

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて (医療機関機能・医療従事者の確保)

1. 医療機関機能について
2. 医療従事者の確保について

1. 医療機関機能について



第1回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における主な意見

第1回 検討会資料より抜粋

【議論のためのデータ（医療機関機能）】

- 医療機関機能について、急性期拠点機能については、人口が多い圏域では複数の医療機関がその機能を有することも考えられる。県全体として効率的な提供体制を確保できるよう、各圏域の提供体制を構築する観点を踏まえ、どのような機能を各圏域の急性期拠点機能として具体的に確保すべきか検討すべきではないか。
- この他の医療機関機能について、大学病院本院の県全体における役割や、都市部では高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関でも、高齢者救急の対応に加えて、手術等の集学的な医療も一定程度担いうることも踏まえて、地域ごとの役割について整理が必要ではないか。

※第1回検討会での主な意見

- 100万人以上の大都市部においては、高機能病院が乱立することや、区域を越えて患者の往来があり、医療機関機能の分担の検討・調整が困難になるという課題がある。
- 急性期拠点機能が非常に重要な位置づけになってくる。ガイドラインにおいて、地域で協議し、特徴的な疾患の手術や、患者数、医療従事者数等で絞り込みができるようにすべきではないか。
- 連携・再編・集約化には老朽化していく施設の整備や職員の労務管理への影響も踏まえて検討が必要ではないか。
- 区域の設定に当たっては、病床規制や地域格差是正の観点も踏まえる必要があるのではないか。

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

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

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 <p>※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要</p>

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
 - ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

医療機関の役割のイメージ（案）

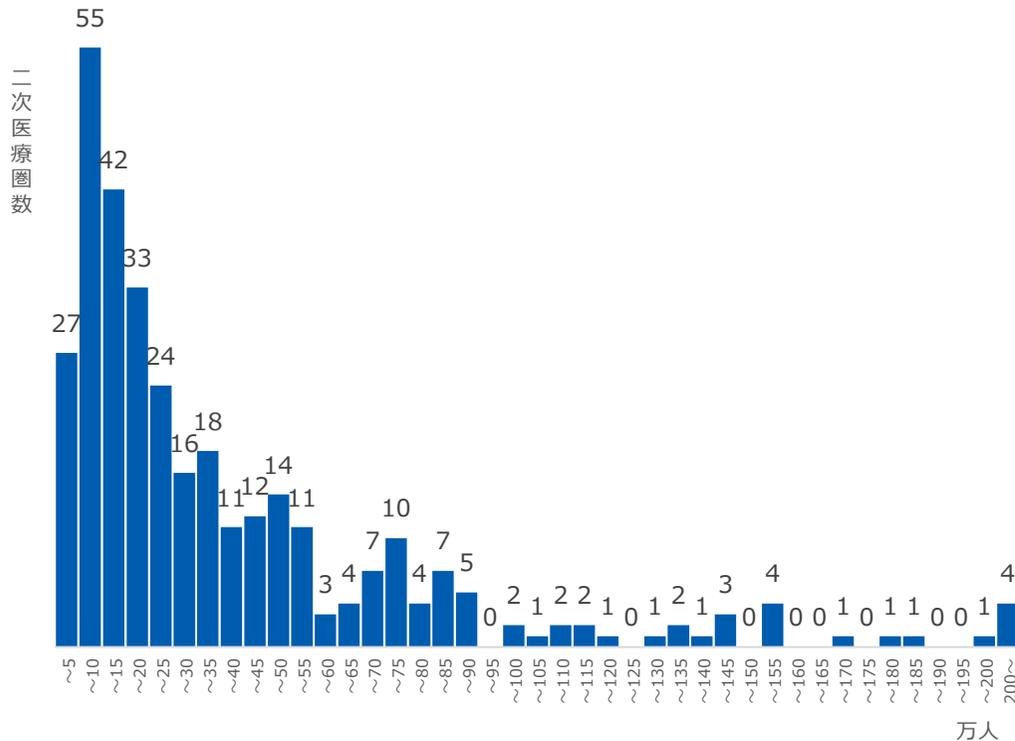
	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
地方都市型	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

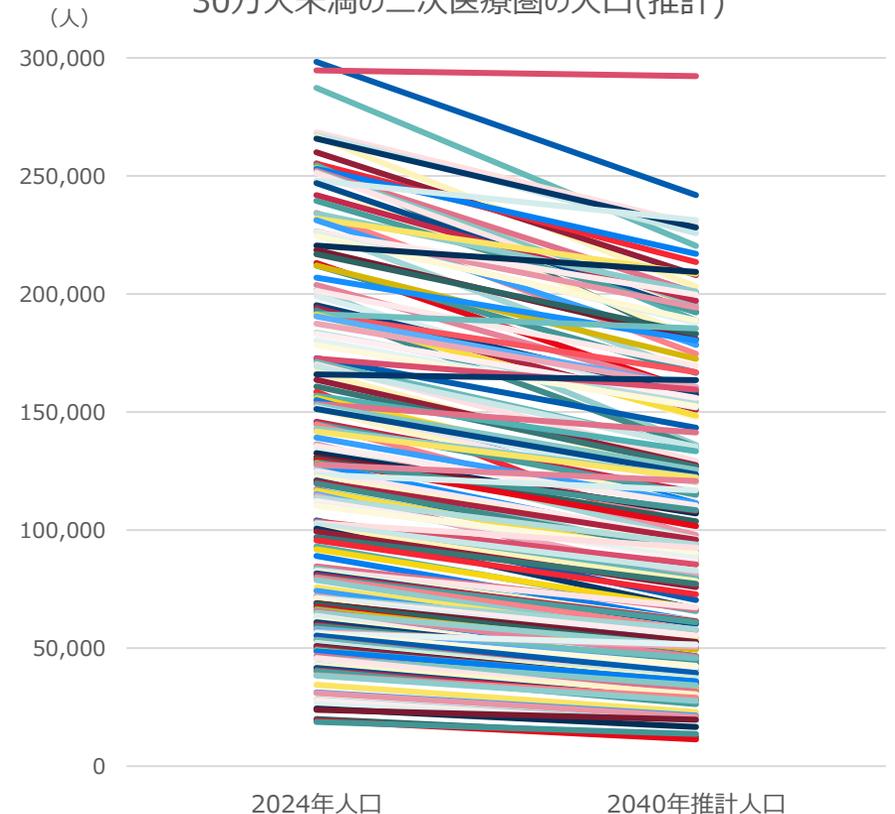
二次医療圏ごとの人口規模

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

人口規模別二次医療圏数



30万人未満の二次医療圏の人口(推計)



医療機関機能報告について

（「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（2024.12）における整理）

5. 新たな地域医療構想

（3）医療機関機能・病床機能

② 医療機関機能報告

- 具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能を位置付け、医療機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告することが考えられる。報告に当たっては、医療機関が将来に向けて主たる医療機関機能を選択していくことも重要と考えられ、一方で、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

<医療機関機能の名称と定義>

・ 高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ 在宅医療等連携機能

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行う。

※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ 急性期拠点機能

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

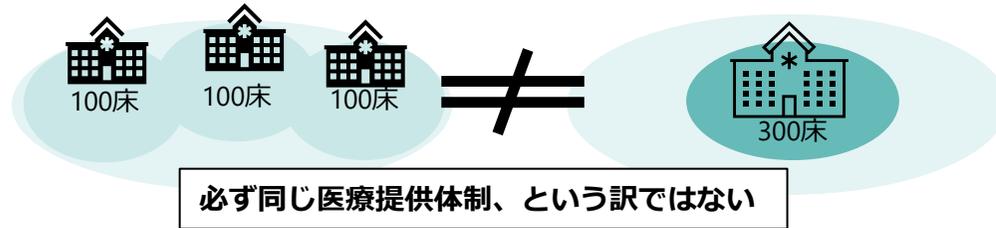
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

・ 専門等機能

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

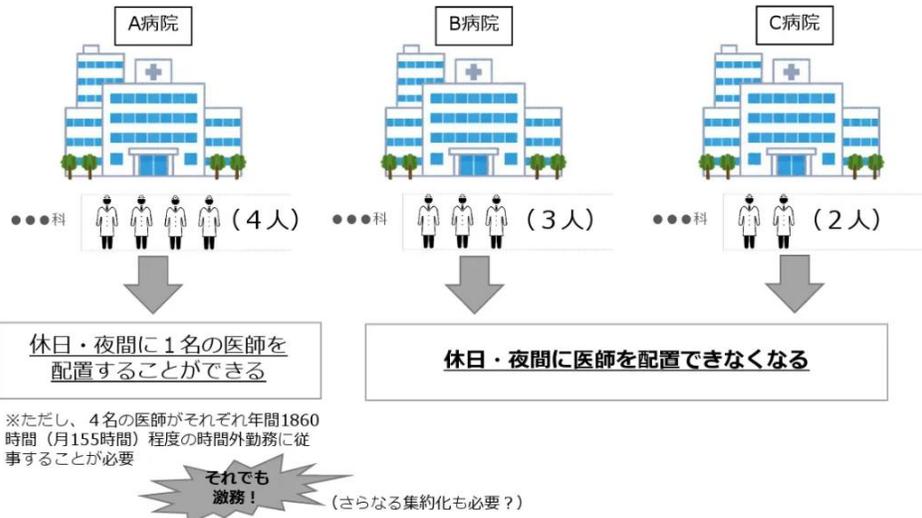
- 救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも相関するところ、地域において適切な医療提供体制を確保する観点を踏まえると、同じ病床数であっても、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。



地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

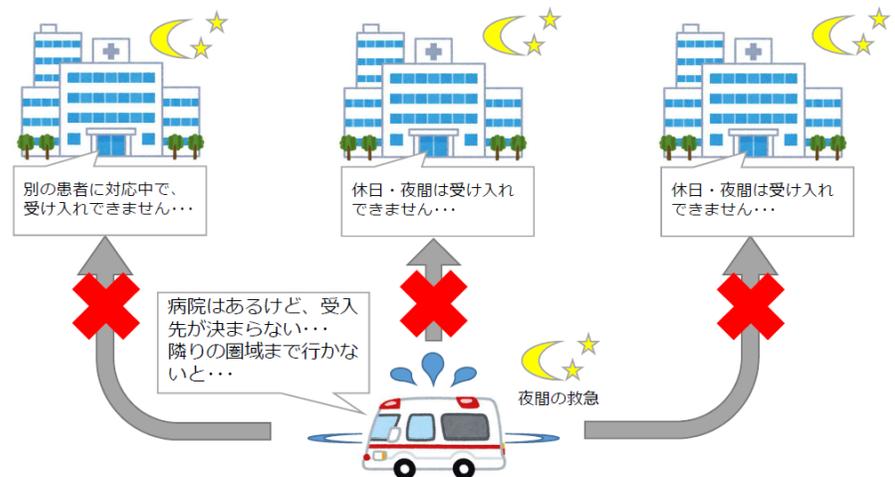
- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



今から手を打たないと...

補足1-8

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



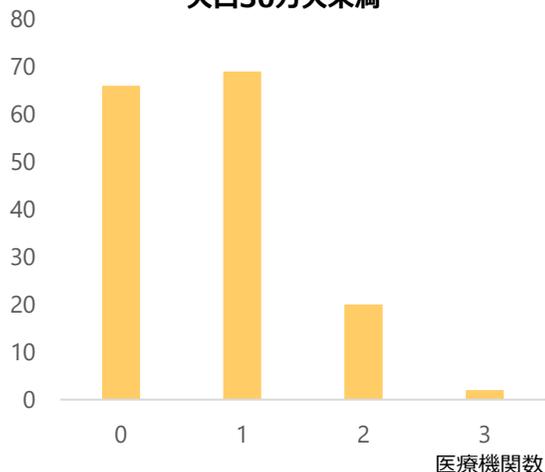
どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

急性期医療を担う医療機関の数について

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

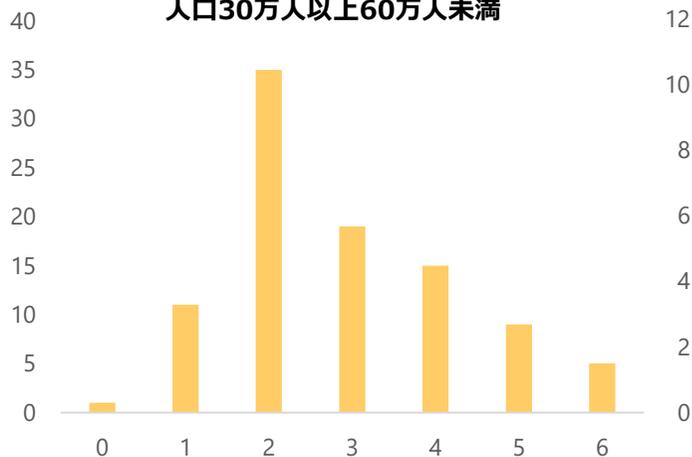
二次医療圏数

人口30万人未満

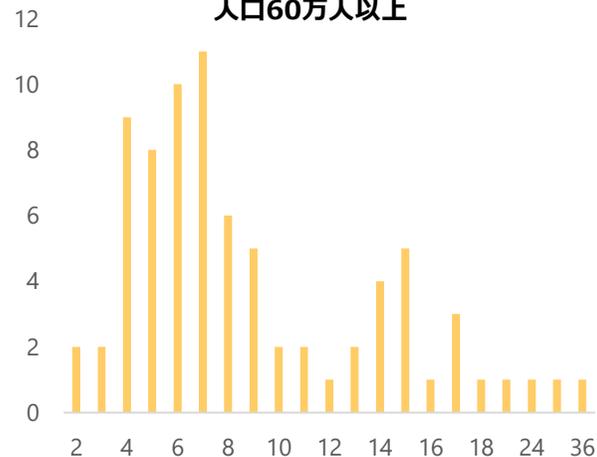


救急車2000台/年以上の医療機関数

人口30万人以上60万人未満

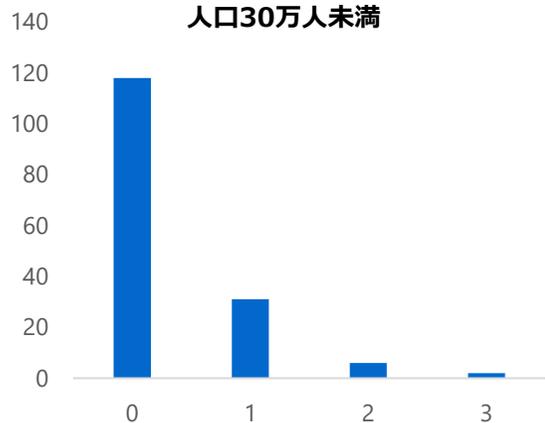


人口60万人以上

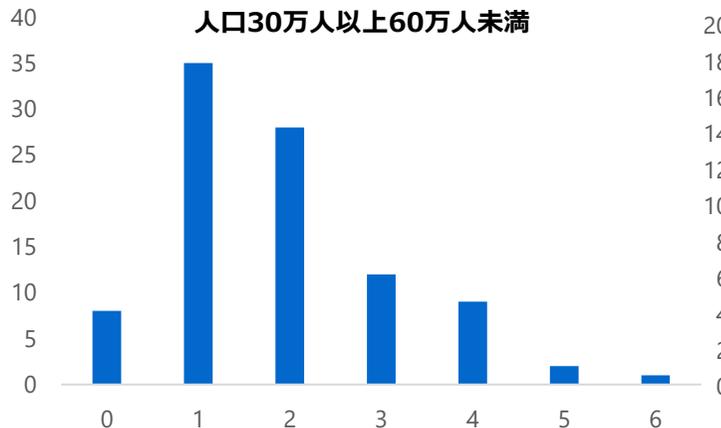


全身麻酔手術2000件/年以上の医療機関数

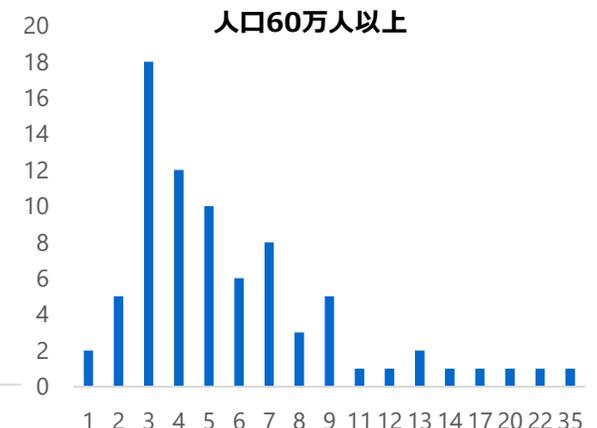
人口30万人未満



人口30万人以上60万人未満



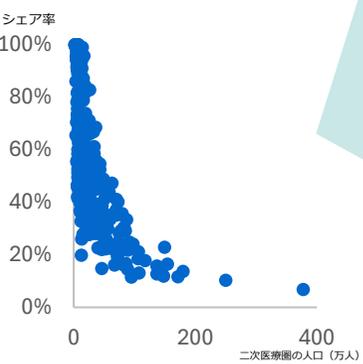
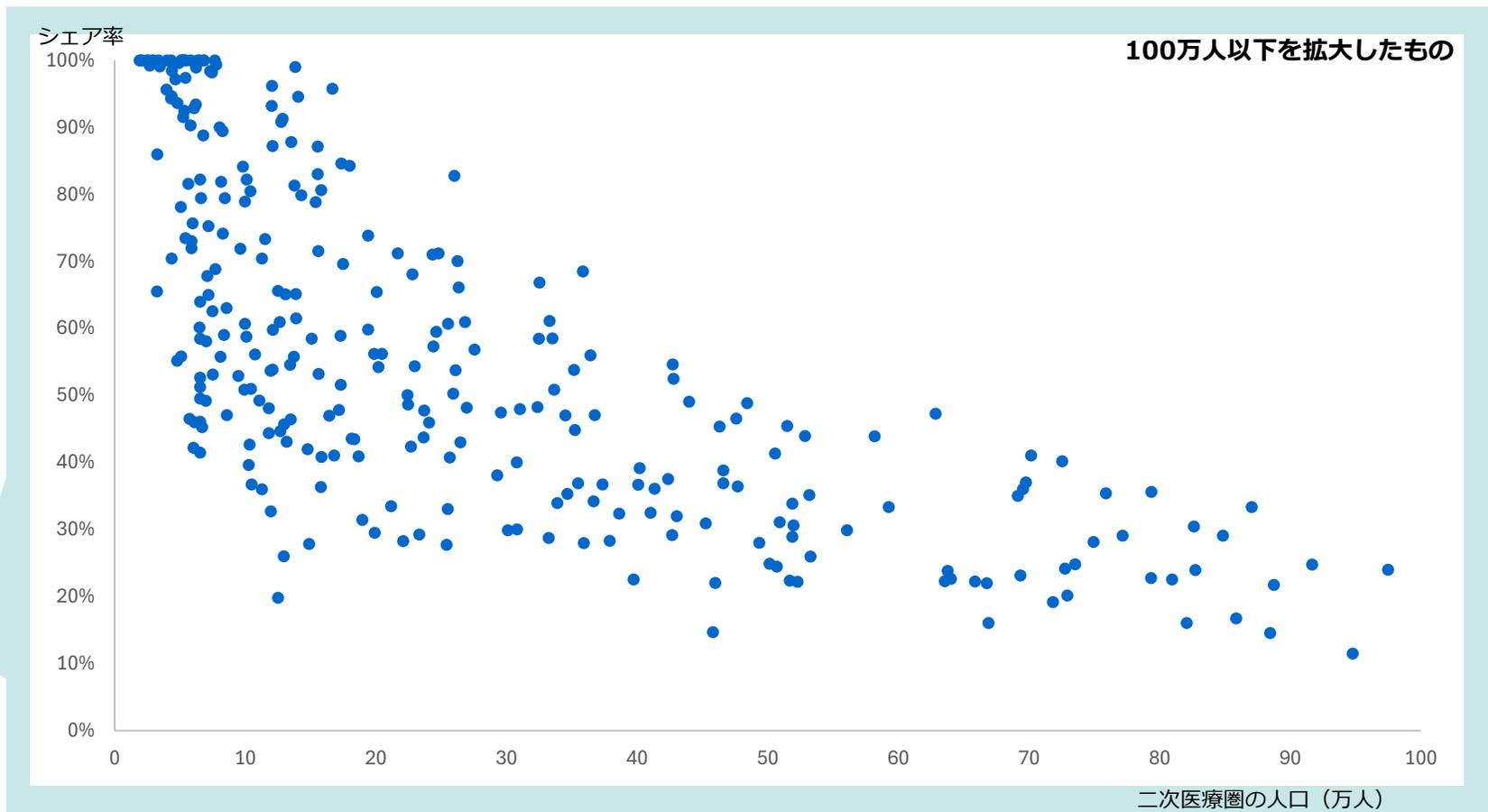
人口60万人以上



二次医療圏内の手術のシェアについて

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

各二次医療圏における全身麻酔手術のシェア上位1医療機関のシェア率

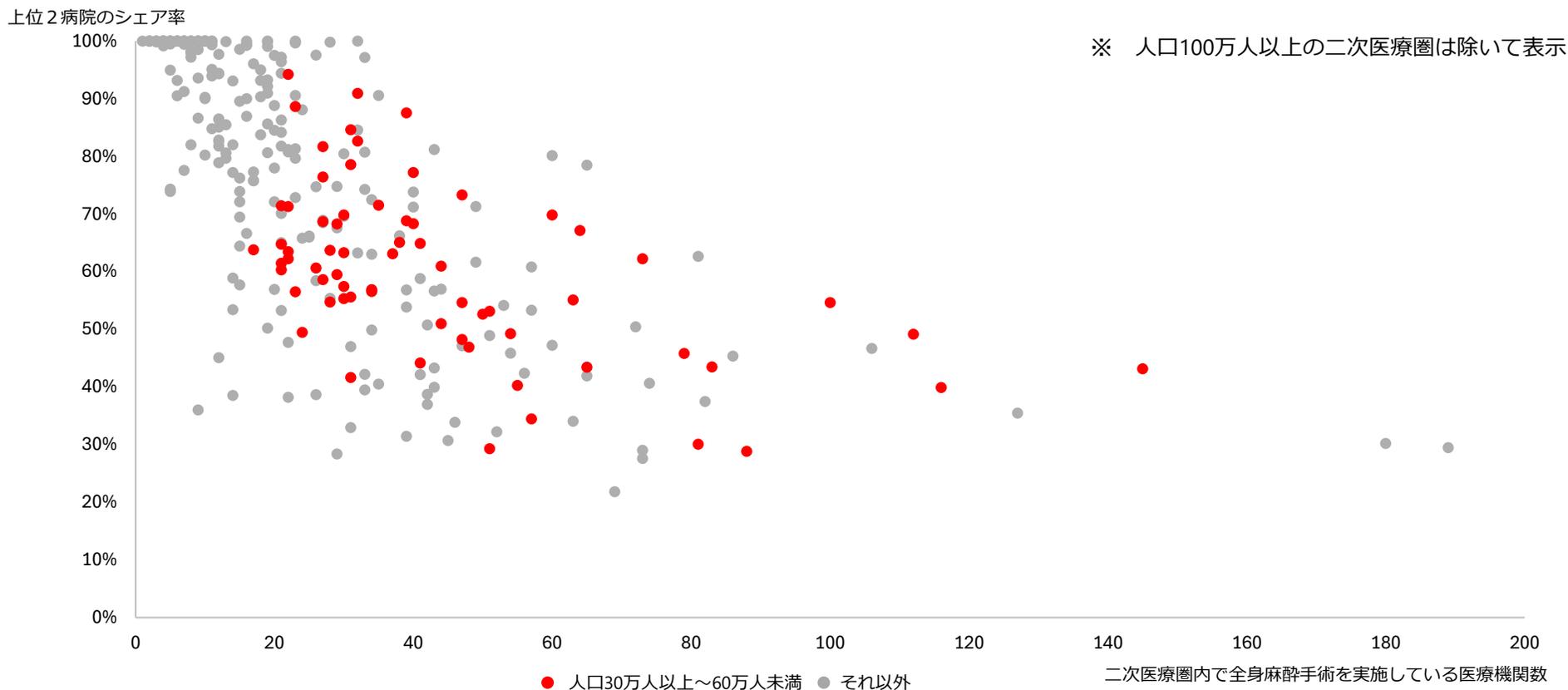


資料出所：令和6年度病床機能報告、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

地方都市型における急性期拠点機能の数について

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

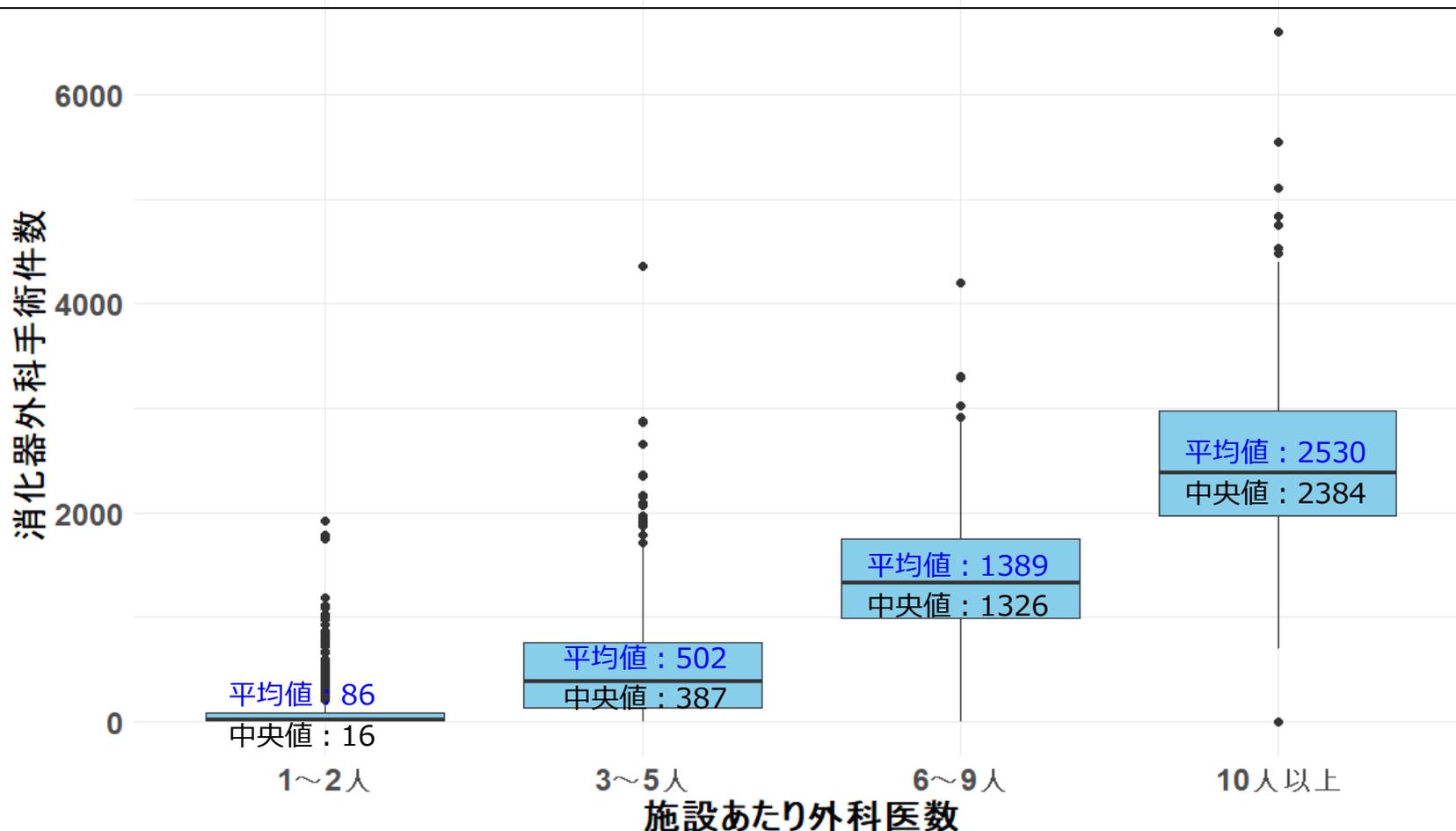
各二次医療圏における全身麻酔手術のシェア上位2医療機関のシェア率と
二次医療圏内における全身麻酔手術実施医療機関数の関係



医療機関別消化器外科医師数と消化器外科手術件数

診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1

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

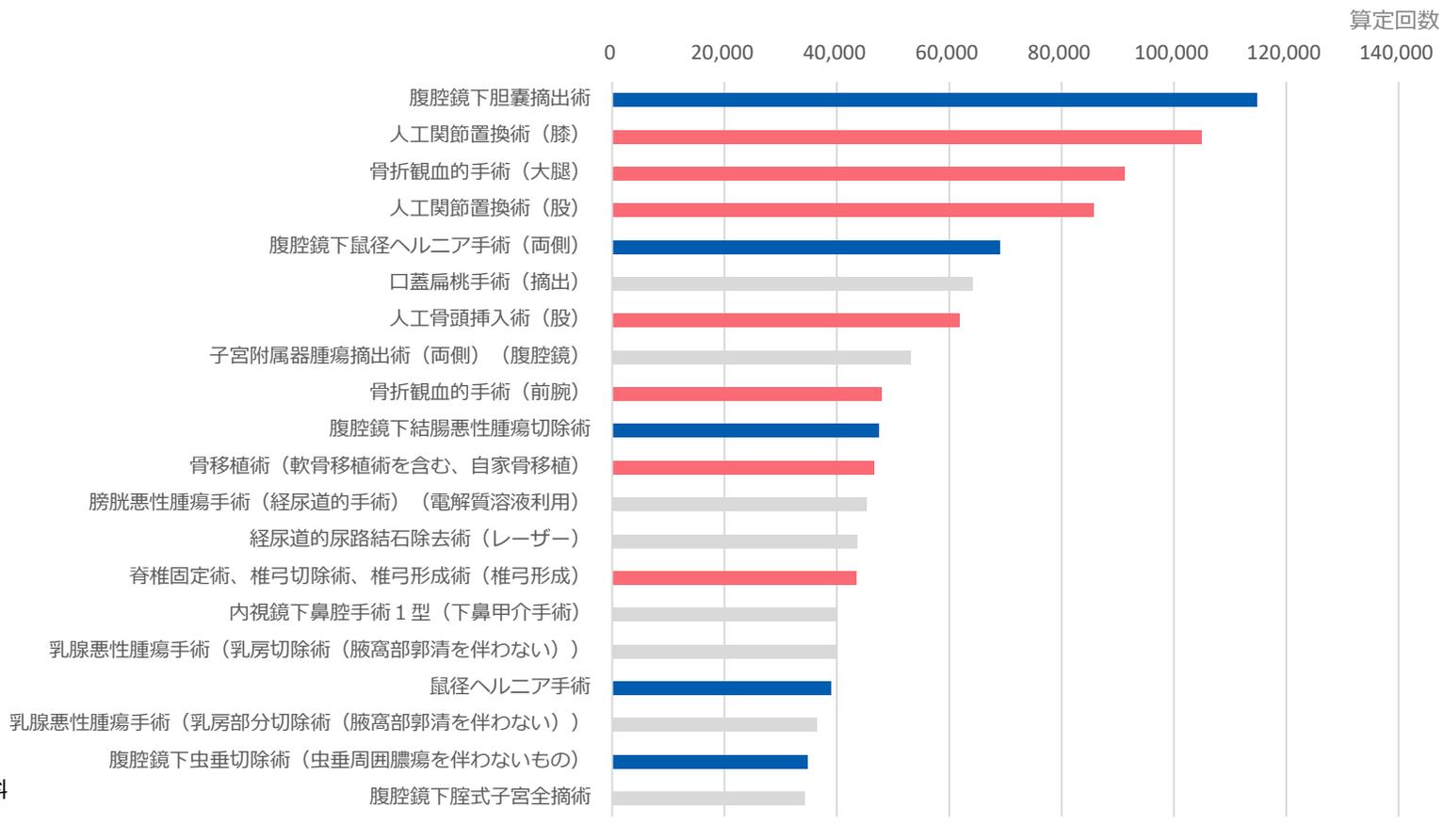


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医育機関の常勤医師
※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

全身麻酔手術のための体制について

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

全身麻酔手術（入院）の件数上位20

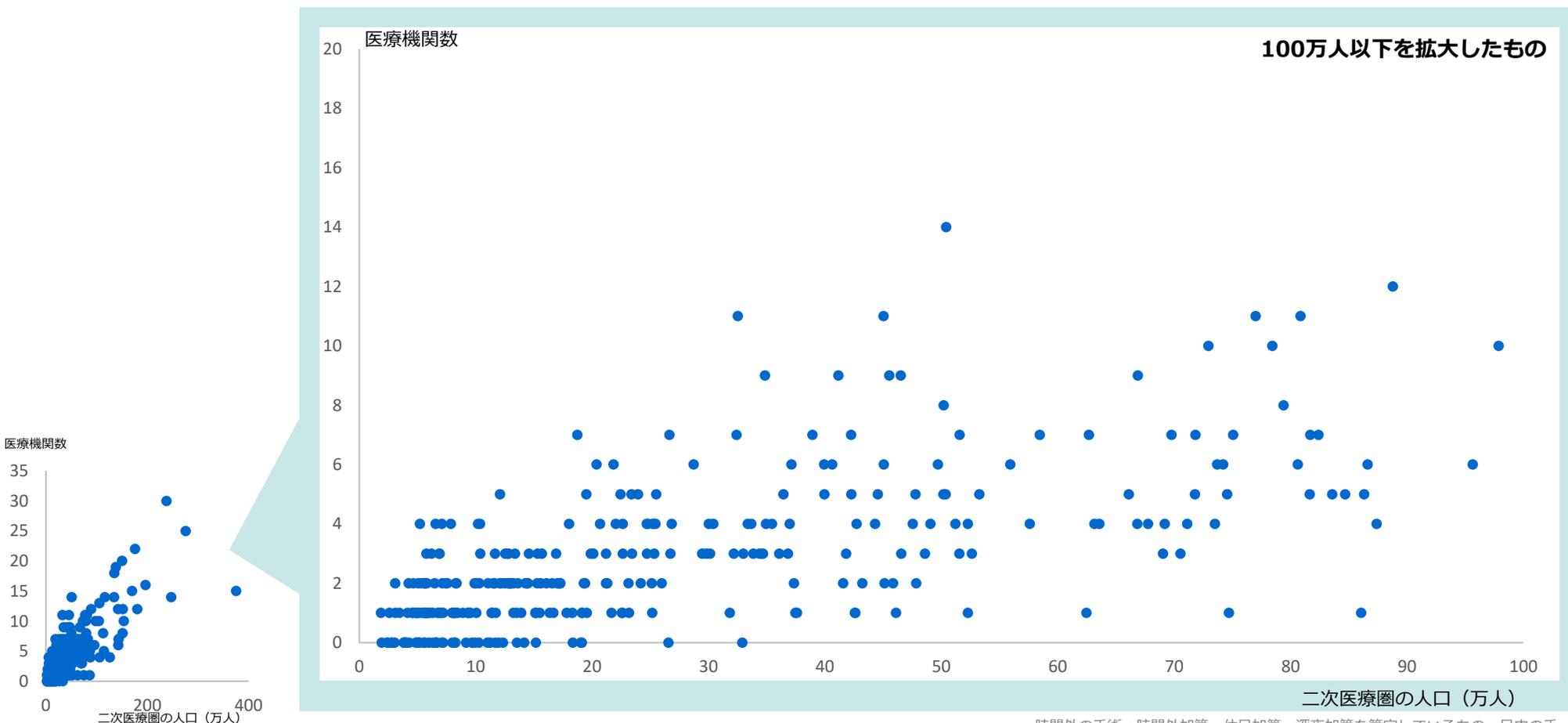


消化器外科
 整形外科

時間外手術のない医療機関数

- 消化器外科手術について、日中のみ手術を実施し、時間外に手術を実施していない医療機関の数は、人口が少ない区域でも一定数存在する。一定数の手術件数が当面見込まれる都市部においては、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等で、高齢者に多い疾患への手術等を行うことも考えられるが、人口の少ない区域において、時間外に手術を実施していない医療機関を含めた複数かつそれぞれの医療機関で、麻酔科医や手術関連スタッフを確保していくことは困難。

日中のみ消化器外科手術を実施し時間外に実施していない医療機関数

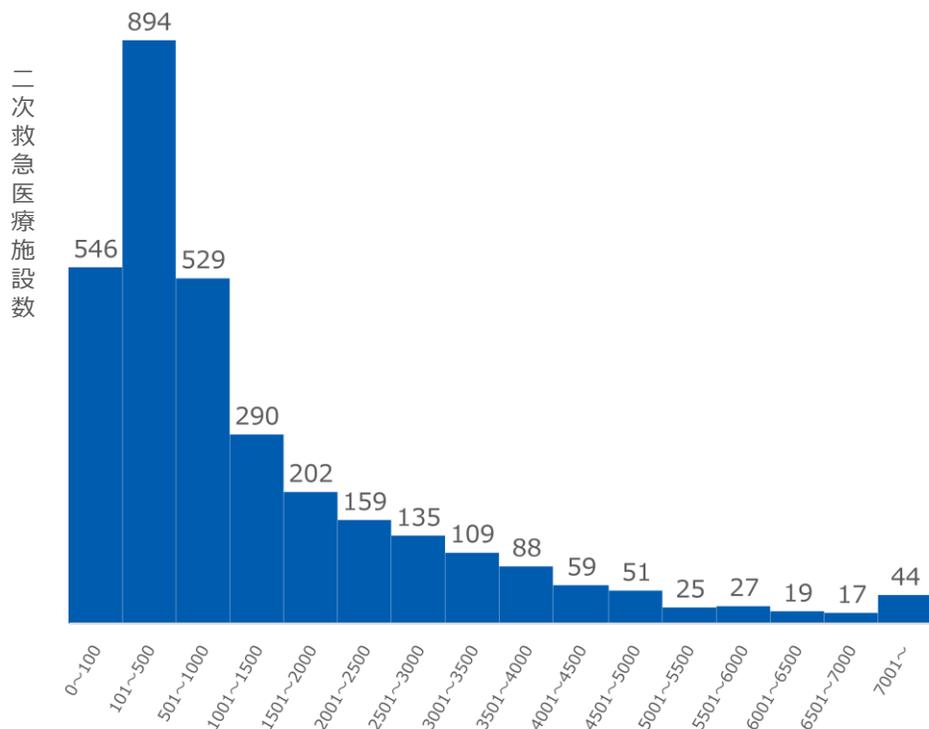


時間外の手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定しているもの、日中の手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定していないものと定義

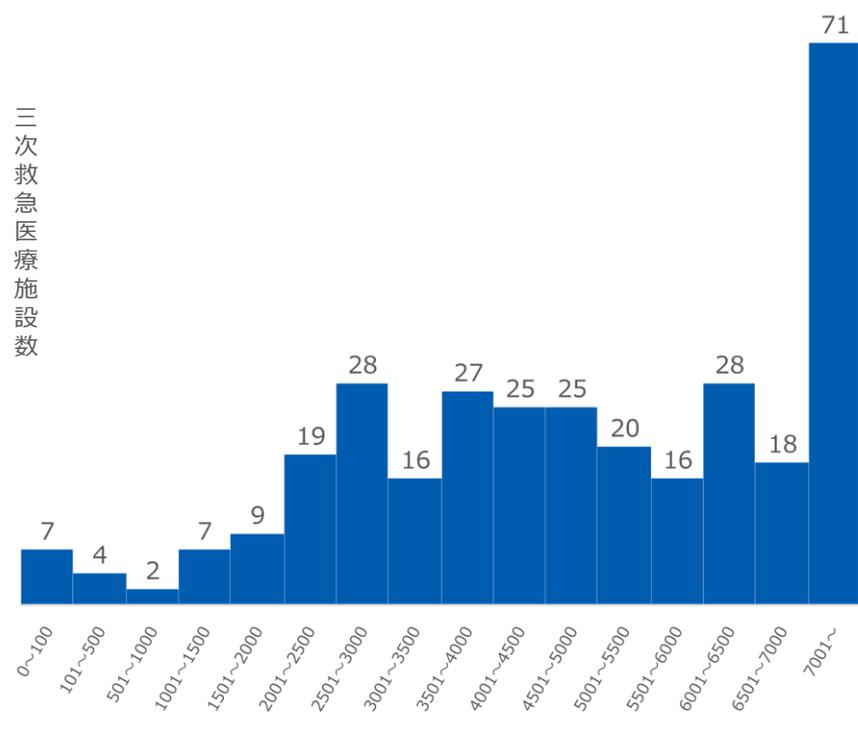
病院による救急車の受入について

- 急性期拠点機能を有する医療機関は、医療資源を多く要する救急医療を集約して対応することが求められる。二次救急医療施設でも年間5,000件以上の救急車を受け入れる医療機関が132存在する一方で、三次救急医療施設で重症のみを受け入れ年間の受入件数が少ない医療機関がある。

二次救急医療施設の年間の救急車受入件数



三次救急医療施設の年間の救急車受入件数

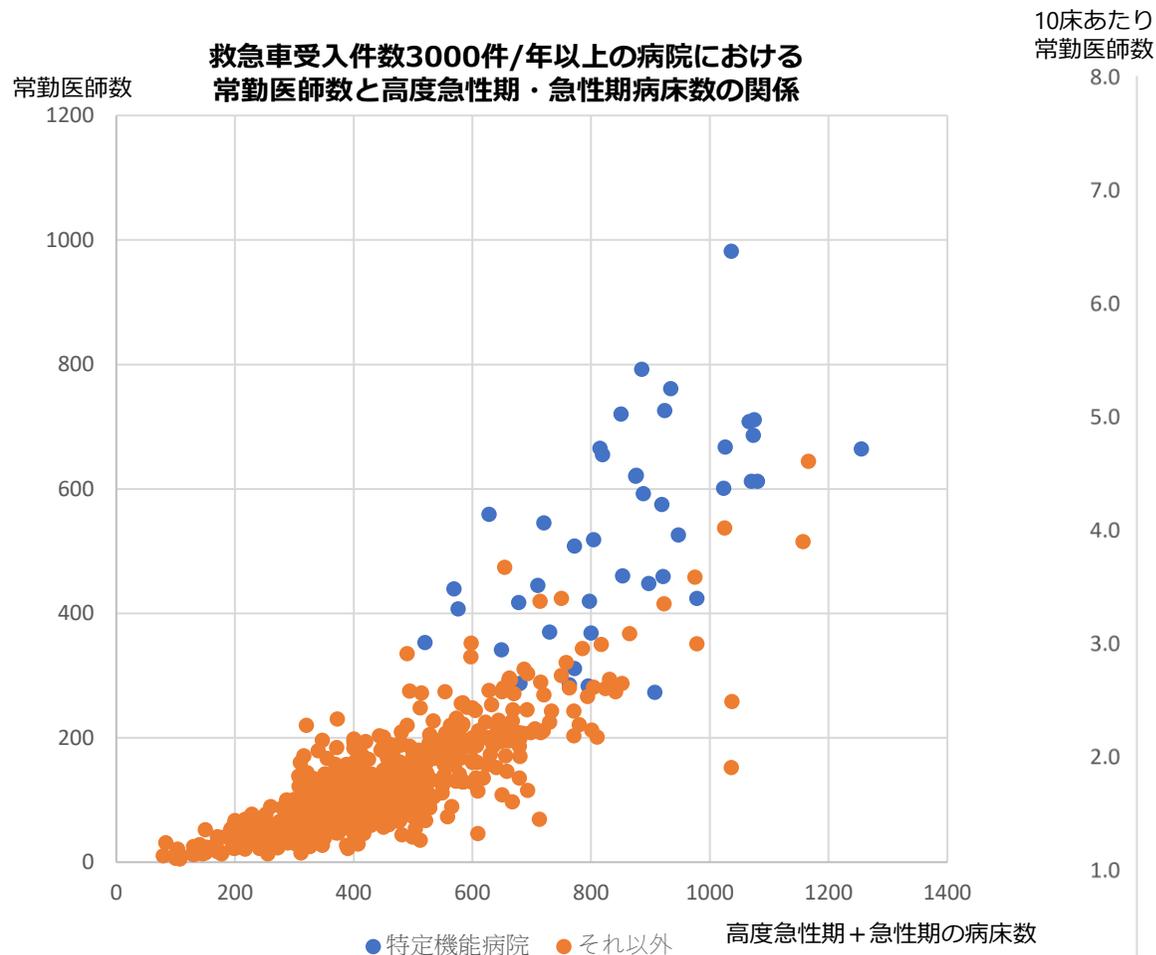


(年間の救急車受入件数)

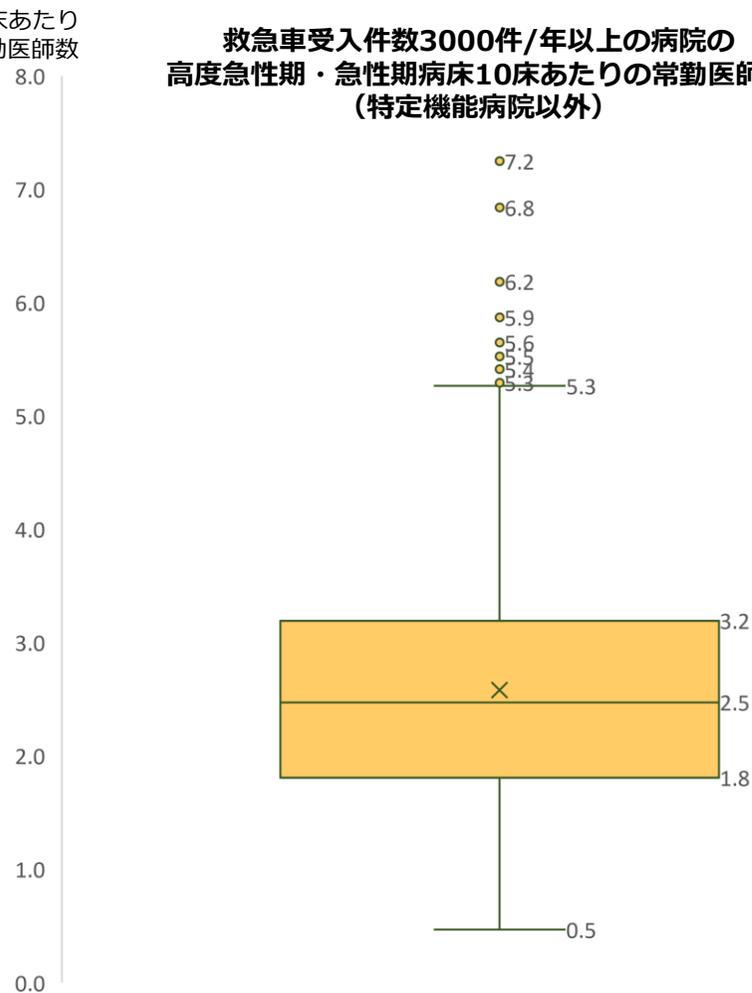
(年間の救急車受入件数) 15

急性期医療を担う医療機関の医師数について

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



救急車受入件数3000件/年以上の病院の
高度急性期・急性期病床10床あたりの常勤医師数
(特定機能病院以外)

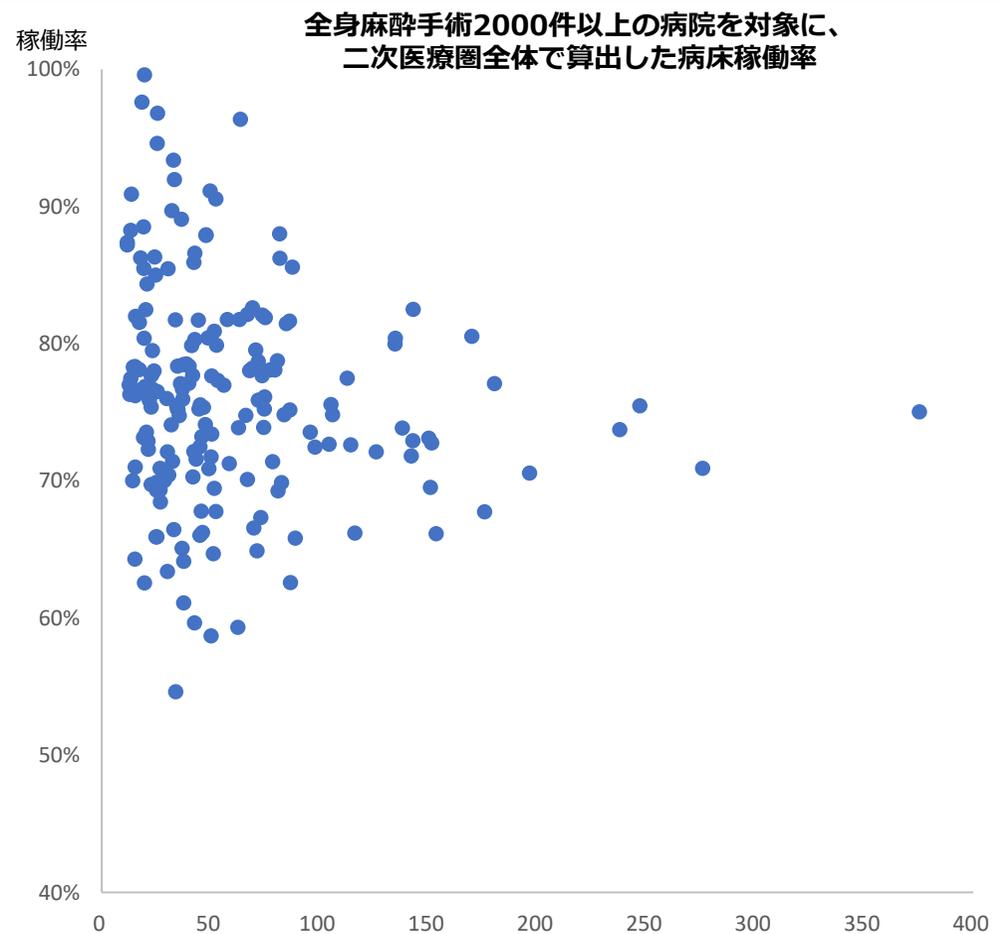
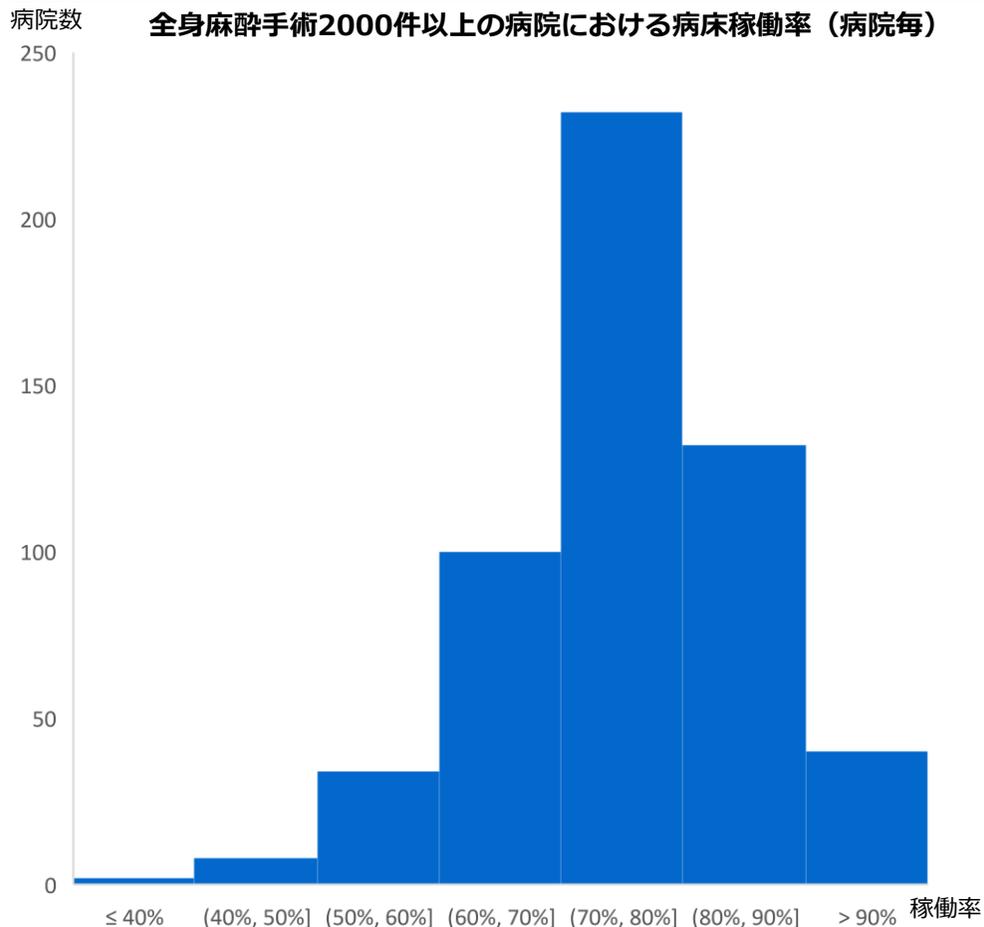


* 常勤医師数0人の報告を除いて集計

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

急性期を担う医療機関の病床稼働率について

- 全身麻酔手術2,000件/年以上の医療機関における病床稼働率は70%~80%が最も多い一方で、70%を下回っている病院も一定程度存在する。構想区域毎に見た場合も、70%を下回っている区域が多数存在する。急性期拠点機能の医療機関においては、区域において、安定的に提供体制を確保するため、病床稼働率を一定以上維持する必要がある。

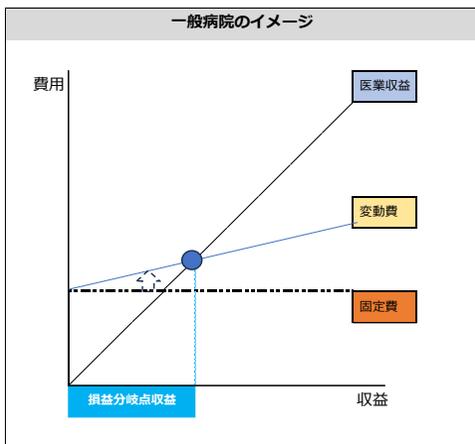


* 病床稼働率は、病床機能報告における在棟・在院患者延べ数を許可病床数（一般＋療養）で除したものの。稼働率が30%未満と100%以上となる報告は除外して集計。

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

急性期の拠点機能の確保に必要な規模（病床数）について

- 急性期を担う医療機関は、医療提供体制の維持のために、医療従事者や設備等に係る固定的な費用に加えて、変動費である医薬品費・材料費比率も高く、必要な収益規模が大きくなる。
- 地域において急性期の総合的な診療体制を維持するためには、一定の病床数が必要である。急性期拠点機能の確保・維持にあたっては、今後の人口減少等も踏まえながら、人口規模に応じて、一定の病床数の確保が必要。

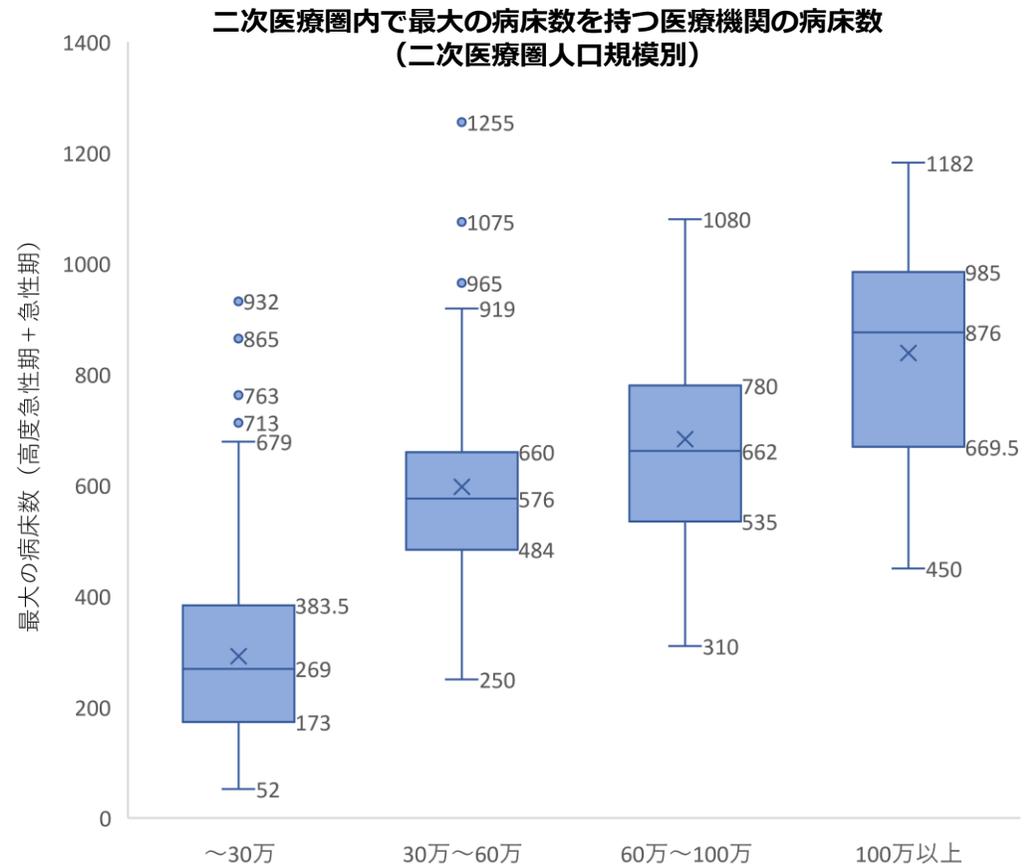
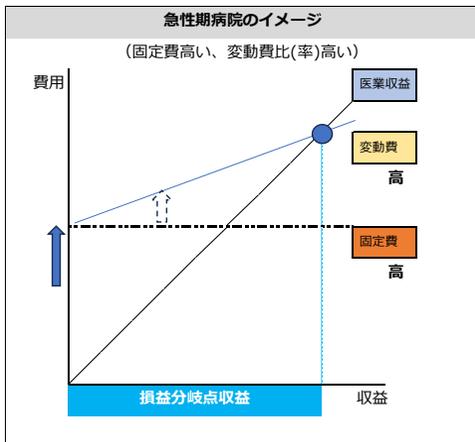


一般病院と急性期病院の損益分岐点収益の違い（イメージ）

急性期病院は、

- 急性期医療等の提供のために必要な人員や設備等に係る固定費がより高い
 - 手術等に必要医薬品・材料費率 = 変動費が高い
- ことから、損益分岐点収益(*)が高くなる。

* 損失を出さずに医療機関を運営するのに必要な収益



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

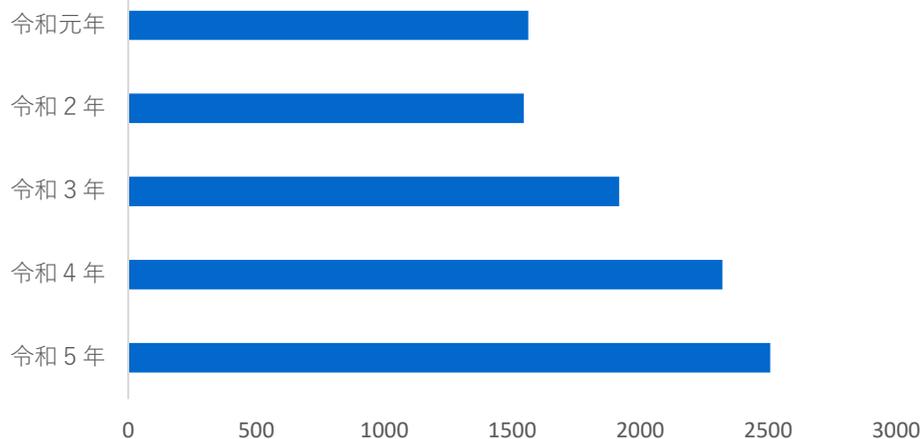
急性期医療において必要な機器の確保について①

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

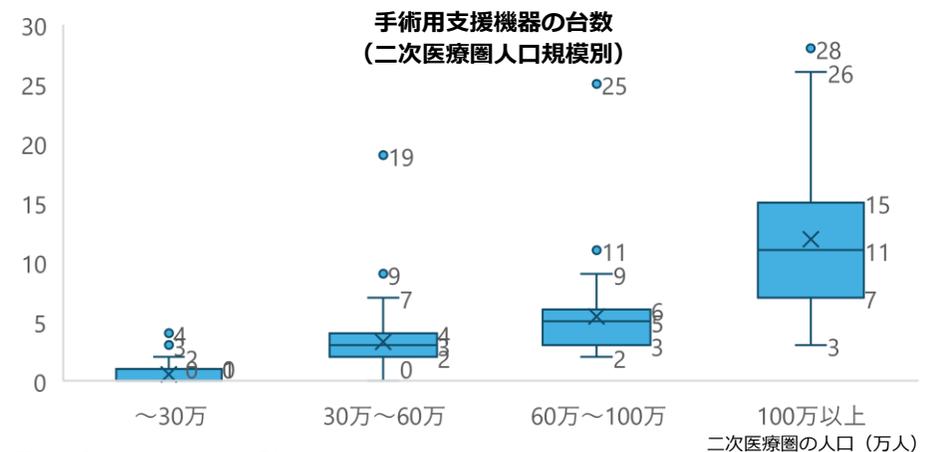
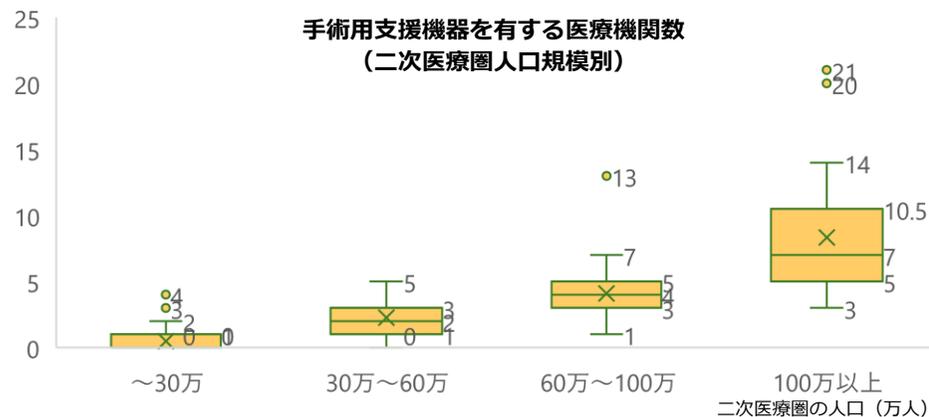
手術用支援機器については、前立腺全摘除術の手術について、腹腔鏡と比較して、出血量の減少、輸血割合の減少、開腹手術への移行割合の減少、在院日数の減少、合併症の減少など、治療効果の向上のエビデンスが示されている。

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

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



資料出所：社会医療行為別統計

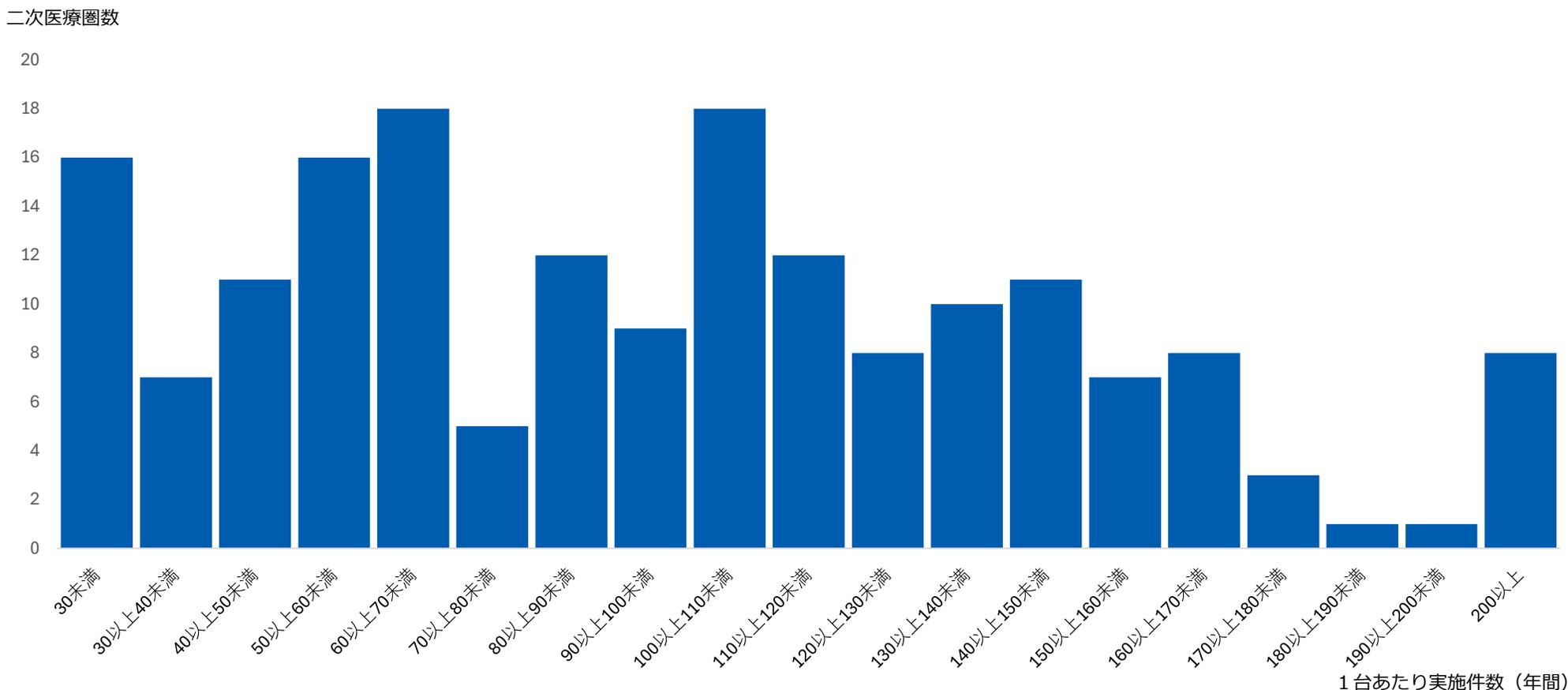


資料出所：令和6年度病床機能報告
総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

急性期医療において必要な機器の確保について②

- 手術用支援機器について、二次医療圏の1台あたりの手術実施件数にばらつきが見られ、効率性に課題があると考えられる。

二次医療圏毎の手術用支援機器1台あたり手術実施件数

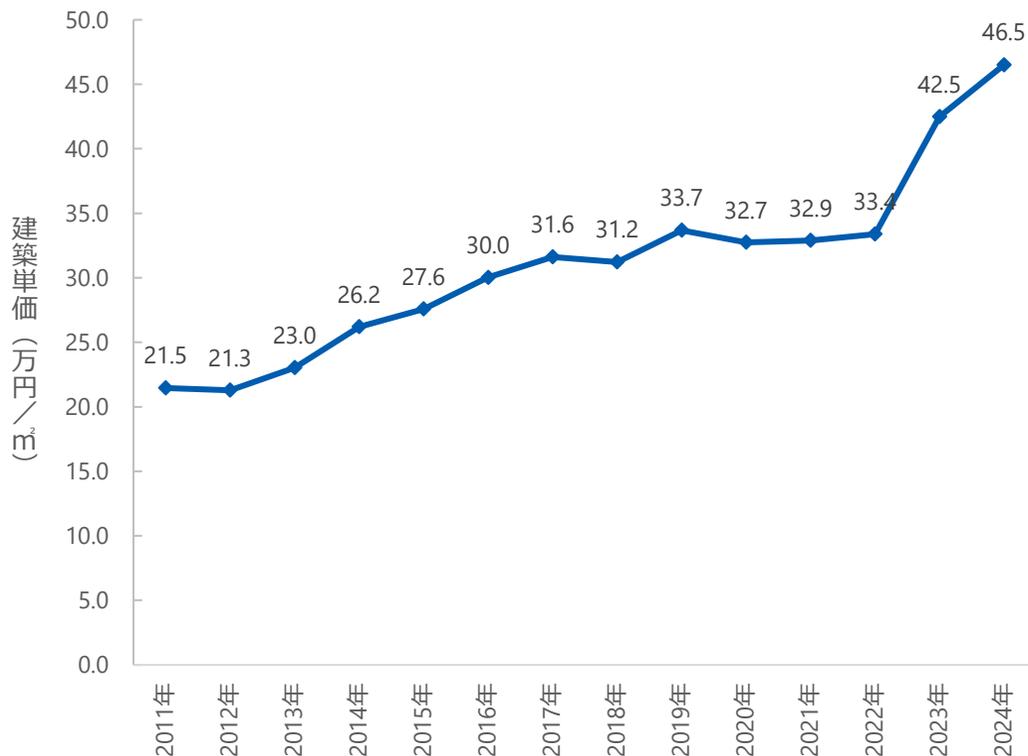


関連する診療報酬は、医科点数表第10部手術のうち、「内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合」の点数を集計。台数0の二次医療圏は除いて揭示。

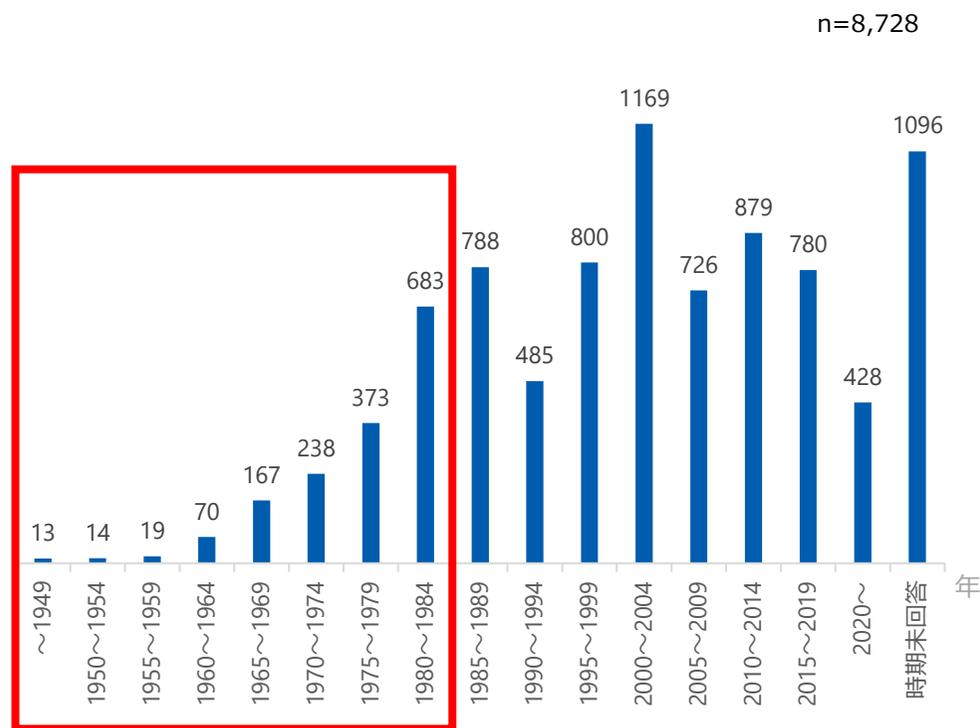
医療機関の建替えについて

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

病院・診療所の新規着工建築単価の推移



建築時期別の病棟数



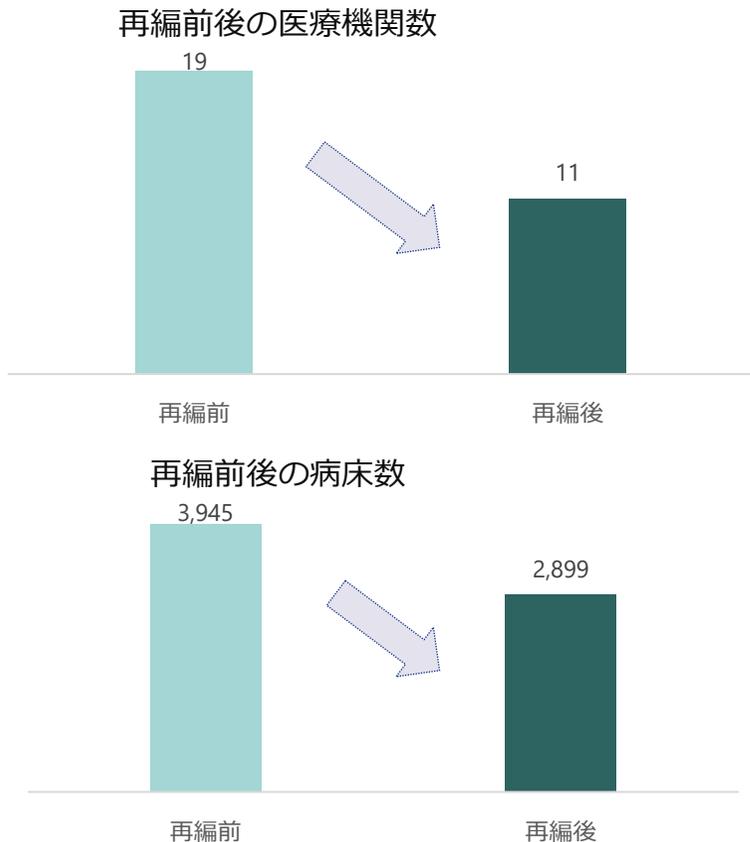
・国土交通省「建築着工統計調査」に基づき作成
 ・建築単価は、工事費予定額÷床面積にて算出

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

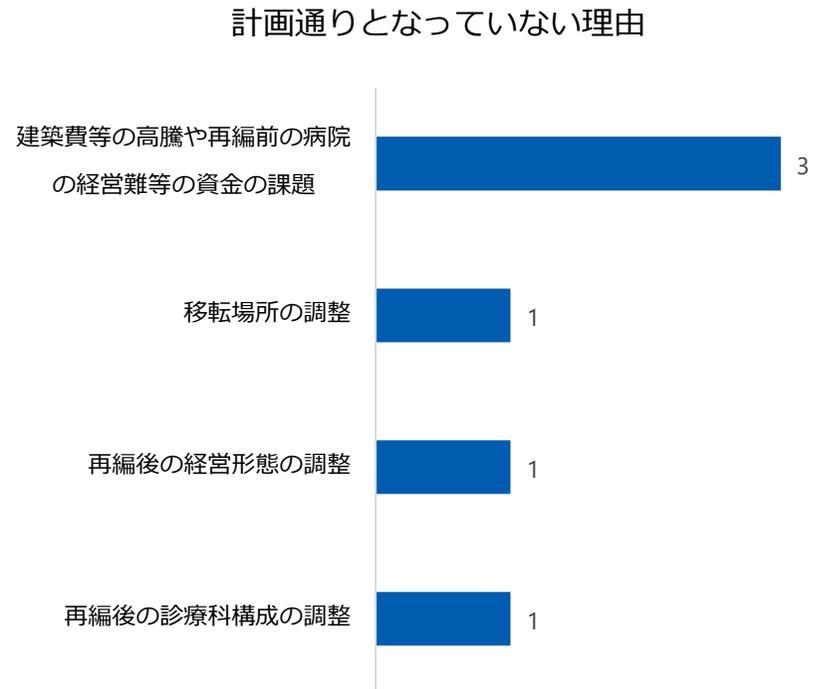
モデル推進区域等の取組の進捗について

- これまで、地域医療構想の推進に向けて、モデル推進区域及び重点支援区域において計40区域を選定し、重点支援区域においては84医療機関の再編統合の支援を行っている。
- 40区域のうち再編統合後の病床数の想定が現時点で決まっている5区域においては、合計で19病院から11病院への統合、3,945床から2,899床への減床とする計画が策定されている。このうち、当初の計画どおりに再編が進んでいない区域が5区域中3区域あり、その理由として、3区域ともに建築費・物価高騰等による資金不足を挙げている。

再編計画（5区域の計画）



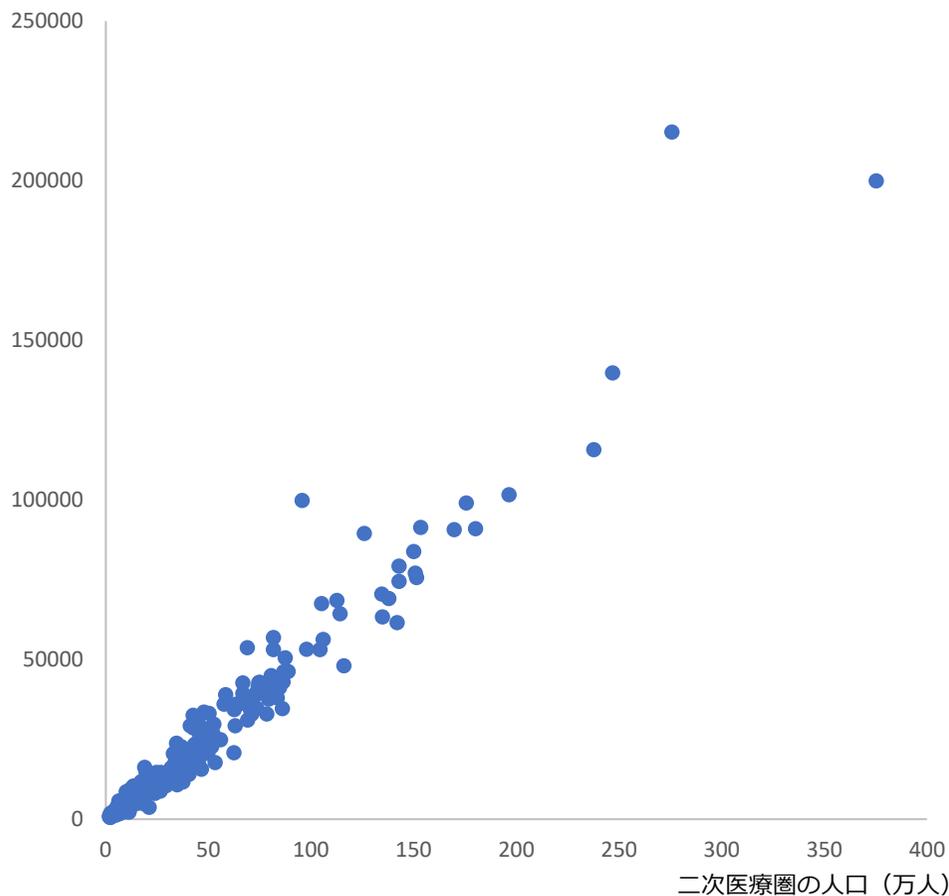
計画通りに進んでいない理由



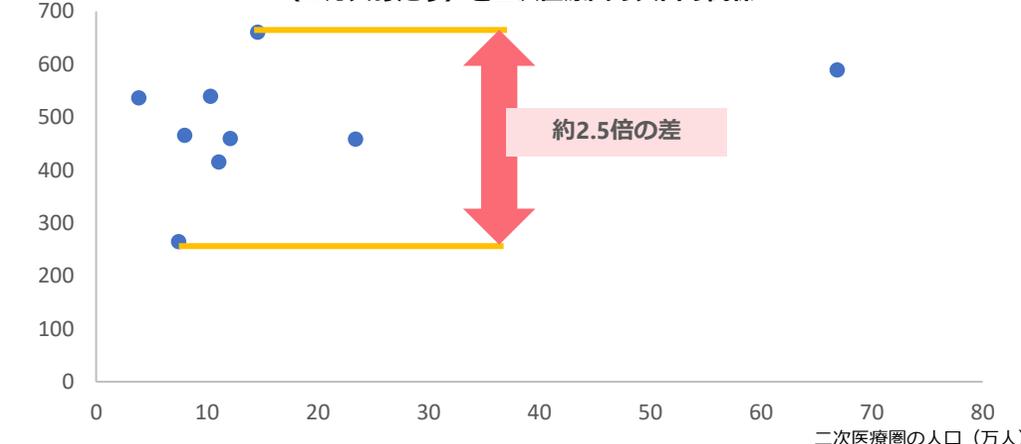
医療機関の実績を基準とした場合の留意点①（救急車の受入件数）

- 救急車の受入件数は、人口に比例する傾向にある。他方、人口あたりの件数は、同一県内の同人口規模であっても、様々な要因により、区域によってばらつきが見られる。
- 仮に、急性期拠点機能について、救急車の受入件数をその基準とする場合、必ずしも必要のない救急要請がなされる可能性や、高齢者救急の患者を包括期で受け入れるなどの機能分化の妨げになることが懸念される。

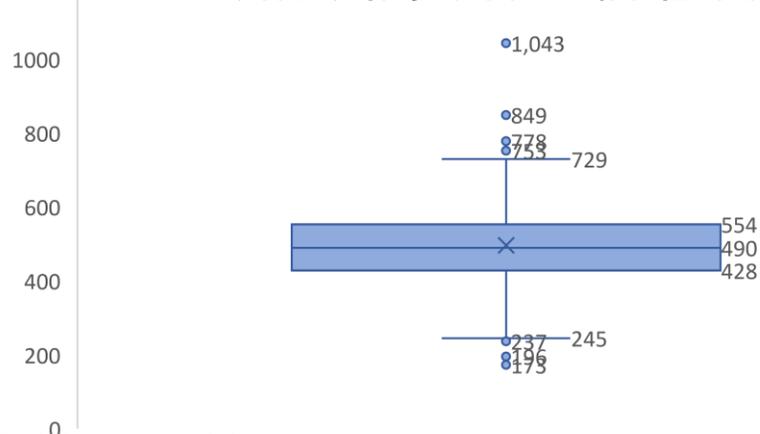
二次医療圏人口規模別の救急車の受入件数



A県における各二次医療圏の救急車受入件数（1万人あたり）と二次医療圏の人口の関係

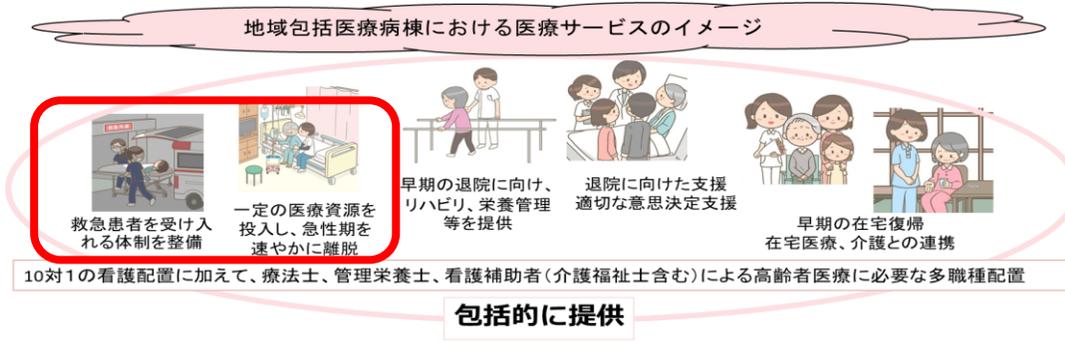


人口1万人あたりの救急車の受入件数（二次医療圏毎）



高齢者救急・地域急性期機能について

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



85歳以上の頻度の高い傷病名(※)

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	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

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名(※)

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

傷病名(上位15疾患)	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	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

医療機関と介護保険施設の連携

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

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
<p>■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。</p>	

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。**<経過措置3年間>**
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
<p>■ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。</p>	

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

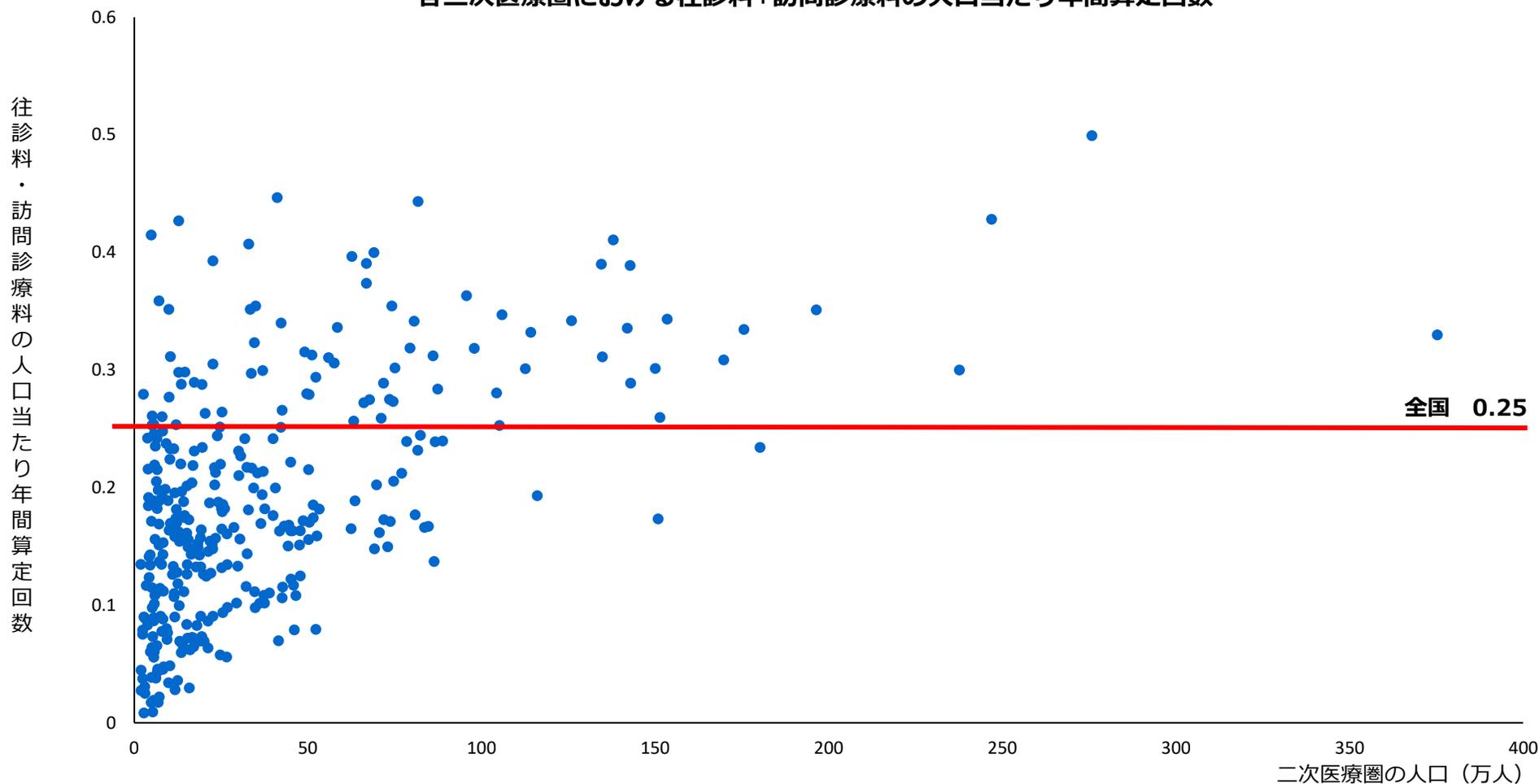
【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

在宅医療の人口当たり提供量の地域差

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

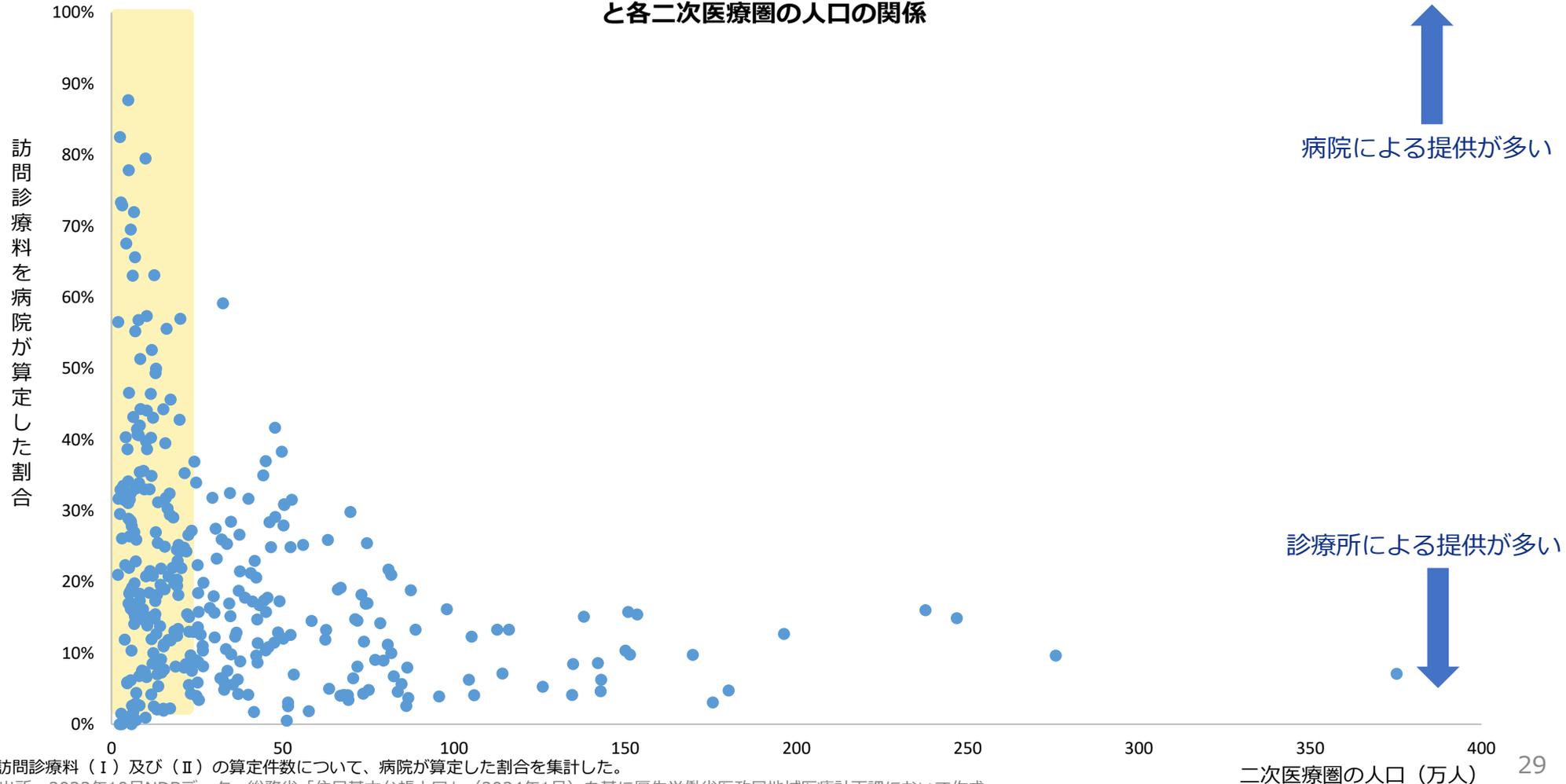
各二次医療圏における往診料+訪問診療料の人口当たり年間算定回数



訪問診療において病院が担っている役割

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

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



※ 訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計した。
資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

在宅医療を担う医療機関

- 医療計画や診療報酬において、それぞれ、在宅医療を担う医療機関について類型が設けられている。
- 在宅医療の提供においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関は「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」であることや、在宅医療等連携機能、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関は、高齢者施設などの協力医療機関として、在宅療養患者の入院等の受入れを行うなど、介護施設との連携を図ることが考えられる。

	診療報酬上の類型	医療計画上の類型	医療機関機能	
	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所 在宅療養支援病院 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療において積極的役割を担う医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療等連携機能 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急・地域急性期機能 急性期拠点機能
在宅医療の提供	○単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供	<ul style="list-style-type: none"> 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援 災害時に備えた体制構築 	<ul style="list-style-type: none"> 自院による在宅医療の提供や地域の訪問看護ステーション等の支援が求められる 加えて、地域によっては、在宅の後方支援として在宅相当患者の受入などが求められる 	<ul style="list-style-type: none"> 特に人口の少ない地域等においては、在宅医療等連携機能も担い、自院が在宅医療の提供を行うことも想定される
在宅療養患者の入院等の受入れ	○入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保	○入院機能を有する場合には、患者の病状が急変した際の受け入れを行う	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養患者の入院の受け入れを行う 高齢者施設等の協力医療機関となる 	<ul style="list-style-type: none"> それぞれの機能に応じた入院医療を提供 また、高齢者救急・地域急性期機能においては、高齢者施設等の協力医療機関となる
病床規模	病院は200床未満 (医療資源の少ない地域では280床未満)	特になし	特になし	

*在宅療養支援病院については、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半径4km以内に診療所が存在しない又は200床未満が要件とされている

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について

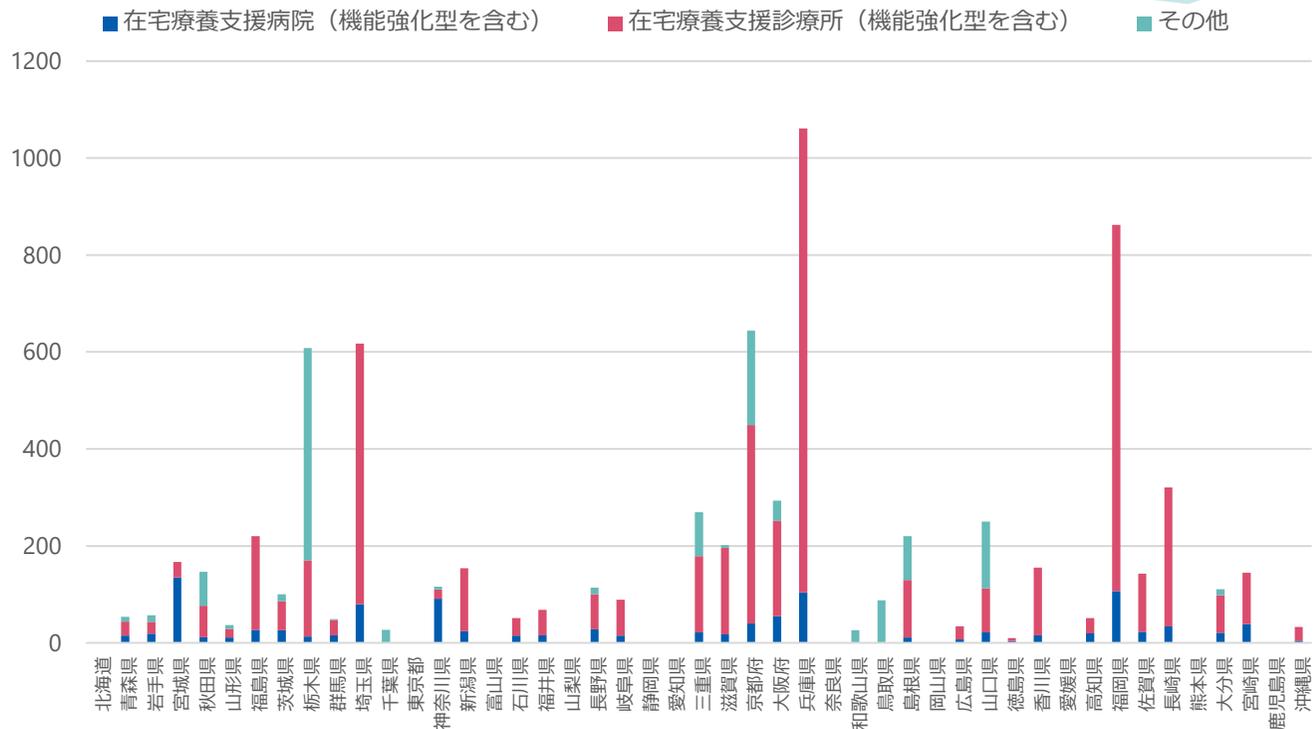
- 医療計画において、都道府県は在宅医療の提供体制構築のため、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所などを念頭に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を確保することとしており、当該医療機関の状況を見ると、在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所が多い一方、地域によっては、在宅療養支援歯科診療所・在宅療養支援歯科病院、訪問看護事業所や薬局が担っている場合もあった。

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ・ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けること。
- ・ また、在宅医療において積極的役割を担う医療機関については、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等の地域において在宅医療を担っている医療機関の中から位置付けることが想定される。

※ 指定がない又は少ない都道府県については、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の指定を調整中、現在は明確に定めていないが在支診・在支病を含むことを想定している等の状況にあることが考えられる。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の設定状況



（その他の例）

- ・ 在宅療養支援歯科診療所
- ・ 在宅療養支援歯科病院
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局 など

医療機関機能について（案）

- 「新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ」において、急性期拠点機能について【報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。】、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能については、【地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定】とされている。
- 急性期拠点機能は、地域において急性期医療に係る症例や医療資源等を集約することが必要。地域で急性期の拠点として必要な機能の数については、人口規模等を踏まえながら検討する必要がある、また、どの医療機関が当該機能を担うかについては、手術件数、救急車の受入台数などの診療実績をもとに、建築時期や地理的条件なども踏まえながら、地域において協議する必要がある。
- 人口の少ない地域においては、当該地域内で急性期拠点機能を確保することが考えられるが、一定の人口規模のある地方都市型においては、複数の急性期拠点機能を確保することが考えられる。
- 消化器外科や整形外科など、高齢者に限らず頻度の高い全身麻酔手術の実施体制は地域で確保する必要があり、そのための麻酔科医を効率的に確保するためには、手術を提供する医療機関において複数の診療科、一定の症例数に対応することが求められる。一方で、特に人口の少ない地域では麻酔科医を確保していくことが困難。
- 地域において急性期拠点機能に関する協議を行う際には、救急車の件数、全身麻酔の手術件数、緊急手術の件数、高度急性期及び急性期の病床数・稼働率医師数等の医療の提供状況等に関するデータの他、医療機関の築年数や医療機器の状況等も参考とすることが考えられる。
- その際、救急車受入れ件数のような、機械的な要件を満たした場合に当該機能を選択するといった制度設計にすると、医療機関にとって目標値のような扱いになり、適切な機能分化に影響を与えることも懸念されることには留意が必要。
- 高齢者救急・地域急性期機能は、地域における一次救急等の機能が求められるほか、在宅医療等連携機能とともに、高齢者施設等との協力体制が求められる。
- 急性期拠点機能の数については、人口の少ない地域については一つ、地方都市型等における拠点機能の数は人口規模に応じて設定することとしてはどうか。東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く地域格差は正や医師偏在などの課題が指摘されていることも踏まえ、その取扱いについては例外的に定めることとしてはどうか。
- 急性期拠点機能について、地域で協議する際には、救急車の件数、全身麻酔の手術件数、緊急手術の件数、急性期を担う病床数・稼働率、医師数等の医療の提供状況等に関するデータの他、医療機関の築年数等、今後必要となる施設整備などの観点も参考にすることとしてはどうか。なお、それらの値については、絶対的な基準とした場合の留意点も踏まえて整理することとしてはどうか。
- 高齢者救急・地域急性期機能について、高齢者救急を受け入れ、入院早期からのリハビリ等の実施が可能なこと、高齢者施設等の協力医療機関となることに加え、地域によって救急搬送等の受入れ実態、求められる役割が様々であることを踏まえ、その機能として、救急の受入れ件数の他、例えば、施設等からの受入れを地域で開放して、平日日中の救急車を受け入れるような地域間での合意・連携体制がとられていること、また、診療所が少ない一部の地域では、一次救急等の外来医療を提供していることを求めることとしてはどうか。
- 在宅医療等連携機能について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や高齢者施設等の協力医療機関となることや、協力状況を地域の医療機関、高齢者施設、消防などとの間で共有することを求めることとしてはどうか。さらに、地域において在宅医療の提供が少ない場合は、訪問看護ステーションを有する等、常時在宅医療や訪問看護を提供すること等が考えられる。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<p>100万人以上</p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪看ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	<p>50万人程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	<p>～30万人</p> <p>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

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

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）等
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護 S T を有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

2. 医療従事者の確保について



第1回「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における主な意見③

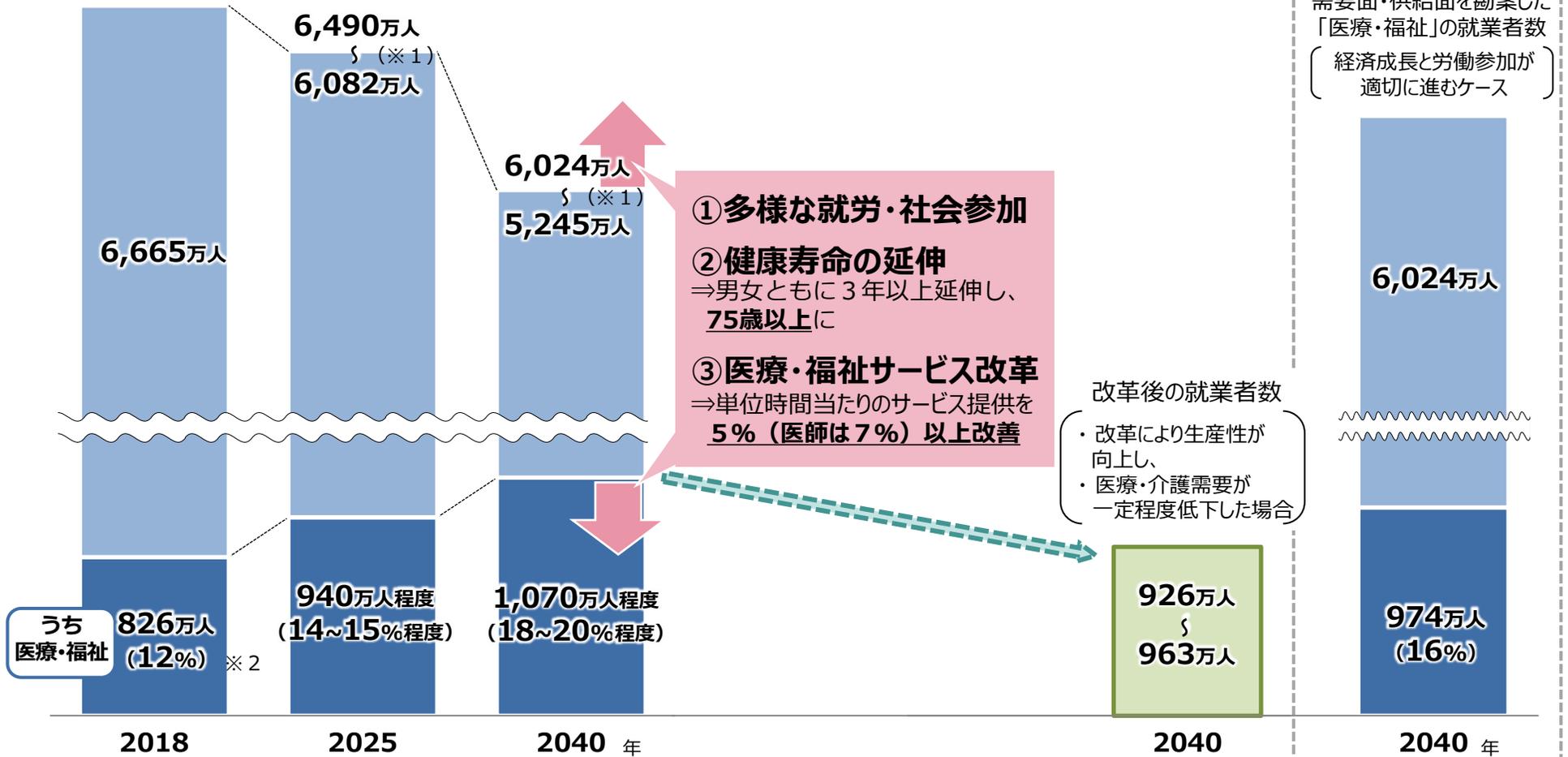
医療従事者の確保に関する第1回検討会での主な意見

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

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

新たな地域医療構想に関するとりまとめにおける整理

令和6年12月18日 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」より抜粋

2. 2040年頃の医療をとりまく状況と課題

(2) 医療従事者

- 医師や看護師等の医療従事者の確保が困難となっている中、2040年に向けて、さらなる生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者確保の制約が増す中で医療提供体制の確保が必要となり、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進が重要となる。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は平均年齢が60代以上と高齢化しており、人口が少ない二次医療圏では診療所数は減少傾向、人口の多い二次医療圏では診療所数は増加傾向にある。
- 歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

(1) 新たな地域医療構想における基本的な方向性

- 3点目は、医療の質や医療従事者の確保である。地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要である。また、今後、多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築することが求められる。

令和6年12月18日 「医師偏在対策に関するとりまとめ」より抜粋

4. 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

- 今後、地域ごとに人口構造が急激に変化していく中で、地域や診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない状況にある。また、日本の人口減少が進み、人材制約が大きくなる一方、医師数は毎年増加しており、医師の需要と供給は2029年頃に均衡する推計もある中、医師確保対策について、総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある。
- 人口減少が進む中で、定住人口が見込まれる地域であっても、「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があることから、将来にわたって国民皆保険を維持し、こうした地域を守るため、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組むことが重要である。

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

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

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

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

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- 在宅医療に関する事項
- 医療・介護連携に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- 救命救急センターに関する事項
- 救急搬送に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等



連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～	議論の開始
秋頃	中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

歯科医師の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

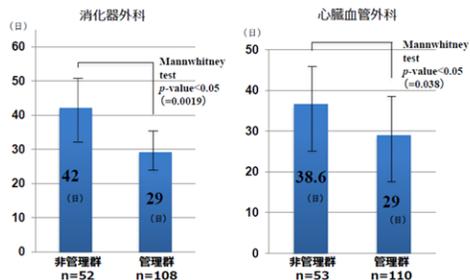
概要

- 地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。
- 歯科専門職確保のため、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する。

医科歯科連携の重要性

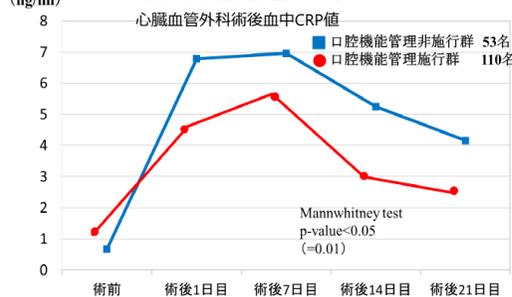
歯科医師が入院患者の口腔の管理を行うことによって、在院日数の短縮や肺炎発症の抑制に資することが明らかとなる等、口腔と全身の関係について広く知られるようになり、医科歯科連携の重要性が増している。

入院患者に対する在院日数削減効果



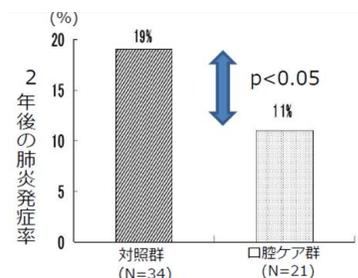
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

術後の回復過程に及ぼす効果



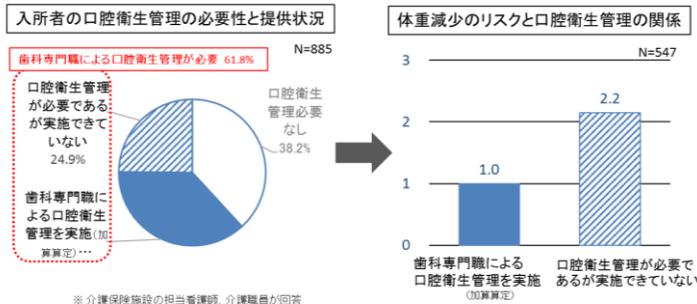
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲部委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



Yoneyama et al. :Lancet;1999

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



※ 介護保険施設の担当看護師、介護職員が回答

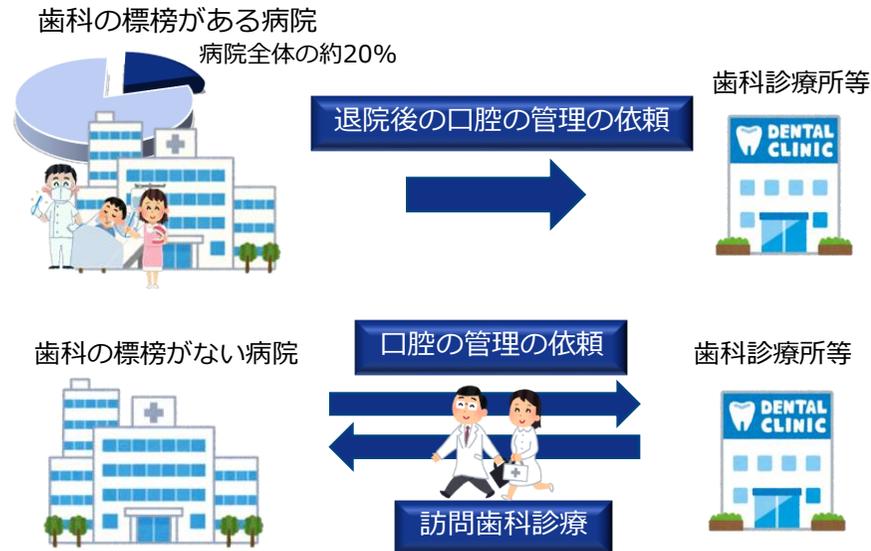
※ 入所者の年齢、性別、BMI、ADL、CDR、既往歴を調整

出典：令和元年度 老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

地域の実情に応じた歯科医療体制の確保

地域の実情を踏まえて、病院に歯科専門職を配置することや、病院と地域の歯科専門職の連携が重要。

病院と地域の歯科診療所等の連携のイメージ



薬剤師の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

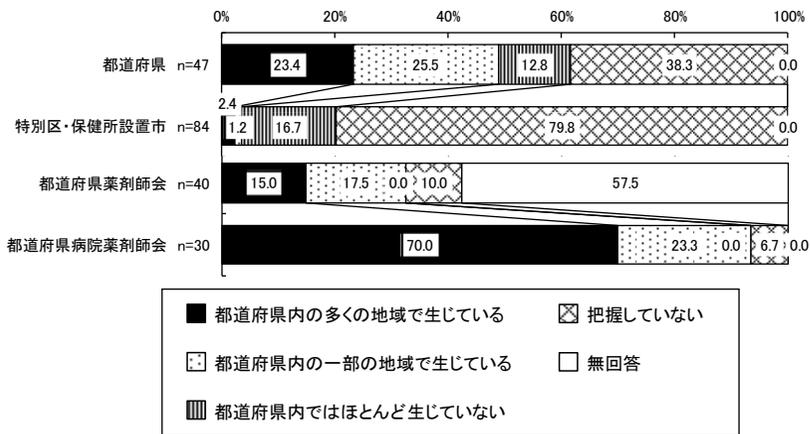
概要

- 医療従事者の確保等の記載事項として、薬剤師の資質向上に加えて、薬剤師確保の観点を新たに記載。
- 病院薬剤師では病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師は在宅医療や高度薬学管理等を中心に業務・役割のさらなる充実が求められており、そのために必要な薬剤師の確保を図るため、病院及び薬局それぞれにおける薬剤師の就業状況を把握。
- 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用するうえ、地域の実情に応じた薬剤師確保策を講じる。
- 確保策の検討・実行にあたっては、都道府県の薬務主管課・医務主管課、都道府県薬剤師会等の関係団体が連携して取り組む。特に、病院薬剤師の確保策について検討・実施する際は、前記の関係団体に加え、都道府県病院薬剤師会とも連携。

薬剤師偏在の課題

- 薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在が存在。特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題。
- 都道府県と都道府県薬剤師会・病院薬剤師会の間で、薬剤師不足の把握状況や認識にギャップ。

都道府県内における薬剤師不足の認識<病院>



地域医療介護総合確保基金の活用

事業区分Ⅳ

標準事業例「48 地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援」

地域薬剤師会において、求職希望の薬剤師の氏名、勤務希望地域、勤務条件などを登録し、薬剤師の確保が困難な、地域包括ケア等を担う病院・薬局からの求めに対して、周辺地域に勤務する薬剤師の緊急派遣などの協議・調整を行うための体制整備を支援する。

事業区分Ⅳに関連する基金の対象して差し支えない経費として以下を明示

薬剤師修学資金貸与事業を行うために必要な経費（都道府県が認めた薬剤師が不足する地域に所在する医療機関等を勤務地として、一定期間の勤務を修学資金返済義務免除要件としているものに限る）

（「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（令和3年2月19日付医政地発0219第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

地域における病院薬剤師の安定的な確保を目的として、都道府県が指定する病院（薬剤師の偏在状況や充足状況等を踏まえ薬剤師が不足とされている地域・医療機関に限る）へ期間を定めて薬剤師派遣を行うための経費

（「地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る標準事業例の取扱いについて」（令和3年9月28日付医政地発0928第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

「地域医療介護総合確保基金を活用した薬剤師修学資金貸与事業の取扱いについて」において、具体的な要件及び基本的な考え方を周知。

（令和3年12月24日付厚生労働省医政局地域医療計画課、同省医薬・生活衛生局総務課連名事務連絡）

看護職員確保対策の推進（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 地域の関係者の連携の下、都道府県・二次医療圏ごとの課題を把握し、課題に応じた看護職員確保対策の実施を推進。
- 都道府県において、地域の実情を踏まえつつ、需要が増大する訪問看護に従事する看護職員の確保方策を定める。
- 感染症拡大への迅速・的確な対応等のため、都道府県ごとの就業者数の目標の設定等を通じて、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成を推進。

◎看護職員の需給の状況は都道府県・二次医療圏ごとに差異がある

看護職員総数が不足すると推計された都道府県 (2025年の看護職員需要数が2016年の供給数を上回る)	看護職員総数が充足されると推計された都道府県 (2016年の供給数より2025年の看護職員需要数が少ない)
37都道府県	10都道府県

不足傾向は都道府県ごとに異なり、都市部（首都圏、近畿圏等）で不足傾向が強い

- ✓ 二次医療圏単位では、総数が不足傾向の圏域もある。
- ✓ 多くの二次医療圏で、訪問看護等について不足傾向。

◎訪問看護は需要の増大が大きく、人材確保が困難

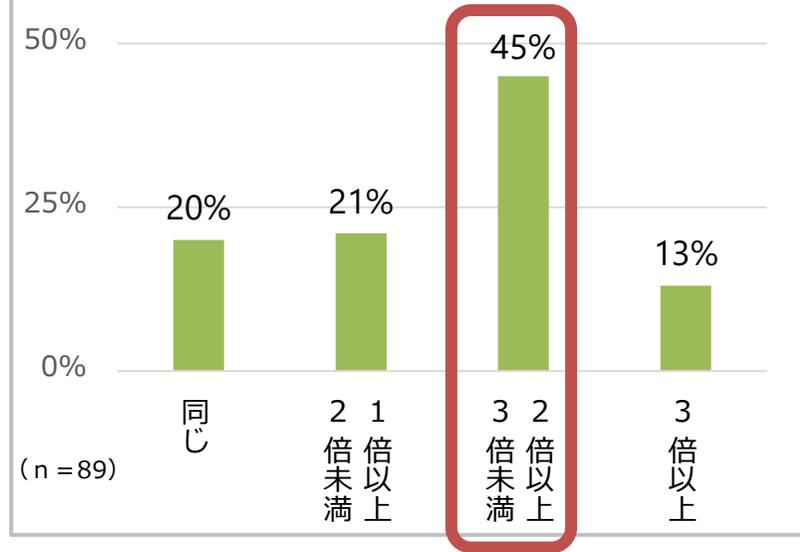
(万人)

	① 2016年	② 2020年	③ 2025年(推計)	③-② 需要増大(推計)
病院+有床診療所+ 精神病床+無床診療所	134.8	136.0	136.5	0.6
訪問看護事業所	4.7	6.8	11.3	4.5
介護保険サービス等	15.0	17.3	18.7	1.5
保健所・市町村・学校養 成所等	11.5	13.4	13.6	0.3

※ 都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率（2020年度）を比較すると、**訪問看護ステーションの求人倍率が3.26倍で最大**

◎新型コロナの重症者の診療に当たっては、専門性の高い看護師が数多く必要になった

同等の重症患者の管理と比べ、ECMO管理を要するコロナ患者の治療に必要であった看護師の数（医療施設の回答）



資料出所：

- ・「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ（概要）」（令和元年（2019年）11月15日）
- ・厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づく厚生労働省医政局看護課による集計・推計結果
- ・日本看護協会「2020年度 ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人・就職に関する分析」
- ・重症新型コロナウイルス感染症診療における診療報酬上の特例措置についての現状調査（令和3年7月 日本集中治療医学会）【調査対象時期：令和2年2月～令和3年6月、調査対象：集中治療医学会評議員の所属施設225施設（回答率50%）】

医師を除く各職種における需給推計等の検討状況

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

	需給推計等の検討状況
歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 「歯科医療提供体制等に関する検討会」及び「歯科医師の適正配置に関するワーキンググループ」において、歯科医師の偏在対策を含め今後の歯科医療提供体制のあり方等について検討中 歯科医師の必要数については、「歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループ」において、今後検討予定
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 2020年～2045年の需給推計を公表（2021年） 薬剤師偏在指標を含む「薬剤師確保計画ガイドライン」を発出（2023年） 都道府県が薬剤師偏在指標に基づく薬剤師確保計画を策定（2023年度）し、計画に基づく偏在対策を開始（2024年度～） 「病院薬剤師の確保及び業務改革推進事業」において、病院薬剤師の確保に係る医療計画への記載事項等を調査（2025年度）
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」において、2025年の需給推計を含む、とりまとめを公表（2019年） 2025年以降の需給推計については、新たな地域医療構想を踏まえた上で検討予定
その他	<ul style="list-style-type: none"> 「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士分科会」において、2040年の需給推計を含む、理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性を公表（2019年）

医療従事者の確保について（案）

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



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