

第10回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年10月17日

資料1

新たな地域医療構想について

1 . 医療機関機能

2 . 外来医療

1. 医療機関機能

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

医師の派遣機能

医育機能

**より広域な観点で診療を
担う機能**

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

- 41都道府県において、都道府県全体での調整会議を実施しており、地域医療構想調整会議を設置していない県は6県あった。

令和5年度 地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

| 令和5年度開催回数 | 地方・都道府県 | | | | | |
|-----------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 北海道・東北地方 | 関東信越地方 | 東海北陸地方 | 近畿地方 | 中国・四国地方 | 九州・沖縄地方 |
| 6回(1) | | 神奈川県 | | | | |
| 4回(4) | 岩手県 秋田県 | | | | 広島県 高知県 | |
| 3回(8) | | 茨城県 群馬県 東京都 | 石川県 静岡県 三重県※ | 京都府 兵庫県 | | |
| 2回(11) | | 埼玉県 | 岐阜県 愛知県 | 福井県 大阪府 奈良県 | 鳥取県※ 山口県 | 長崎県 熊本県 沖縄県 |
| 1回(9) | 北海道 山形県 | 栃木県 千葉県 | 富山県 | | 愛媛県 | 佐賀県 大分県 宮崎県 |
| 開催せず(8) | | 新潟県 長野県 | | 滋賀県 | 島根県 岡山県 徳島県 | 福岡県 鹿児島県 |
| 設置せず(6) | 青森県 宮城県 福島県 | 山梨県 | | 和歌山県 | 香川県 | |

※医療審議会等の既存の会議体で議論を行っている

議論の内容等

議論の内容

- 病床機能の分化・連携に向けた具体的な取組に関する議論
- 構想区域における課題の共有（不足する医療機能等）
- 各種支援策の活用に関する合意（地域医療介護総合確保基金、重点支援区域等）
- 各調整会議での議論の進捗状況や圏域を超えた広域での調整が必要な事項等に関する情報共有・協議等
- 第8次医療計画（地域医療構想）の作成に係る協議

開催しない主な理由

- 現時点において、地域医療構想について全県で調整する議題が無かったため。

設置していない主な理由

- 県医師会長が全ての構想区域の議長となっており、各構想区域の課題の共有や進捗等の摺合せが可能であるため。
- 複数の構想区域での合同会議等のように広域単位で地域医療構想に係る会議を実施しているため。

「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）【抜粋】

1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議について

(1) 協議事項等

都道府県は、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むように支援する観点から、**都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置し、次の事項について協議すること。**

- 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用に関すること（地域医療構想調整会議の協議事項、年間スケジュールなど）
- 各構想区域における地域医療構想調整会議の議論の進捗状況に関すること（具体的対応方針の合意の状況、再編統合の議論の状況など）
- 各構想区域における地域医療構想調整会議の抱える課題解決に関すること（参考事例の共有など）
- 病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること（定量的な基準など）
- 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること（高度急性期の提供体制など）

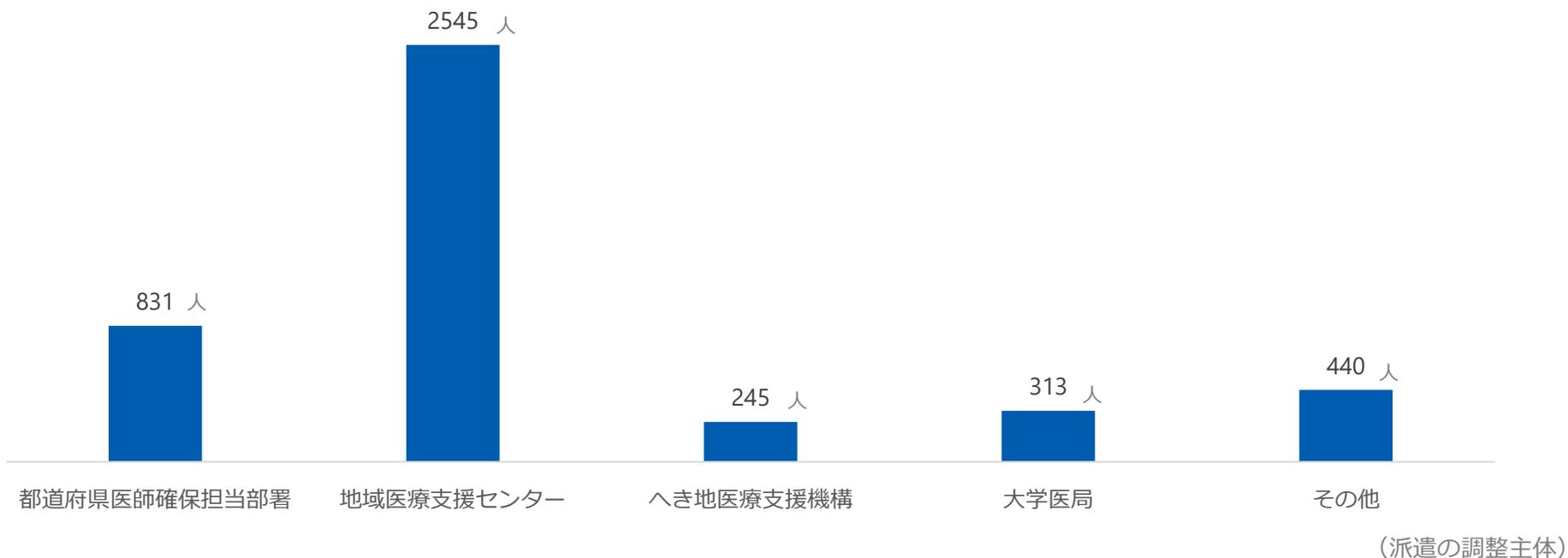
(2) 参加の範囲等

都道府県単位の地域医療構想調整会議の参加者は、各構想区域の地域医療構想調整会議の議長、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者とする。なお、会議の運用に当たっては、既存の会議体の活用等、効率的に運用することとして差し支えない。

都道府県が把握している医師派遣の状況（令和5年度）

修学資金の貸与等により都道府県が関与した医師の派遣については、令和5年度で4300人程度であり、地域医療支援センター、都道府県医師確保担当部署、大学医局等を通じて調整されている。

都道府県が関与した医師派遣の実績（調整主体別）



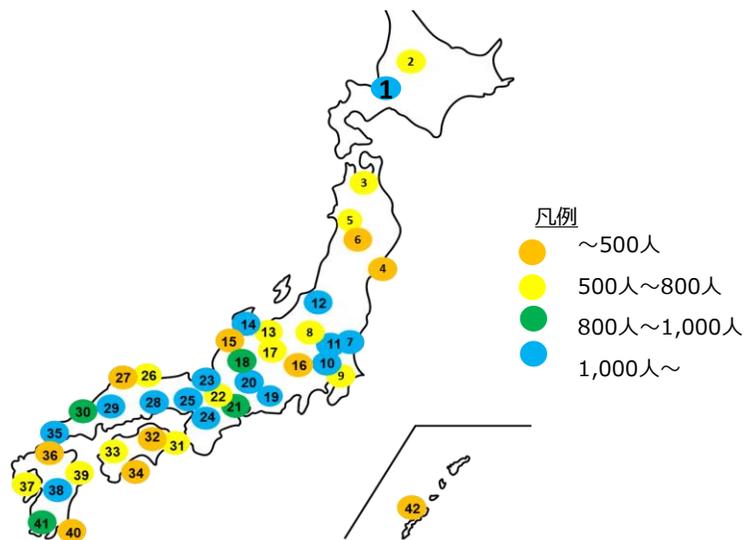
大学病院による医師の派遣機能

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、約6万人程度の常勤医師の派遣等、医療提供体制の確保に貢献している。

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

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

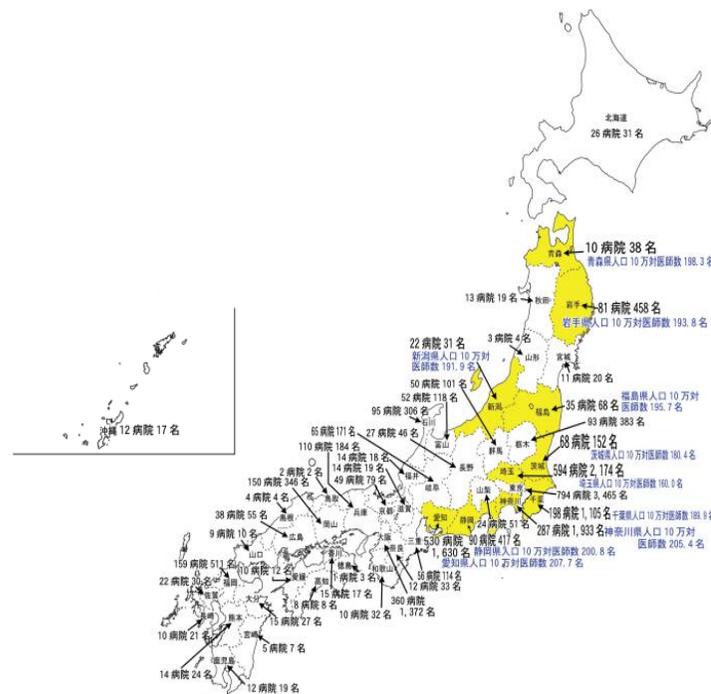


出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

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

私立大学からの常勤医師派遣状況

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

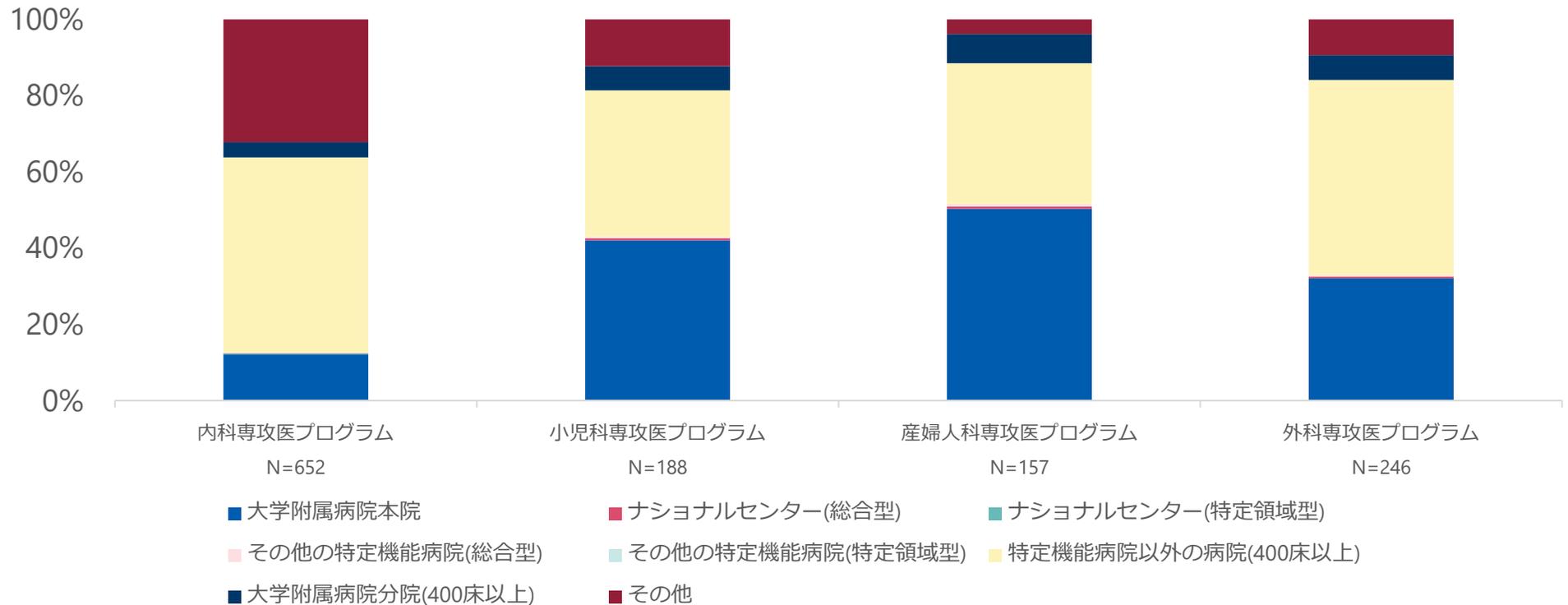


※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

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

専門医研修プログラムを提供する基幹施設について、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。

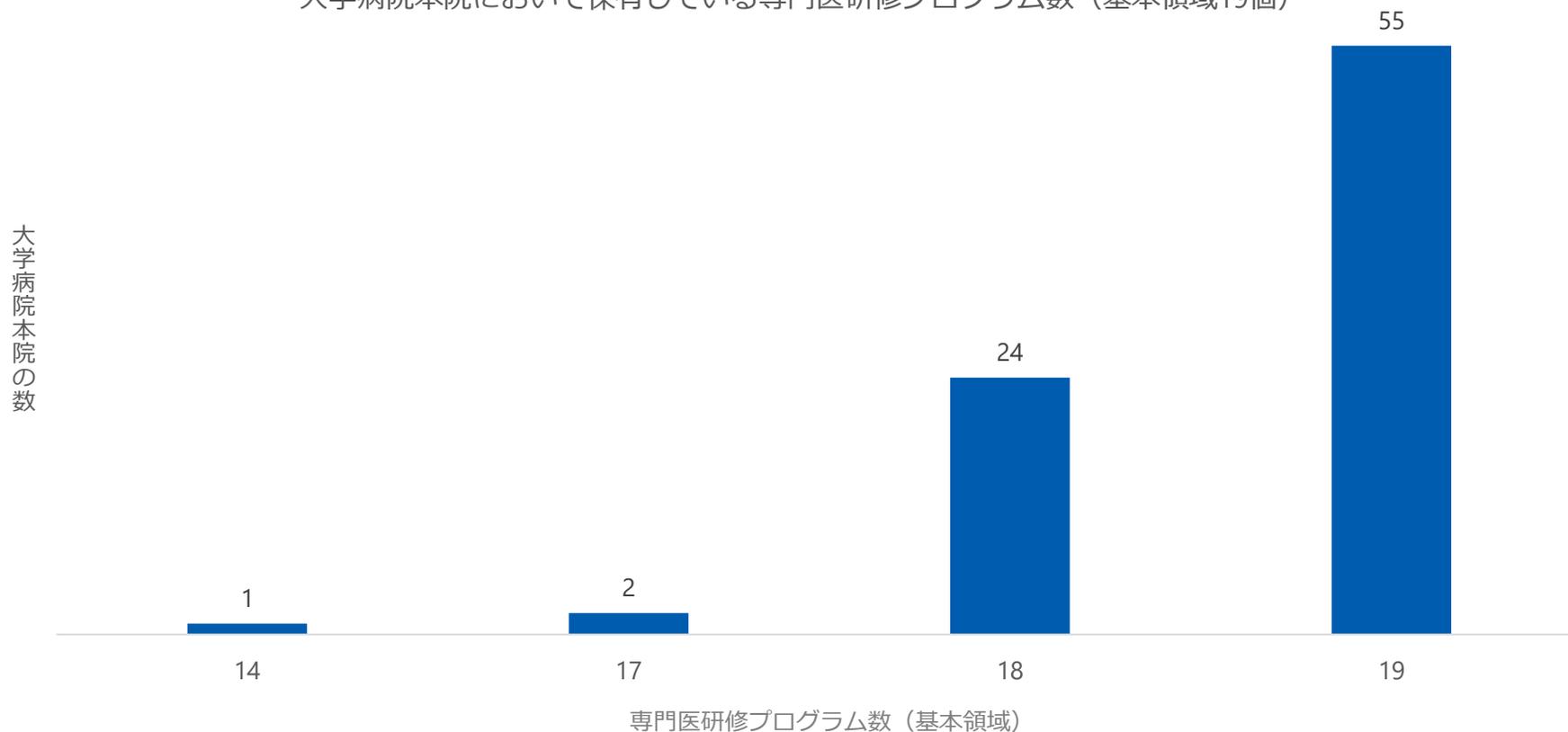
専門医研修プログラムを提供する基幹施設の病院類型ごとのシェア



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）

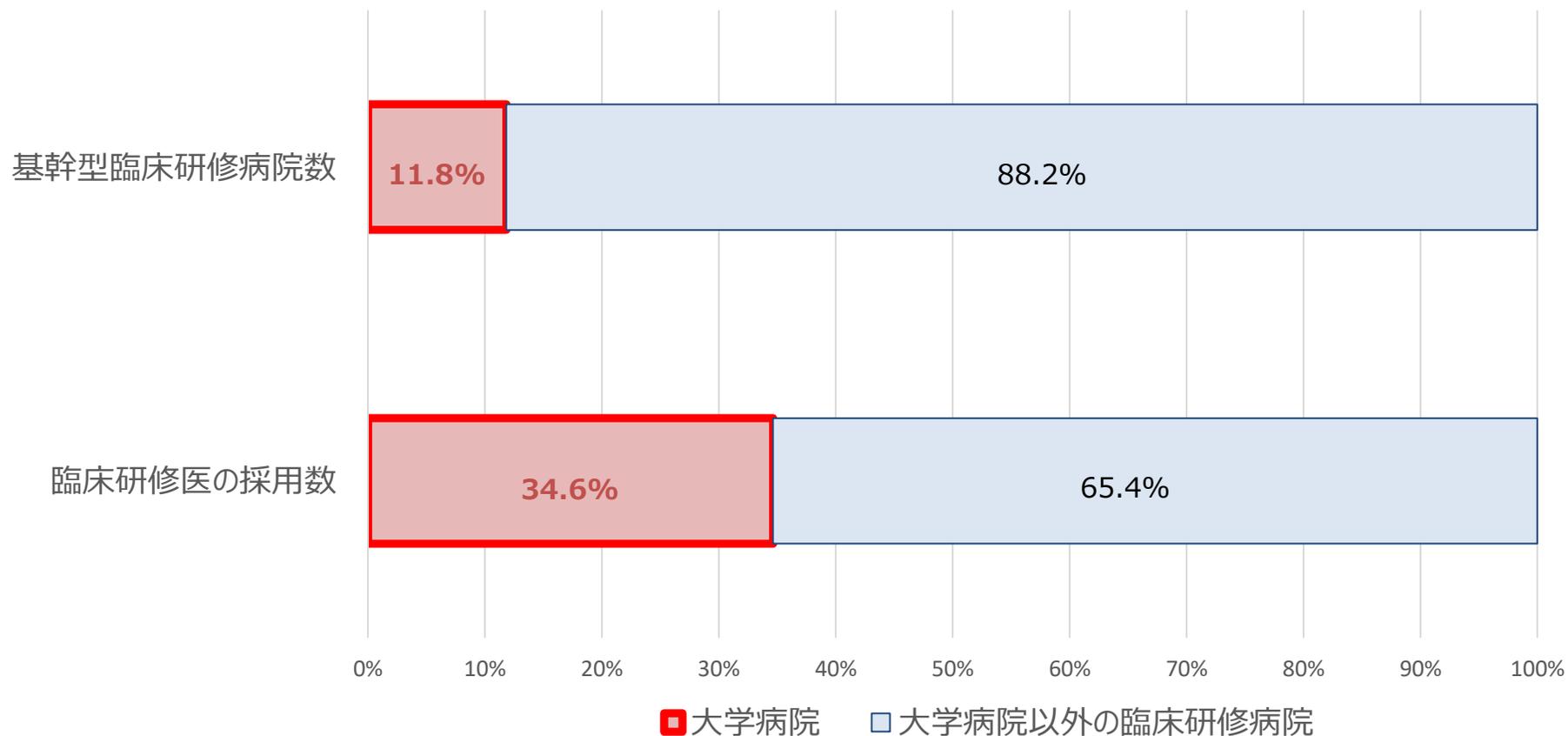
専門医研修プログラムについて、82の大学病院本院のうち、55の大学病院本院において、すべての基本領域の専門医研修プログラム（19個）を有している。

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

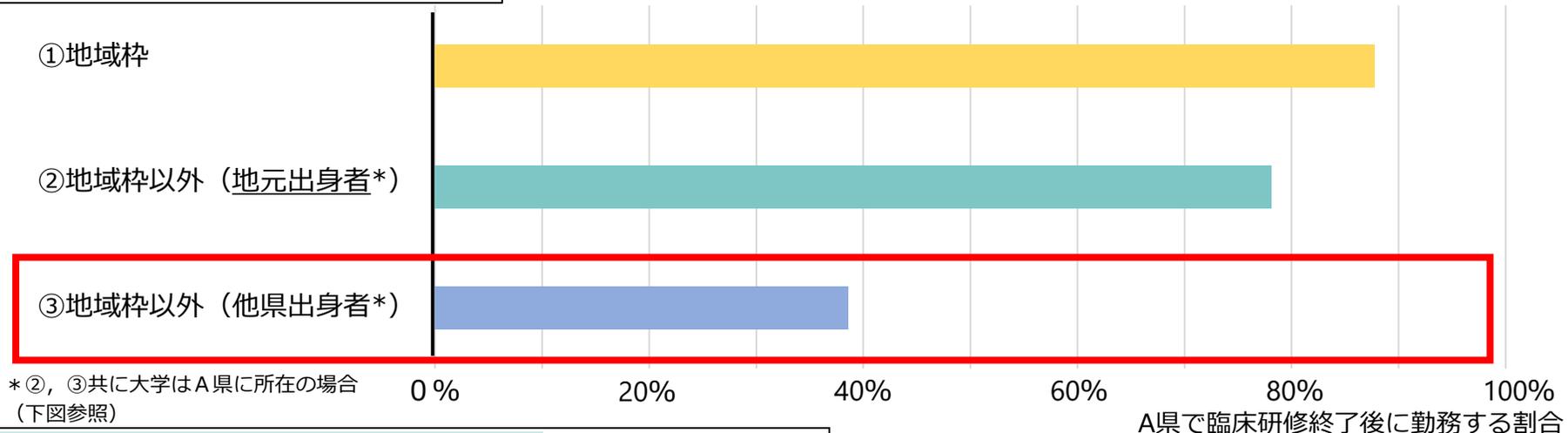
臨床研修が行われる病院のうち大学病院が占める割合は約12%、臨床研修医の採用数のうち大学病院の割合は約3分の1となっており、臨床研修制度において、大学病院が医育機能を一定程度担っている。



医学部卒業後の地域への医師の定着に係る意向の状況

医学部卒業後の地域への医師の定着に係る意向の割合をみると、地域枠や地元出身者はもとより、他県出身者も一定の割合で大学所在県で臨床研修後も勤務を続ける意向がある。

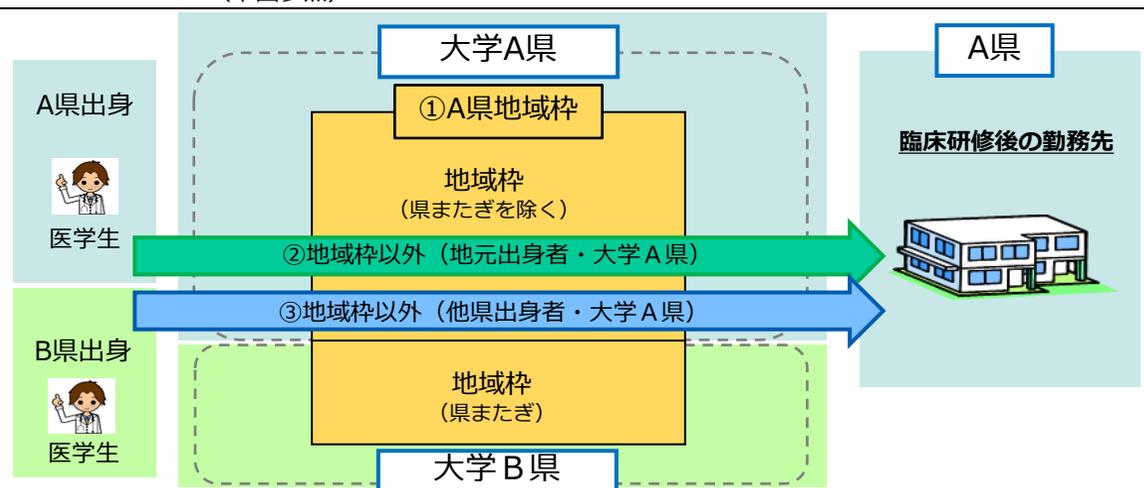
医学部卒業後の医師定着に係る意向の割合



A県で臨床研修終了後に勤務する割合

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べ

- ※ A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県（特定の一つの都道府県のデータはなく、全ての都道府県のデータから算出）。
- ※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
- ※ 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
- ※ 県またぎ地域枠：出身大学の所在地以外の都道府県（A県）における勤務義務がある地域枠。
- ※ 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については県またぎ地域枠についてのみ除外。

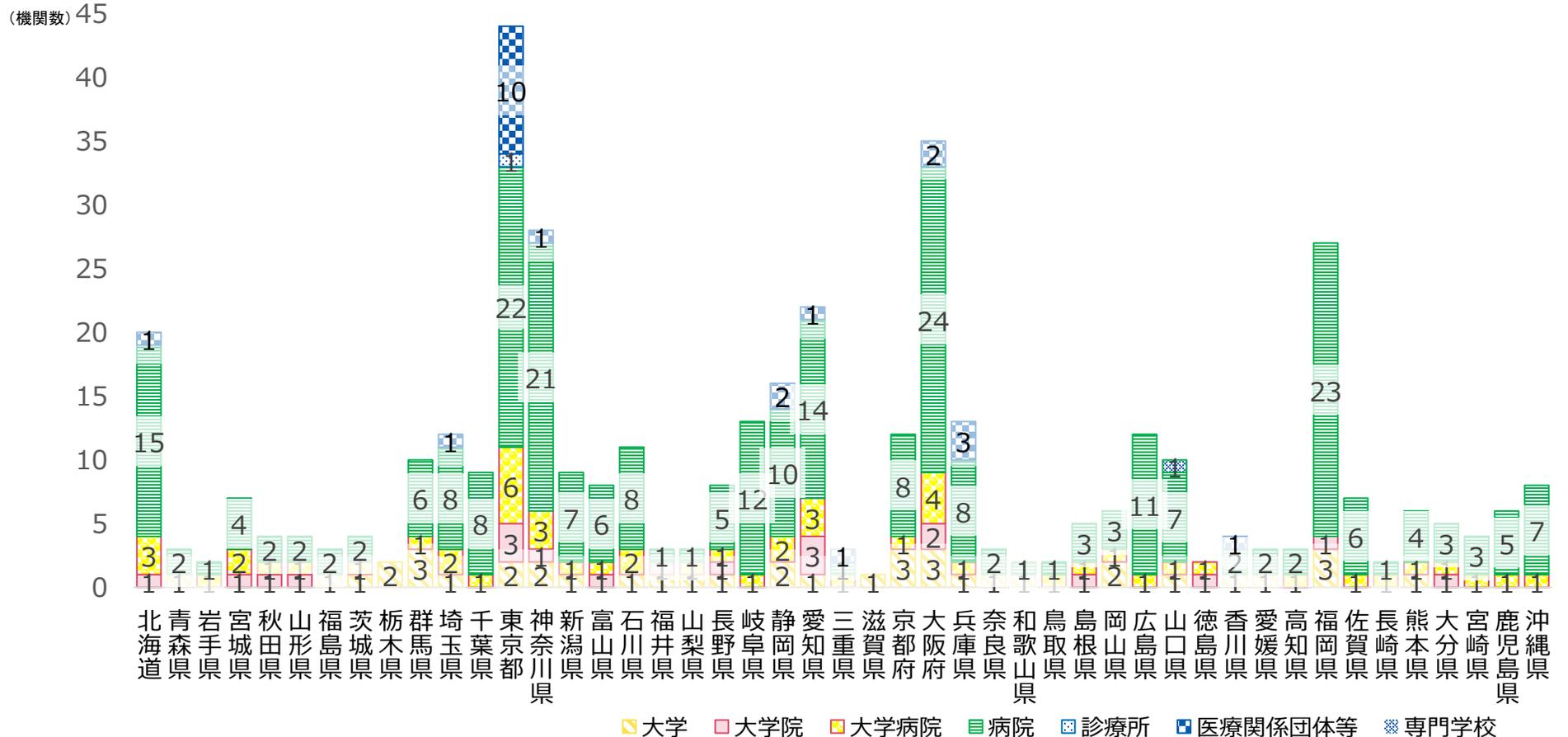


看護師の特定行為研修を行う指定研修機関の状況

■施設の種別別指定研修機関数(令和6年9月現在)

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

■都道府県別指定研修機関数(令和6年9月現在)

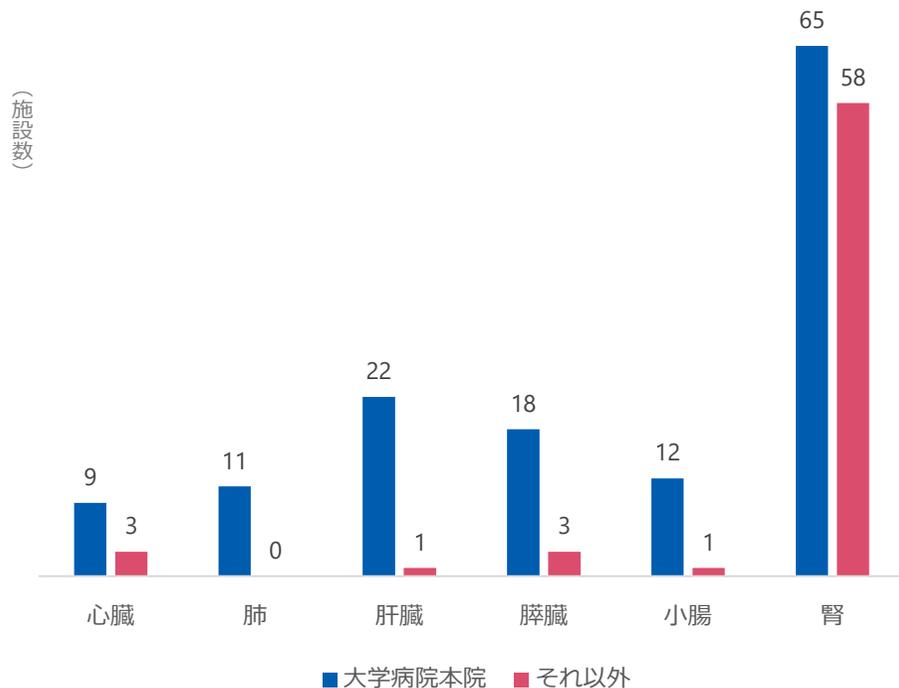


※厚生労働省医政局看護課調べ

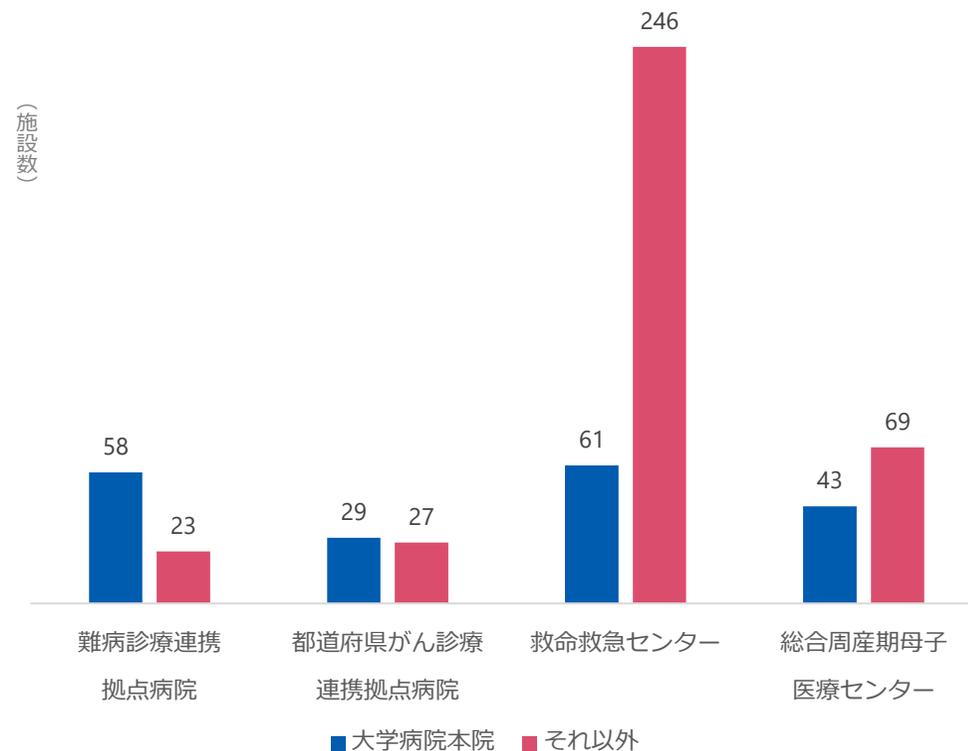
広域な観点で整備される施設類型ごとの大学病院本院の役割について

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

移植施設ごとの
大学病院本院とそれ以外の内訳



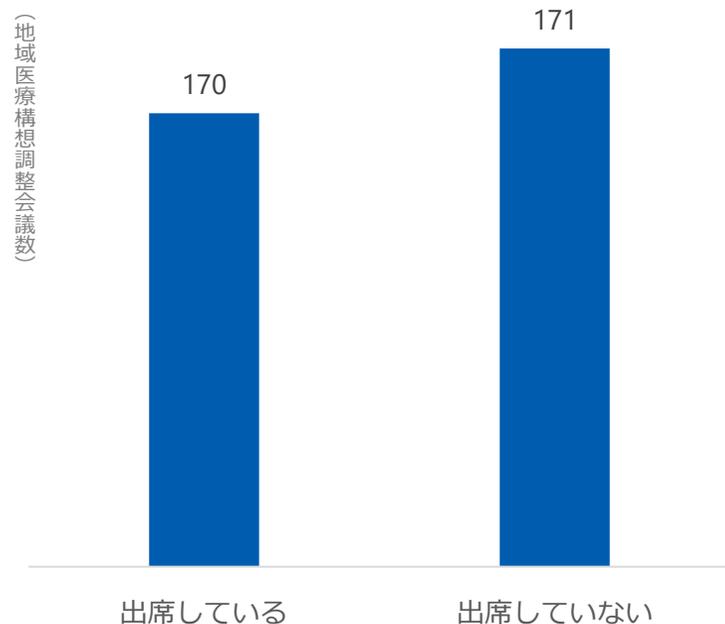
広域な観点で整備される施設類型ごとの
大学病院本院とそれ以外の内訳



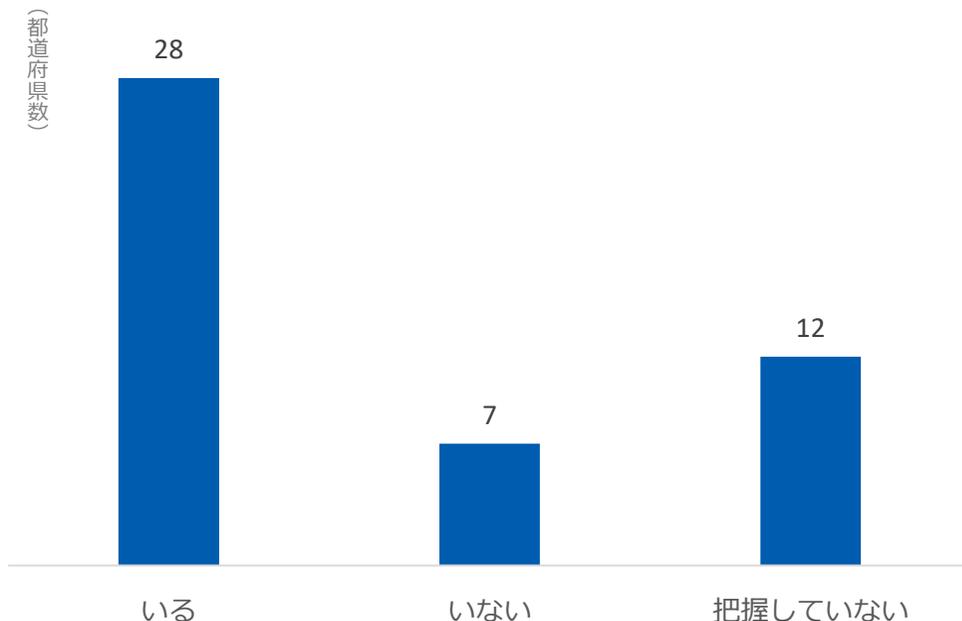
都道府県と大学病院の関係について

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>



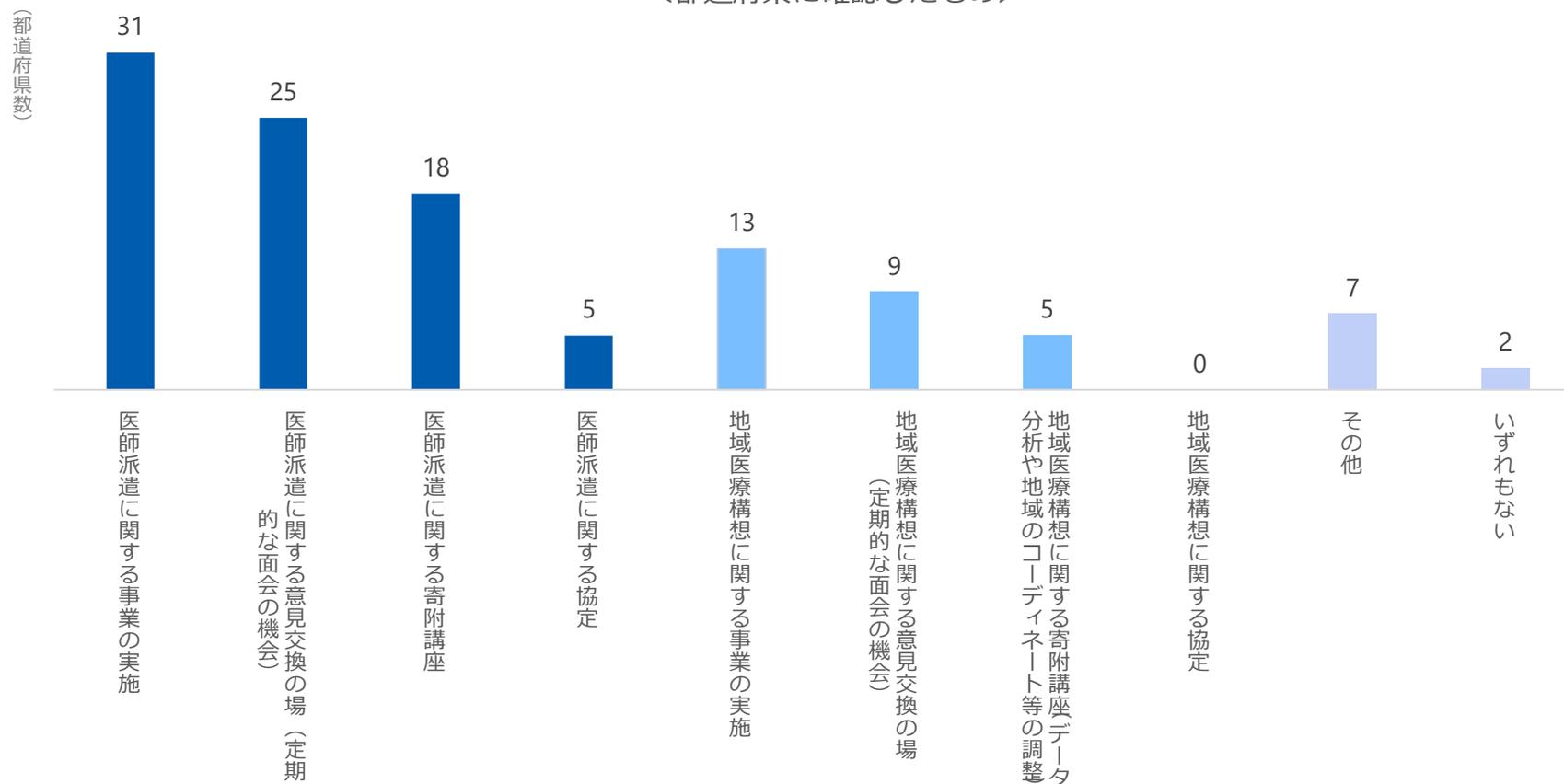
大学病院における地域医療構想アドバイザーを含む地域医療構
想に係る取組等の調整を担当する職員（教授、医師等）の有無
<都道府県に確認したもの>



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。

都道府県と大学病院との連携状況(複数回答可)
<都道府県に確認したもの>



※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ(一部精査中)

広域的な観点に係る医療機関機能について（案）①

- 医師派遣、医師等の医療従事者の教育及び構想区域を超えた広域な観点で診療を担う機能については、より広域な観点から整備することが必要。
- 41都道府県においては、すでに都道府県全体での調整会議を実施し、広域な観点から取組を進めている。
- 医師派遣については、都道府県が関与し、地域医療支援センターや大学医局を通じて派遣しているほか、大学病院から直接派遣されているケースもあり、大学病院は医師派遣について一定の役割を担っている。
- 医学教育については、大学病院本院は卒前教育の中心的な役割を担っているほか、55の大学病院本院ですべての基本領域の専門医研修プログラムを実施しており、看護の特定行為に関する研修等も大学において行っている。
- 移植医療や難病に係る医療、三次救急等は広域な観点での整備が必要であり、大学病院本院が一定の役割を担っている。また、大学病院以外であっても、腎移植、救命救急センター、総合周産期母子医療センター等、個別の領域において広域的な役割を担っている医療機関がそれぞれ存在する。
- 都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想において一定の連携体制を確保しているが、都道府県ごとに連携の状況は異なる。

広域的な観点に係る医療機関機能について（案）②



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

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。

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

医師の派遣機能

医育機能

**より広域な観点で診療を
担う機能**

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

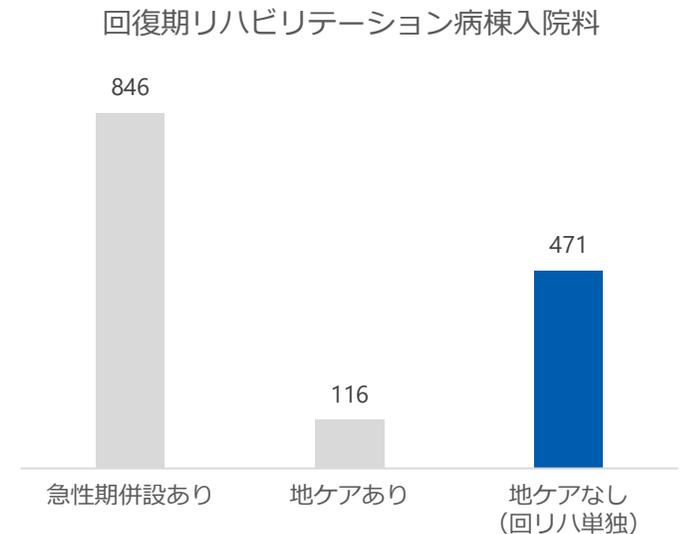
地域ごとに求められる医療機関機能

- 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、その役割を發揮している。

■地域ごとに求められる医療機関機能

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

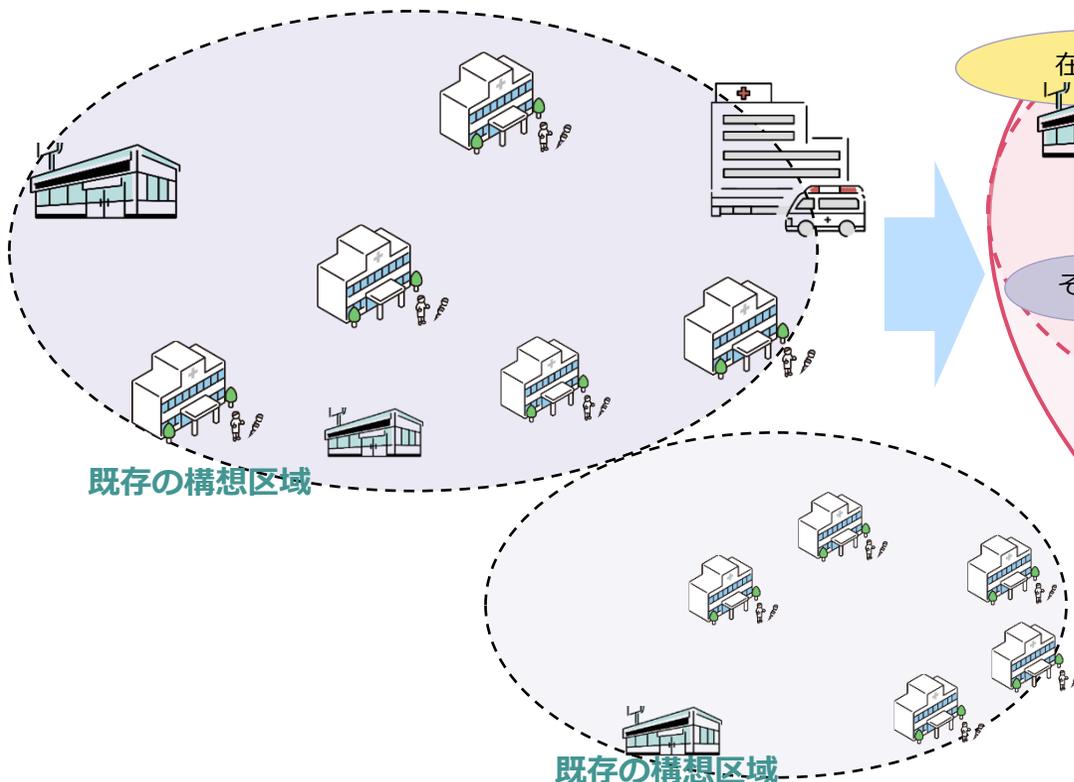
■その他の医療機関機能の例



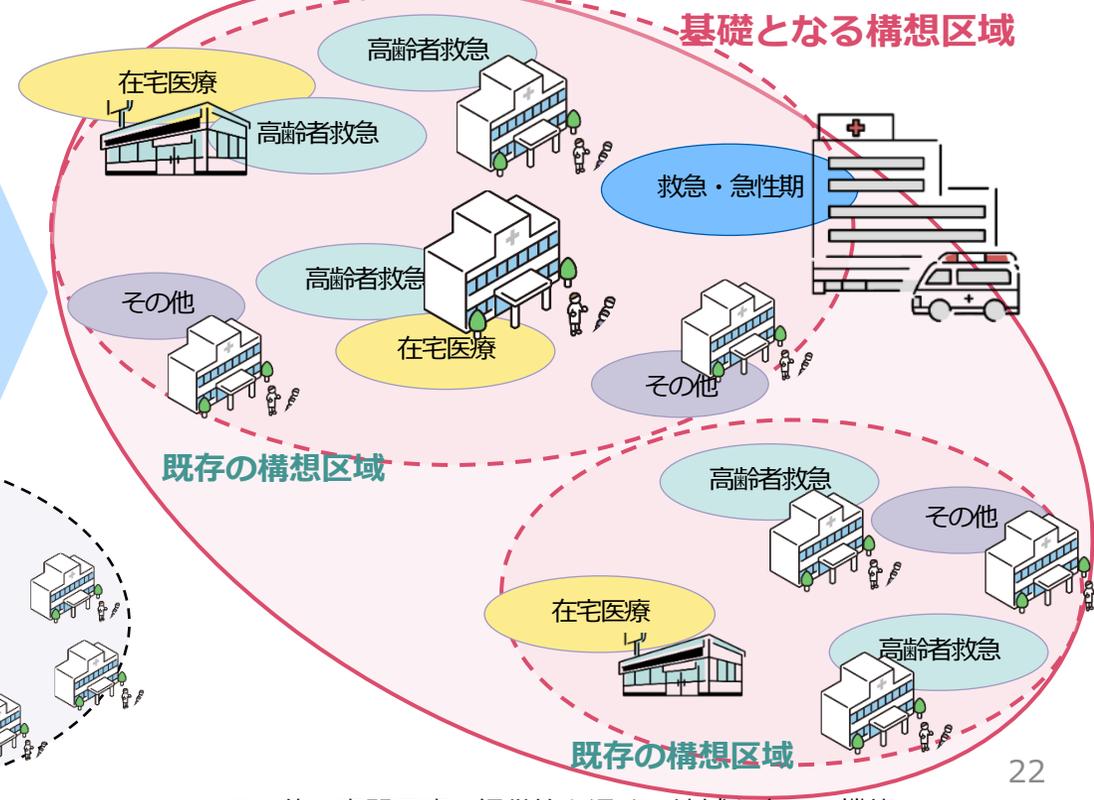
2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大するとともに、地域の実情に応じて、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられるのではないかと。
- 地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が【その他地域を支える機能】を発揮する。

これまでのイメージ



2040年におけるイメージ



その他：専門医療の提供等を通じ、地域を支える機能

医療機関機能の設定の考え方（案）①

【高齢者救急に関する機能】

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



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

慢性期・在宅医療について（案）②



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

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

医療機関機能の設定の考え方（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。

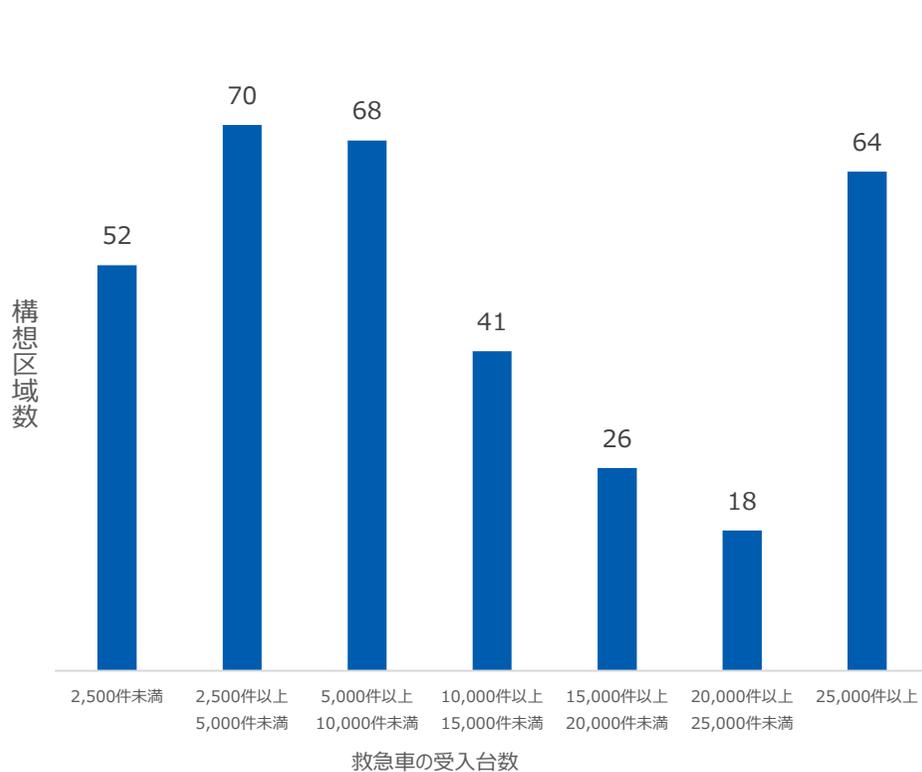


病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないか。

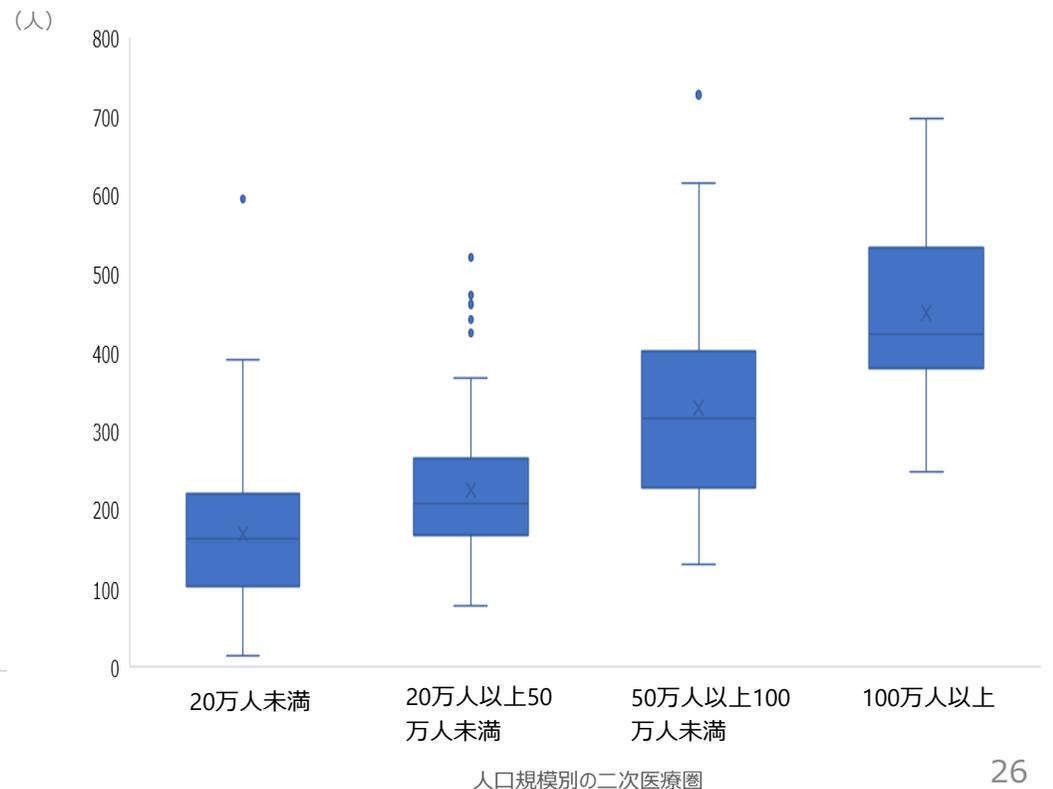
地域ごとの医療需要のばらつきについて

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

◆救急車の受入台数別構想区域数

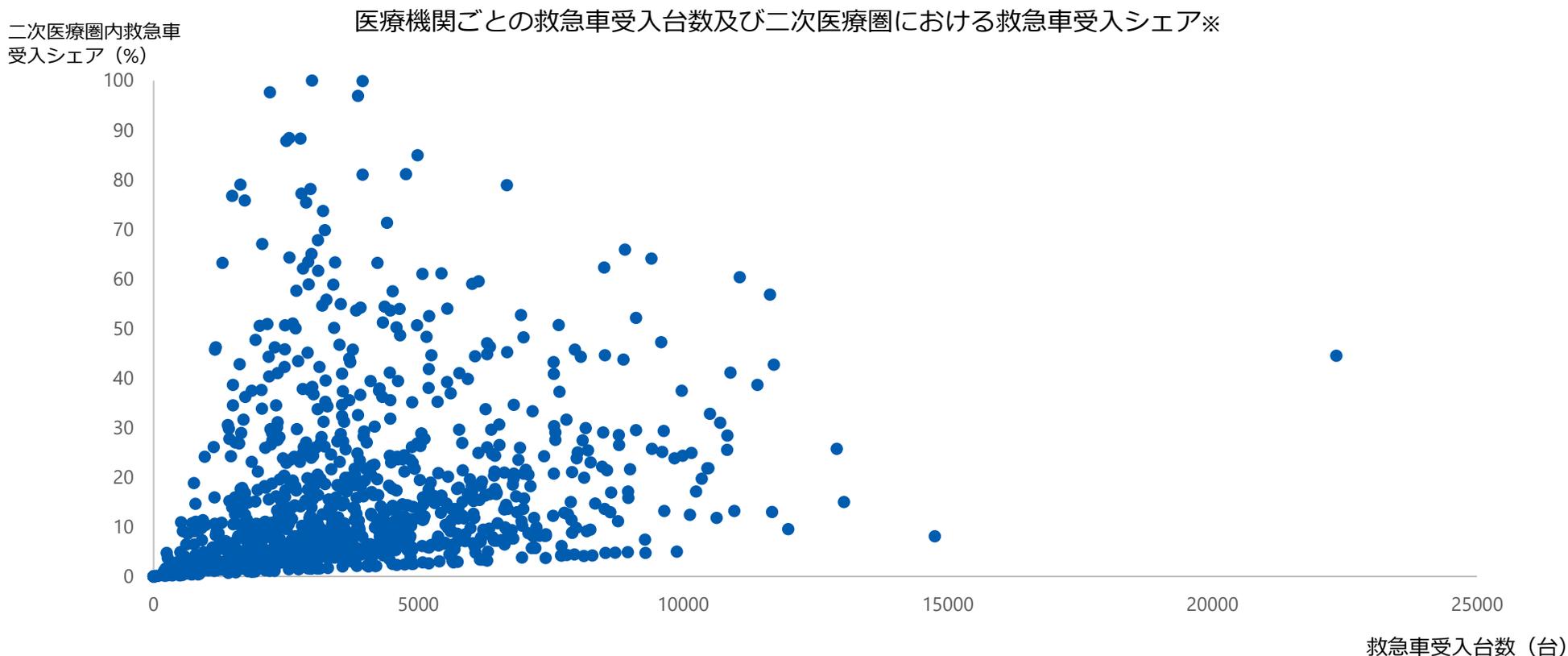


◆人口規模別二次医療圏ごとの65歳以上人口1万人あたりの在宅訪問患者数



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。



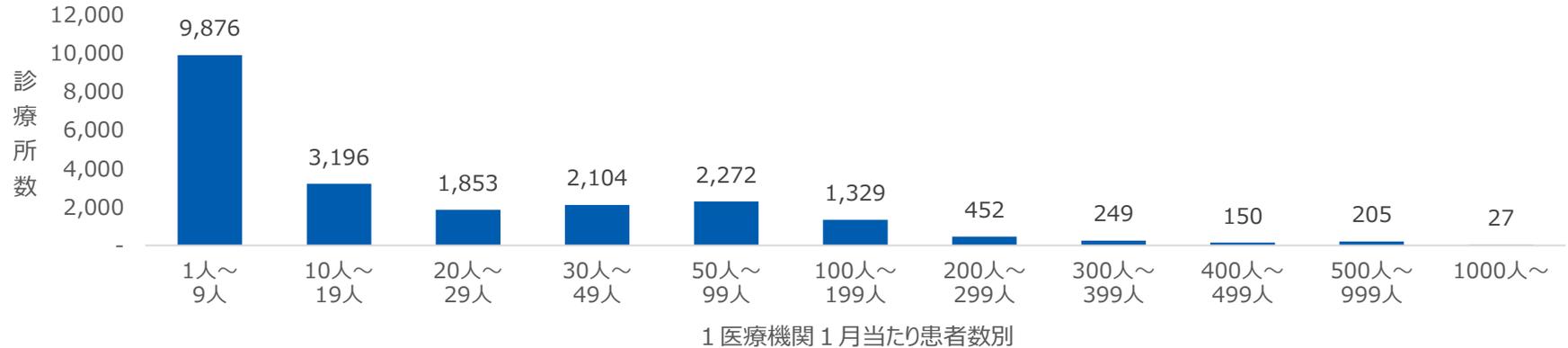
※ 二次医療圏内救急車受入シェア：当該医療機関の救急車受入台数/同医療機関の所在する二次医療圏における全医療機関の救急車受入台数の合計

1か月あたりの在宅訪問患者数について

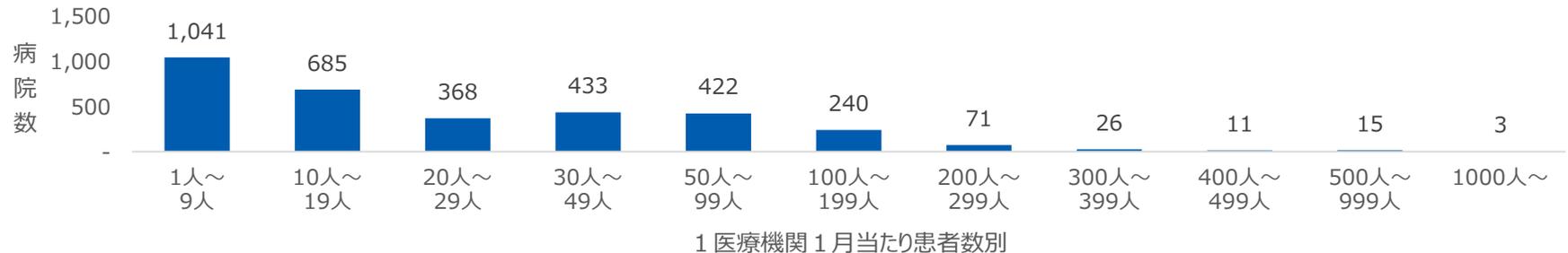
- 多くの医療機関では1か月あたり100人未満の訪問患者を対象として在宅医療を提供しているが、一部の医療機関では1か月あたり200人以上の訪問患者を対象としている。

1か月あたり在宅訪問患者数別にみた医療機関数（2022年）

診療所



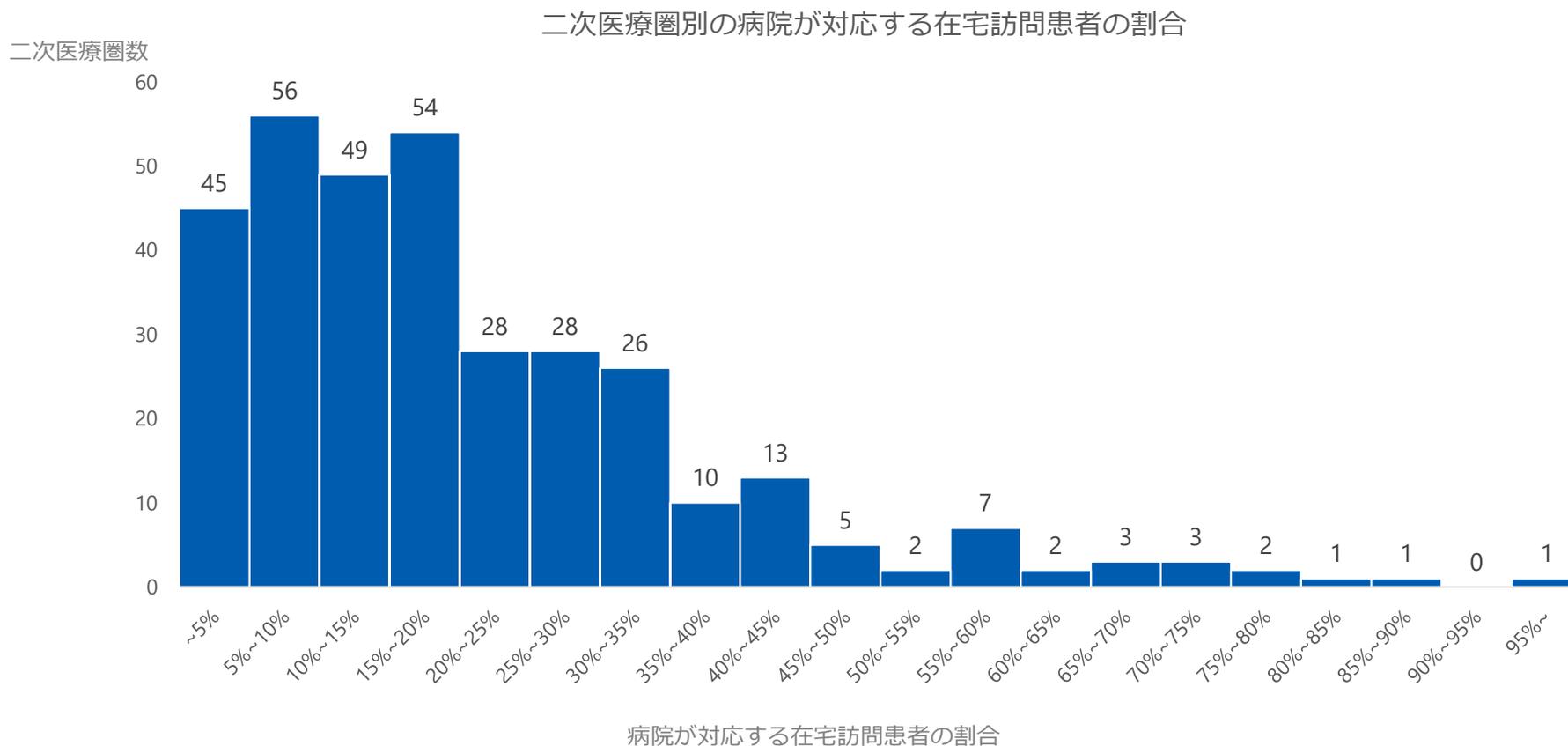
病院



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

二次医療圏別の病院が対応する在宅訪問患者の割合

二次医療圏ごとに、病院が対応する在宅訪問患者の割合が異なり、地域によって在宅医療に係る病院の役割は異なる。



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

(参考) 在支診・在支病の施設基準

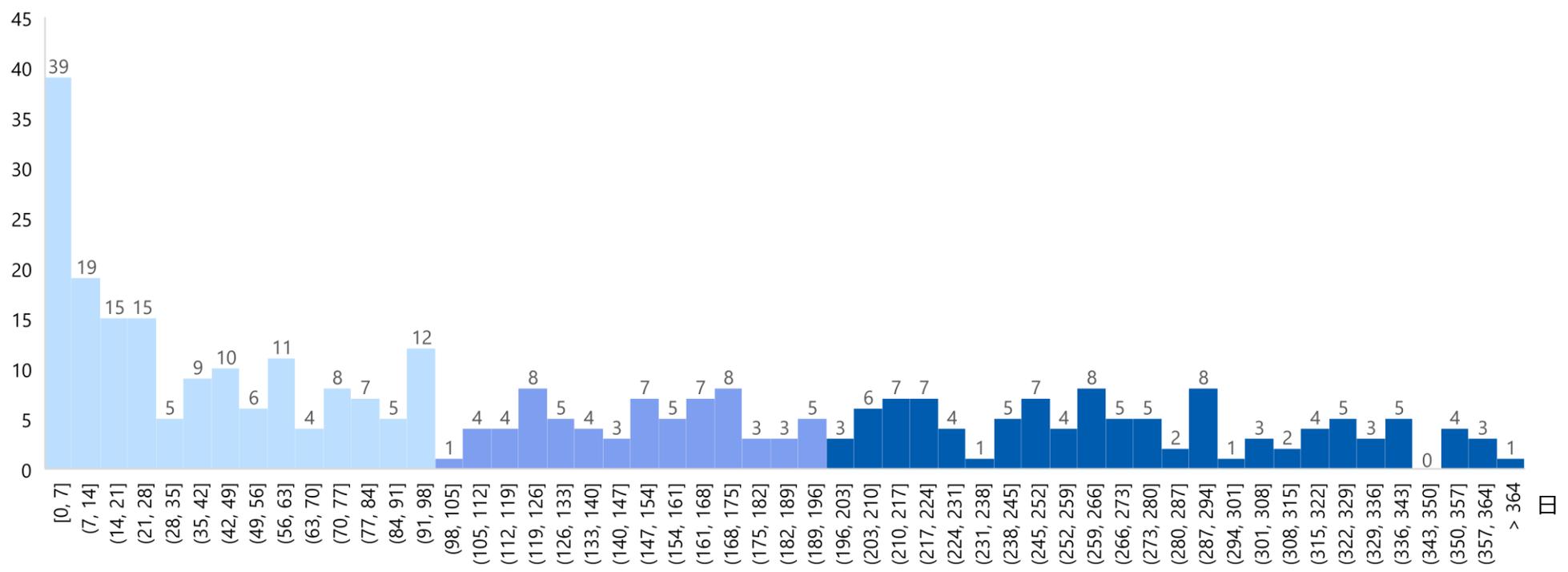
| | 機能強化型在支診・在支病 | | | | 在支診在支病 | (参考) 在宅療養後方支援病院 |
|-----------------|---|---|------------------------------|---|--------|---|
| | 単独型 | | 連携型 | | | |
| | 診療所 | 病院 | 診療所 | 病院 | | |
| 全ての在支診・在支病の基準 | ① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している ⑦ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑧ <u>訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備</u> ⑨ <u>介護保険施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</u> | | | | | |
| 全ての在支病の基準 | 「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満*であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満 | | | | | ○ 許可病床数200床以上 ○ 在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保 ○ 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保(病床の確保を含む) ※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること ○ 連携医療機関との間で、3月に1回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成 |
| 機能強化型在支診・在支病の基準 | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上 | ⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている | ⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上 | ⑧ 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績10件以上各医療機関で4件以上 ・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近1年間で31件以上 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ている | | |
| | ⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか4件以上 | ⑨ 過去1年間の看取りの実績連携内で4件以上かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績いずれか2件以上 | | | | |
| | ⑩ 地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい | | | | | |
| | ⑪ <u>各年5月から7月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の1月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</u> | | | | | |

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

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

二次医療圏数

二次医療圏別の年間での時間外等の緊急手術（※）の発生日数

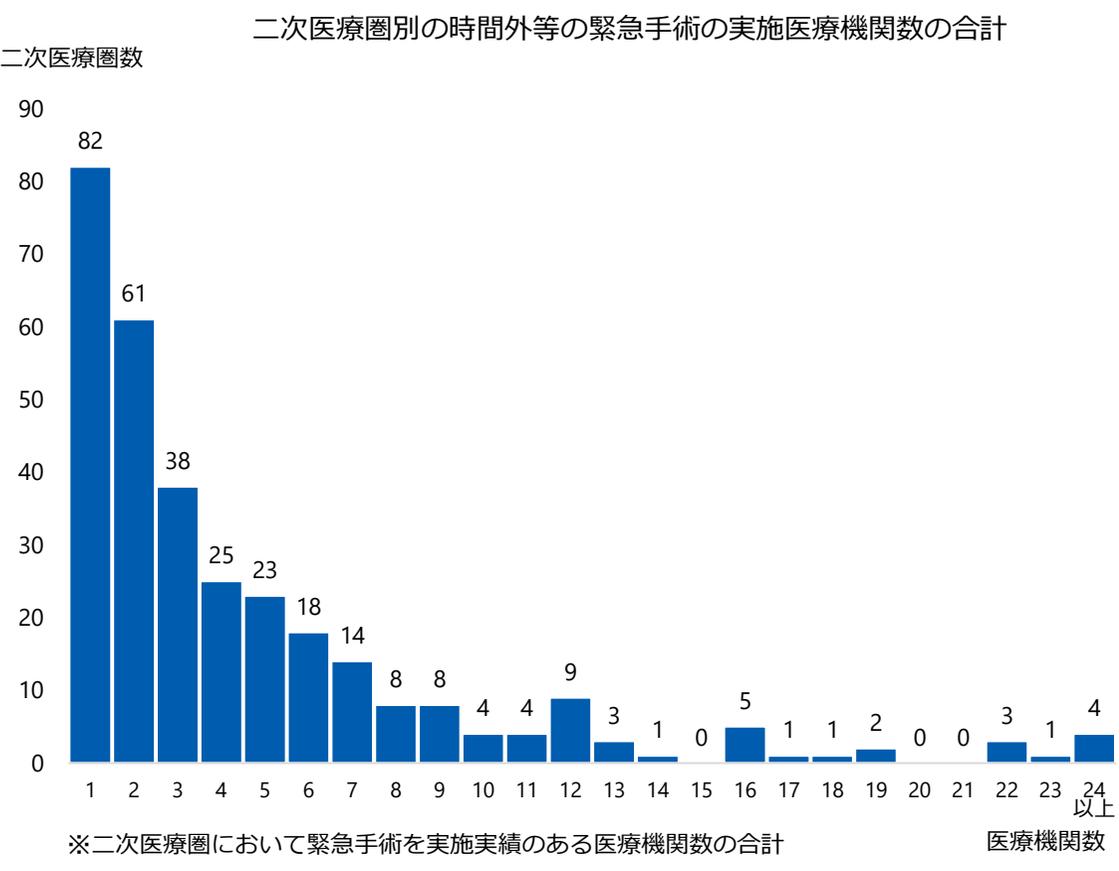
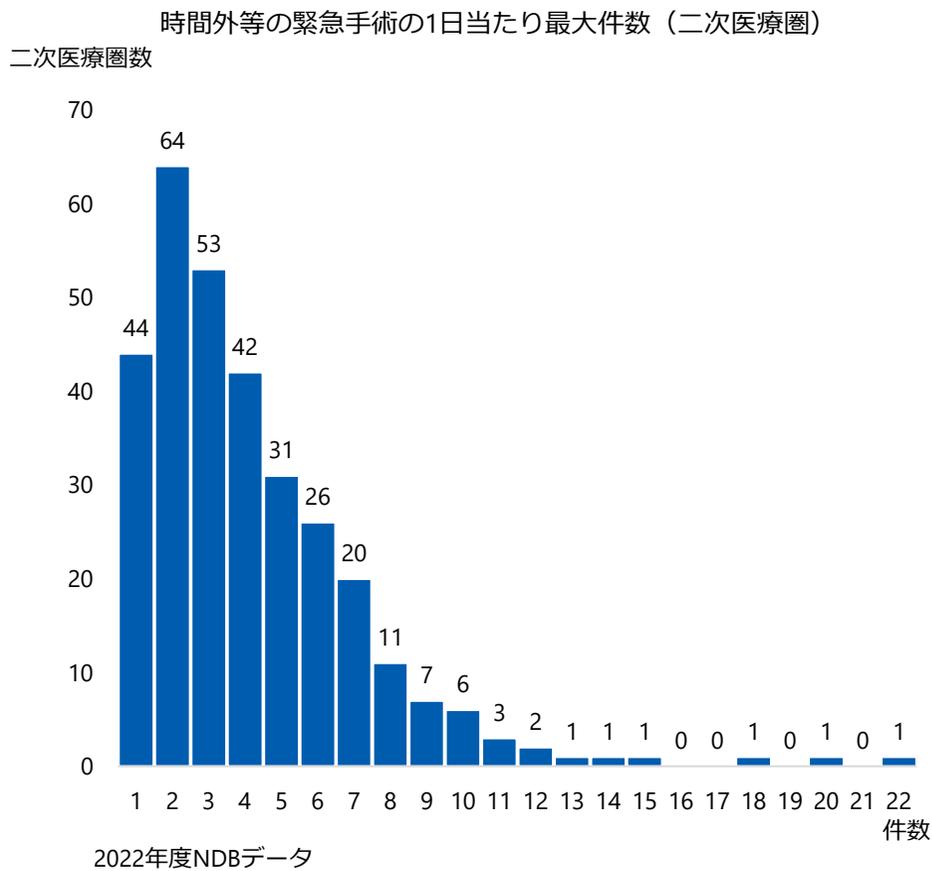


2022年度NDBデータ

※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。



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

医療機関あたりの症例数と医療の質について

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

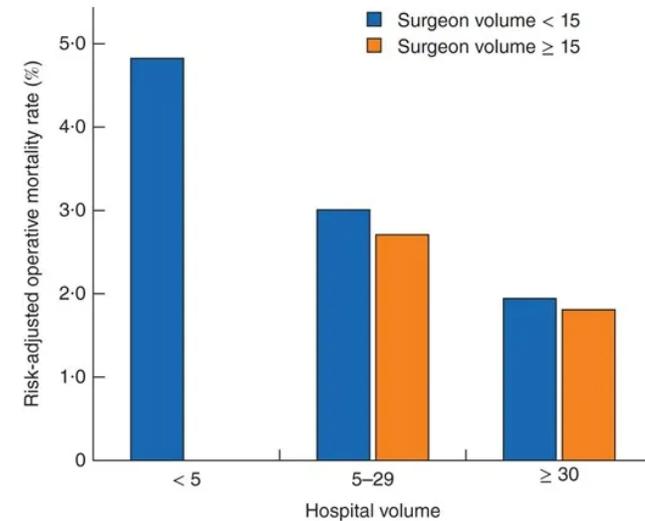
胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

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

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

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

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係



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

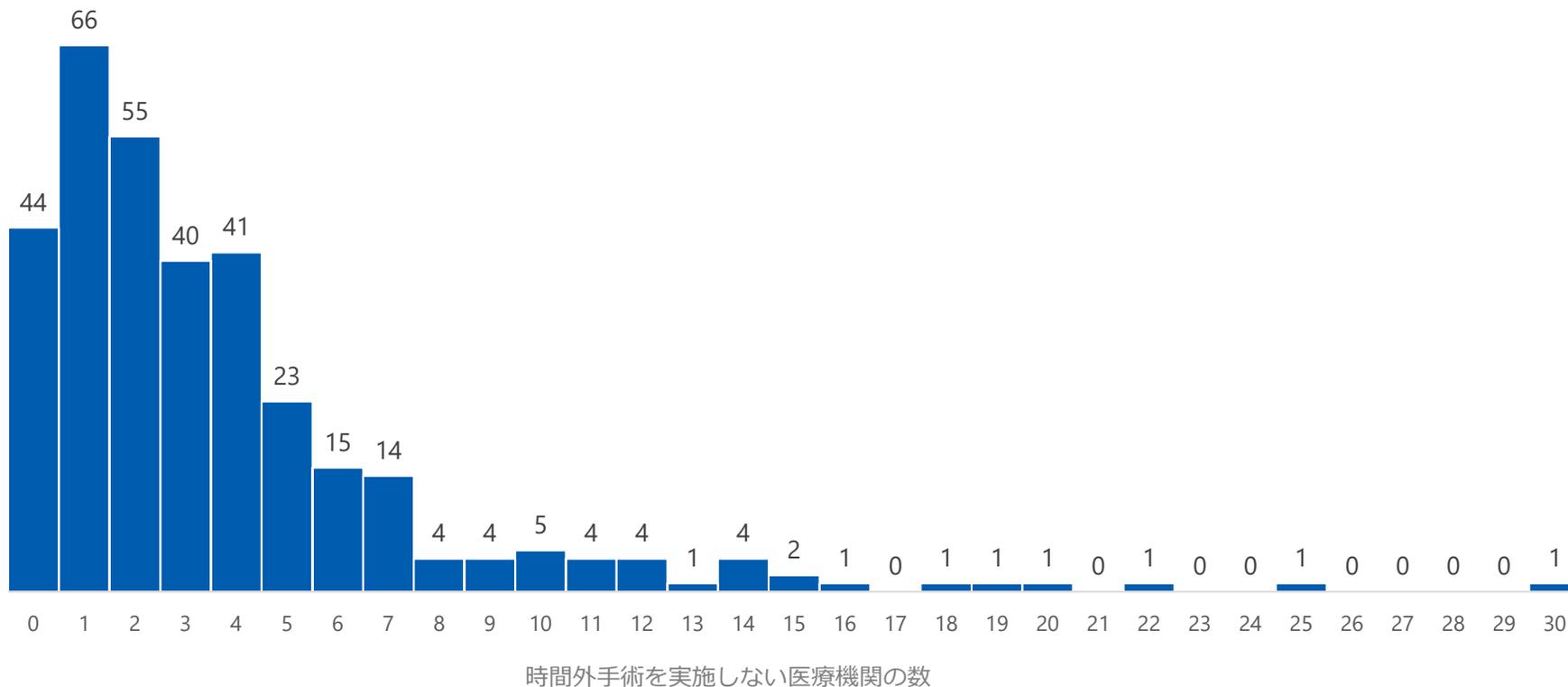
Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

時間外手術の実施状況（消化器外科）

二次医療圏によっては、消化器外科の手術を日中のみ実施している医療機関が存在する。

二次医療圏別の消化器外科手術を実施する医療機関のうち時間外手術を実施しない医療機関の数

二次医療圏数



資料出所：2022年度NDBデータ

時間外手術において実施されている手術のうち、主に消化器外科が実施するものについて、日中に実施している医療機関数と時間外に実施している医療機関数の差分を集計

医療機関機能の報告に係る考え方（案）①

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

医療機関機能の報告に係る考え方（案）②



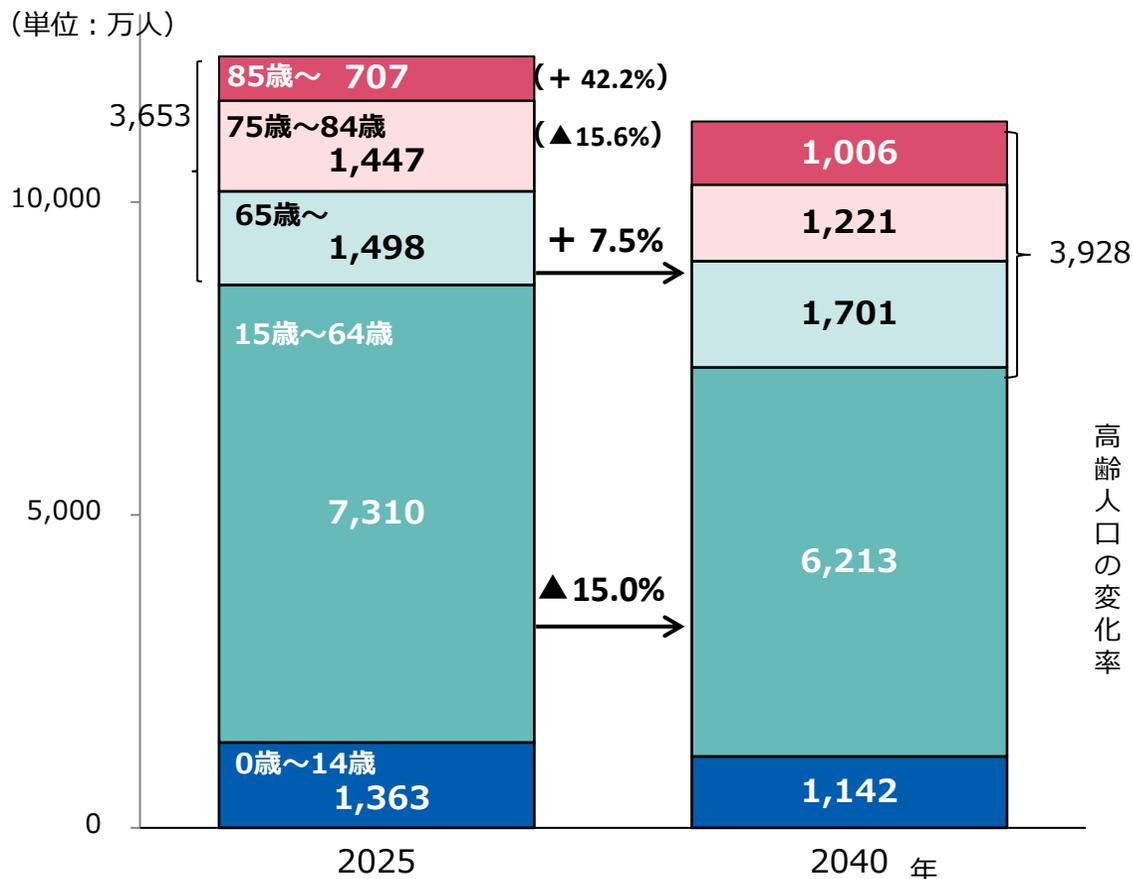
- 医療の質やマンパワーの確保のため、一定の症例数の集約が求められる【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】について、報告にあたっては、一定の水準を満たす役割を設定することが必要であり、その際、絶対的な医療の提供量だけではなく、地域でのシェア等の地域の医療需要に応じた役割の設定も検討すべきではないか。また、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保するための医師や症例等の集約化に資するよう、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】について、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか、アクセスの観点や構想区域の規模等も踏まえながら検討が必要ではないか。
- 【高齢者救急の受け皿とな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

2. 外来医療

2040年の人口構成について

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

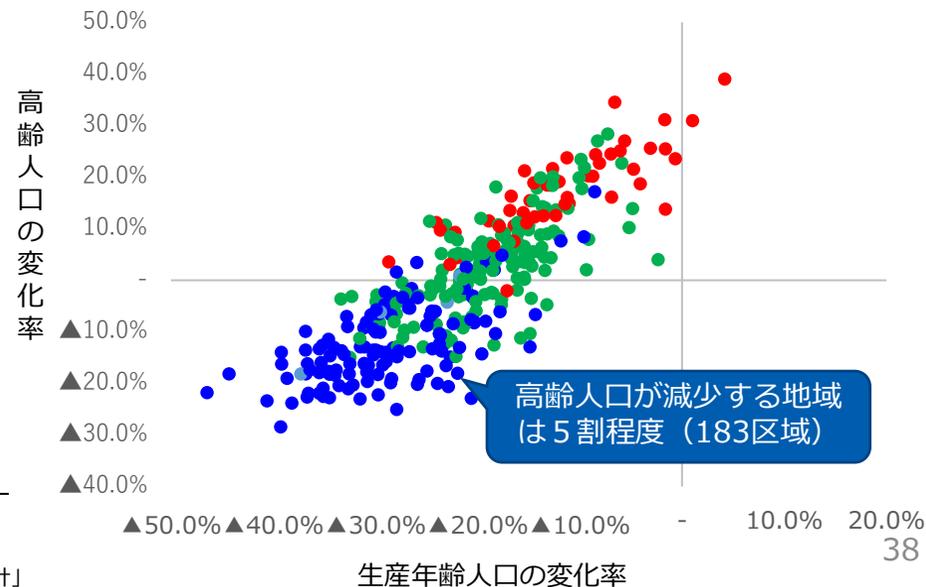
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

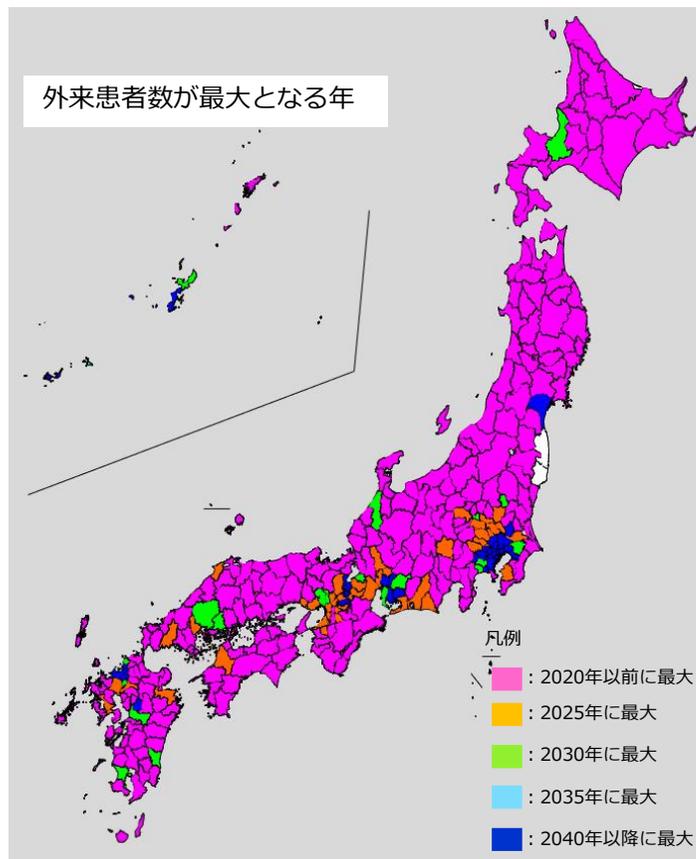
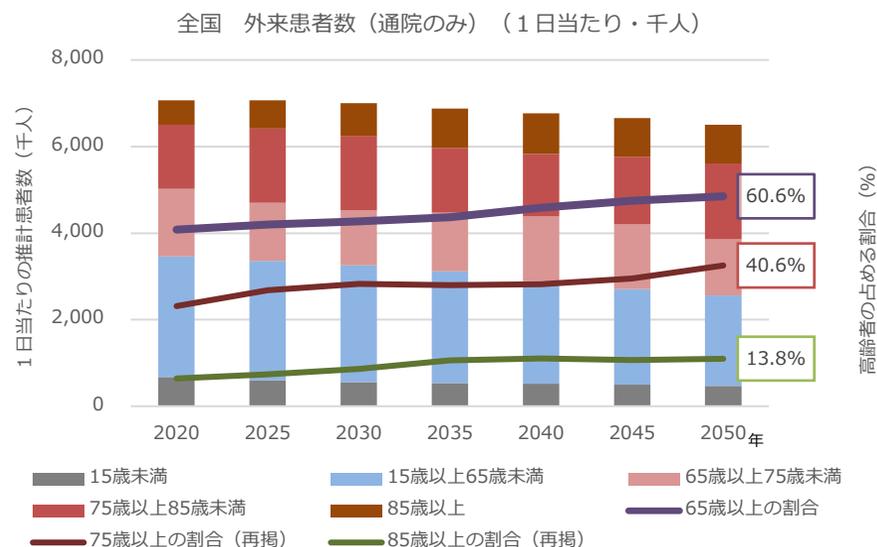
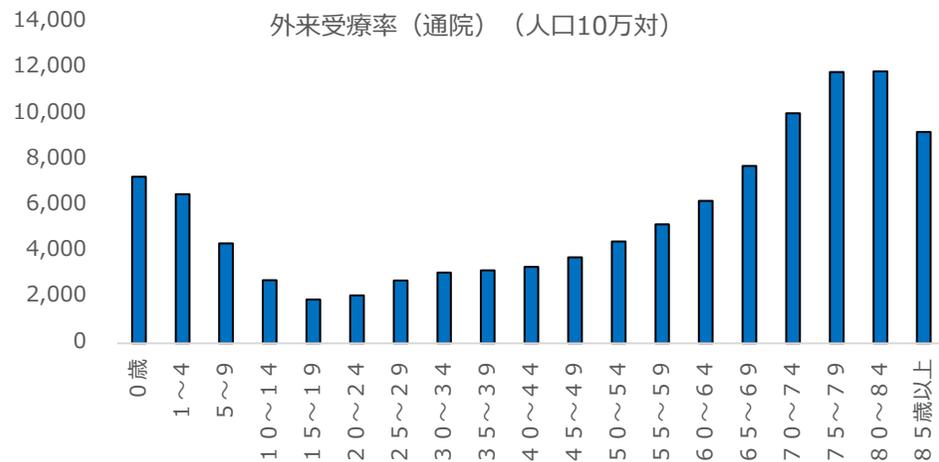
| | 年齢区分別人口の変化率の平均値 | |
|---------|-----------------|--------|
| | 生産年齢人口 | 高齢人口 |
| ● 大都市型 | -11.9% | 17.2% |
| ● 地方都市型 | -19.1% | 2.4% |
| ● 過疎地域型 | -28.4% | -12.2% |

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



医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

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



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

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

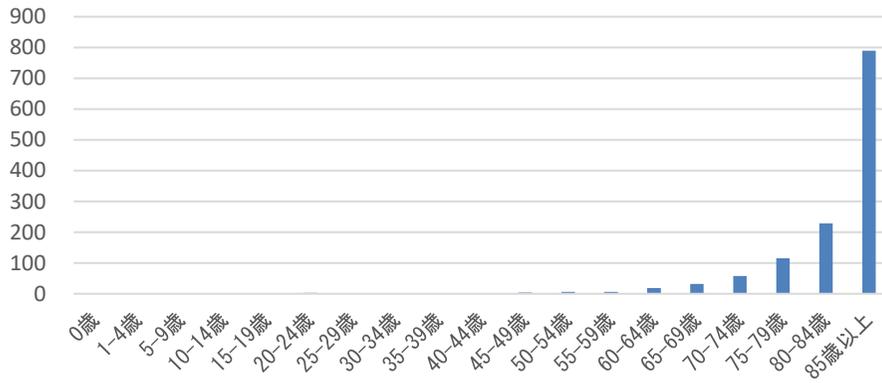
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

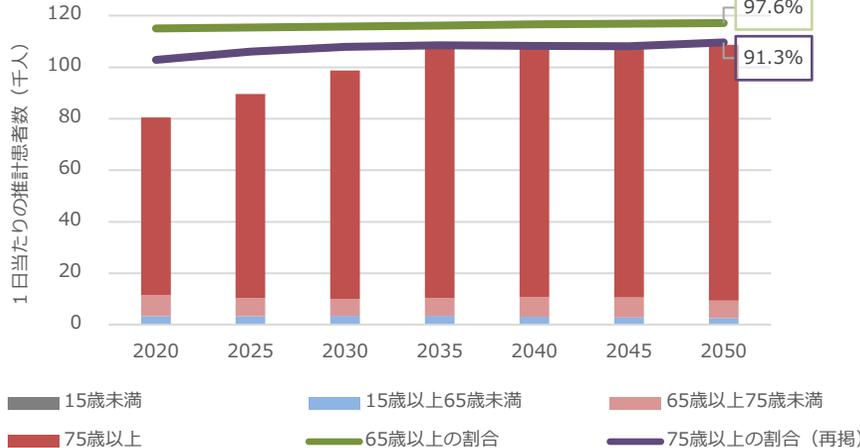
医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

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

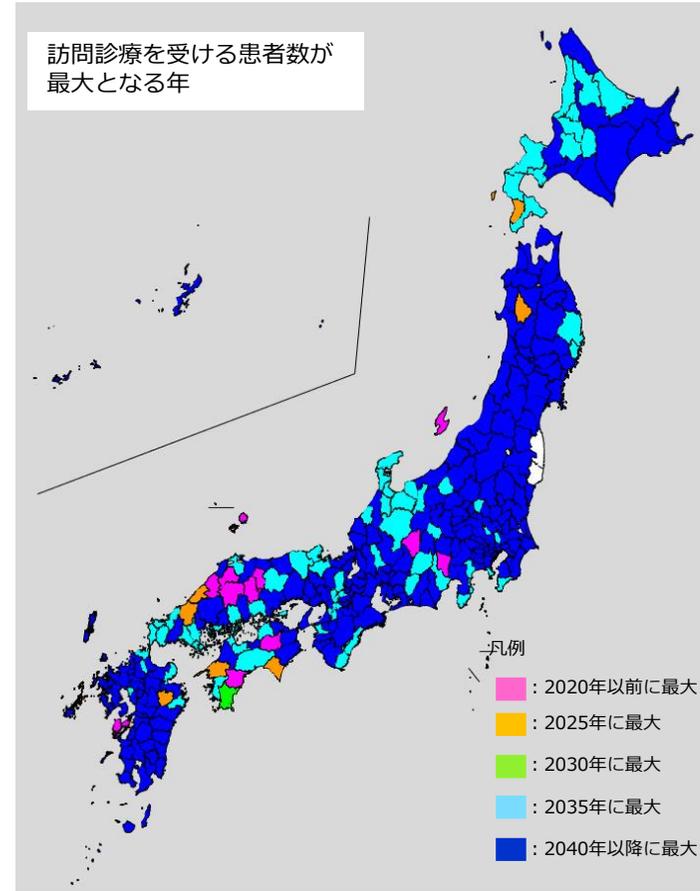
訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



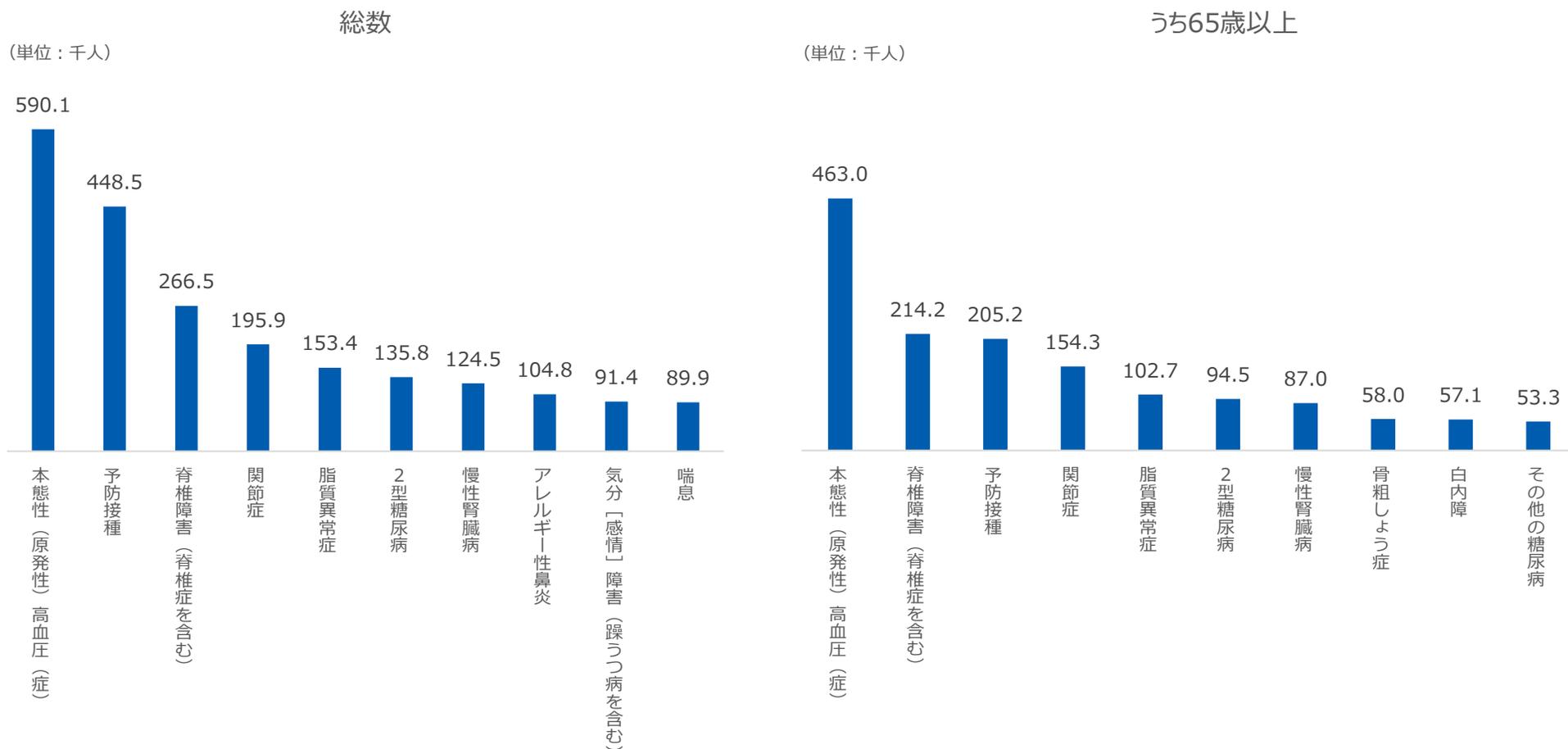
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 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。

外来の受診が多い傷病

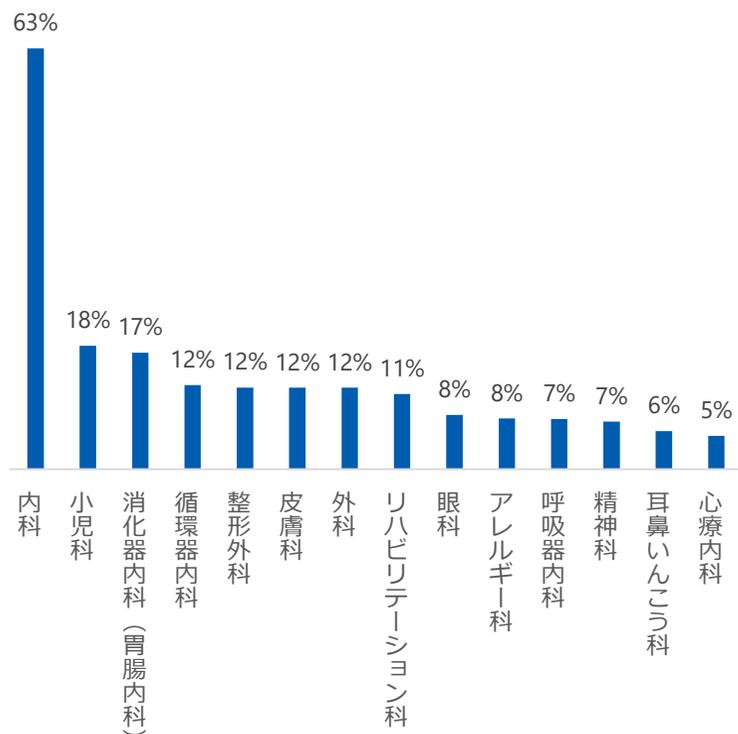
疾患ごとの外来受診の状況を見ると、「本態性（原発性）高血圧（症）」が最も多く、内科疾患が多い。



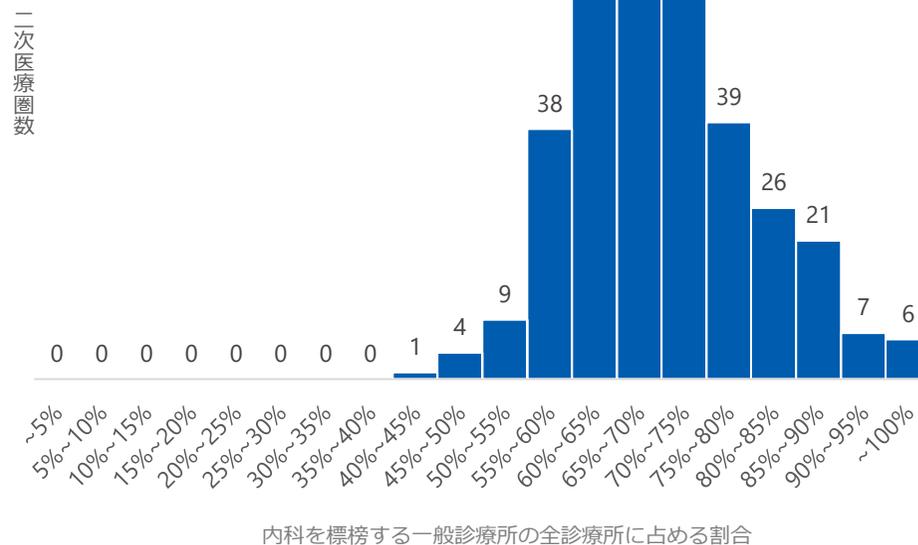
診療所における各診療科の占める割合

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

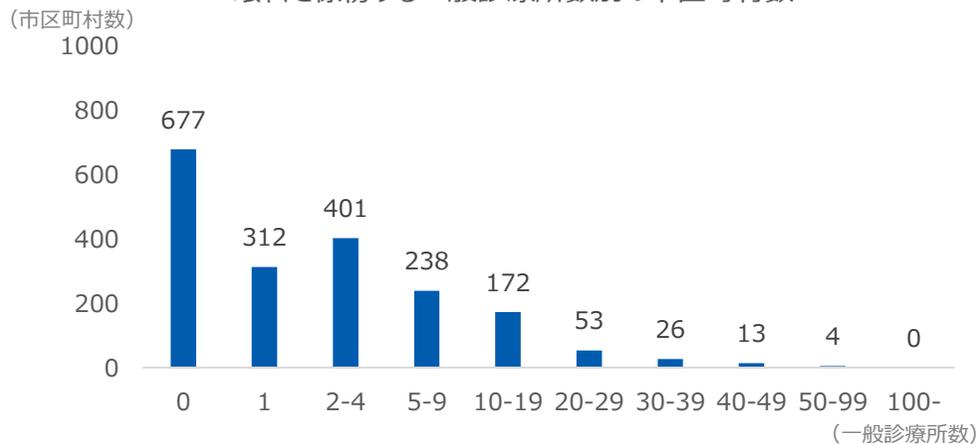


資料出所：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

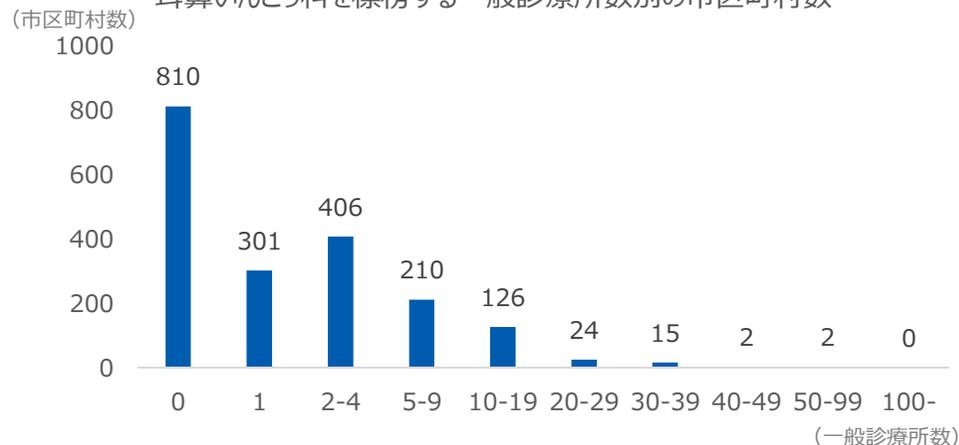
市区町村毎の各診療科の診療所の状況

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。

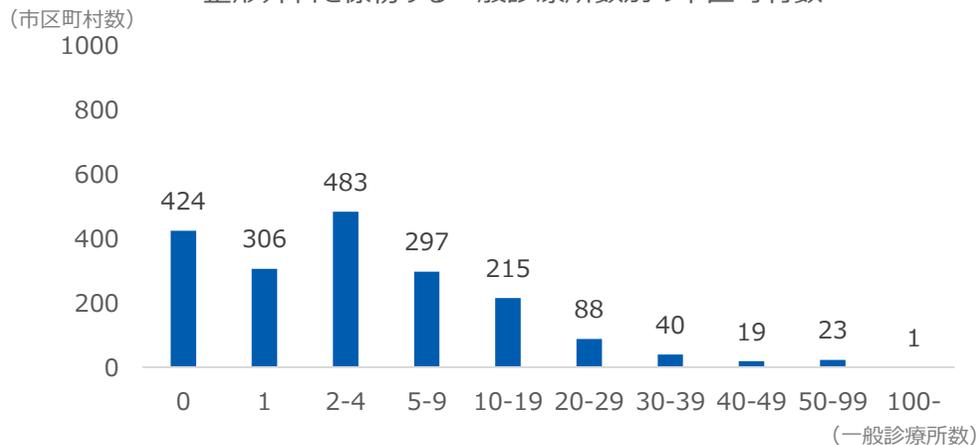
眼科を標榜する一般診療所数別の市区町村数



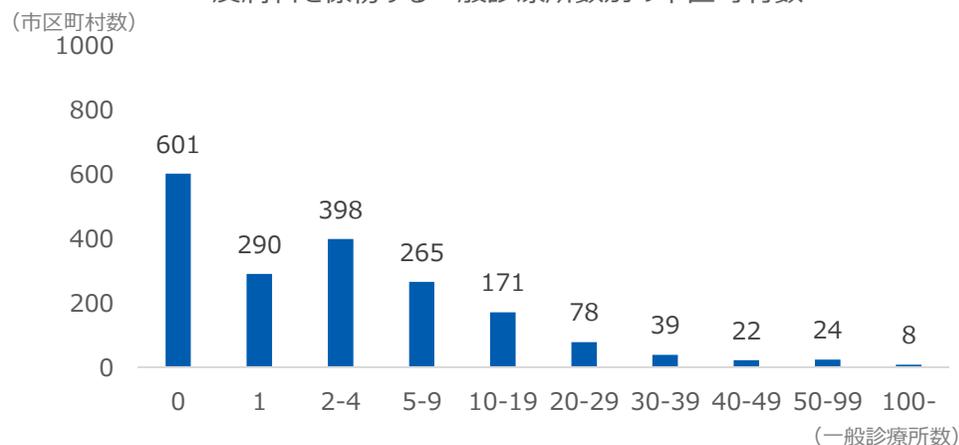
耳鼻いんこう科を標榜する一般診療所数別の市区町村数



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

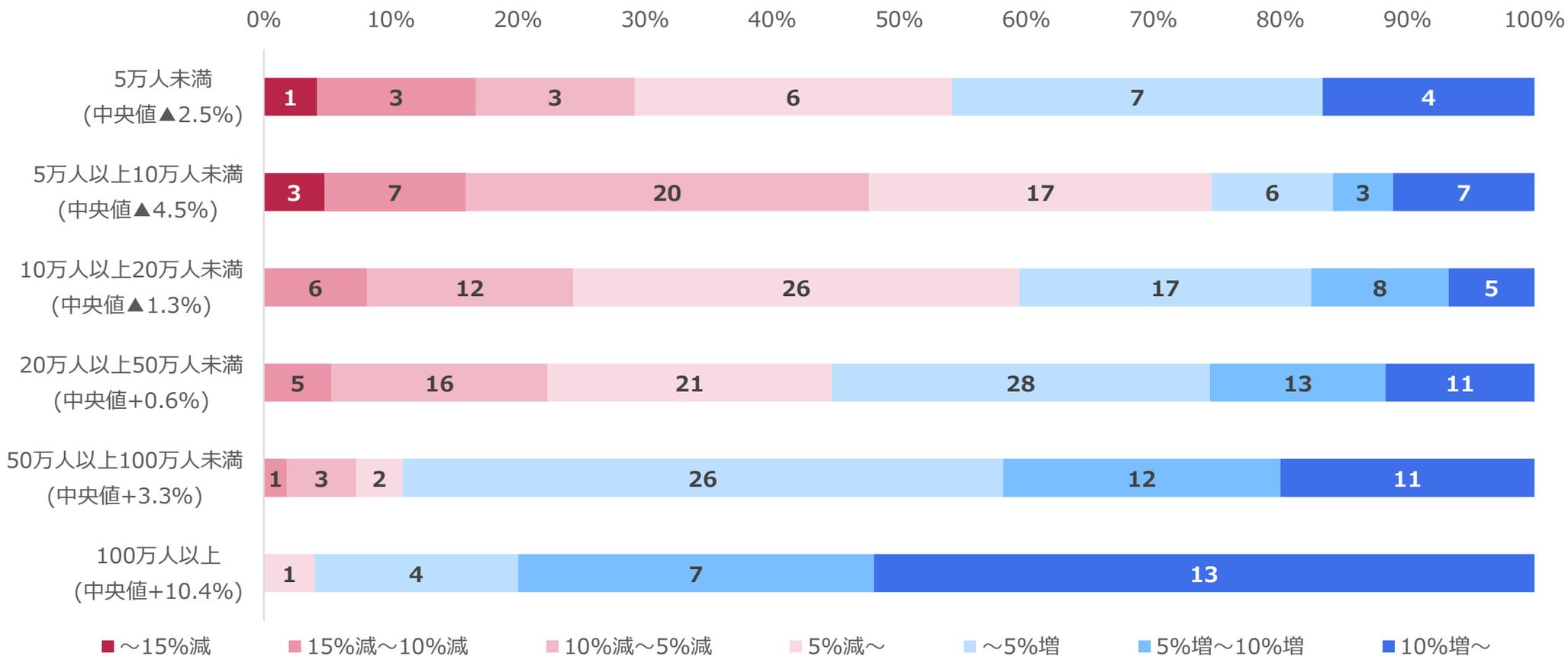


資料出所：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。

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。

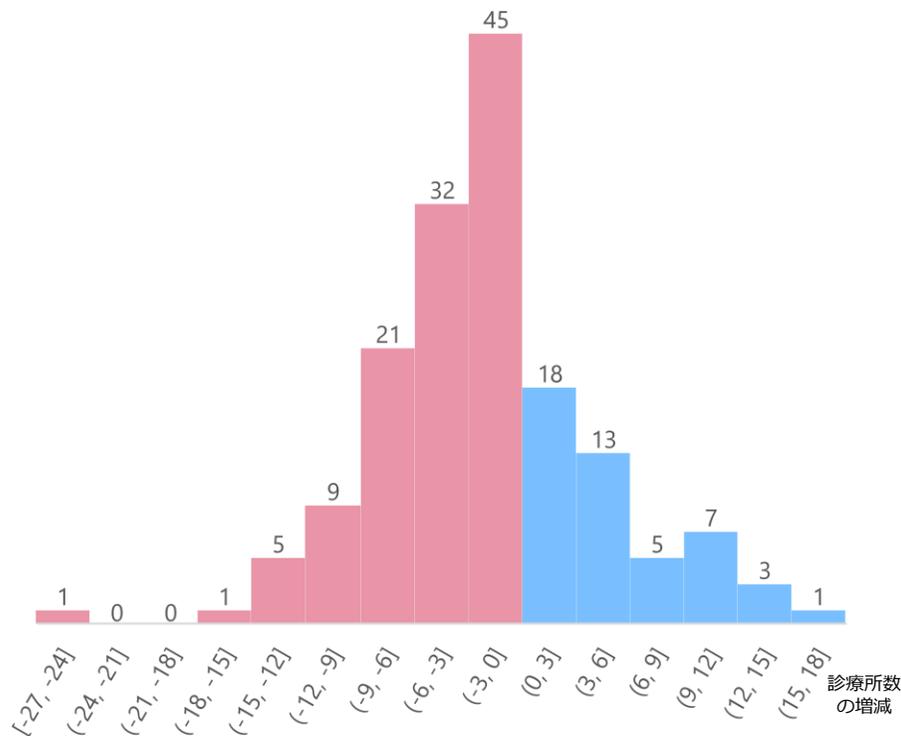
※人口規模は、2020年国勢調査結果に基づくものであり、二次医療圏は第7次医療計画時点のもので統一して比較。

人口規模別の二次医療圏における診療所数の変化（2012年→2022年）

人口20万人未満の二次医療圏の診療所数は減少傾向、人口50万人以上の二次医療圏の診療所数は増加傾向にある。

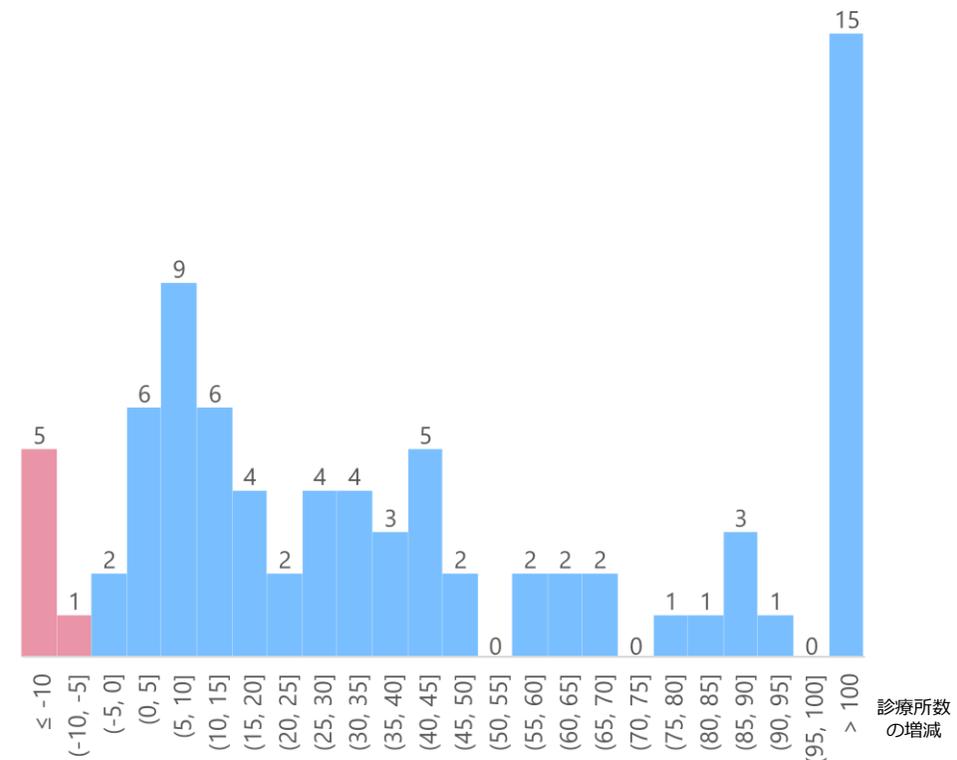
人口20万人未満の二次医療圏での診療所数の増減
(2012年→2022年)

二次医療圏数



人口50万人以上の二次医療圏での診療所数の増減
(2012年→2022年)

二次医療圏数



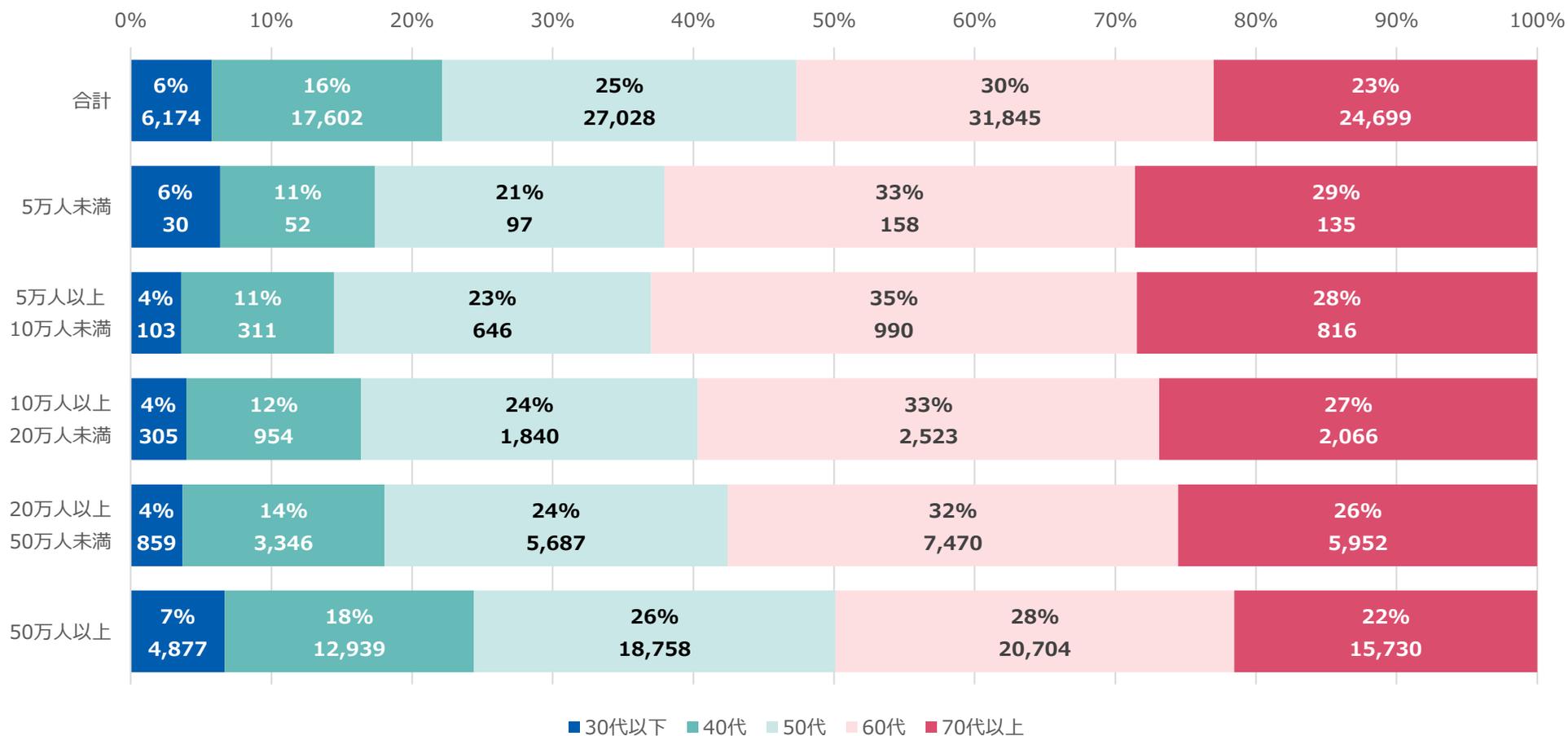
資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に地域医療計画課において作成。

※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。

人口規模別にみた診療所医師の年齢階級別の分布

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

人口規模ごとの二次医療圏別にみた年齢階級別の診療所医師数



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）の届出票情報を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において特別集計したものの。

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

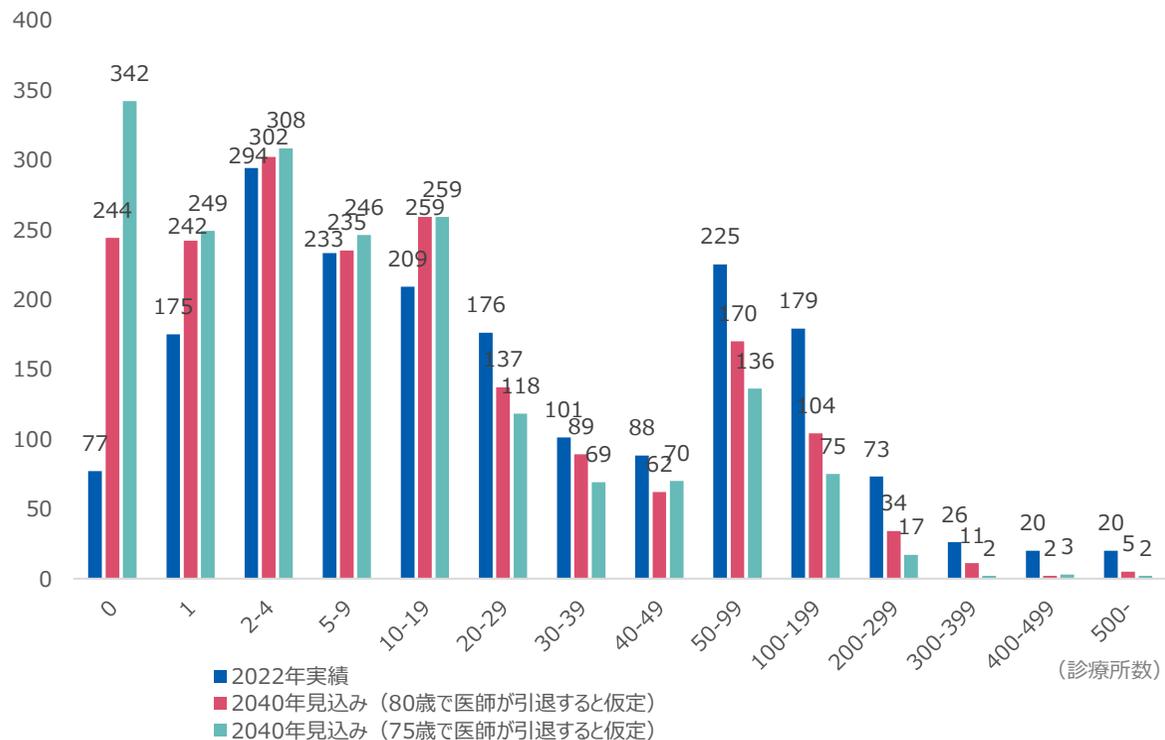
市区町村における診療所数と2040年の見込み

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。

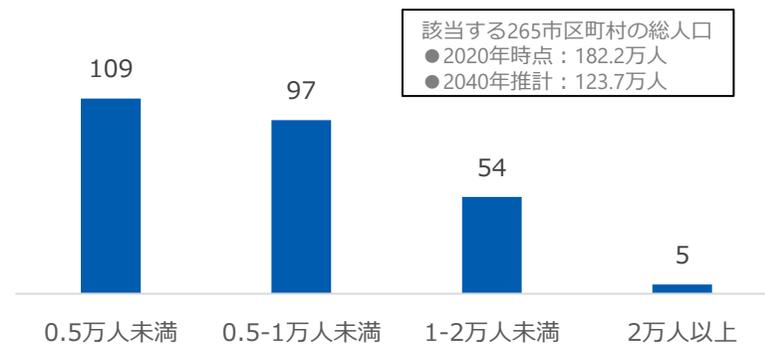
※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

■ 市区町村別診療所数の見込み（2022年実績、2040年見込み）

(市区町村数)



■ 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】地理情報システム（GIS）による医療アクセシビリティ分析：山形県における医業承継シミュレーション

- 山形県におけるプライマリ・ケアへの地理空間的なアクセスのしやすさ（アクセシビリティ¹⁾）を分析対象とし、地理情報システム（GIS）を用いて現状（2020年）のアクセシビリティと医業承継の見込みを反映した将来（2040年）のアクセシビリティを地図上に可視化し、比較・検討した。

1) アクセシビリティを測る指標として、「アクセス圏内に居住する人口10万人当たりの医療機関数」を用い、当該指標の評価にあたっては、東北地方全体の同指標を500mメッシュ単位で測定し、自然分類（Jenks）によって、統計学的に6段階の相対評価を行った。

- 分析では、医療機関から道のり15km圏内をアクセス圏²⁾と定義し、診療科を区別せずに一次的な外来診療を担う医療機関はすべてプライマリ・ケアを提供する医療機関として取り扱った。将来シミュレーション分析にあたっては、山形県医師会が診療所を対象に実施した実態調査をもとに、将来の承継状況に関して2つのシナリオ（楽観シナリオと悲観シナリオ³⁾）を想定して分析を行った。

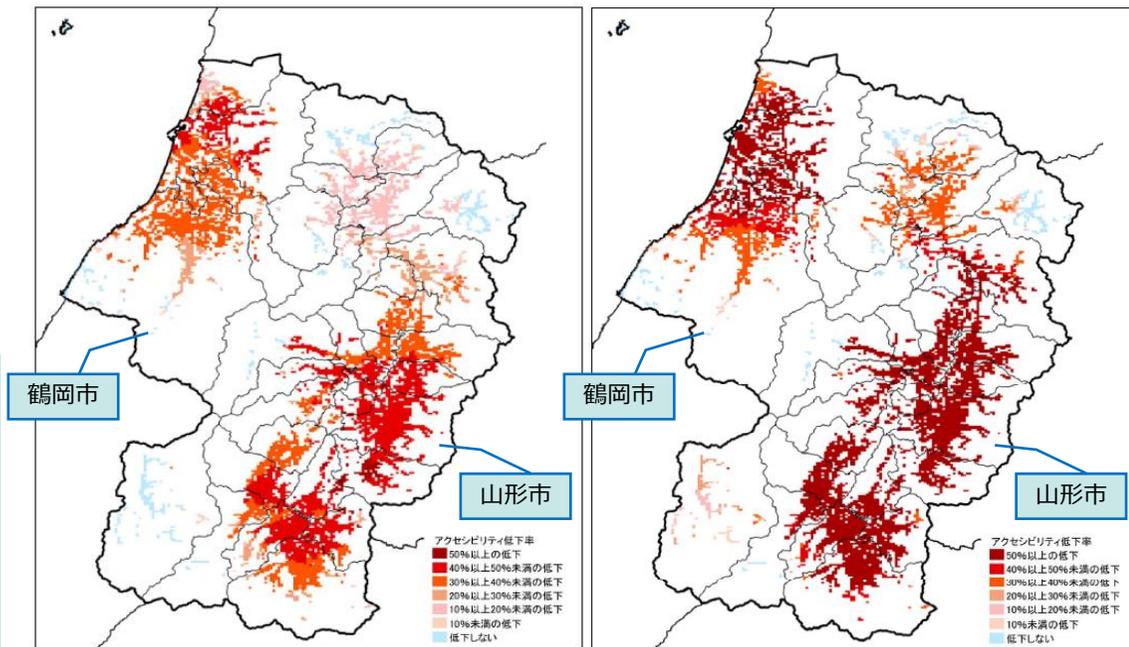
2) 平均時速30kmの自動車です道のり30分圏内を想定。

3) 楽観シナリオ：郡市区医師会区域ごとに「決まっていないし、今後の確保も困難」と回答した割合以外は、診療所が承継される想定

悲観シナリオ：郡市区医師会区域ごとに「決まっている。あるいは、ほぼ決まっている」と回答した割合のみ、診療所が承継される想定

- 分析の結果、診療所の医業承継の動向が、将来のプライマリ・ケアへのアクセシビリティに深刻な影響を与える可能性が高いことが判明した。医業承継問題が顕在化した場合、山形県全域でアクセシビリティが相当程度低くなるだろう。さらに、都市部において、将来のアクセシビリティの問題は深刻になることが予想される。

- 現状と比較した場合、2040年のアクセシビリティは、人口が減少するにもかかわらず、承継問題が顕在化することによって、中山間地域よりもむしろ山形市や鶴岡市といった山形県内の相対的に人口の多い都市部において、著しく低下するとのシミュレーション結果が得られた。



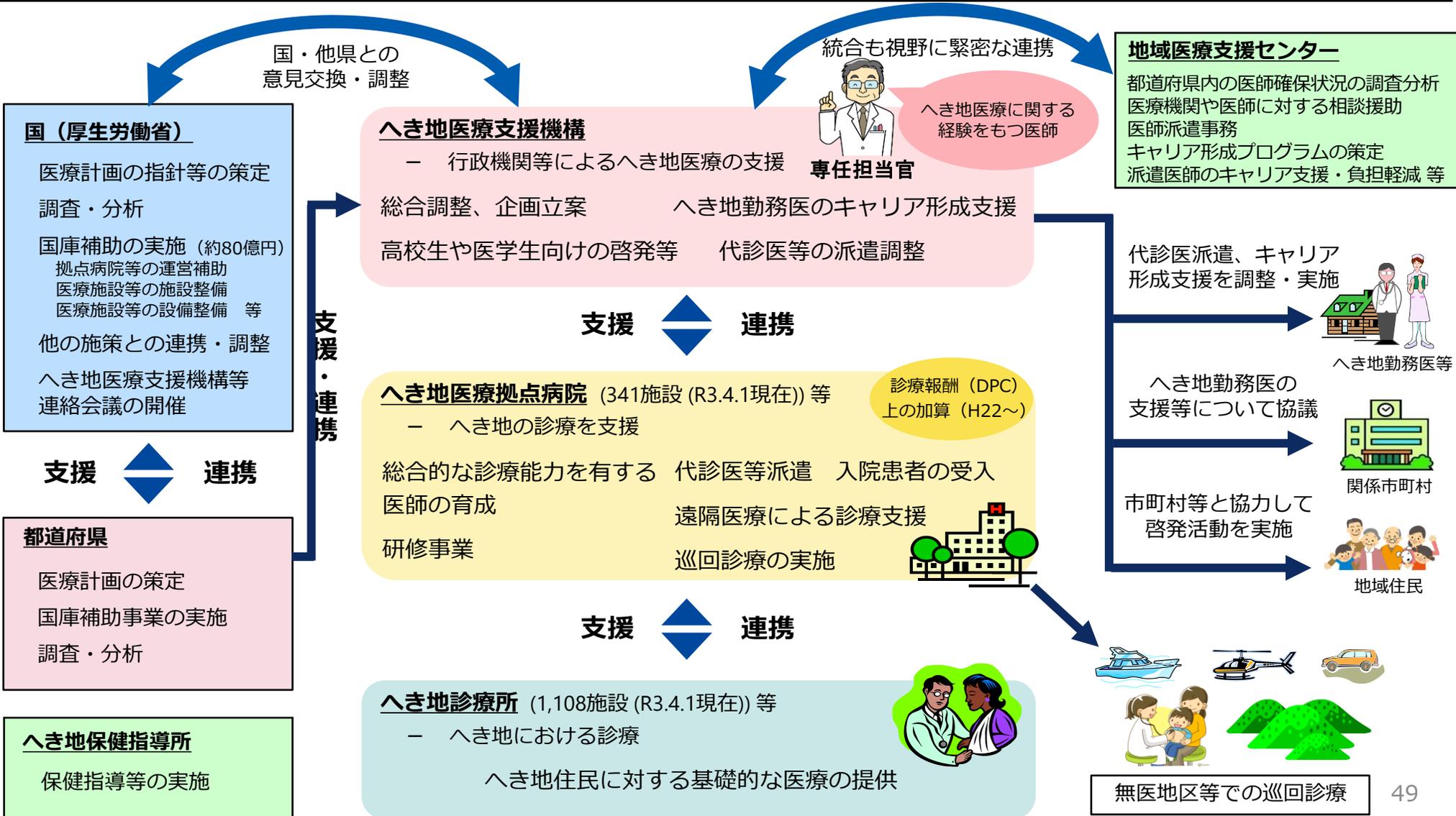
【楽観シナリオ】

【悲観シナリオ】

図：2040年のアクセシビリティ低下率（現状比）

へき地における医療の体系図

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



外来医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

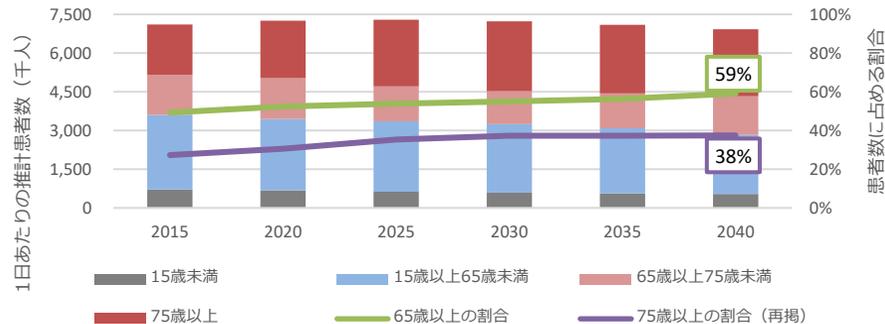
概要

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

外来医師偏在指標を活用した取組

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

外来患者数推計



- 地域で不足する医療器医機能について具体的な目標を定める。
- 新規開業者や外来医師多数区域以外においても、地域の実情に応じ、地域で不足する医療機能を担うこととする。
- 地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた場合、地域の医師会、市町村へ情報共有を行う等、フォローアップを行う。

医療機器の効率的な活用への取組

都道府県における医療機器の可視化(例示)



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

地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

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

かかりつけ医機能を担う医療機関



紹介受診重点医療機関



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革



協議の場において、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

外来医師偏在指標を活用した地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

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

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入・流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

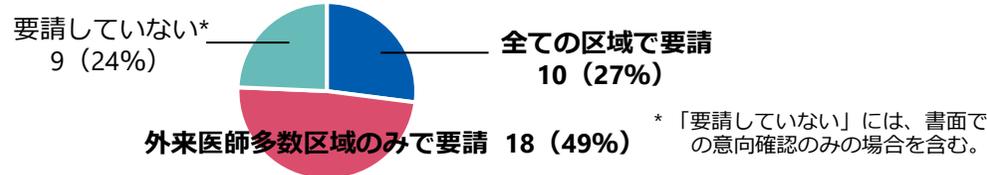
- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認**
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

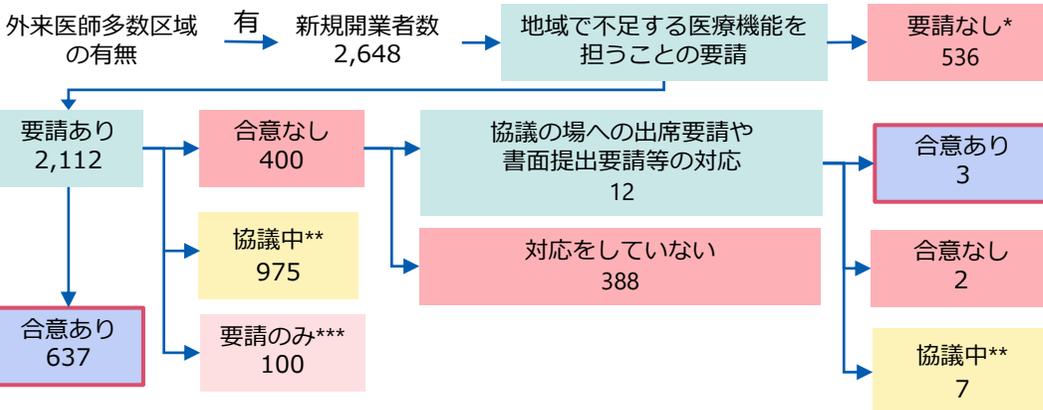
新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請等について（令和5年度）

- 新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請については、外来医師多数区域を有する37都道府県のうち、「全ての区域」又は「外来医師多数区域のみ」において要請している都道府県の数は28（76%）。
- 外来医師多数区域における新規開業者2,648のうち、「要請あり」の数は2,112（80%）、このうち「合意あり」は640（24%）。
- 担うことが合意された医療機能は、多い順に、「公衆衛生」474件、「在宅医療」220件、「初期救急医療」197件。
- 「合意あり」の24都道府県のうち、合意事項に関するフォローアップの取組を行っている都道府県の数は12（50%）。
- 「要請あり」の26都道府県のうち、「合意なし」の13都道府県において、不足する医療機能に関する要請等の結果の公表を行っている都道府県の数は9（69%）。

1 新規開業者に対して地域で不足する医療機能を担うことを要請している都道府県



2 外来医師多数区域における新規開業希望者への要請状況

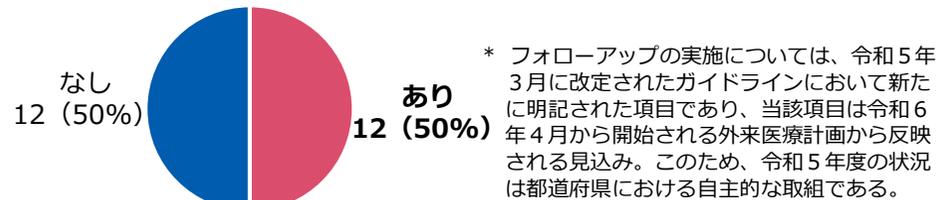


* 「要請なし」には、要請をしていない自治体における新規開業者に加え、一部、単に施設移転の開業であるため要請していない場合を含む。
 ** 「協議中」は、要請に応じない場合に、協議の場への出席要請等を継続しているもの。
 *** 「要請のみ」は、要請のみ行っており、要請後に合意の有無を確認していないもの。

3 担うことが合意された医療機能の件数

| 医療機能（複数回答可） | 件数 |
|-----------------------|-----|
| 産業医や予防接種等の公衆衛生 | 474 |
| 在宅医療 | 220 |
| 初期救急医療 | 197 |
| その他の地域医療として対策が必要な医療機能 | 279 |

4 合意事項に関するフォローアップの取組*を行っている都道府県



5 不足する医療機能に関する要請等の結果の公表を行っている都道府県*



※ 1、2、3は外来医師多数区域を有する37都道府県、4は「合意あり」の24都道府県、5は「要請あり」の26都道府県のうち、「合意なし」の13都道府県を集計

(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

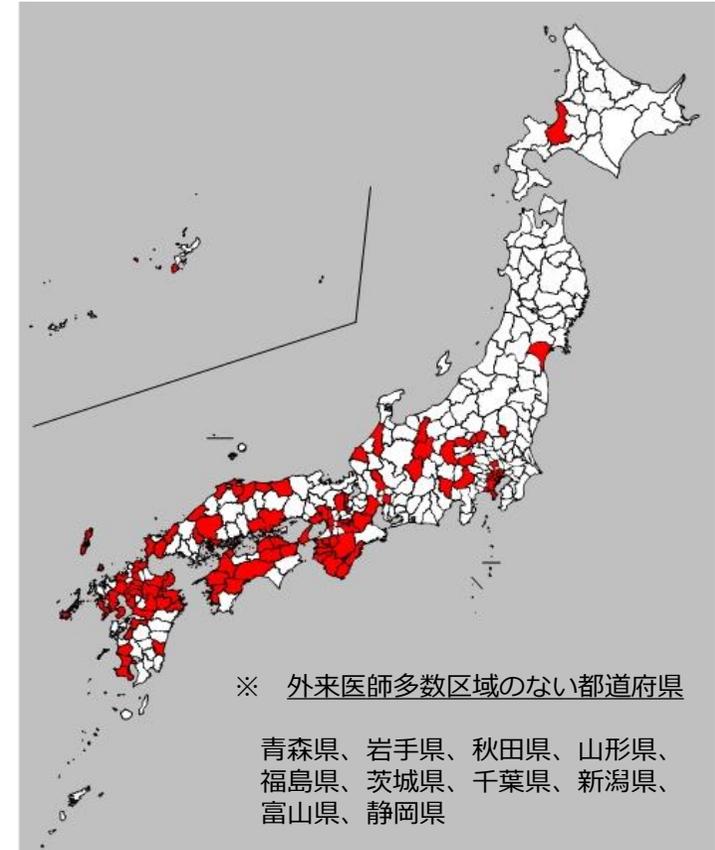
- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による外来受療率の違いを調整する。

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

- ・標準化診療所医師数 ($\ast 1$) = \sum 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 ($\ast 2$) = $\frac{\text{地域の外来期待受療率}}{\text{全国の外来期待受療率}} (\ast 3)$
- ・地域の外来期待受療率 ($\ast 3$) = $\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$
- ・地域の診療所の外来患者対応割合 ($\ast 4$) = $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所及び病院の外来延べ患者数}}$

(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。

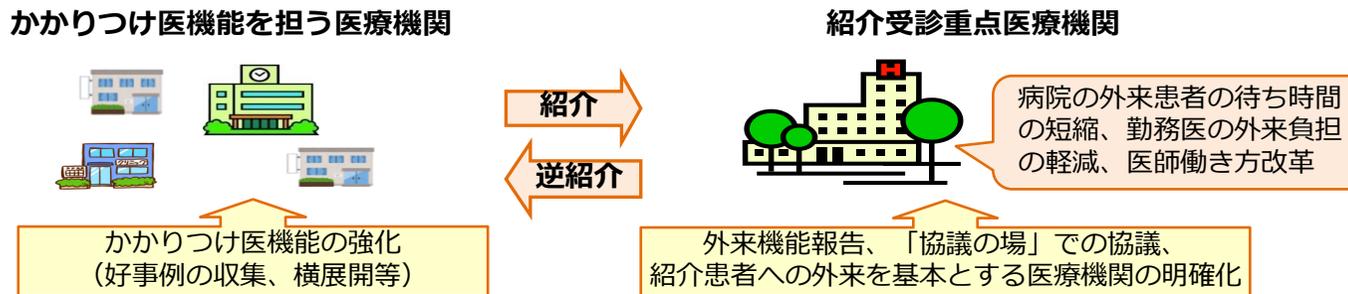
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「紹介受診重点外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「紹介受診重点外来」〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和3年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第49号)が成立・公布され、医療法に新たに規定された(令和4年4月1日施行)。

参考：医療法(一部抜粋)

第30条の18の2 病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの(以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の**都道府県知事に報告しなければならない**。

第30条の18の3 患者を入院させるための施設を有しない診療所(以下この条において「無床診療所」という。)の**管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の**都道府県知事に報告することができる**。

目的

- 「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

- (1) **紹介受診重点外来の実施状況**
- (2) **紹介受診重点医療機関となる意向の有無**
- (3) **地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項**
紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況(生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数)等

「協議の場」での議論に活用。令和4年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務： 病院・有床診療所
任意： 無床診療所

報告頻度

年1回
(10～11月に報告を実施)

紹介受診重点外来

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
例) 悪性腫瘍手術の前後の外来
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
例) 外来化学療法、外来放射線治療
- 特定の領域に特化した機能を有する外来
例) 紹介患者に対する外来

紹介受診重点医療機関の基準

- 上記の外来の件数の占める割合が
- ・ 初診の外来件数の40%以上かつ
 - ・ 再診の外来件数の25%以上

意向はあるが基準を満たさない場合

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- ・ 紹介率50%以上かつ
- ・ 逆紹介率40%以上

紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。

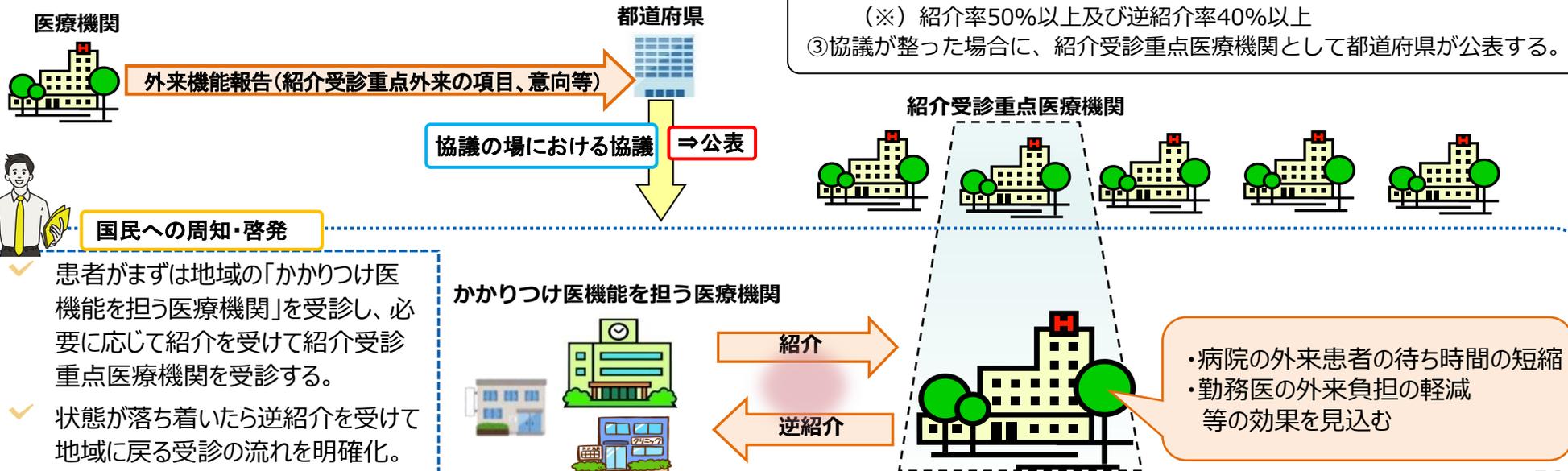
- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

【外来機能報告】

- 紹介受診重点外来等の実施状況
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【協議の場】

- ① 紹介受診重点外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
 - (※) 初診に占める紹介受診重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める紹介受診重点外来の割合25%以上
- ② 紹介受診重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
 - (※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



国民への周知・啓発

- ✓ 患者がまずは地域の「かかりつけ医療機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診する。
- ✓ 状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る受診の流れを明確化。

かかりつけ医機能を担う医療機関

- ・ 病院の外来患者の待ち時間の短縮
- ・ 勤務医の外来負担の軽減等の効果を見込む

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。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）

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

（3）患者に対する説明（令和7年4月施行）

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

「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書（概要）

令和6年7月31日

制度施行に向けた基本的な考え方

- 今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等を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。

①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。報告事項の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

※いずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

令和6年7月5日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

| 傷病名 | 推計外来患者数(千人) | 主な診療領域 |
|----------------|-------------|---------------------|
| 高血圧 | 590.1 | 9. 循環器系 |
| 腰痛症 | 417.5 | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| 関節症(関節リウマチ、脱臼) | 299.4 | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| かぜ・感冒 | 230.3 | 6. 呼吸器、17.小児 |
| 皮膚の疾患 | 221.6 | 1.皮膚・形成外科、17.小児 |
| 糖尿病 | 210 | 14. 内分泌・代謝・栄養 |
| 外傷 | 199.1 | 16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児 |
| 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・産じょくの管理 | 27.9 | 11. 産科 |
| 心不全 | 24.8 | 9. 循環器系 |
| 便秘 | 24.2 | 7. 消化器系 |
| 頭痛(片頭痛) | 19.9 | 2. 神経・脳血管 |
| 末梢神経障害 | 17.2 | 2. 神経・脳血管 |
| 難聴 | 17.1 | 5. 耳鼻咽喉 |
| 頸腕症候群 | 17 | 16. 筋・骨格系及び外傷 |
| 更年期障害 | 16.8 | 12. 婦人科 |
| 慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎) | 15.3 | 8. 肝・胆道・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の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

①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）

- イ. 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
- ロ. 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
- ハ. 在宅医療の提供
 - ・在宅医療を提供する機能
- ニ. 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）

- イ. 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
- ロ. 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
- ハ. 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
- ニ. 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、ケアマネと相談機会設定等）
 - ② ケアマネへの情報共有・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

②地域における協議の場

- 都道府県は、医療関係者等との地域の協議の場を設け、かかりつけ医機能の確保に関する事項について協議する。
- 協議の場の圏域及び参加者については、都道府県が市町村と調整の上、協議テーマに応じて決定することとする。

令和6年5月24日「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」資料(一部改)

協議の場の圏域と参加者

「協議の場」の圏域

- ・実施主体である都道府県が市町村と調整して決定する
- ・例えば、以下のように、協議するテーマに応じて「協議の場」を重層的に設定することも
 - 時間外診療、在宅医療、介護等との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を行い、全体を都道府県単位で統合・調整

※地域医療構想調整会議を活用することも可能

「協議の場」の参加者

- ・協議するテーマに応じて、都道府県、保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民・患者（障害者団体・関係団体を含む）等を参加者として、都道府県が市町村と調整して決定する

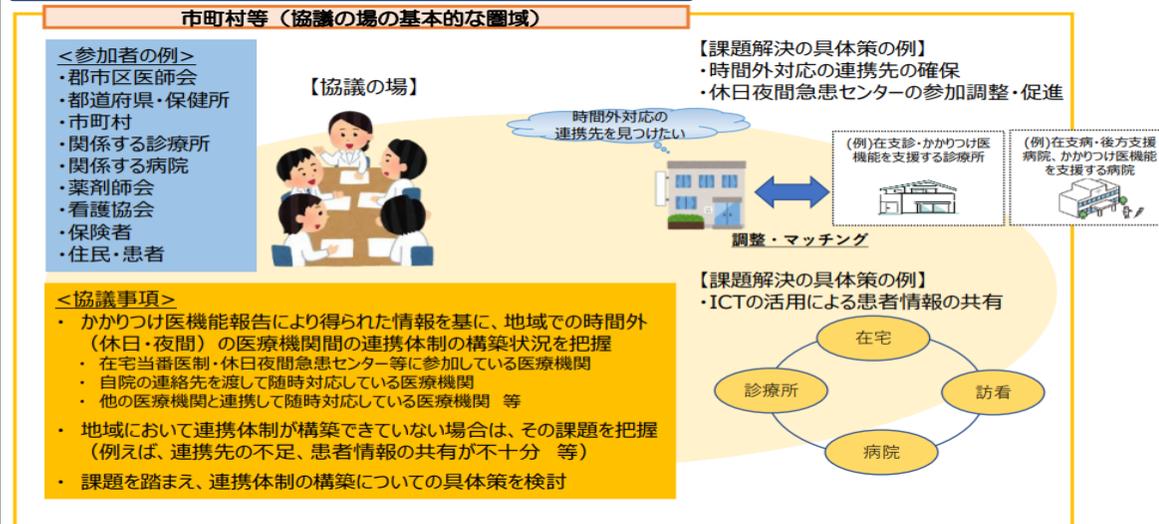
- 報告や地域の協議の際の参考として、かかりつけ医機能を支援する病院・診療所を含め、かかりつけ医機能を有する医療機関の多様な類型(モデル)を提示

＜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＞

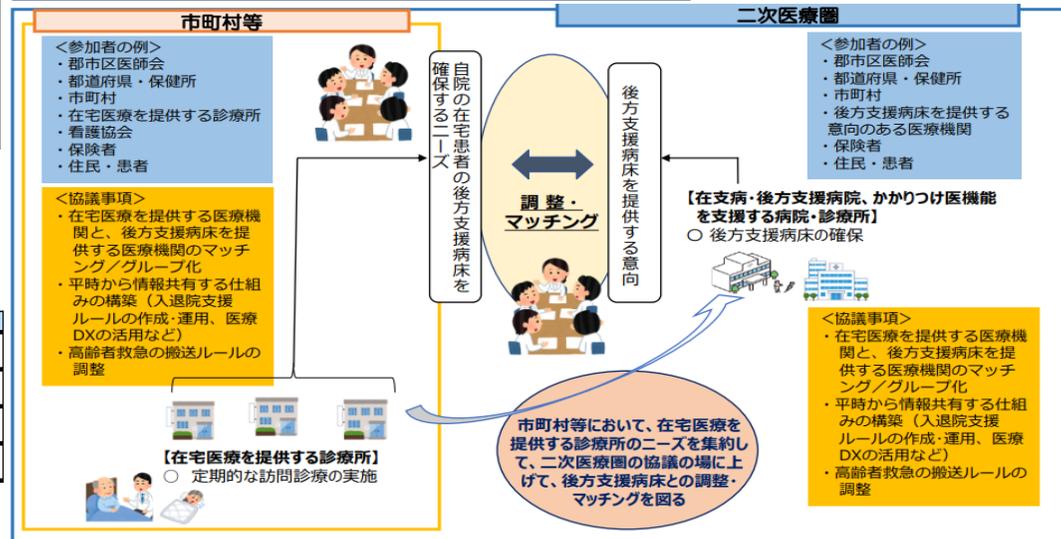
| 日常的な診療 | 時間外診療 | 入退院支援 | 在宅医療 | 介護等との連携 |
|-------------------|---------------------|-----------------------|------------|-----------------------|
| ・専門を中心に総合的・継続的に実施 | ・在宅当番医制に参加 | ・未対応 | ・未対応 | ・未対応 |
| ・専門を中心に総合的・継続的に実施 | ・休日夜間急患センターに参加 | ・紹介状作成 | ・日中のみ実施 | ・主治意見書を作成 |
| ・専門を中心に総合的・継続的に実施 | ・準夜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 | ・日中のみ実施 | ・介護保険の訪問看護指示書を作成等 |
| ・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

協議の場のイメージ (①時間外診療)



協議の場のイメージ (②入退院支援)



医師偏在是正に向けた総合的な対策

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

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

<総合的な対策パッケージの骨子案>

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

医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案の主な論点

主な論点

- ① 医師確保計画の実効性
 - 都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。
 - ② 医師の確保・養成
 - 医師少数区域等での勤務を後押しするため、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、地域での活躍を推進するとともに、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の大幅な拡大を検討すべきではないか。
 - 外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか。
 - 保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。
 - 地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。
 - 医師少数区域等で勤務することも念頭に、中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育を推進すべきではないか。
 - 医師養成過程や診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。
- ※ なお、骨太方針2024においては「今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」とされている。
- ③ 実効的な医師配置
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域（都道府県において医師偏在対策に重点的に取り組む支援対象区域）における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。
 - 新たに選定する重点的な支援対象区域に医師派遣等を行う大学病院等の中核的な病院への支援や、全国的なマッチング機能の支援等を検討すべきではないか。
 - ④ 実施に向けて
 - ①～③の取組を推進していく上で、規制的手法はもとより、経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。経済的インセンティブによる偏在是正を進めるにあたっては、国や地方のほか、保険者等からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。
 - ①～③の取組を国、地方、医療関係者、保険者等がどのように協力して実施していくべきか。

外来医療について（案）①

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

外来医療について（案）②



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