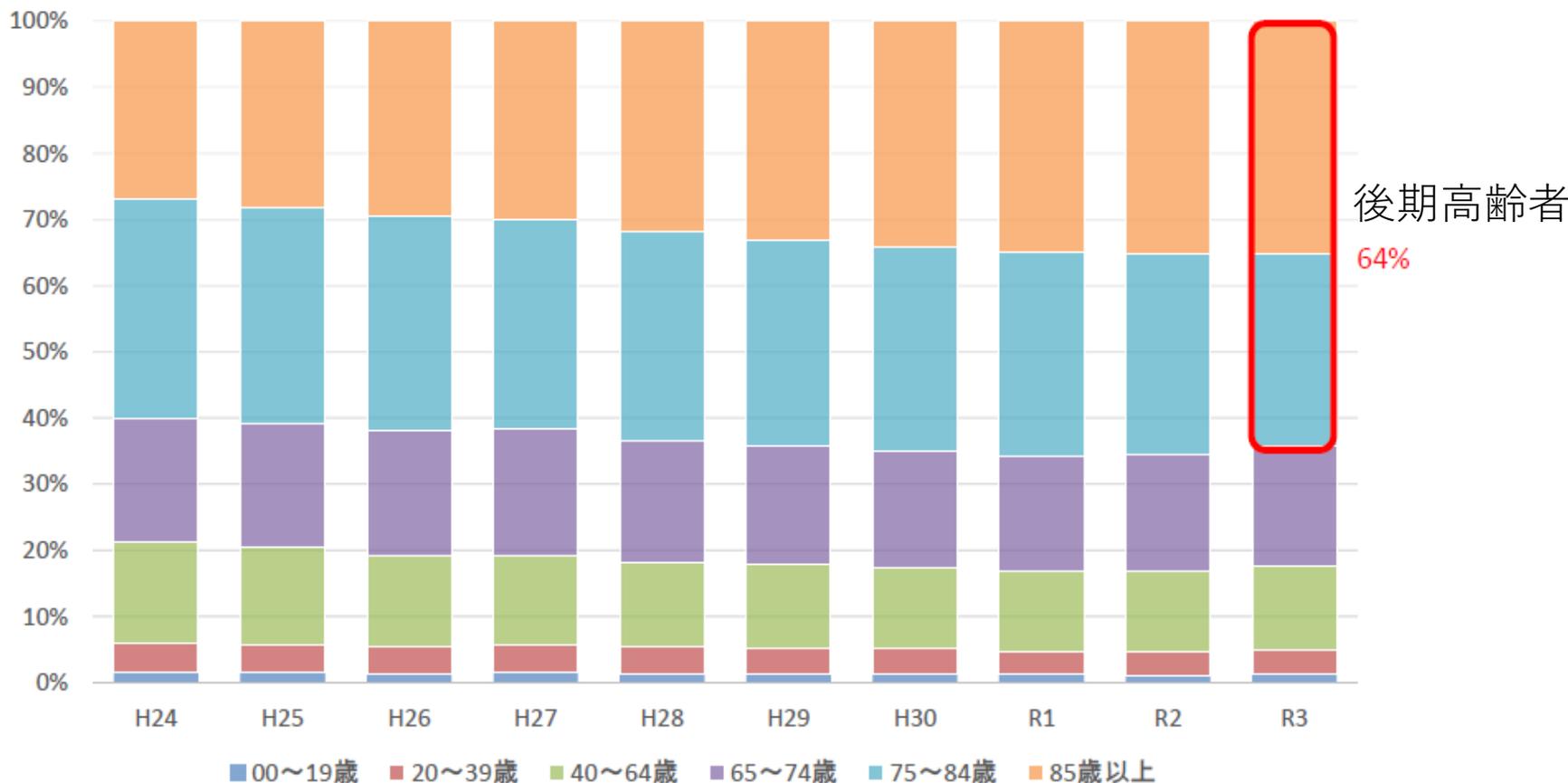


高齢者救急をどこで診るのか？

入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

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

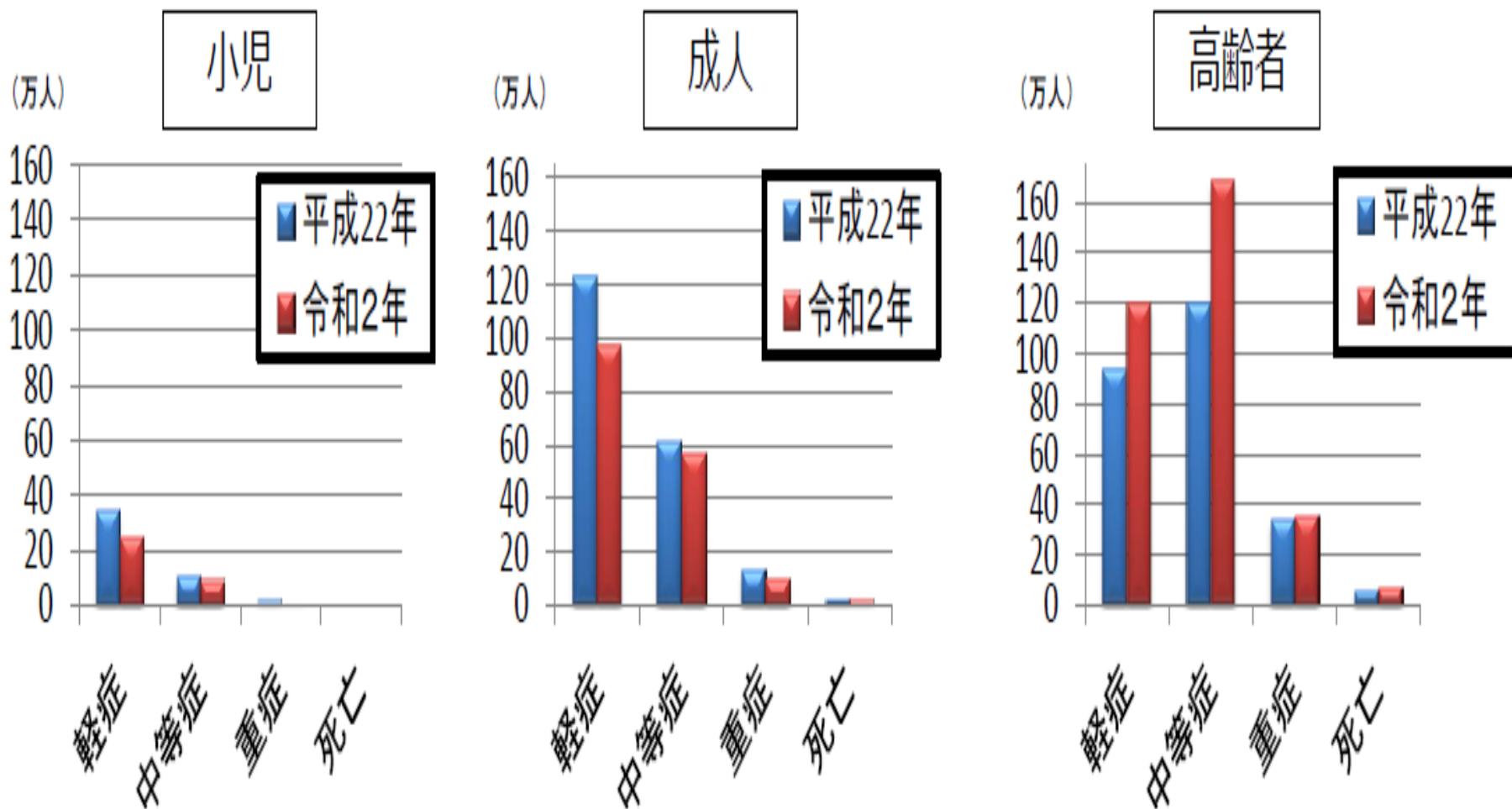


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

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。

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

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

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	10,754	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	7,754	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	6,754	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	5,754	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)	5,254	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	4,754	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	4,162	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	5,602	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	5,420	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>	4,553	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	4,100	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	4,043	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	4,034	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	3,845	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	3,814	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	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	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	2,839	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	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

2024年診療報酬改定 地域包括医療病棟の新設



高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

○ これまでの主な指摘

- ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

○ 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。

○ 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

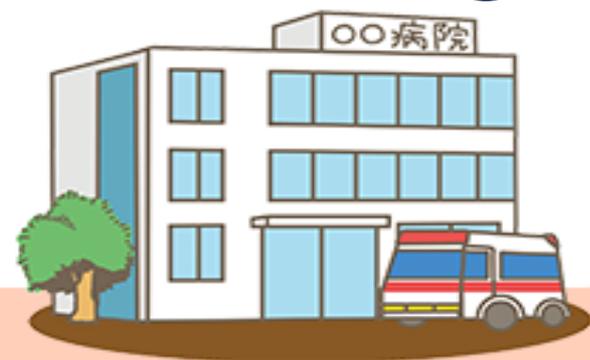
包括的に提供

地域包括医療病棟

- 看護配置**10対1**
- 常勤の**理学療法士、作業療法士**または**言語聴覚士**が病棟に2人以上
- 専任の**管理栄養士**が病棟に1人以上
- 平均在院日数**21日以内**
- 退院患者のうち、自宅等に退院する患者の割合が**80%以上**

…など

要件が厳しすぎる



急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> 「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回り八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含まない)

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

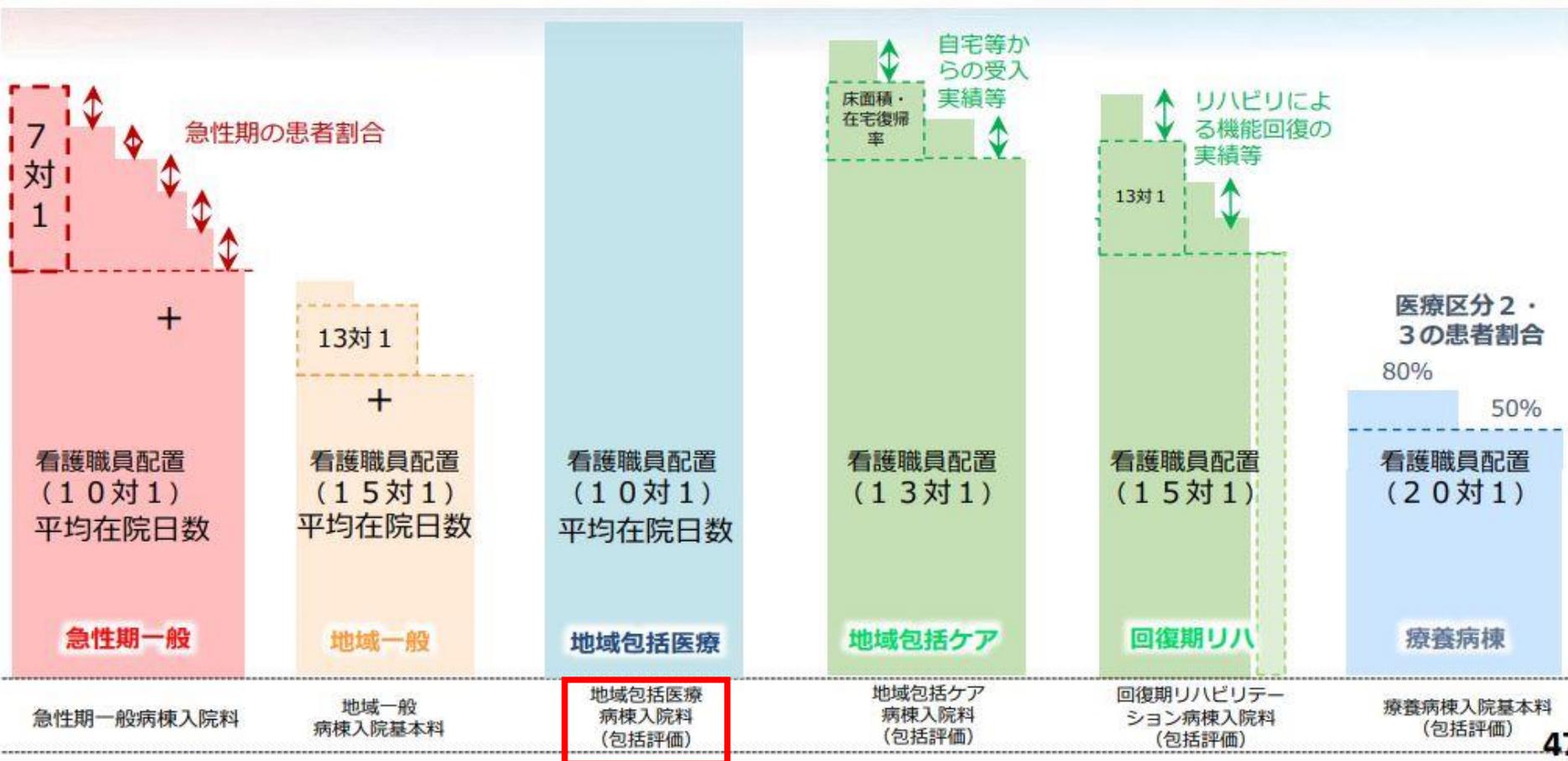
- 入院医療評価体系については、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。急性期医療と回復期医療を担う**地域包括医療病棟**を新設した。

※ 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。

急性期医療

回復期医療

慢性期医療



地域包括医療病棟は 「地ケア並び」にあらず

- 地域包括医療病棟は、より高齢者救急に特化しては、より高ポストアキュートではなく、高ポストアキュートを診る。
- 平均在院日数も21日以内と定めている。
- 3次の医療機関で患者さんを迎え入れた「7対1病室」でなくとも診られると分かったら、地域包括医療病棟に送ることもありえる。
- 地域包括医療病棟の包括範囲はDPCに近く、より急性期の医療が可能だ。
- 「地ケア並び」と考えるのではなく、この点にご留意いただきたい。



眞鍋馨医療課長

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- ▶ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料2-6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

Ⅲ、調査結果②

三病院団体：地域包括医療病棟調査
2024年6月10日

■地域包括医療病棟入院料の届出予定（全体）

転換予定	検討中	転換しない
39病院	141病院	822病院

■転換予定、及び検討中の病棟

n=180病院

急性期病棟すべて	57病院
地域包括ケア病棟すべて	14病院
急性期病棟の一部	91病院
地域包括ケア病棟の一部	7病院
回復期リハビリテーション病棟の一部	1病院
障害者病棟	2病院
療養病棟	1病院
未検討	7病院

Ⅲ、調査結果⑤

■ 転換しない理由

n=822病院

現在の病棟機能を維持できるため		442病院
示された施設基準を満たせないため	※詳細はP6・P7	324病院
転換できる病棟を有していないため		21病院
地域包括医療病棟以外の病棟に転換予定		3病院
その他		12病院
未回答		20病院

地域包括医療病棟 地域医療構想では どの区分？



千葉県地域医療構想調整会議

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。

2022年度病床機能報告について

速報値

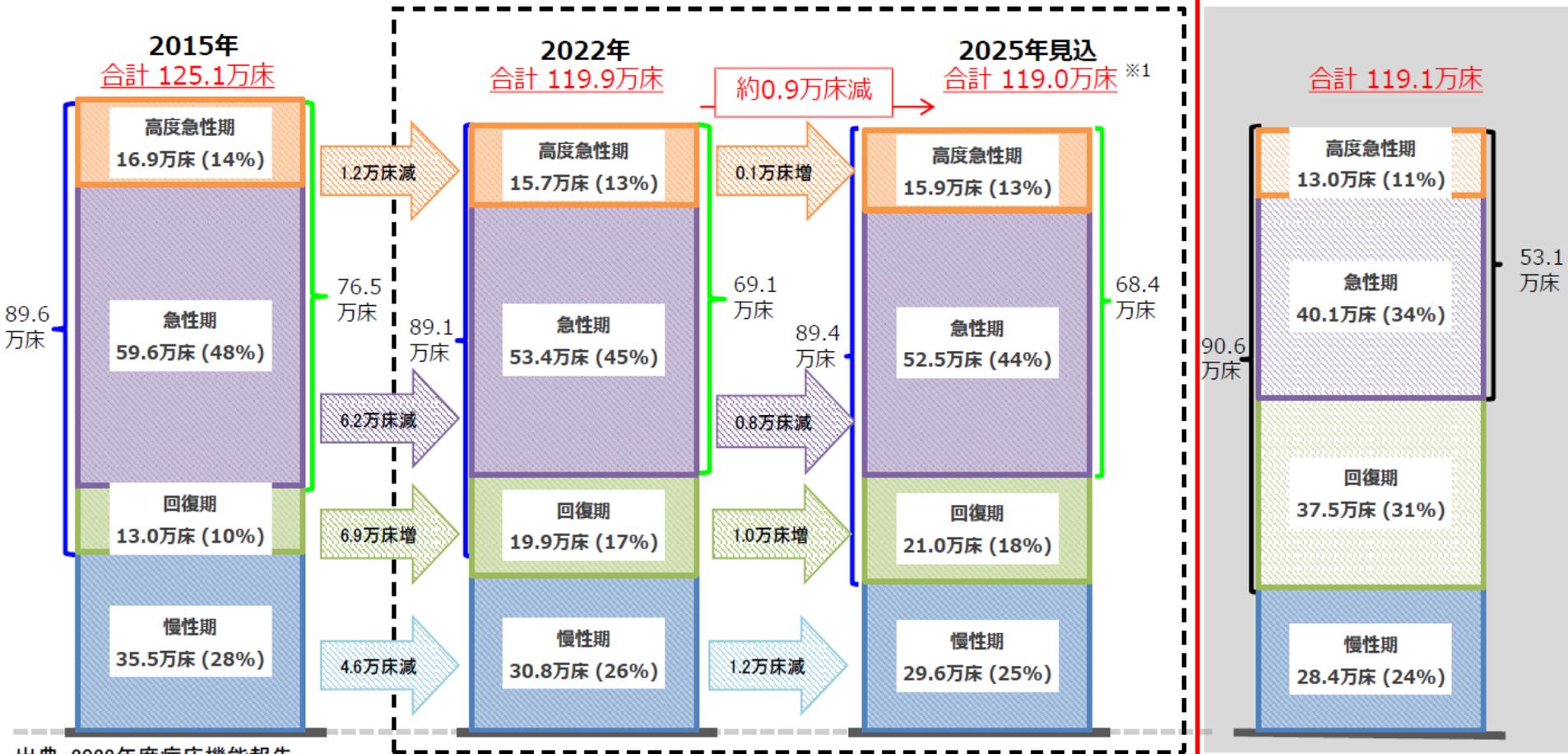
2015年度病床機能報告

(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)



※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: 13,885/14,538 (95.5%)

※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ります

※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『日本の地域別人口推計』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)

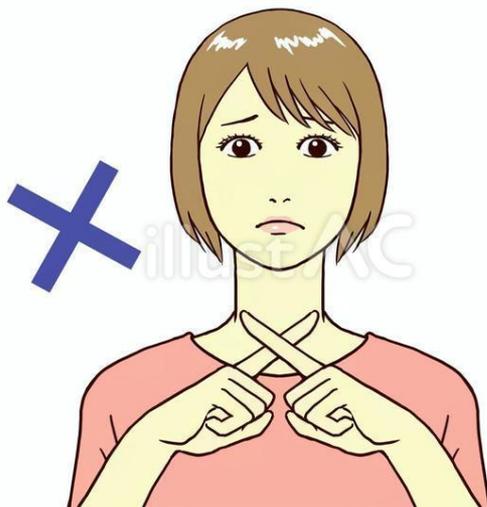
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている医療機関を指す

※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、それだけではなく、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。

高齢者の受け皿
の回復期病床が
16万床足りない

(一部精査中)

地域包括医療病棟は
回復期病床数をアップできる？



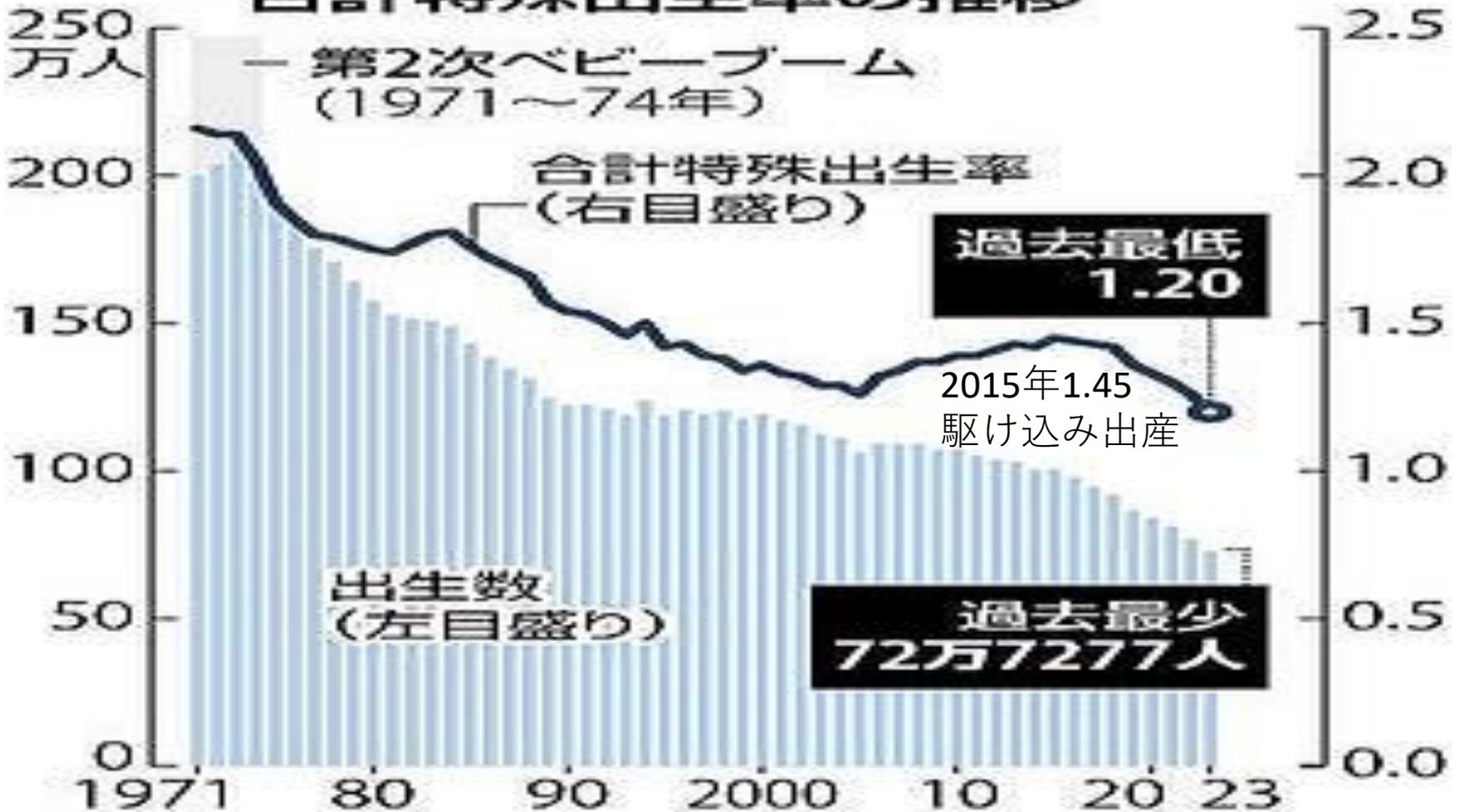
パート7 異次元の少子化対策



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 東京0.99

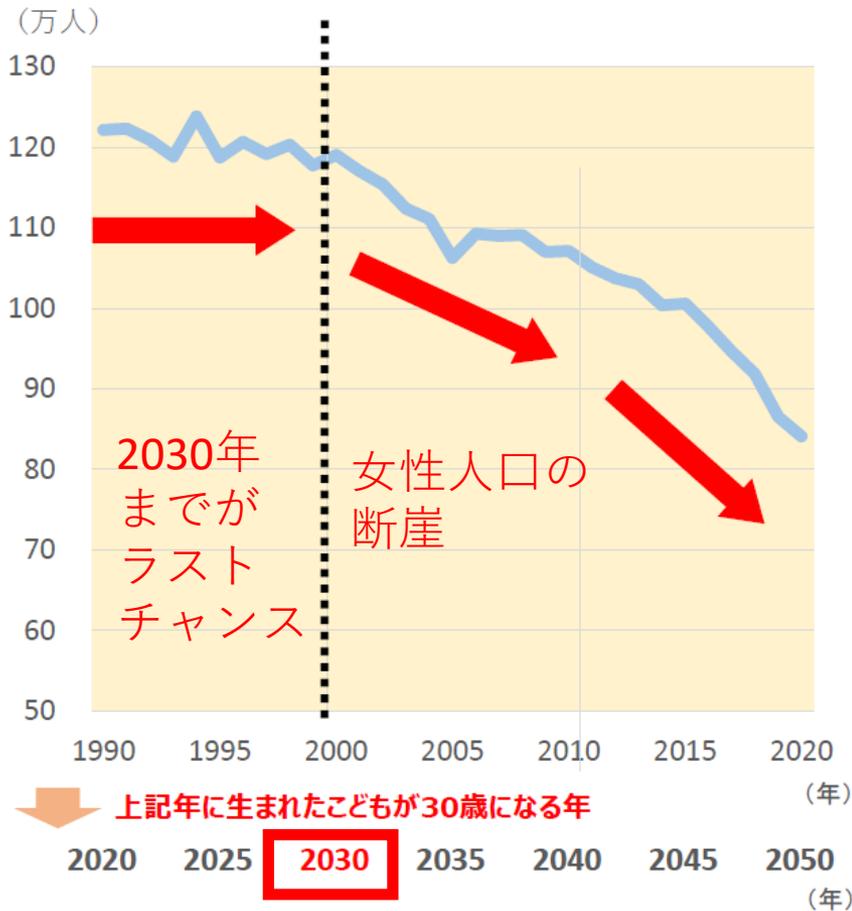
出生数と合計特殊出生率の推移



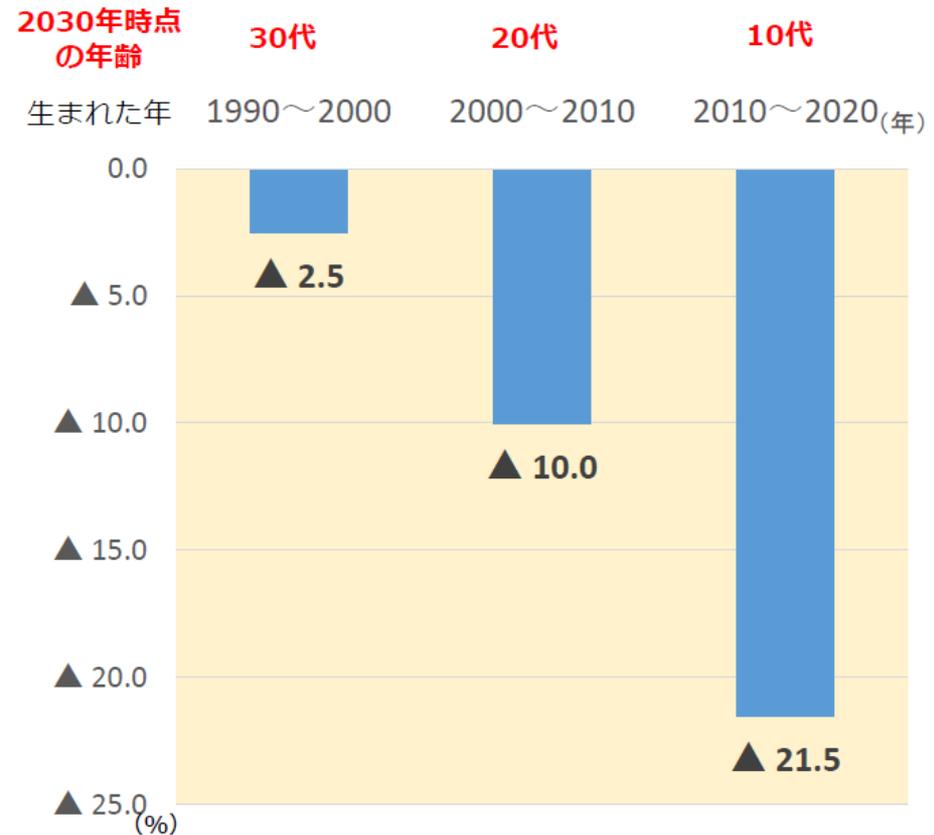
人口減少の特徴＝「時間」との闘い①

○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)

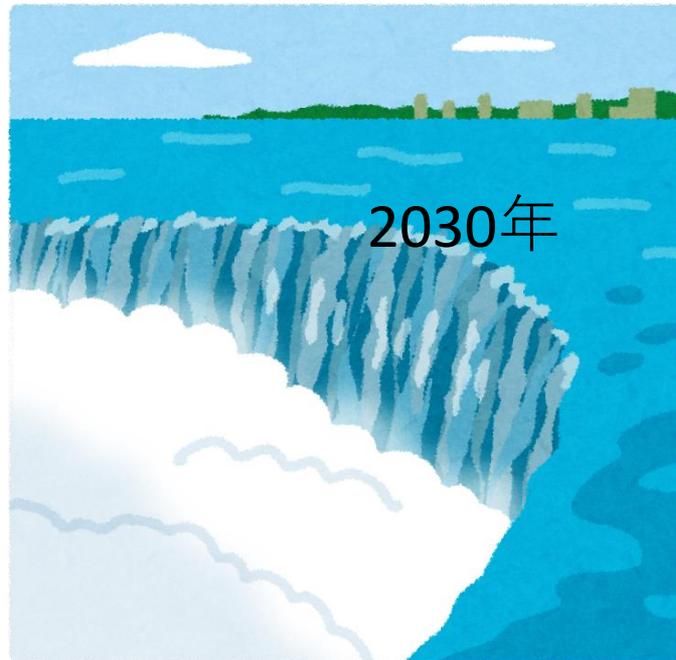


(出生年(10年間)ごとの減少割合)



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



「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

※文中の意見にわたる部分は個人的な意見である。

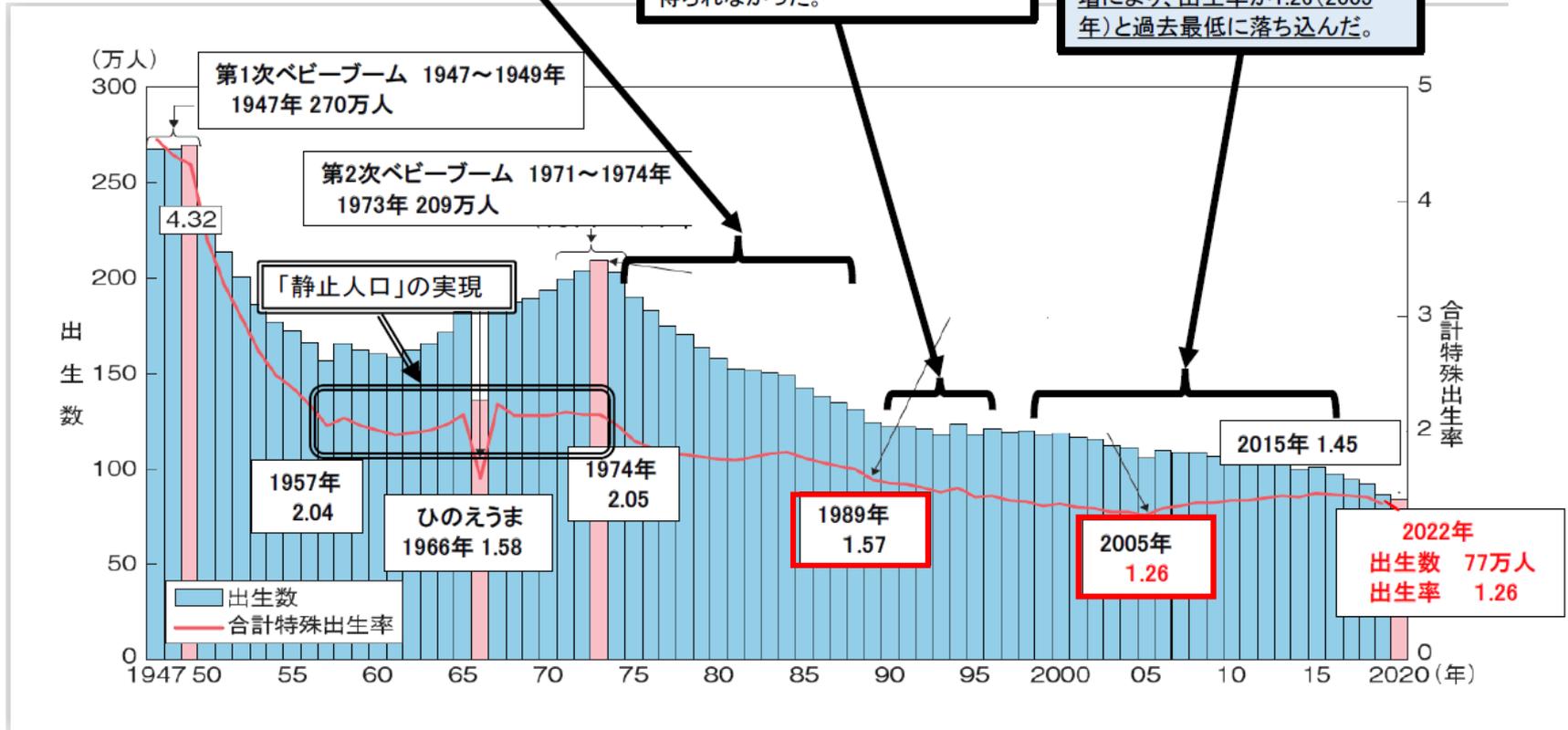
「不戦敗」の歴史—日本はこれまで3度のチャンスがあった

年間出生数と合計特殊出生率の推移

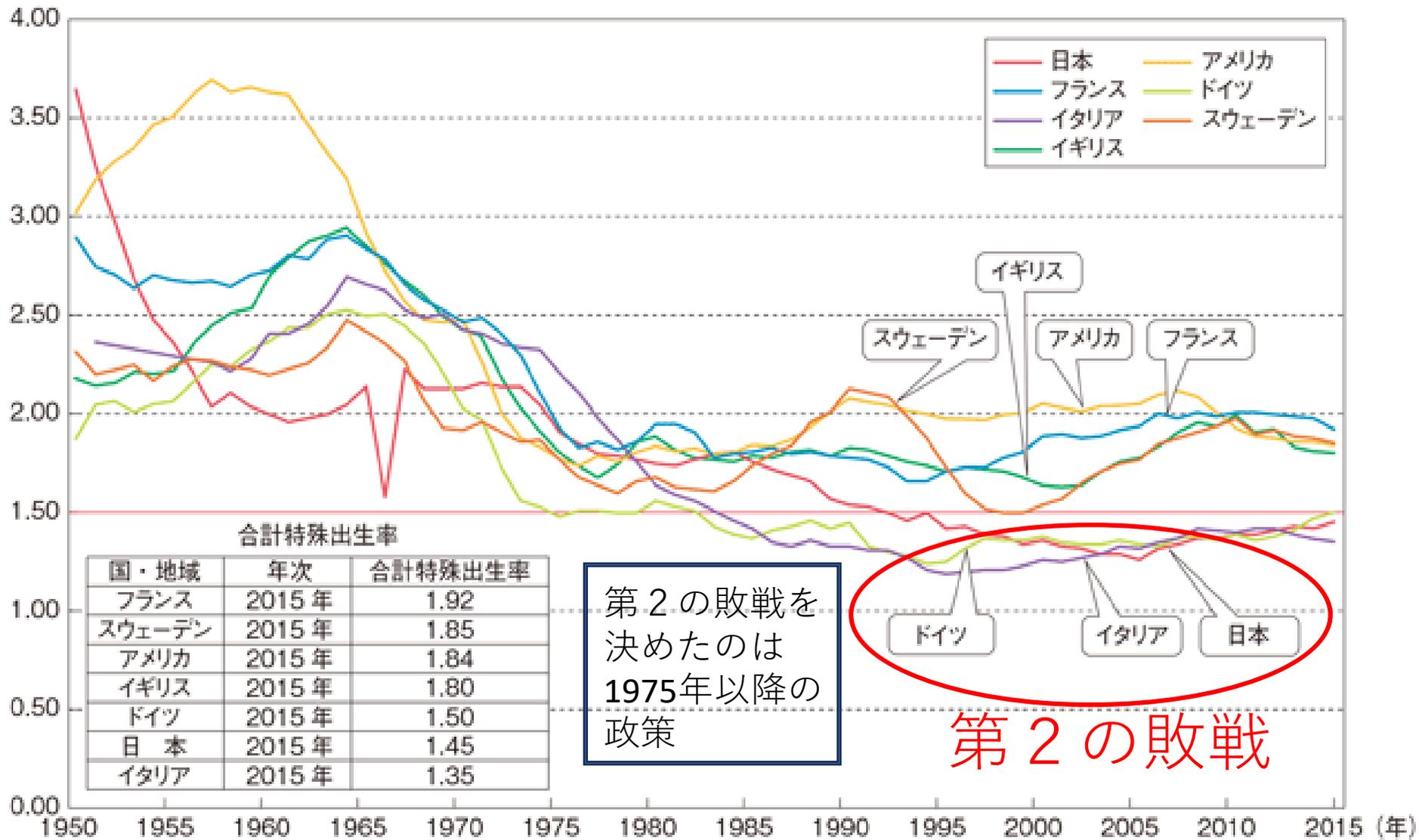
●第1の敗北(1970年代後半～80年代)
「出産奨励のタブー視」
・出産奨励策はタブー視され、対策は全く講じられなかった。専門家は、出生率は、いずれ回復するだろうと楽観的見通し

●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。



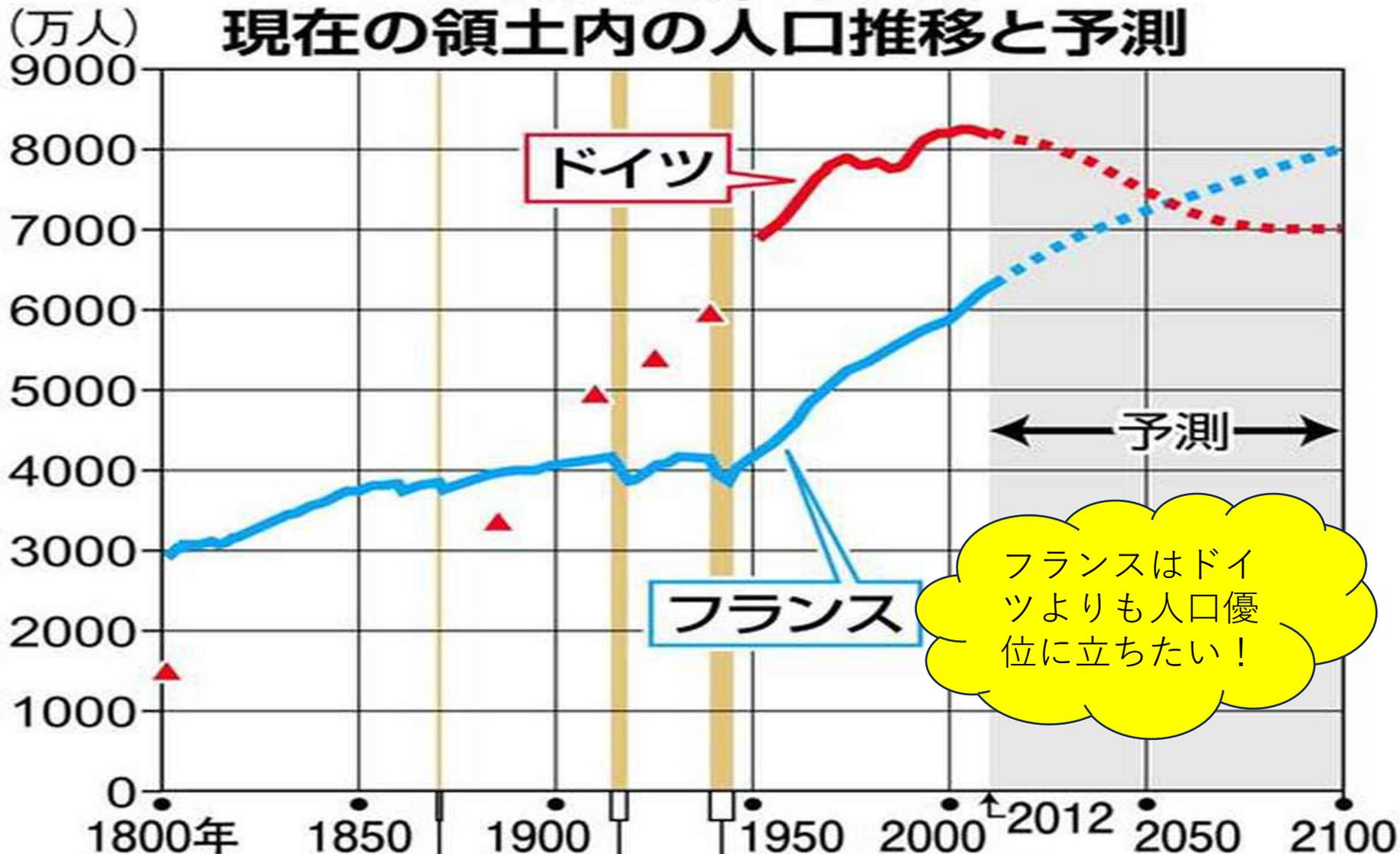
資料：1959年までUnited Nations “Demographic Yearbook”等、1960年以降はOECD Family databases (2017年5月更新版) 及び厚生労働省「人口動態統計」を基に内閣府作成。

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

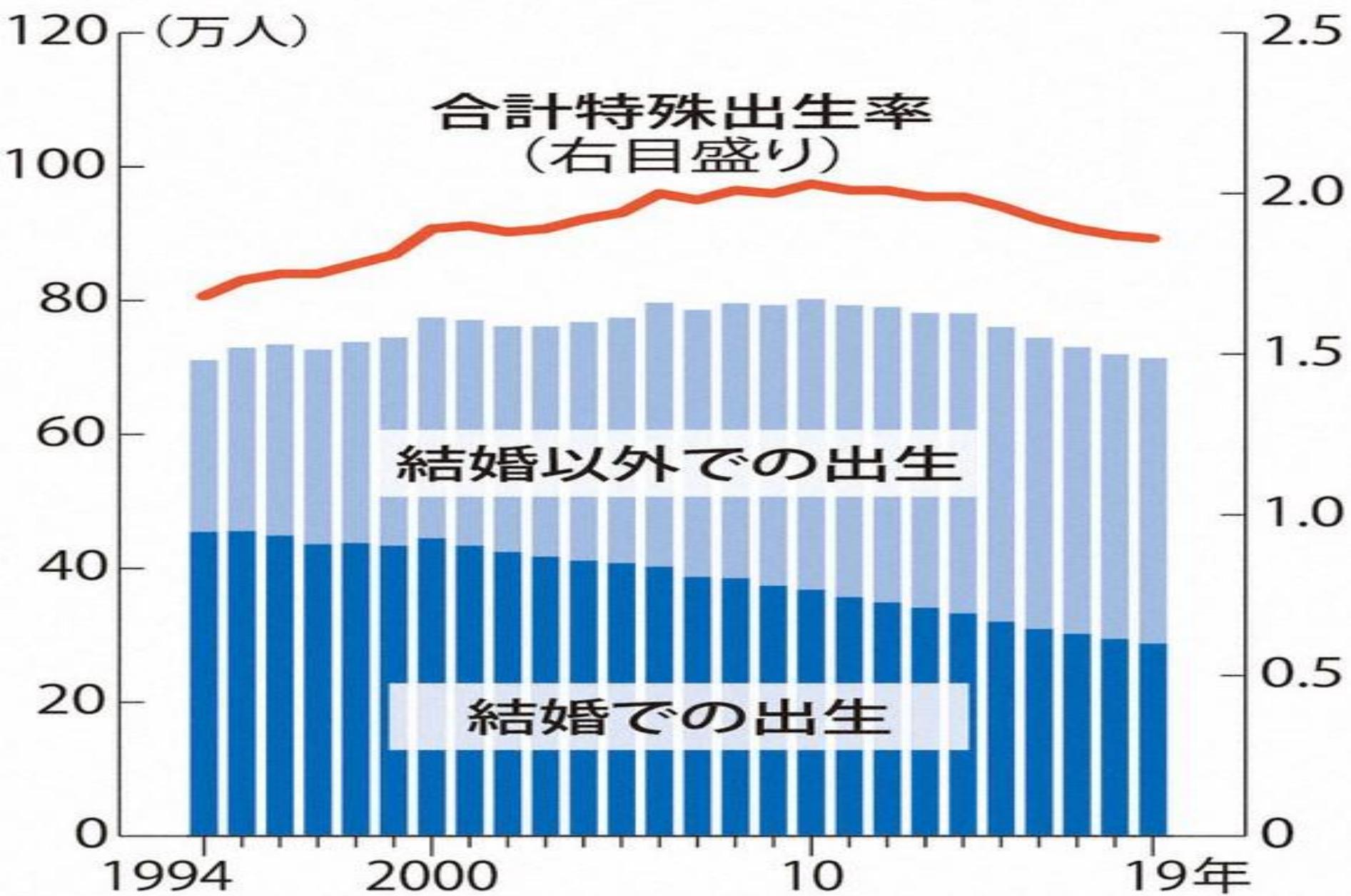
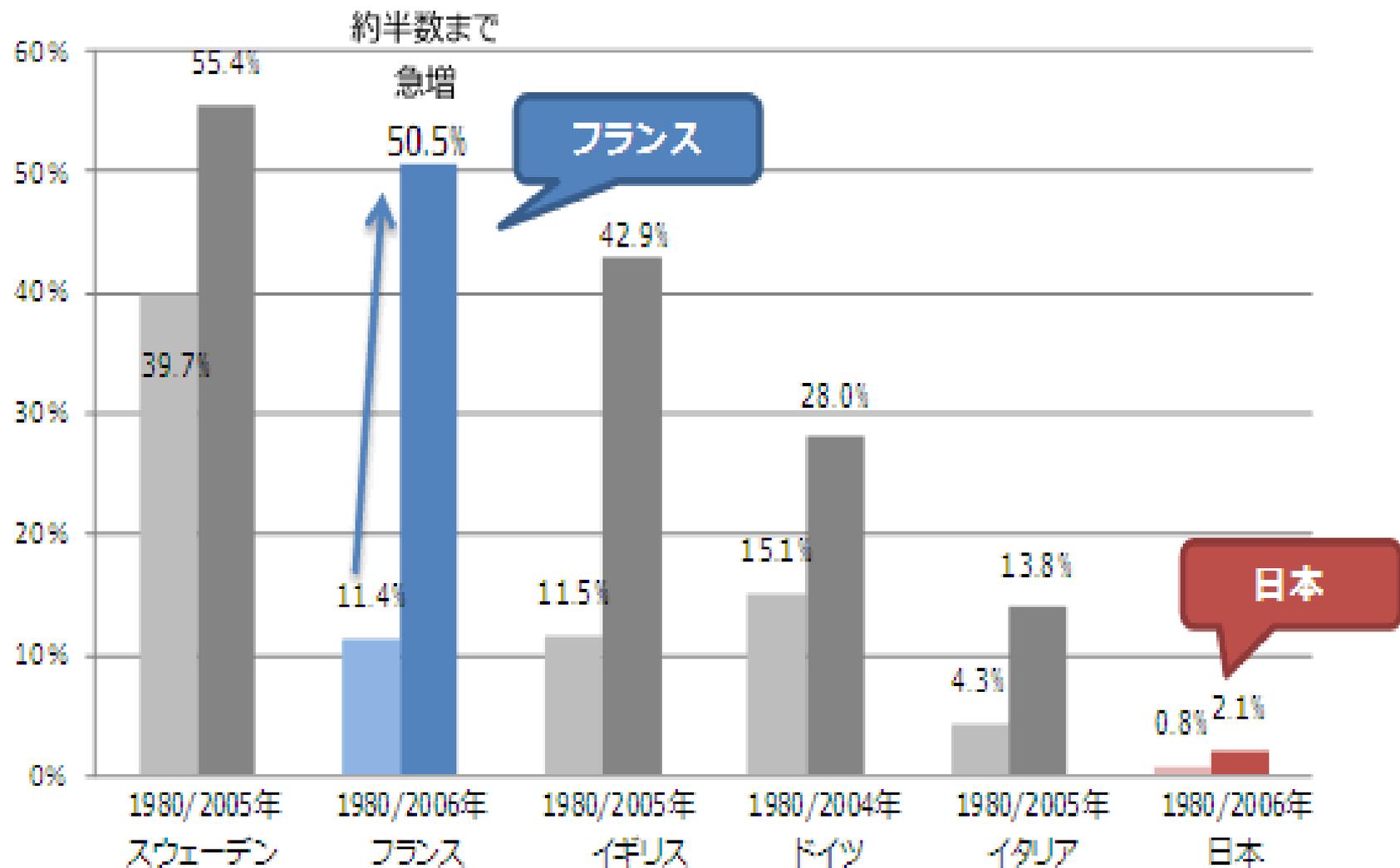


図9 婚外子の割合（フランス/日本）



※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

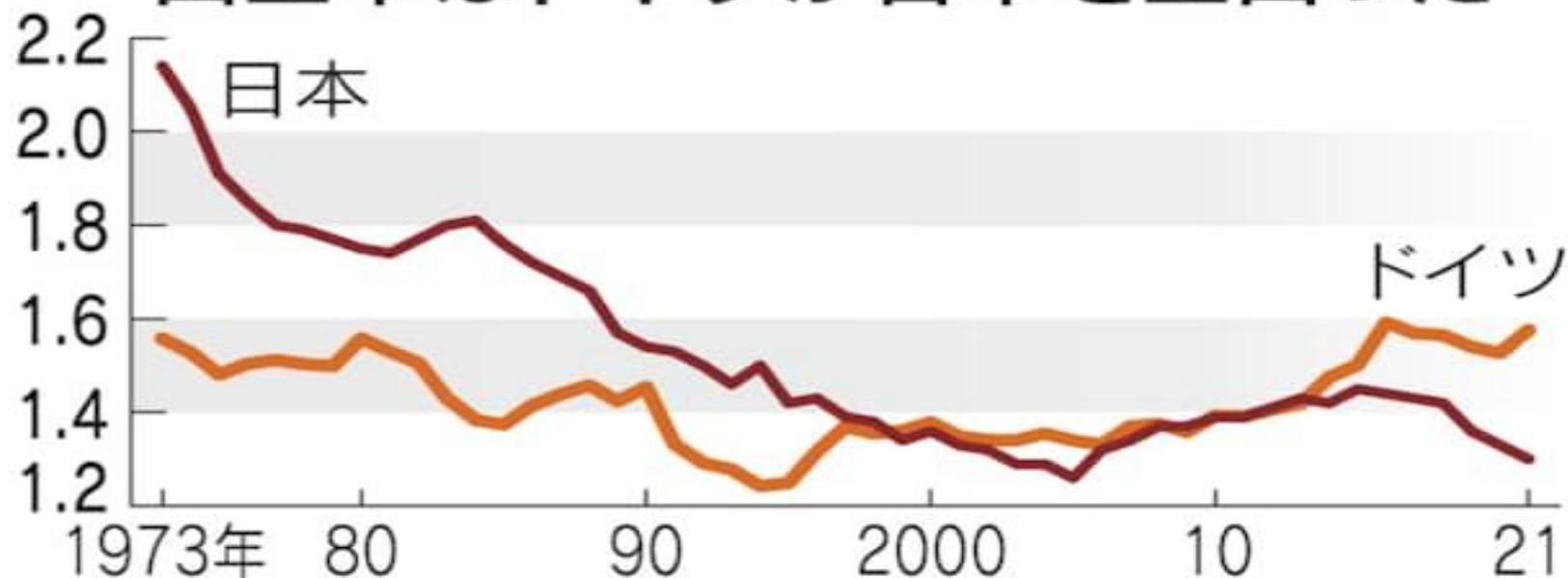
フランスの出生率は戦後最低水準

マクロン
大統領
(ロイター)

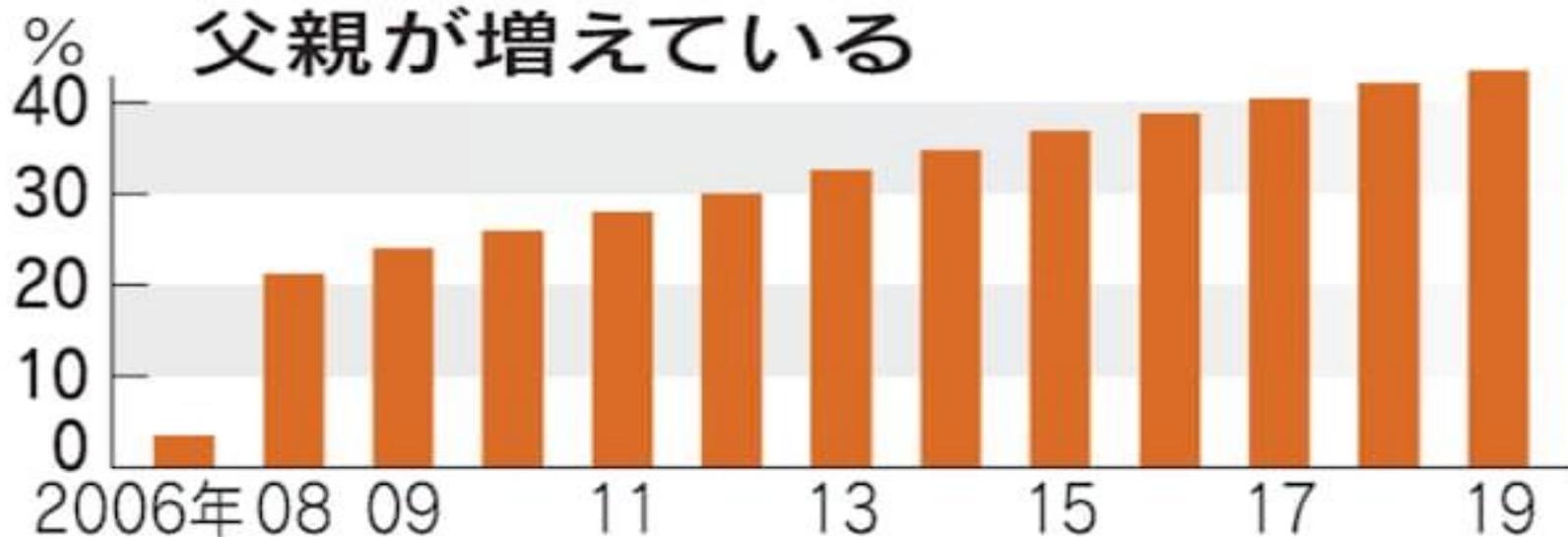


(仏国立統計経済研究所のデータから作成)

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

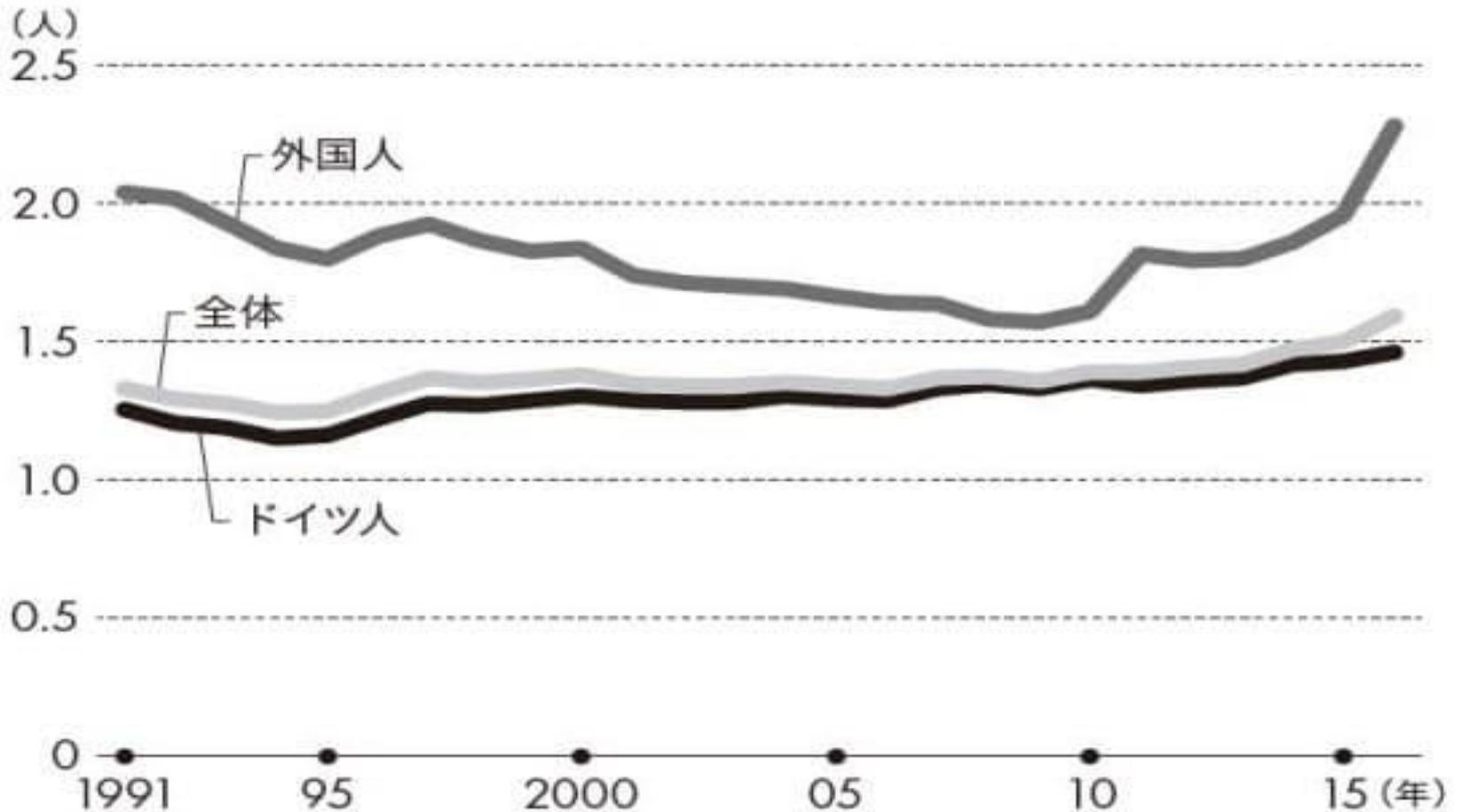


■日本とドイツの名目GDPの推移



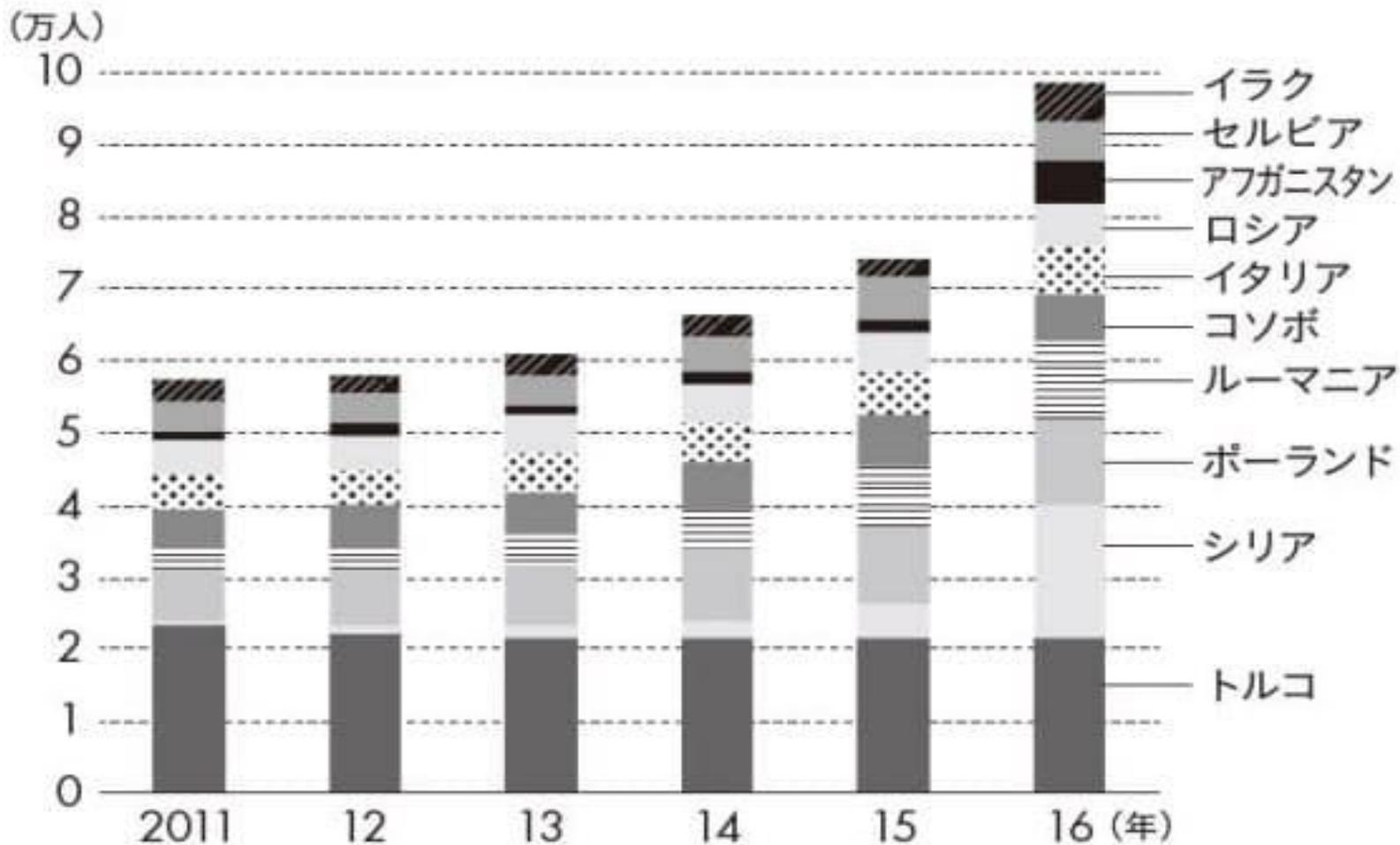
※IMFの資料から

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

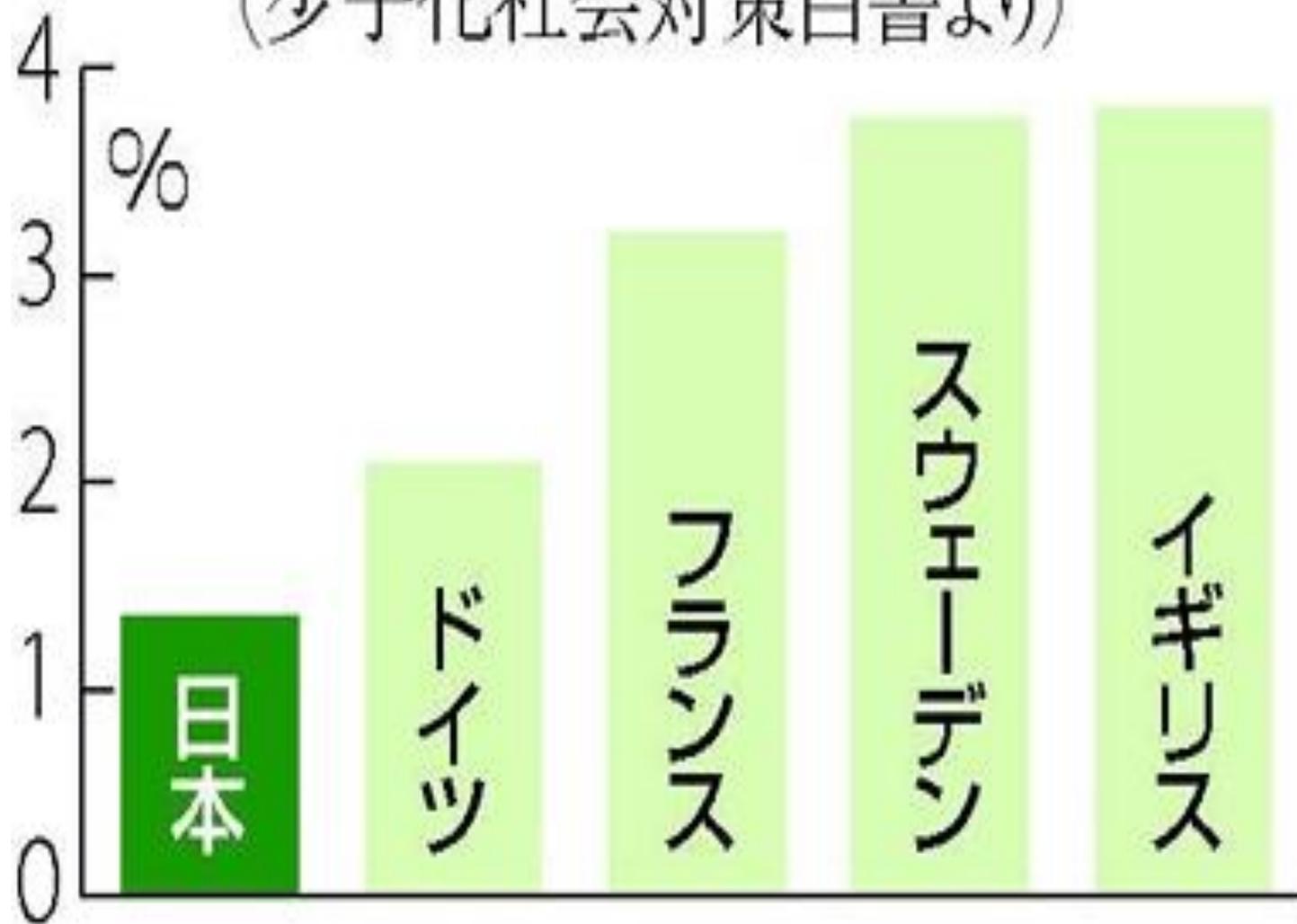
主な外国人新生児の内訳推移



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。

実現可能?



異次元の少子化対策

発表された“たたき台”その中身は?



保育サービスの拡充

誰でも利用可



一定時間の就労なしでOK

保育士の負担 **減**



1歳児の保育

6人 → 5人へ

働き方改革の推進

育休中の給付率

手取りの8割

ほぼ満額



男性の育休取得率(民間)



2025年に
約50%に

経済的支援の強化

児童手当

中学生以下まで

ひとりあたり
5000円~
1万5000円

年収
1200万で
対象外



撤廃は**当然**

この程度じゃ足りない

政府が目指す少子化対策の財源確保策

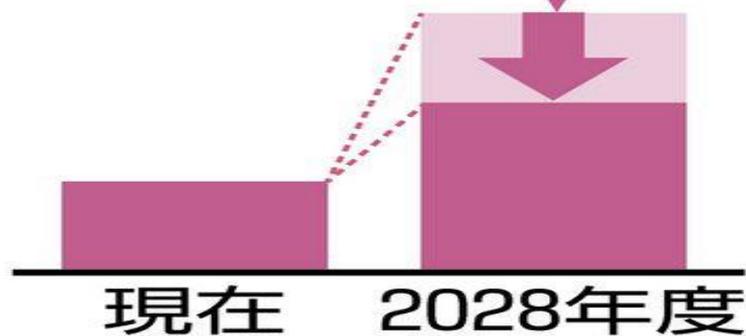
年約3.6兆円

既定予算の
組み替え
約1.5
兆円

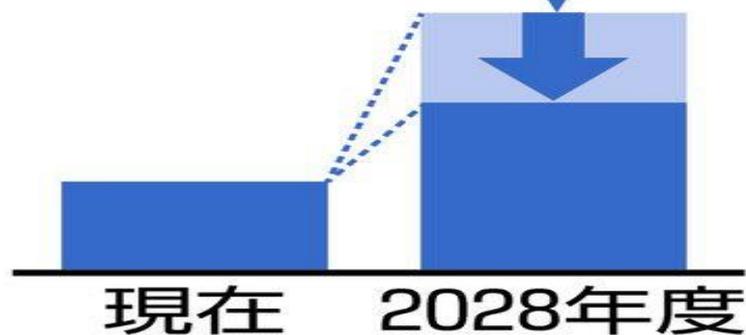
社会保障の
歳出改革
約1.1
兆円

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



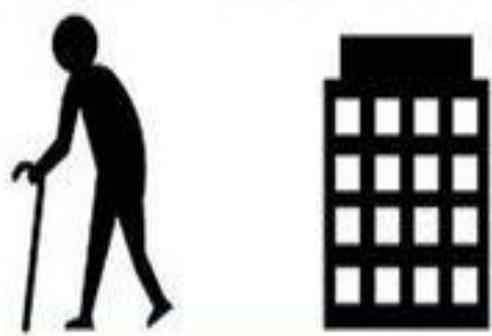
歳出改革で保険料
負担の伸びを抑え、
浮いた分の範囲内
で「支援金」を徴収



支援金制度と
少子化対策のイメージ



医療保険の加入者・事業主



子育て世帯



支援金 (1人あたり月500円程度?)

健康保険組合、国民健康保険、
後期高齢者医療制度など



年1兆円

政府 

少子化対策の
財源に充当



「子ども・子育て支援金」衆院通過

少子化対策関連法案

**医療保険料に上乗せして徴収する
「子ども・子育て支援金」制度を創設**

2030年までに
合計特殊出生率を
反転できるか？

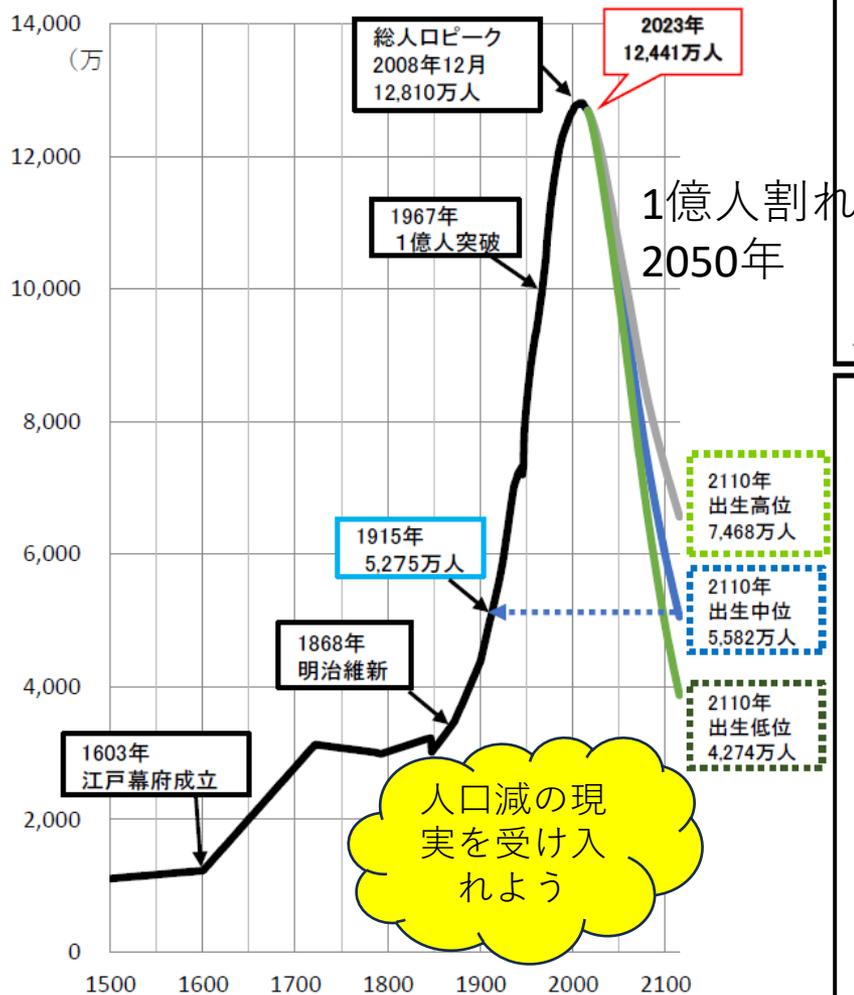


もちろん

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)

パート 8 後発医薬品の 安定供給へ向けて



薬機法違反の状況

- 令和3年より、複数の医薬品企業において、製造管理・品質管理上の不備による医薬品医療機器等法（薬機法）違反が発覚し、行政処分が実施されている。

行政処分事例一覧（令和3年～令和5年5月）

企業名（処分庁）	処分日
小林化工株式会社（福井県）	2021年2月9日（業務停止、業務改善）
日医工株式会社（富山県）	2021年3月5日（業務停止）
岡見化学工業株式会社（京都府）	2021年3月27日（業務停止、業務改善）
久光製薬株式会社（佐賀県）	2021年8月12日（業務停止）
北日本製薬株式会社（富山県）	2021年9月14日（業務停止、業務改善）
長生堂製薬株式会社（徳島県）	2021年10月11日（業務停止、業務改善）
松田薬品工業株式会社（愛媛県）	2021年11月12日（業務停止、業務改善）
日新製薬株式会社（滋賀県）	2021年12月24日（業務停止、業務改善）
富士製薬工業株式会社（富山県）	2022年1月19日（業務改善）
共和薬品工業株式会社（兵庫県、鳥取県、大阪府）	2022年3月28日（業務停止、業務改善）
中新薬業株式会社（富山県）	2022年3月30日（業務停止、業務改善）
辰巳化学株式会社（石川県）	2022年9月2日（業務改善）
株式会社廣貴堂（富山県）	2022年11月11日（業務停止、業務改善）
ニプロファーマ株式会社（秋田県）	2023年2月24日（業務改善）
フェリング・ファーマ株式会社※（厚労省）※海外の原薬製造所のGMP違反	2023年4月28日（業務改善）

2021年から
すでに21社

沢井製薬 テプレノンカプセル 溶出試験で不正



2023年10月23日



アクティブファーマに業務改善命令
富山市八尾町に工場

2024年2月9日



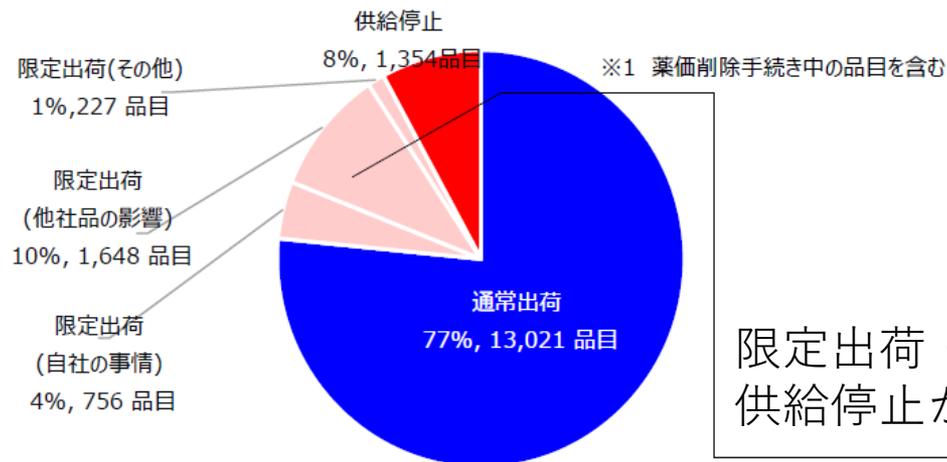
アクティブファーマ (本社:東京)

富山市八尾町の工場で承認書と異なる方法で
医薬品原薬を製造 虚偽の製造記録を作成

1 製造販売業者の対応状況—医薬品全体（令和5年4月）

- 製造販売業者の対応状況については、調査対象18,221品目に対し、17,203品目の回答を得た。
- 結果としては、**限定出荷・供給停止が合計23%**（3,985品目）であり、限定出荷の要因としては「**他社品の影響**」によるものが**最多**であった。

1 医薬品全体の対応状況※1



カテゴリ別：「供給停止」、「限定出荷」の割合

2023年4月 調査結果	供給停止		限定出荷		
	銘柄数	構成比	銘柄数	構成比	
先発品	2,580	63	5%	95	4%
長期収載品	1,450	30	2%	134	5%
後発品	9,004	1,022	75%	2,061	78%
その他の医薬品	4,169	239	18%	341	13%
合計	17,203	1,354	100%	2,631	100%

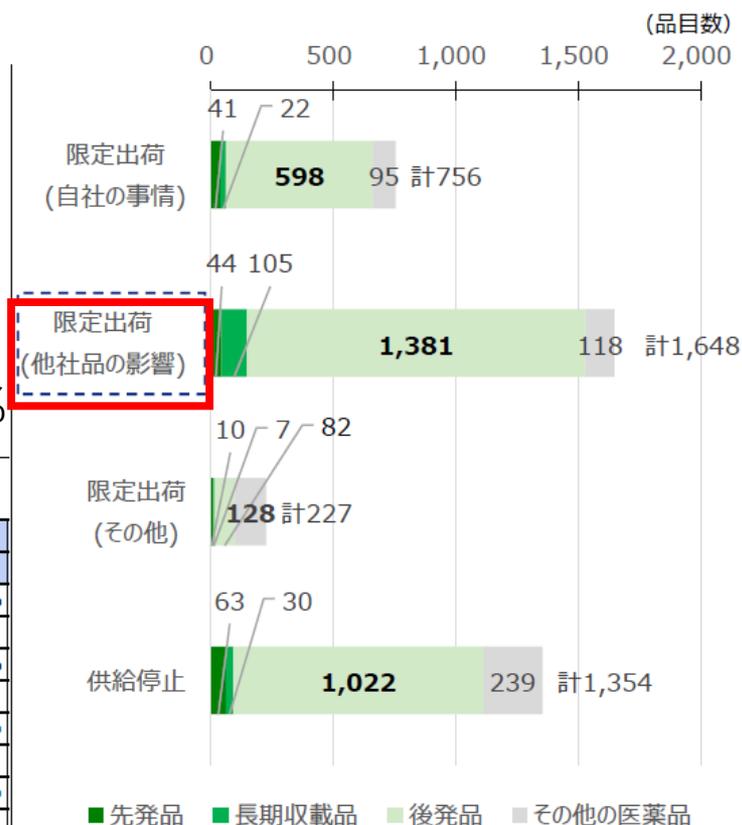
カテゴリ別：限定出荷の要因（自社事情、他社品の影響）分析

2023年4月 調査結果	限定出荷							
	自社の事情		他社品の影響		その他		合計	
先発品	41	5%	44	3%	10	4%	95	4%
長期収載品	22	3%	105	6%	7	3%	134	5%
後発品	598	79%	1,381	84%	82	36%	2,061	78%
その他の医薬品※	95	13%	118	7%	128	56%	341	13%
合計	756	100%	1,648	100%	227	100%	2,631	100%

【項目の定義】

長期収載品：後発品のある先発品
 その他の医薬品：局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤（ワクチン、血液製剤等）、承認が昭和42年以前の医薬品など

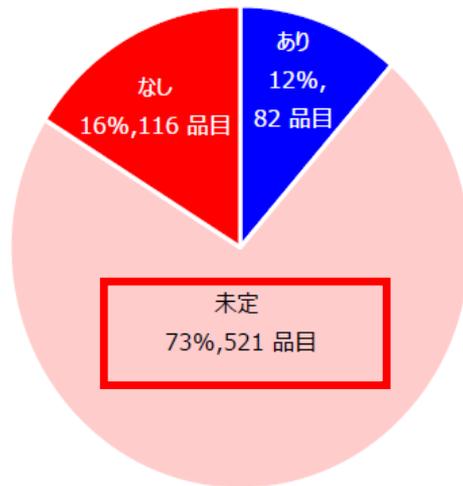
2 限定出荷・供給停止の内訳



供給停止の解消見込み（令和5年4月時点）

- 供給停止1,354品目のうち922品目について、解消見込みについての回答を得た。「未定」が最多であった
- 供給停止解消の見込み「あり」と回答されたものについて、解消時期の見込みは「3カ月以上」が最多であった。

1 供給停止の解消見込み※

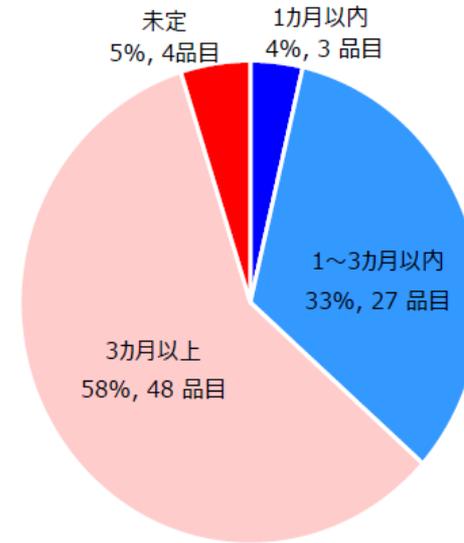


(単位：品目)

理由	あり	未定	なし
需要増	0	3	0
原材料調達トラブル	6	33	10
製造トラブル	5	63	13
品質トラブル	7	135	9
行政処分関連	1	51	5
—	0	0	2
その他	63	236	71
未回答	0	0	6
合計	82	521	116

※ 薬価削除が理由であるものは除く

2 供給停止の解消時期の見込み



(単位：品目)

理由	1カ月以内	1~3カ月以内	3カ月以上	未定
需要増	0	0	0	0
原材料調達トラブル	0	4	1	1
製造トラブル	3	1	0	1
品質トラブル	0	4	1	2
行政処分関連	0	0	1	0
—	0	0	0	0
その他	0	18	45	0
未回答	0	0	0	0
合計	3	27	48	4

後発医薬品問題 2015年と2016年問題



後発医薬品の使用割合の目標と推移

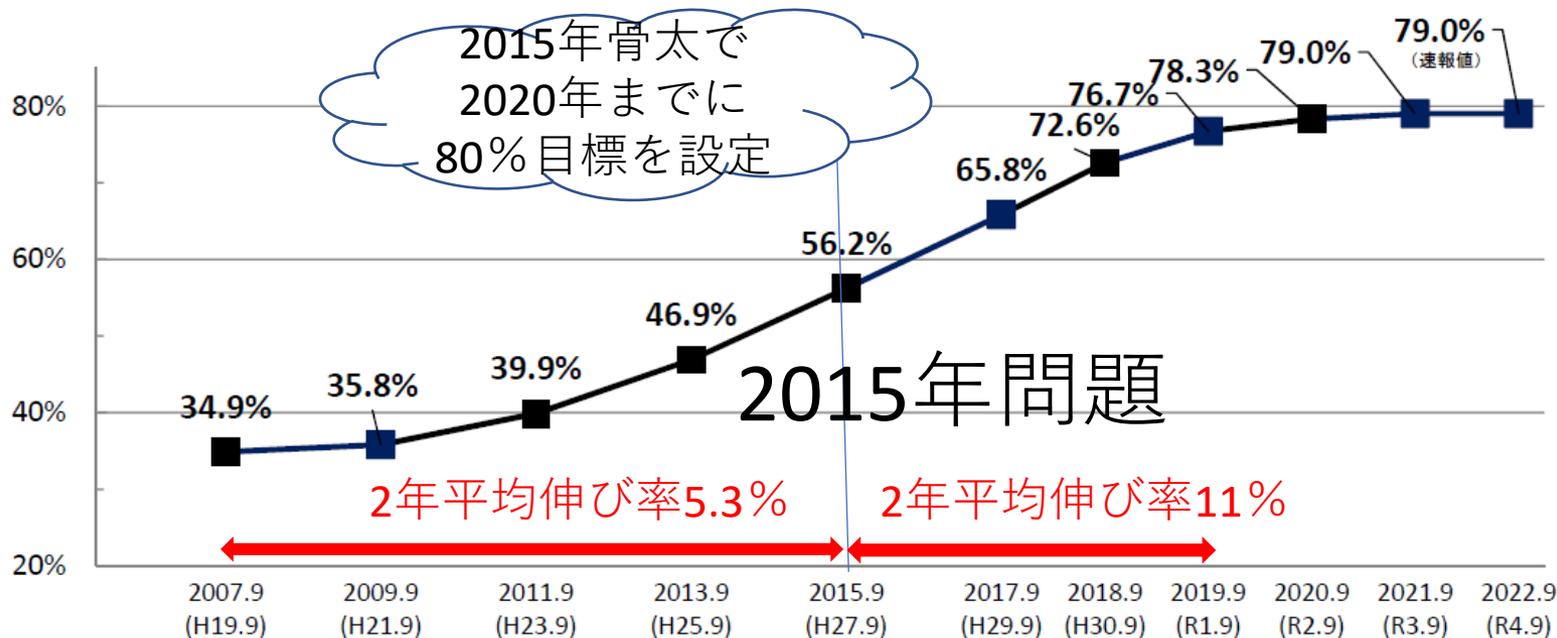
「経済財政運営と改革の基本方針2021」（R3.6.18閣議決定）（抄）

（略）

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保、新目標（脚注）についての検証、保険者の適正化の取組にも資する医療機関等の別の使用割合を含む実施状況の見える化を早期に実施し、バイオシミラーの医療費適正化効果を踏まえた目標設定の検討、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算等の見直しの検討、フォーミュラリを活用等、更なる使用促進を図る。

（脚注）

後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進めるとともに、後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%以上とする目標。



注）「使用割合」とは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。 厚生労働省調べ

2015年骨太の方針：「2017年央に70%以上とし、18年度から20年度末までのなるべく早い時期に80%以上とする」

2015年5月 経済財政諮問会議ワーキング

業界団体、厚労省
2023年までに80%

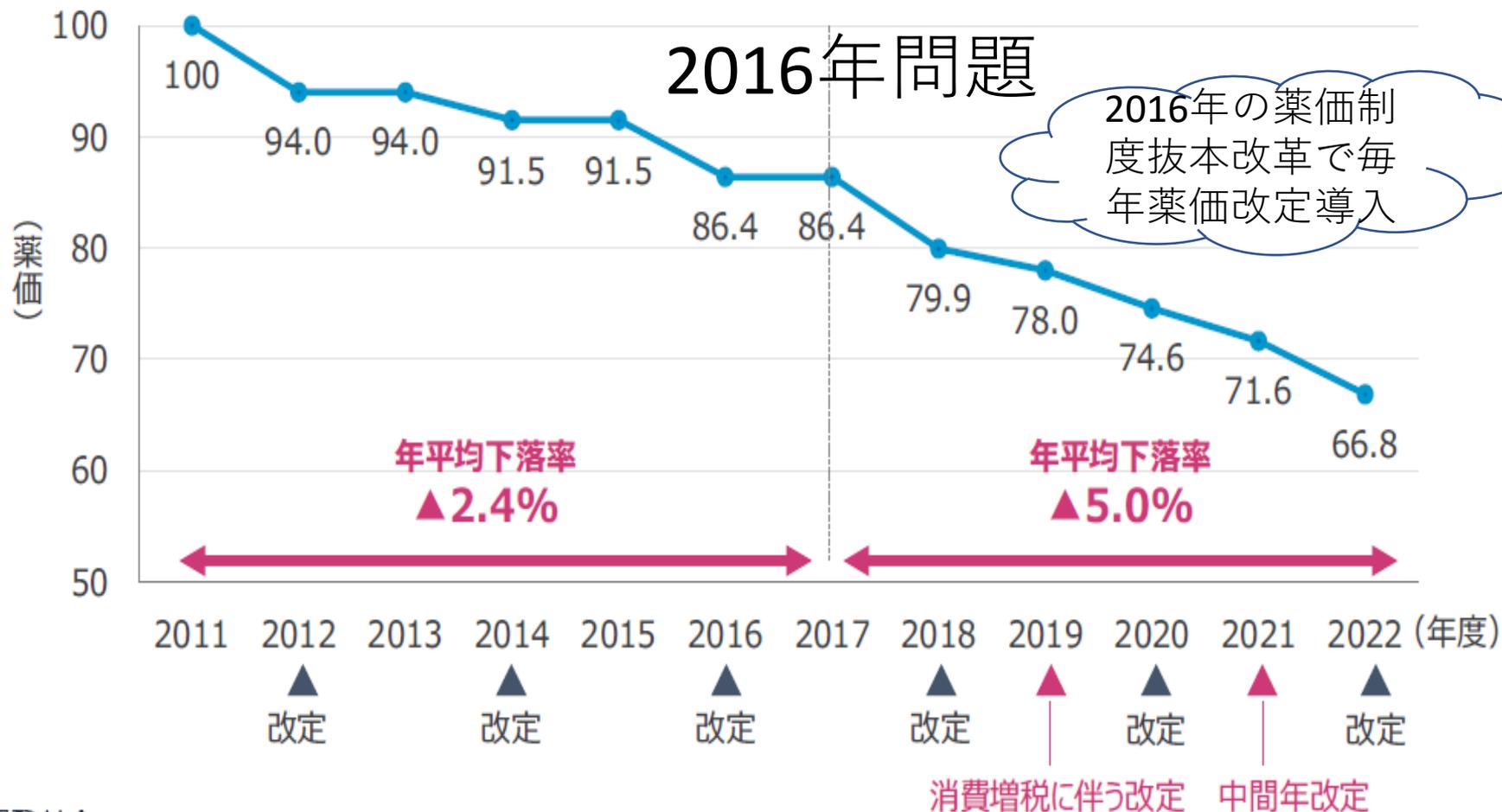
財務省事務局
2018年までに80%

日本ジェネリック学会
2020年までに80%



5年連続（2018-2022年度）の薬価改定により薬価下落が加速

薬価下落率（2010年を100とした場合）



2016年の薬価抜本改革：「毎年改定など」

薬価制度の抜本改革 (2016年12月)

- 薬価制度の抜本改革の基本方針

- 「4閣僚合意」が政府より公表 (2016年12月20日)

- 塩崎厚生労働相、
麻生大臣、
原伸太郎、
相、石
菅義偉、
の閣僚の合意

- 塩崎厚労大臣



- 毎年薬価改定

- 現在は2年に1度の薬価改定を毎年実施に切り替える (中間年は大卸売業に絞って実際の取引価格を調査)

2015年・2016年問題は 後発医薬品業界にとって デスクロス（死の十字架）



後発医薬品産業構造検討会



2023年7月31日

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた
産業構造のあり方に関する検討会
構成員名簿

	氏 名	現 職
○	川 上 純 一	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院 教授・薬剤部長
	櫻 井 信 豪	東京理科大学薬学部 教授
	田 極 春 美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部 主任研究員
	堤 崇 士	グロービス経営大学院 教授
	鳥 巢 正 憲	長島・大野・常松法律事務所 弁護士
	野 澤 昌 史	株式会社日本政策投資銀行企業金融第6部 ヘルスケア室長
	福 田 彰 子	デロイト トーマツ ファイナンシャルアドバイザー合同会社 LSHC M&Aトランザクションサービス シニアヴァイスプレジデント
	間 宮 弘 晃	国際医療福祉大学薬学部 准教授
◎	武 藤 正 樹	社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ 理事
	安 本 篤 史	ネクスレッジ株式会社 代表取締役社長
	柳 本 岳 史	ポストン コンサルティング グループ マネジング・ディレクター&パートナー

(◎は座長、○は座長代理) (計11名、氏名五十音順)

後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会 中間取りまとめ概要

2023年10月11日 公表

中間とりまとめの位置づけ

- 厚生労働省の他の会議体において後発医薬品に関する課題を含めた施策の検討が進められており、これらの会議体における検討の参考となるよう、**先だって薬事・薬価に関係する事項について提言を行うもの。**
- 中間取りまとめ以降も検討会で議論**を続け、後発医薬品産業を巡る構造的課題の解決に向けて**取り得る一連の施策について提言を行う予定。**

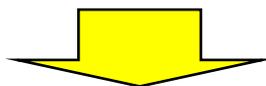
安定供給等の企業情報の可視化

- 品質が確保された後発品を安定供給できる企業が市場で評価**され、結果的に優位となることを目指し、例えば以下の項目を公開すべきである。
 - 安定供給体制に関する情報：安定供給体制の運用状況、共同開発の有無、製剤製造企業名（委託企業含む。）、供給不安発生時の事後対応 等
 - 供給状況に関する情報：自社品目の出荷状況、出荷停止事例 等 / ● 自社の情報提供状況に関する情報：医療関係者への情報提供の状況 等
 - 緊急時の対応手法に関する情報：余剰製造能力の確保又は在庫による対応 等 /
 - 業界全体の安定供給への貢献に関する情報：他社の出荷停止品目等に対する増産対応 等
- 公表事項について基準を設定した上で厚生労働省が評価するとともに、公表事項以外の企業情報（供給計画・実績 等）も評価に反映し、**評価結果を薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みに活用**することを検討すべきである。
 - ※ 企業に求められる最低限の基準を満たさない場合は低評価、基準を超えるような指標を満たす場合は高評価といったメリハリをつける。
 - ※ 導入時期について、企業側の負担を考慮し、一部の公表を求めることや、経過措置を設けるなど、優先順位を設けて柔軟に対応する。

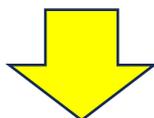
少量多品目構造の解消

- 新規収載品目の絞り込み**：安定供給に貢献しない企業の参入を抑制するため、新規収載に当たって企業に対し安定供給に係る責任者の指定を求めるとともに、継続的に供給実績を報告させる仕組み等を検討すべきである。
- 既収載品目の統合**：企業間の品目統合を促進するため、統合後の品目の増産が行いやすくなるよう、製造方法の変更に係る薬事審査等の合理化に係る検討を行うべきである。
- 供給停止・薬価削除プロセスの簡略化等**：一定の条件に該当する品目（医療上の必要性や市場シェアが低い等）につき、医療現場への影響、採算性のみを理由とした供給停止等に配慮しつつ、供給停止プロセスの合理化・効率化の検討を行うべきである。
- 新規収載品の品目数の抑制や既収載品の品目数の削減等、**安定供給の確保に資するような薬価制度・その他医薬品に係る制度的枠組みを検討**すべきである。 ※ 例えば、後発品の内用薬について、現行の薬価制度上、10品目を超える場合に薬価を下げる仕組みがある。

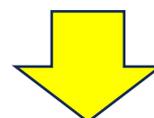
「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会
報告書（2023年2月）」



後発医薬品の安定供給等の実現に向けた産業構造のあり方に関する検討会
「中間とりまとめ」（2023年10月）」



中医協薬価専門部会
（2023年10月～）



創薬力の強化・安定供給の確保等のための薬事規制のあり方に関する検討会
（2023年10月～）

中医協薬価専門部会



企業評価のための指標とその準備状況

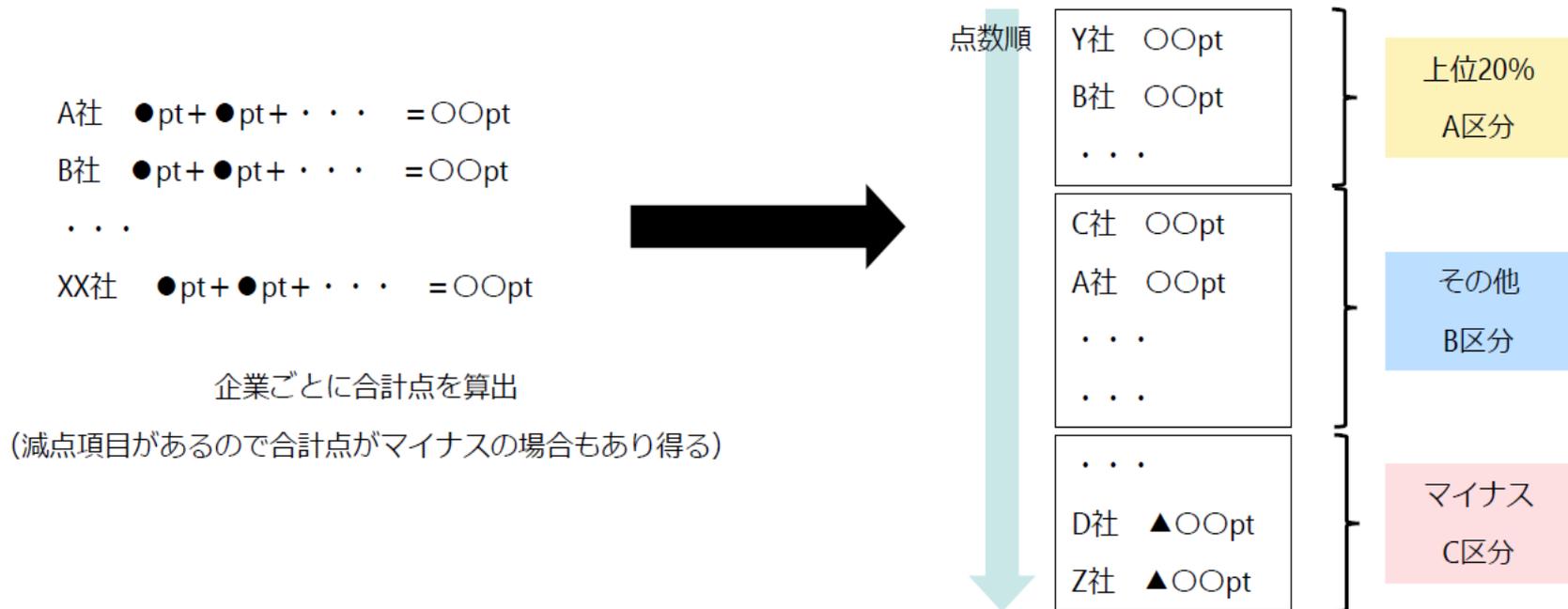
評価の指標	項目の必要性	
1. 後発品の安定供給に関する情報の公表など		
①製造販売する品目の 製造業者名の公表	複数銘柄が同一製造所で製造されている場合の透明性の観点 医療機関の情報ニーズに対する情報公開努力を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する品目の 原薬の製造国の公表		
③共同開発され承認取得した品目の 共同開発先企業名の公表		
④「安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ（厚労省ウェブサイト）」で 安定供給体制等に関する情報を掲載	安定供給確保のための企業体制を評価	
⑤ジェネリック医薬品供給ガイドラインに準拠した 安定供給マニュアルの作成と運用		
2. 後発品の安定供給のための予備対応力の確保		
①製造販売する品目の 原薬の購買先を複数設定	安定供給のための企業の供給能力を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する品目のうち「安定確保医薬品」について、 一定以上の余剰製造能力又は在庫量確保		今後の取組みであり準備期間が必要
3. 製造販売する後発品の供給実績		
①製造販売する品目についての 品目毎の月次出荷実績 （製造計画と実際の出荷量の比較）の 公表	医薬品の供給にかかる企業実績を評価	公表に準備期間が必要
②製造販売する 安定確保医薬品の品目数	企業の安定供給実態を評価	実績であり把握可能
③製造販売する品目に係る 自社理由による出荷停止又は出荷量の制限の実施		
④出荷量が 増加した品目 、出荷量が 減少した品目の割合		
⑤ 他社が出荷停止又は出荷量の制限を行った医薬品に対する自社品目の追加供給の実施	供給不安解消のための企業努力を評価	
⑥他社の長期取載品のうちG1区分の品目の市場撤退に伴う 製造販売承認の承継、又は自社品目の追加供給の実施		
4. 薬価の乖離状況		
① 企業毎の後発品平均乖離率が一定値を超える	企業自らが赤字構造を生み出すような価格設定をしているかどうかを評価	薬価調査で把握可能
②製造販売承認を取得した新規後発品について、 薬価取載後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える		
③ 新規取載された後発品のうち、5年以内に撤退した品目数		
④ 不採算品再算定を受けた品目について、その後の5年間にわたる薬価改定時の乖離率が一定値を超える		

※「公表する範囲」については、後発検討会及び研究班で引き続き検討

評価指標 1～4 の個別項目を踏まえた企業評価方法（案）

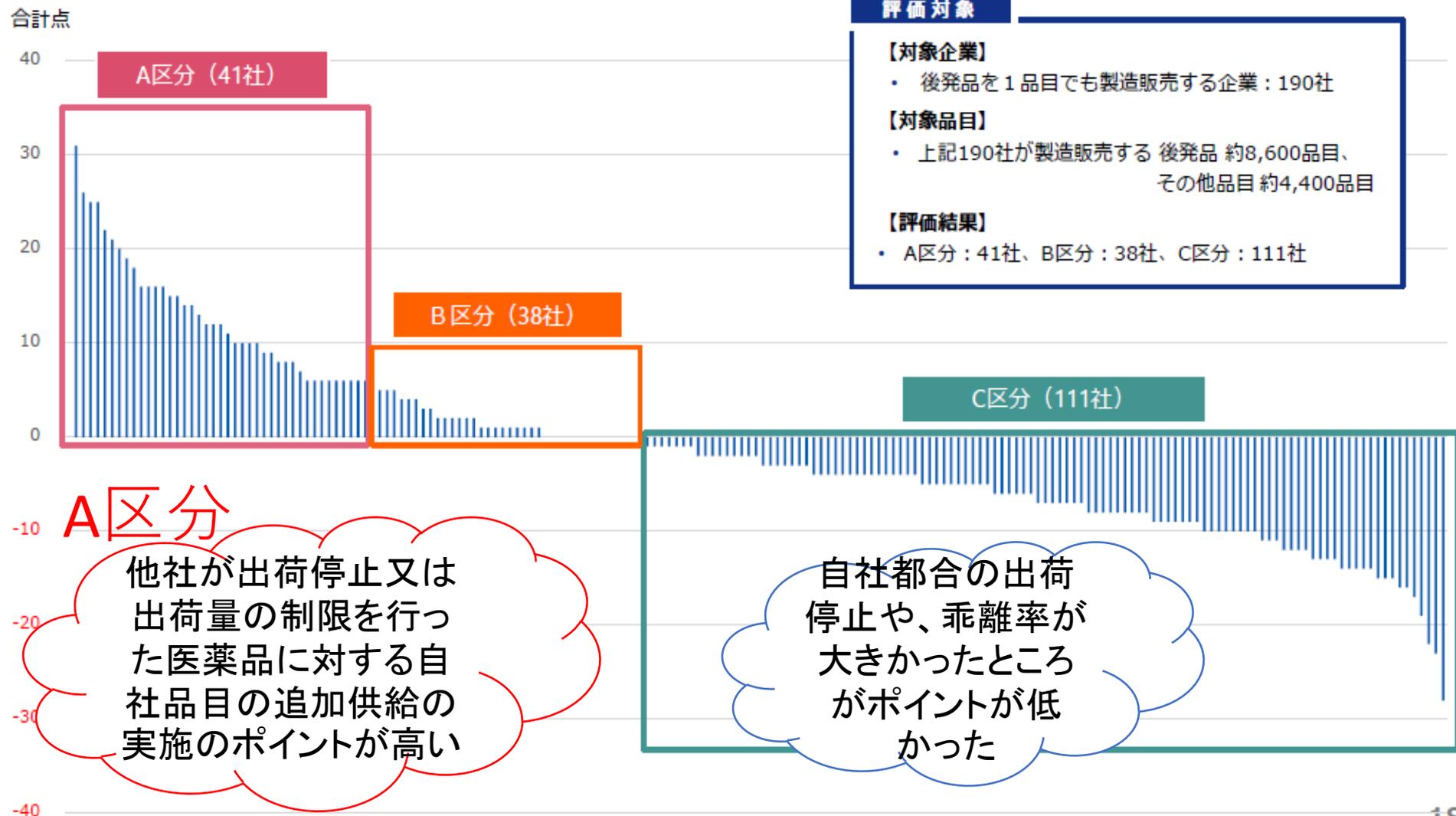
評価方法（案）

- 企業から提出された資料や統計情報、行政で把握している情報等をもとに、厚生労働省で評価。
- 評価指標で示した項目ごとに点数化し、合計点について相対的に評価。
- 評価区分を「一般的な取組状況にある企業の区分（B区分）」を基本として、「一定水準を超える取組を行っている」と評価できる企業の区分（A区分）、「一定水準を下回る取組を行っている」と評価される企業の区分（C区分）」の3区分とする場合、例えば、合計点の上位20%の企業はA区分、合計点がマイナスとなった企業はC区分とすることが考えられる。
- 評価時点から1年以内に製造販売する品目の医薬品医療機器等法違反に基づく行政処分の対象となった企業については、合計点数によらず「A区分」とはしない。



評価方法（案）に基づくシミュレーション結果

評価方法（案）に基づき、企業ごとに合計点を集計したところ以下の分布となり、上位20%を企業をA区分、マイナスとなった企業をC区分とした。



後発医薬品企業の再編

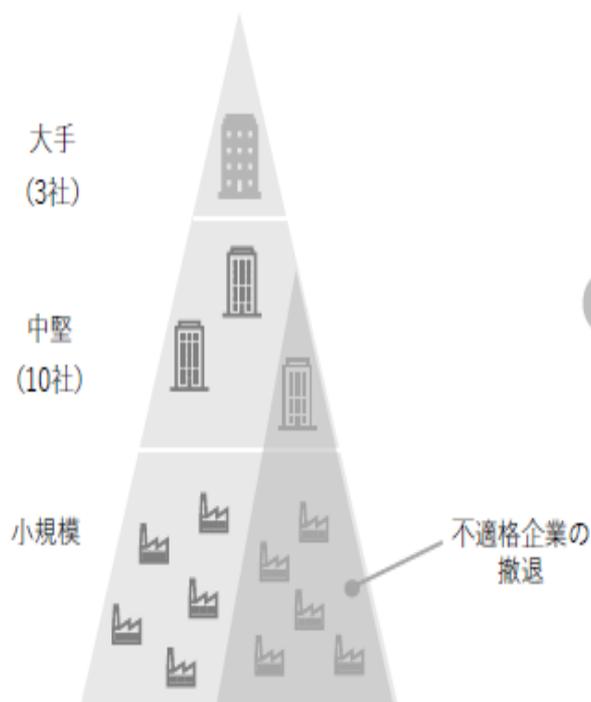


2023年12月4日

ジェネリック企業のあるべき姿

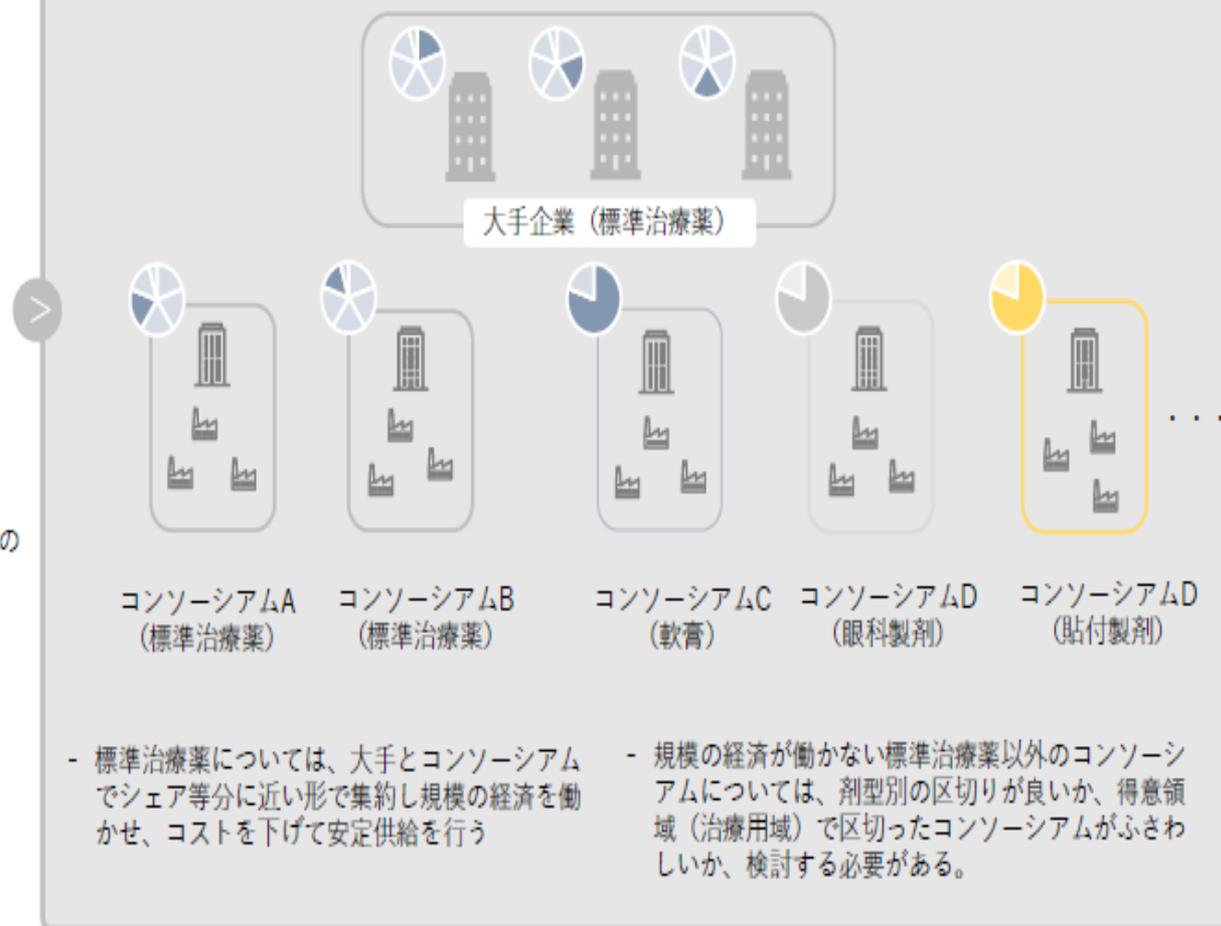
- 現在約200社が存在するとされるGEメーカーは、大手は現在の形態(フルラインナップ)で存続させつつ、撤退企業が去ったのちに残る中堅・小規模企業がコンソーシアム(協業体制)を形成することで、最終的には業界全体を大手3社+10~15程度のコンソーシアムに集約・淘汰し、安定供給を図っていくことが望ましい。

現在の市場形態



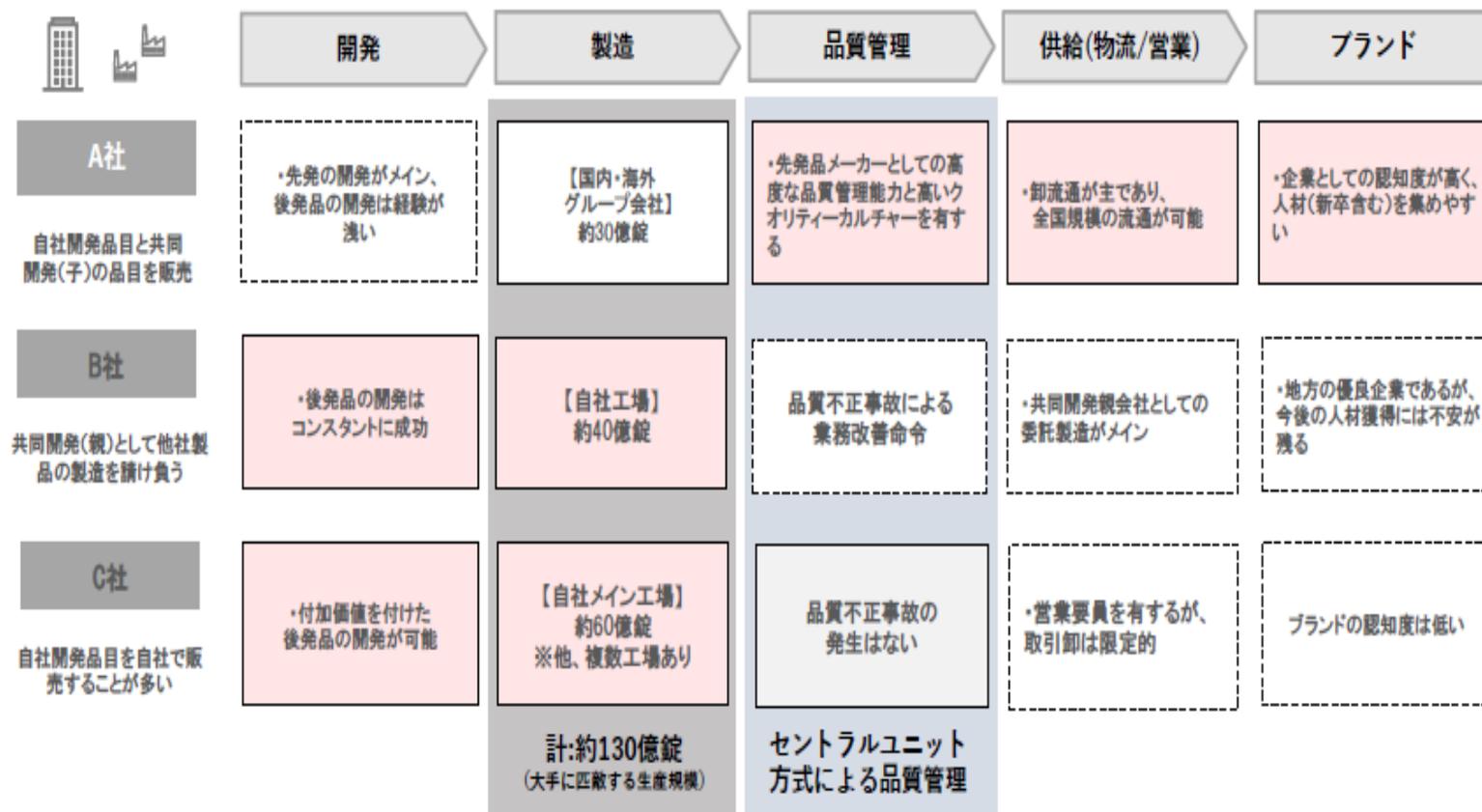
- GEメーカーは現状約200企業ほど
- 大手3社と中堅企業10社程度、多くの小規模企業が乱立している

業界再編後の全体イメージ図



“協業体制”のイメージ

- バリューチェーンの上流から下流部分への流れの中で各社それぞれが強みと弱みを持っている
- 各社の強みを生かし、相互に補完できる“協業体制”を形成することで全体最適を実現できる体制の構築を目指す



A社中心の品質管理を専門とする組織を設置し、品質管理を一貫して行い人材の有効活用を図る

目的

- コンソーシアム内の品質基準を統一し、品質の確保を担保
- コンソーシアムに加わるすべての企業における品質基準の底上げを図る

後発品業界再編 「企業側の議論も活発化を」

- 武見敬三厚生労働大臣
5月17日の閣議後会見



- 厚生労働省の検討会で取りまとめ中の5年程度の集中改革期間を設定
- 後発品業界の再編を促す施策について、「企業においても議論し、具体的な検討を活発化してほしい」と述べた。

日本から薬が消える日



武藤正樹(著/文)

発行：ぱる出版

A5判

定価 2,000円+税

発売予定日

2024年5月27日

「医薬品ビジネス復活
の処方せん」

絶賛
予約中!

まとめと提言

- 2025年、2040年～ヒトなしカネなしクスリなし～
- ポスト2025年は後期高齢者入院パンデミックが課題
- 医師の働き方改革、医師遍在対策、地域医療構想の三位一体改革の成果が問われている
- 2024年診療報酬改定で、地域包括医療病棟が新設
- 異次元の少子化対策は時間勝負
- 後発品安定供給へ向けて業界再編が必要

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、外来、老健、訪問診療を行っています。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