

Dr武藤のミニ動画講座

# 新たな地域医療構想と連携



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

衣笠城址



横須賀

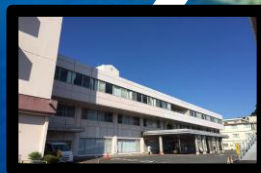
衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦



# 目次

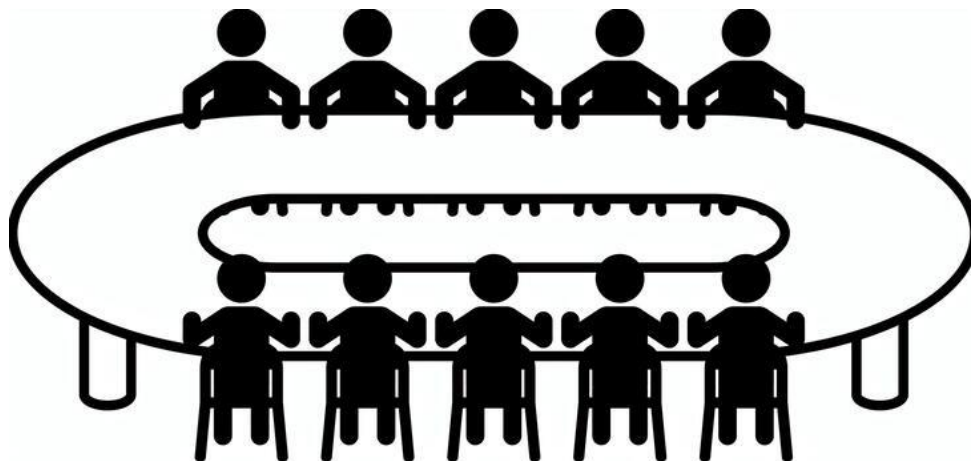
- パート 1
  - 新たな地域医療構想検討会
- パート 2
  - 2040年問題
- パート 3
  - 新たな地域医療構想
- パート 4
  - 急性期・大学病院
- パート 5
  - 回復期、慢性期、在宅医療
- パート 6
  - 外来医療、かかりつけ医機能





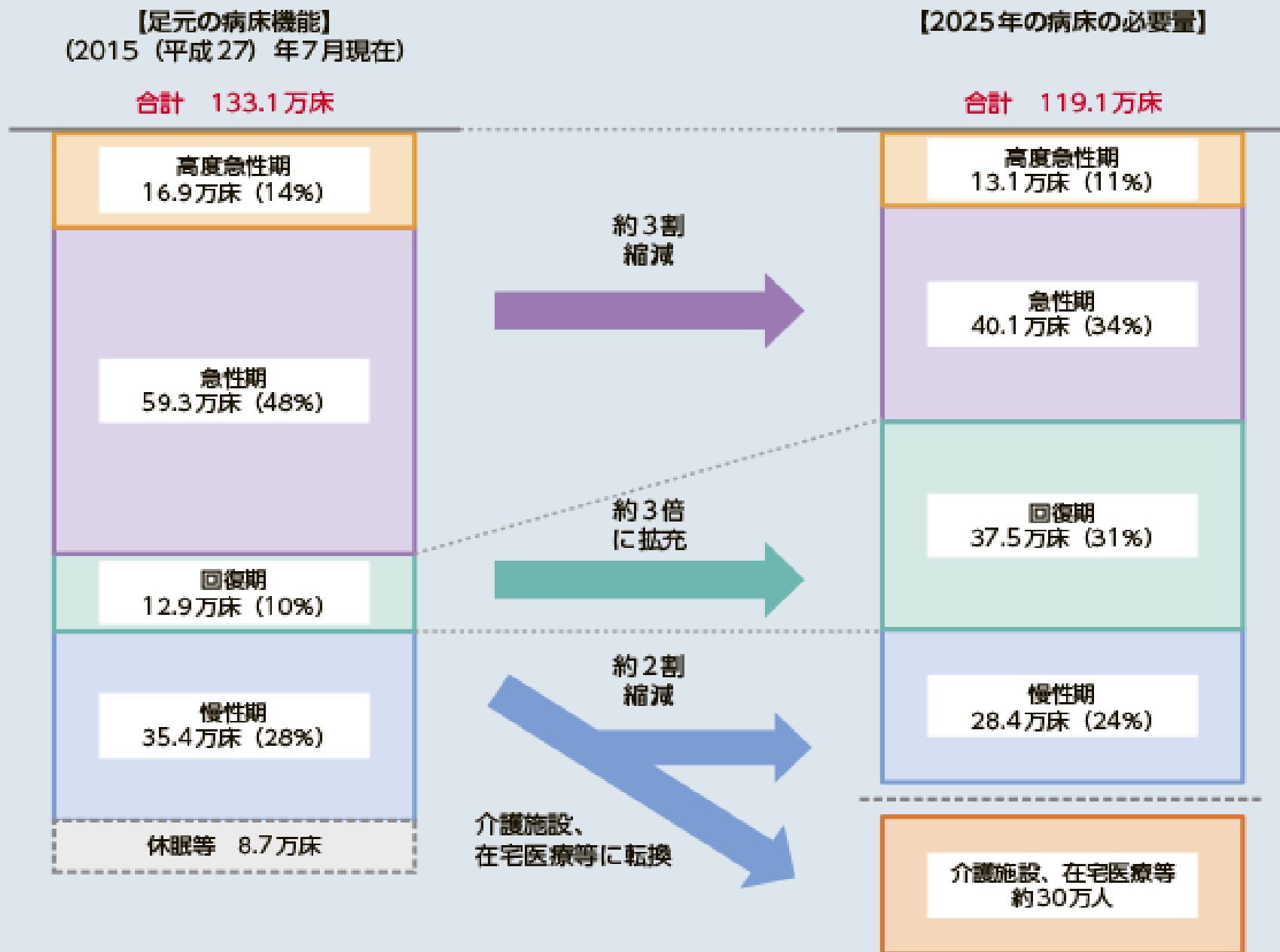
# パート1

## 新たな地域医療構想検討会



図表7-2-1

地域医療構想による2025年の病床の必要量



# 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会

## 2024年3月29日





# 地域医療構想の検討体制（案）

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

## <現行の地域医療構想>

### 第8次医療計画等に関する検討会【既設】

(敬称略。五十音順)

#### 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人日本医師会副会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会

○：座長

## <新たな地域医療構想>

### 新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）【新設】

(敬称略。五十音順)

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 小熊 豊 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 國分 守 福島県保健福祉部長
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 佐藤 博文 岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
- 高橋 泰 国際医療福祉大学教授
- 土居 丈朗 慶應義塾大学教授
- 東 憲太郎 全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

# 新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

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

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

## 【現状】

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

など

## 【主な課題】

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

など

## 【主な検討事項（案）】

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

# 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発出

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

2024年3月下旬

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）

2024年12月

令和7年度（2025年度）

・新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出

令和8年度（2026年度）

・新たな地域医療構想の検討・策定

令和9年度（2027年度）

・新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）



# 新たな地域医療構想等に関する検討会 取りまとめを公表（2024年12月6日）



# パート 2

## 2040年問題





# 第7回新たな地域医療構想等に関する検討会

2024年8月26日

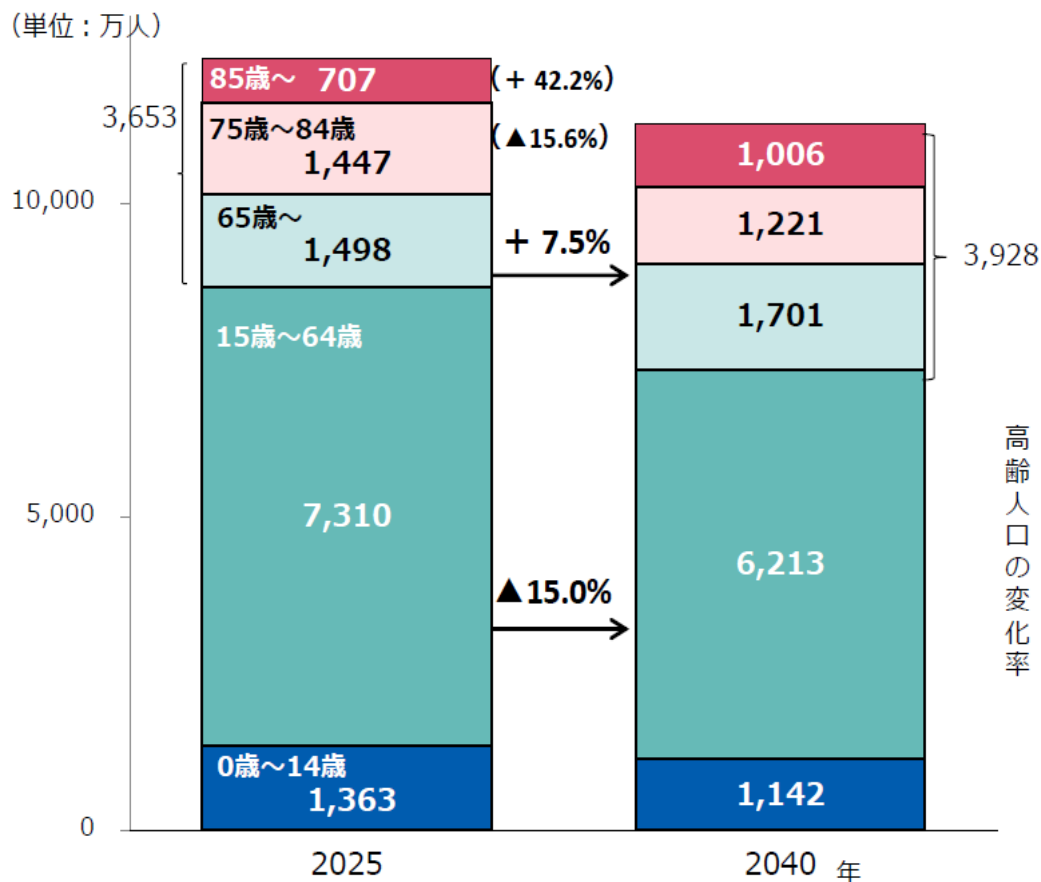




# 2040年の人口構成について

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

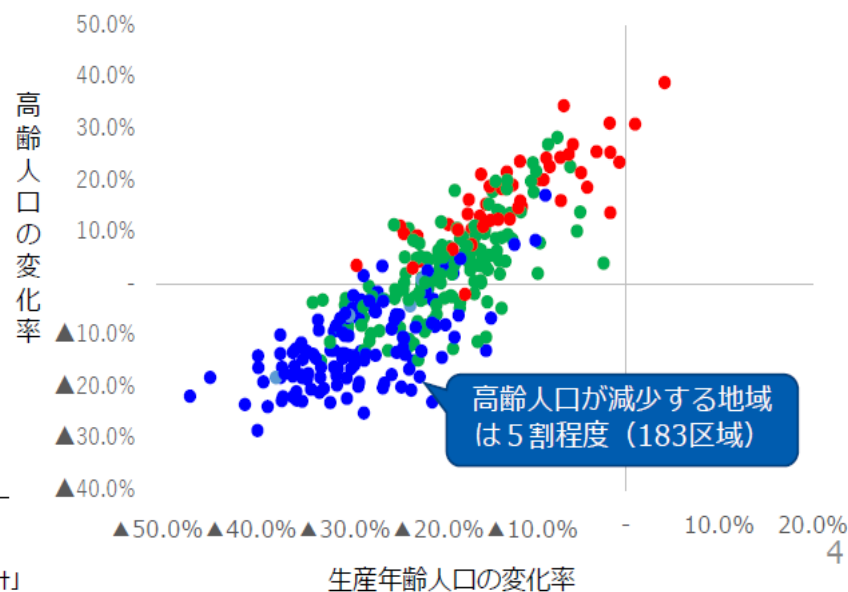
## <人口構造の変化>



## <2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
● 大都市型	-11.9%	17.2%
● 地方都市型	-19.1%	2.4%
● 過疎地域型	-28.4%	-12.2%

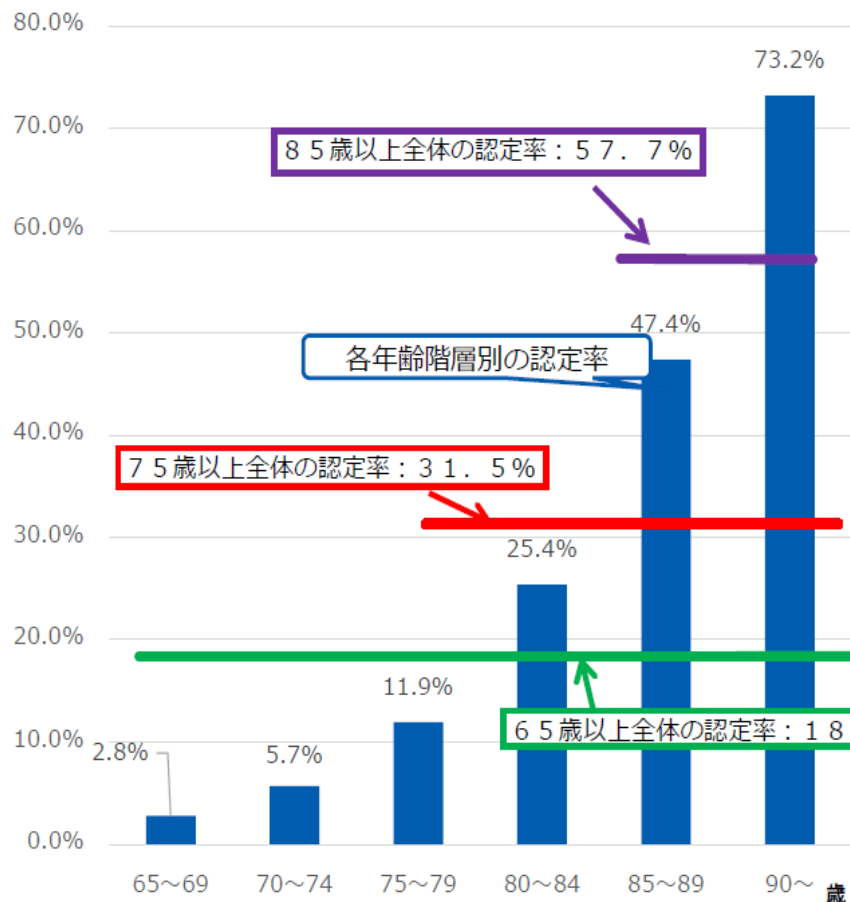
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上  
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上  
 過疎地域型：上記以外



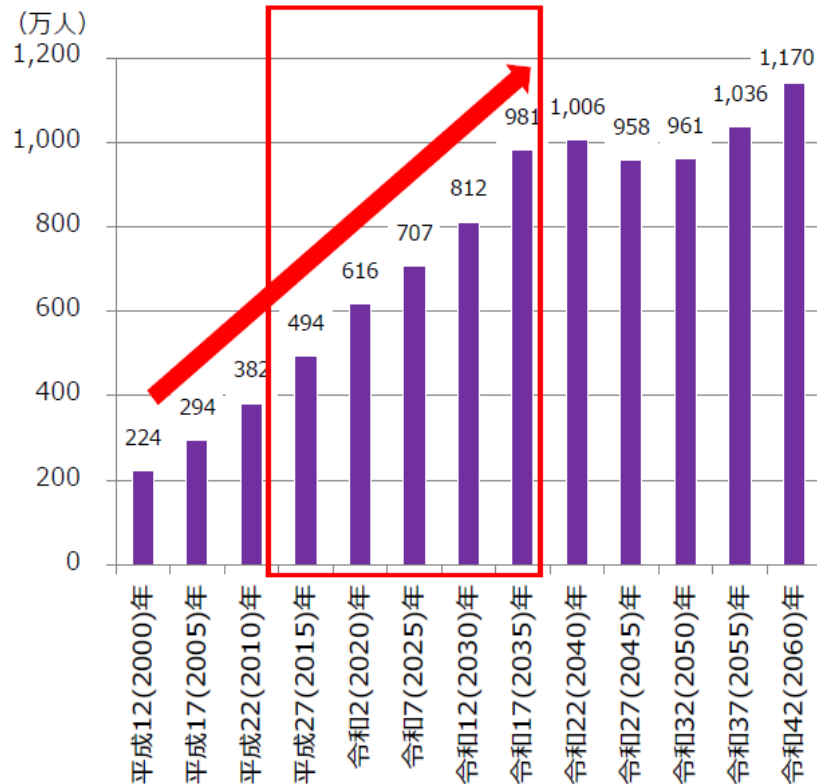
# 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



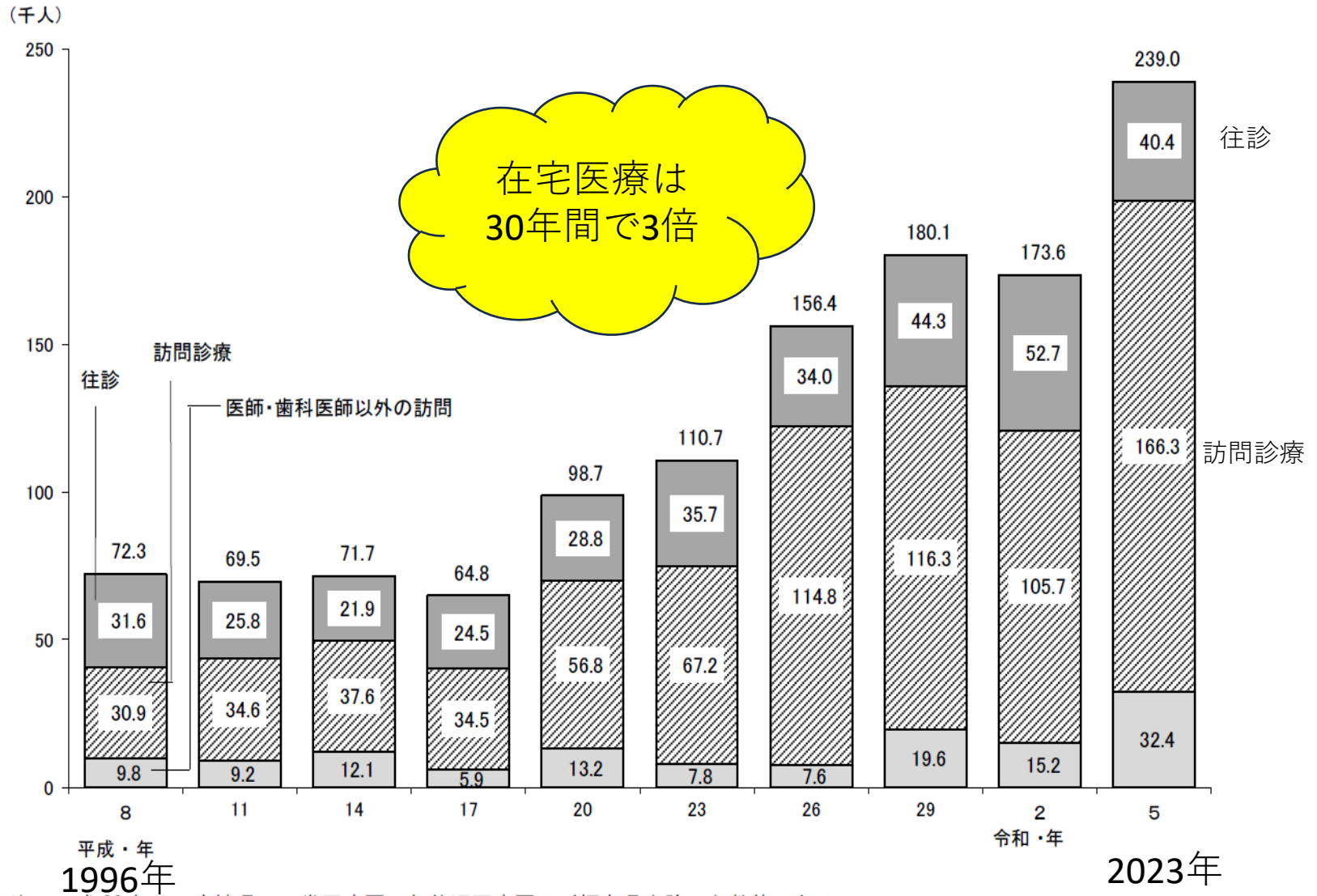
85歳以上の人口の推移



(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

図3 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



注：平成23年は、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

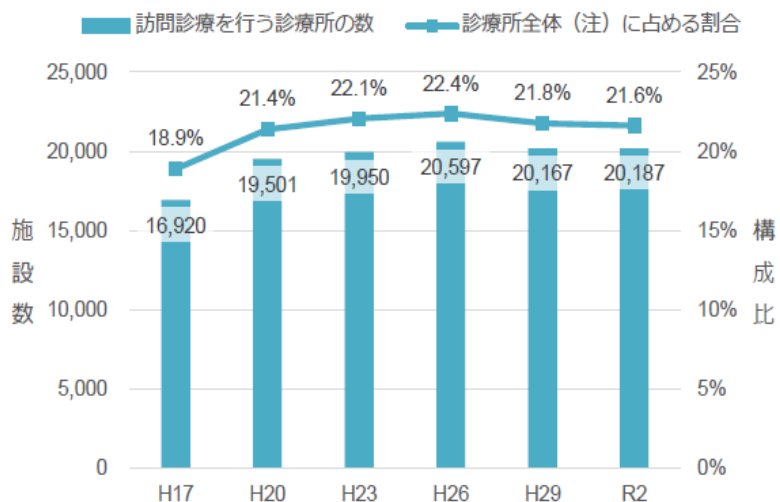


# 在宅医療の需要と供給

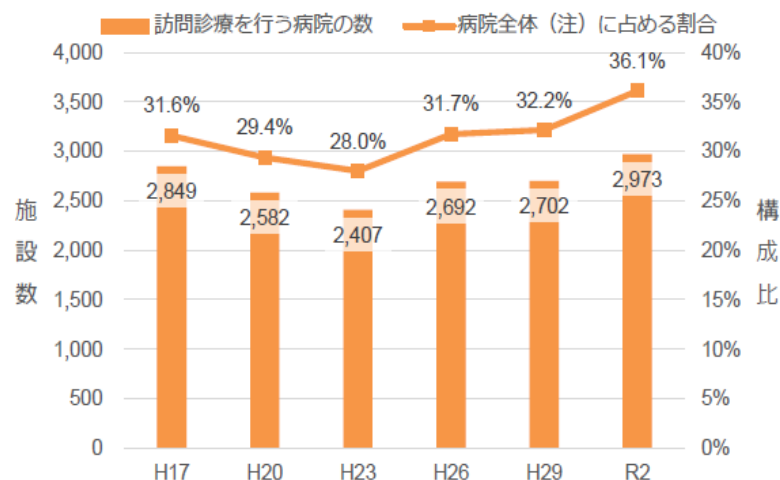
在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

## 在宅医療の提供体制

診療所



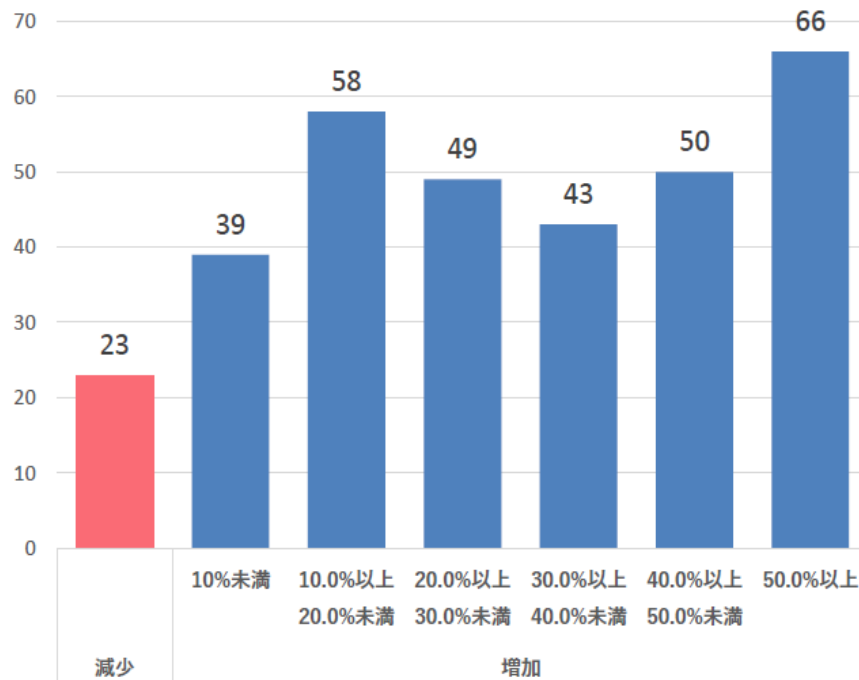
病院



## 在宅医療の需要（二次医療圏毎）

2020年から2040年への

訪問診療需要の変化率別二次医療圏数



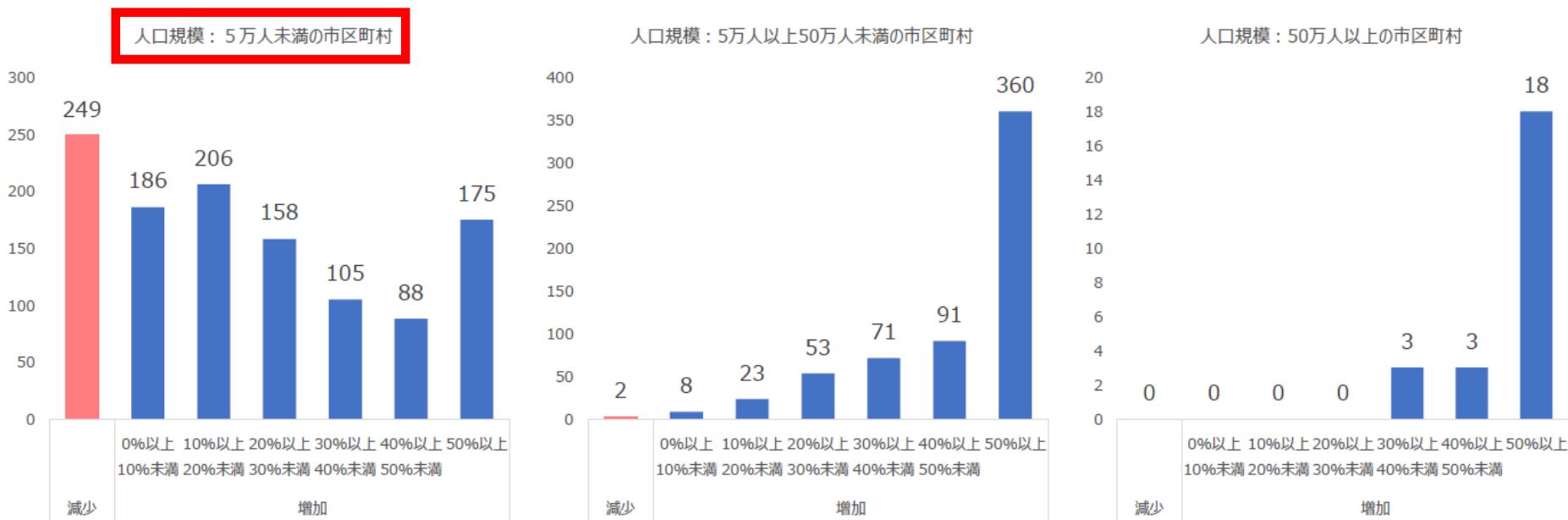
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）総務省「人口推計」（2017年）  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」  
 を基に地域医療計画課において推計。

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

# 地域別にみた訪問診療需要の変化の状況

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

2020年から2040年への訪問診療需要の変化率別市区町村数（人口規模別）

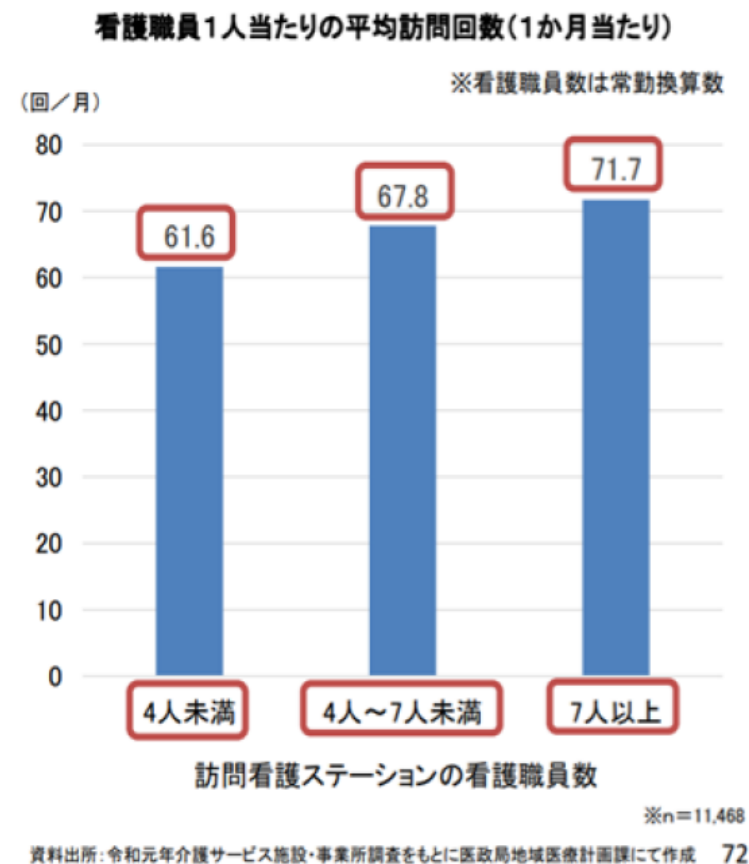
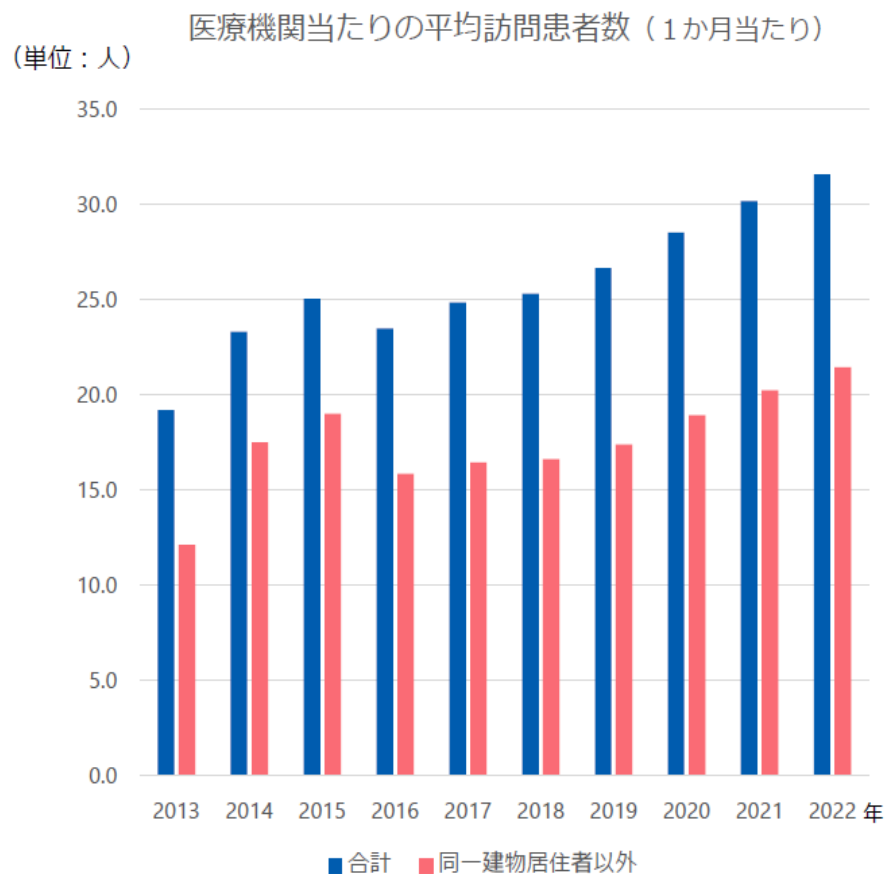


資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課において、2019年度NDB及び総務省「住民基本台帳人口」(2020年1月)を用いて構想区域別の訪問診療受療率を作成し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2019年推計)に適用して作成。

※東京都特別区部及び政令市については、各区を一つの市区町村とみなして集計

# 在宅医療の訪問患者数

在宅医療において、医療機関・職員当たりの訪問できる患者数に限りがある。

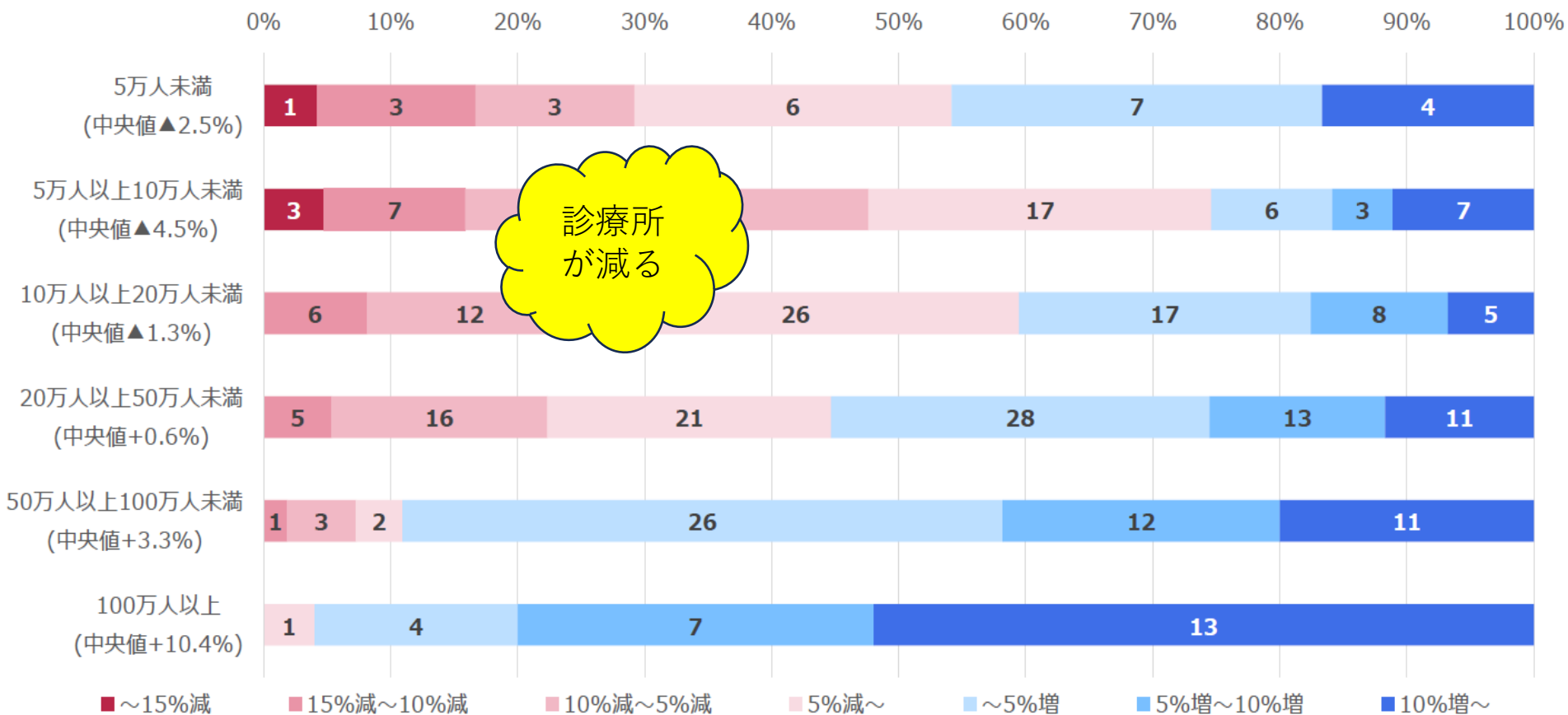




# 人口規模別の二次医療圏毎の診療所数の変化（2012年→2022年）

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

2012年から2022年への診療所数の変化率別二次医療圏数（人口規模別）

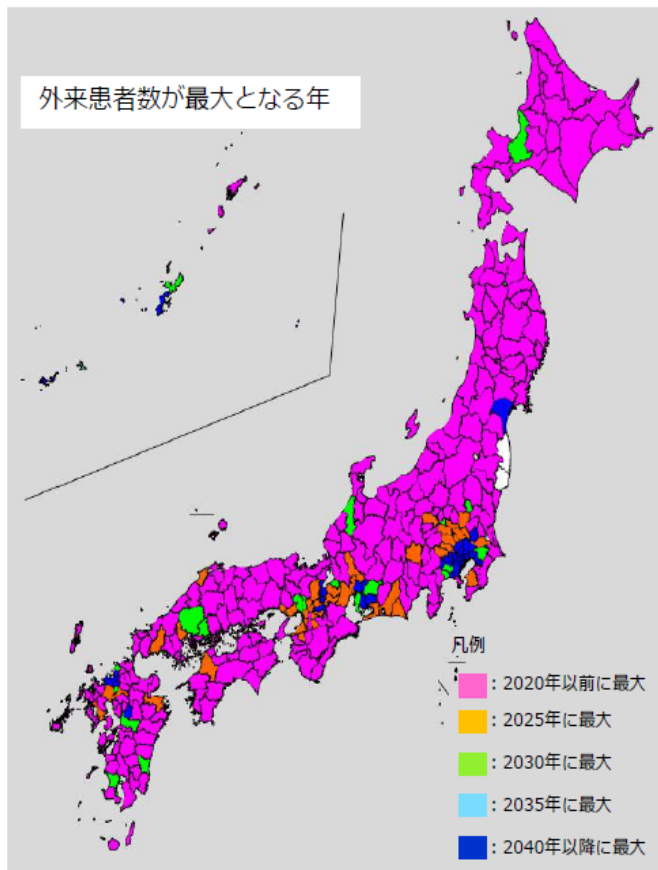
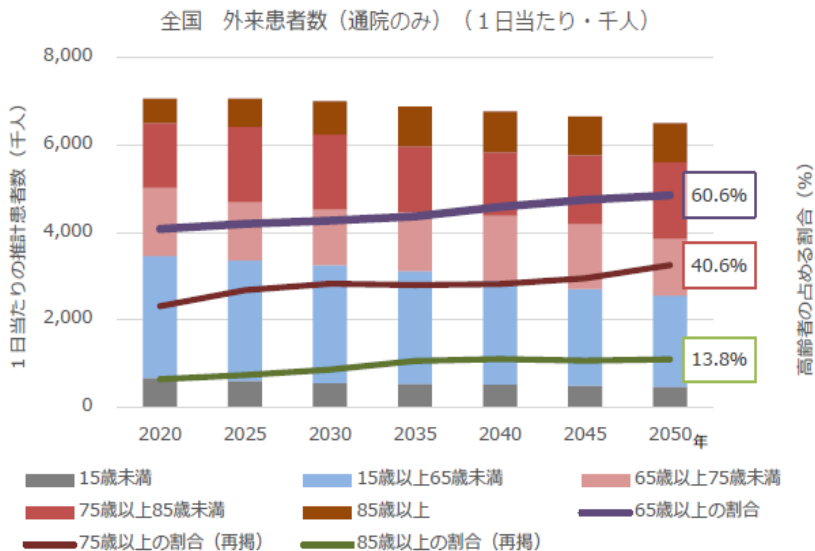
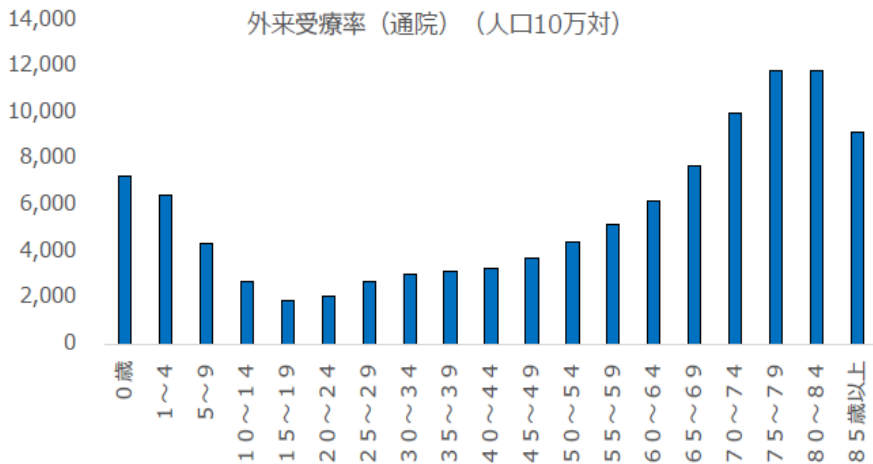


資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

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

# 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

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



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

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

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

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

# 連携のための ポイントアドバイス

- 人口構成が大都市型、地方都市型、過疎地域型で大きく異なる。
- 共通するのは生産年人口の減少
- 外来減少、在宅医療需要増加
- 地域ごとに連携も大きく異なる
- 地域の現状に合わせた連携の在り方を考えよう。





# パート3

## 新たな地域医療構想



# 第8回新たな地域医療構想等に関する検討会

2024年9月6日





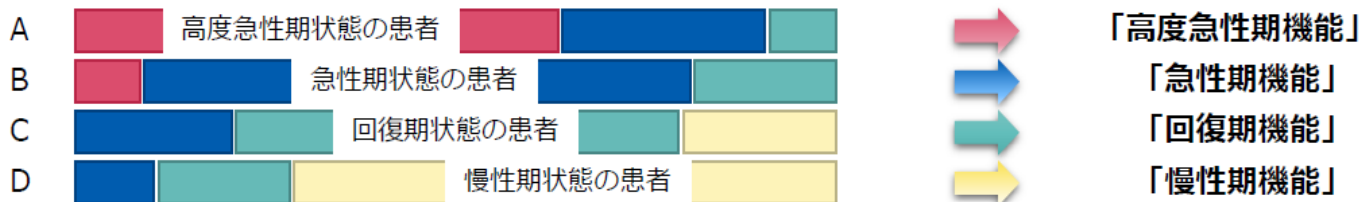
# 病床機能報告制度

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

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

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

## （病棟の患者構成イメージ）





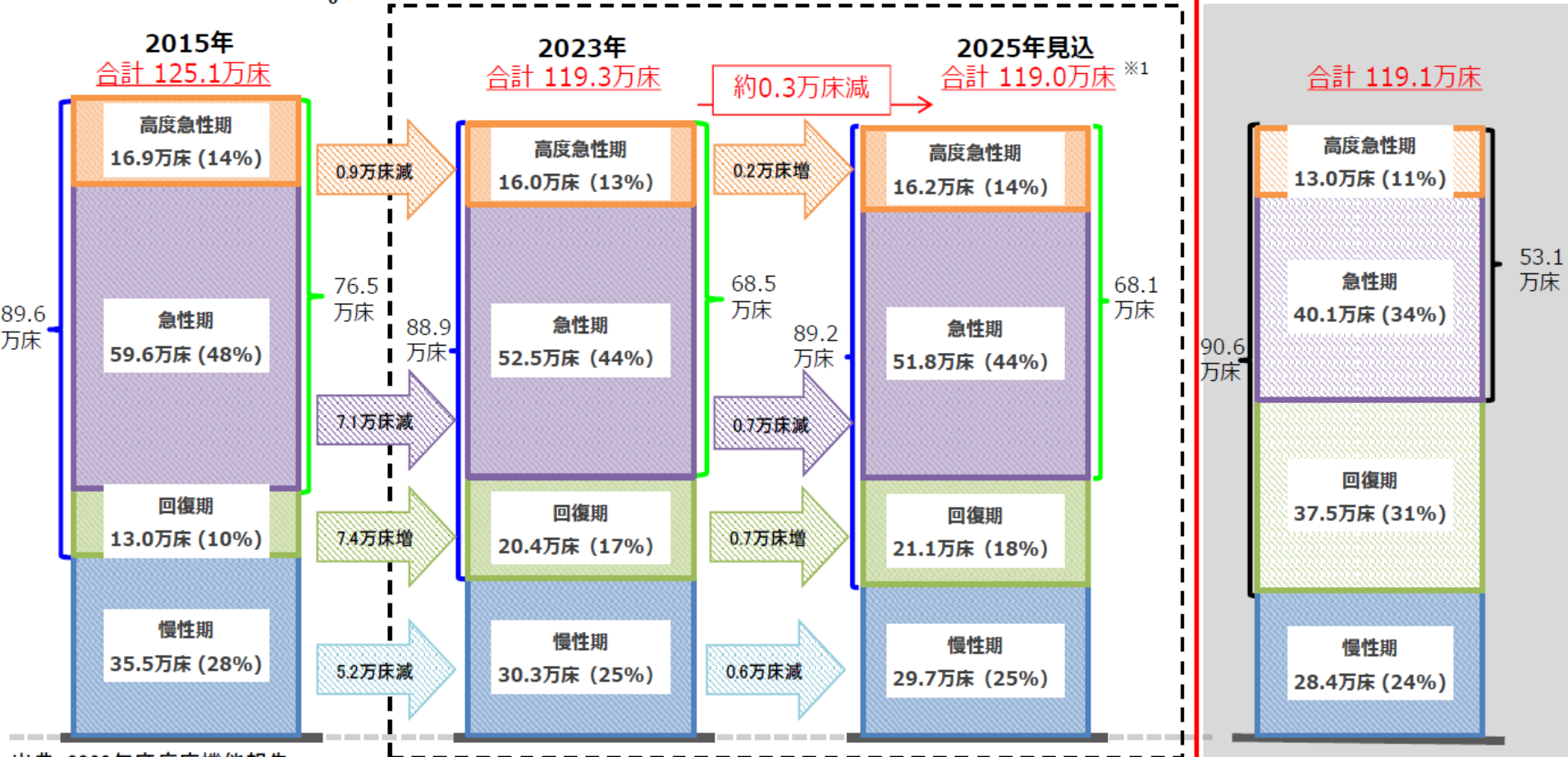
# 2023年度病床機能報告について

速報値

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

## 2023年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告)※<sub>6</sub>

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) )※<sub>4</sub> ※<sub>6</sub>



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数  
 ※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要  
 (報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538 (95.4%), 2023年度病床機能報告: 12,203/12,402 (98.4%))  
 ※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある  
 ※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計  
 ※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)  
 \*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数  
 ※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

## 新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

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

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

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

### 地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

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

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

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

### 限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

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

## 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。



## 5つの医療機関機能

① 高齢者救急・地域急性期機能  
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 在宅医療等連携機能  
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 急性期拠点機能  
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 専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤ 医育及び広域診療機能  
より広域な観点で診療を  
担う機能

医育機能

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

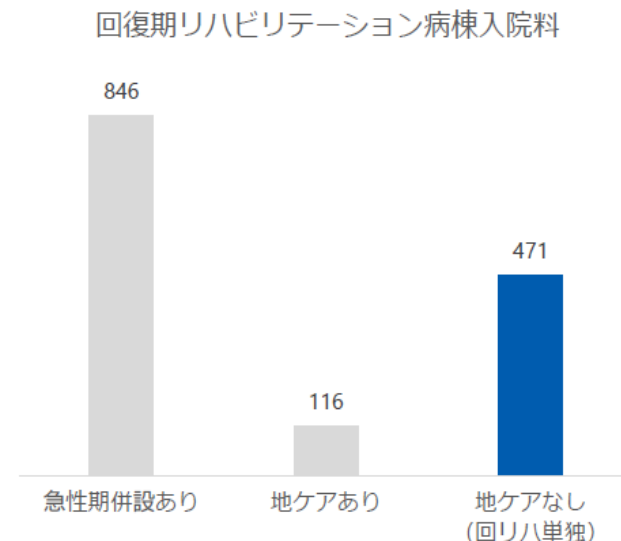
# 地域ごとに求められる医療機関機能

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

## ■地域ごとに求められる医療機関機能

医療機関機能	具体的な内容（イメージ）
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行う</li> <li>必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につなげ、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できる</li> </ul>
② 在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる</li> </ul>
③ 救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる</li> </ul>

## ■その他の医療機関機能 ④専門機能



## ⑤ 医育及び広域診療機能

# 連携のための ポイントアドバイス

- 地域医療構想が変わった！
  - 入院医療から外来、在宅、介護へと拡大した。
  - 4つの病床機能区分と5つの医療機関機能へと変わった
- 5つの医療機関機能から連携の在り方を考えよう。
  - ①高齢者救急・地域急性期機能
  - ②在宅医療等連携機能
  - ③急性期拠点機能
  - ④専門等機能
  - ⑤医育及び広域診療機能





# パート4 急性期、大学病院



# 第10回新たな地域医療構想等に関する検討会

## 2024年10月17日



## 5つの医療機関機能

① 高齢者救急・地域急性期機能  
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 在宅医療等連携機能  
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 急性期拠点機能

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 専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

⑤ 医育及び広域診療機能

医師の派遣機能

医育機能

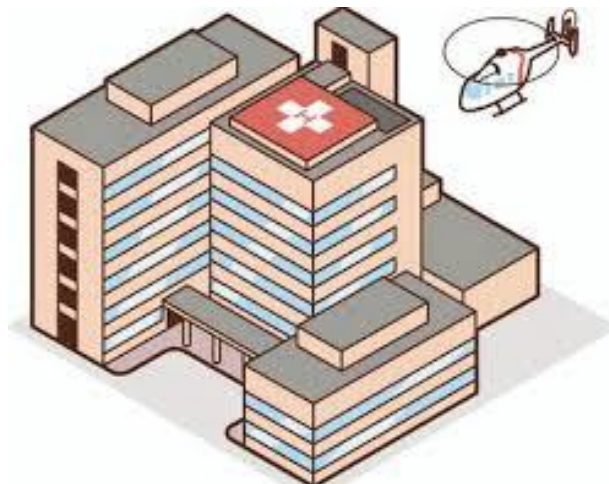
より広域な観点で診療を  
担う機能

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



# 急性期拠点機能

持続可能な医療従事者の働き方や、医療の質も確保するために、搬送体制の強化等に取り組み、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応する機能



## 医療機関機能の設定の考え方（案）②

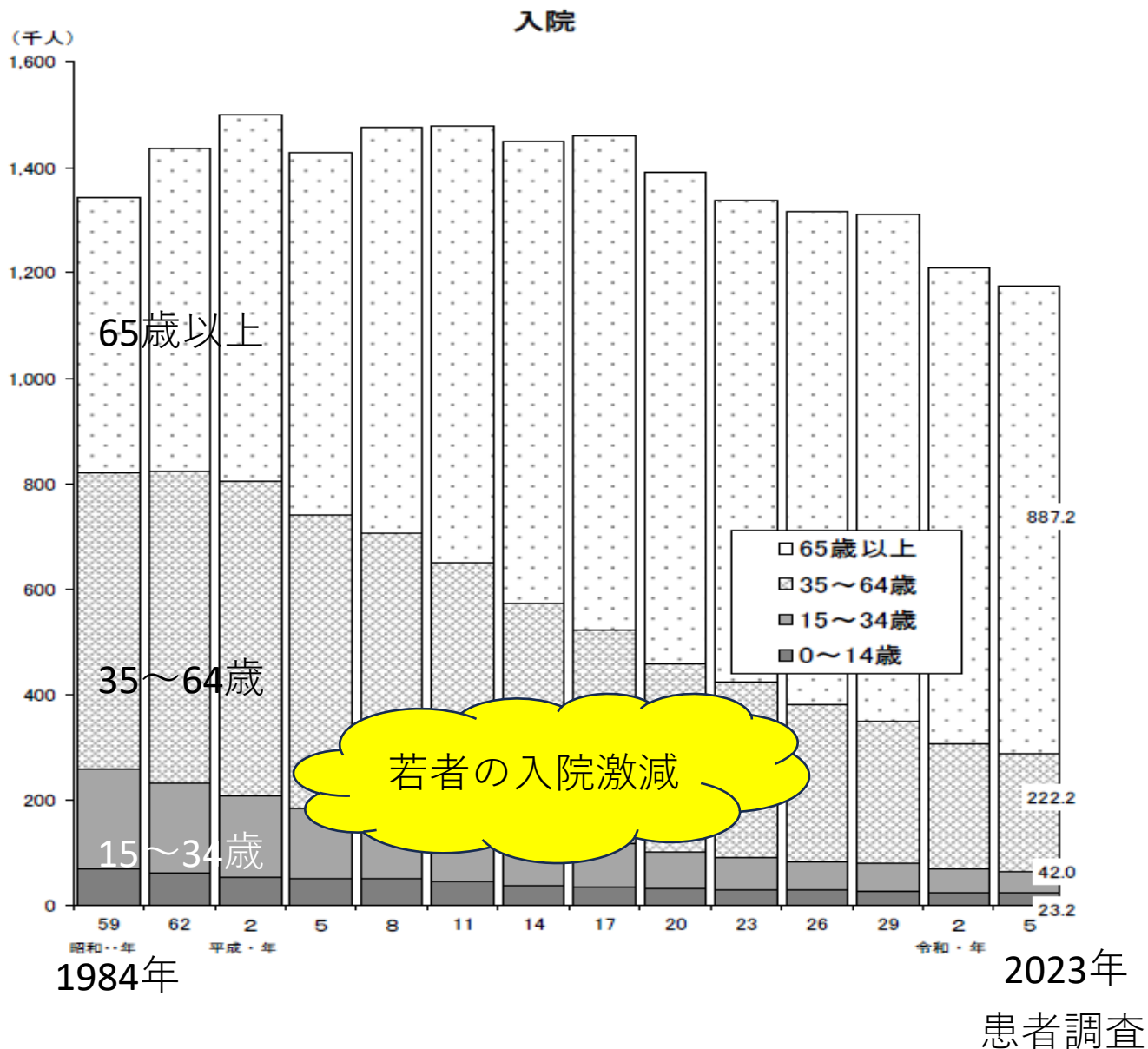
### 【救急・急性期に関する機能】

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



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

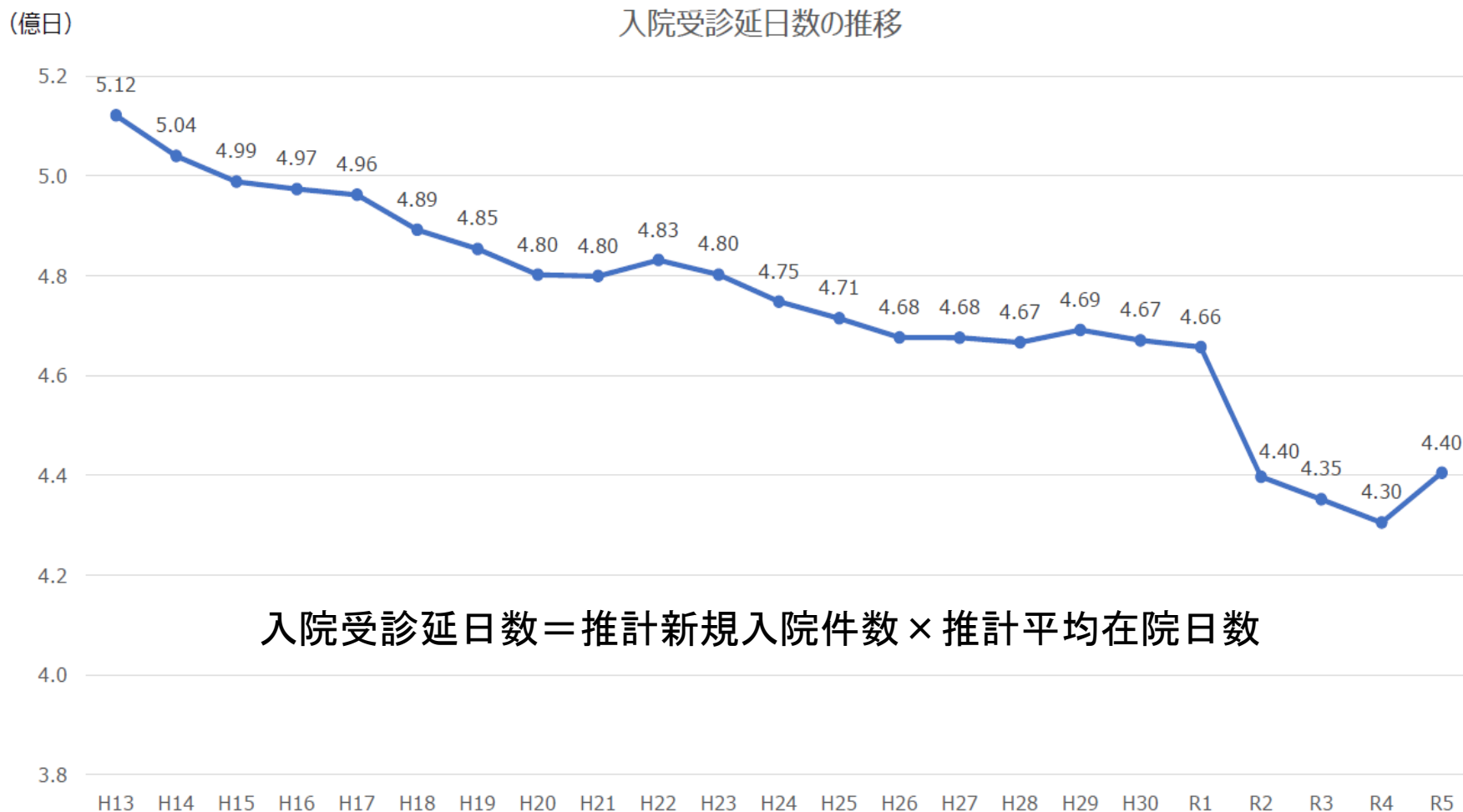
# 患者調査でみる入院患者の年次推移





# 入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

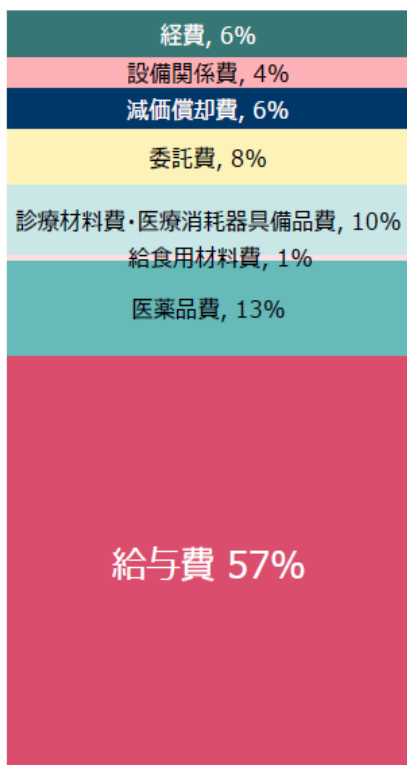
※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

# 病院の経営状況について

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

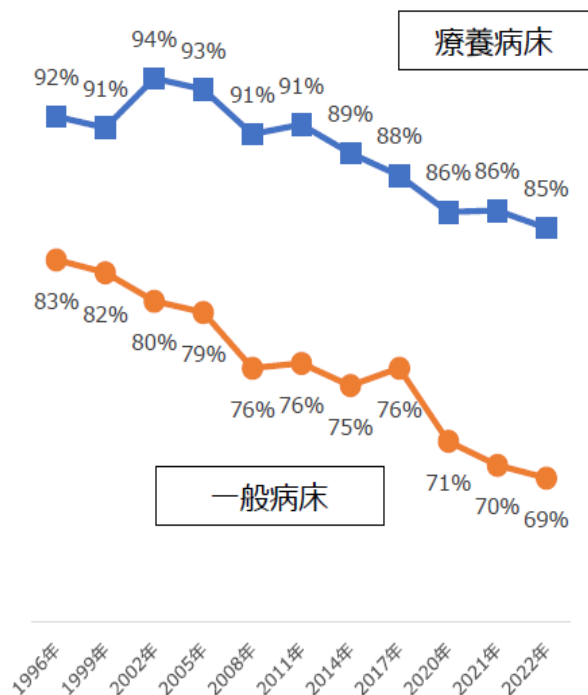
## 一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

## 病床利用率の推移



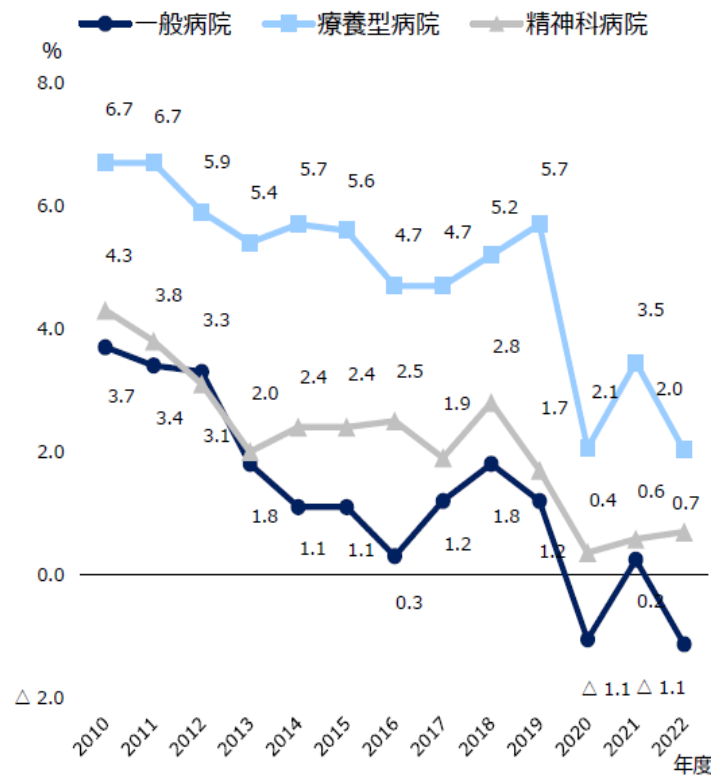
資料出所：厚生労働省「病院報告」

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

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

## 病院の医業利益率の推移



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

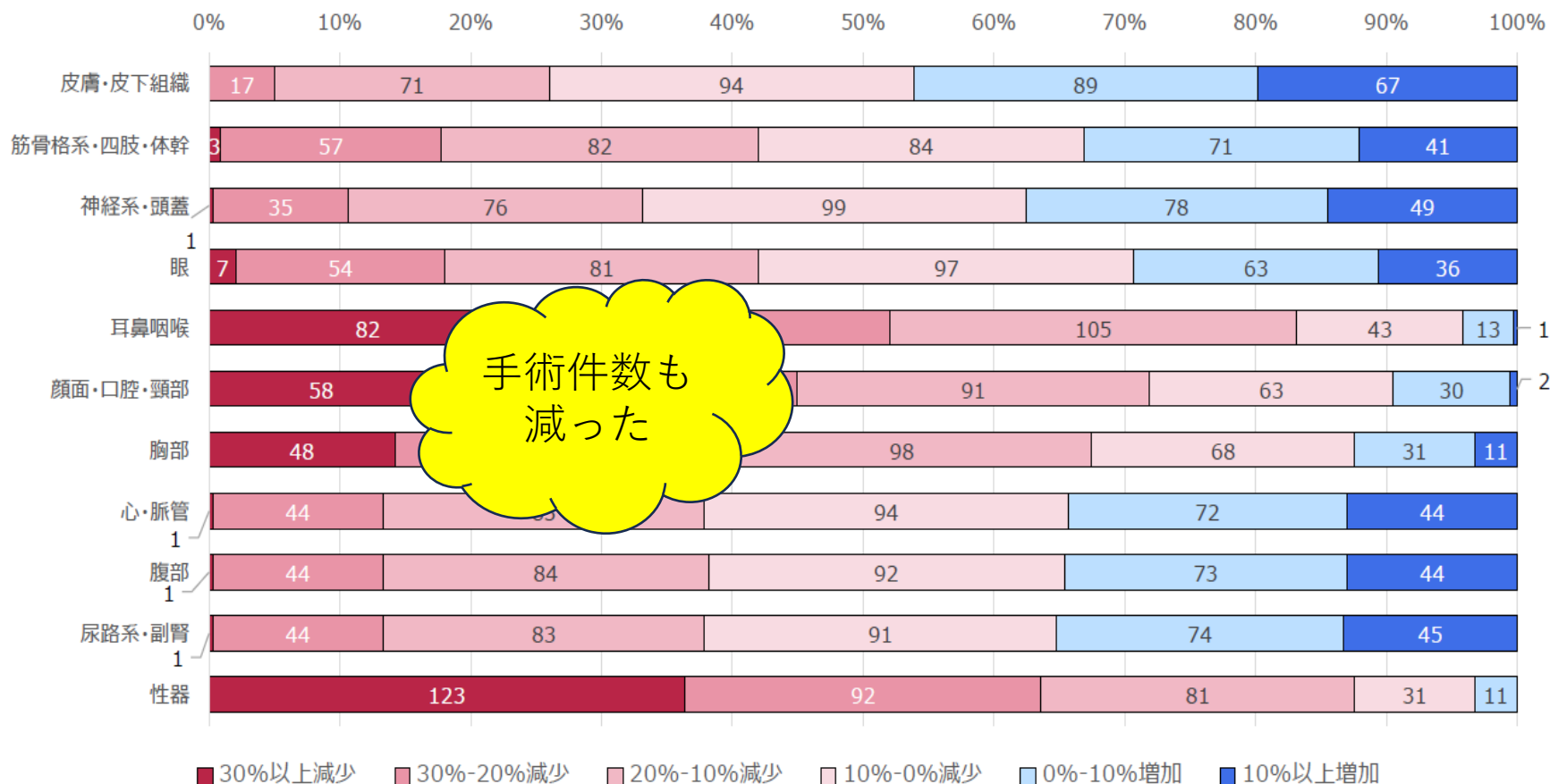
注2) コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

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

# 2040年における診療領域別の手術件数の変化について

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

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



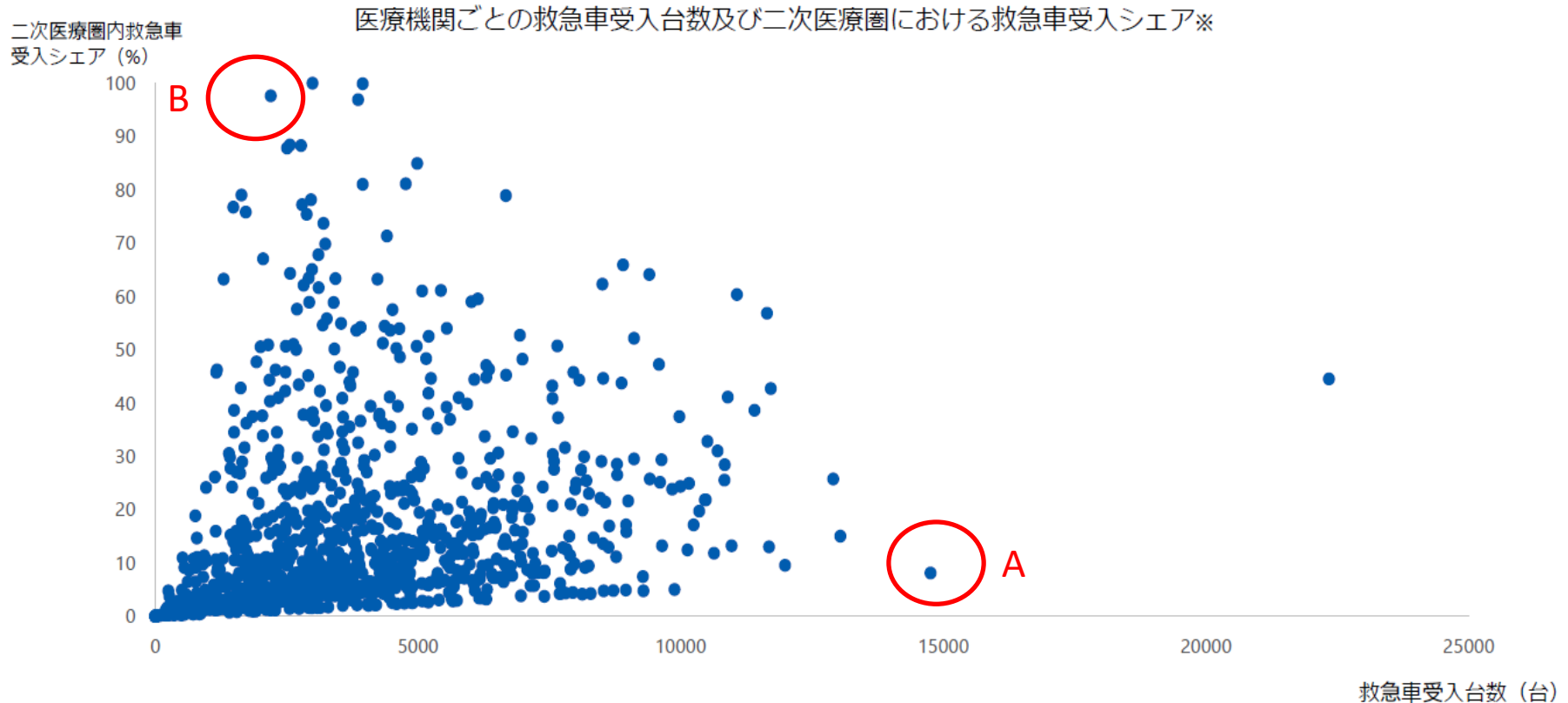
手術件数も減った

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



## 二次医療圏内の救急車受入台数と地域におけるシェア

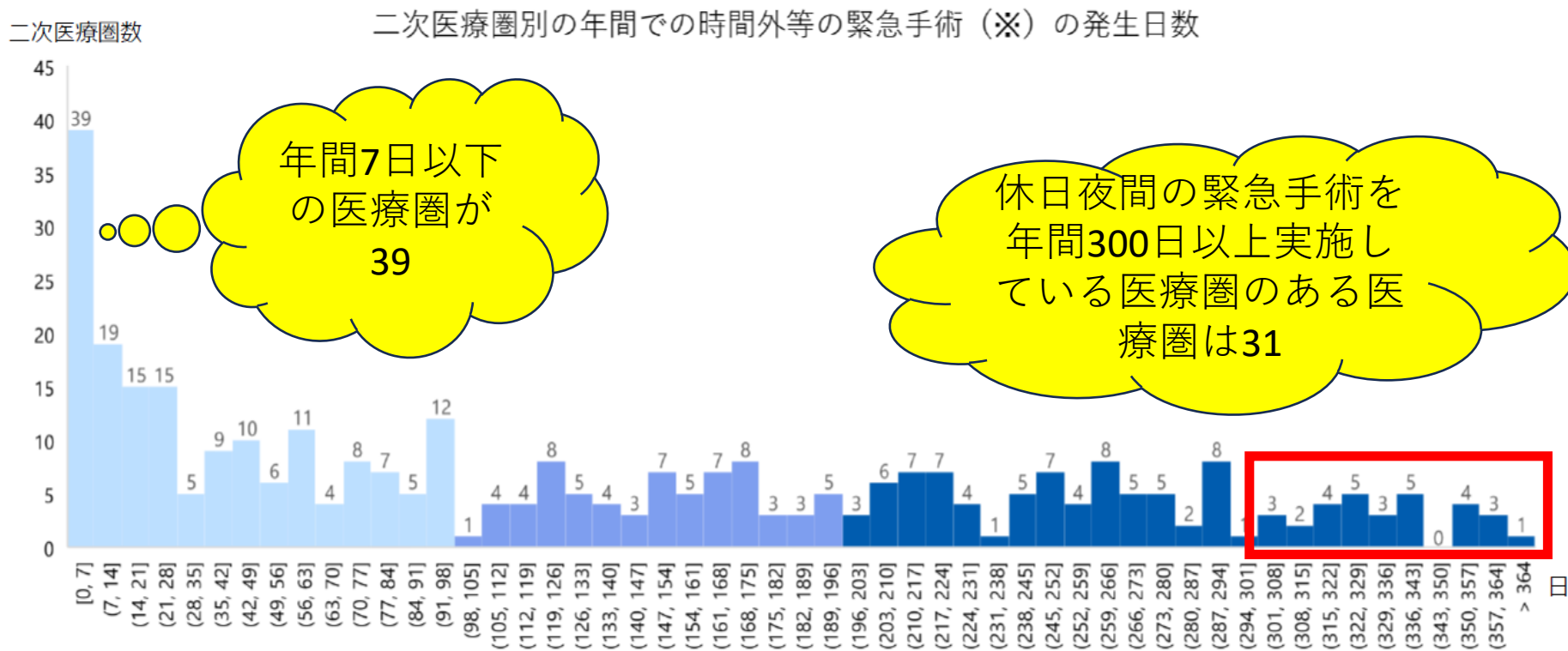
二次医療圏ごとに救急車受入台数は異なり、医療機関ごとにみると、多くの救急車を受け入れていても二次医療圏内の救急車受入シェアが小さい医療機関もあれば、救急車の受入台数は多くないものの二次医療圏内の救急車受入シェアが大きい医療機関もある。



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

## 24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

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



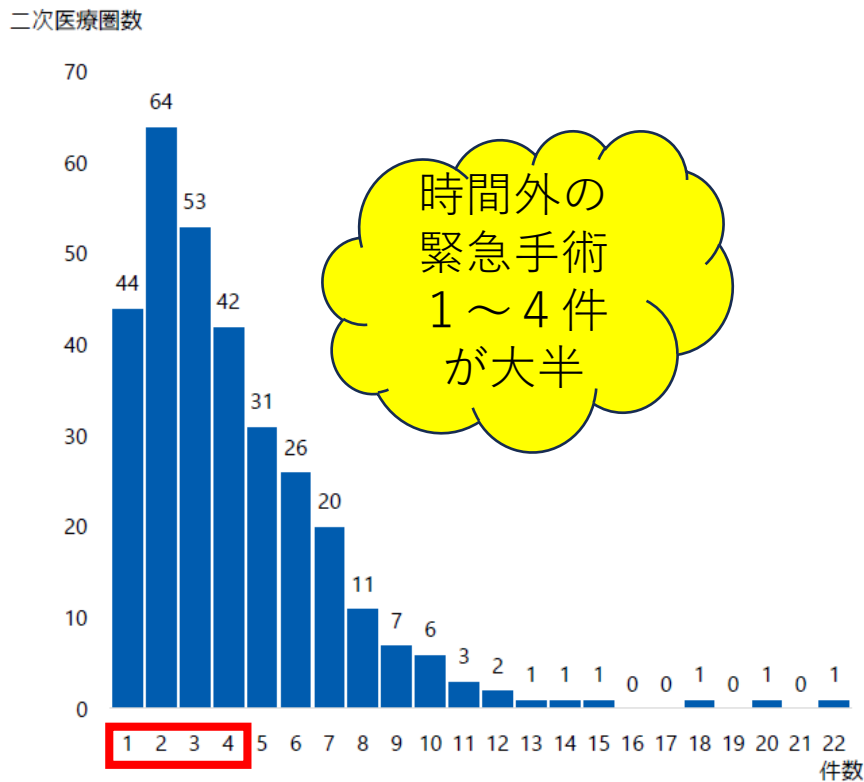
2022年度NDBデータ

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

# 時間外等の緊急手術の件数と対応状況について

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

時間外等の緊急手術の1日当たり最大件数（二次医療圏）

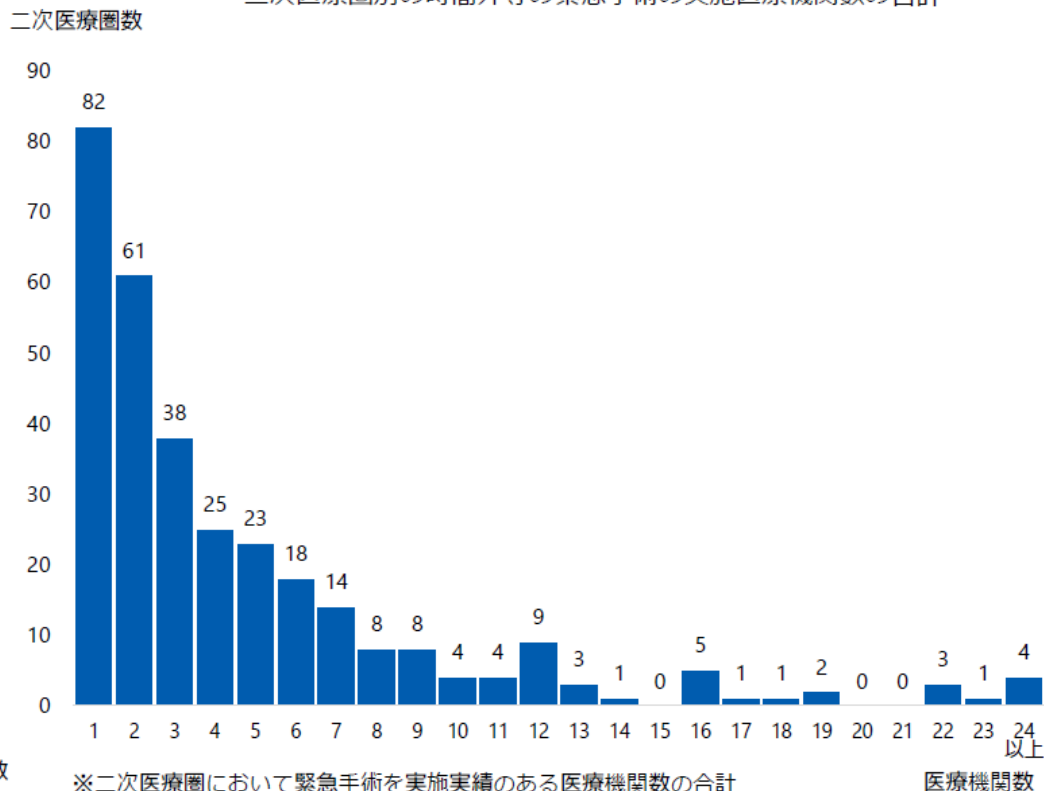


時間外の  
緊急手術  
1～4件  
が大半

2022年度NDBデータ

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

二次医療圏別の時間外等の緊急手術の実施医療機関数の合計



※二次医療圏において緊急手術を実施実績のある医療機関数の合計

医療機関数



# 医療機関あたりの症例数と医療の質について

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

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

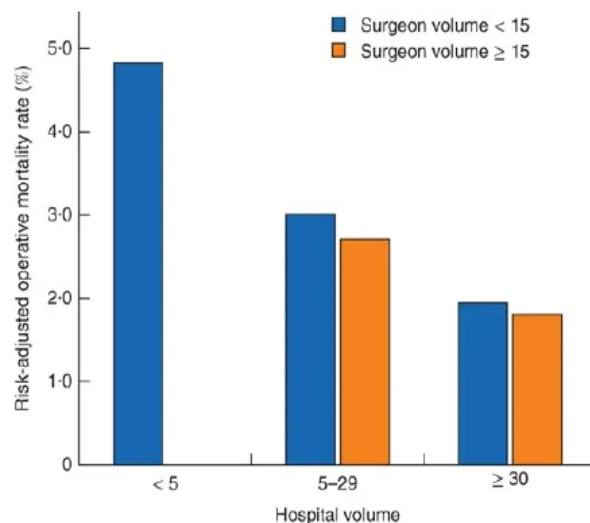
手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

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

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

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

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係



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

# 連携のための ポイントアドバイス

- 急性期の入院需要が減っている
- 急性期拠点病院の救急や緊急手術の数は病院ごとにバラツキが大きい
- 救急や手術は1か所のセンターに集めることが医療の質を上げる
- 医療圏内で急性期拠点病院の選択と集中が必要
- 急性期拠点病院の地域再編が課題

ポイント



# 大学病院





## 2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

高齢者救急の受け皿  
となり、地域への復  
帰を目指す機能

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

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

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）

地域ごとに求められる医療提供機能

### ⑤ 医育及び広域診療機能

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

# 医育及び広域診療機能

全国に大学病院本院は81ある。これら大学病院本院の機能は、医師派遣機能、医育機関機能、より広域な観点で医療を行う機能である。

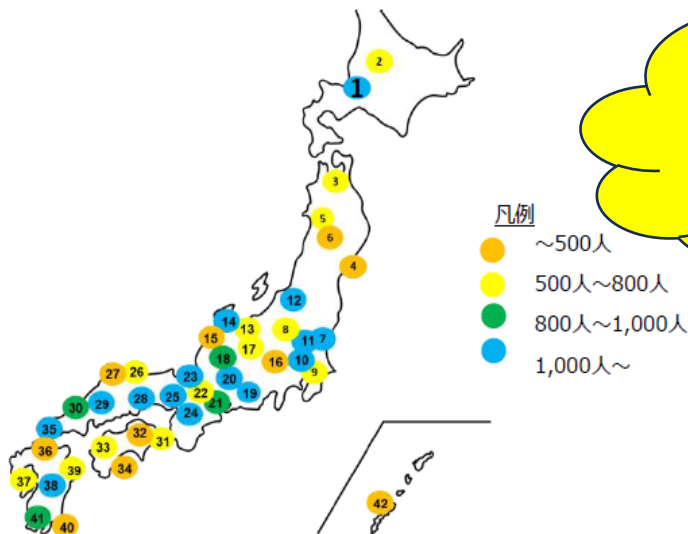
# 大学病院による医師の派遣機能

R5.5.26 「今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）資料4より作成

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

## 国立大学病院からの常勤医師派遣状況

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



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

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

## 私立大学からの常勤医師派遣状況

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



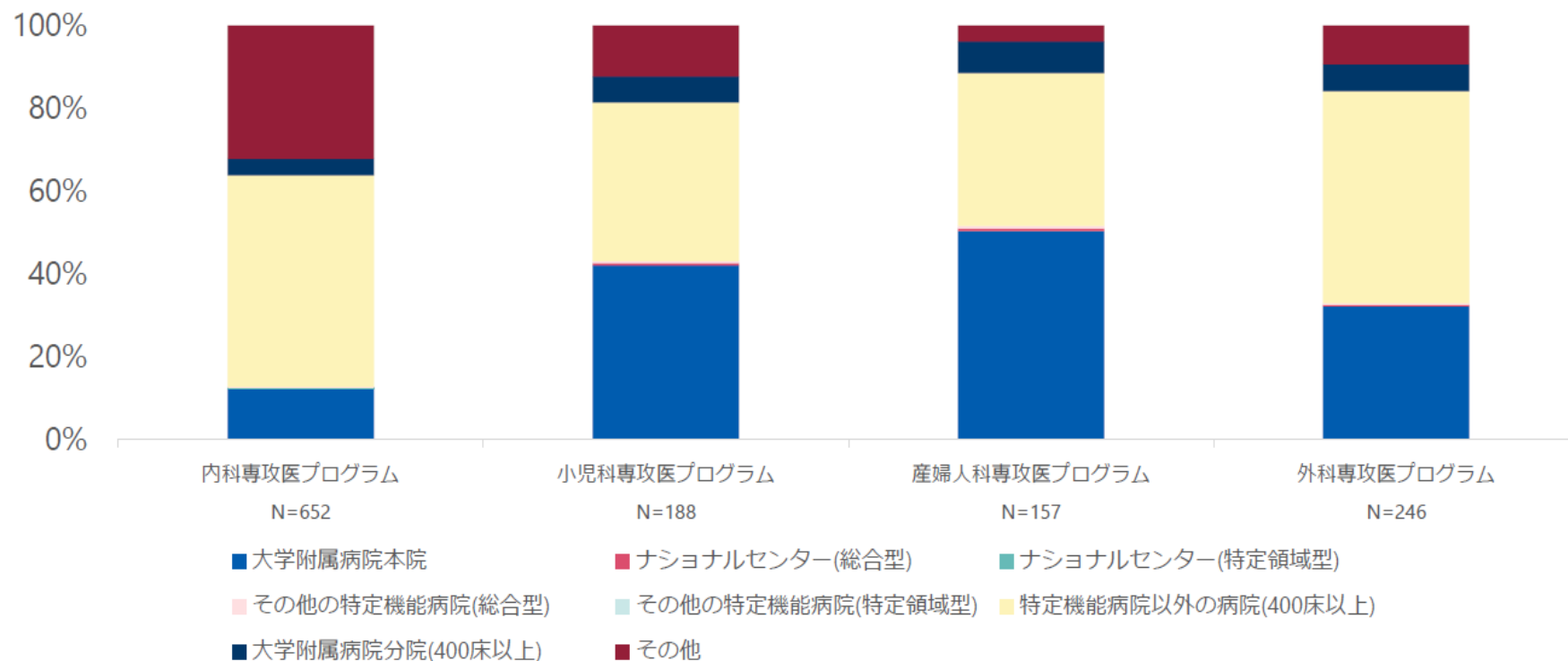
※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

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

大学病院から全国の医療機関におよそ5万9千人の医師派遣が行われている

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

## 専門医研修プログラムを提供する基幹施設の病院類型ごとのシェア

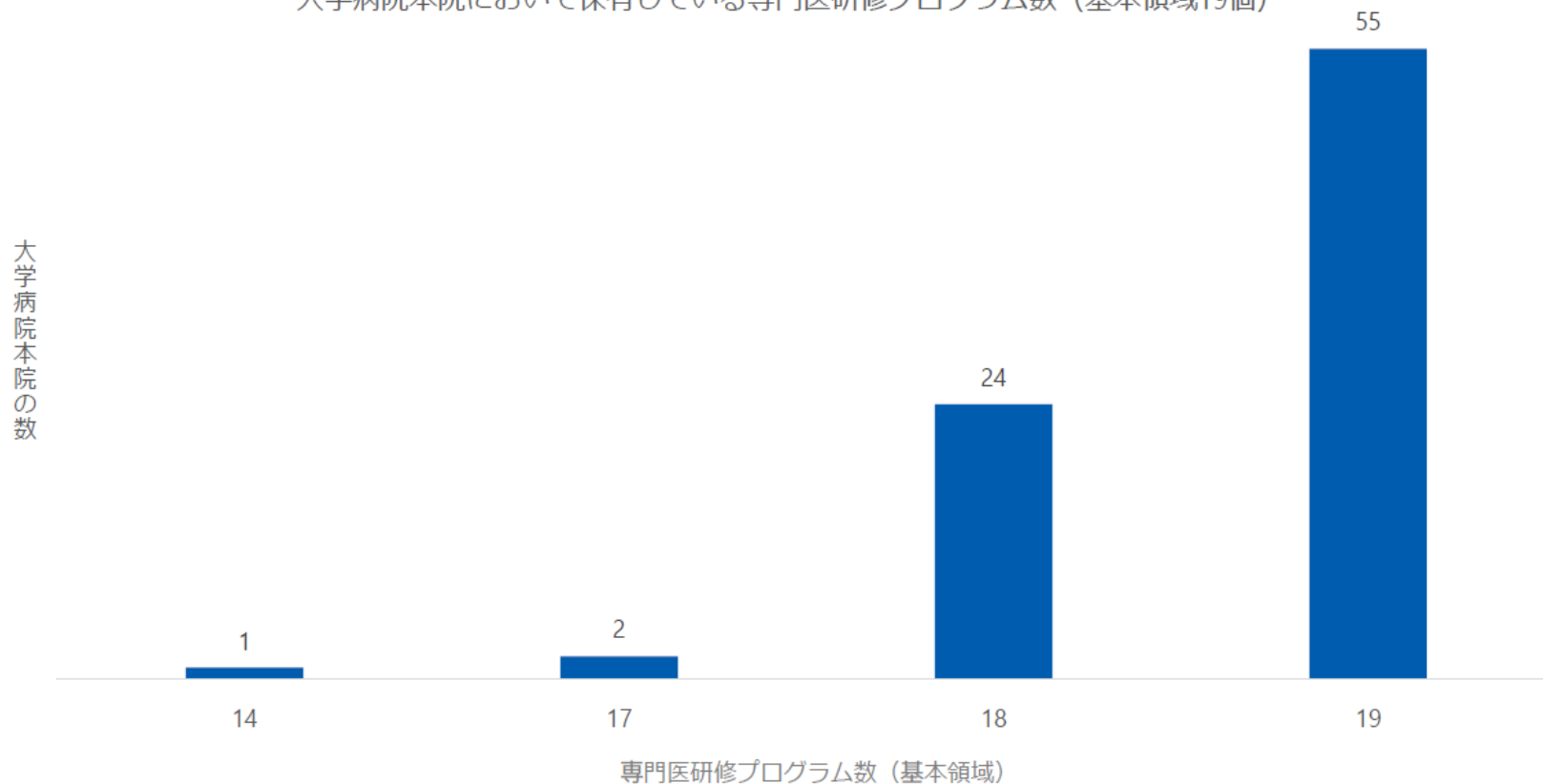




## 専門医研修プログラム保有数別の大学病院本院数（全82病院）

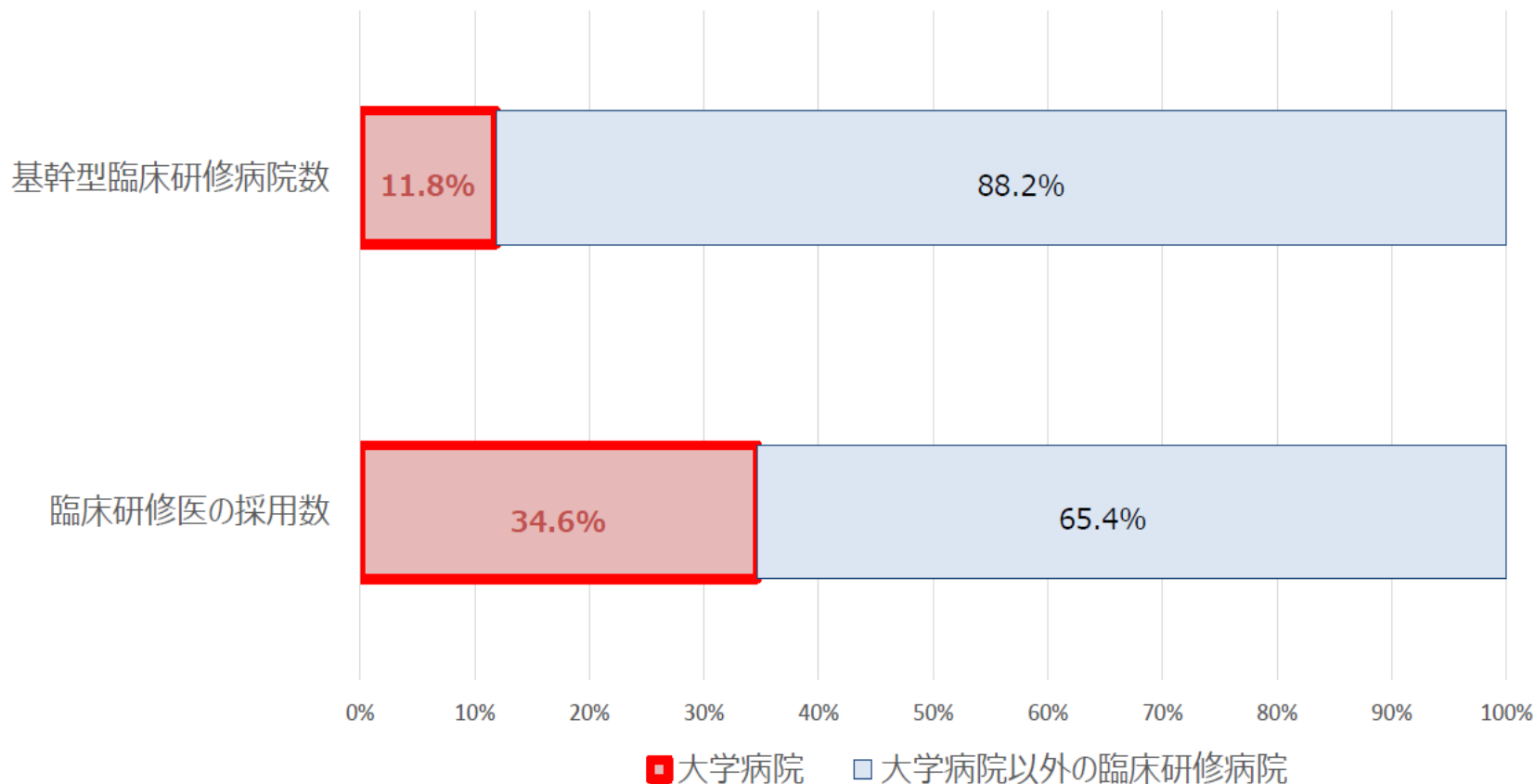
専門医研修プログラムについて、82の大学病院本院のうち、55の大学病院本院において、すべての基本領域の専門医研修プログラム（19個）を有している。

大学病院本院において保有している専門医研修プログラム数（基本領域19個）



## 臨床研修を行う病院や臨床研修医の採用数における大学病院のシェア

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

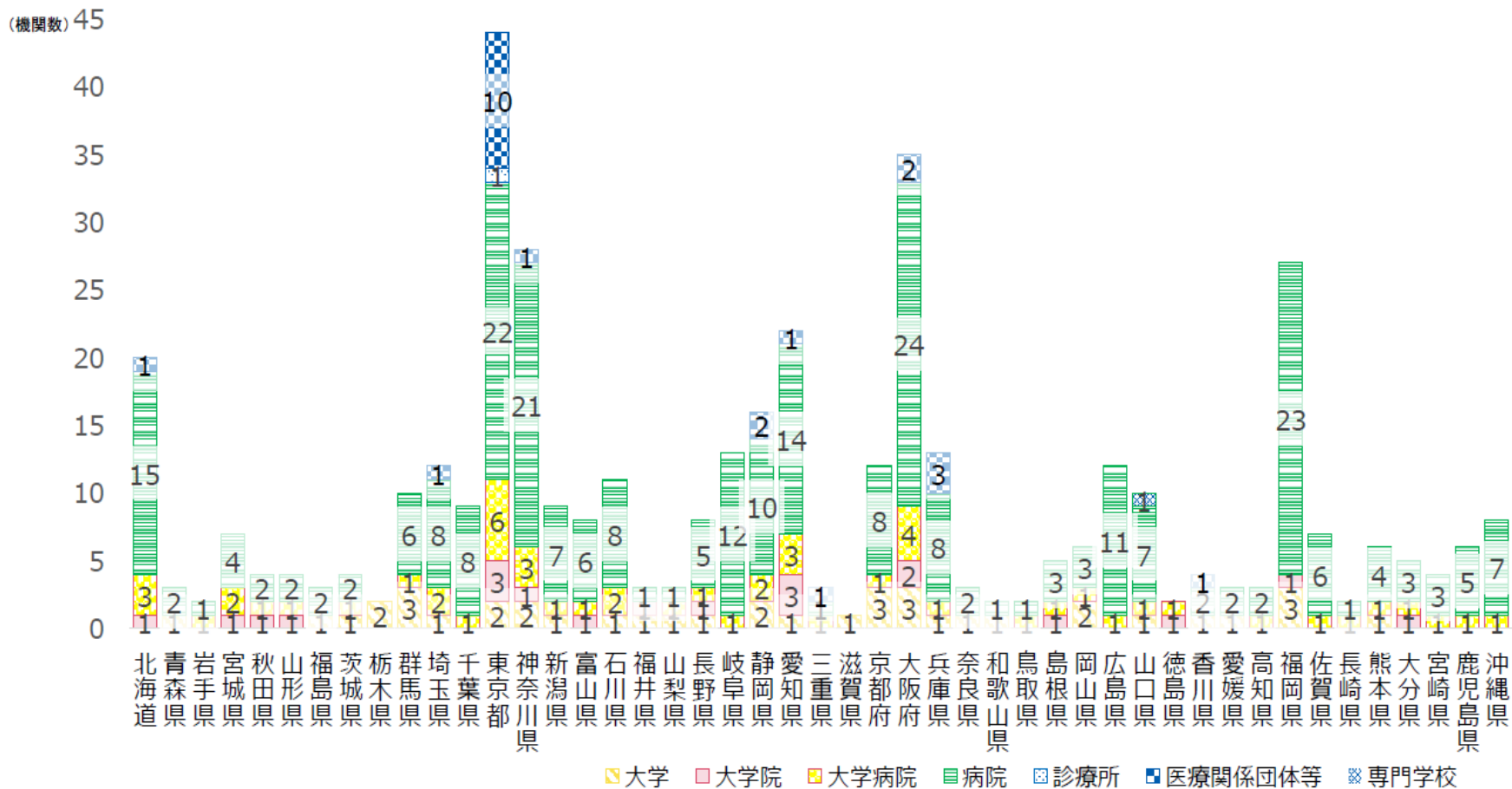


# 看護師の特定行為研修を行う指定研修機関の状況

## ■施設の種別別指定研修機関数(令和6年9月現在)

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

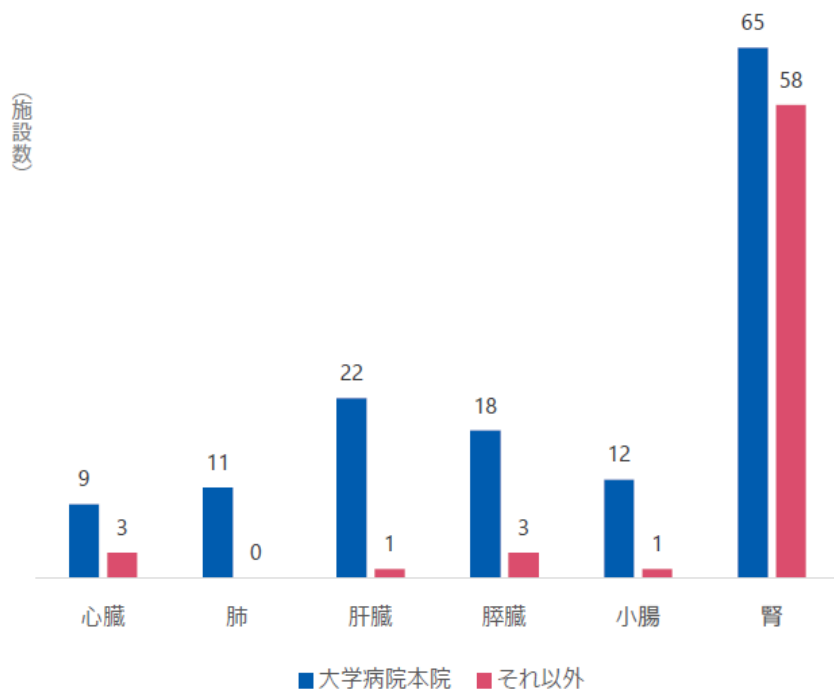
## ■都道府県別指定研修機関数(令和6年9月現在)



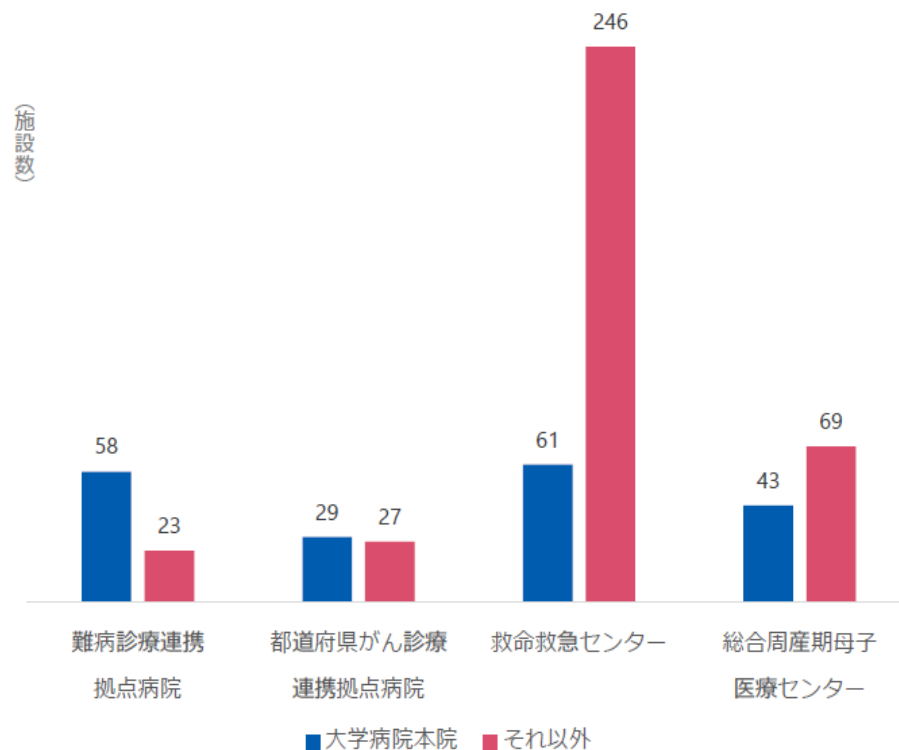
# 広域な観点で整備される施設類型ごとの大学病院本院の役割について

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

移植施設ごとの  
大学病院本院とそれ以外の内訳



広域な観点で整備される施設類型ごとの  
大学病院本院とそれ以外の内訳

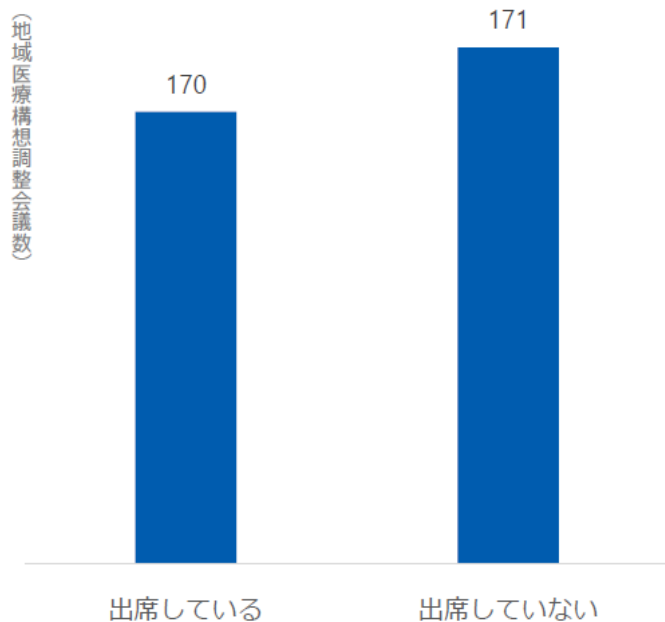




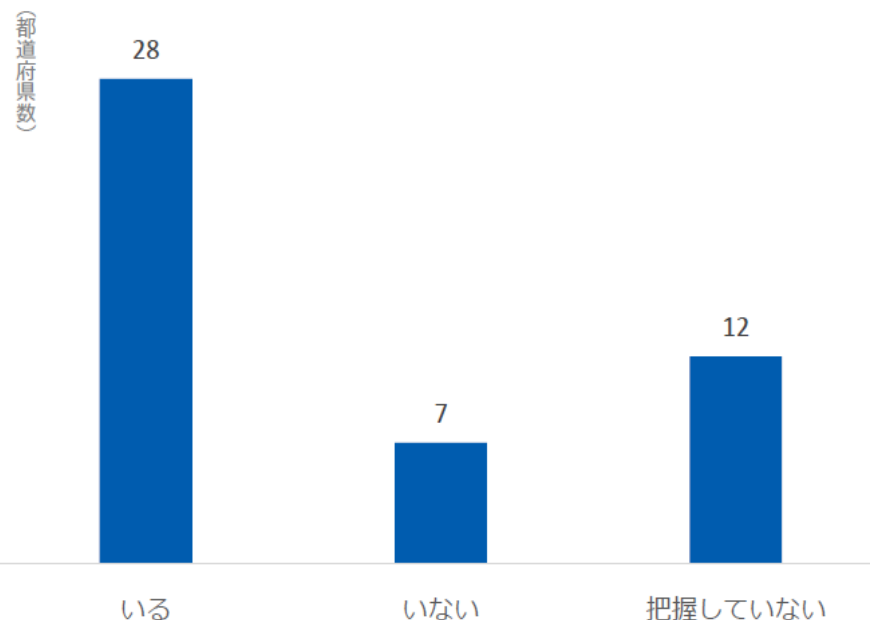
# 都道府県と大学病院の関係について

大学病院の関係者は、半数程度の地域医療構想調整会議に参画している。都道府県は大学病院における地域医療構想に関する担当職員を把握していないケースもあるなど、大学病院と都道府県の連携状況にはばらつきがある。

地域医療構想調整会議（構想区域単位）への  
大学病院の関係者の出席状況  
<都道府県に確認したもの>

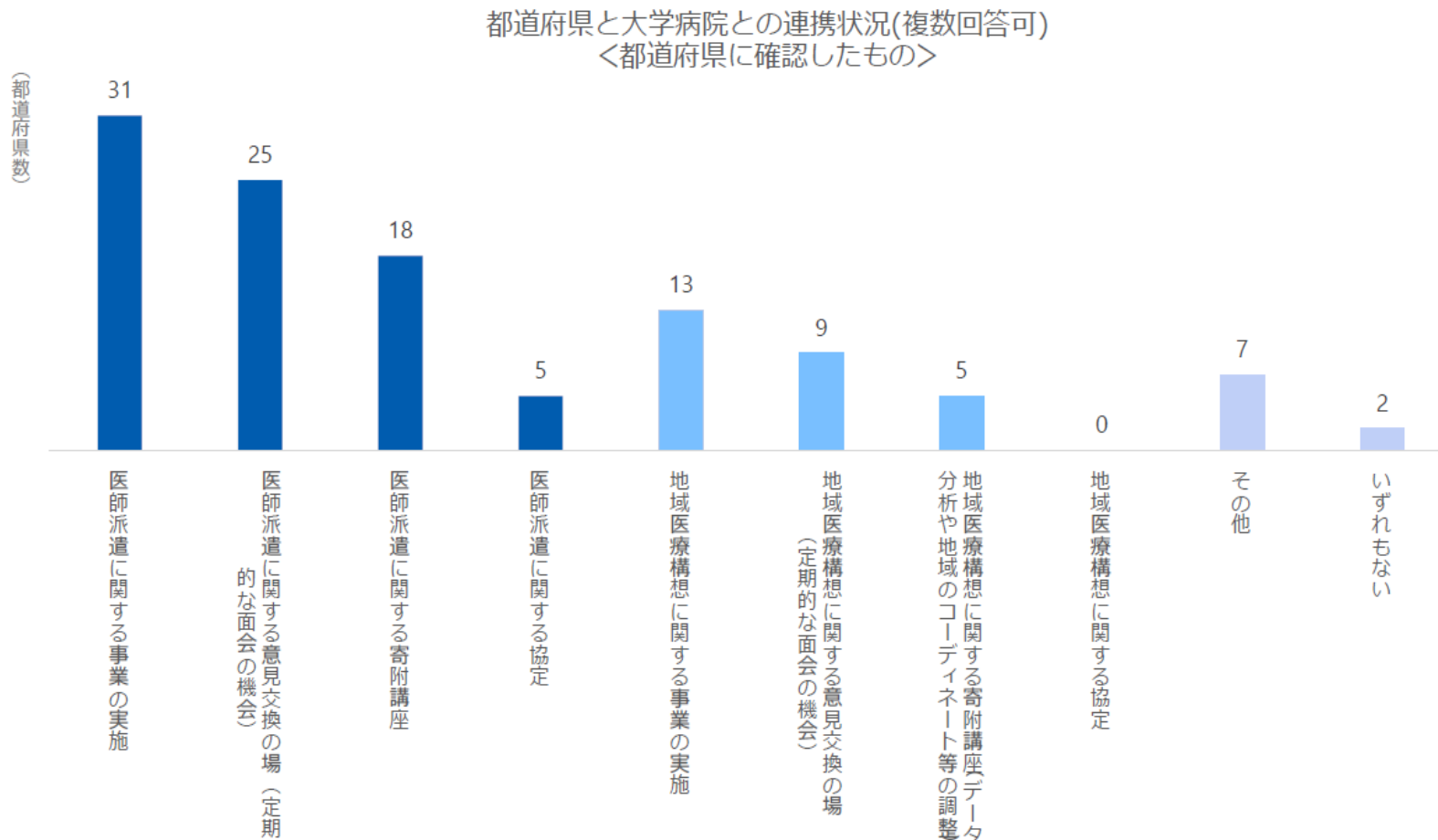


大学病院における地域医療構想アドバイザーを含む地域医療構  
想に係る取組等の調整を担当する職員（教授、医師等）の有無  
<都道府県に確認したもの>



# 都道府県と大学病院の関係について

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



※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ (一部精査中)

# 連携士のための ポイントアドバイス

大学病院との連携について、医師派遣や専門医養成や特定行為指定研修の観点からもう一度振り返って見よう

ポイント



# パート5

包括期期、慢性期、在宅医療





# 第9回新たな地域医療構想等に関する検討会

2024年9月30日



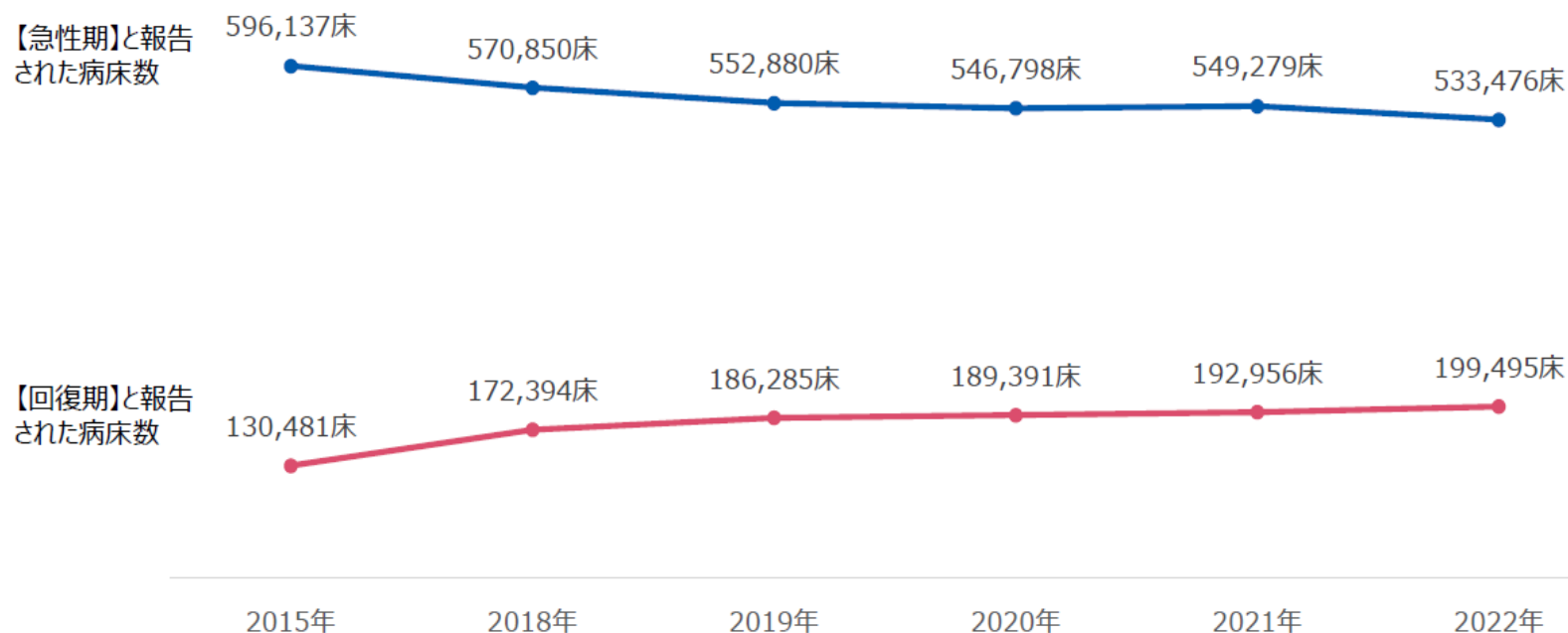
# 回復期機能



# 病床機能報告における【回復期】について

- 現行の病床機能報告制度における【回復期】については、以下のように定義されている。
  - ✓ 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
- 地域医療構想の取組等に伴い、病床機能報告において【回復期】と報告された病床数は増加している。

病床機能報告において【急性期】と報告された病床数と【回復期】と報告された病床数の推移

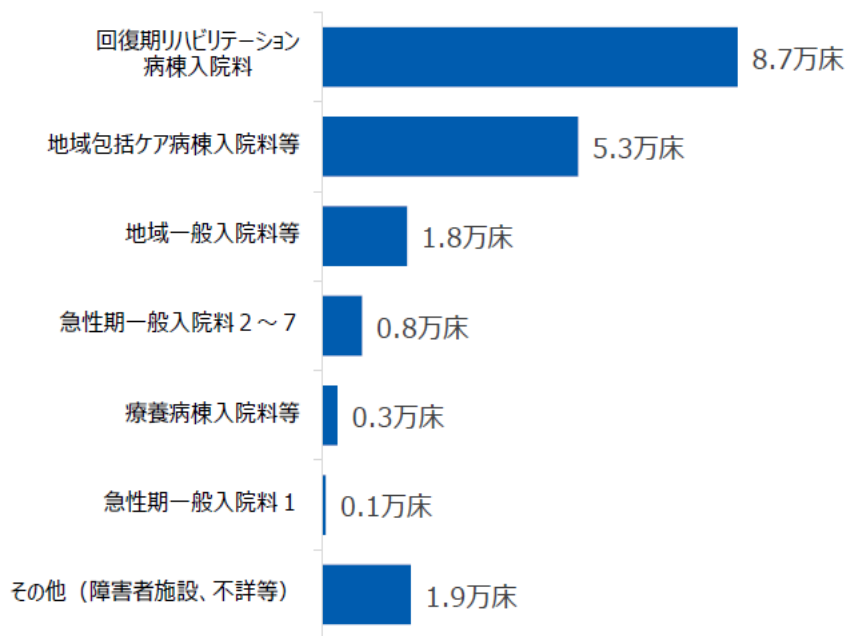




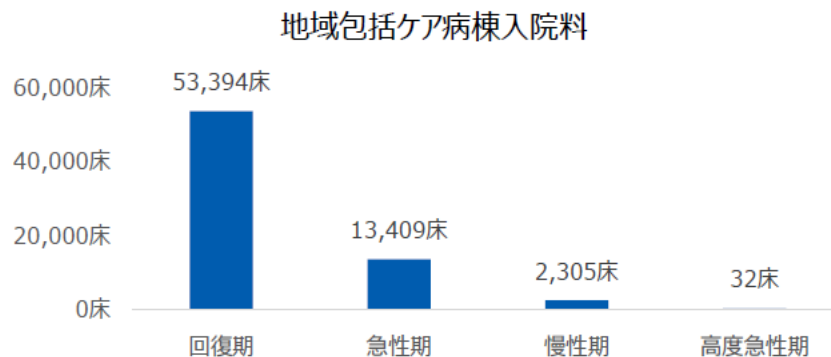
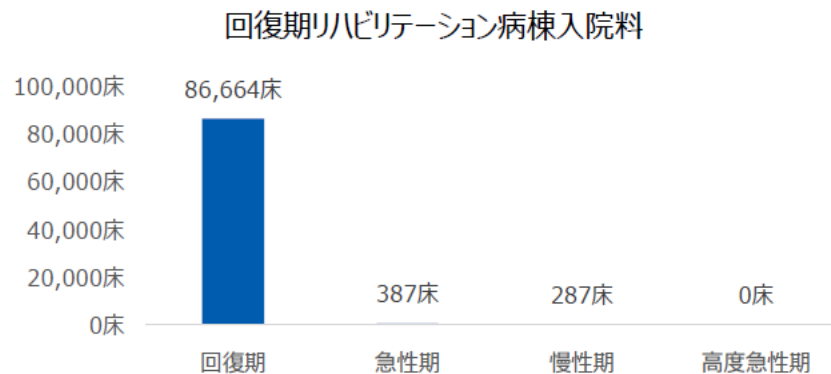
# 病床機能報告において【回復期】と報告された病床の主な病棟について

- 病床機能報告において【回復期】と報告された病床の病棟については、主に地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟等がある。
- 回復期リハビリテーション病棟はほぼ全ての病床が【回復期】と報告されており、地域包括ケア病棟は8割の病床が【回復期】と報告され、2割の病床が【急性期】と報告されている。

【回復期】と報告された病床の入院料別の病床数



回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定している病棟について病床機能報告で報告された病床機能

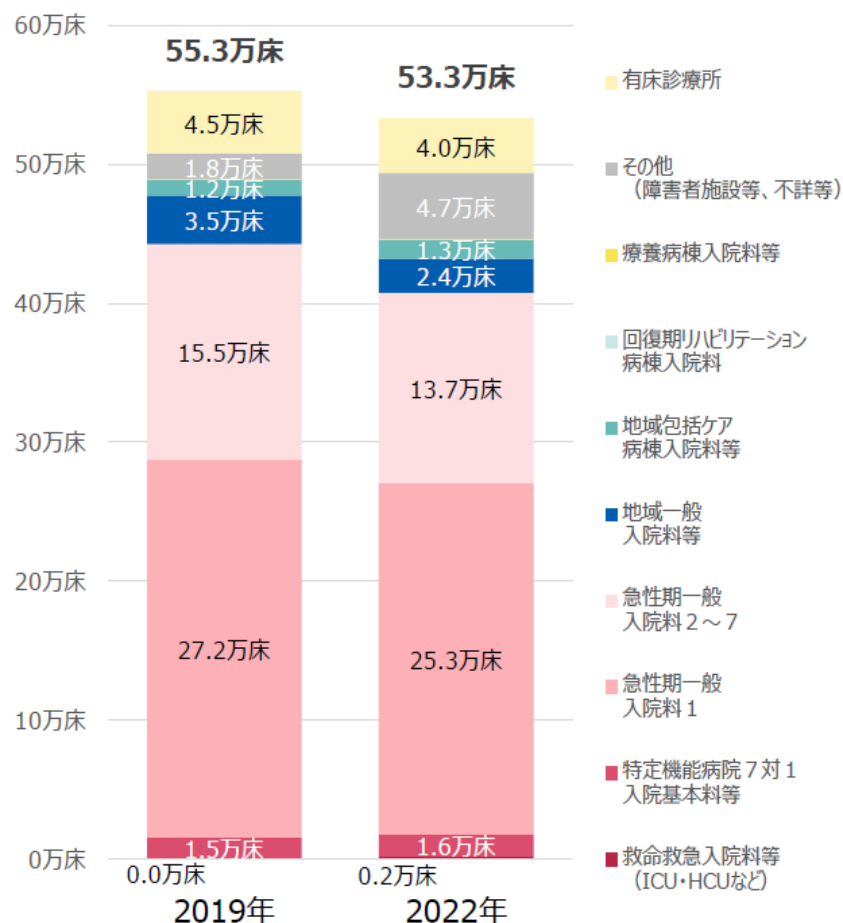




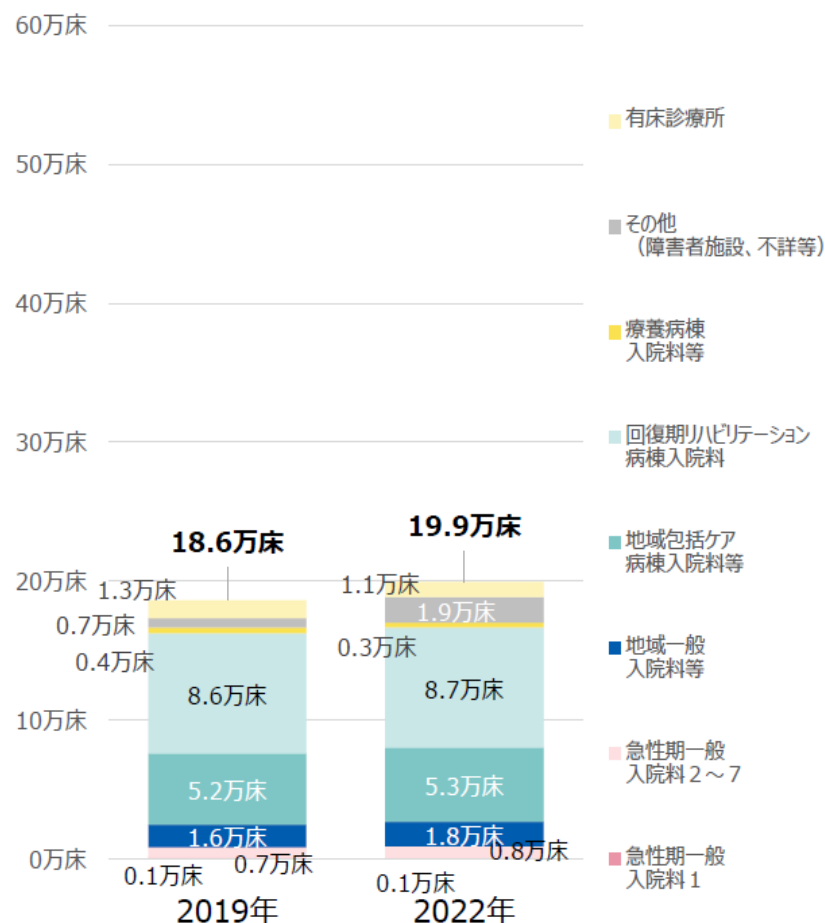
# 病床機能報告で【急性期】【回復期】と報告された病床の入院料別の病床数

- 病床機能報告で【急性期】と報告された病床については、急性期一般入院料は減少している。
- 【回復期】と報告された病床については、多くの入院料で増加している。

【急性期】と報告された病床の入院料別の病床数



【回復期】と報告された病床の入院料別の病床数



# 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の人員体制等

- 回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーションを集中的に行うことを目的としており、専任の常勤医師や専従のリハビリ専門職等、地域包括ケア病棟よりも多くの人員配置をしており、リハビリの提供単位数も地域包括ケア病棟より多い傾向にある。

## 回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、A D Lの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う

病棟毎に求められる主な人員、()内は入院料1、2の要件

- 専任の常勤医師 1名
- 看護職員 15対1 (13対1)
- 看護補助者 30対1
- 専従のリハビリ専門職 PT2名、OT1名 (PT3名、OT2名、ST1名)
- (専従の社会福祉士1名、専任の管理栄養士1名)

## 地域包括ケア病棟

急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う

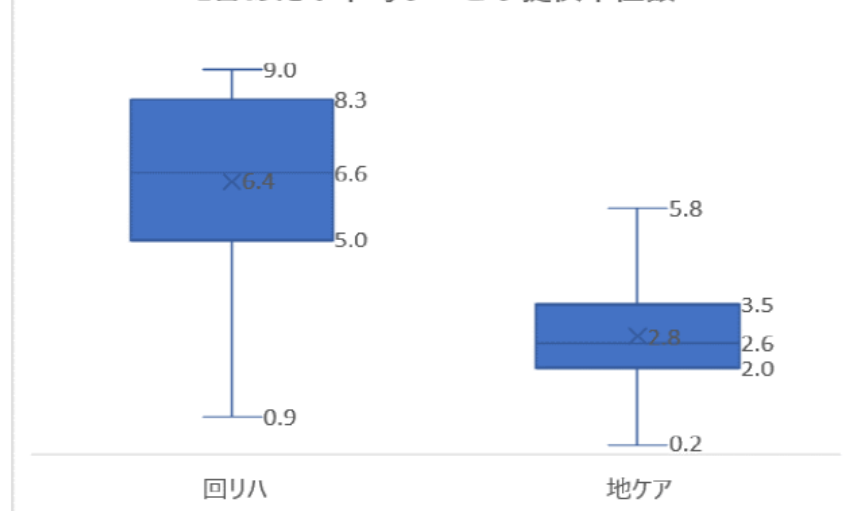
病棟毎に求められる主な人員、()内は入院料1、2の要件

- 看護職員 13対1
- リハビリ専門職 PTまたはOTまたはST 1名

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数

主な対象疾患	上限日数
1 脳血管疾患、脊髄損傷等、頭部外傷等の発症後又は手術後の状態 (高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害等の場合)	150日以内 (180日)
2 大腿骨、骨盤、脊椎等の骨折等の発症後又は手術後の状態	90日以内
3 外科手術後等の治療時の安静により廃用症候群を有し、手術後又は発症後の状態	90日以内
4 大腿骨、骨盤、脊椎等の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60日以内
5 股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日以内
6 急性心筋梗塞等の心大血管疾患又は手術後の状態	90日以内

## 1日あたり平均リハビリ提供単位数



資料出所：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

## 回復期リハビリテーション病棟における疾病の特徴

- 回復期リハビリテーション病棟においては、大腿骨近位部の骨折、脳卒中、胸腰椎の骨折、膝関節症等の疾患が多くなっている。

傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	38,678	50.3
転子貫通骨折 閉鎖性	32,714	54.6
腰椎骨折 閉鎖性	28,630	50.8
脳動脈の血栓症による脳梗塞 （大脳）半球の脳内出血，皮質下	21,477	67.0
脳梗塞，詳細不明	17,874	79.6
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの 部位不明	15,207	72.1
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの 部位不明	14,247	54.2
その他の原発性膝関節症	13,886	31.8
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	13,743	68.9
胸椎骨折 閉鎖性	13,685	49.8
その他の脳梗塞	8,807	63.5
脊柱管狭窄（症） 腰部	7,080	38.3
脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	4,963	65.8
股関節症，詳細不明	4,301	37.1
腰椎及び骨盤のその他及び部位不明の骨折 閉鎖性	4,235	51.9

## 地域包括ケア病棟における疾病の特徴

- 地域包括ケア病棟においては、高齢者救急に関連する肺炎等や、白内障等の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折や腰椎の骨折等、回復期リハビリテーション病棟で見られる疾患の患者も入院している。

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



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

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

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

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

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

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合

30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

## 回復期医療について（案）②



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

## 病床機能区分の名称について

### 【前回の議論について】

- 高齢者等の急性期患者について治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能及びこれまでの【回復期機能】について、新たな名称を議論している。
- 前回の検討会においては、【包括期機能】等の複数の案が提案されたほか、まだなじみの少ない概念であり、いずれの名称になるにせよ、今後丁寧な説明と周知が必要との議論があった。

### 【提案があった名称】

包括期機能 → 包括期機能（急性増悪～在宅復帰等）

包括期機能 → 包括期機能（入院～在宅復帰等）

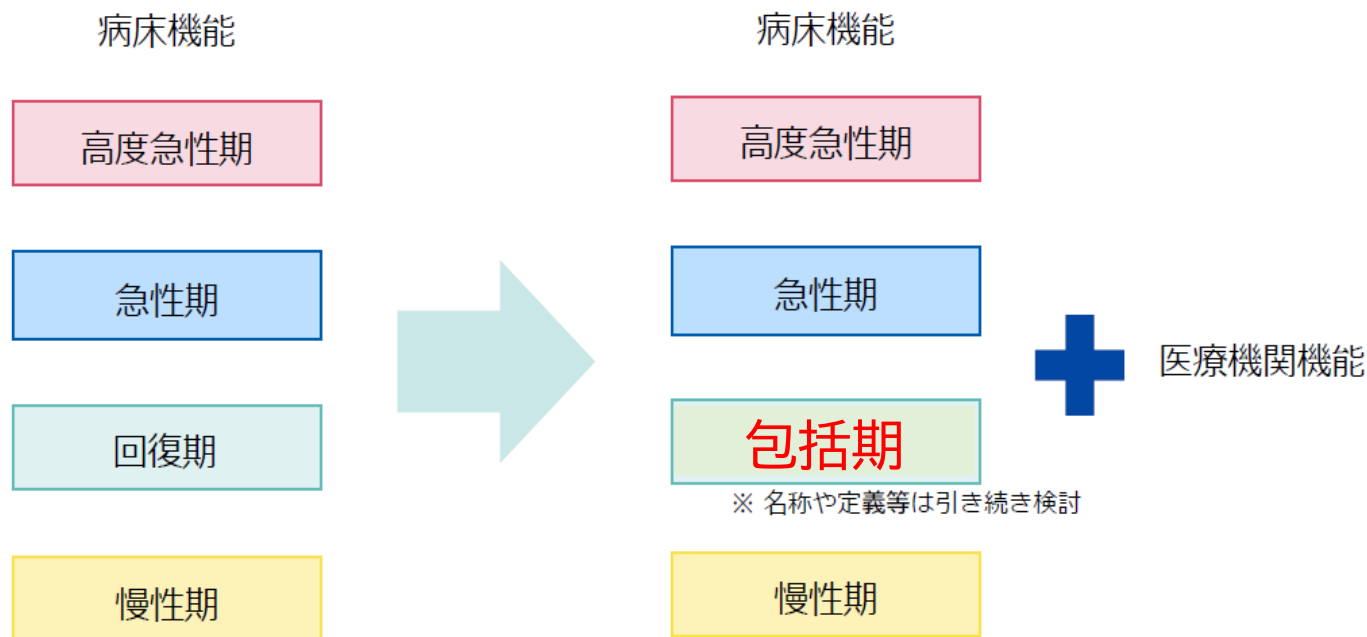
回復サポート期機能

地域包括・リハビリテーション機能

回復期機能の名称を  
高齢者救急受け入れと  
高齢者リハを併せ持つと  
いう意味で  
「包括期機能」と改める

## 病床機能報告の病床機能について（案）

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





# 連携のための ポイントアドバイス

病床機能の回復期機能のコンセプトが変わった。高齢者救急を含む包括期機能となった。

包括期機能では、高齢者救急の受け入れから入退院支援がポイント

ポイント



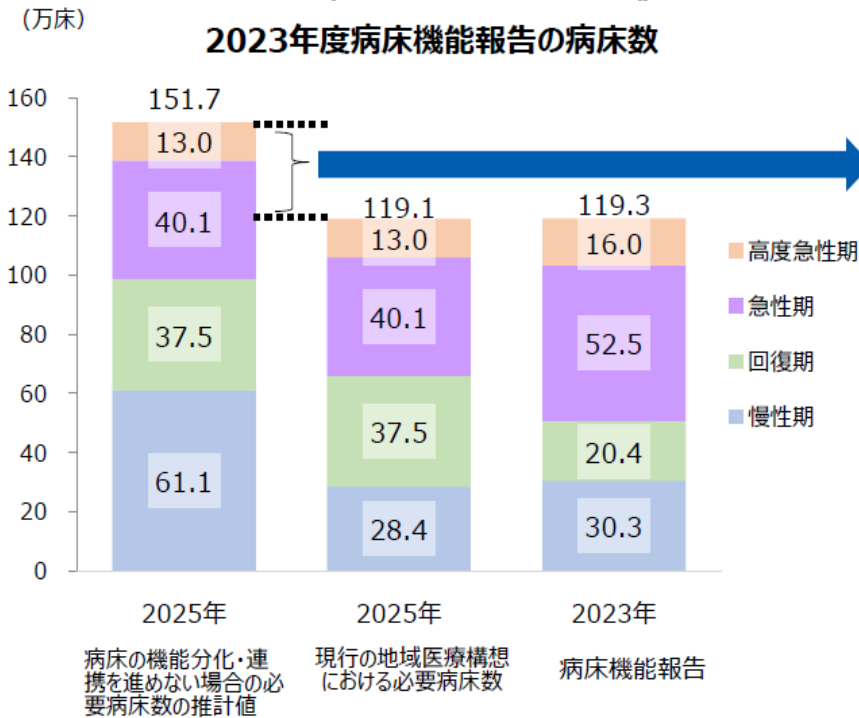
# 慢性期・在宅医療



# 現行の地域医療構想の評価について

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

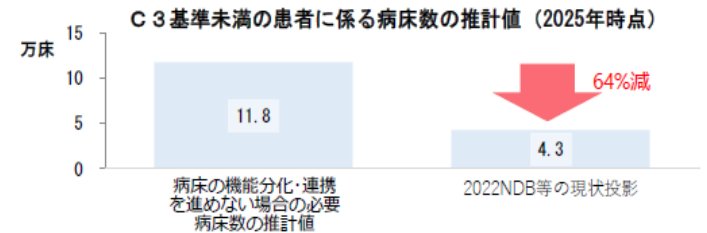
現行の地域医療構想の病床の推計値と  
2023年度病床機能報告の病床数



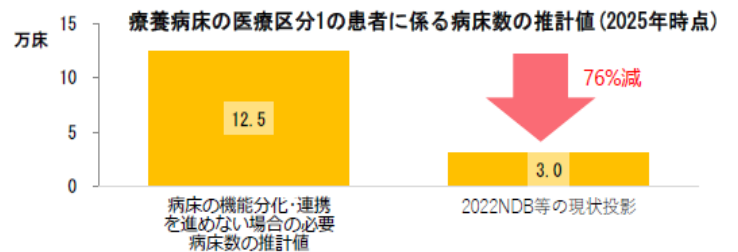
※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

## ① C3基準未満の患者に係る病床

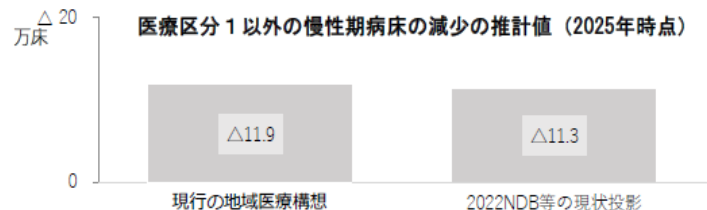
C3は  
225点以下



## ② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床

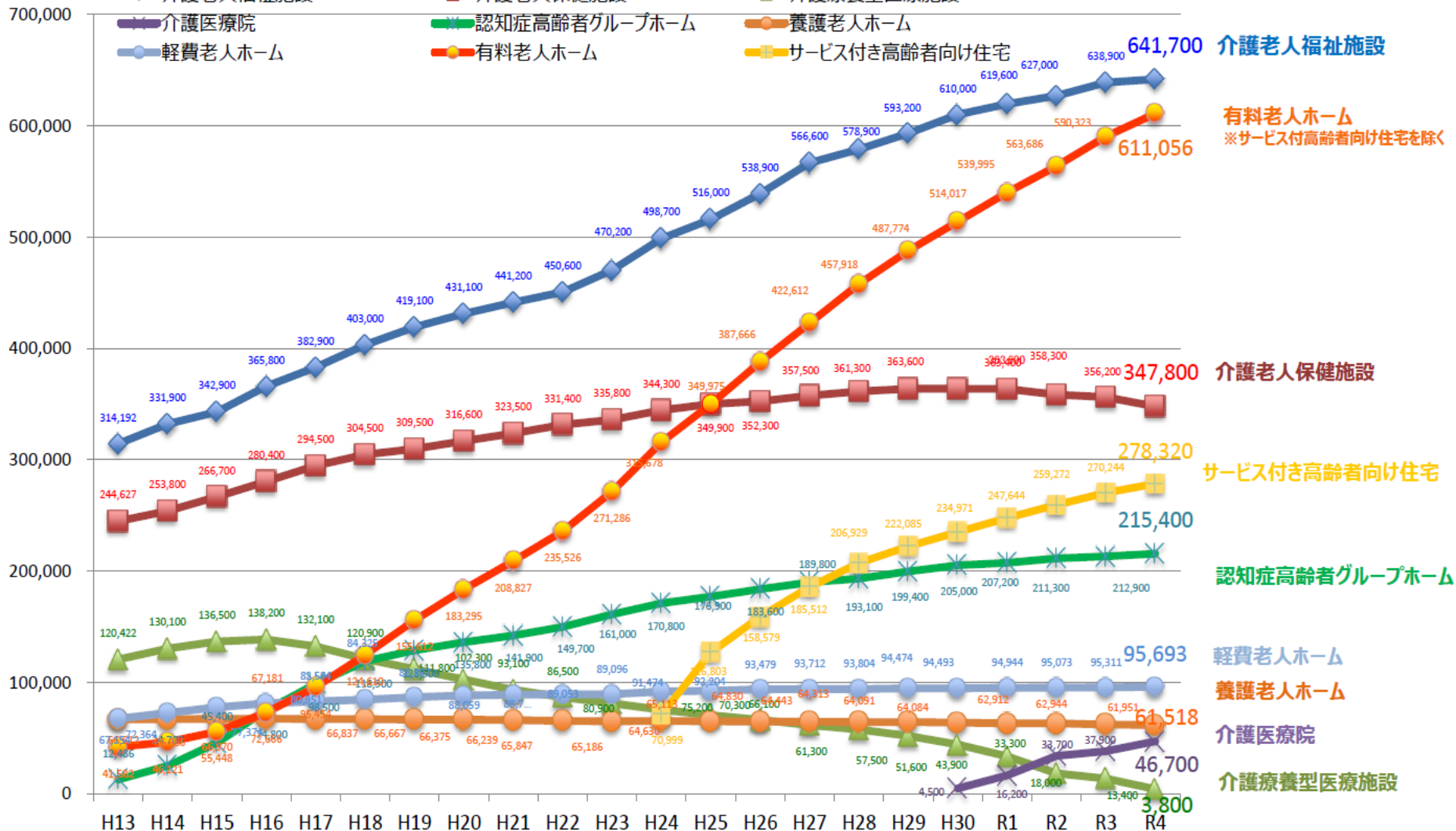


## ③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



# 高齢者向け施設・住まいの利用者数

(単位: 人・床)



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

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

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

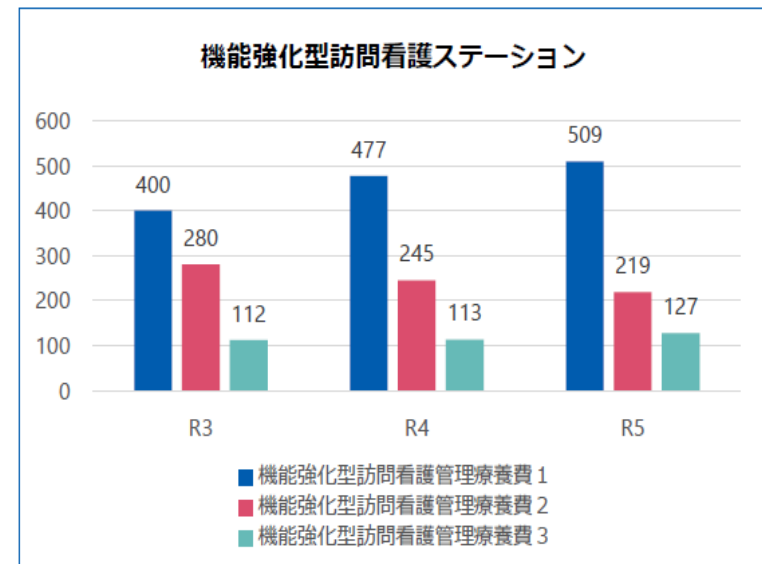
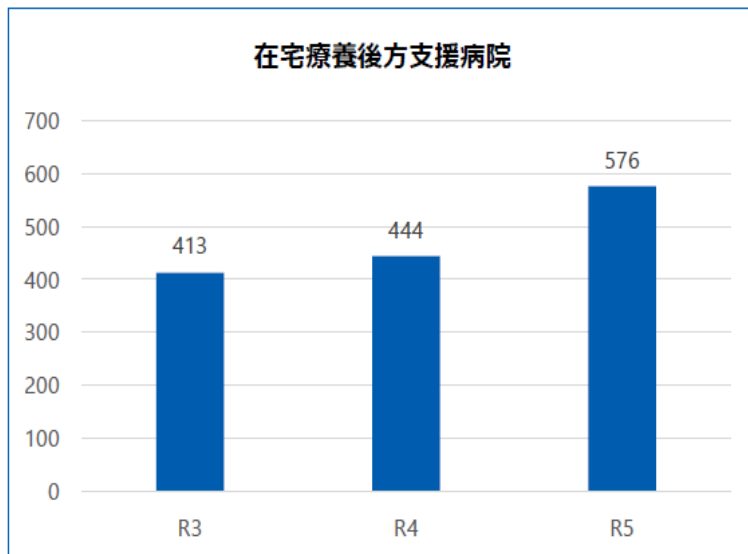
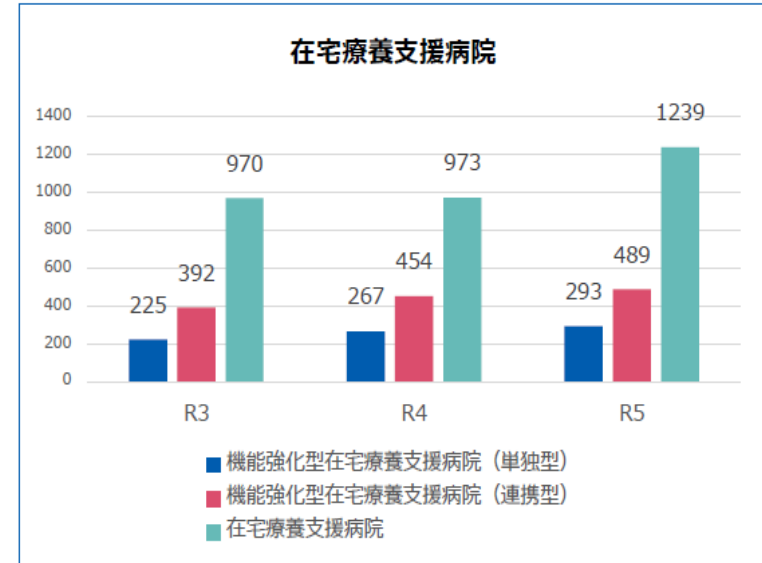
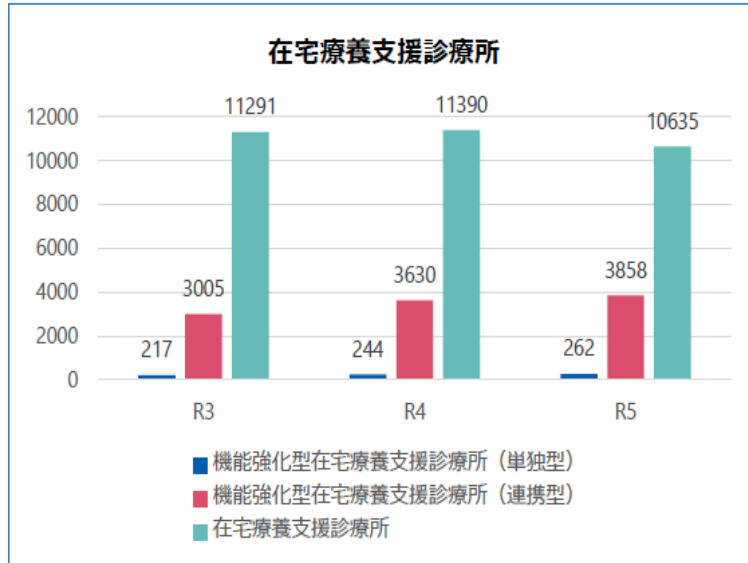
※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(R2.10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)

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

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



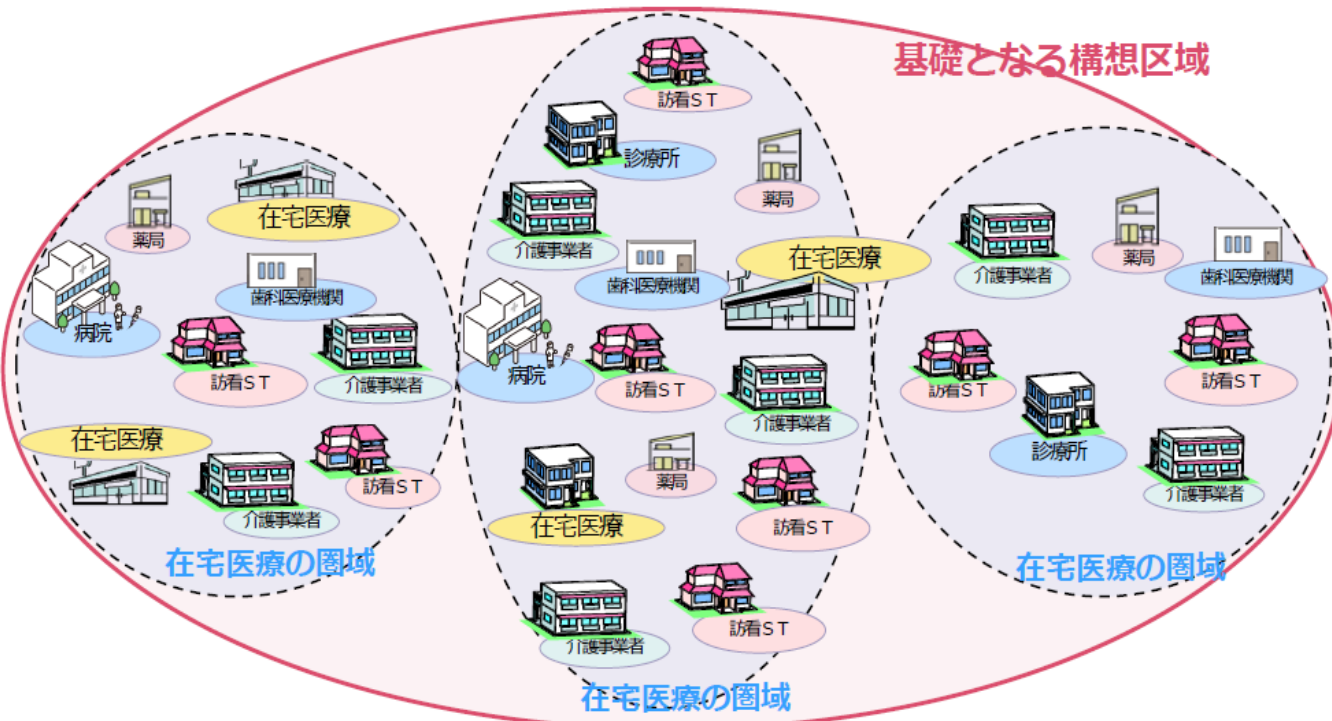
# (参考) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、機能強化型訪問看護ステーションの届出数の推移



# 在宅医療の圏域について（案）

- 医療計画における「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療の圏域の設定にあたっては、従来の二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。
- 新たな地域医療構想においても、都道府県において適切な在宅医療の圏域を設定し、医療関係者、介護関係者、市町村等も参画して、2040年頃を見据えて、医療機関機能の1つである【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】を確保し、医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等が連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応等ができる在宅医療提供体制を構築することが考えられるのではないかと。

## 在宅医療の圏域イメージ



### ■在宅医療の体制構築に係る指針（抜粋）

#### 2 圏域の設定

○都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって（略）退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実にを行うことが望ましい。

○圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

# 連携のための ポイントアドバイス

地域医療構想の慢性期機能は、在宅機能とセットで考える  
在宅機能には施設在宅、居宅在宅がセットとなっている  
医療と介護の連携強化がポイント



## パート6

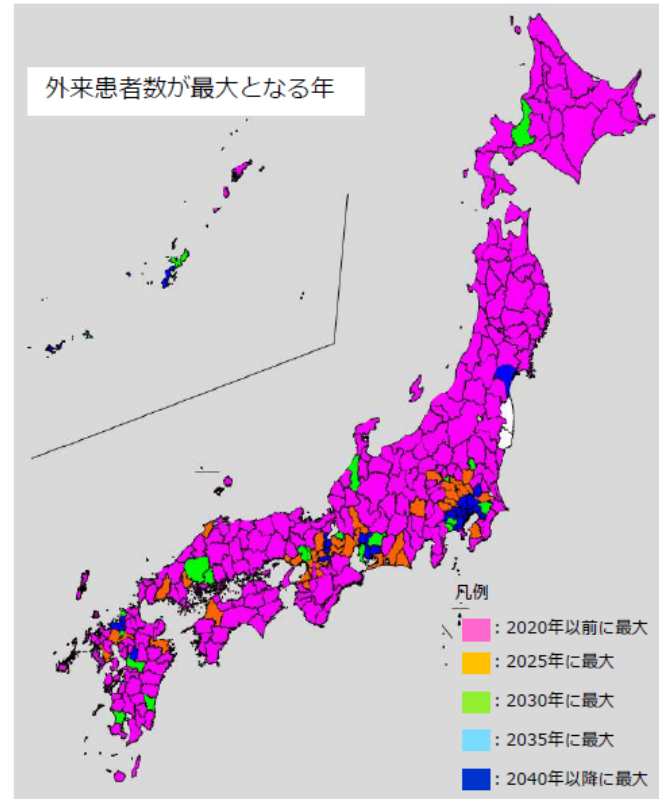
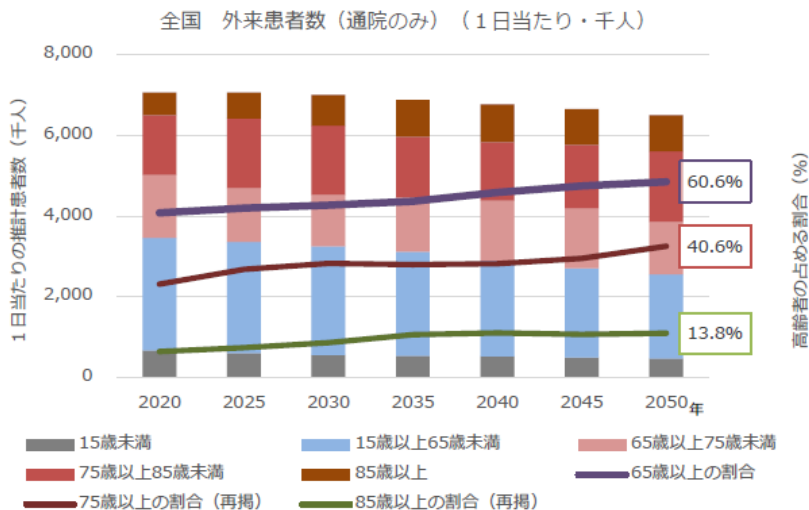
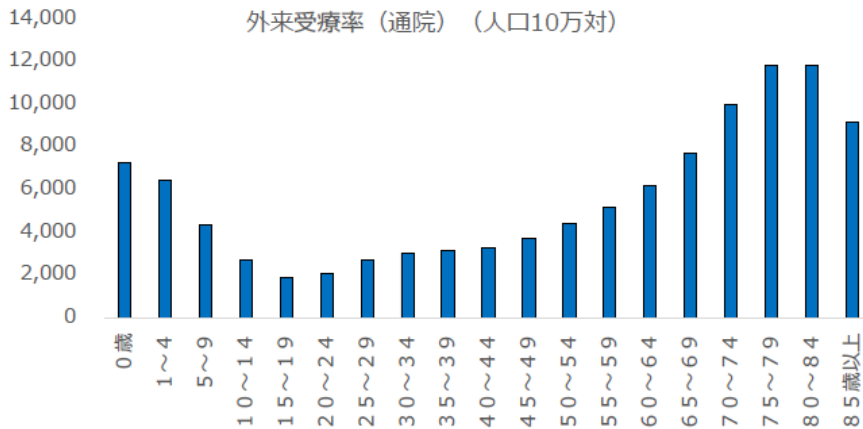
# 外来医療、かかりつけ医機能





# 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

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



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

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県を受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

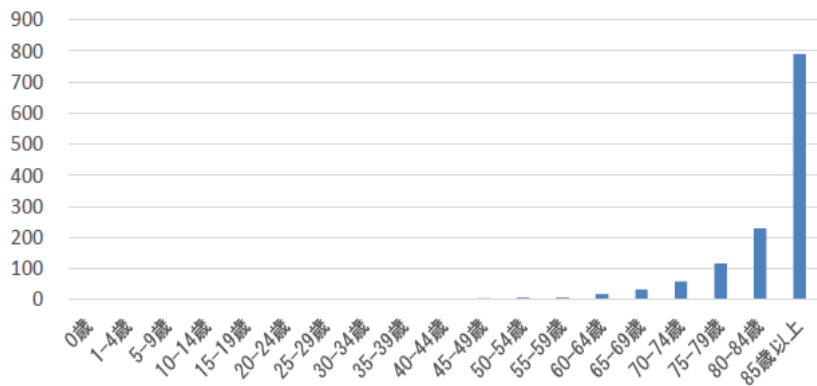
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、住診等を含まない。

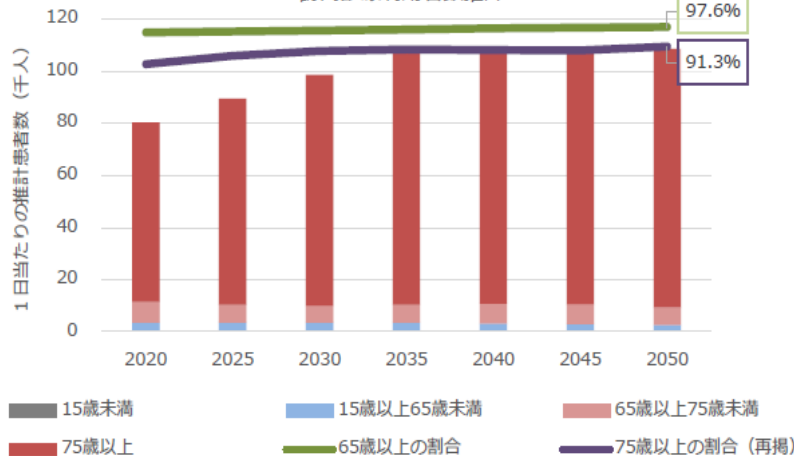
# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

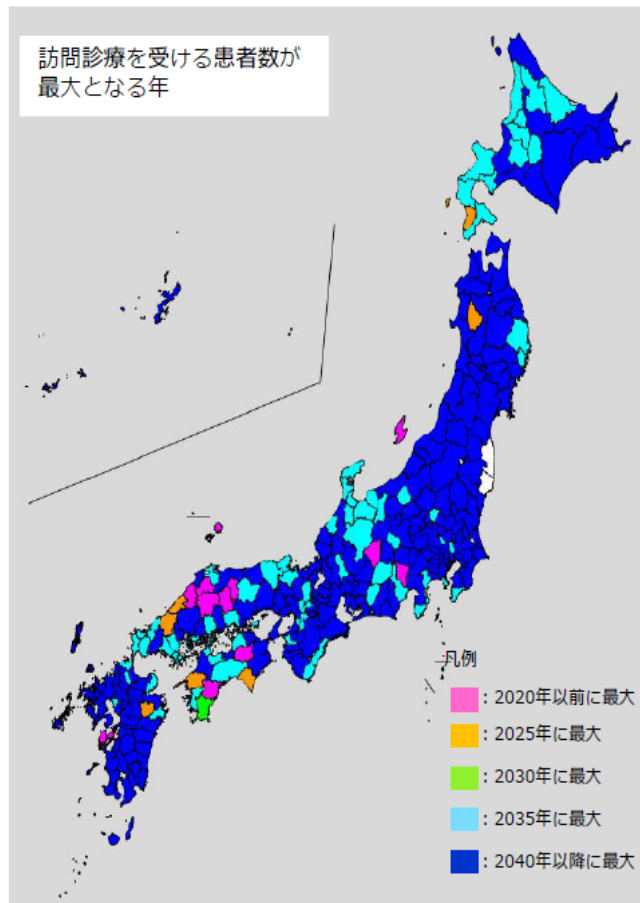
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



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

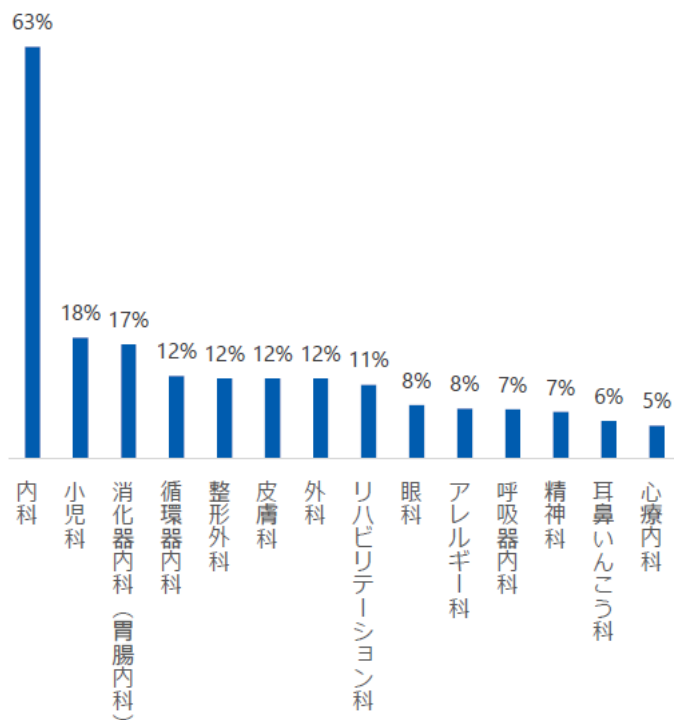
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

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

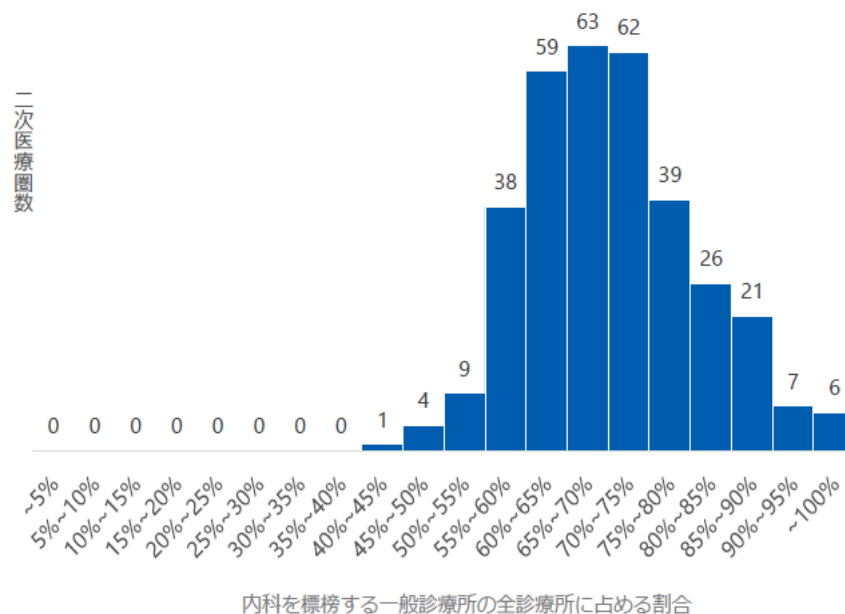
# 診療所における各診療科の占める割合

診療所においては、内科を標榜する診療所が最も多く、二次医療圏別でも、ほぼすべての二次医療圏において半数以上の診療所が内科を標榜している。

診療科別一般診療所の全診療所に占める割合  
(全国)



二次医療圏別の内科を標榜する一般診療所の  
全診療所に占める割合

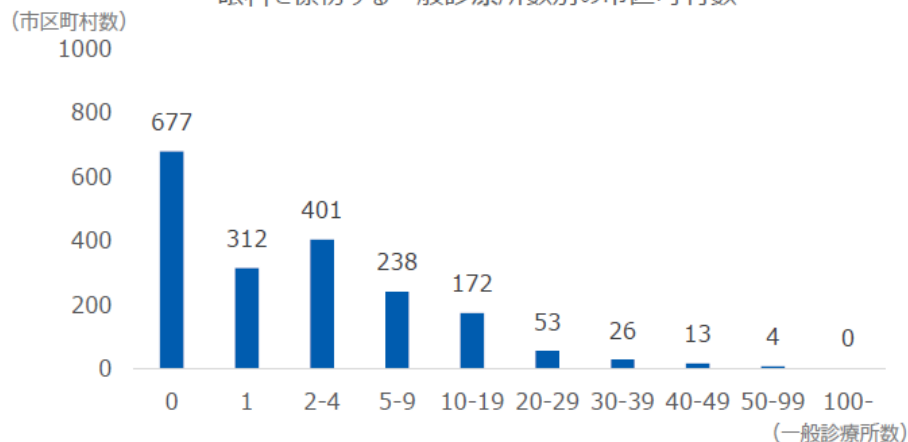


資料出所：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

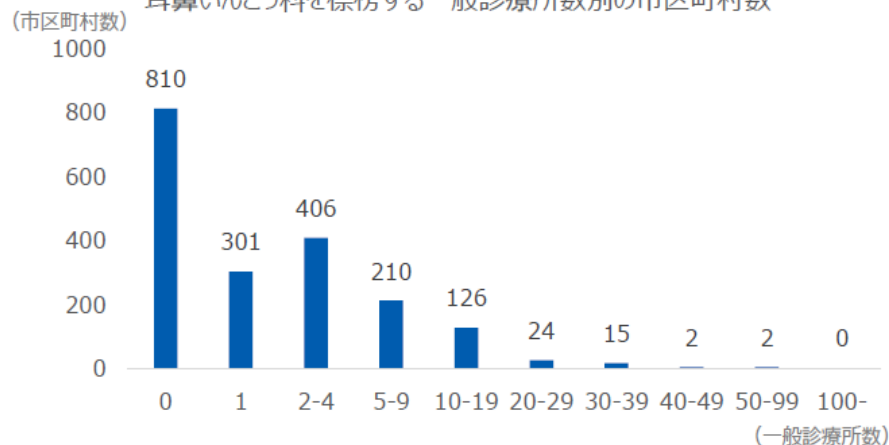
# 市区町村毎の各診療科の診療所の状況

内科以外の診療科については、診療所がない市区町村が一定数存在する。

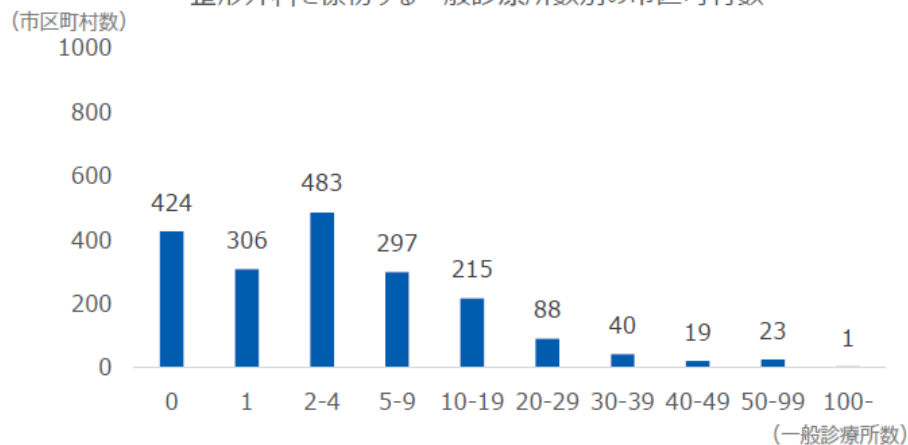
眼科を標榜する一般診療所数別の市区町村数



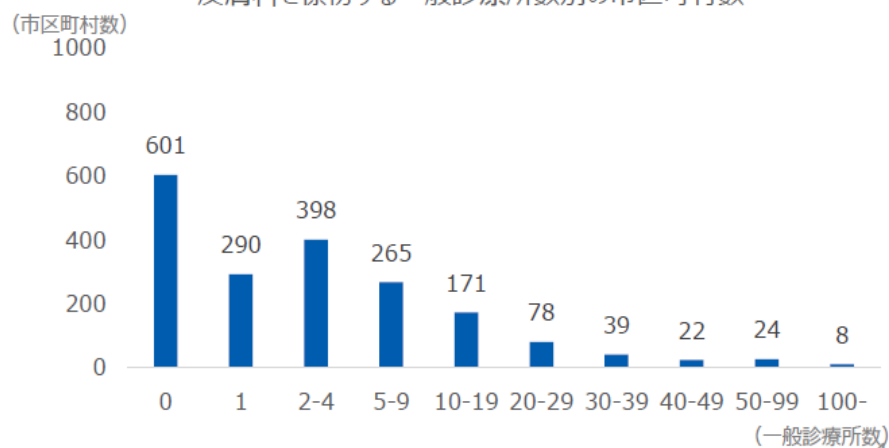
耳鼻いんこう科を標榜する一般診療所数別の市区町村数



整形外科を標榜する一般診療所数別の市区町村数



皮膚科を標榜する一般診療所数別の市区町村数



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。

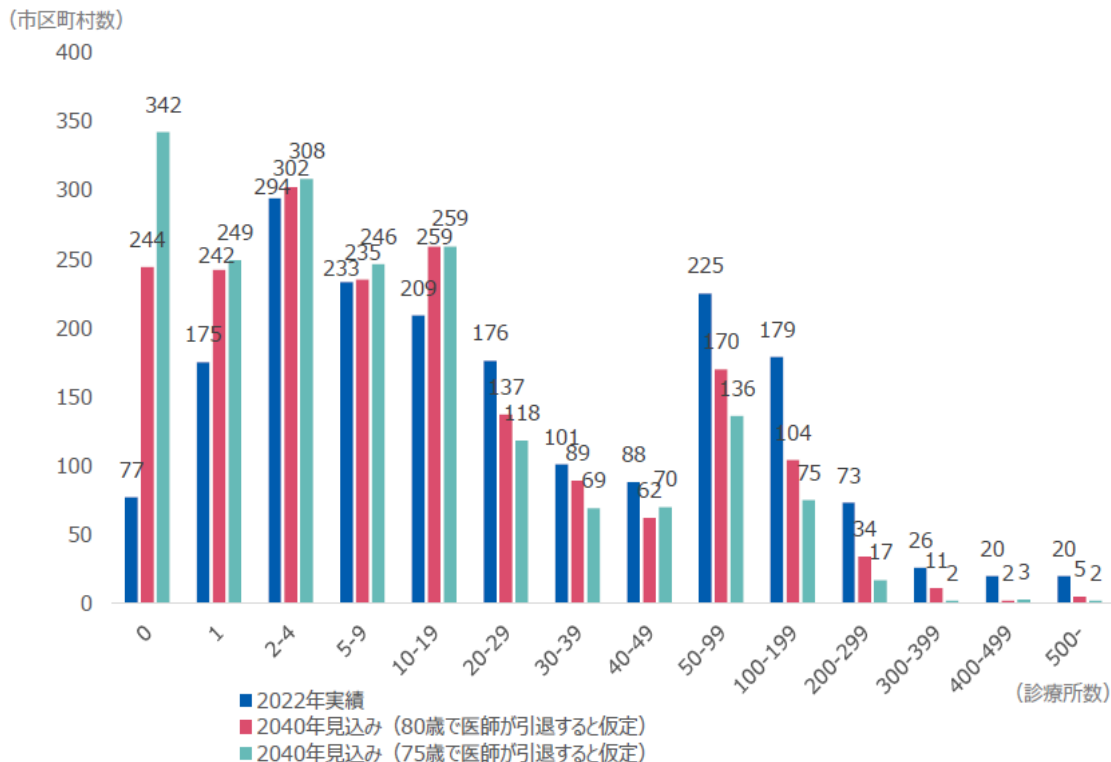


# 市区町村における診療所数と2040年の見込み

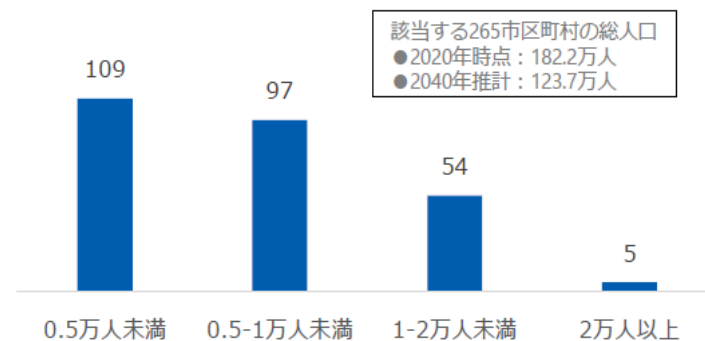
診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

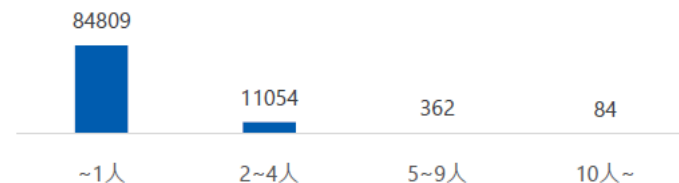


■ 2040年に診療所がなくなる可能性がある市区町村数（人口規模別） ※75歳で診療所医師が引退すると仮定



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

■ (参考) 常勤医師数別の無床診療所数



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

※ 市区町村別診療所数の見込みについては、医師届出票による主従事市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定  
 ※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。

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

## (参考) 外来医師多数区域

- 外来医師偏在指標の上位1/3に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定。
- 主に大都市圏や西日本の二次医療圏に外来医師多数区域が設定されている。

### 外来医師偏在指標の計算式

- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口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外来受療率の違いを調整する。

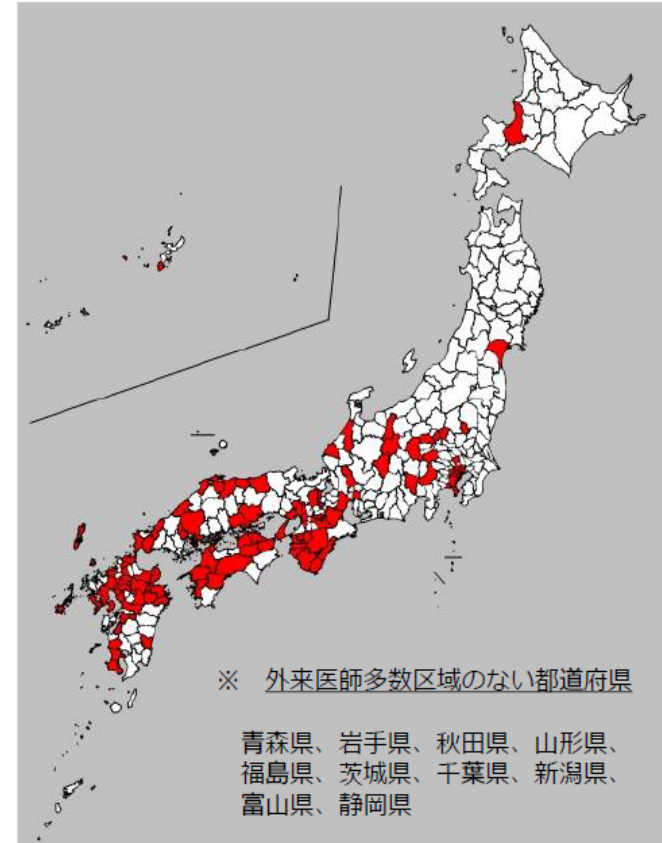
$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}^{(*)1}}{\left( \frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(*)2} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(*)4}}$$

- ・標準化診療所医師数<sup>(\*)1</sup> =  $\sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$
- ・地域の標準化外来受療率比<sup>(\*)2</sup> =  $\frac{\text{地域の外来期待受療率}^{(*)3}}{\text{全国の外来期待受療率}}$
- ・地域の外来期待受療率<sup>(\*)3</sup> =  $\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$
- ・地域の診療所の外来患者対応割合<sup>(\*)4</sup> =  $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所及び病院の外来延べ患者数}}$

(出典)「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第8次(前期)～」

性年齢階級別診療所医師数：医師・歯科医師・薬剤師統計(令和2年)の医療施設(病院及び診療所)従事医師数のうち、診療所従事医師数(性年齢階級別医師数)  
平均労働時間：「医師の勤務環境把握に関する調査」(令和4年度厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野政策科学総合研究「医師の勤務環境把握に関する研究」研究班)  
外来受療率：患者調査(平成29年)及び住民基本台帳人口(平成30年)の性年齢階級別人口  
性年齢階級別受療率：患者調査(平成29年)及び住民基本台帳(平成30年)に基づく人口、人口動態及び世帯数調査  
人口：令和2年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査  
外来延べ患者数：NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)の平成29年4月から平成30年3月までの診療分データ(12か月)

### 外来医師多数区域



出典：厚生労働省HP 医師確保対策-外来医師偏在指標(二次医療圏)(令和6年1月10日更新)-を基に、医政局地域医療計画課にて作成

### ※ 医師偏在指標との相違点

- ・ 標準化診療所医師数を使用。
- ・ 受療率に外来受療率を使用。
- ・ 診療所を受診した患者を対象とするため、診療所での外来患者数を病院・診療所での外来患者数で除して補正。

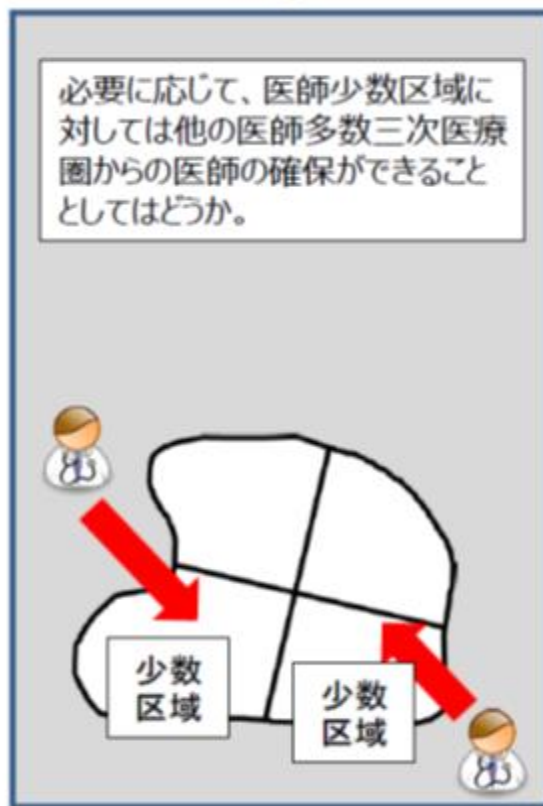
## 三次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い（案）

- 医師**少数**三次医療圏 : 他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。
- 医師**中程度**三次医療圏 : 医師少数区域（二次医療圏）が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。
- 医師**多数**三次医療圏 : 他の三次医療圏からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。

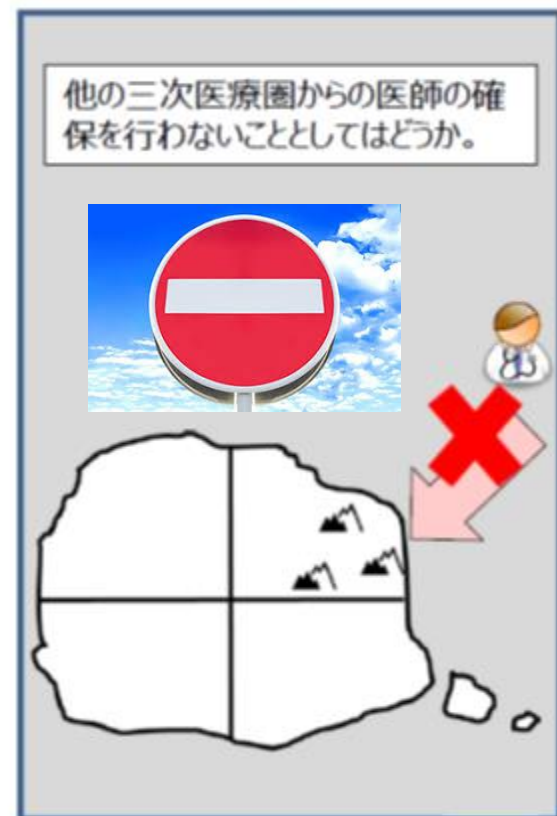
医師**少数**三次医療圏  
A県



医師**中程度**三次医療圏  
B県



医師**多数**三次医療圏  
C県



# 連携のための ワンポイントアドバイス

外来医療は全国的に減少局面

外来医師偏在の是正が課題

外来医師多数医療圏への新規参入規制が始まる





かかりつけ医機能

かかりつけ医



# かかりつけ医機能について

2022年9月9日「第8次医療計画等に関する検討会」

# 全世代型社会保障構築会議 2022年11月24日



# かかりつけ医の定義と機能



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



## 医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- ・国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- ・かかりつけ医機能の定義  
：「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- ・医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、報告された「かかりつけ医機能」に関する**情報を国民・患者に分かりやすく提供**する。

### 現在の情報提供項目

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

かかりつけ医機能を**医療法**の条文に  
載せた

### 今後の情報提供項目のイメージ

例えば、

- ◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
- ◆日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
- ◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
- ◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容

など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

# 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



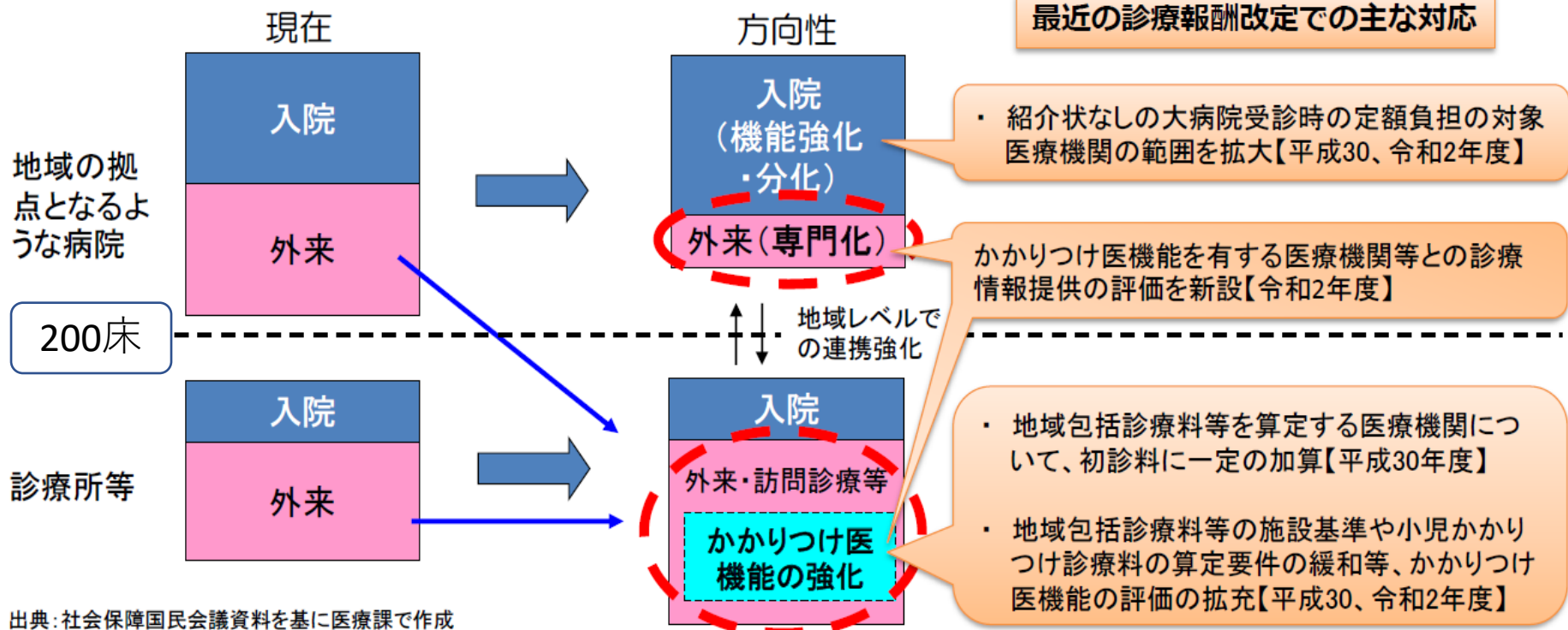
2023年5月12日

# 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





# かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

## 国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

## 制度整備の内容

### 医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
  - ① 情報提供項目の見直し
  - ② 全国統一のシステムの導入

### かかりつけ医機能報告による機能の確保

- 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（※）。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

医療機能情報提供制度完成

医療機能情報提供制度 (H18) 2006年

入院 病床機能報告 (H26) 2012年

外来 有床診・病院 外来機能報告 (R3) 2021年  
(紹介受診重点医療機関の確認)

外来 無床診 かかりつけ医機能報告 (新設) 2024年

イメージ図

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。



# かかりつけ医機能報告制度



# 第7回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（2024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について

令和6年9月5日 第110回社会保障審議会医療部会（資料3）

## 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

（敬称略、五十音順）

阿部 一彦	日本障害フォーラム(JDF) 代表
家保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
石田 光広	稲城市副市長
猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／ 医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
香取 照幸	一般社団法人未来研究所以龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
角田 徹	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会委員長
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
土居 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
永井 良三	自治医科大学学長
長谷川 仁志	秋田大学大学院医学系研究科医学教育学講座教授
服部 美加	新潟県在宅医療推進センター基幹センターコーディネーター
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

座長

## かかりつけ医機能報告の施行に向けた検討スケジュール

令和5年 11月	第1回分科会
12月	↓ 構成員プレゼン・有識者ヒアリング
令和6年 1月	
2月	↓ 必要とされるかかりつけ医機能など、 論点の議論
3月	
4月	
5月	
6月	省令等の具体的内容等の議論
7月	医師の研修等の議論
	7月31日 報告書公表
令和7年度	↓ システム改修等の施行に向けた準備 かかりつけ医機能報告制度の施行



## かかりつけ医機能が発揮される制度整備

○かかりつけ医機能が発揮される制度整備としては、（１）医療機能情報提供制度の刷新、（２）かかりつけ医機能報告の創設、（３）患者に対する説明で構成される。

### 趣旨

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

### 概要

#### （１）医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

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

#### （２）かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行） 2025年4月

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

#### （３）患者に対する説明（令和7年4月施行）

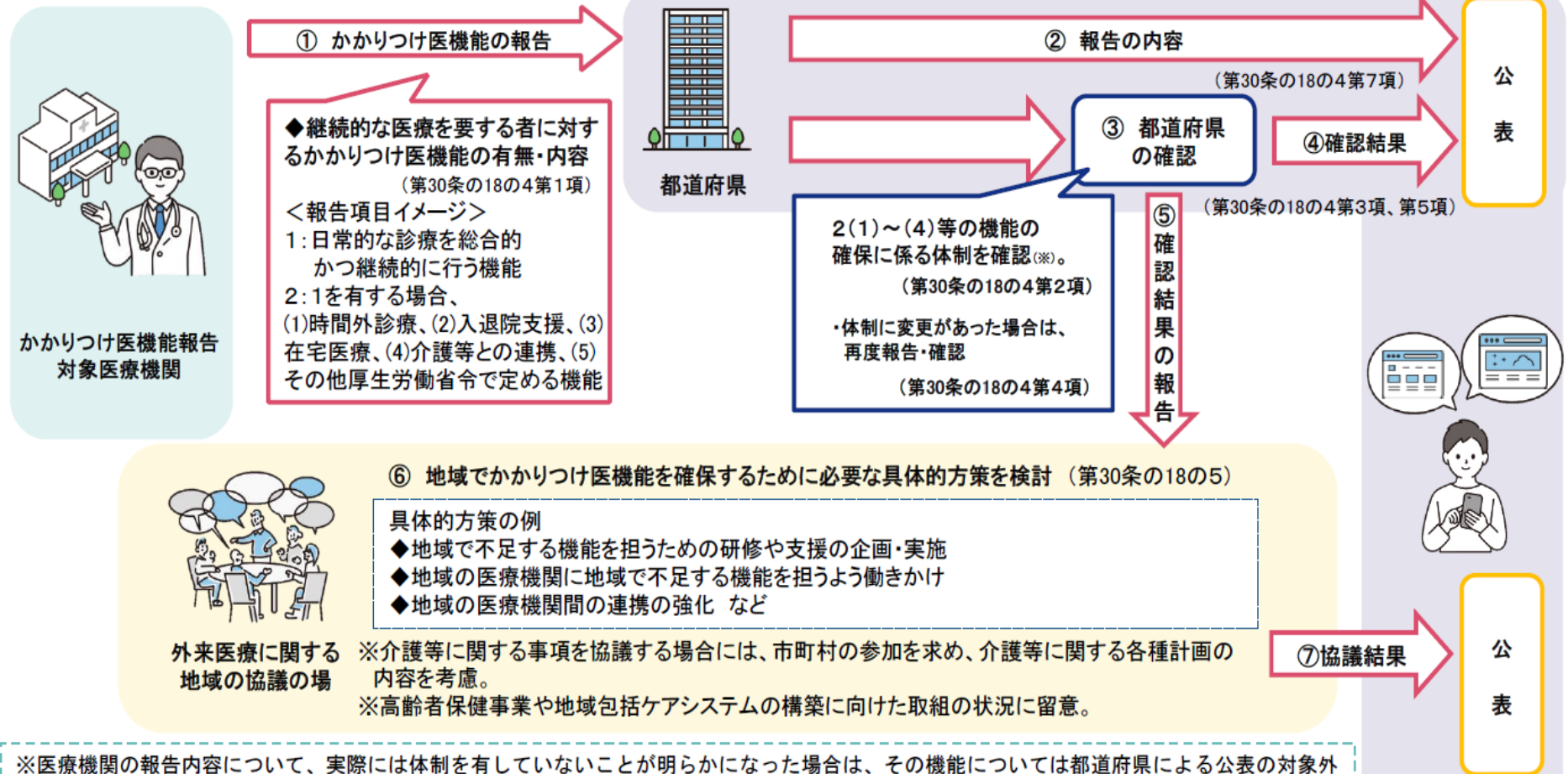
- ・ 都道府県知事による（２）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。



# かかりつけ医機能報告の流れ

## 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。



※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外  
 医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

## 制度施行に向けた基本的な考え方

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

## 報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

### 1号機能

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

### 2号機能

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

### その他の報告事項

- **健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

## 地域における協議の場での協議

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

## かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

### 医師の教育や研修の充実

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

### 医療DXによる情報共有基盤の整備

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

## 患者等への説明

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

## 施行に向けた今後の取組

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



# 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・膵臓領域、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發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
脂質異常症	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
睡眠障害	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・産じよくの管理	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・膵臓
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?statInfId=000032211984&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が多い傷病を追加。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



# 地域性を踏まえた「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示(案)

- 「全世代型社会保障構築会議報告書」(令和4年12月)において、「必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべき」とされている。
- これまでの分科会においても、地域の医療連携体制の構築に関して以下のような意見があった。
  - ・ 自分の医療機関だけで全ての機能を担うことは難しい。地域においていろいろな医療機関と連携して、地域が面として役割を担えることが望まれる体制ではないか。
  - ・ 地域で面での連携をいかに安定して提供していくかという中で、かかりつけ医機能の報告をいかにうまく活用していくかが大切。地域医療の中が見える化されるので、地域に必要なニーズを話し合いながら、お互いに足りない部分の連携を取っていくということ。特に地方では診療所の医師の高齢化も進んでおり、全ての機能を背負うのは非常に難しい。自分の地域の不足しているところが見えてきて、それをいかにカバーしていくかで、前向きな方向に向くのではないか。地域の実情に見合った連携ができるような、かかりつけ医機能の体制づくりをしていく必要。
  - ・ かかりつけ医機能支援病院、かかりつけ医機能支援診療所との連携の中で、頑張っておられる先生方の負荷をできるだけ軽くするような方向性を考えることが重要。
- また、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型が考えられる中で、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所が支えることにより、地域の医療機関がより積極的に安心してかかりつけ医機能を担うことができるようになるとの意見があった。
- かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)の提示を行い、地域で不足する機能の確保のため、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要であり、このような観点から、国で策定する「かかりつけ医機能報告ガイドライン(仮称)」において、地域性を踏まえた「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)を示すことについて、どのように考えるか。

## <「かかりつけ医機能を有する医療機関」の多様な類型(モデル)のイメージ例>

	日常的な診療	時間外診療	入退院支援	在宅医療	介護等との連携	その他
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 在宅当番医制に参加	・ 未対応	・ 未対応	・ 未対応	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 休日夜間急患センターに参加	・ 紹介状作成	・ 日中のみ実施	・ 主治医意見書を作成	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 専門を中心に総合的・継続的に実施	・ 準夜帯の患者の問合せに電話対応	・ 退院前カンファレンスに参加等	・ 日中のみ実施	・ 介護保険の訪問看護指示書を作成等	
かかりつけ医機能を有する医療機関	・ 幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・ 時間外の患者の問合せに留守番電話対応	・ 退院困難患者の入院早期から受入相談対応等	・ 24時間体制で対応	・ 地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等	
かかりつけ医機能を支援する医療機関	・ 幅広い領域のプライマリ・ケアを実施	・ 時間外の患者の問合せに随時対応	・ 退院困難患者の入院早期から受入相談対応等 ・ 後方支援病床を確保	・ 24時間体制で対応 ・ 複雑困難患者も対応 ・ 地域の在宅医療をサポート	・ 地域ケア会議・サービス担当者会議に参加等	・ 学生・研修医・リカレント教育等の教育活動

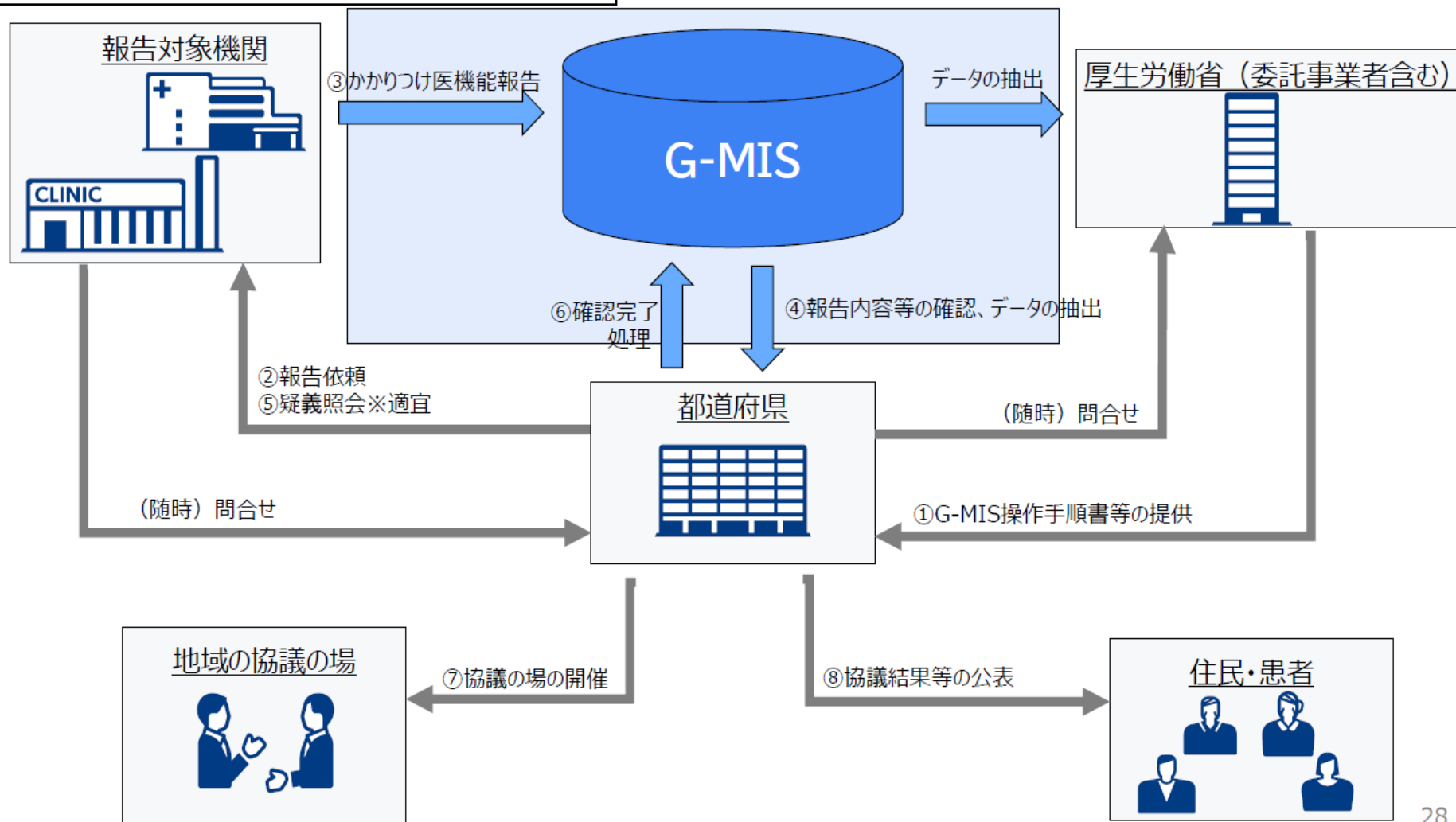
○ かかりつけ医機能を支援する医療機関のコンセプト・求められる主な要素

- ・ 地域の医療機関がかかりつけ医機能を発揮するための包括的な支援を行い、地域で積極的にかかりつけ医機能を担う医療機関の増加に資する。
- ・ 複数医師が常勤、休日・夜間対応を実施、24時間体制の在宅医療を実施、困難な在宅医療にも対応、地域の在宅医療をサポート、後方支援病床を確保、介護施設との連携、地域連携・多職種連携を日常的に実施、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等

# G-MISを用いた報告関連業務のイメージ（想定）

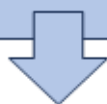
- かかりつけ医機能報告制度は、医療機関等情報支援システム（G-MIS）を活用して報告対象機関からの報告業務を実施することを予定している。
- また、報告業務に関しては医療機能情報提供制度と同時期に実施し、業務スキームについても同様のものとしていく想定。

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

# 連携のための ワンポイントアドバイス

外来機能の中で、かかりつけ医機能に注目

200床以下病院外来はかかりつけ医機能の発揮  
がポイント

かかりつけ医報告制度が始まる

ポイント





## まとめと提言

- 新たな地域医療構想が変わる。
- 回復期が包括期と名称を変えた。
- 4つの病床機能区分に加えて5つの医療機関機能が加わった。
- これまでの地域医療構想の入院医療に加えて、外来、かかりつけ医機能、在宅医療、医療介護連携までに広がった。
- 新たな地域医療構想と共に連携新時代が始まる。

# 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](mailto:muto@kinugasa.or.jp)

