

中央社会保険医療協議会 総会（第610回） 議事次第

令和7年6月25日(水)
10:00～

議題

- 部会・小委員会に属する委員の指名等について
- 保険医療材料専門部会からの報告について
- 薬価専門部会からの報告について
- 医療提供体制等について

中央社会保険医療協議会委員名簿

令和7年6月25日現在

代表区分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥瀬美夏子 松本真人 佐保昌一 高町晃司 奥田好秀 鈴木順三 伊藤徳宇	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県桑名市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 茂松茂人 江澤和彦 池端幸彦 太田圭洋 大杉和司 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本医療法人協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯塚敏晃 小塙隆士 笠木映里 永瀬伸子 本田文子 城山英明	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所特任教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 大妻女子大学データサイエンス学部教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員	岡本章 木澤晃代 上田克彦 小松知子 藤原尚也 越後園子 荒川隆治 守田恭彦 前田桂 青木幸生	九度山町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 神奈川歯科大学全身管理歯科学講座障害者歯科学分野教授 中外製薬株式会社 執行役員 涉外調査担当 第一三共株式会社 涉外部 涉外部長 アルフレッサホールディングス株式会社 代表取締役社長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社 バイスプレジデント 丸木医科器械株式会社参与

◎印：会長

総会名簿

令和7年6月25日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥潟美夏子 松本真人 佐保昌一 高町晃司 奥田好秀 鈴木順三 伊藤徳宇	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県桑名市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 茂松茂人 江澤和彦 池端幸彦 太田圭洋 大杉和司 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本医療法人協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯塚敏晃 ◎ 小塙隆士 笠木映里 永瀬伸子 本田文子 城山英明	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所特任教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 大妻女子大学データサイエンス学部教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員	岡本章 木澤晃代 上田克彦 小松知子	九度山町長 日本看護協会常任理事 チーム医療推進協議会代表 神奈川歯科大学全身管理歯科学講座障害者歯科学分野教授

◎印：会長

調査実施小委員会委員名簿（案）

令和7年6月25日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥潟美夏子 松本真人 佐保昌一 奥田好秀 鈴木順三	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 江澤和彦 池端幸彦 大杉和司 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 <u>日本歯科医師会常務理事</u> 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	飯塚敏晃 小塙隆士 永瀬伸子 ◎ 本田文子	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所特任教授 お茶の水女子大学基幹研究院人間科学系教授 一橋大学大学院経済学研究科教授

◎印：小委員長

診療報酬基本問題小委員会委員名簿（案）

令和7年6月25日現在

代表区分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥瀬美夏子 松本真人 佐保昌一 奥田好秀 伊藤徳宇	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県桑名市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 茂松茂人 太田圭洋 大杉和司 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会副会長 日本医療法人協会副会長 <u>日本歯科医師会常務理事</u> 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯塚敏晃 小塙隆士 笠木映里 永瀬伸子 本田文子 城山英明	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所特任教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 大妻女子大学データサイエンス学部教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員	木澤晃代	日本看護協会常任理事

◎印：小委員長

診療報酬改定結果検証部会委員名簿

令和7年4月5日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 公益を代表する委員	飯塚 敏晃	東京大学大学院経済学研究科教授
	小塙 隆士	一橋大学経済研究所特任教授
	笠木 映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授
◎	永瀬 伸子	大妻女子大学データサイエンス学部教授
○	本田 文子	一橋大学大学院経済学研究科教授
	城山 英明	東京大学大学院法学政治学研究科教授

◎印：部会長 ○印：部会長代理

薬価専門部会委員名簿（案）

令和7年6月25日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥潟美夏子 松本真人 佐保昌一 奥田好秀	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島公之 江澤和彦 大杉和司 森昌平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 <u>日本歯科医師会常務理事</u> 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	小塩隆士 笠木映里 本田文子 城山英明	一橋大学経済研究所特任教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 一橋大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員	藤原尚也 越後園子 荒川隆治	中外製薬株式会社 執行役員 涉外調査担当 第一三共株式会社 涉外部 涉外部長 アルフレッサホールディングス株式会社 代表取締役社長

◎印：部会長 ○印：部会長代理

保険医療材料専門部会委員名簿（案）

令和7年6月25日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	松本真人 佐保昌一 奥田好秀 伊藤徳宇	健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会総合政策推進局長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 三重県桑名市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	茂松茂人 太田圭洋 大杉和司 森昌平	日本医師会副会長 日本医療法人協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	飯塚敏晃 ◎ 笠木映里 ○ 永瀬伸子 城山英明	東京大学大学院経済学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 大妻女子大学データサイエンス学部教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員	守田恭彦 前田桂 青木幸生	ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社 バイスプレジデント 丸木医科器械株式会社参与

◎印：部会長 ○印：部会長代理

費用対効果評価専門部会委員名簿（案）

令和7年6月25日現在

代表区分	氏 名	現 役 職 名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	鳥瀬 美夏子 松本 真人 高町 晃司 奥田 好秀 鈴木 順三 伊藤 徳宇	全国健康保険協会理事 健康保険組合連合会理事 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員 日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会部会長代理 全日本海員組合組合長代行 三重県桑名市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	長島 公之 江澤 和彦 池端 幸彦 太田 圭洋 大杉 和司 森 昌平	日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本慢性期医療協会副会長 日本医療法人協会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎ 飯塚 敏晃 小塙 隆士 笠木 映里 ○ 城山 英明	東京大学大学院経済学研究科教授 一橋大学経済研究所特任教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授 東京大学大学院法学政治学研究科教授
4. 専門委員	藤原 尚也 越後園 子 守田 恭彦 前田 桂	中外製薬株式会社 執行役員 涉外調査担当 第一三共株式会社 涉外部 涉外部長 ニプロ株式会社執行役員 日本メドトロニック株式会社 バイスプレジデント

◎印：部会長 ○印：部会長代理

＜参考人＞

- ・福田 敬（国立保健医療科学院保健医療経済評価研究センター長）
- ・池田 俊也（国際医療福祉大学教授）

中医協 総 - 2
7 . 6 . 25

中医協 材 - 2
7 . 6 . 25

**令和 7 年度に実施する
特定保険医療材料価格調査について（案）**

令和7年度特定保険医療材料価格調査の概要

1. 趣旨

材料価格基準改定の基礎資料を得ることを目的として、保険医療機関、歯科技工所及び保険薬局に対する医療機器販売業者の販売価格及び一定率で抽出された医療機関等での購入価格を調査

2. 調査期間

令和7年度中の5か月間の取引分を対象として調査を実施

(ただし、ダイアライザー、フィルム、歯科材料及び保険薬局調査分は、令和7年度中の1か月の取引分のみを対象。段階的引き下げ措置の対象となる機能区分のうち、令和7年6月に引き下げが行われる特定保険医療材料については3か月の取引分のみを対象。)

3. 調査の対象及び客体数

		客体数
(1)	販売サイド調査 保険医療機関、歯科技工所及び保険薬局に特定保険医療材料を販売する医療機器販売業者の全数を対象	約5,500
(2)	購入サイド調査 ① 病院及び一般診療所（歯科診療所を除く。以下同じ。）の全数を対象とし、以下のように抽出された病院及び一般診療所を客体とする。 ア 病院の全数から、層化無作為抽出法により8分の1の抽出率で抽出された病院を対象 イ 一般診療所の全数から、層化無作為抽出法により160分の1の抽出率で抽出された一般診療所を対象	約1,120 約665
	② 歯科診療所の全数から、層化無作為抽出法により120分の1の抽出率で抽出された歯科診療所を対象	約610
	③ 歯科技工所の全数から、層化無作為抽出法により15分の1の抽出率で抽出された歯科技工所を対象	約190
	④ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により60分の1の抽出率で抽出された保険薬局を対象	約1,050

4. 調査事項

- (1) 販売サイド調査 品目ごとの販売価格、販売数量
(2) 購入サイド調査 品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の卸売り販売業者情報（業者名、本店・営業所名）
※価格は、調査実施時点で最終的に価格が決定しているもの

5. 調査手法

厚生労働省から直接、客体に調査票を配布・回収

(参考) 令和5年度特定保険医療材料価格調査実績

1. 調査期間

令和5年5月から同年9月取引分

(ただし、ダイアライザー、フィルム、歯科材料及び保険薬局調査分は、令和5年9月取引分のみを対象)

2. 調査の対象及び客体数

調査方法	対象	客体数	回収率 (%)
(1) 販売サイド調査 (回収率 66.2 %)	保険医療機関、歯科技工所及び保険薬局に特定保険医療材料を販売する医療機器販売業者の全数を対象	5,503	66.2
(2) 購入サイド調査 (回収率 60.0 %)			
① 病院及び一般診療所 (歯科診療所を除く。以下同じ。) の全数を対象とし、以下のように抽出された病院及び一般診療所を客体とする。			
ア 病院の全数から、層化無作為抽出法により8分の1の抽出率で抽出された病院を対象	1,015	50.4	
イ 一般診療所の全数から、層化無作為抽出法により160分の1の抽出率で抽出された一般診療所を対象	650	62.3	
② 歯科診療所の全数から、層化無作為抽出法により120分の1の抽出率で抽出された歯科診療所を対象	564	54.3	
③ 歯科技工所の全数から、層化無作為抽出法により15分の1の抽出率で抽出された歯科技工所を対象	221	31.2	
④ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により60分の1の抽出率で抽出された保険薬局を対象	1,009	77.7	

3. 調査事項

- (1) 販売サイド調査 品目ごとの販売価格、販売数量
(2) 購入サイド調査 品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の卸売り販売業者情報（業者名、本店・営業所名）

4. 調査手法

厚生労働省から直接、客体に調査票を配布・回収

中医協 総 - 3	中医協 薬 - 3
7 . 6 . 2 5	7 . 6 . 2 5

令和7年度医薬品価格調査（薬価調査）について

令和7年度薬価調査の概要（案）

1. 趣旨

薬価収載されている全ての医薬品について、保険医療機関及び保険薬局に対する医薬品卸売販売業者の営業所等の販売価格等並びに一定率で抽出された医療機関等での購入価格等を調査

2. 調査期間

令和7年度中の1か月間の取引分を対象として調査を実施

3. 調査の対象及び客体数

（1）販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する医薬品卸売販売業者の営業所等の全数を対象

客体数 約6,600客体

（2）購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により20分の1の抽出率で抽出された病院を対象

客体数 約400客体

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により200分の1の抽出率で抽出された診療所を対象

客体数 約530客体

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により60分の1の抽出率で抽出された保険薬局を対象

客体数 約1,050客体

4. 調査事項

※価格は、調査実施時点で妥結しているもの

（1）販売サイド調査

品目ごとの販売価格、販売数量

（2）購入サイド調査

品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の医薬品卸売販売業者情報（業者名、本店・営業所名）

5. 調査手法

厚生労働省から直接客体に調査票を配布・回収

令和5年度薬価調査の概要

1. 趣旨

薬価収載されている全ての医薬品について、保険医療機関及び保険薬局に対する医薬品卸売販売業者の営業所等の販売価格等並びに一定率で抽出された医療機関等での購入価格等を調査

2. 調査期間

令和5年度中の1か月間（9月分）の取引分を対象として調査を実施

3. 調査の対象及び客体数

(1) 販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する医薬品卸売販売業者の営業所等の全数を対象

客体数 6,584客体 (回収率87.1%)

(2) 購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により20分の1の抽出率で抽出された病院を対象

客体数 407客体 (回収率70.3%)

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により200分の1の抽出率で抽出された診療所を対象

客体数 521客体 (回収率73.9%)

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により60分の1の抽出率で抽出された保険薬局を対象

客体数 1,037客体 (回収率75.5%)

4. 調査事項

※価格は、調査実施時点で妥結しているもの

(1) 販売サイド調査

品目ごとの販売価格、販売数量

(2) 購入サイド調査

品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の医薬品卸売販売業者情報（業者名、本店・営業所名）

5. 調査手法

厚生労働省から直接客体に調査票を配布・回収

令和6年度薬価調査の概要

1. 趣旨

薬価収載されている全ての医薬品について、保険医療機関及び保険薬局に対する一定率で抽出された医薬品卸売販売業者の営業所等の販売価格等並びに一定率で抽出された医療機関等での購入価格等を調査

2. 調査期間

令和6年度中の1か月間（9月分）の取引分を対象として調査を実施

3. 調査の対象及び客体数

(1) 販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する医薬品卸売販売業者の営業所等の全数から、層化無作為抽出法により3分の2の抽出率で抽出された営業所等を対象

客体数 4,356客体（回収率86.8%）

(2) 購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により40分の1の抽出率で抽出された病院を対象

客体数 201客体（回収率68.7%）

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により400分の1の抽出率で抽出された診療所を対象

客体数 260客体（回収率70.8%）

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により120分の1の抽出率で抽出された保険薬局を対象

客体数 502客体（回収率75.3%）

4. 調査事項

※価格は、調査実施時点で妥結しているもの

(1) 販売サイド調査

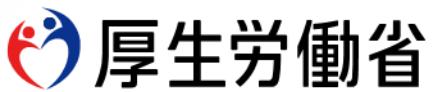
品目ごとの販売価格、販売数量

(2) 購入サイド調査

品目ごとの購入価格、購入数量、購入先の医薬品卸売販売業者情報（業者名、本店・営業所名）

5. 調査手法

厚生労働省から直接客体に調査票を配布・回収



厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療提供体制等について

厚生労働省保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 人口動態・医療需要の動向

2. 医療提供施設の状況

3. 医療従事者の状況

4. 医療提供体制に関する取組

5. 現状と課題

ひと、くらし、みらいのために

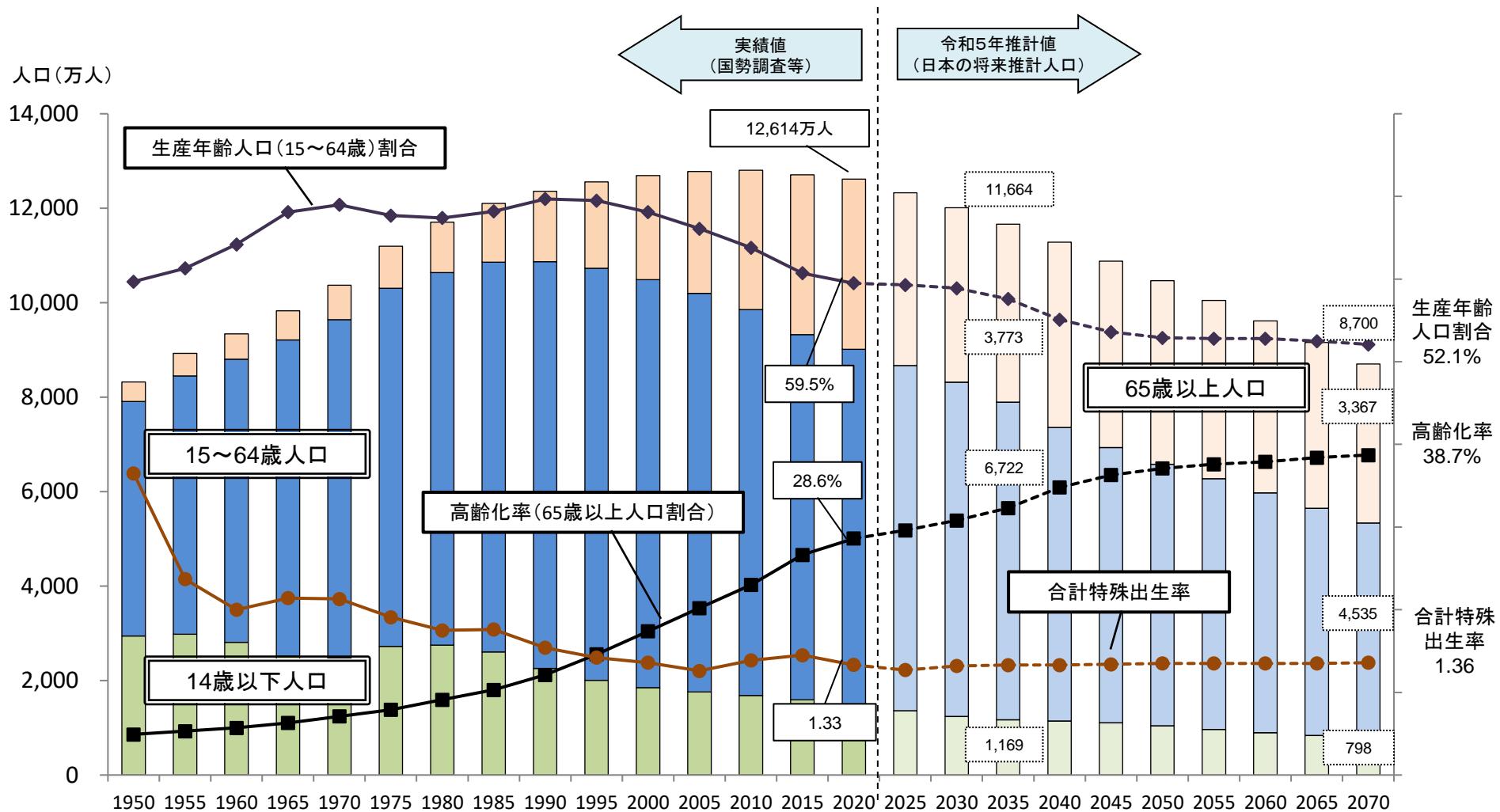


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

日本の人口の推移

中医協 総 - 4
5 . 7 . 5

- 日本の人口は近年減少局面を迎えており、2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



出典: 2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」

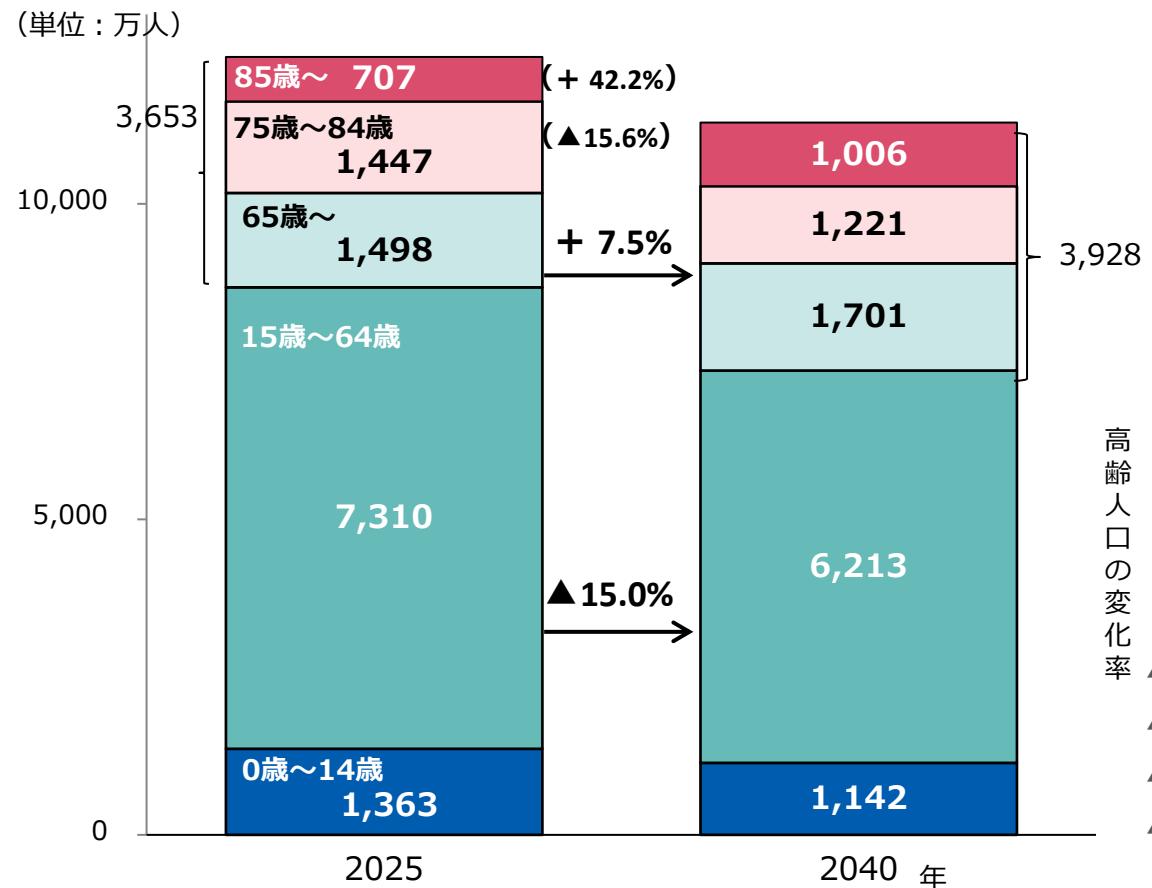
2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」:出生中位・死亡中位推計

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。

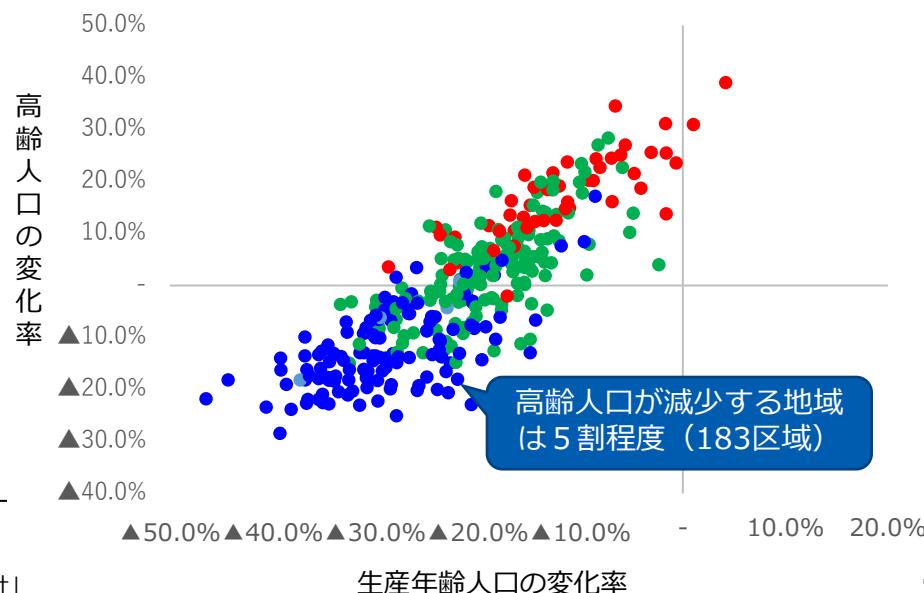
＜人口構造の変化＞



＜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%

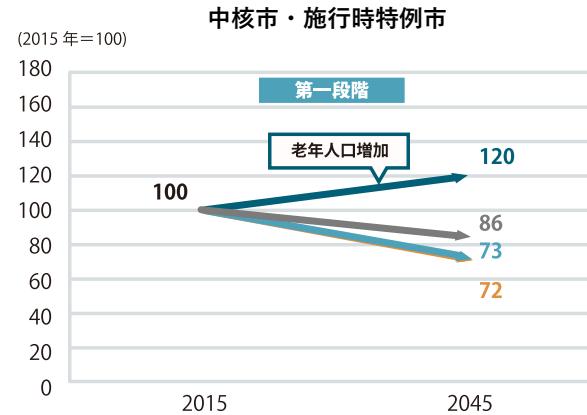
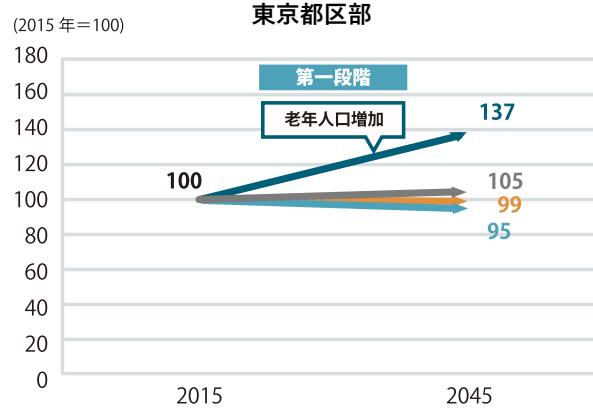
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外



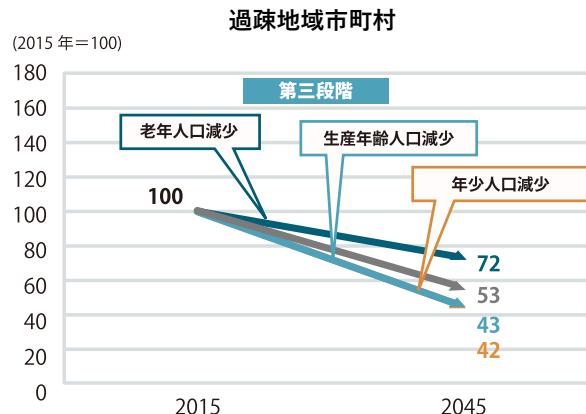
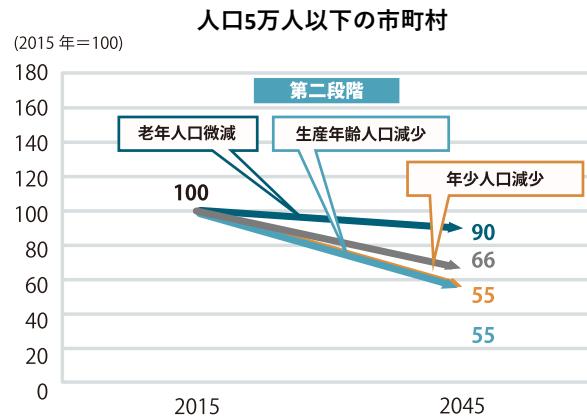
地域毎の年齢階級別人口推移

- 東京都区部や中核市などの都市部は若年人口は減少するが老人人口は増加する「第一段階」にあるのに対し、人口5万人以下の市町村は若年人口の減少が加速化するとともに老人人口が維持または微減する「第二段階」、過疎地域の市町村は老人人口の減少が一層加速化し老人人口も減少する「第三段階」に入っている。

地域毎の年齢階級別人口推移



■ 0~14歳 (年少人口)
■ 15~64歳 (生産年齢人口)
■ 65歳以上 (老人人口)
■ 総数



各地域の高齢化の状況

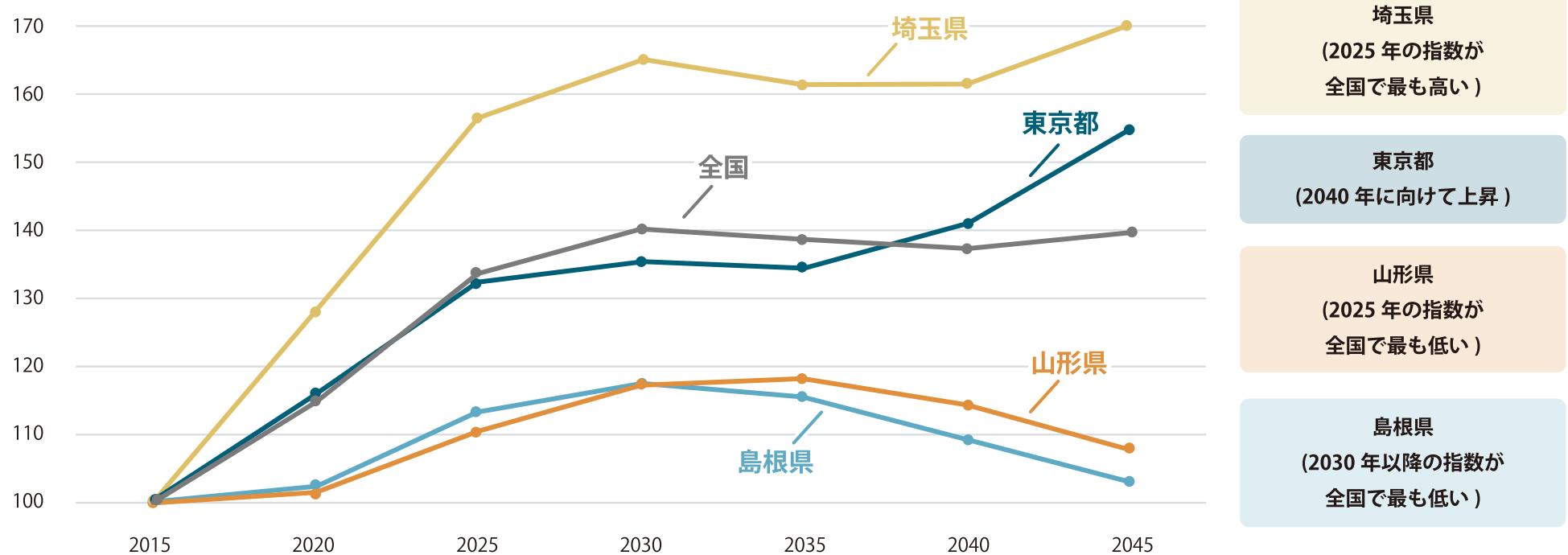
○ 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが25道府県、2035年にピークを迎えるのが13県

※埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、山梨県、愛知県、滋賀県、兵庫県、沖縄県では、2045年に向けてさらに上昇

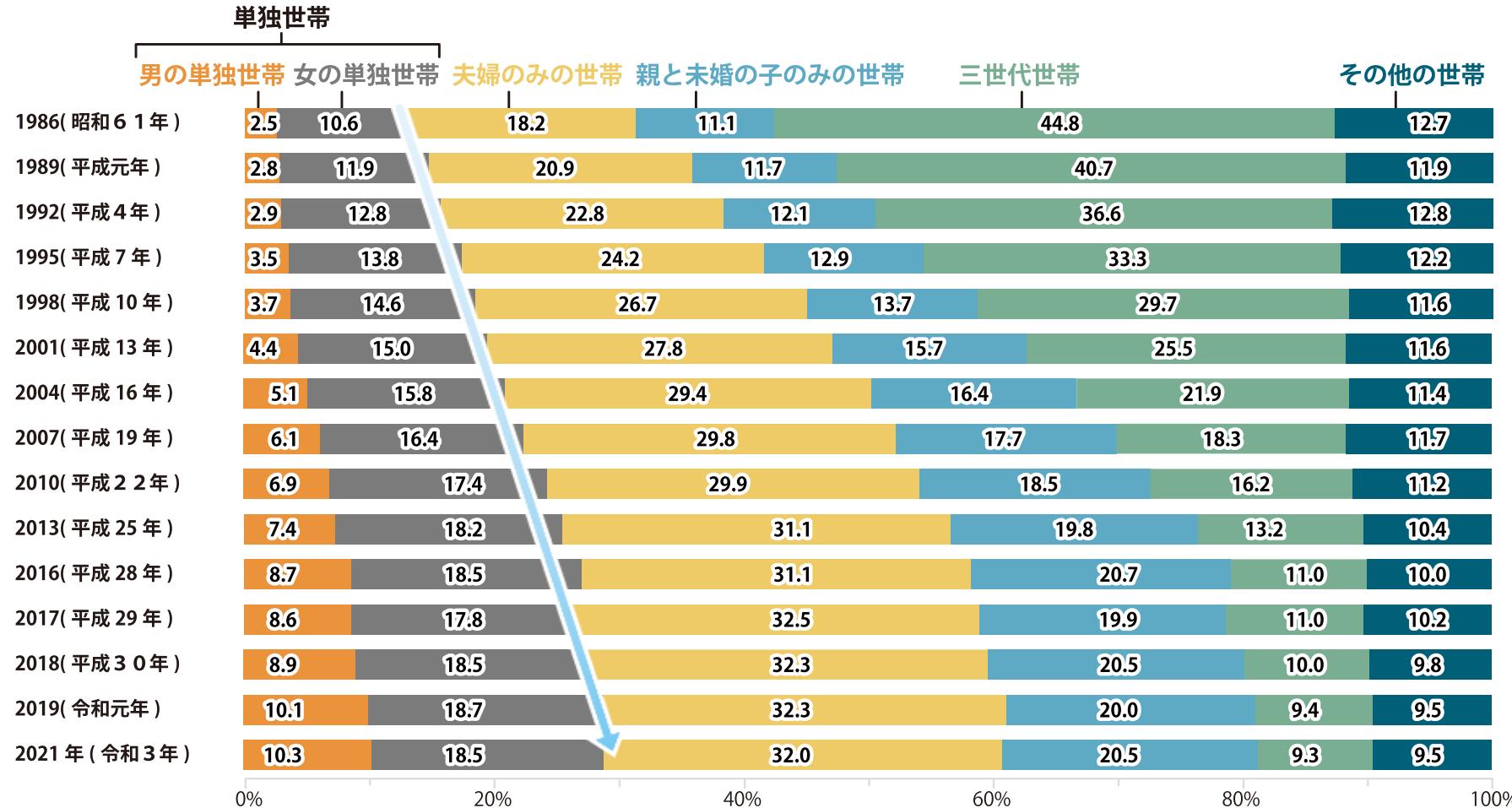
○ 2015年から10年間の伸びの全国計は1.34倍であるが、埼玉県、千葉県では1.5倍を超える一方、山形県、秋田県、鹿児島県では1.1倍となるなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計（2015年の人口を100としたときの指数）



65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移

○ 高齢者独居世帯は年々増加傾向にある。



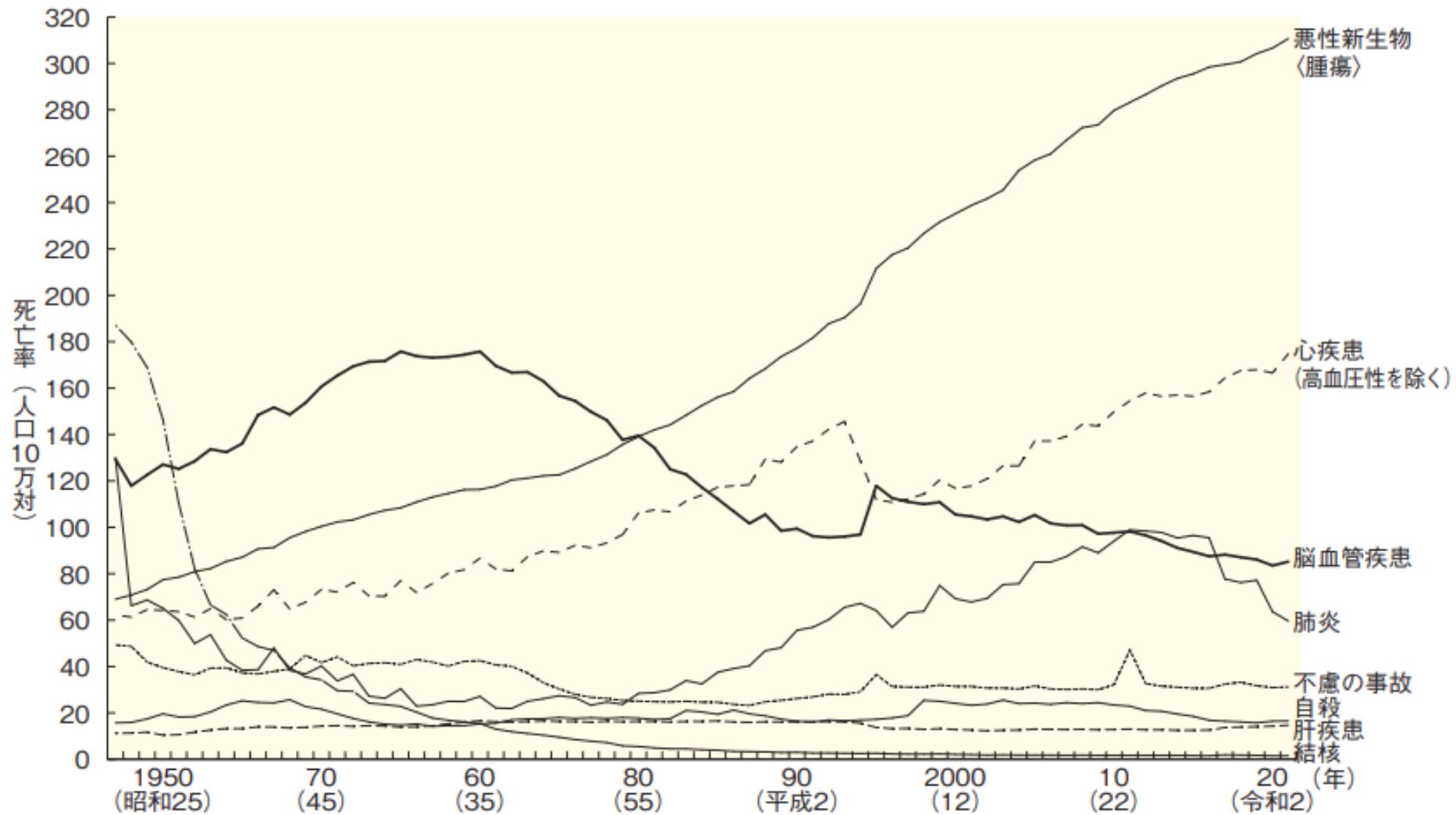
厚生労働省「令和3年国民生活基礎調査」

- 1) 1995(平成7年)の数値は、兵庫県を除いたものである。
- 2) 2016(平成28年)の数値は、熊本県を除いたものである。
- 3) 2020(令和2年)は、調査を実施していない。
- 4) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

主な死因別にみた死亡率の推移

中医協 総 - 4
5 . 7 . 5

主な死因別にみた死亡率の推移（人口10万対）



資料：厚生労働省政策統括官付人口動態・保健社会統計室「人口動態統計」

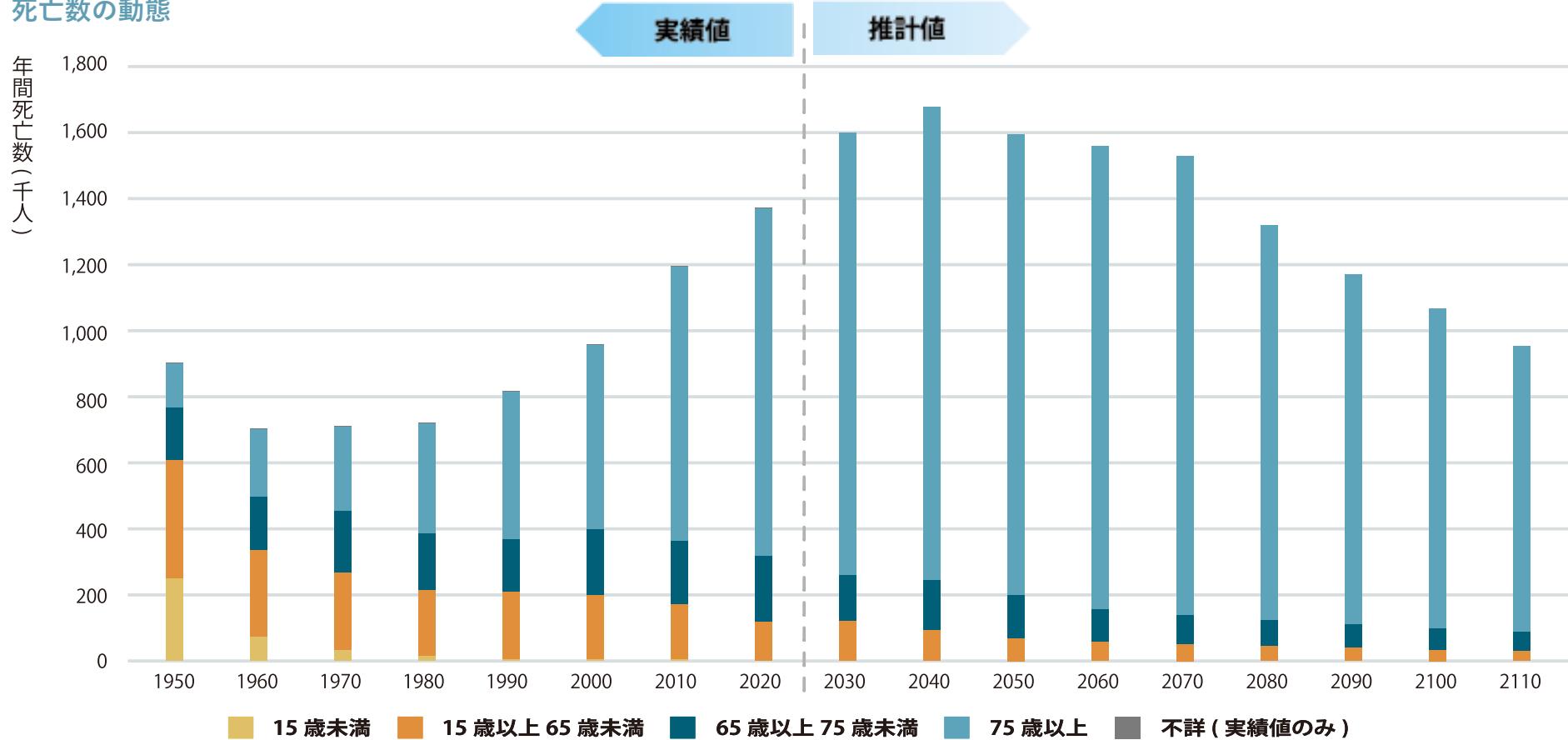
(注) 1. 死因分類等の改正により、死因の内容に完全な一致をみることはできない。

2. 2021（令和3）年は概数である。

死亡数が一層増加する

○ 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。

死亡数の動態



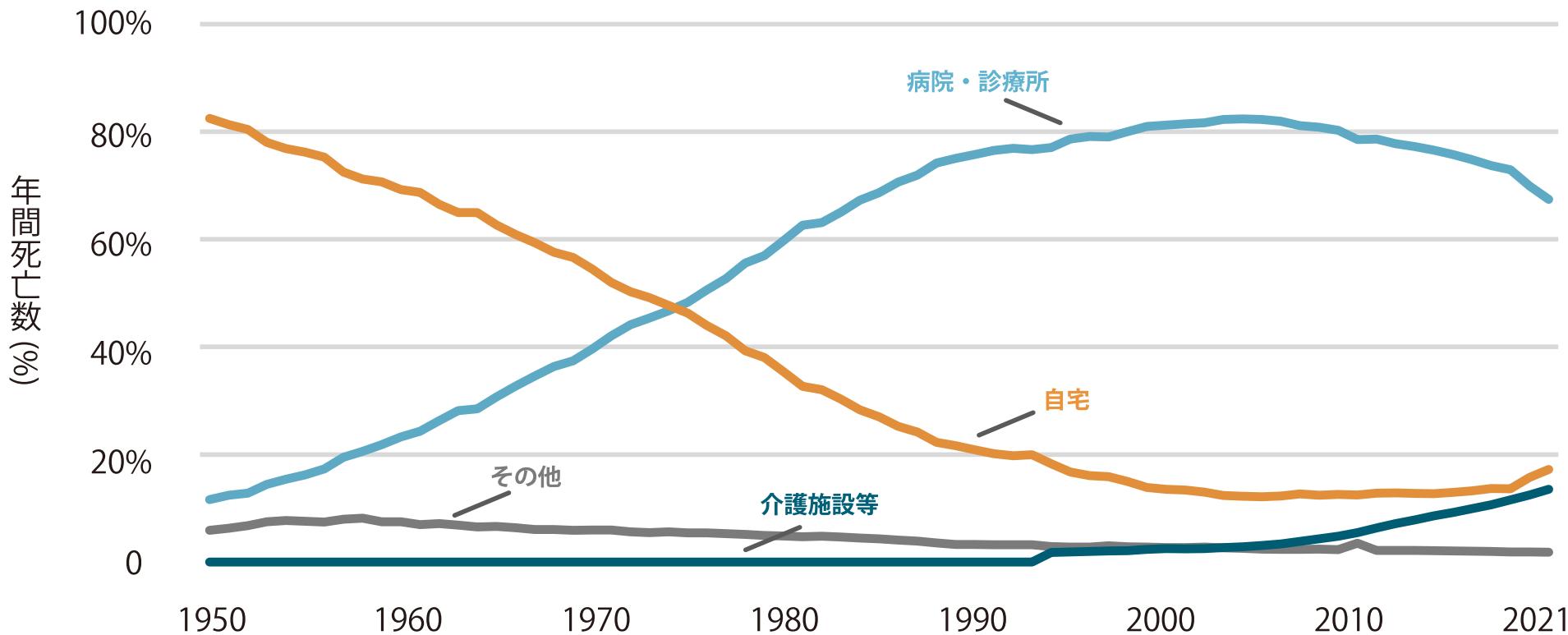
出典

2020年までは厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」
2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）：出生中位・死亡中位推計」より作成

死亡の場所の推移

○ 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。

死亡の場所の推移

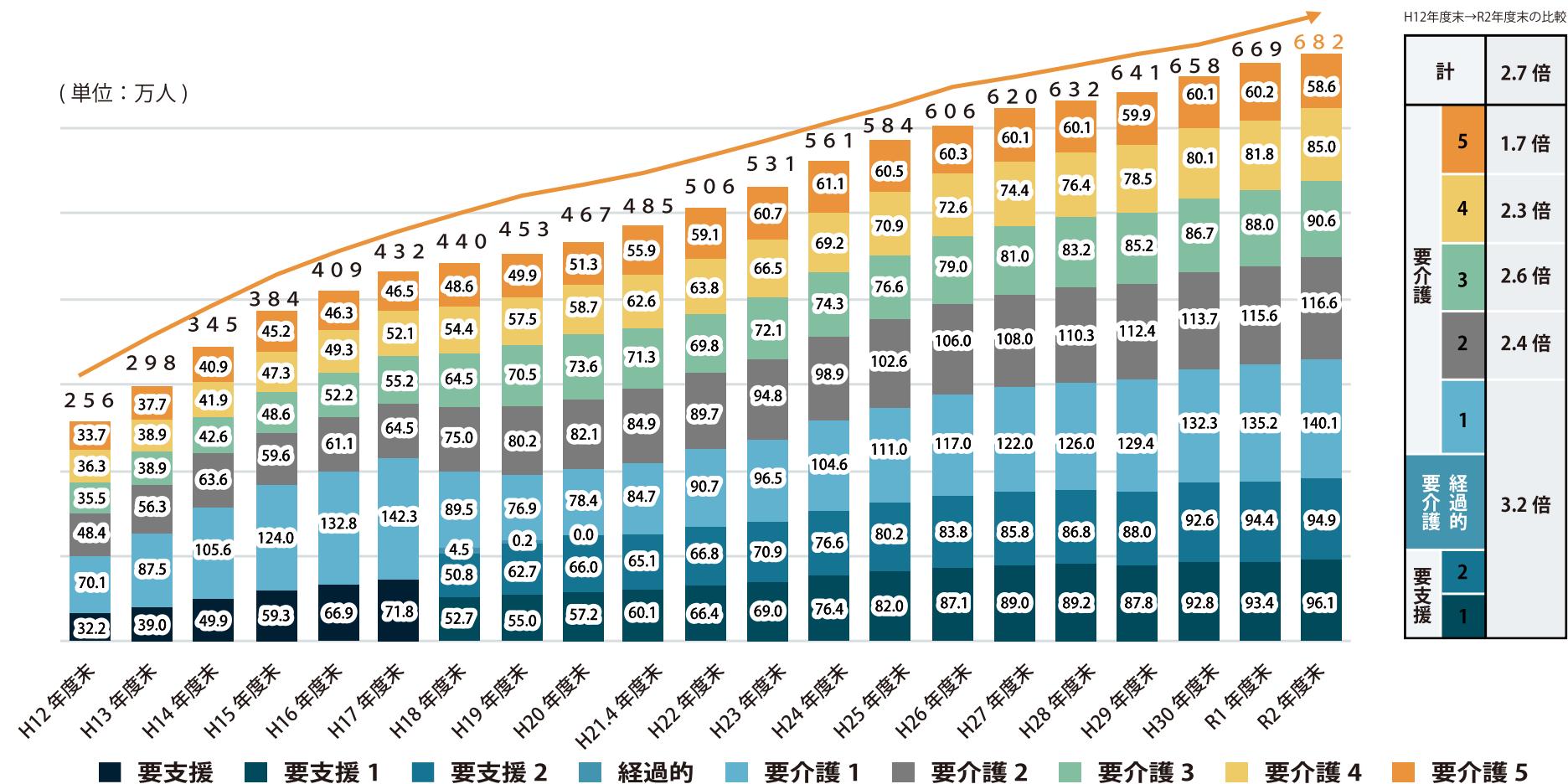


厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

出典

要介護度別認定者数の推移

○要介護（要支援）の認定者数は、令和2年度末現在682万人で、この21年間で約2.7倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。



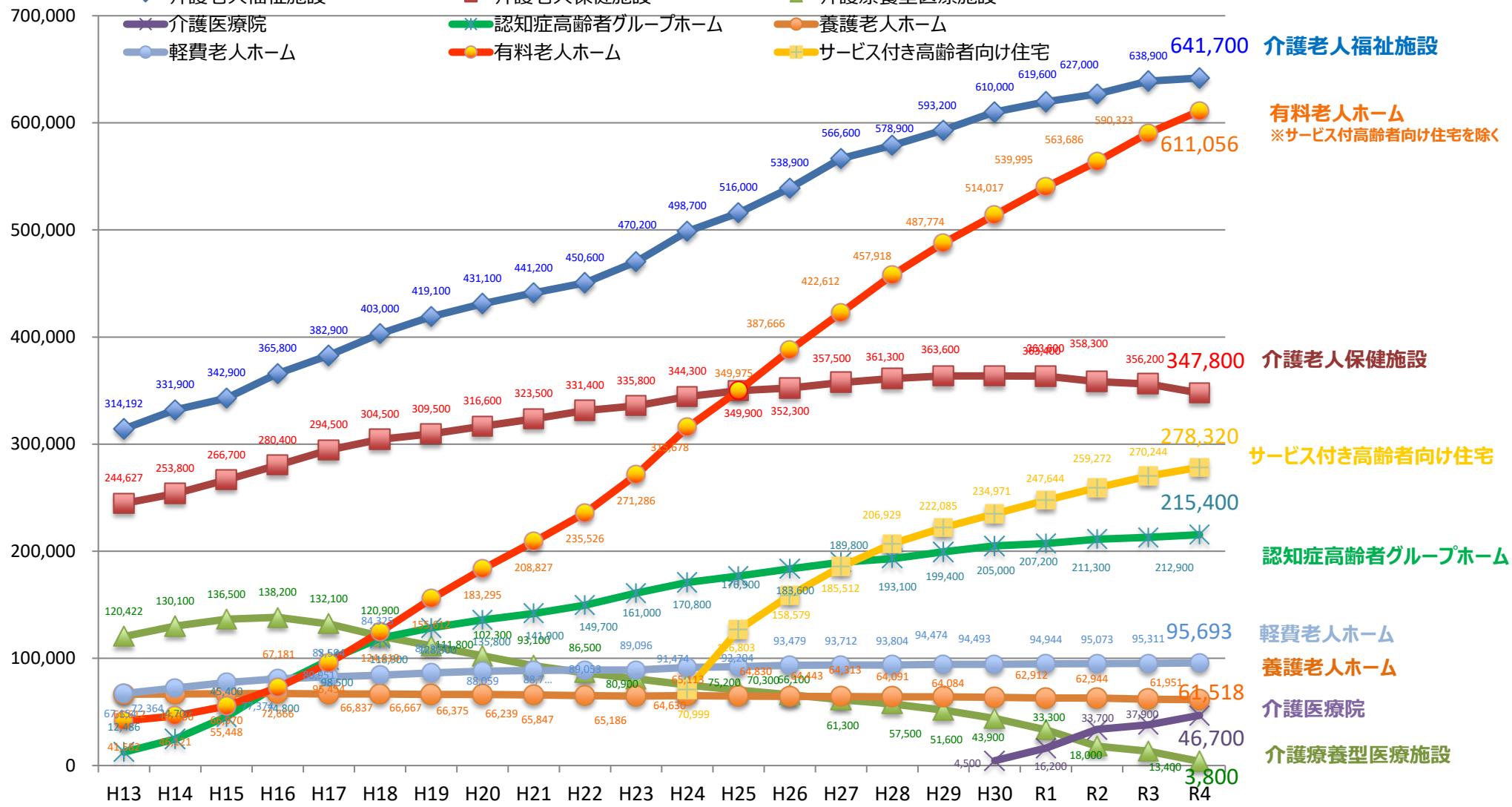
出典

介護保険事業状況報告

※H22年度末の数値には、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

高齢者向け施設・住まいの利用者数

(单位: 人·床)



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

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

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

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

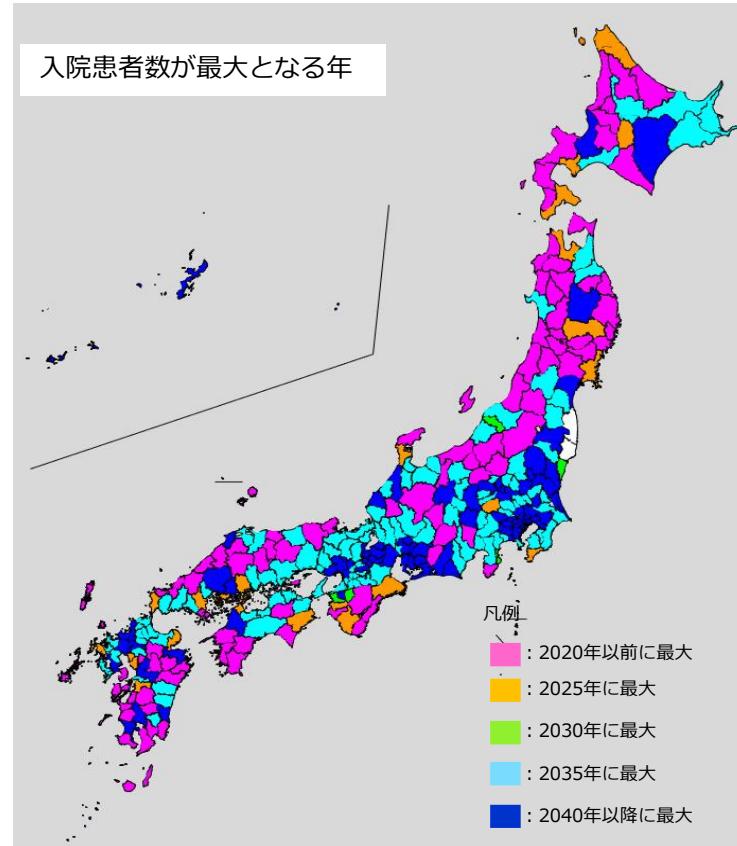
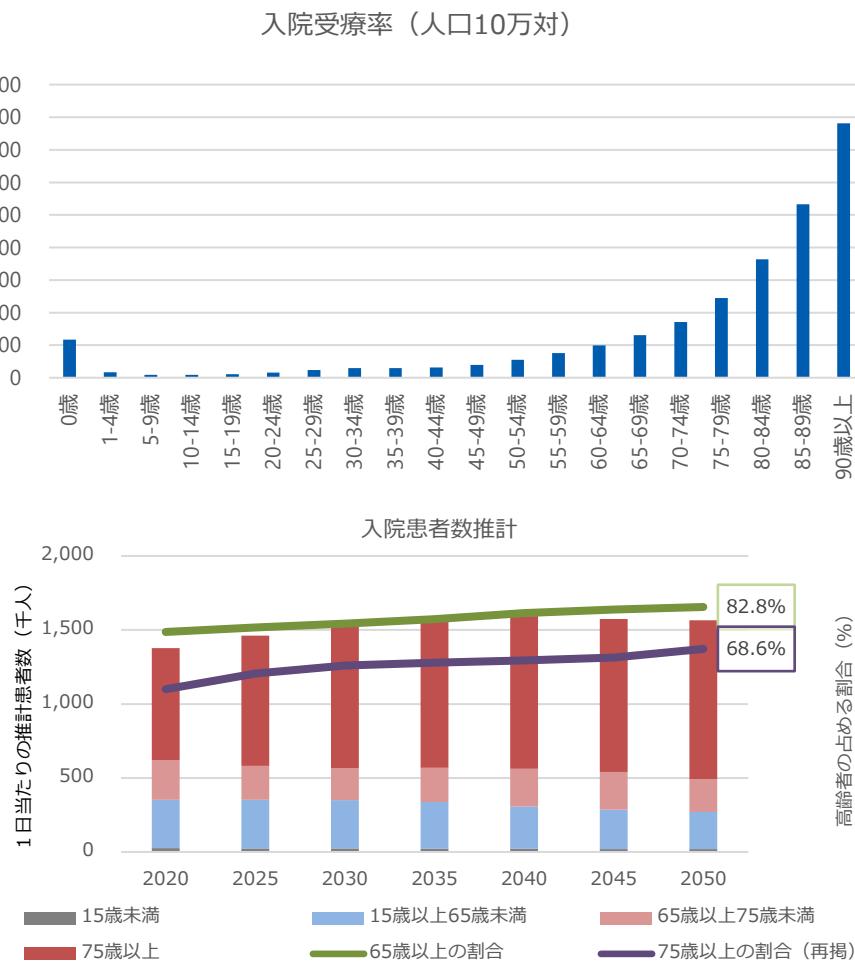
※5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。

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

医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1（一部改）

- 全国での入院患者数は2040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8割となることが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

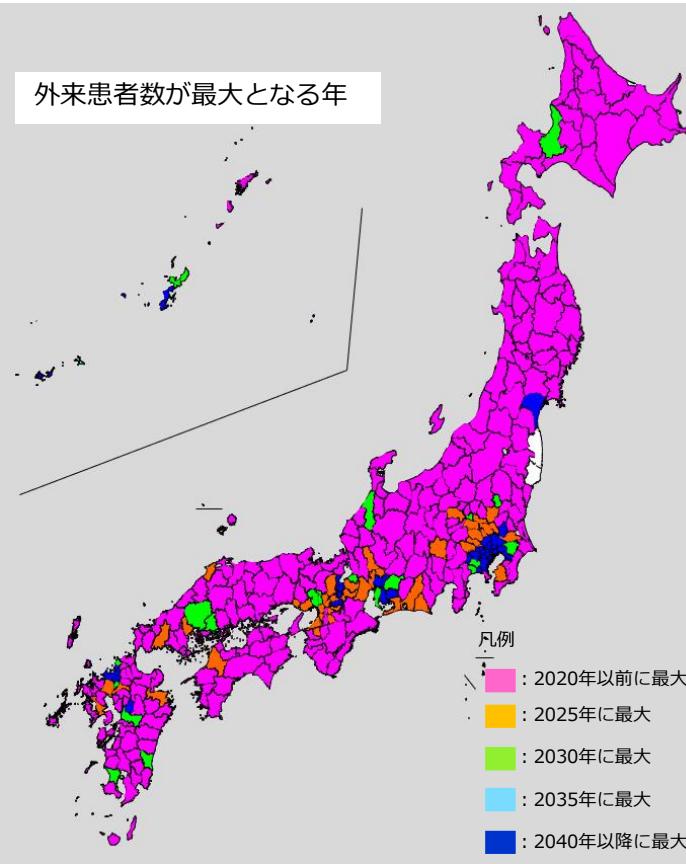
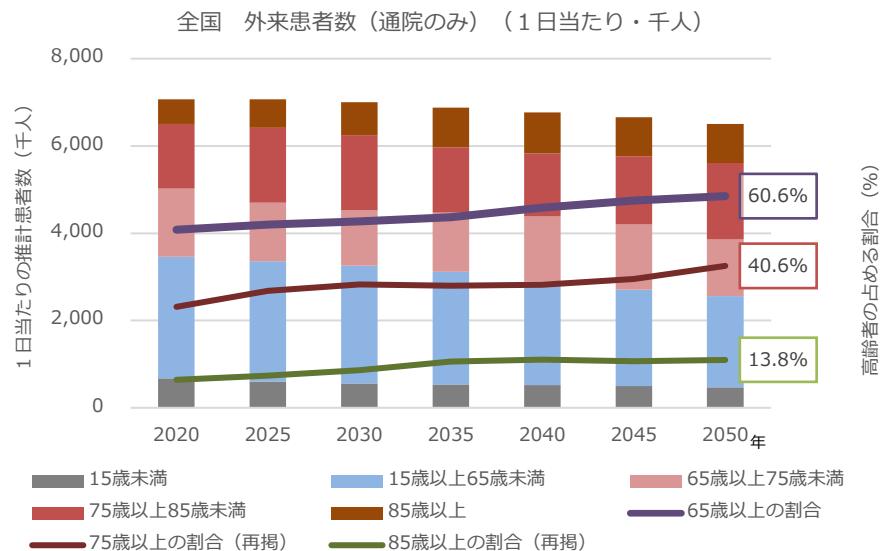
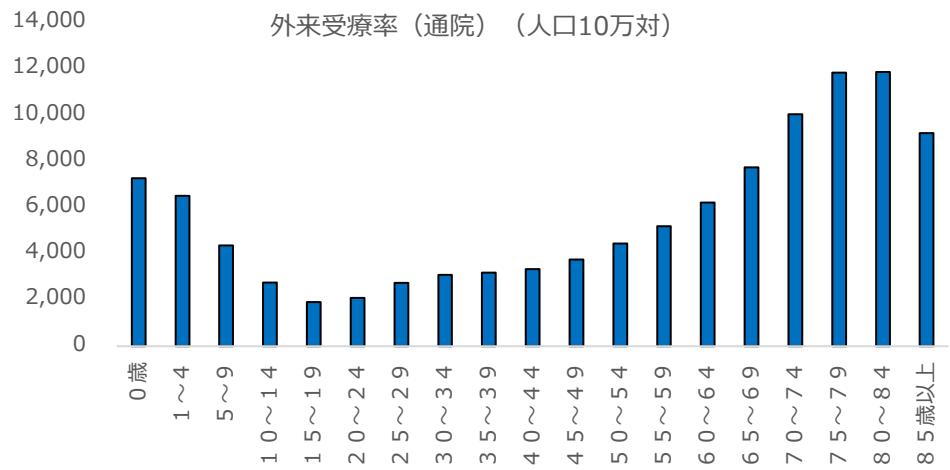


※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。

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割となることが見込まれる。
- 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。

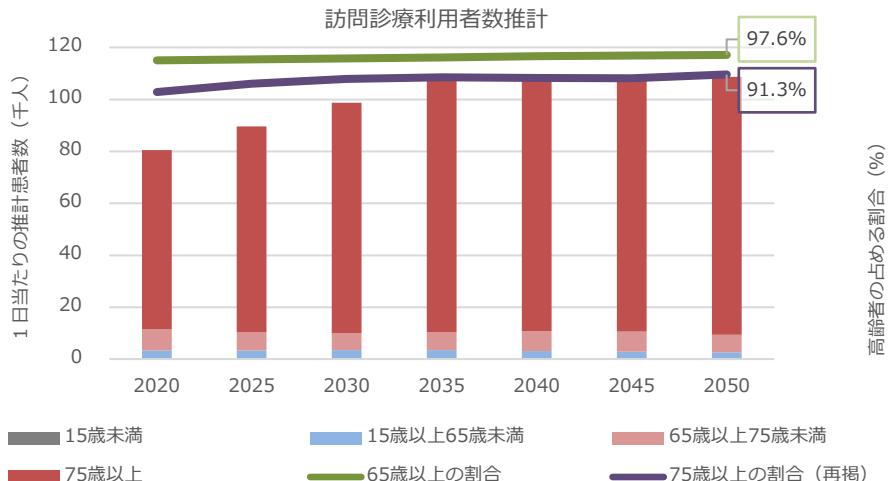
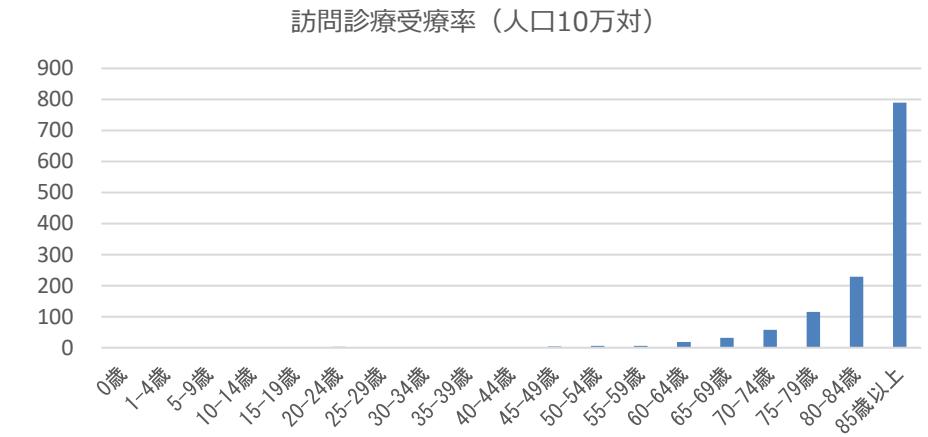
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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

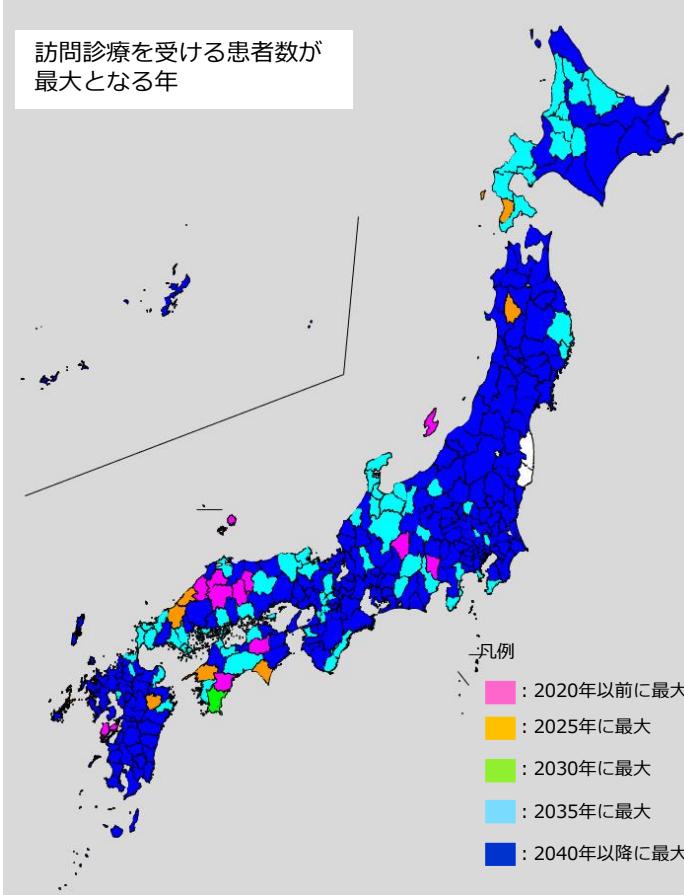
- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



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。



訪問看護の必要量について

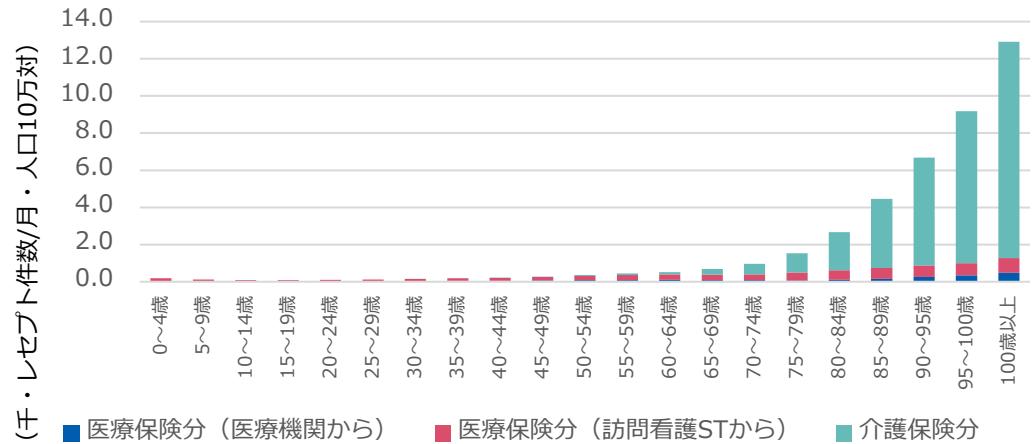
第4回在宅医療及び医療・介護連携
に関するワーキンググループ

資料
改

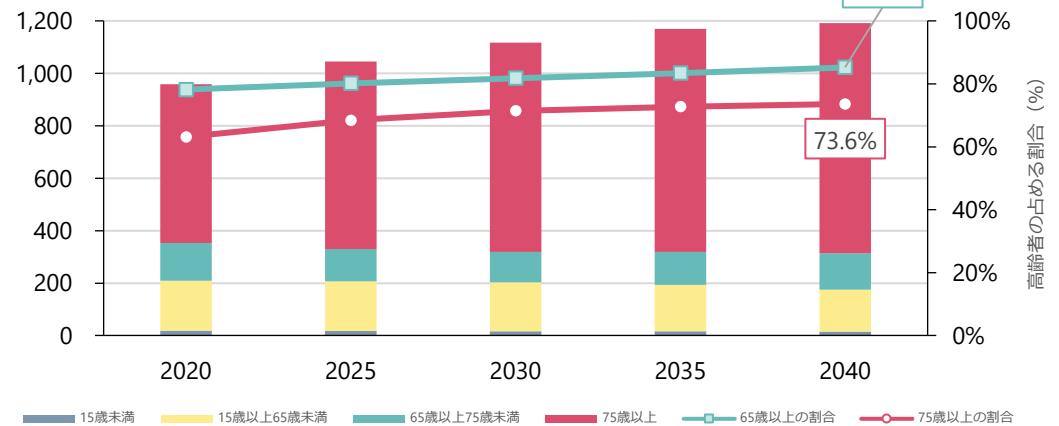
令和4年7月20日

- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

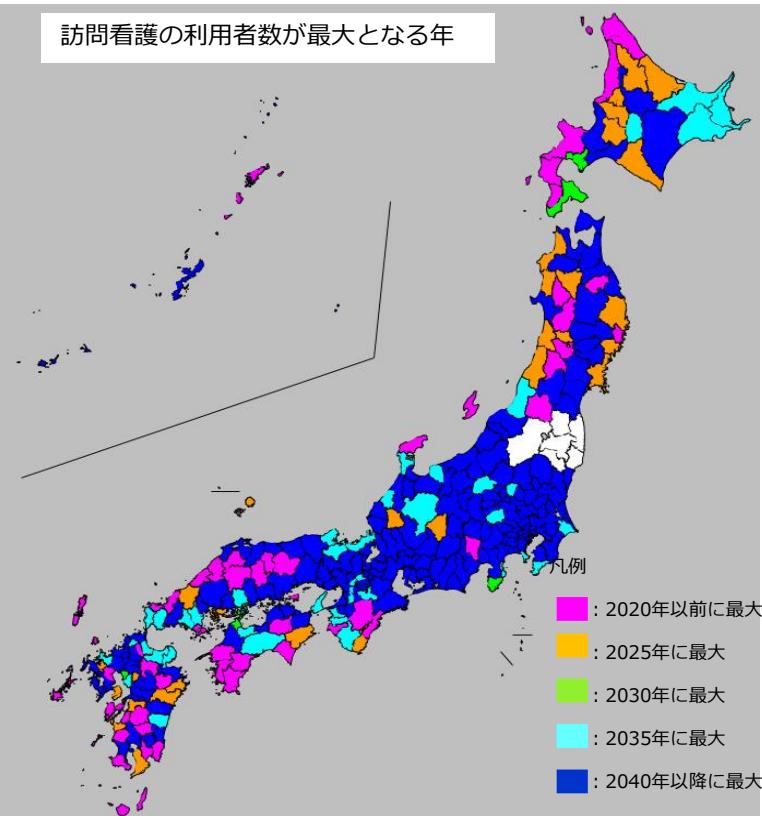
年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



年齢階級別の訪問看護の将来推計（医療保険+介護保険）



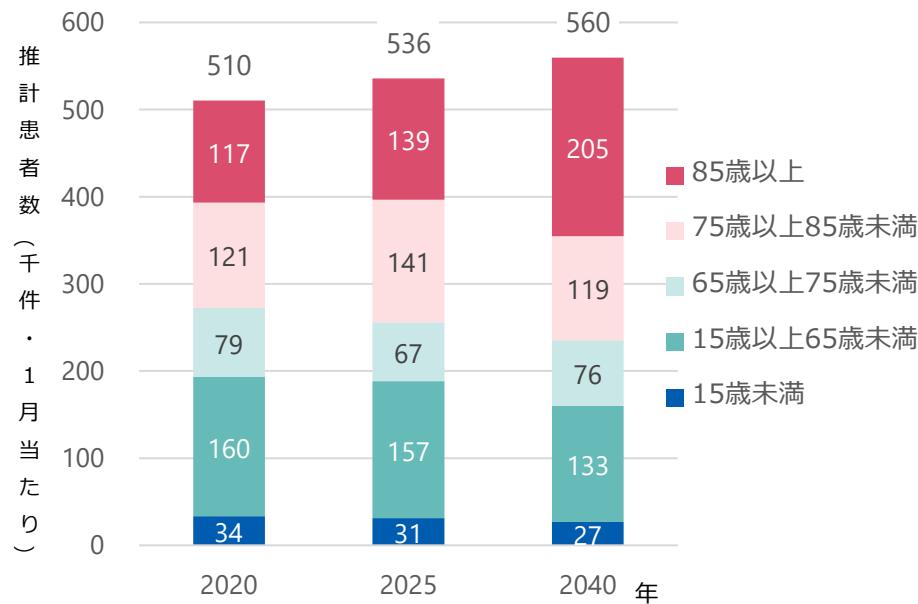
訪問看護の利用者数が最大となる年



医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

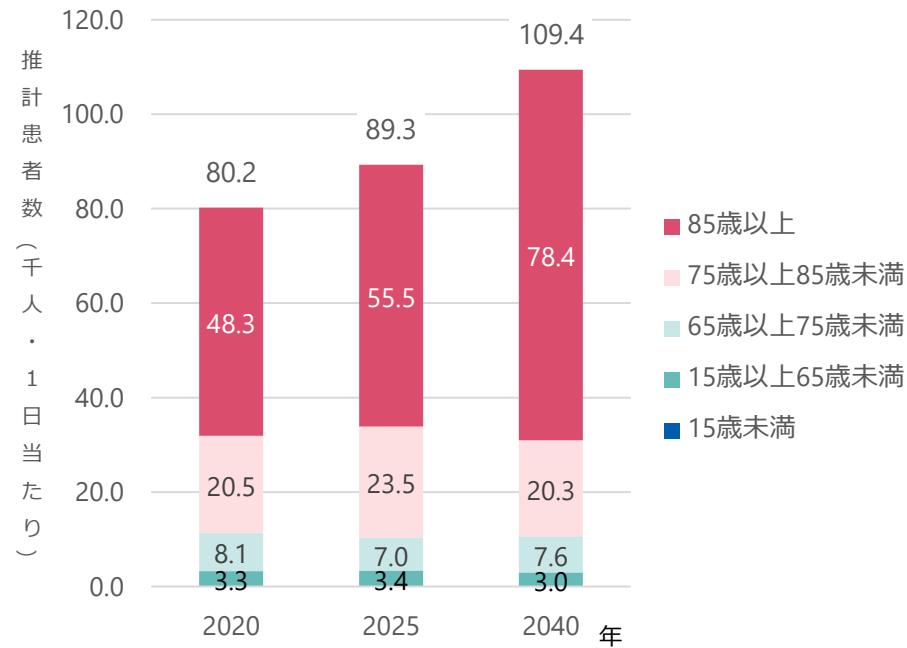
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

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

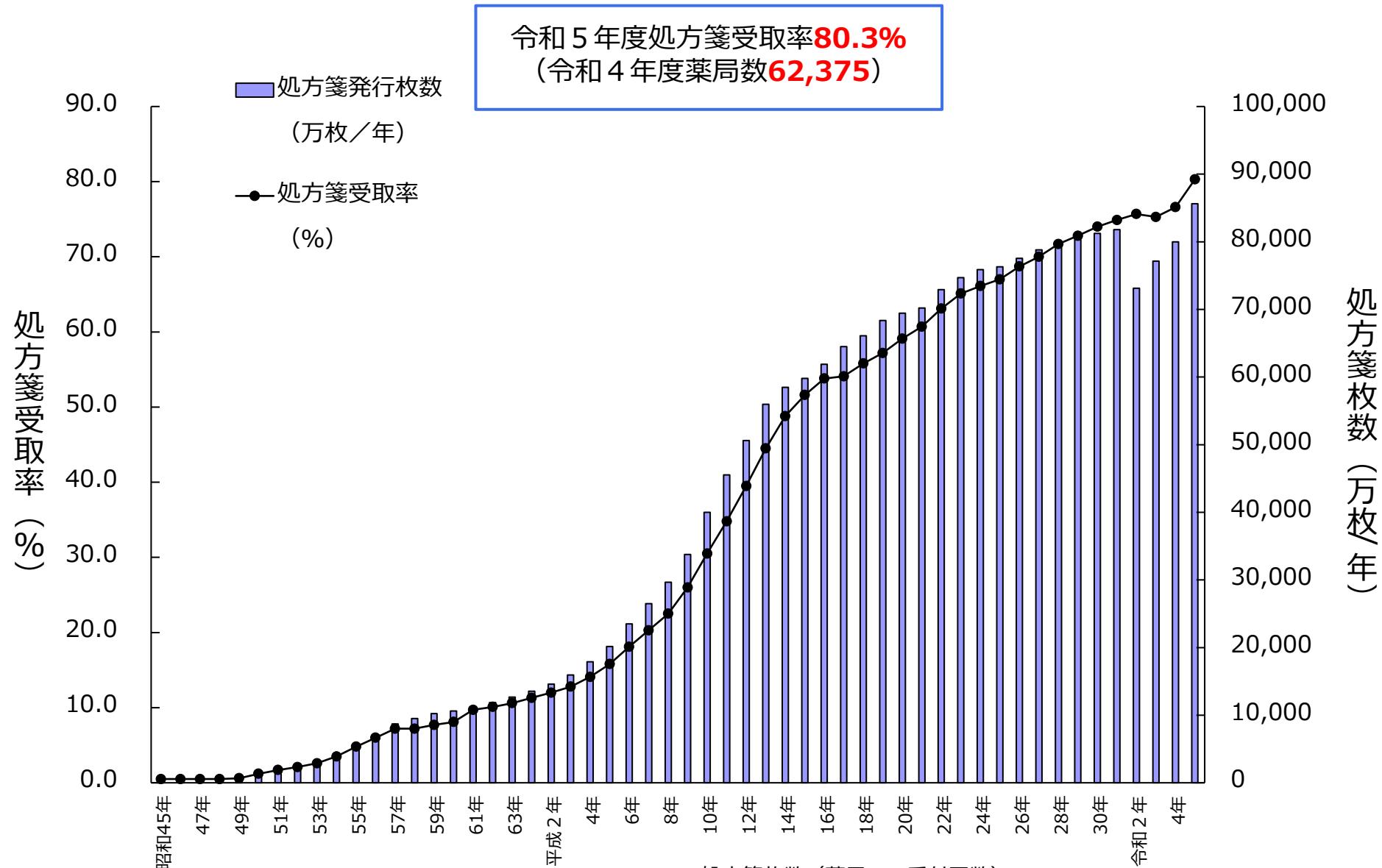
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。

※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

処方箋受取率の年次推移

○ 令和5年度の処方箋発行枚数は約8.6億枚で、処方箋受取率は80.3%。



1. 人口動態・医療需要の動向

2. 医療提供施設の状況

3. 医療従事者の状況

4. 医療提供体制に関する取組

5. 現状と課題

ひと、くらし、みらいのために

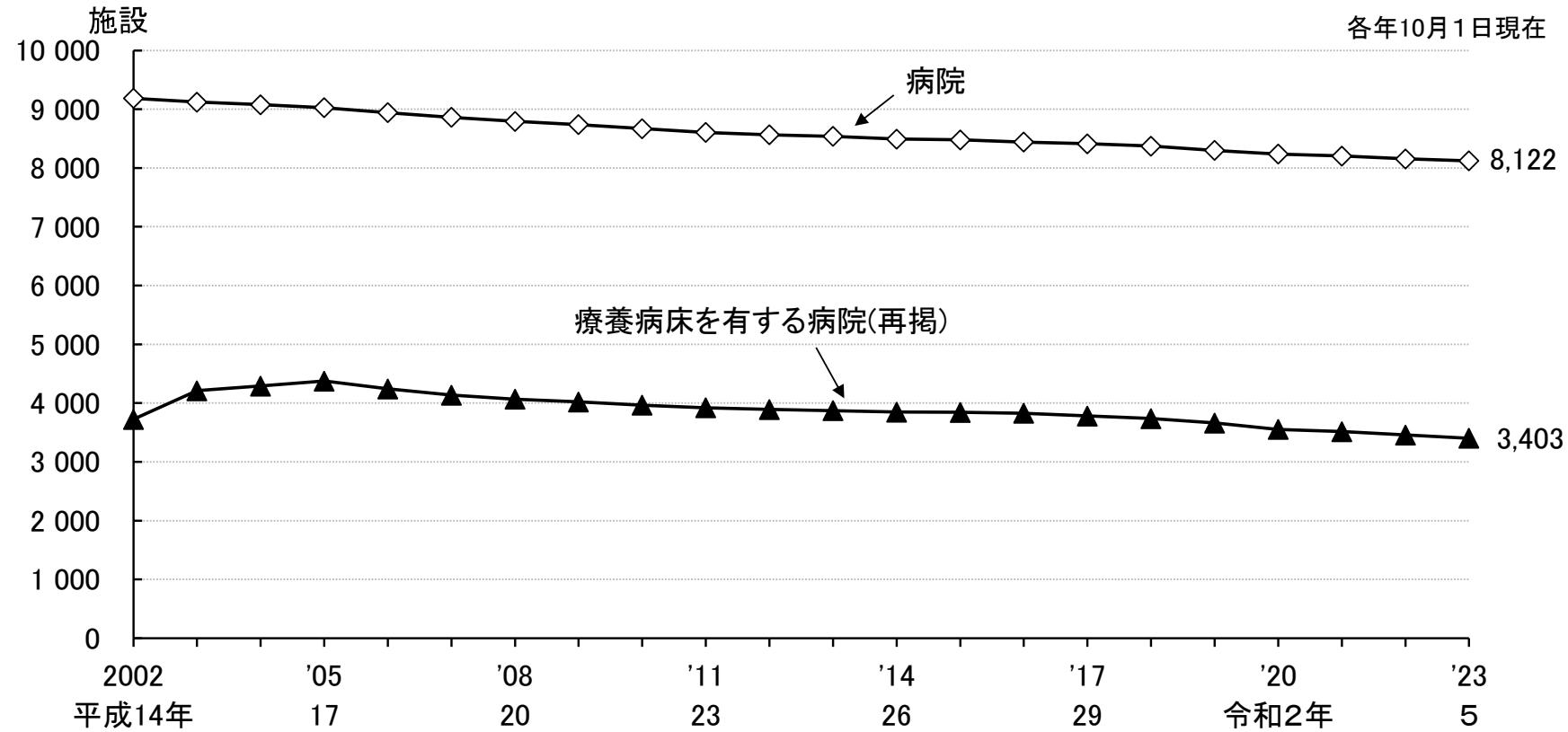


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

病院・診療所

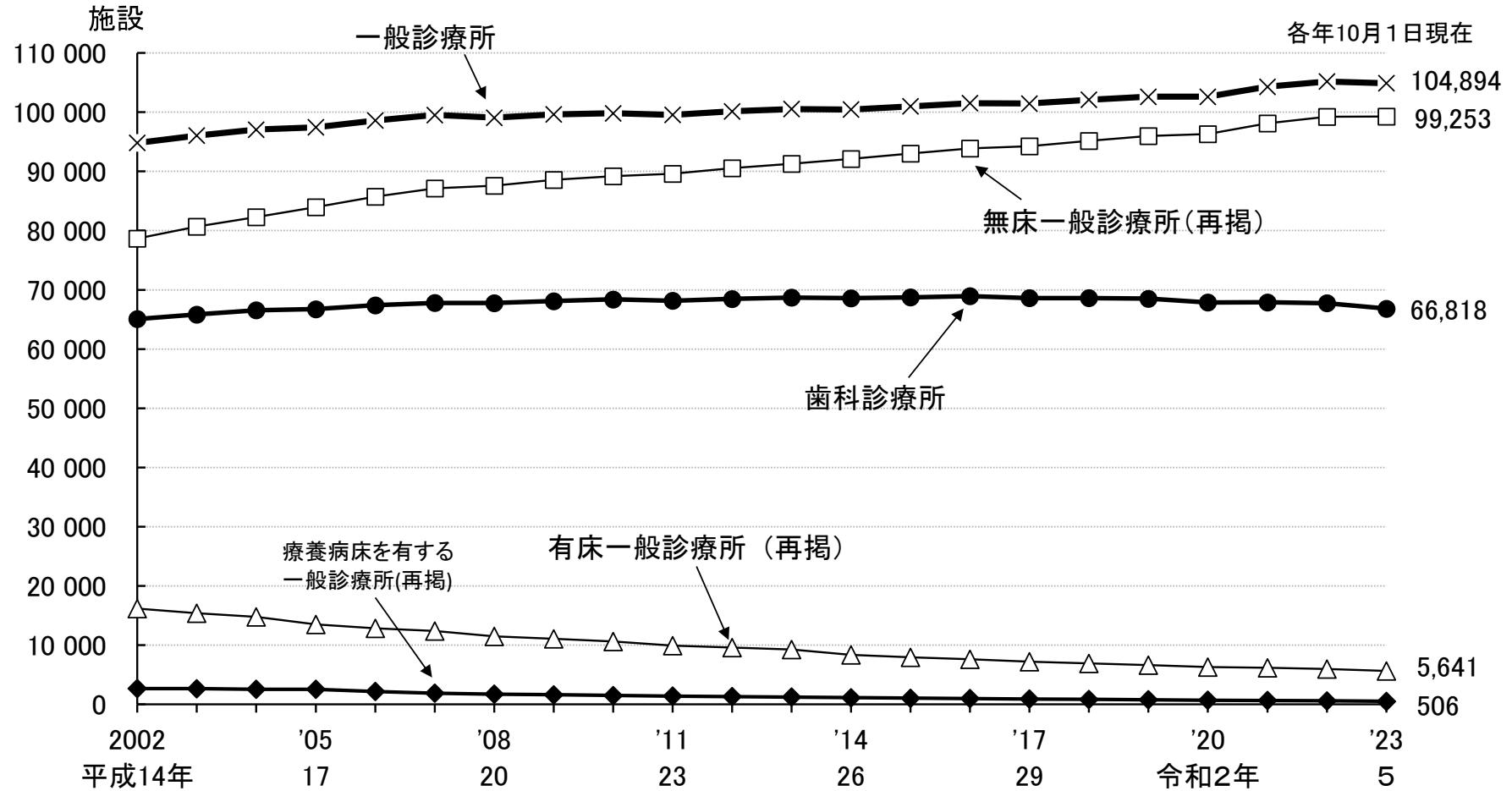
病院数の年次推移（2002年→2023年）

病院の総数は減少傾向にある。



診療所数の年次推移（2002年→2023年）

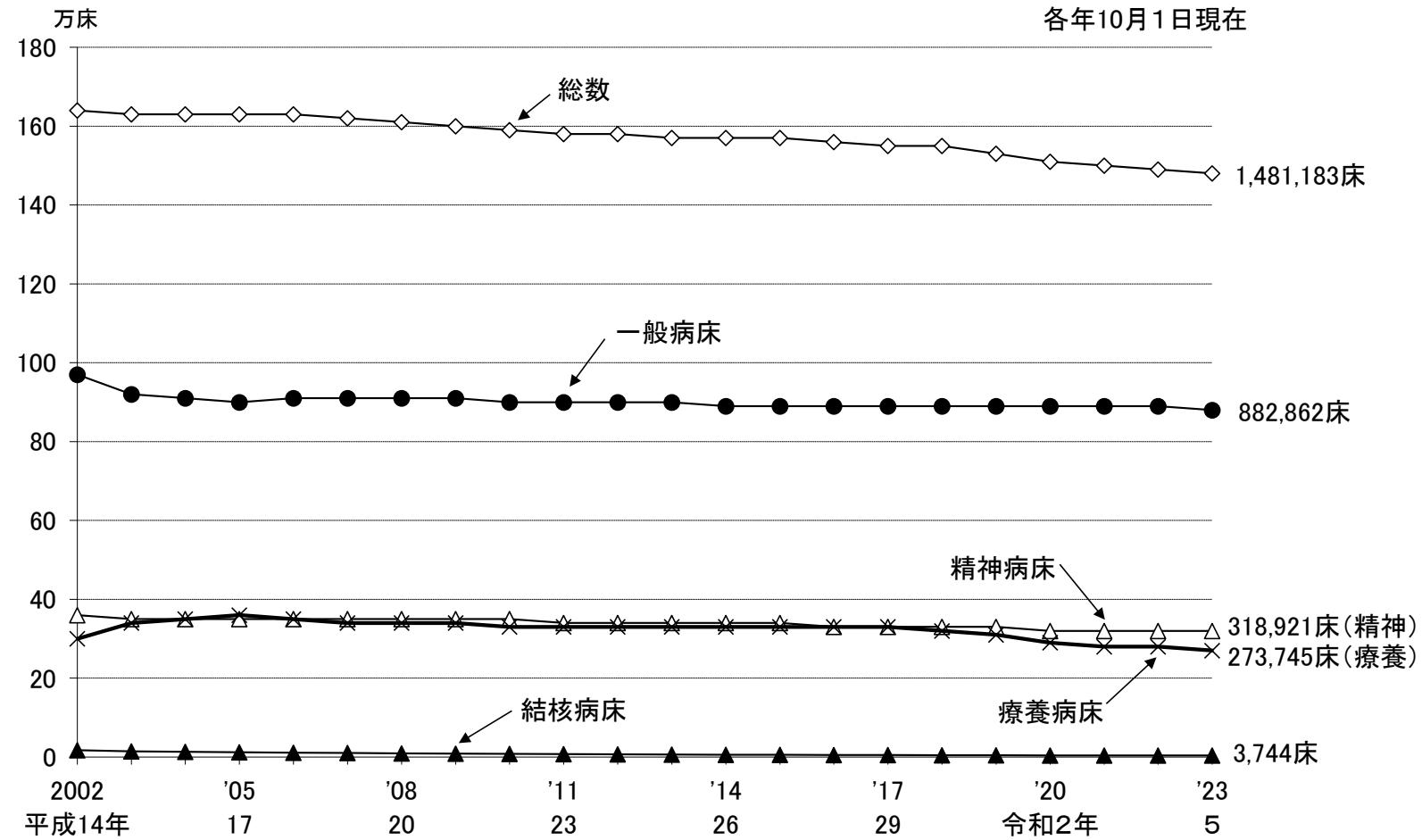
無床診療所の総数は増加傾向にある。一方、有床診療所の総数は減少傾向にある。



病院病床数の年次推移（2002年→2023年）

病床の総数は減少傾向にある。

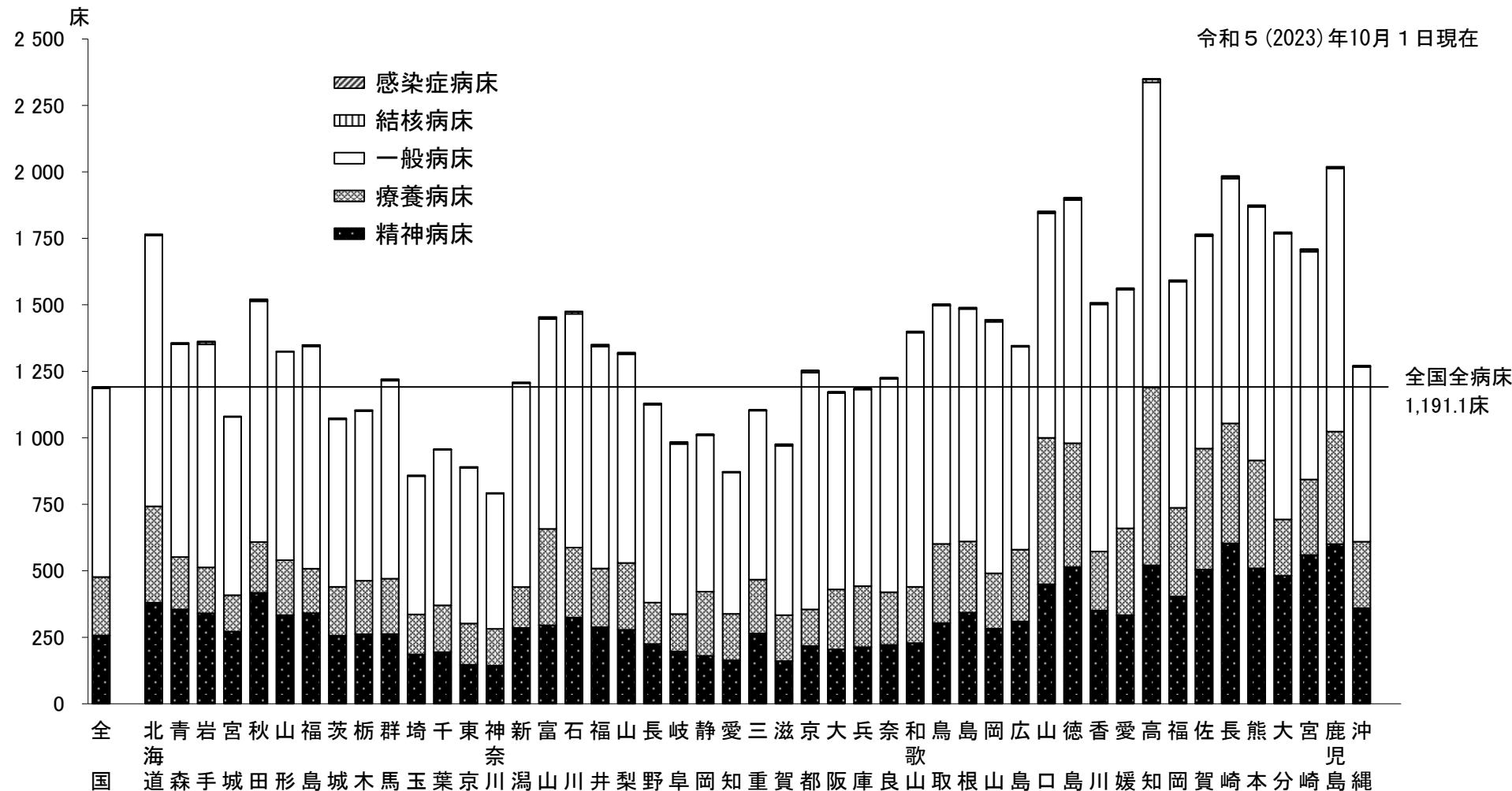
図 病床の種類別にみた病院病床数の年次推移



都道府県別の人口10万対病院病床数

人口10万対病床数は、都道府県別のばらつきがあり、最大で2倍以上の開きがある。

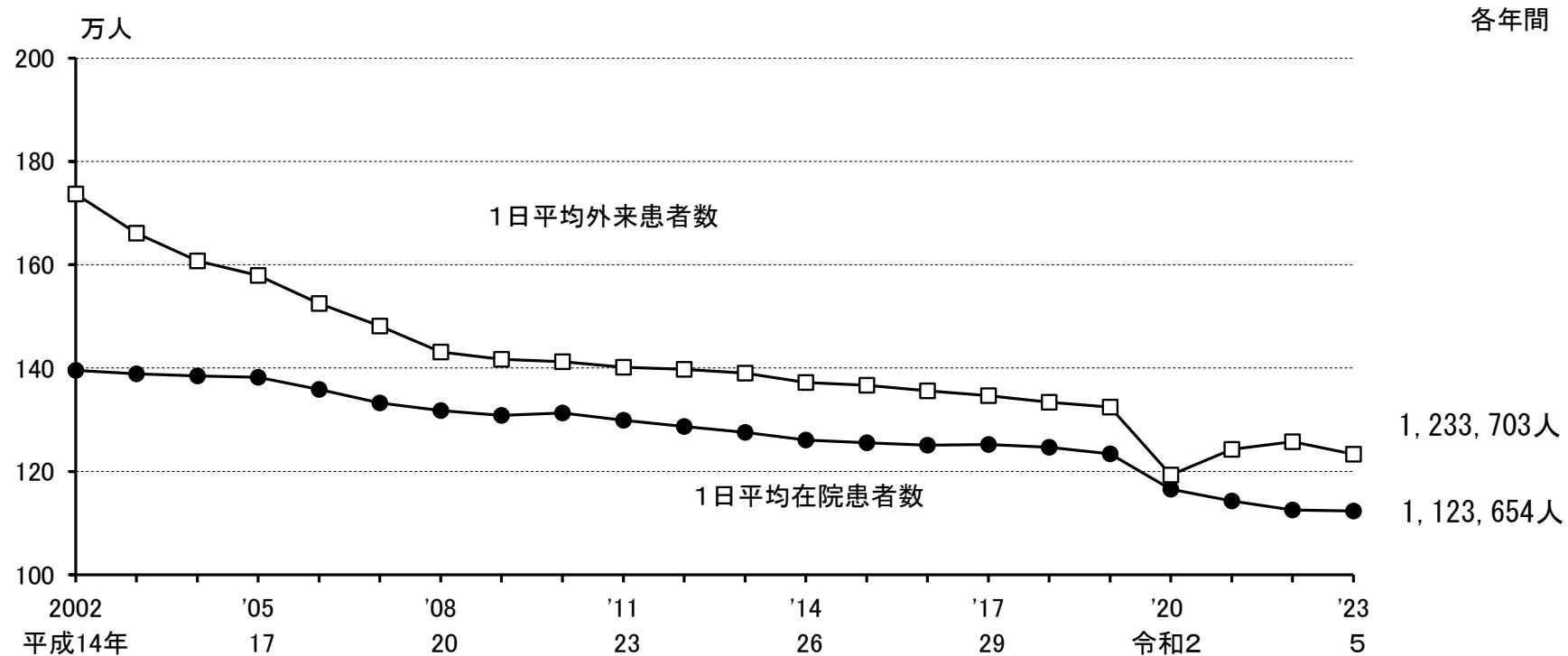
図 都道府県別にみた人口 10 万対病院病床数



病院の1日平均患者数の年次推移（2002年→2023年）

病院の1日平均外来患者数及び在院患者数は減少傾向にある。

図 病院の1日平均患者数の年次推移



注：1) 東日本大震災の影響により、平成23年3月分の報告において、病院の合計11施設（岩手県気仙医療圏1施設、岩手県宮古医療圏1施設、宮城県石巻医療圏2施設、宮城県気仙沼医療圏2施設、福島県相双医療圏5施設）は、報告のあった患者数のみ集計した。

2) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

3) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

4) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

施設別にみた医療施設の動態

近年は、「開設・再開」より「廃止・休止」が多い傾向がある。

施設の種類別にみた動態状況の年次推移

		各年 前年10月～9月									
		平成26年 (2014)	27年 ('15)	28年 ('16)	29年 ('17)	30年 ('18)	令和元年 ('19)	2年 ('20)	3年 ('21)	4年 ('22)	5年 ('23)
病院	開設・再開	112	121	97	94	76	66	80	64	63	59
	開 設	109	120	96	89	74	60	74	63	60	55
	再 開	3	1	1	5	2	6	6	1	3	4
	廃止・休止	159	134	135	124	116	138	142	97	112	93
	廃 止	149	129	121	106	106	125	125	92	106	80
	休 止	10	5	14	18	10	13	17	5	6	13
一般診療所	開設・再開	7 610	7 588	7 448	8 065	7 574	7 986	8 700	9 775	8 171	5 854
	開 設	7 216	7 353	7 206	7 674	7 339	7 768	8 302	9 546	7 847	5 437
	再 開	394	235	242	391	235	218	398	229	324	417
	廃止・休止	7 677	7 054	6 914	8 123	6 940	7 475	8 704	8 095	7 281	6 142
	廃 止	6 730	6 470	6 361	7 168	6 421	6 982	7 770	7 612	6 697	5 047
	休 止	947	584	553	955	519	493	934	483	584	1 095
歯科診療所	開設・再開	2 035	1 660	1 752	1 835	1 541	1 521	1 565	1 422	1 440	1 555
	開 設	1 912	1 604	1 702	1 720	1 485	1 451	1 393	1 352	1 333	1 454
	再 開	123	56	50	115	56	70	172	70	107	101
	廃止・休止	2 144	1 515	1 549	2 166	1 537	1 634	2 191	1 397	1 584	2 492
	廃 止	1 746	1 344	1 411	1 739	1 370	1 478	1 714	1 252	1 410	2 037
	休 止	398	171	138	427	167	156	477	145	174	455

病床の規模別にみた施設数及び構成割合の年次推移

特に500床以上の規模が大きい病院が減少傾向である。

	平成14年 (2002)	17年 ('05)	20年 ('08)	23年 ('11)	26年 ('14)	29年 ('17)	令和2年 ('20)	4年 ('22)	5年 ('23)
病院	9 187	9 026	8 794	8 605	8 493	8 412	8 238	8 156	8 122
20～99床	3 726	3 558	3 339	3 182	3 092	3 007	2 970	2 913	2 916
100床以上	5 461	5 468	5 455	5 423	5 401	5 405	5 268	5 243	5 206
200床以上	2 764	2 752	2 709	2 654	2 644	2 614	2 476	2 448	2 418
300床以上	1 599	1 603	1 579	1 546	1 528	1 500	1 440	1 421	1 405
500床以上	489	485	468	456	437	411	394	388	381
一般診療所	94 819	97 442	99 083	99 547	100 461	101 471	102 612	105 182	104 894
有床	16 178	13 477	11 500	9 934	8 355	7 202	6 303	5 958	5 641
1～9床	6 379	5 050	4 026	3 283	2 514	2 058	1 787	1 748	1 677
10～19	9 799	8 427	7 474	6 651	5 841	5 144	4 516	4 210	3 964

各年10月1日現在

病院における人口10万対1日平均患者数・病床の種類別にみた病床利用率・平均在院日数の年次推移

病床利用率は、すべての病床類型で概ね減少傾向である。平均在院日数も、すべての病床類型で概ね減少傾向である。

各年間

		平成26年 (2014)	27年 ('15)	28年 ('16)	29年 ('17)	30年 ('18)	令和元年 ('19)	2年 ('20)	3年 ('21)	4年 ('22)	5年 ('23)
病床利用率(%)		80.3	80.1	80.1	80.4	80.5	80.5	77.0	76.1	75.3	75.6
精神病床		87.3	86.5	86.2	86.1	86.1	85.9	84.8	83.6	82.3	81.6
感染症病床		3.2	3.1	3.2	3.3	3.6	3.8	114.7	343.8	571.2	160.8
結核病床		34.7	35.4	34.5	33.6	33.3	33.2	31.5	28.9	27.4	26.8
療養病床		89.4	88.8	88.2	88.0	87.7	87.3	85.7	85.8	84.7	84.1
一般病床		74.8	75.0	75.2	75.9	76.2	76.5	71.3	69.8	69.0	70.8
介護療養病床		92.9	92.1	91.4	90.9	91.3	90.7	88.1	85.9	80.4	75.8
平均在院日数(日)		29.9	29.1	28.5	28.2	27.8	27.3	28.3	27.5	27.3	26.3
精神病床		281.2	274.7	269.9	267.7	265.8	265.8	277.0	275.1	276.7	263.2
感染症病床		8.9	8.2	7.8	8.0	8.3	8.5	9.8	10.1	10.5	13.3
結核病床		66.7	67.3	66.3	66.5	65.6	64.6	57.2	51.3	44.5	42.1
療養病床		164.6	158.2	152.2	146.3	141.5	135.9	135.5	131.1	126.5	119.6
一般病床		16.8	16.5	16.2	16.2	16.1	16.0	16.5	16.1	16.2	15.7
介護療養病床		315.5	315.8	314.9	308.9	311.9	301.4	287.7	327.8	307.8	295.7
介護療養病床を除く総数		28.6	27.9	27.5	27.2	27.0	26.7	27.9	27.3	27.2	26.2

注：1) 月途中で病院の種類が変更された場合、患者数は月末時の病院の種類別で計上している。

(病院報告)

2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。

3) 熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院1施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

4) 平成30年7月豪雨の影響により、平成30年7月分、8月分の報告において、広島県の病院1施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

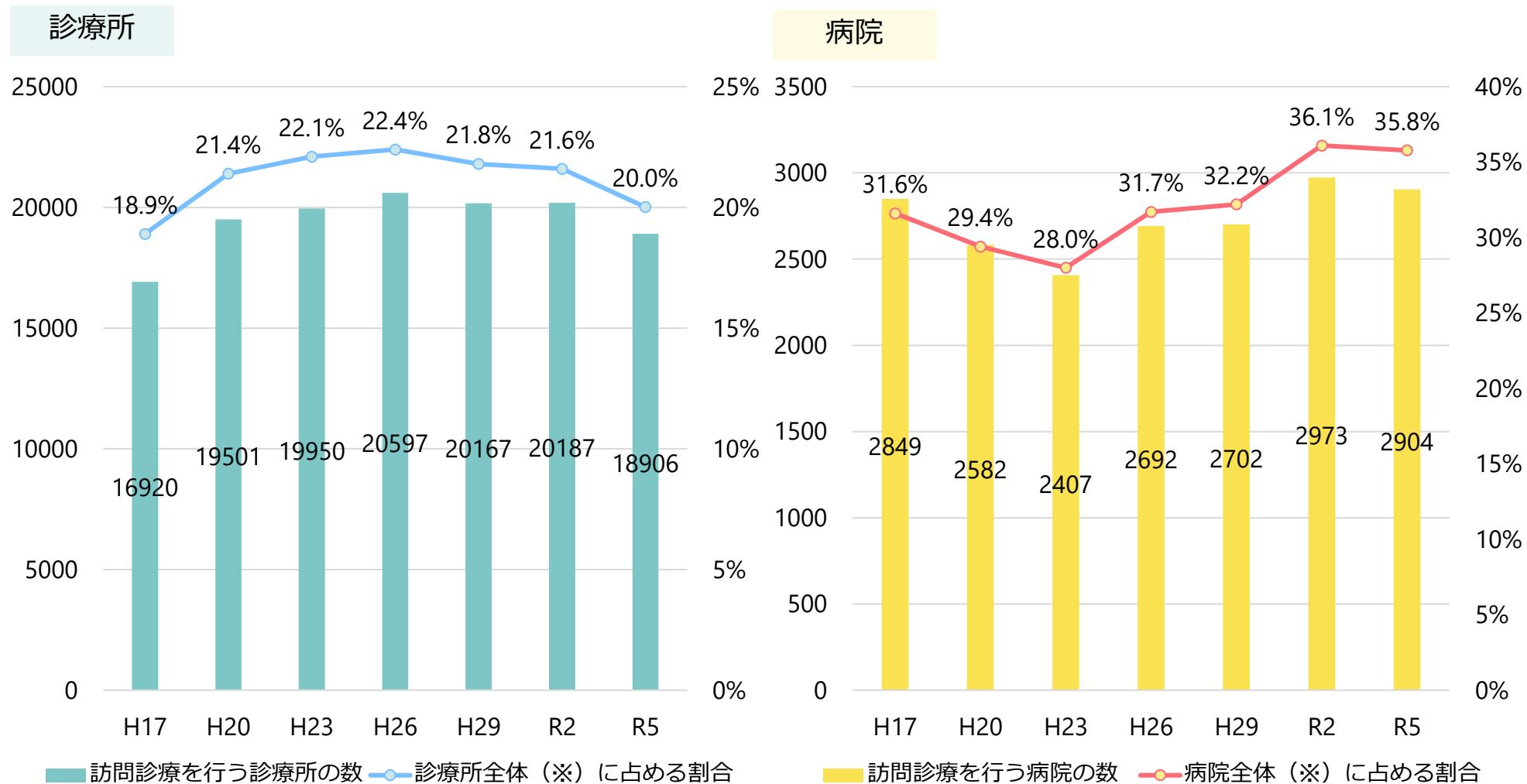
5) 令和2年7月豪雨の影響により、令和2年6月分、7月分の報告において、熊本県の病院1施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

6) 在院患者数は許可（指定）病床数にかかわらず、毎日24時現在に在院している患者数をいう。

このため、感染症病床の在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから病床利用率は100%を上回ることがある。

在宅医療の提供体制

訪問診療を行う医療機関の割合について、近年は診療所は横ばい、病院は増加の傾向であったが、令和2年から5年に診療所は減少、病院は微減となった。



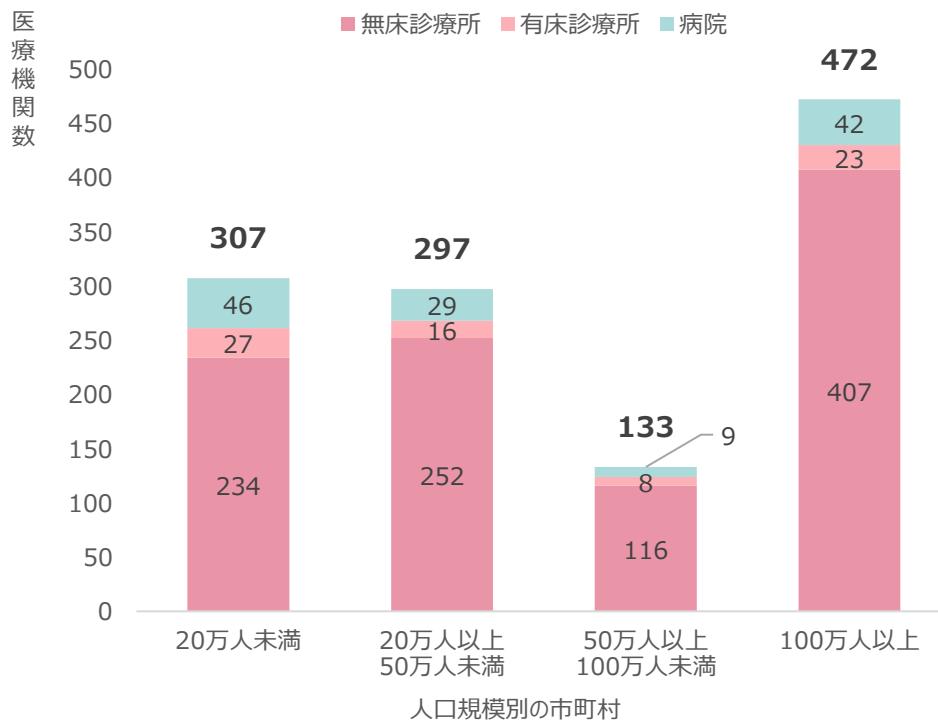
出典：医療施設調査

（※）保険診療を行っていない施設を除く

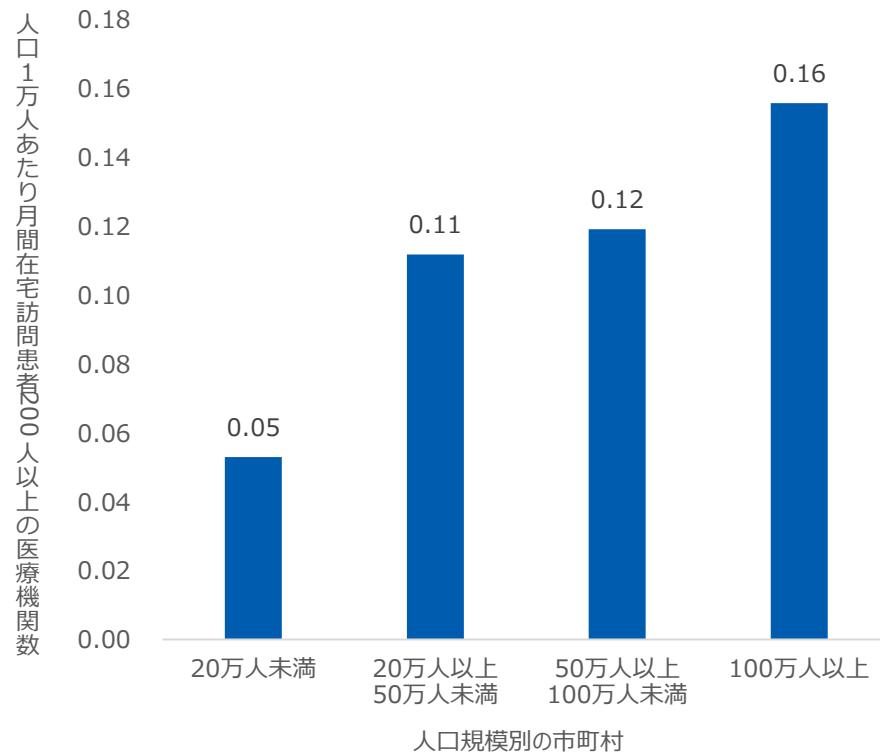
多数の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関について

- 1か月あたり200人以上の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関の多くは、無床診療所である。
- 人口規模別の市町村ごとにみると、人口規模の大きい市町村の方が、1か月あたり200人以上の訪問患者に在宅医療を提供する医療機関の人口あたりの数が多い。

月間在宅訪問患者200人以上の医療機関数
(市町村の人口規模別)



人口1万人あたり月間在宅訪問患者200人以上の
医療機関数 (市町村の人口規模別)



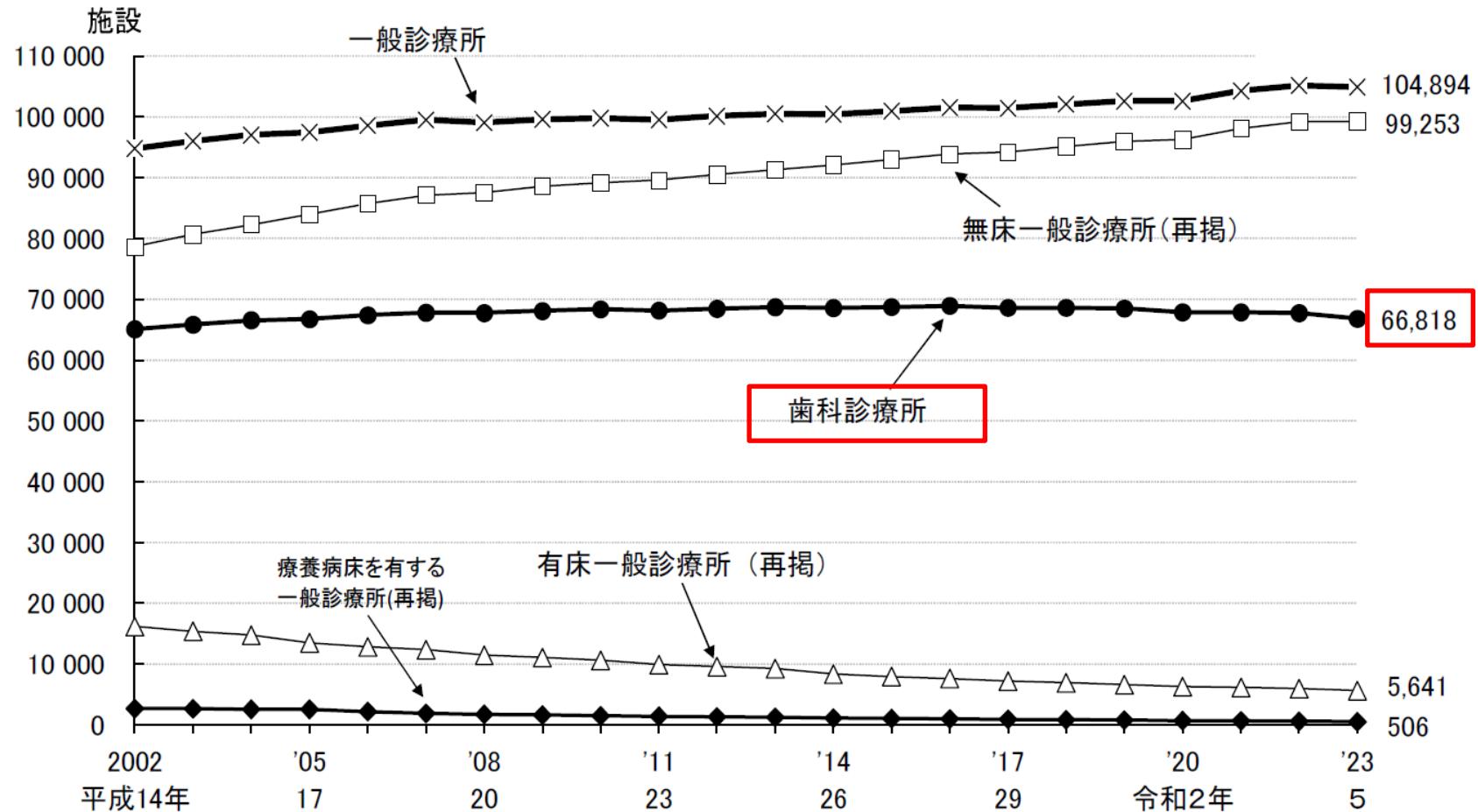
資料出所：N D B（2022年10月分）及び総務省「国勢調査」（2020年）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※「在宅訪問患者」は、在宅患者訪問診療料Ⅰ又はⅡを算定している患者

※東京都特別区、政令市については、特別区、政令市それぞれが全体で一つの市となっているものとみなして集計。

歯科医療機関

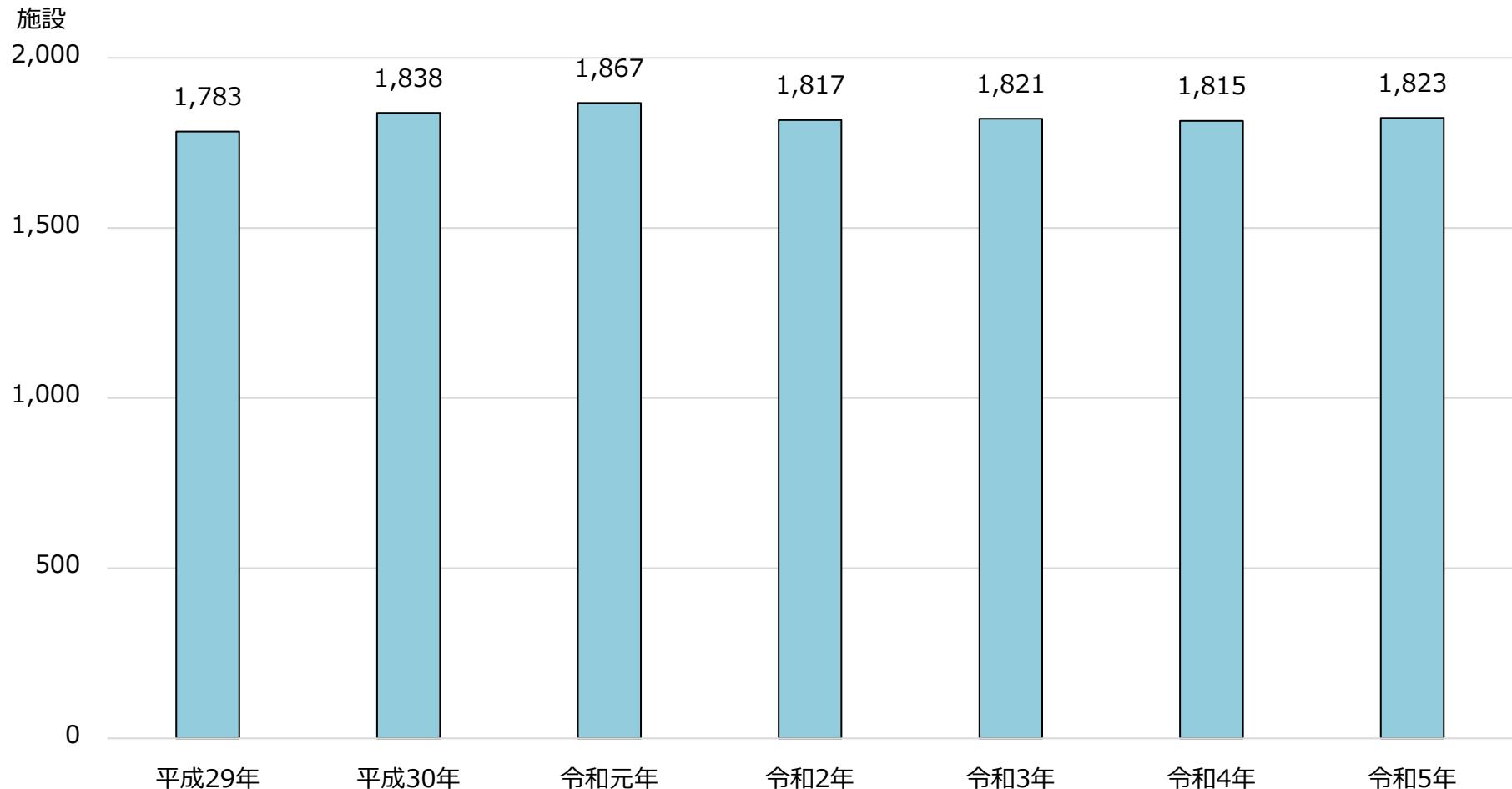
歯科診療所の施設数は52,216施設（平成2年）から68,384施設（平成22年）と20年間で増加していたが、平成23年医療施設調査では廃止・休止の歯科診療所が開設・再開を上回り228施設減少、その後ほぼ横ばいに推移しており、**令和5年は66,818施設（対前年：937施設減）**である。



- 注:1)「療養病床」は、平成14年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。
2) 平成20年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

(出典: 令和5年医療施設調査)

- 令和5年において、歯科系の診療科（歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれか）を標榜する病院は1,823施設であり、病院全体の約2割である。
- 平成29年からの年次推移については、ほぼ横ばい傾向にある。

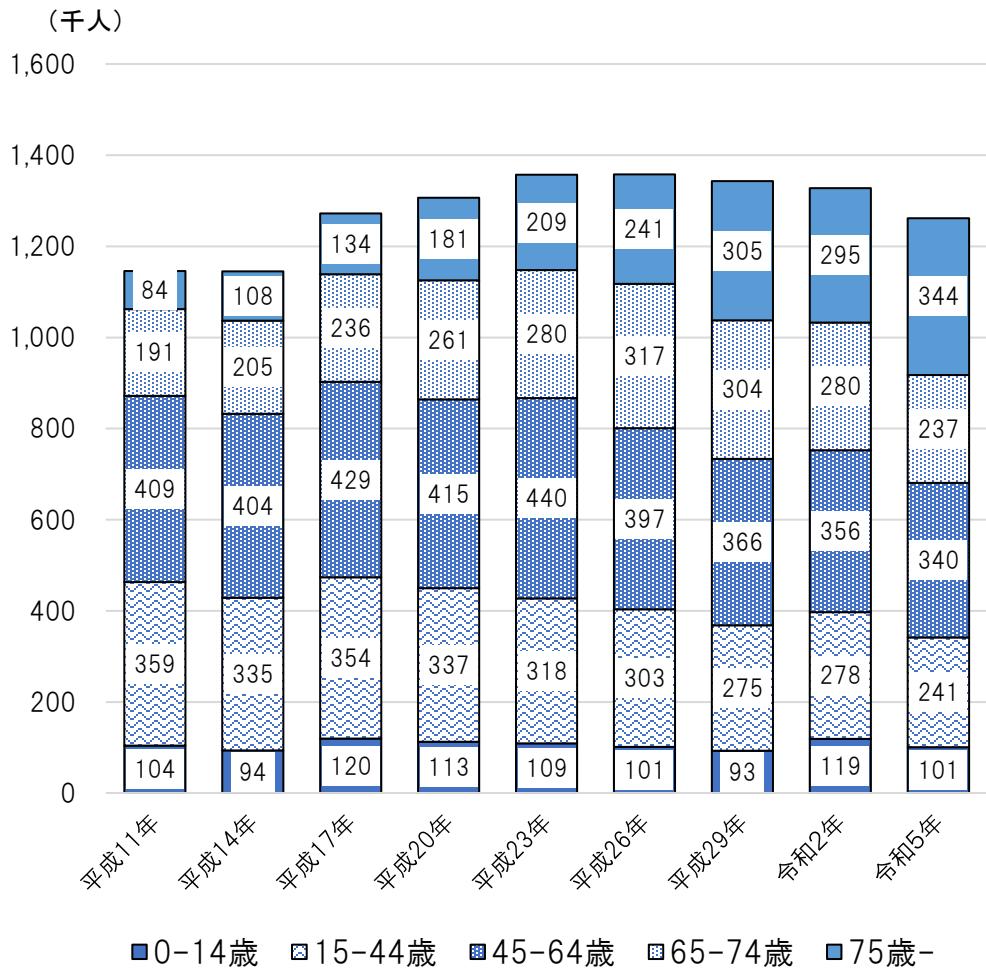


年齢階級別の推計患者数の年次推移

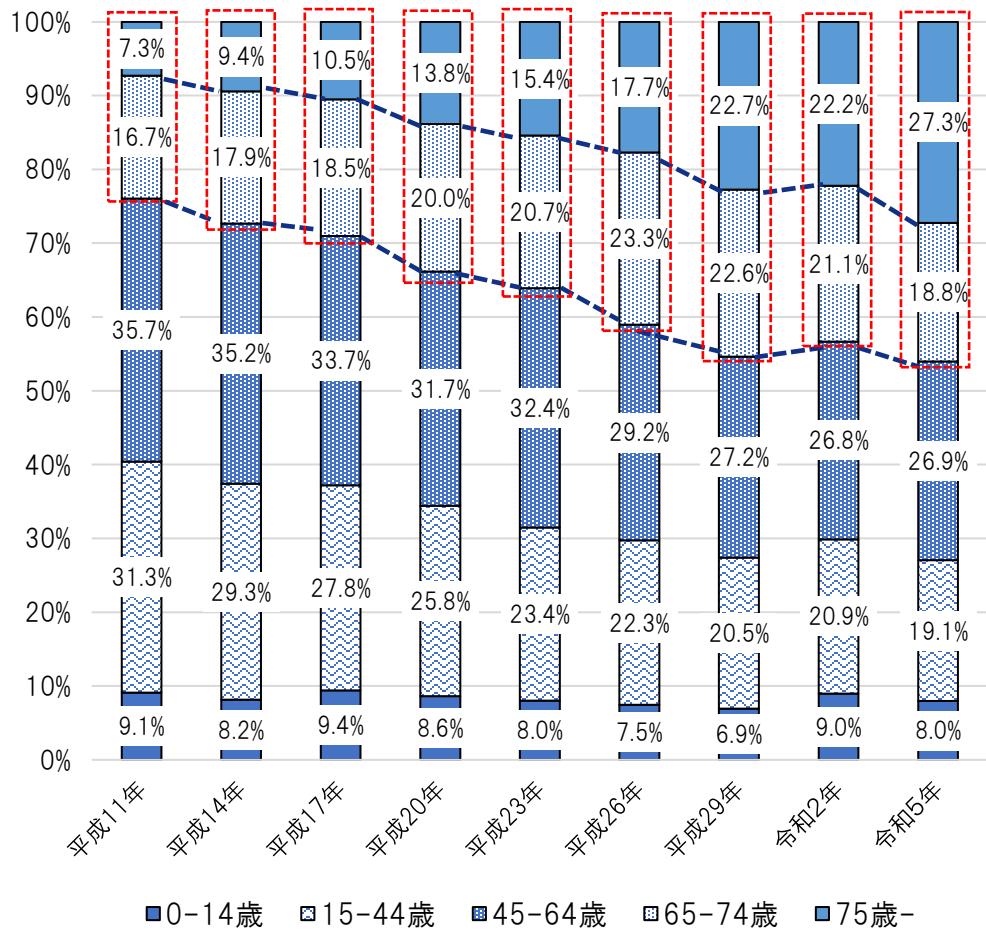
第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
(令和6年12月25日) 資料1

- 推計患者数は、平成26年をピークに緩やかに減少している。
- 年齢階級別の推計患者の割合は、65歳以上が増加している。

＜歯科診療所の年齢階級別推計患者数＞



＜歯科診療所の年齢階級別推計患者割合＞



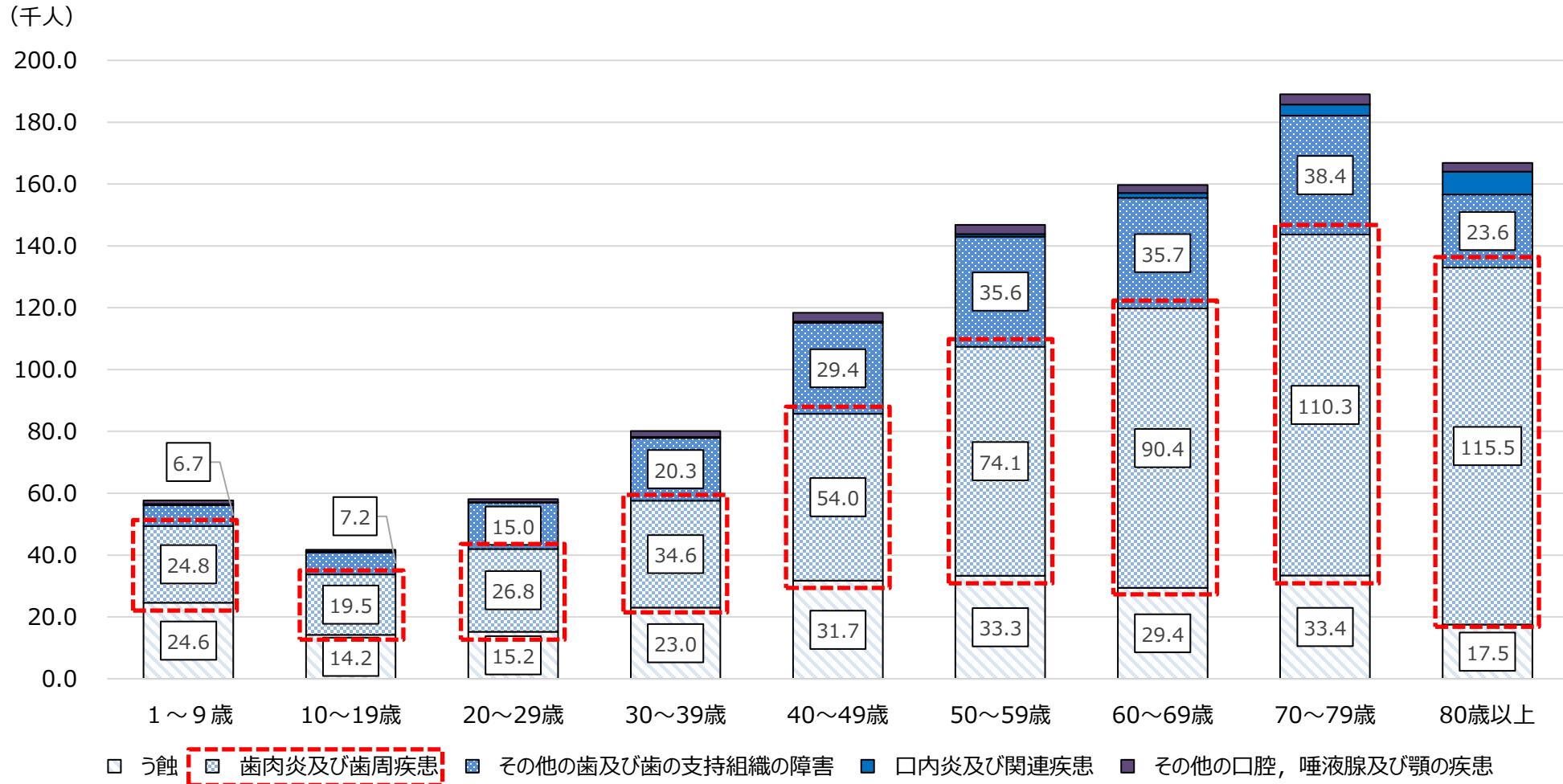
※推計患者：調査日当日に、歯科診療所で受療した患者の推計数

※不詳は除いた数又は割合

(出典：患者調査)

歯科疾患に係る患者数（1日あたり・総数）

- 歯科疾患に係る患者数は、年齢とともに増加し、70～79歳でピークとなり、その内訳は、「歯肉炎及び歯周疾患」（歯周病）が全ての年齢階級において最も多くなっている。
- 50歳以降では、歯周病に次いで、「その他の歯及び支持組織の障害」が多い。



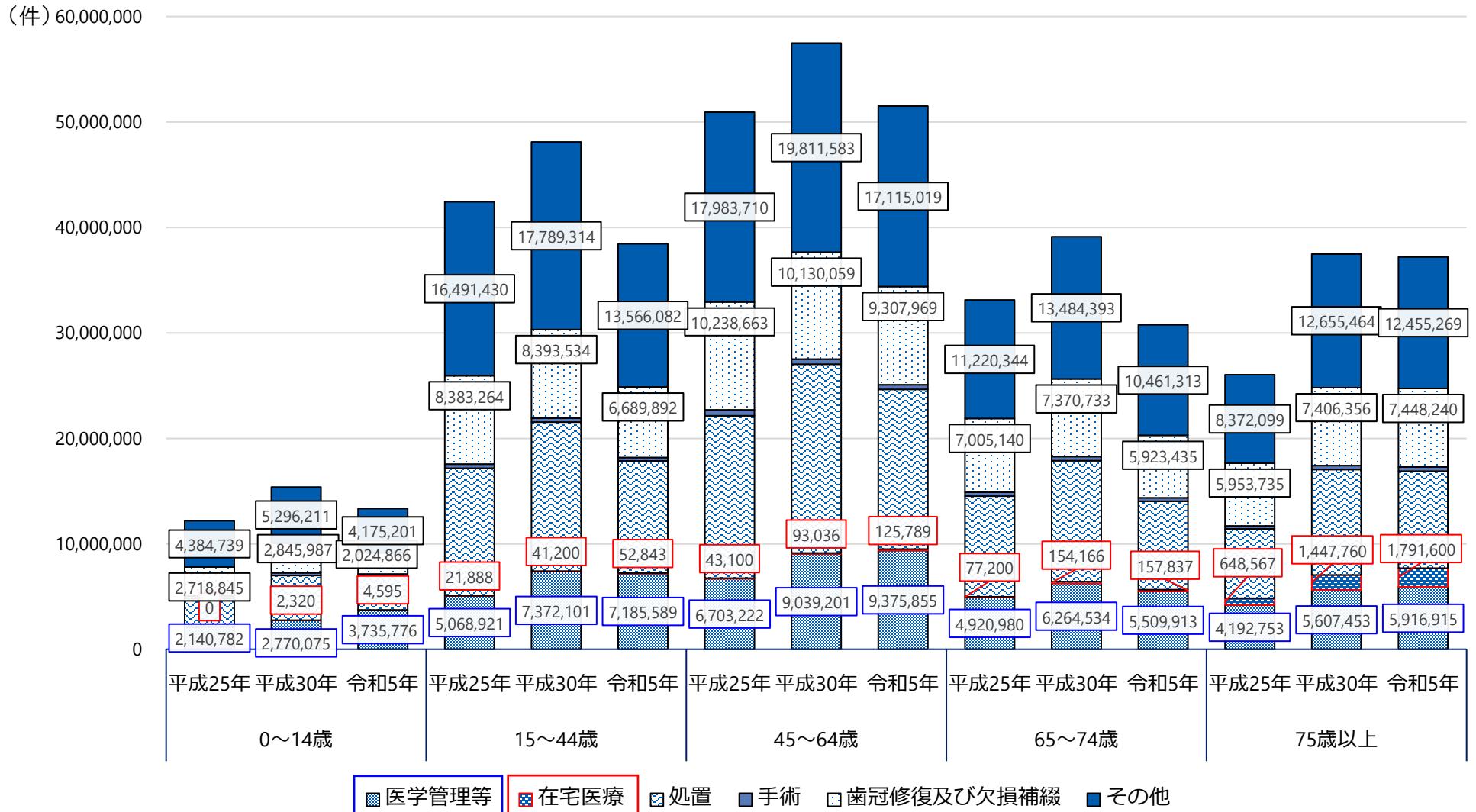
※「その他の歯及び歯の支持組織の障害」：（例）歯の発育異常及び萌出障害、不正咬合 等

※「その他の口腔、唾液腺及び顎の疾患」：（例）顎囊胞、顎骨骨髓炎、唾液腺炎、舌炎 等

（出典：令和5年患者調査）

診療行為別件数（年齢階級別）

- 各年齢階級とも、「在宅医療」の件数は近年増加している。※在宅医療：歯科訪問診療料、訪問歯科衛生指導料 等
- 乳幼児期から成人期（0～64歳）において、「医学管理等」の占める割合が近年増加している。
※医学管理等：歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、周術期等口腔機能管理料、診療情報等連携共有料 等

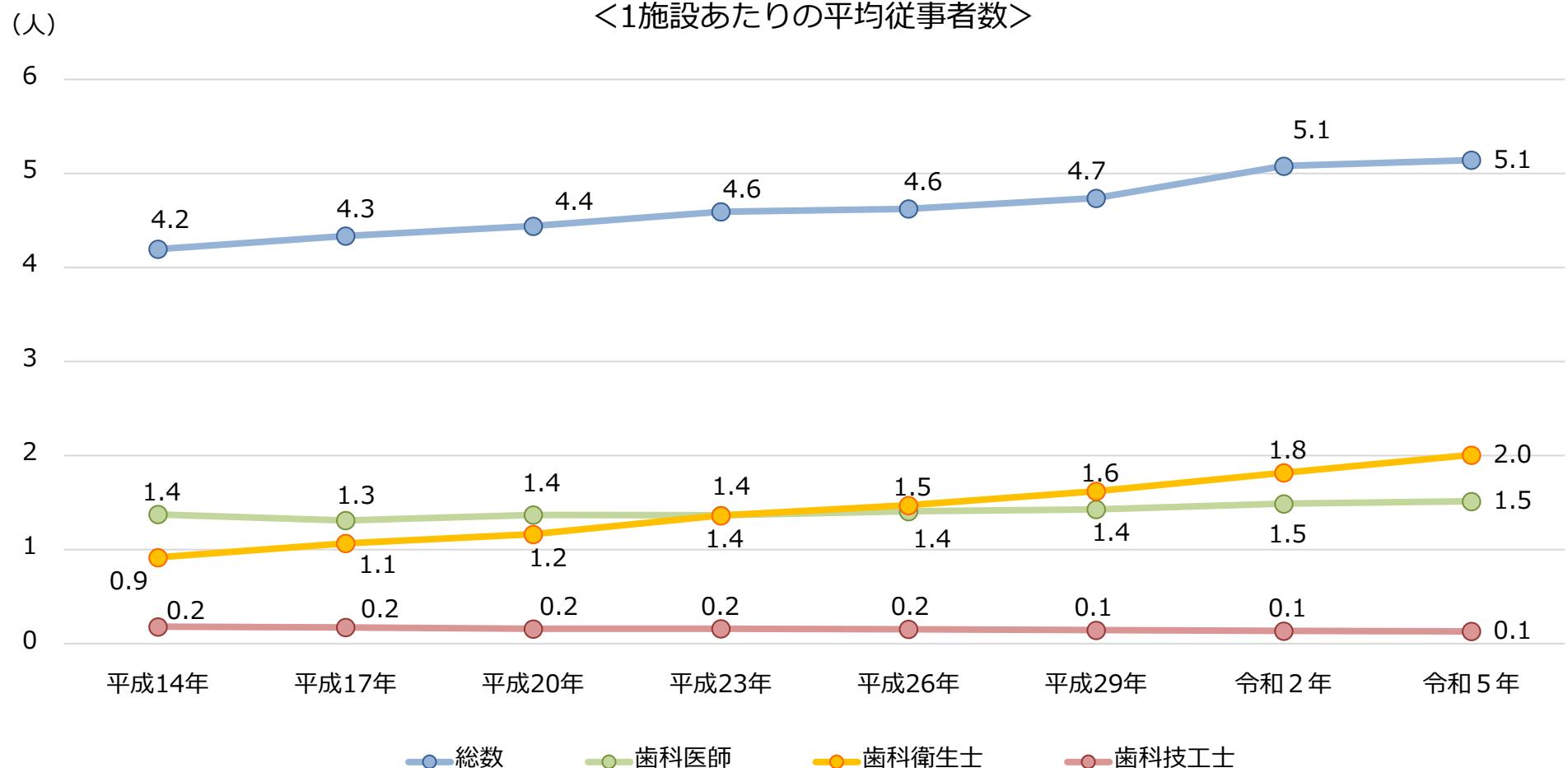


出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

歯科診療所の従事者数の推移

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
(令和6年12月25日) 資料1

- 令和5年の歯科診療所の常勤換算の従事者数（総数）の平均は5.1人であり、小規模事業所が多い。
- 1診療所あたりの平均歯科医師数は1.5人であり、近年横ばいである。
- 一方、平均歯科衛生士数は2.0人であり、平成14年の0.9人から約2倍に増加している。

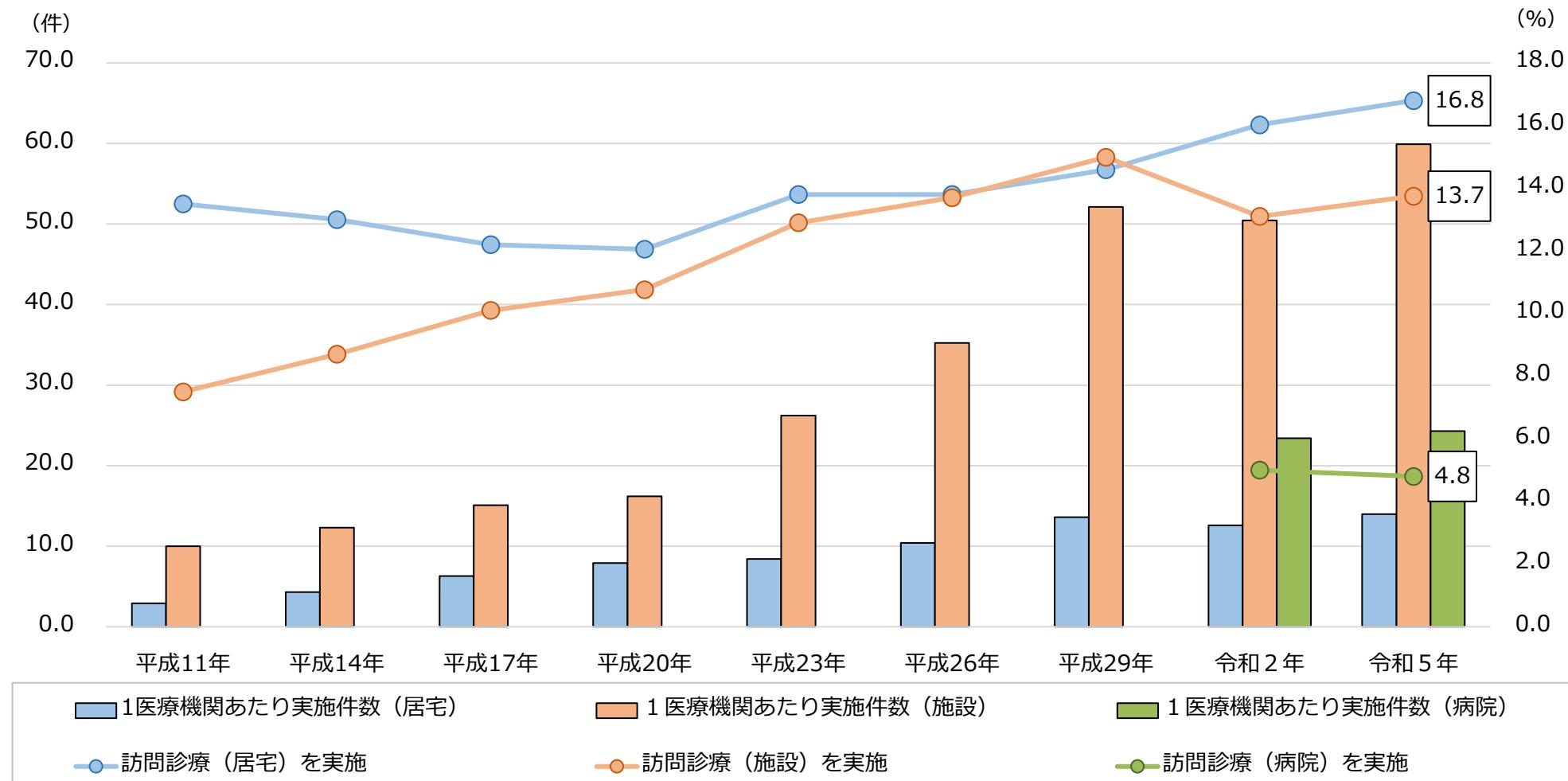


(出典：医療施設調査)

歯科訪問診療を提供している歯科診療所の状況

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
(令和6年12月25日) 資料1 (改)

- 1歯科診療所あたりの歯科訪問診療の実施件数（各年9月分）は、増加傾向にあったが、令和2年に減少したものの、令和5年には増加傾向がみられる。
- 歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合について、居宅、施設ともに20年前に比べ緩やかに増加しているが、居宅、施設、病院ともに歯科診療所総数の2割に満たない。



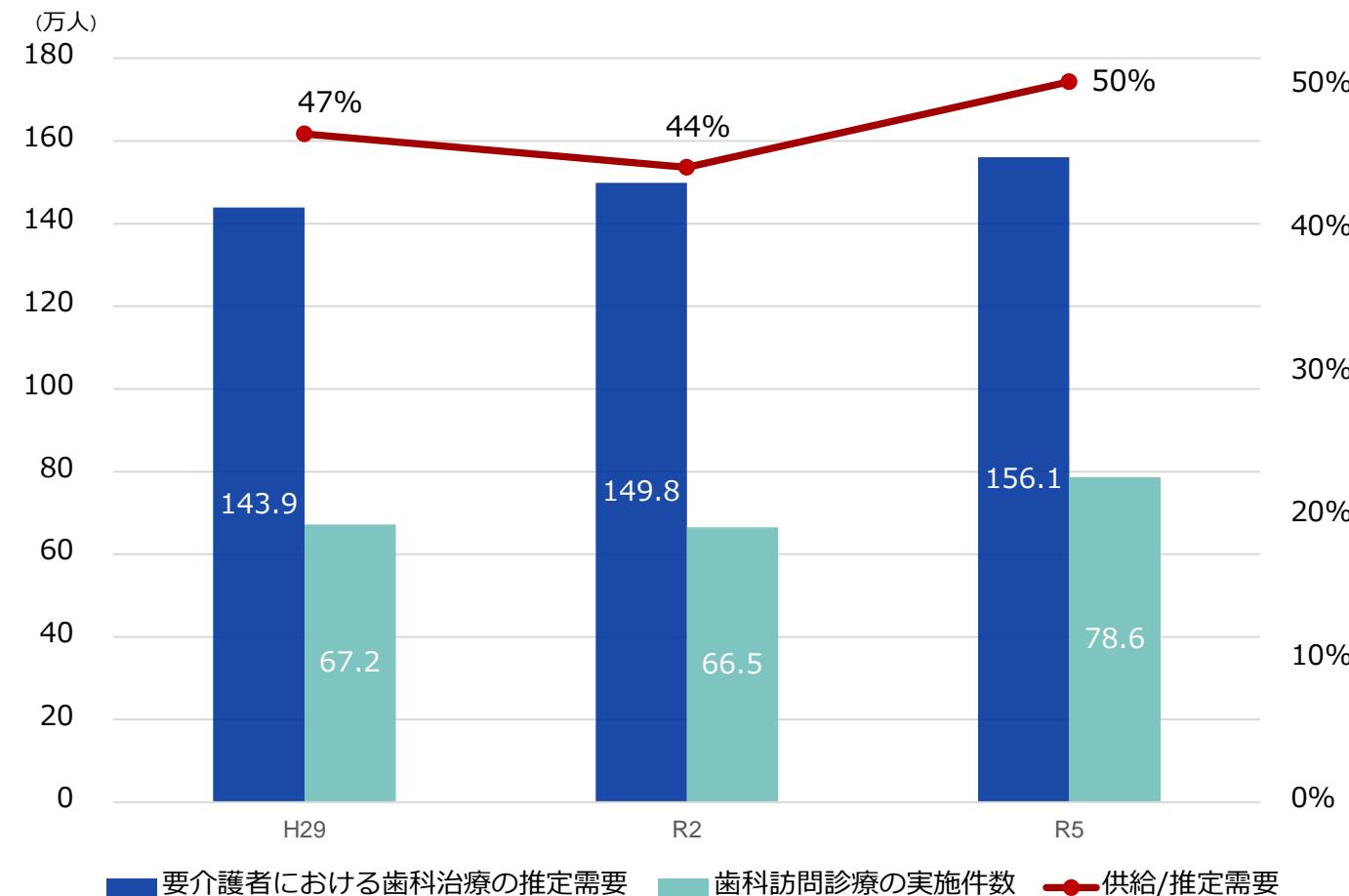
注1：平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

注2：病院については、令和2年から調査開始

出典：医療施設調査

要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要と供給

- 要介護高齢者における歯科訪問診療の推定需要数と比べ、歯科医療機関の実施件数（供給数）は約 5割である。



歯科訪問診療の実施件数：歯科訪問歯科診療の実施件数（各年 9月分）は、訪問先である居宅、施設、病院を合算。

要介護者における歯科治療の推定需要：「フレイルおよび認知症と口腔健康の関係に焦点化した人生100年時代を見据えた歯科治療指針作成に関する研究（日本歯科医学会：令和元年）」より、「要介護高齢者（N=290、平均年齢86.9±6.6歳）の調査（※）において、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であった」と報告されていることから、要介護3～5の認定者数の64.3%を歯科訪問診療の推定需要数と仮定して算出。

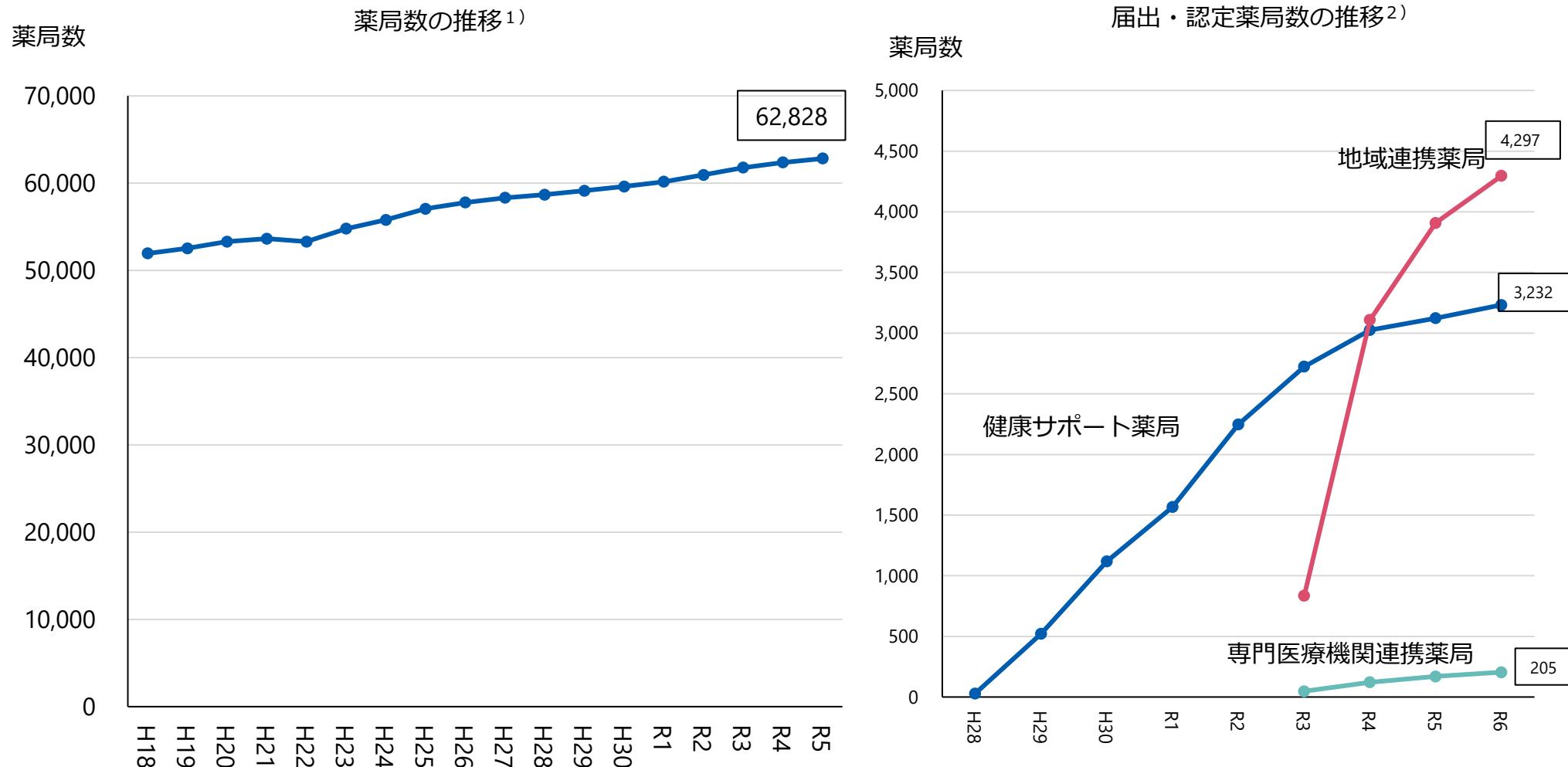
※歯科治療（義歯・う蝕・歯周疾患・粘膜疾患・保湿）の必要性の有無を歯科医師が判定

要介護高齢者：特定地域の在宅療養、認知症グループホーム、通所サービス、療養病棟、老人保健施設、特別養護老人ホームの入所、利用者など

藥局

薬局数の年次推移

○ 薬局数は年々増加しており、令和5年度は62,828施設である。



※平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県及び福島県の一部は集計されていない。

出典：1) 衛生行政報告例

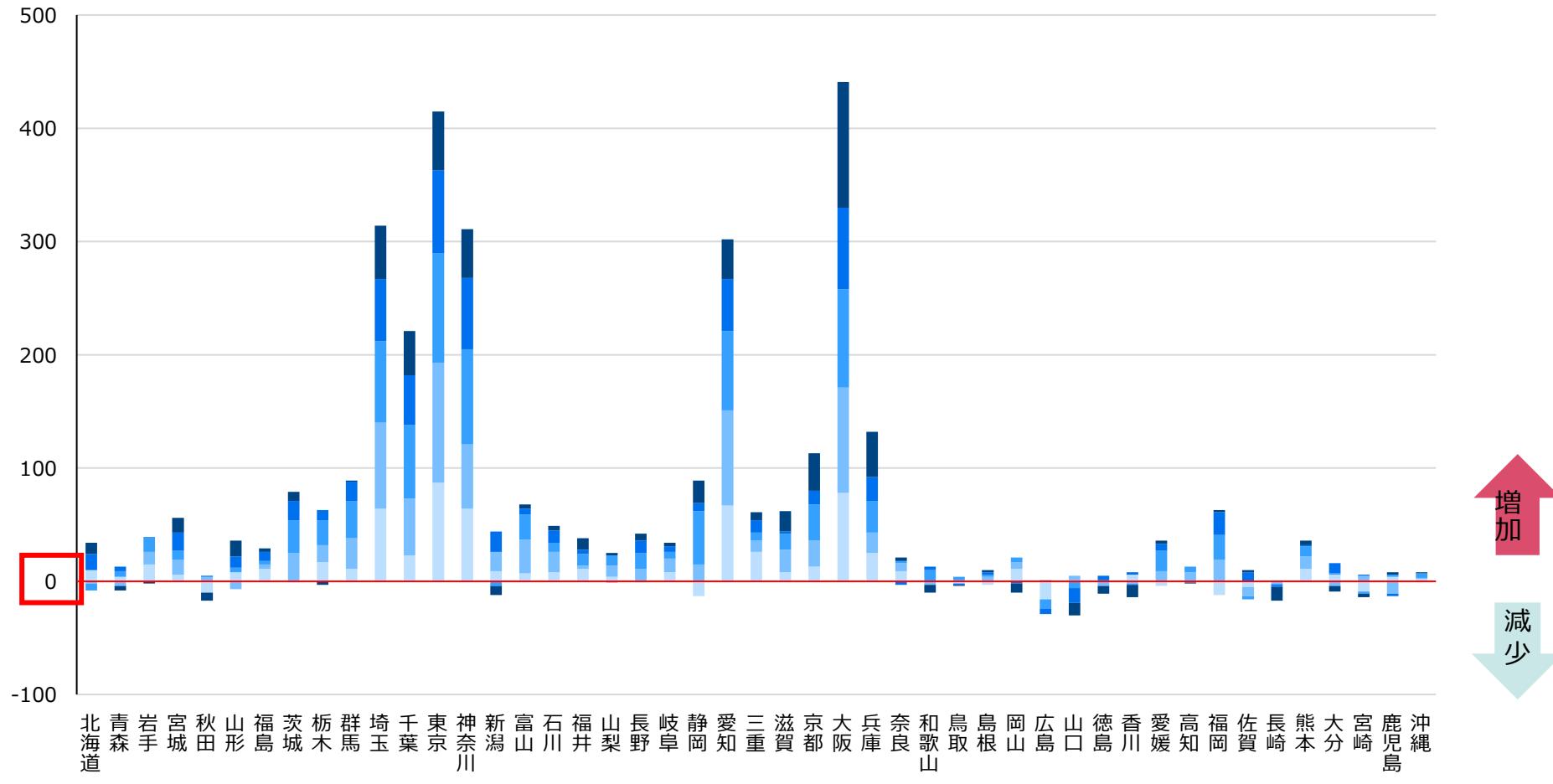
2) 厚生労働省医薬局調べを元に保険局医療課にて作成

薬局数の各都道府県の増減

- 薬局数は、東京都や大阪府などで増加しているが、都道府県によっては減少しているところもある。

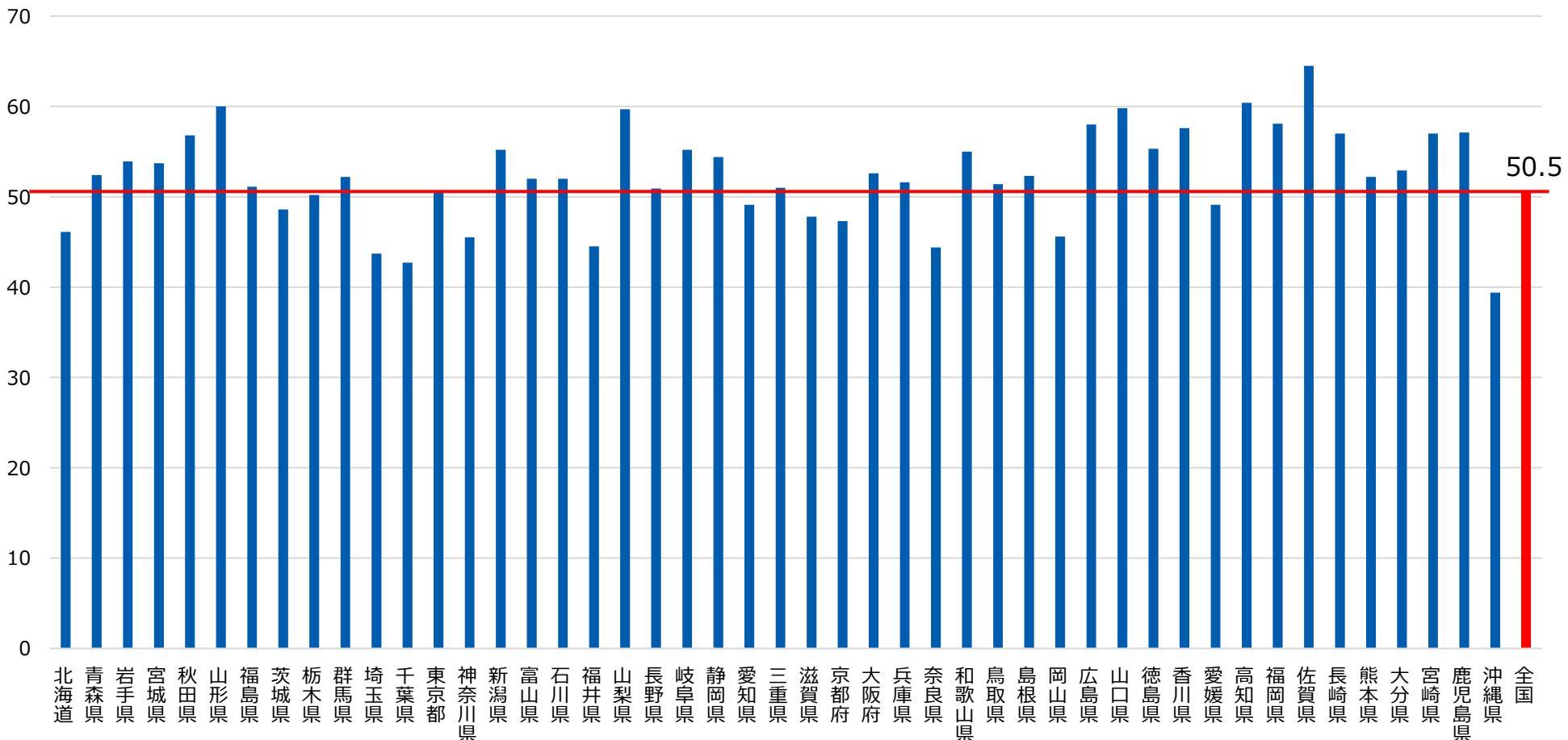
都道府県別薬局数の対前年増減状況（5年間推移）

薬局数



都道府県別にみた薬局数（人口10万対）

○令和5年における人口10万人に対する薬局数の全国平均は50.5施設であった。最も多い都道府県は佐賀県で64.5施設、最も少ない都道府県は沖縄県で39.4施設となり都道府県間で差がある。

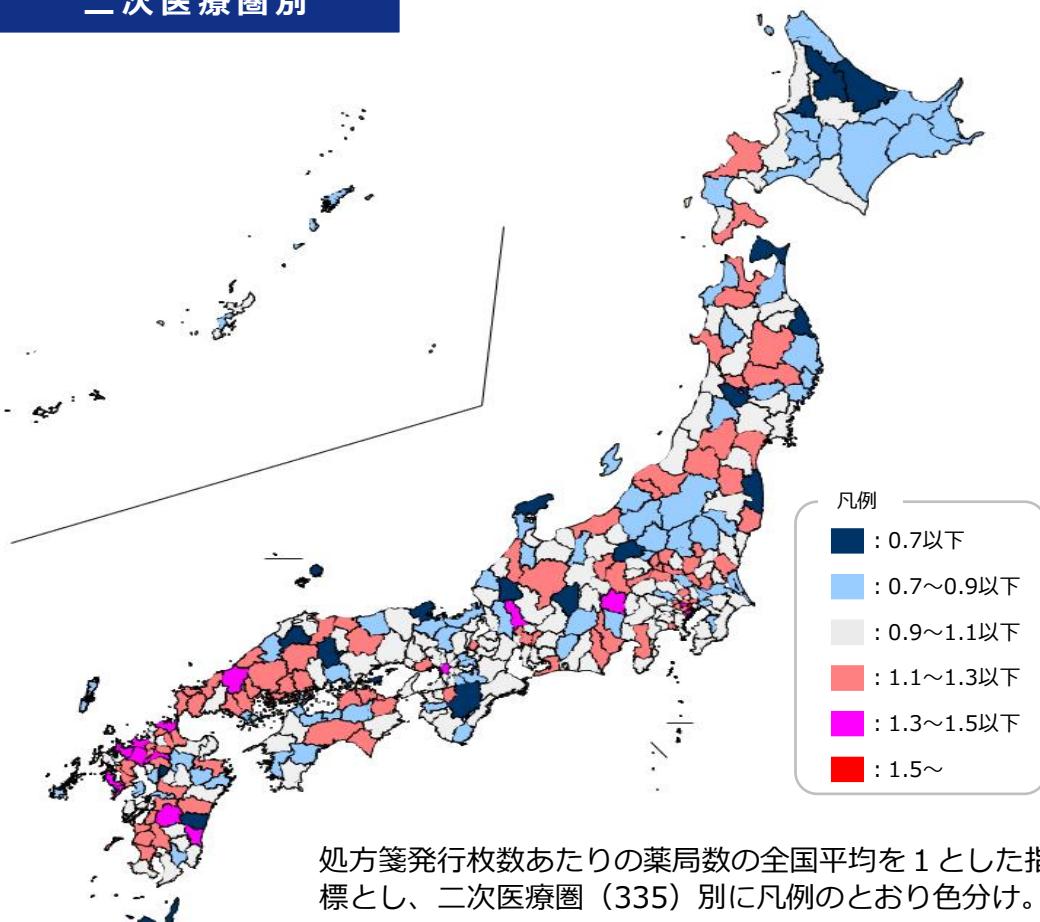


出典) 衛生行政報告例（令和5年）

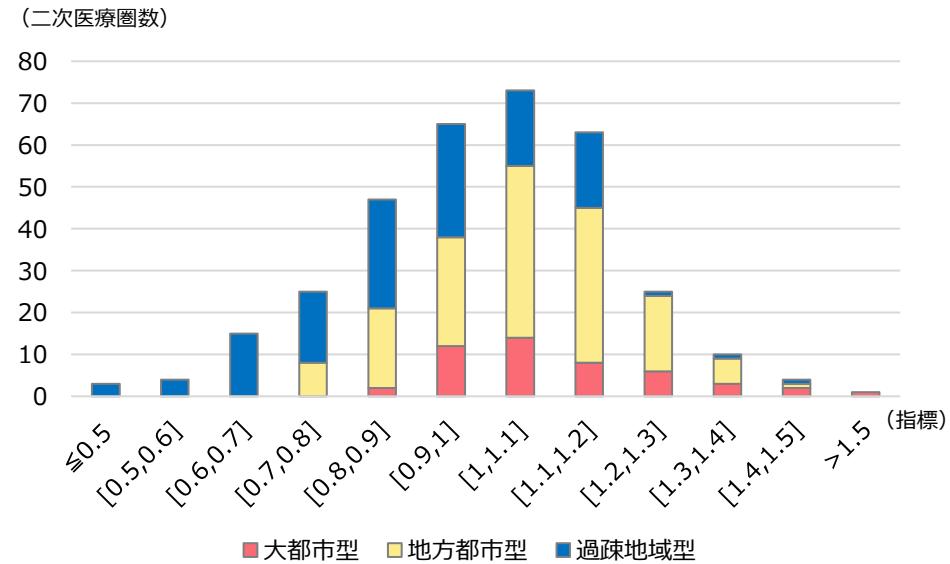
二次医療圏別にみた薬局数（処方箋発行枚数あたり）

- 二次医療圏で比較した場合、処方箋発行枚数（処方箋を発行した医療機関の所在地ごと）あたりの薬局数（薬局の所在地ごと）には最大約6倍の差がある。
- 二次医療圏を大都市型、地方都市型、過疎地域型の地域区分に分けた場合、過疎地域型は、他の地域区分に比べ、処方箋発行枚数あたりの薬局数は、全国平均を下回る地域が多い傾向がある。

二次医療圏別



地域区分別（二次医療圏数）



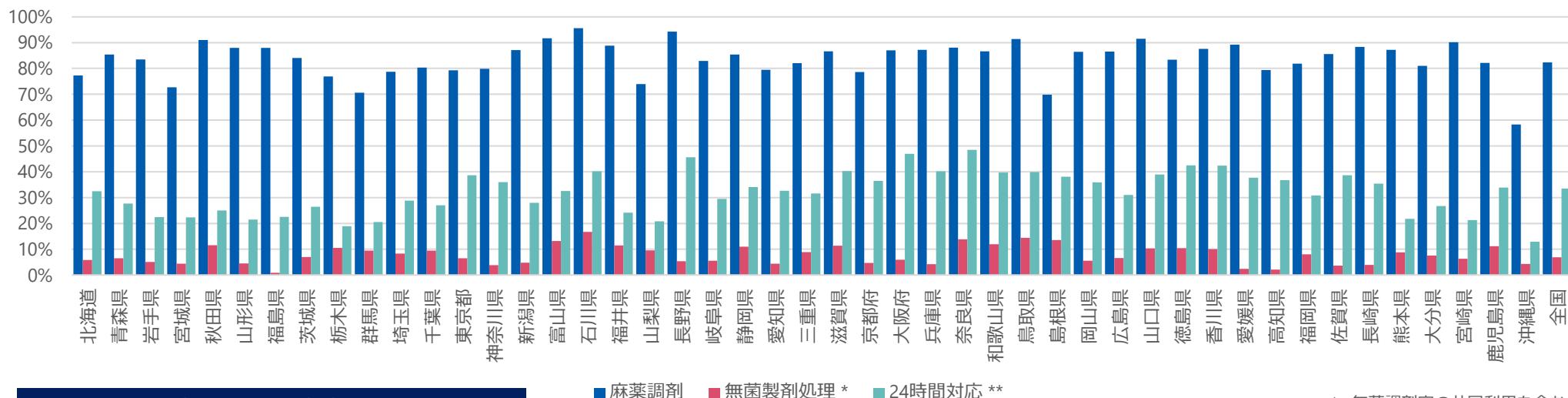
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人
(かつ) 人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外

薬局数：地方厚生局公表データ、
処方箋発行枚数：NDBデータより保険局医療課にて作成

麻薬調剤や無菌製剤処理、24時間対応が可能な薬局

- 全国で麻薬調剤に対応可能な薬局は約8割、無菌製剤処理に対応可能な薬局は1割未満、24時間対応可能な薬局は約3割であり、都道府県によってこれらの割合は異なる。
 - 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき、都道府県知事の諮問に応じ、薬事に関する事務について調査審議を行うため、地方薬事審議会が設置されている。

麻薬調剤・無菌製剤処理・24時間対応が可能な薬局の割合



地方薬事審議会の調査審議事項の例

- ・ 医薬品等の流通の円滑化に関する事項
 - ・ 医薬品等の取扱いの適正化に関する事項
 - ・ 医薬品等の広告の適正化に関する事項
 - ・ 抗生物質、催眠剤等の乱用防止に関する事項
 - ・ 薬事従事者の研修その他資質の向上に関する事項
 - ・ 地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の認定に関する事項
 - ・ 農薬等の毒物劇物による危害の防止に関する事項
 - ・ 薬用植物の栽培指導等薬用資源の開発に関する事項
 - ・ 医薬品等の生産、輸出等の振興助成に関する事項

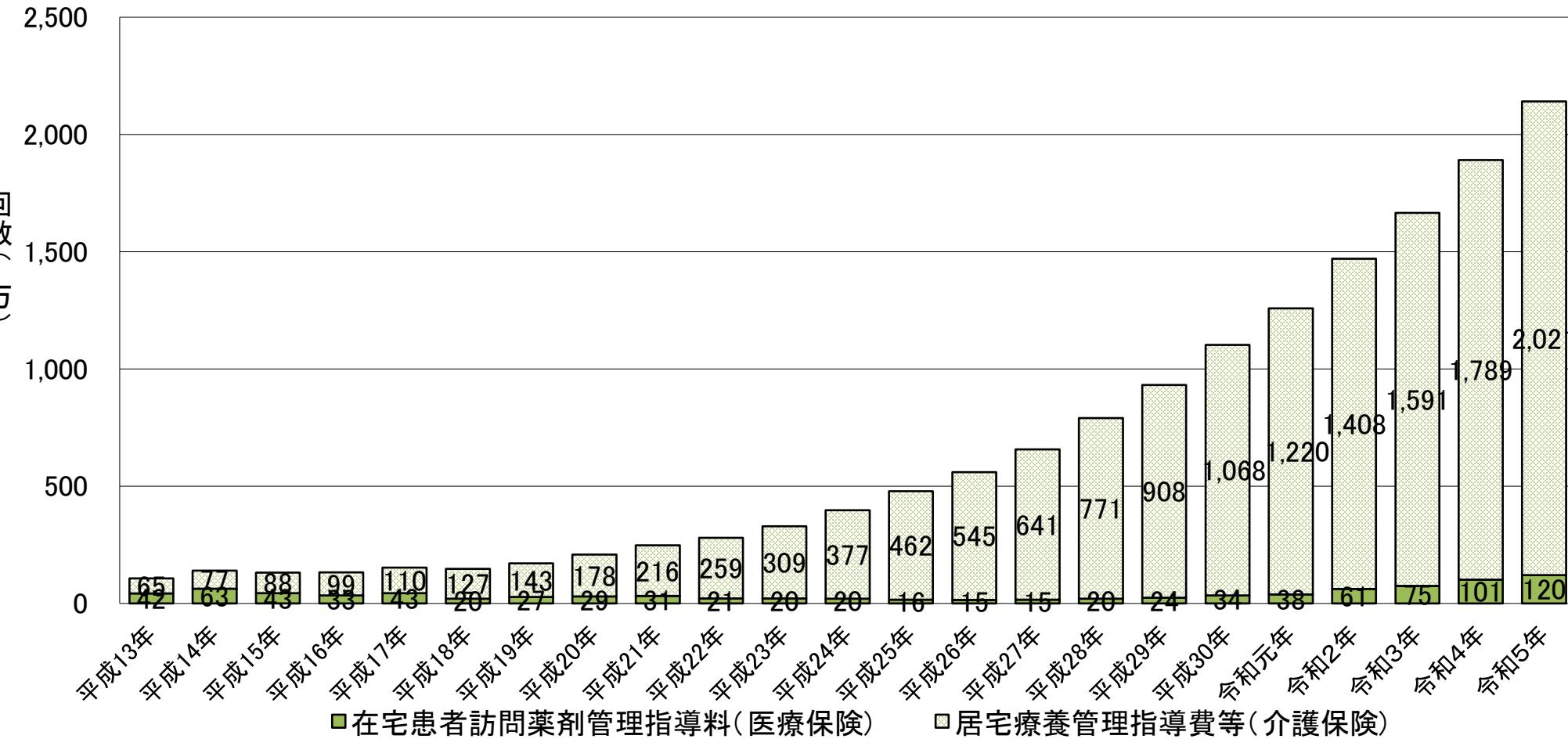
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 (地方薬事審議会)

第三条 都道府県知事の諮問に応じ、薬事（医療機器及び再生医療等製品に関する事項を含む。以下同じ。）に関する当該都道府県の事務及びこの法律に基づき当該都道府県知事の権限に属する事務のうち政令で定めるものに関する重要事項を調査審議させるため、各都道府県に、地方薬事審議会を置くことができる。

2 地方薬事審議会の組織、運営その他地方薬事審議会に関し必要な事項は、当該都道府県の条例で定める。

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

○ 医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」、介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数は伸びており、そのほとんどは介護保険によるものである。全体として薬剤師による在宅薬剤管理は進んでいる。



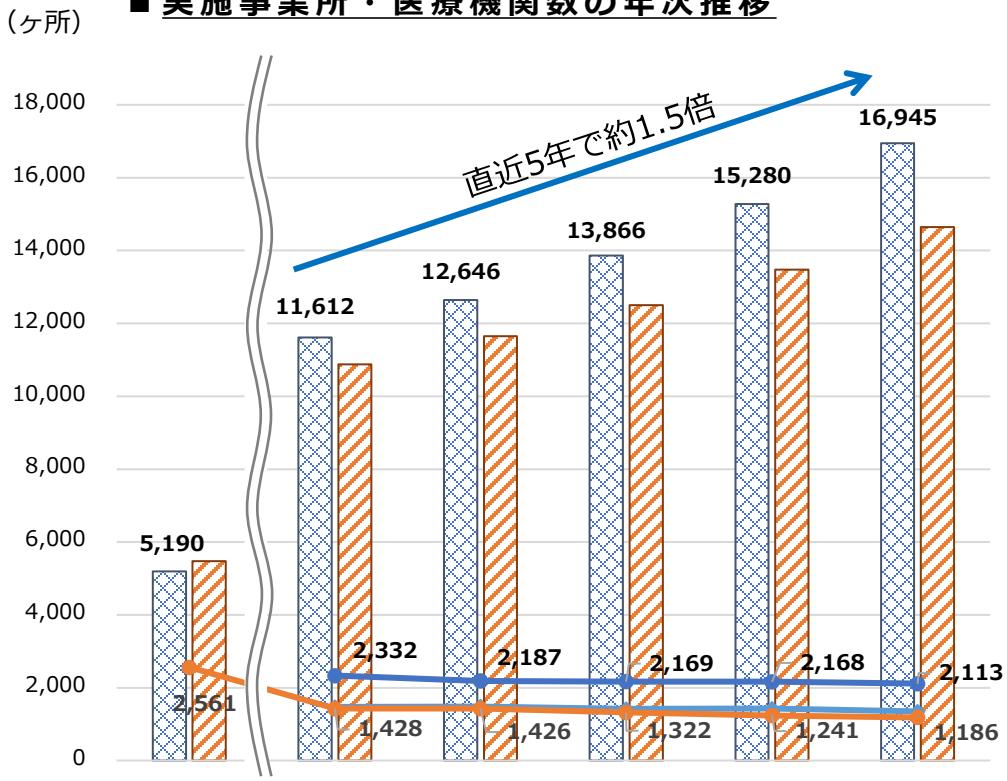
注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

訪問看護ステーション

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

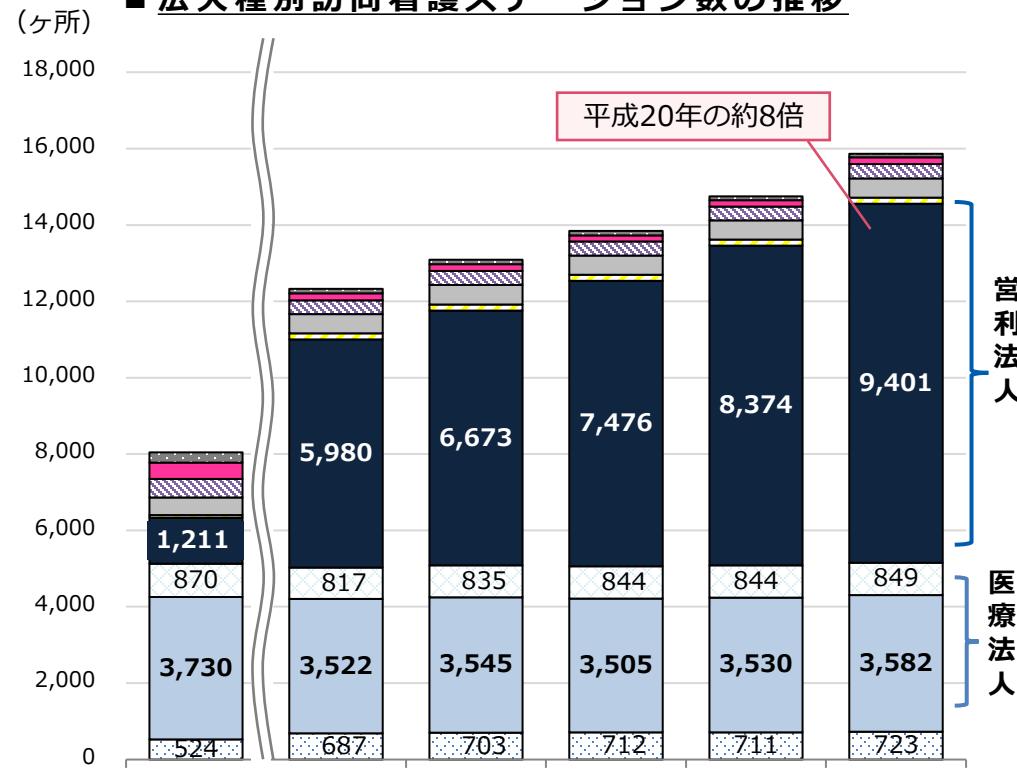
訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は約1万7千事業所となっている。一方、介護保険を算定する病院・診療所は減少傾向である。法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

■ 実施事業所・医療機関数の年次推移



※ 医療保険の訪問看護を行う病院又は診療所は、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料を算定する病院・診療所

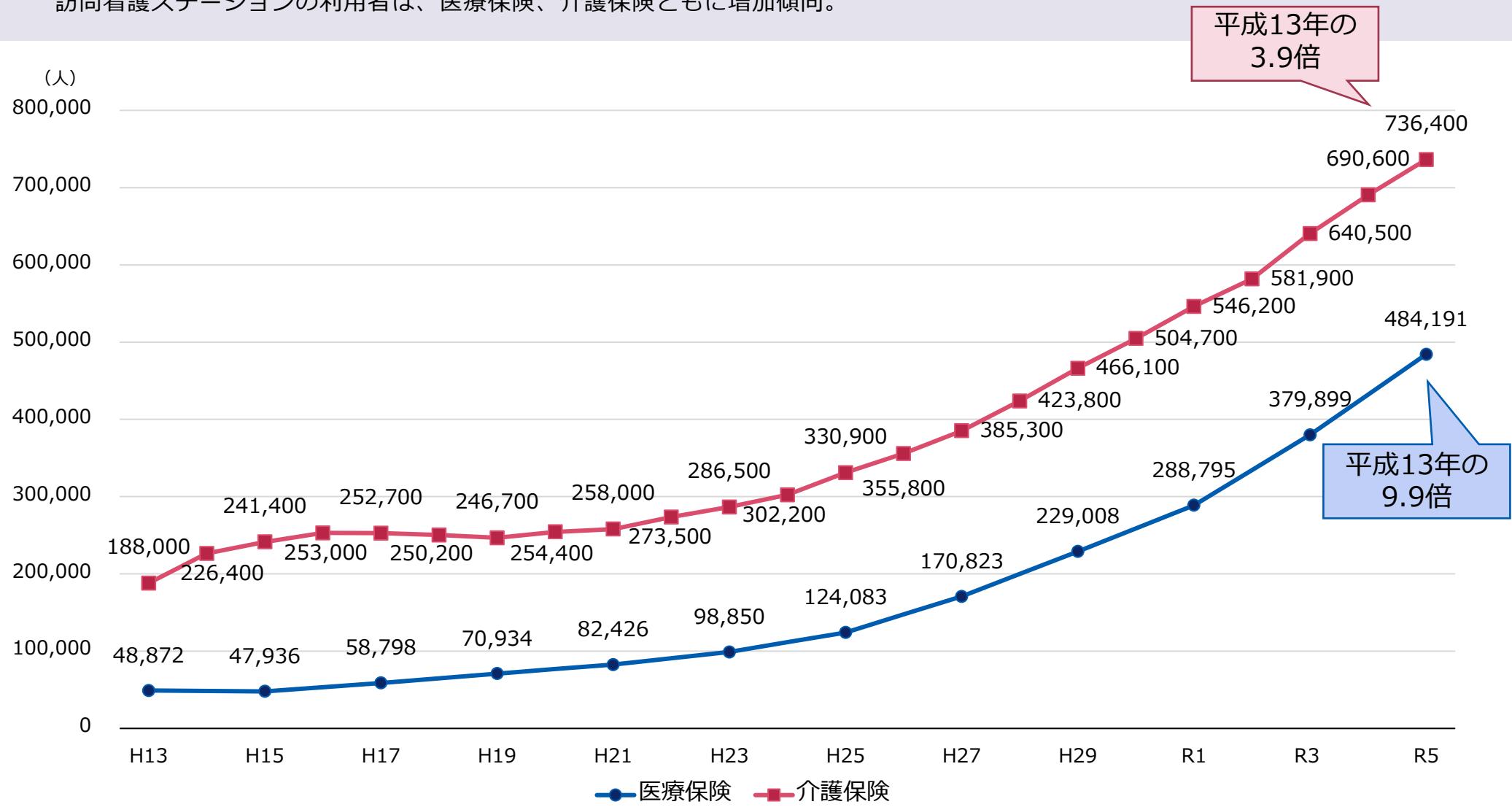
■ 法人種別訪問看護ステーション数の推移



出典:(左図)医療費の動向調査の概算医療費データベース(各年5月審査分)、介護給付費等実態統計(各年4月審査分)
(右図)介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成(各年4月審査分) ※訪問看護費の請求事業所数

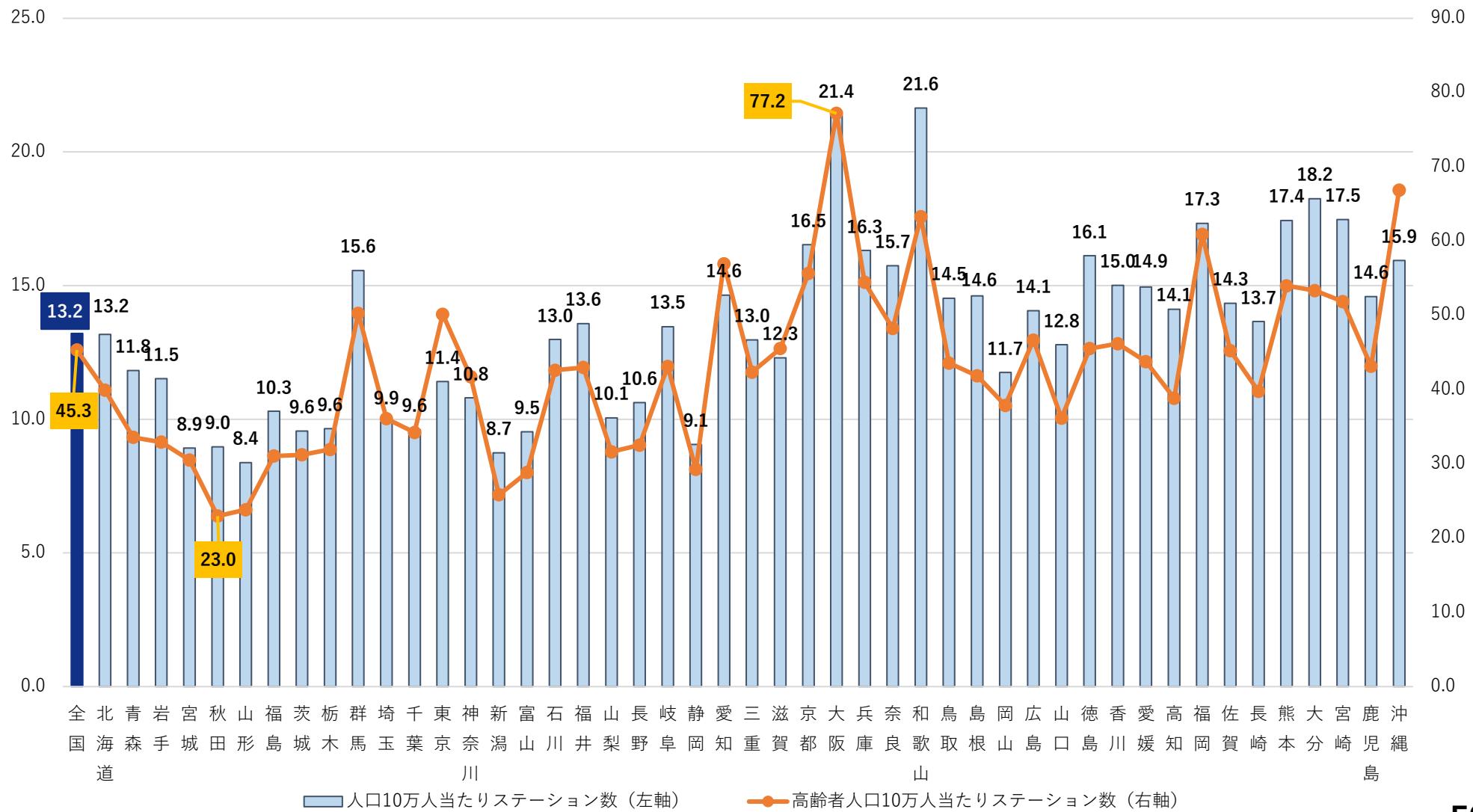
訪問看護の利用者数の推移

訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。



都道府県別訪問看護ステーション数

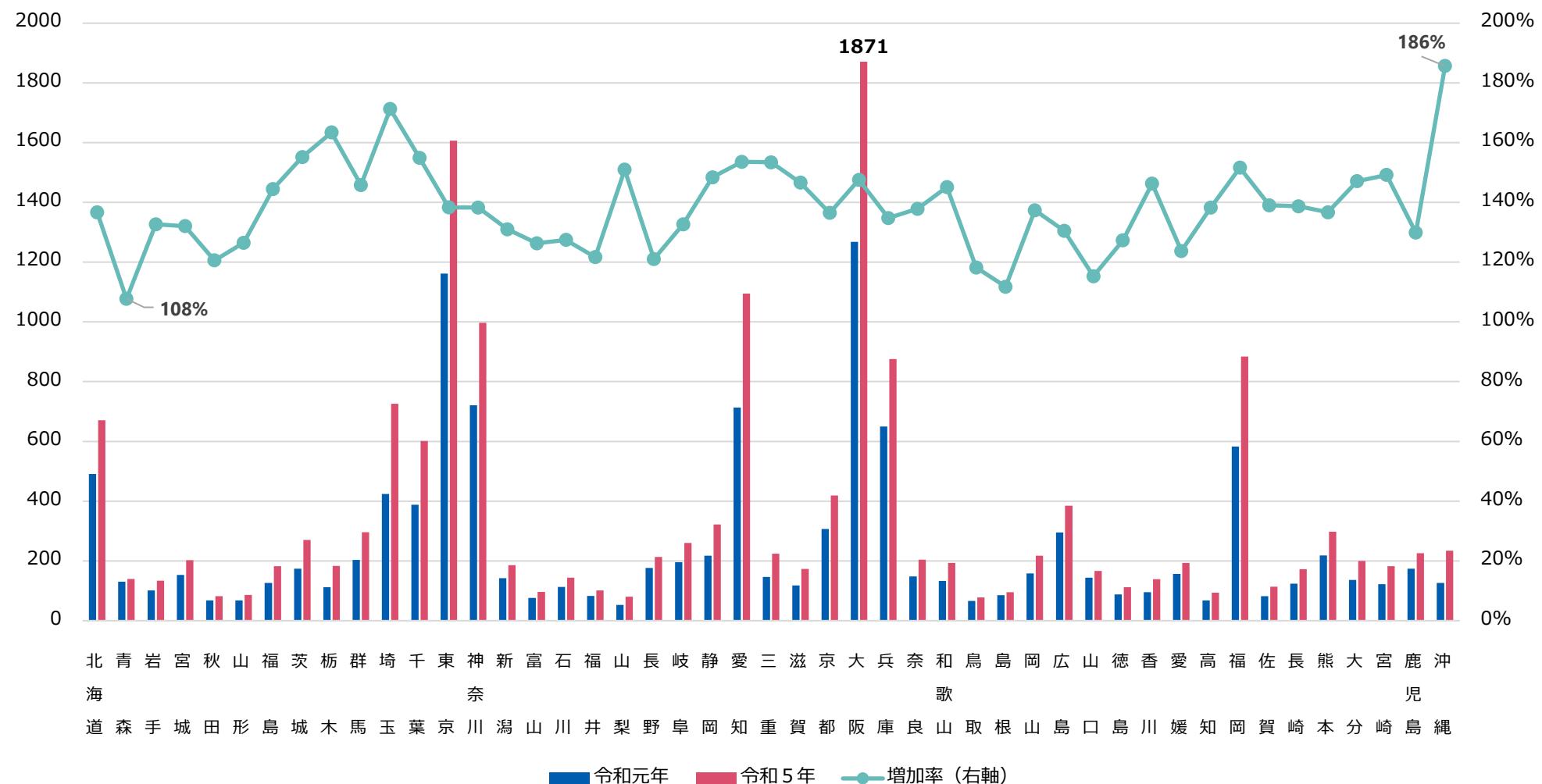
全国でみると、人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は13.2か所、高齢者人口10万人当たりの訪問看護ステーション数は45.3か所である。



都道府県別訪問看護ステーション数と増加率

令和元年から令和5年までの5年間ですべての都道府県で増加しており、特に、都市部での増加数が多い

(ヶ所) ■ 令和元年及び令和5年の訪問看護ステーション数と増加率



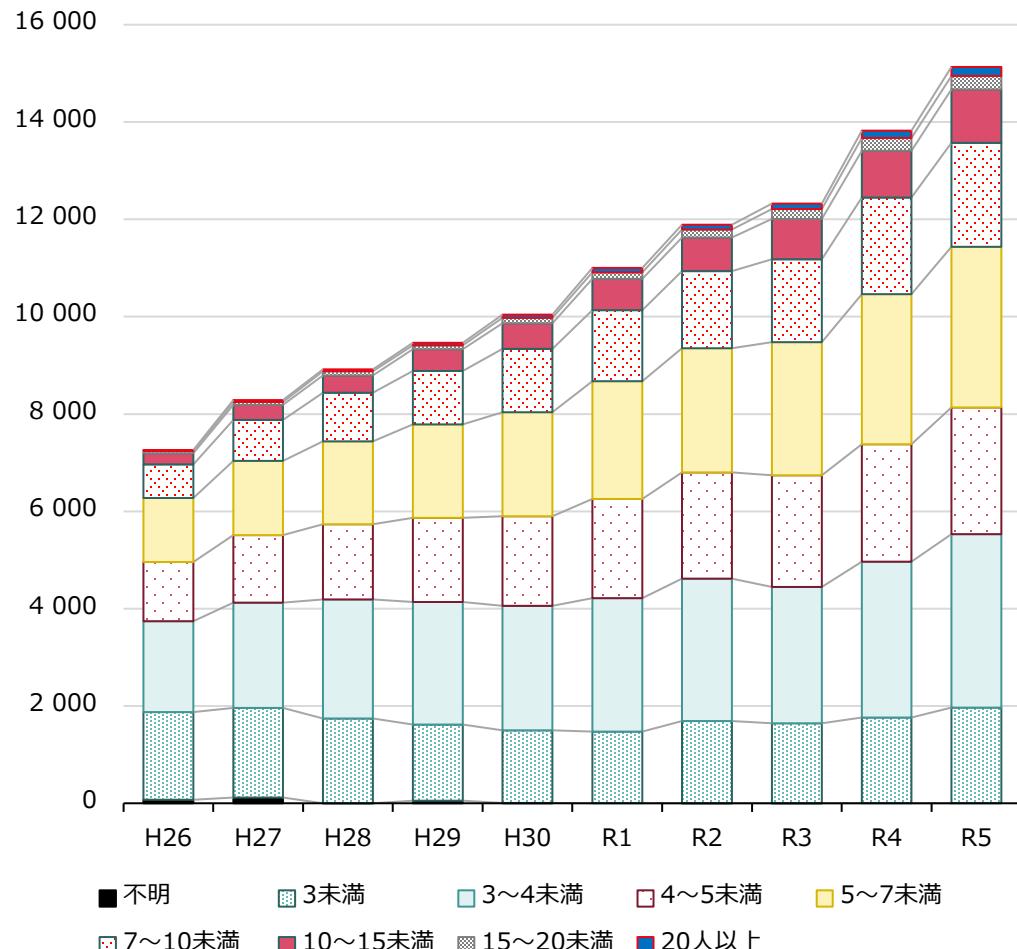
出典：介護サービス施設・事業所調査

看護職員の規模別の訪問看護ステーション数の推移

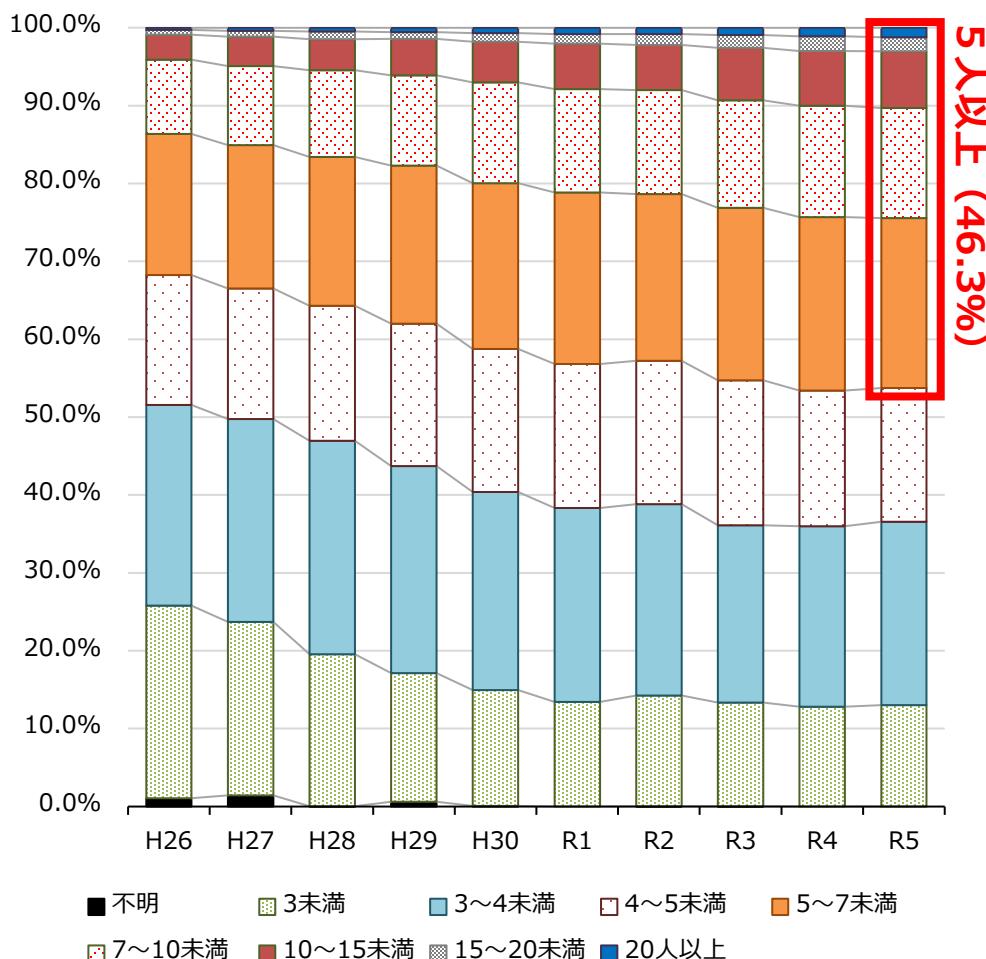
看護職員規模（常勤換算）別の訪問看護ステーション数は常勤換算5人以上が増加傾向。

看護職員規模（常勤換算）別の訪問看護ステーション割合は、常勤換算5人以上が令和4年まで増加しており、令和5年では横ばい。

■ 看護職員規模別訪問看護ステーション数の推移



■ 看護職員規模の推移



出典:各年7月1日の届出状況より保険局医療課にて作成

1. 人口動態・医療需要の動向

2. 医療提供施設の状況

3. 医療従事者の状況

4. 医療提供体制制度に関する取組

5. 現状と課題

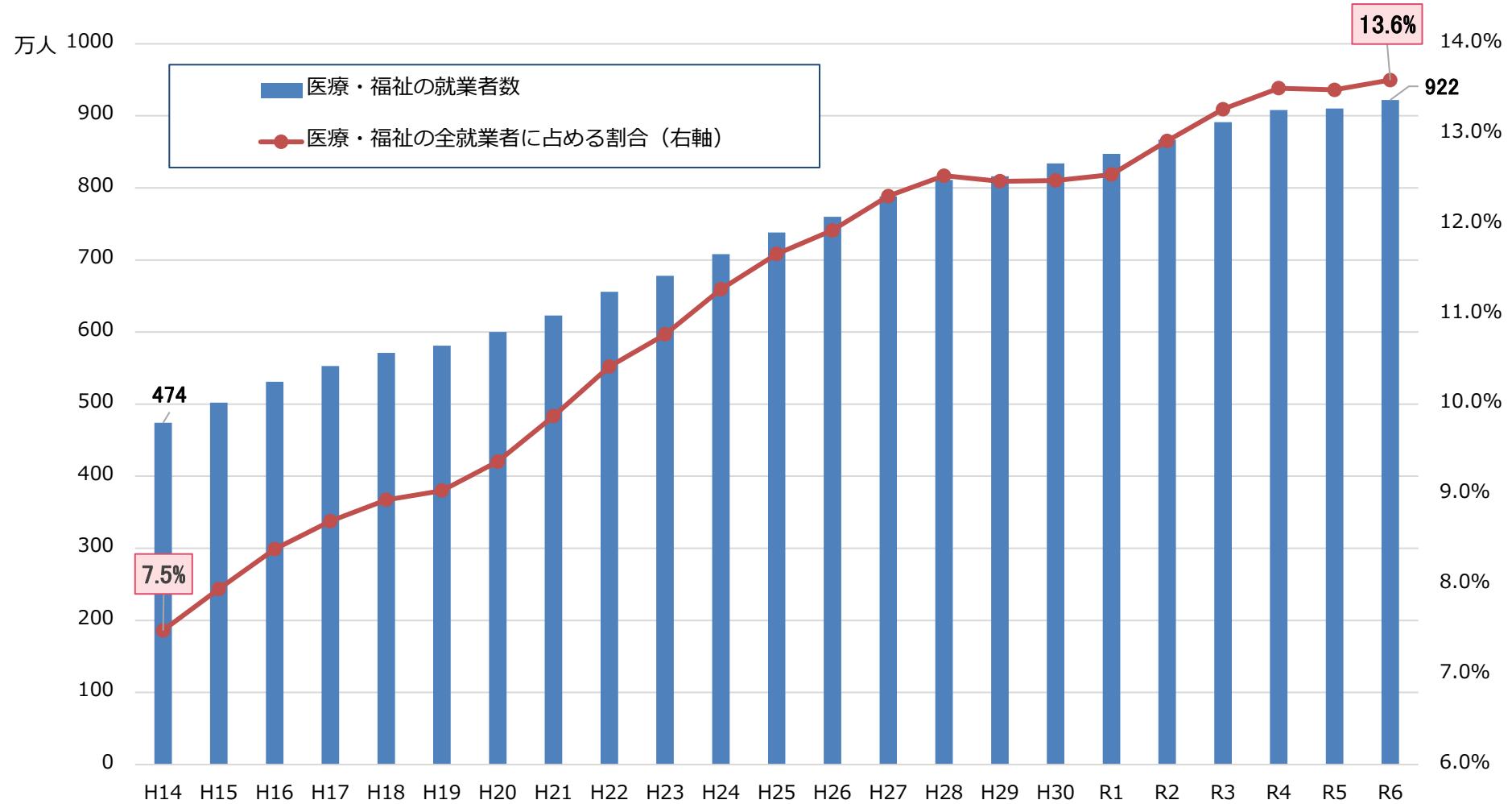
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療・福祉の就業者数と割合の推移

医療・福祉分野の就業者数は22年間で448万人増加し、令和6年は就業者の13.6%（7.4人に1人）が医療・福祉分野で就業している。



出典：総務省統計局「労働力調査（基本集計）（令和6年）平均結果」より医療課にて作成

医師

医師数の年次推移

第3回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

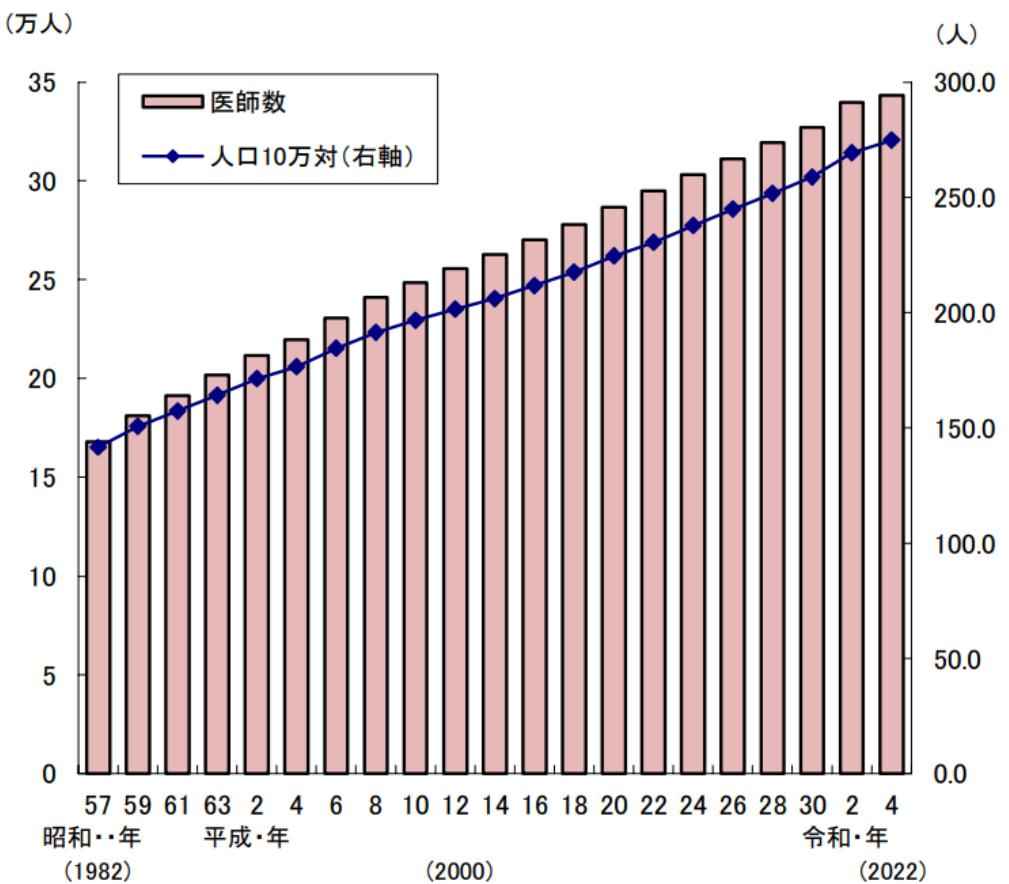
資料1

令和6年3月27日

医師数の年次推移

各年12月31日現在

	医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万対 (人)
昭和 57 年 (1982)	167 952	...	141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2 年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5
22 ('10)	295 049	2.9	230.4
24 ('12)	303 268	2.8	237.8
26 ('14)	311 205	2.6	244.9
28 ('16)	319 480	2.7	251.7
30 ('18)	327 210	2.4	258.8
令和 2 年 ('20)	339 623	3.8	269.2
4 ('22)	343 275	1.1	274.7



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-0.pdf

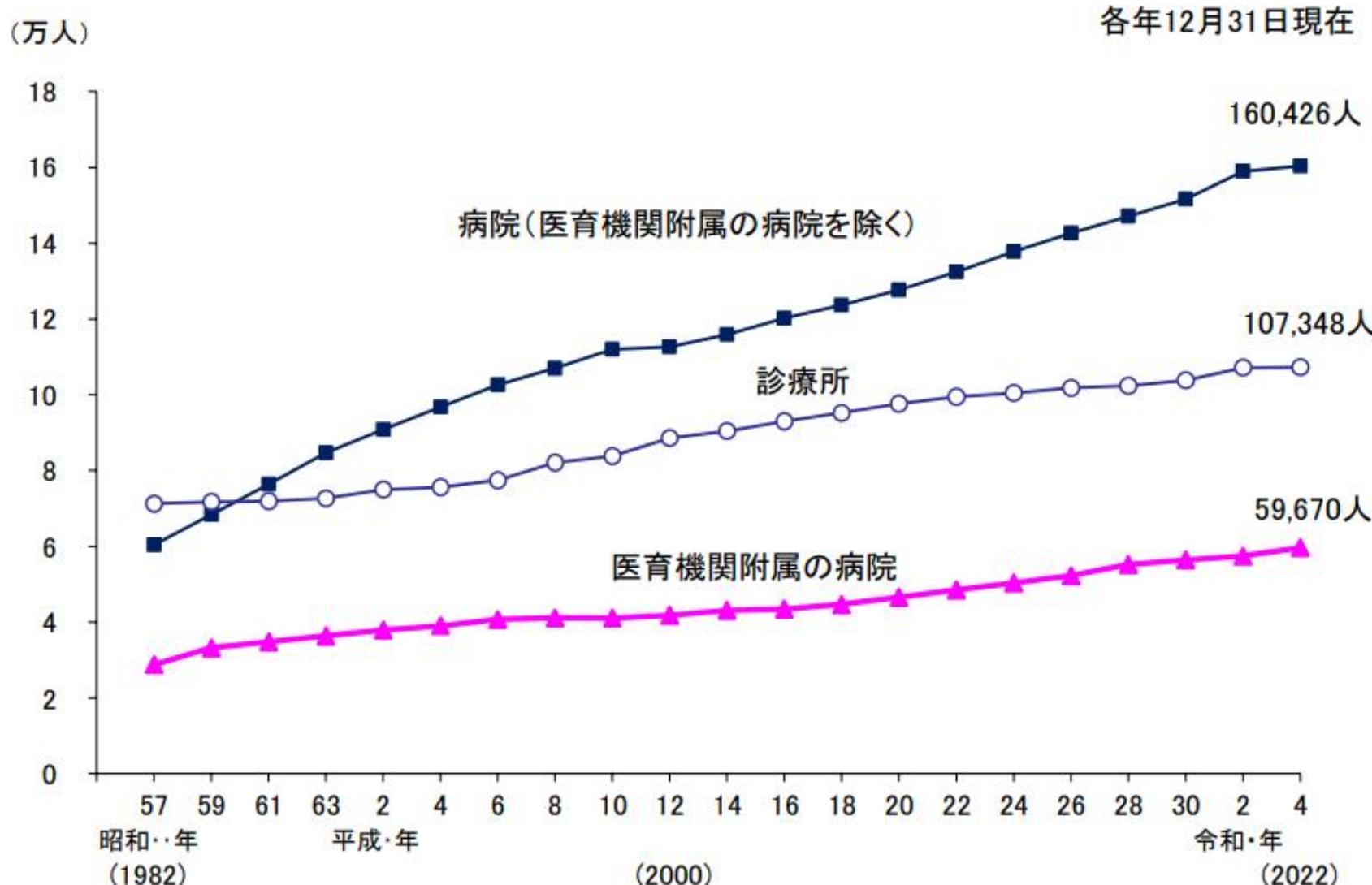
施設の種別にみた医師数の年次推移

第4回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会

資料1

令和6年4月26日

- 主に従事している施設の種別に医師数をみると、「病院（医育機関附属の病院を除く）」160,426人が最も多く、「診療所」107,348人、「医育機関附属の病院」59,670人となっている。
- 年次推移でみても、昭和61年以降「病院（医育機関附属の病院を除く）」を主たる従事先とする医師が最も多い。



出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf

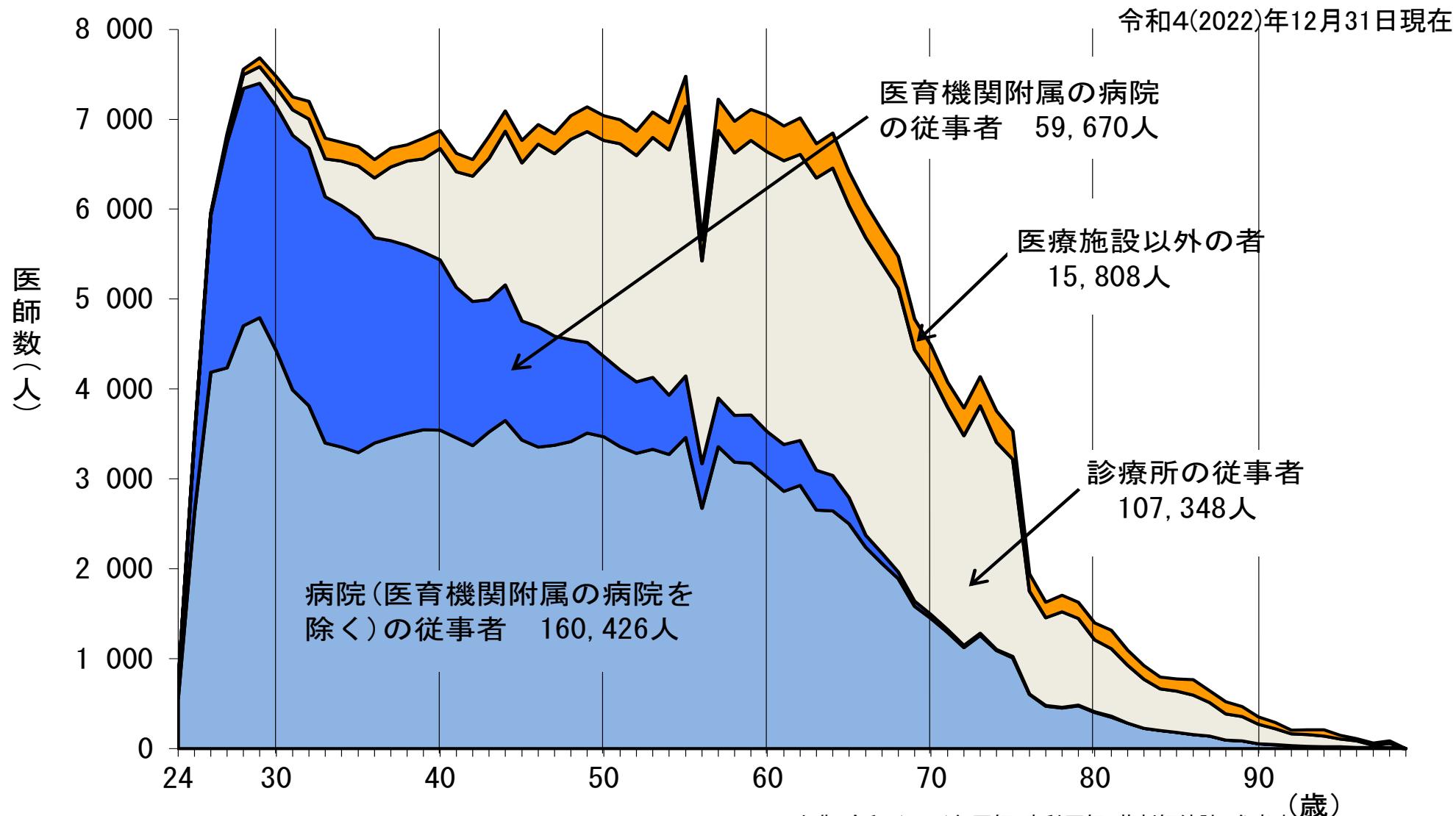
施設の種別・年齢別にみた医師数 (R4)

第4回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会

資料1

令和6年4月26日

○令和2年に比べ令和4年は、病院（医育機関附属の病院を除く）の従事者は約1,430人増加、医育機関附属の病院の従事者は約2,190人増加している。診療所の従事者は、約120人増加となっている。



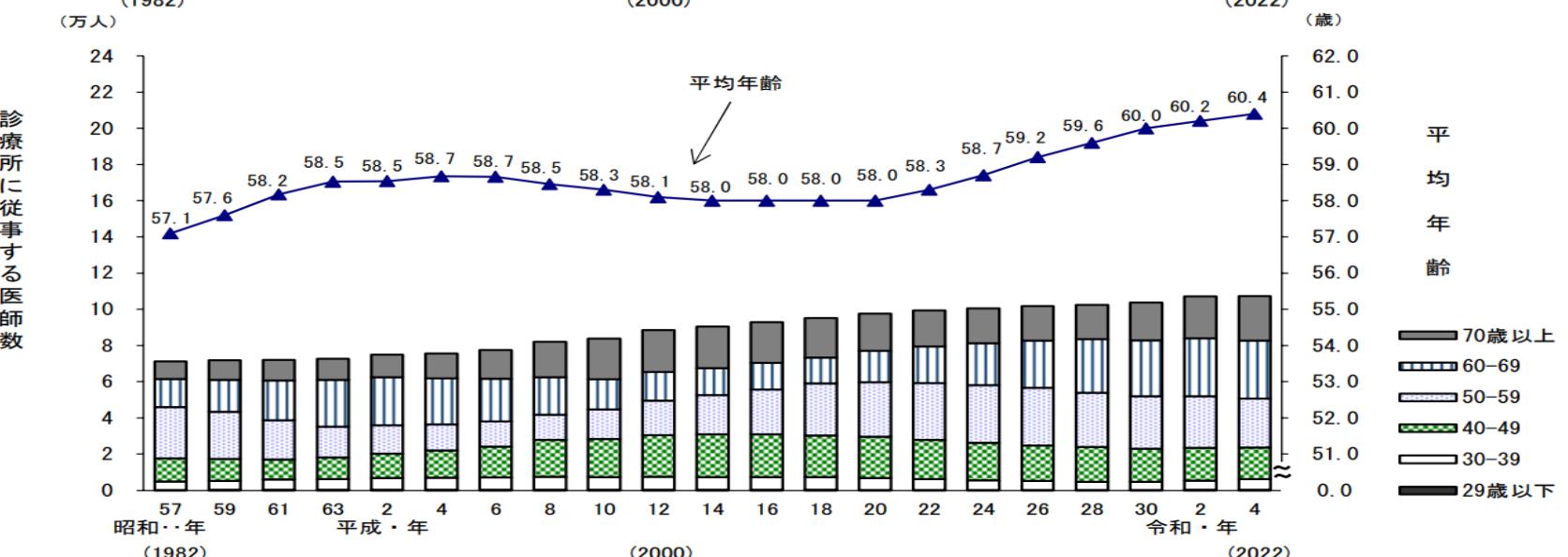
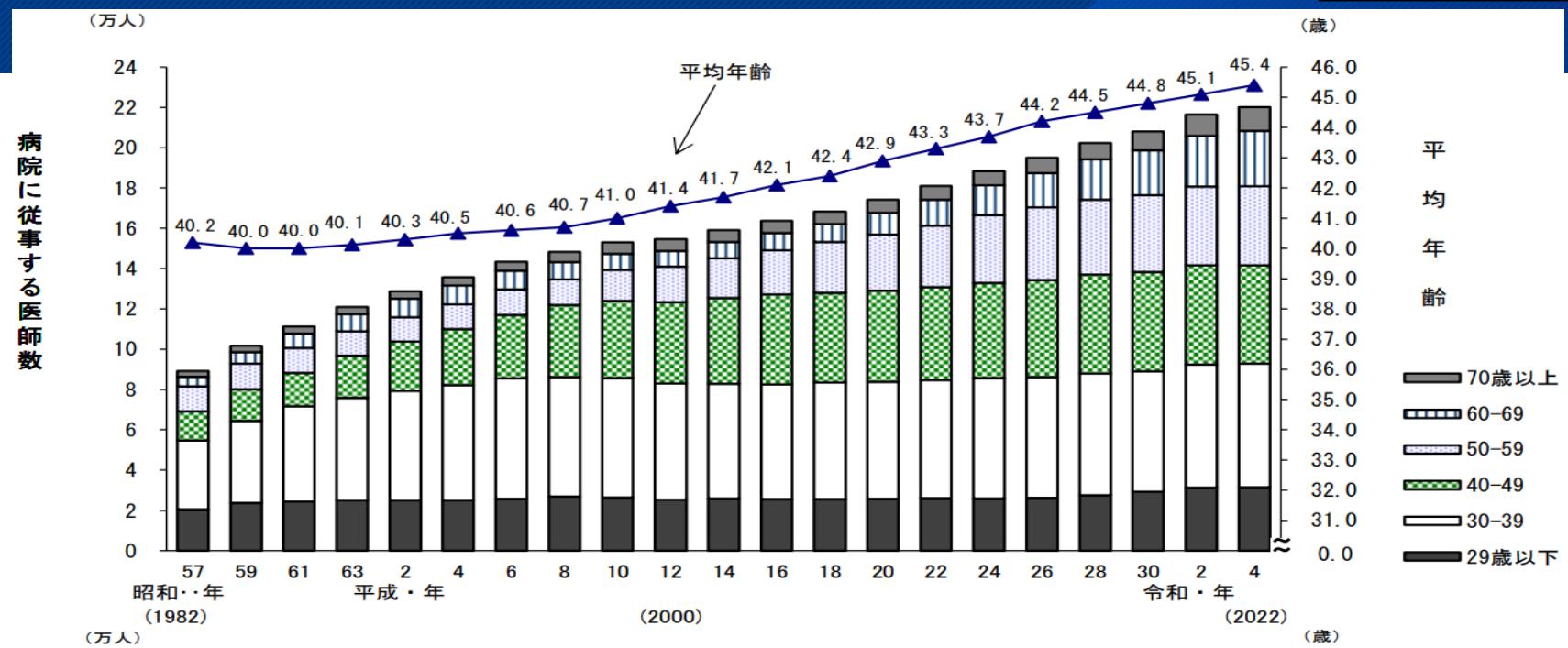
出典:令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計 参考表

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/xls/R04_sankou.xlsx

年齢階級、施設の種別にみた医師数及び平均年齢の年次推移

第4回医師養成過程を通じた
医師の偏在対策等に関する検討会

資料1

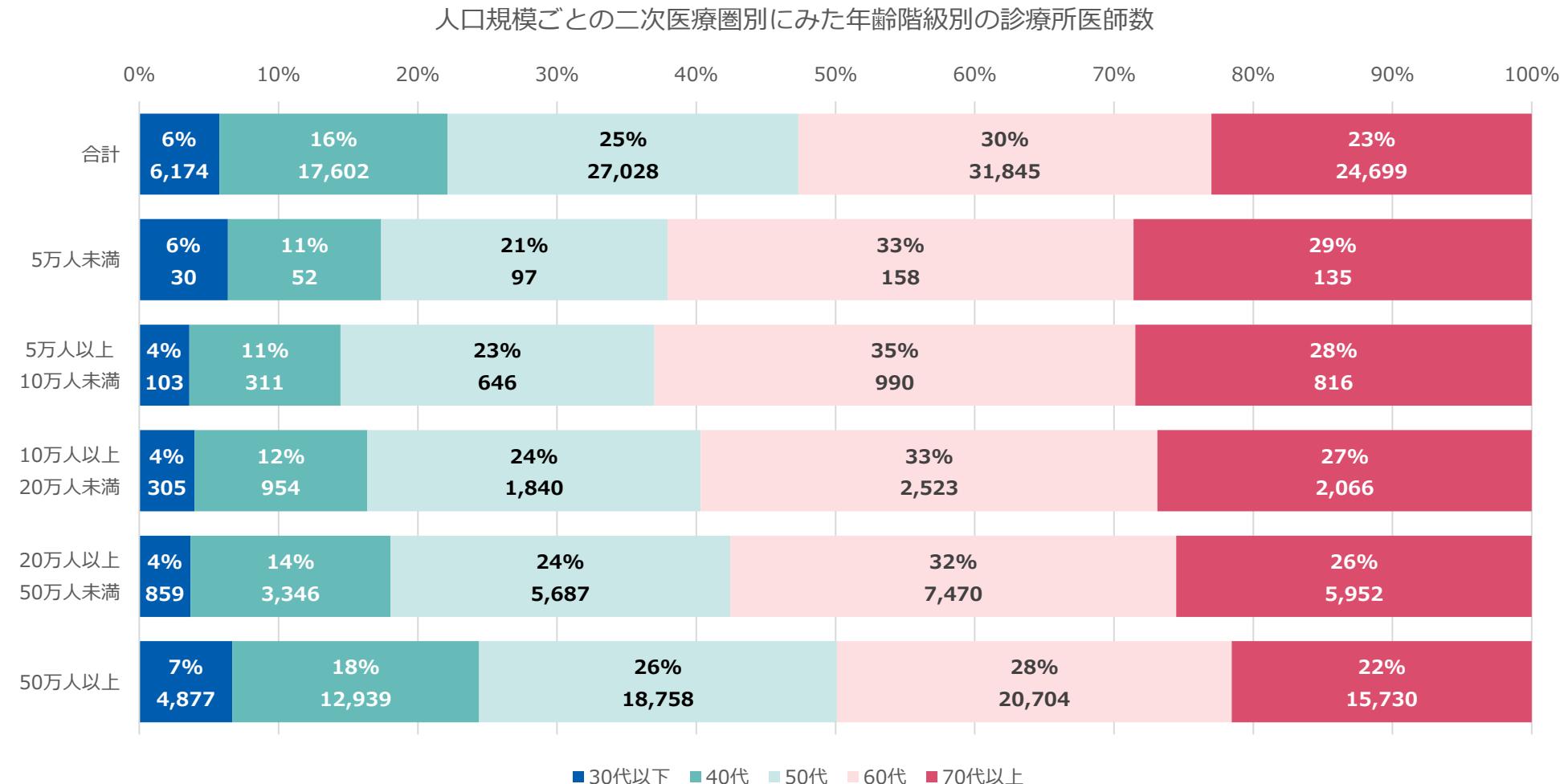


出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況（結果の概要）

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/dl/R04_kekka-1.pdf

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。



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。

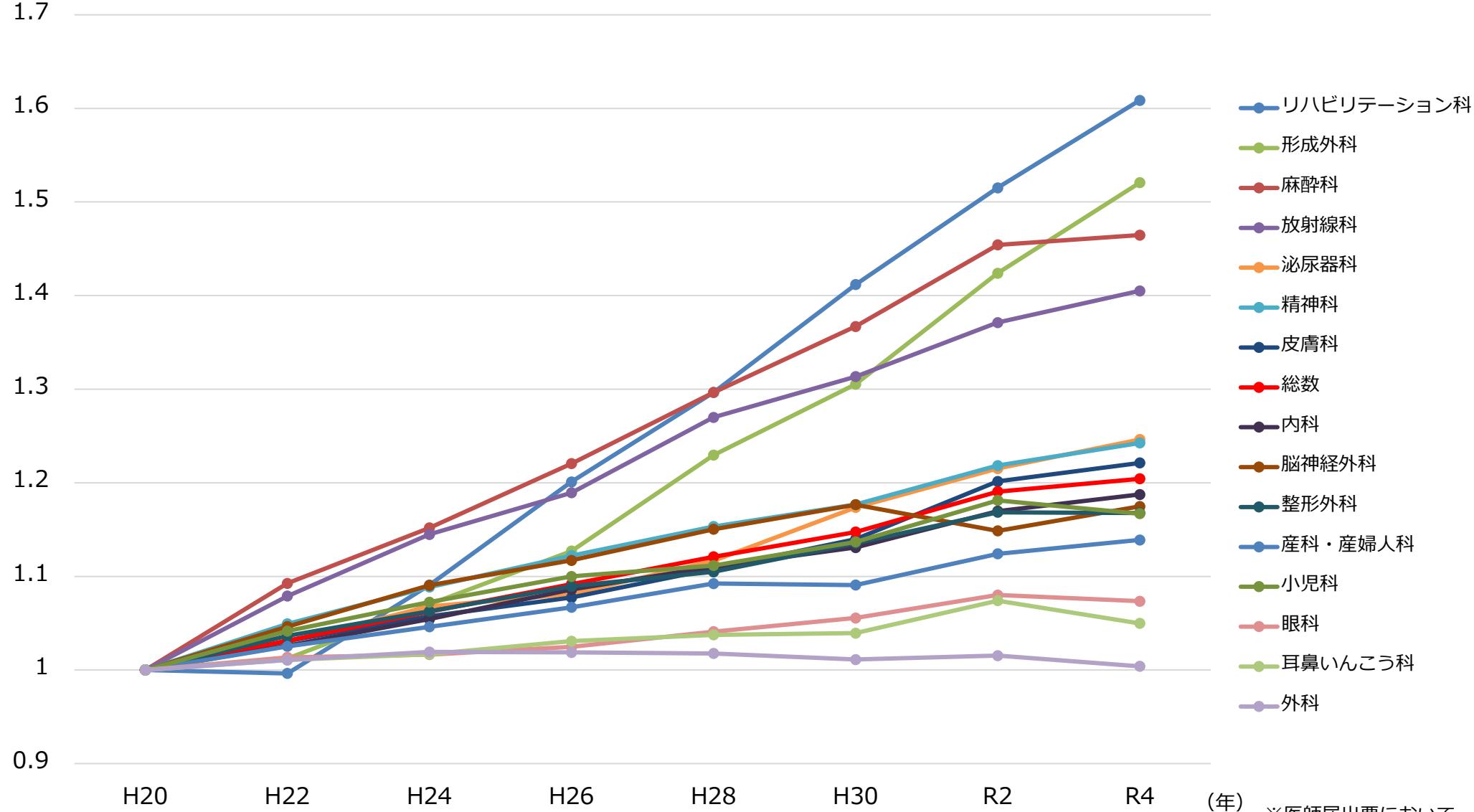
※届出票情報を利用し独自集計したため、医師・歯科医師・薬剤師統計の公表値とは一致しない場合がある。

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）

第1回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

令和6年1月29日

資料1
改編



※内科 .. 内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
 ※外科 .. 外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

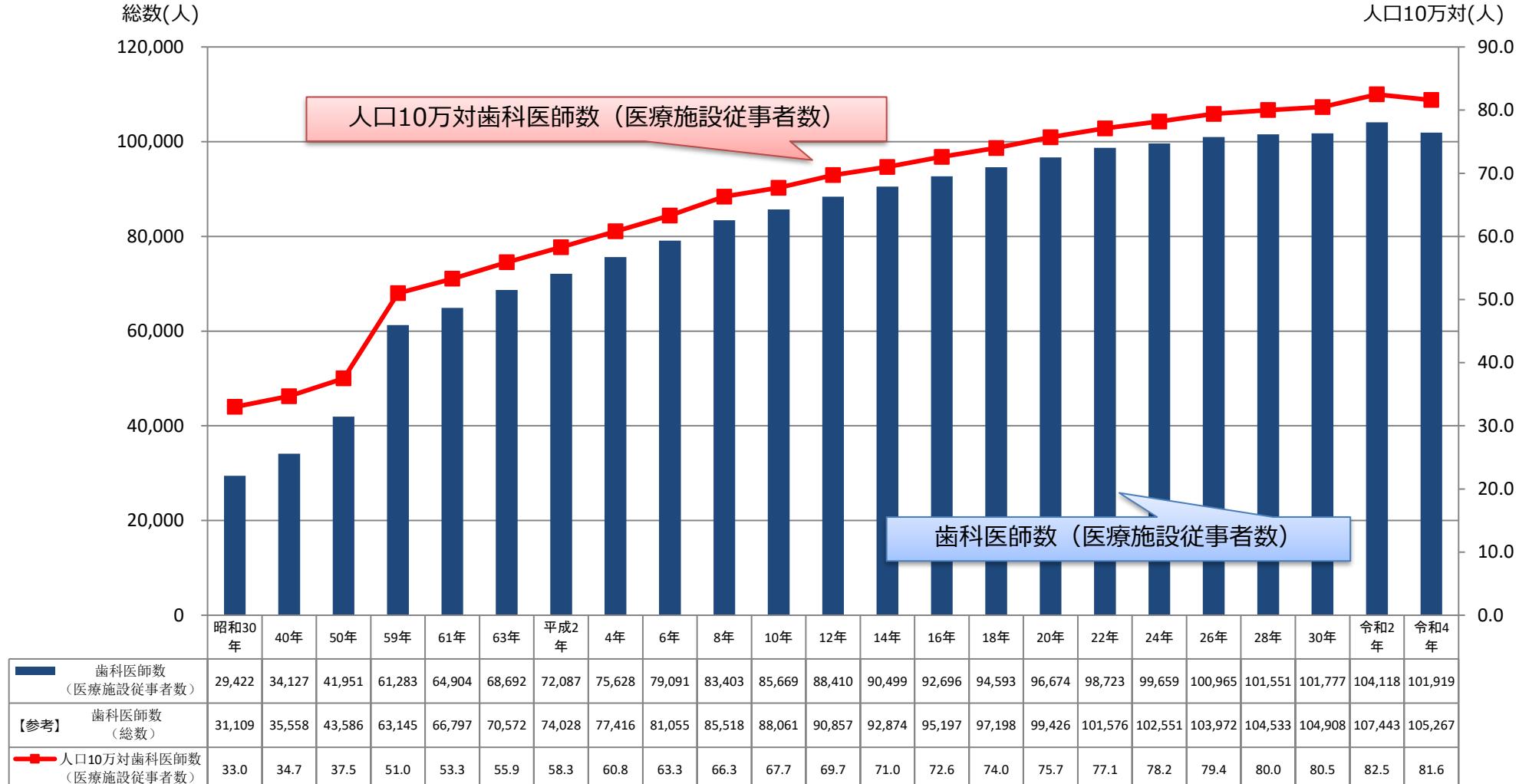
※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

歯科医師

歯科医師数（医療施設従事者数）の年次推移

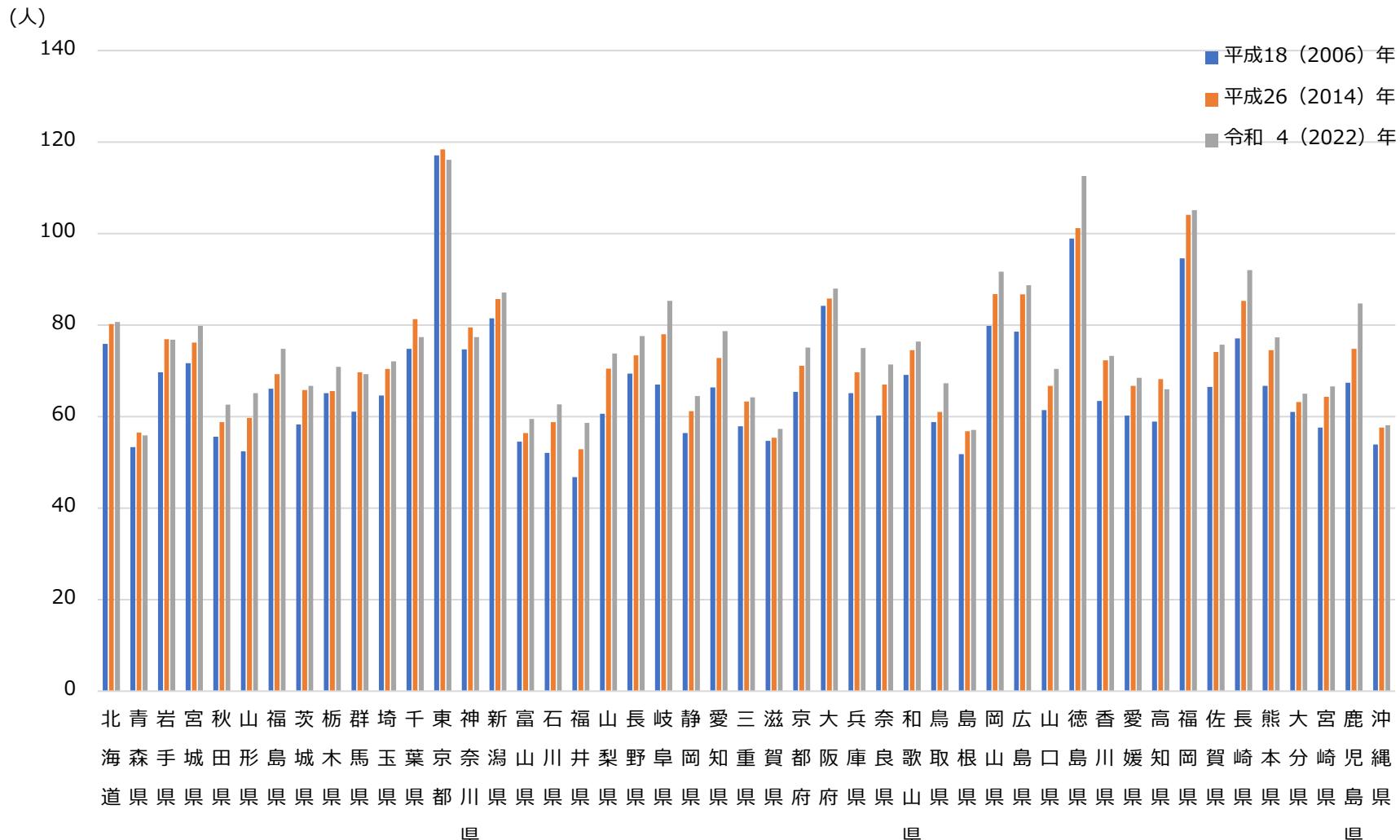
第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
(令和6年12月25日) 資料1

- 令和4年の歯科医師総数は105,267人、そのうち医療施設従事者数は101,919人
- 人口10万対歯科医師数（医療施設従事者数）は、
昭和50年：37.5人→平成2年：58.3人→平成12年：69.7人→平成22年：77.1人→令和4年：81.6人



（出典：医師・歯科医師・薬剤師統計）

- 令和4年において、歯科医師数（人口10万対医療施設従事者）が最も多い都道府県は東京都の116.1人、最も少ない都道府県は青森県の55.9人と都道府県間で差がある。
- 年次推移については、全体的に増加傾向にあるが、一部減少している都道府県もある。

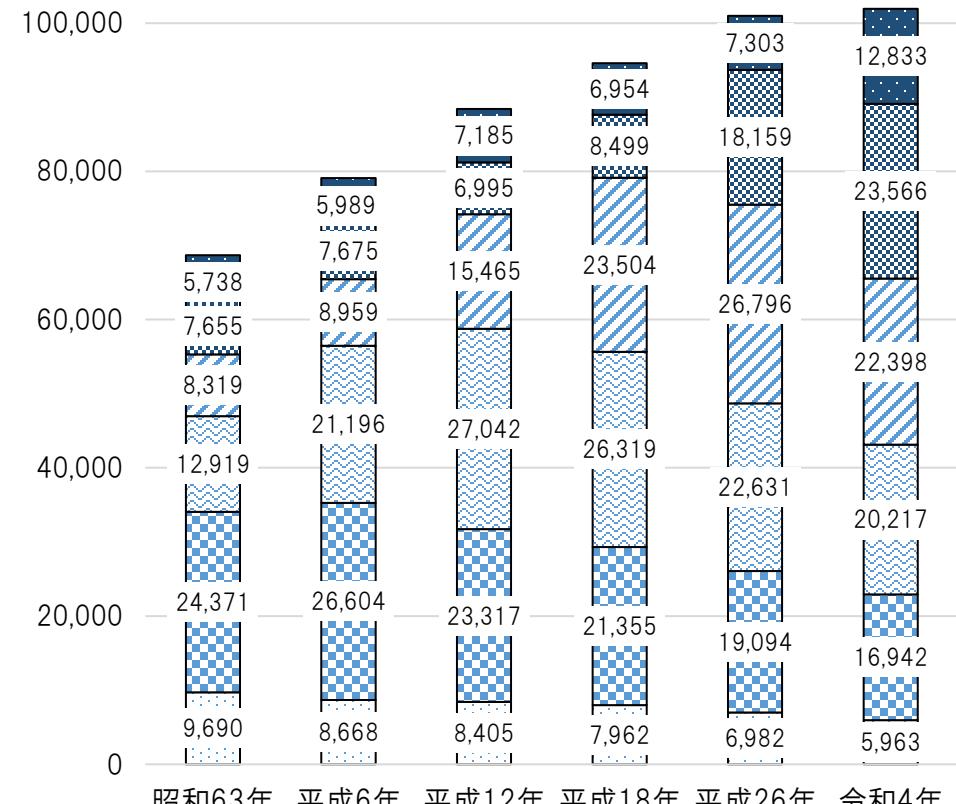


歯科医師（総数）の年齢階級別の年次推移

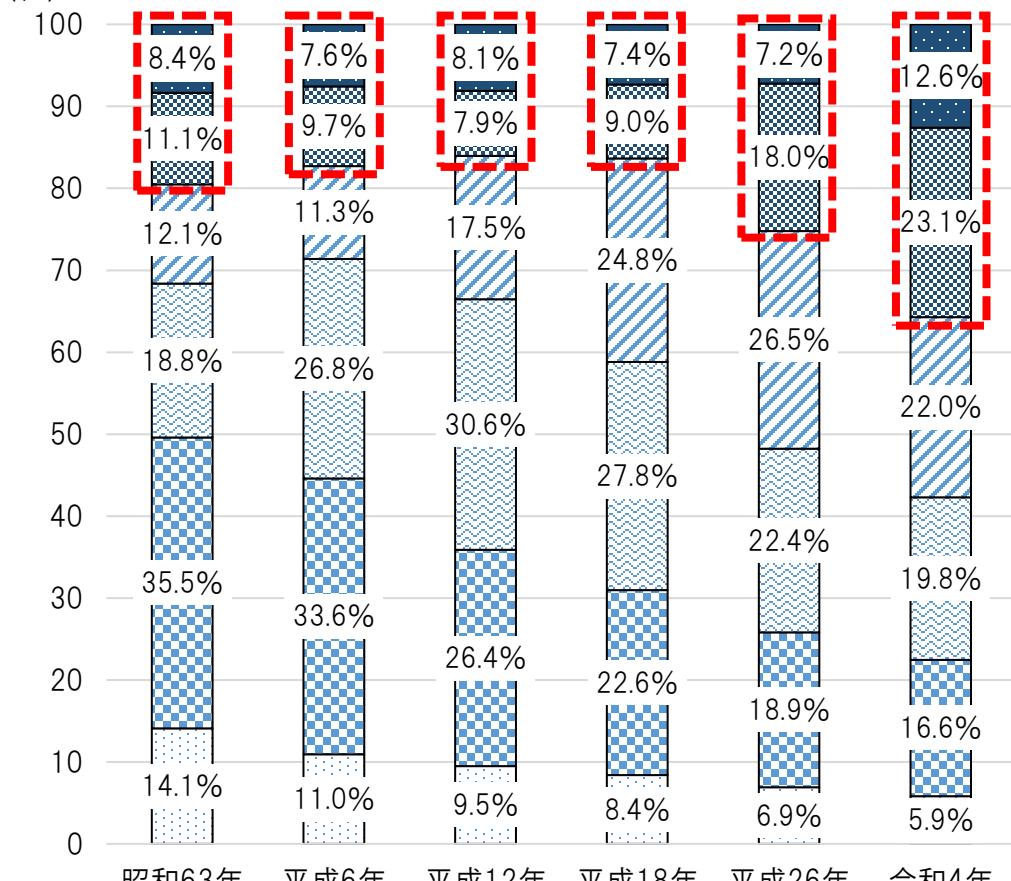
第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
(令和6年12月25日) 資料1 (改)

- 近年、60歳以上の歯科医師数の割合が増加傾向であり、令和4年においては、歯科医師総数の35.7%を占める。（70歳以上は12.6%）

(人)



(%)



□29歳以下 □30~39歳 □40~49歳
□50~59歳 □60~69歳 □70歳以上

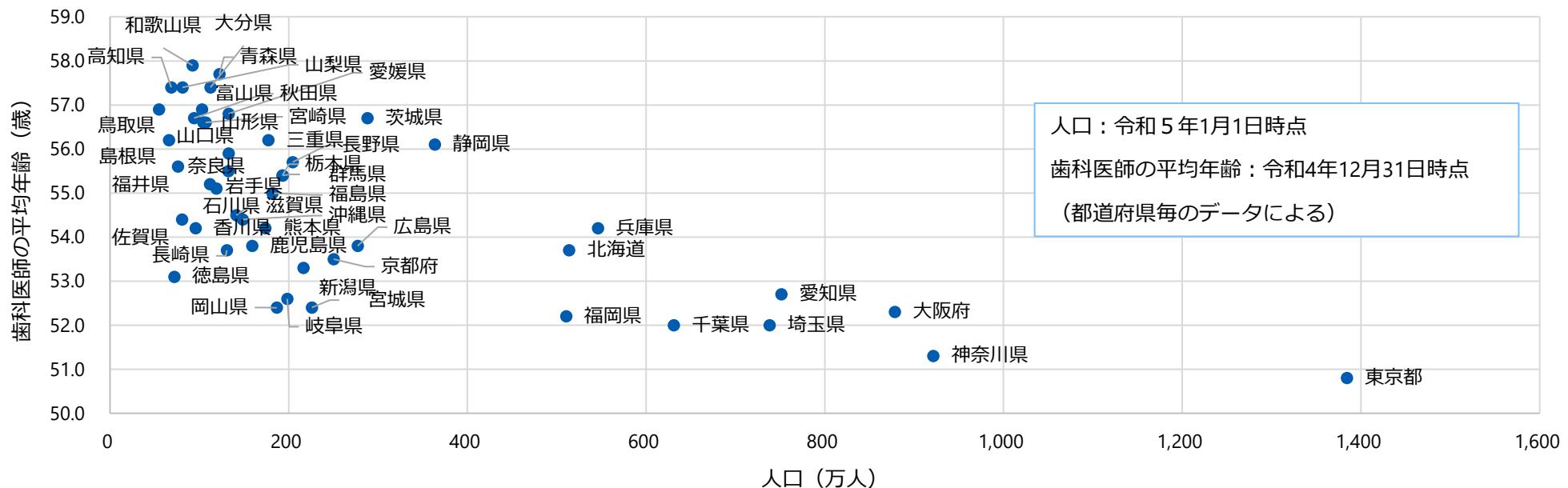
□29歳以下 □30~39歳 □40~49歳
□50~59歳 □60~69歳 □70歳以上

(出典：医師・歯科医師・薬剤師統計)

人口規模と歯科医師の平均年齢

- 人口が少ない地域ほど、歯科医師の平均年齢は高く、高齢化が顕著である。
- 20年間の比較においても、人口減少地域ほど歯科医師の高齢化の進行も顕著である。

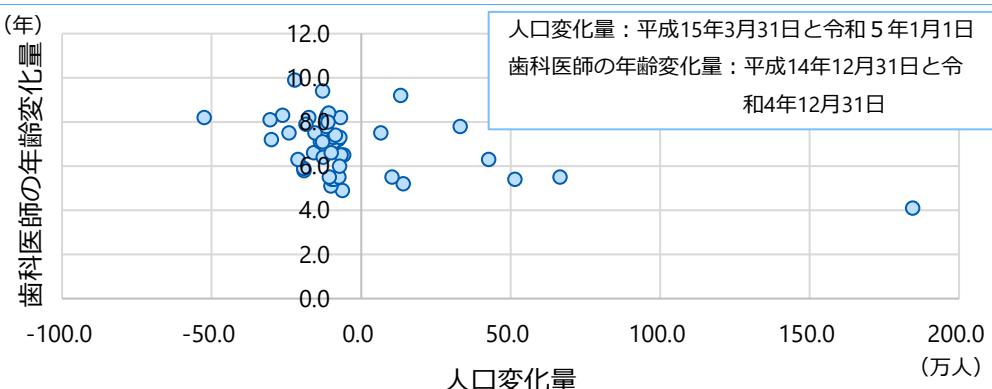
人口と歯科医師の平均年齢



- 令和4年度の人口規模と歯科医師の平均年齢については、都道府県ごとのデータによる相関分析の結果、負の相関※がみられた。
(Spearmanの順位相関係数: $R = -0.673, p < 0.01$)
- ※人口規模が小さいほど歯科医師の平均年齢は高い。

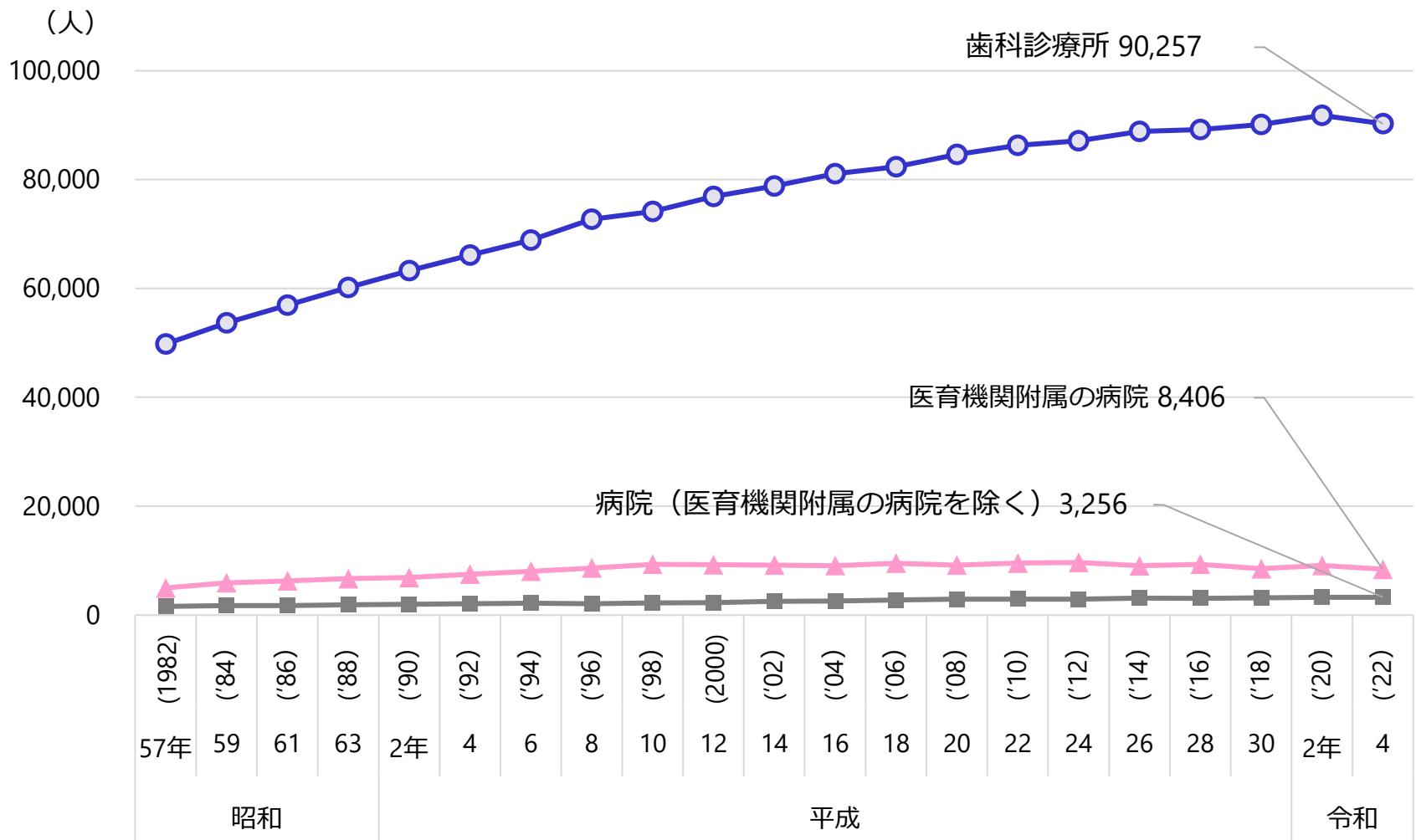
20年間の人口と歯科医師の平均年齢の変化の相関

- 令和4年度と平成14年度の人口の変化量、歯科医師の平均年齢の変化量について、都道府県ごとのデータによる相関分析の結果、負の相関※がみられた。
(Spearmanの順位相関係数: $R = -0.431, p < 0.01$)
- ※人口減少が進行した地域ほど歯科医師の高齢化も進行している。



施設の種別にみた歯科医師数の年次推移

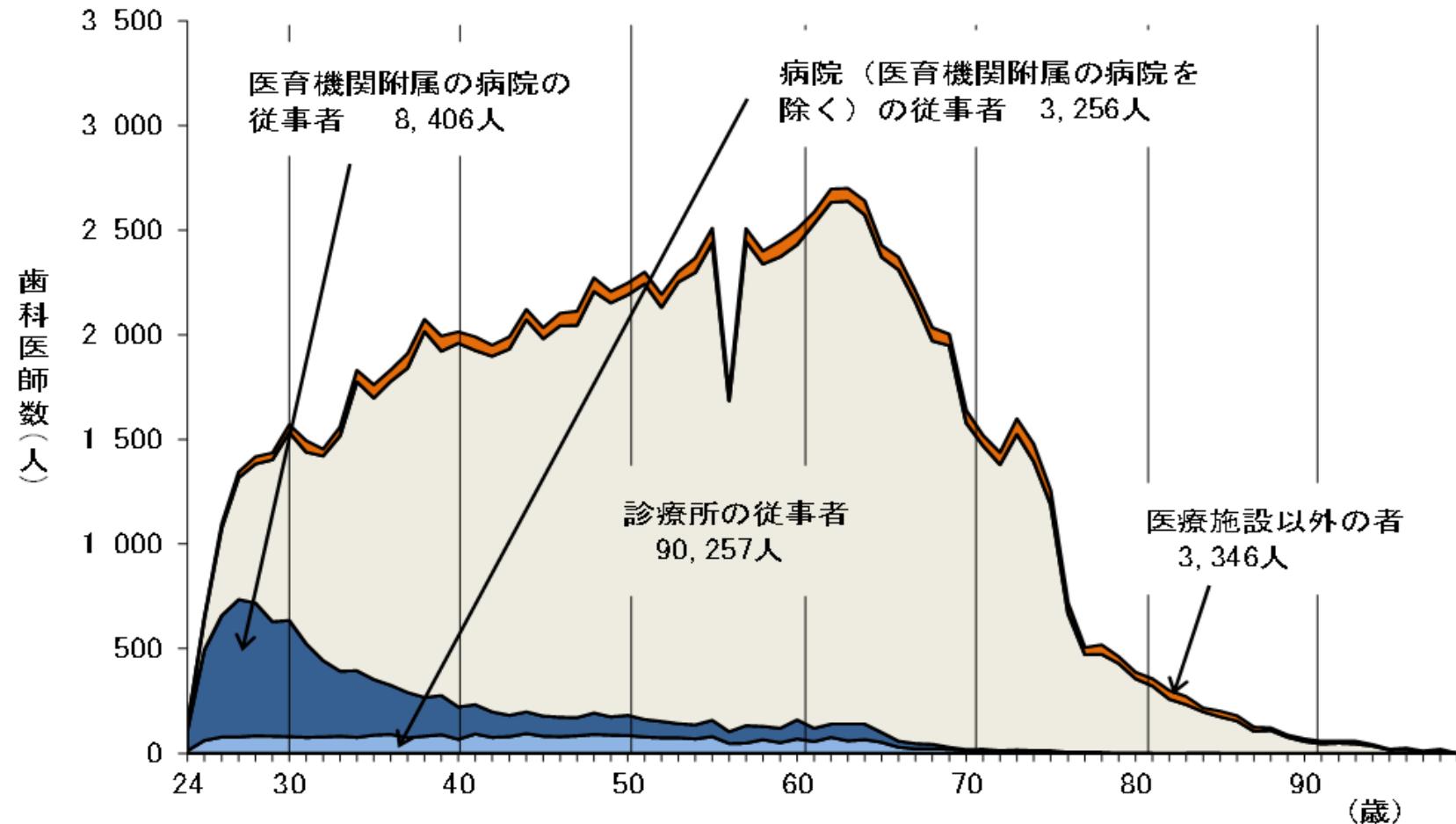
- 主に従事している施設の種別に歯科医師数をみると、「歯科診療所」90,257人が最も多く、「医育機関附属の病院」8,406人、「病院（医育機関附属の病院を除く）」3,256人となっている。
- 年次推移でみても、「歯科診療所」を主たる従事先とする歯科医師が最も多い。



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計
(各年12月31日現在)

施設の種別・年齢別にみた歯科医師数 (R4)

- 歯科診療所の従事者で最も多い年齢層は60～69歳、病院（医育機関附属の病院を除く）の従事者で最も多い年齢層は40～49歳である。歯科診療所の従事者数は、76歳以降になると大きく減少する。



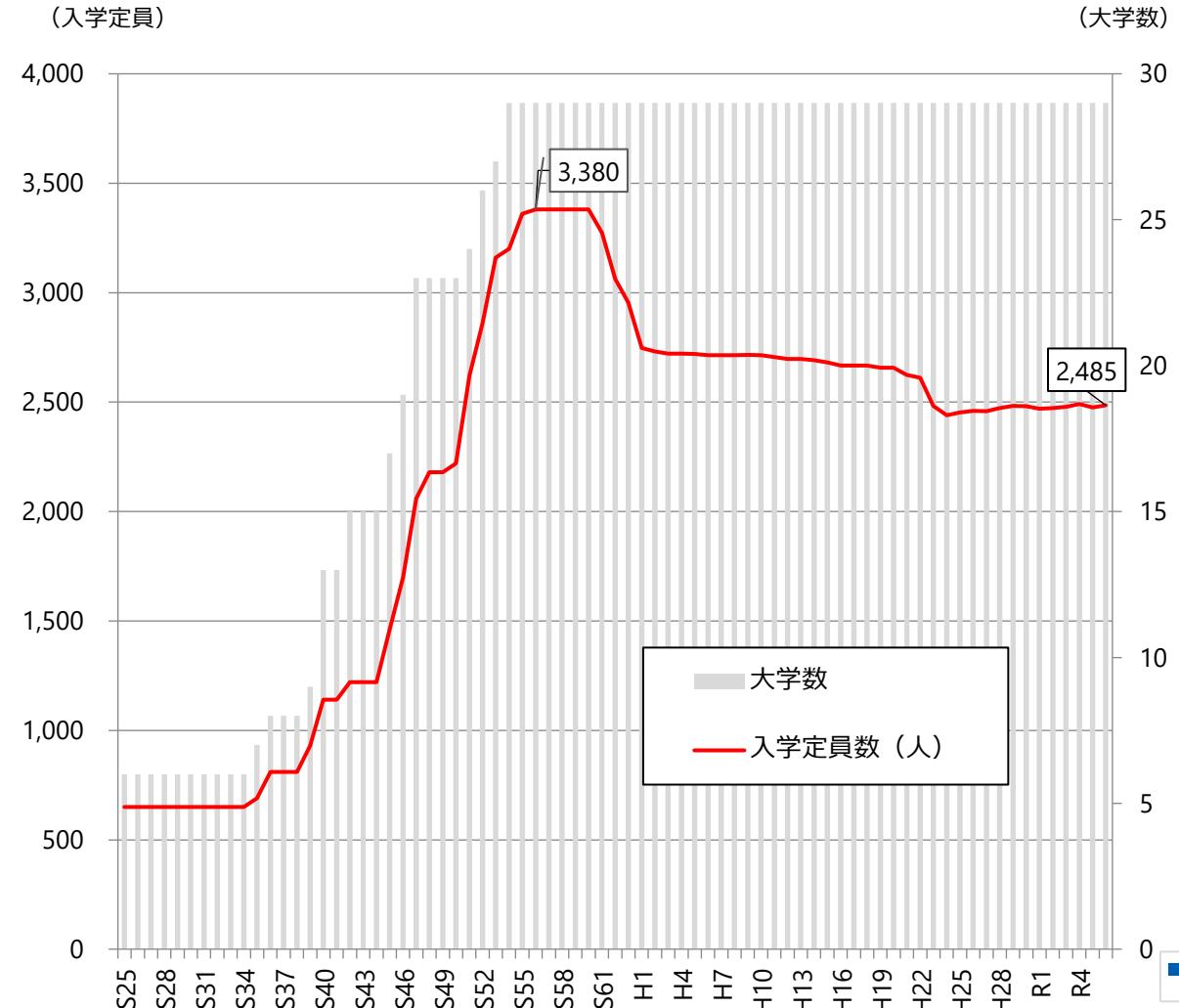
出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計 参考表

https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/xls/R04_sankou.xlsx

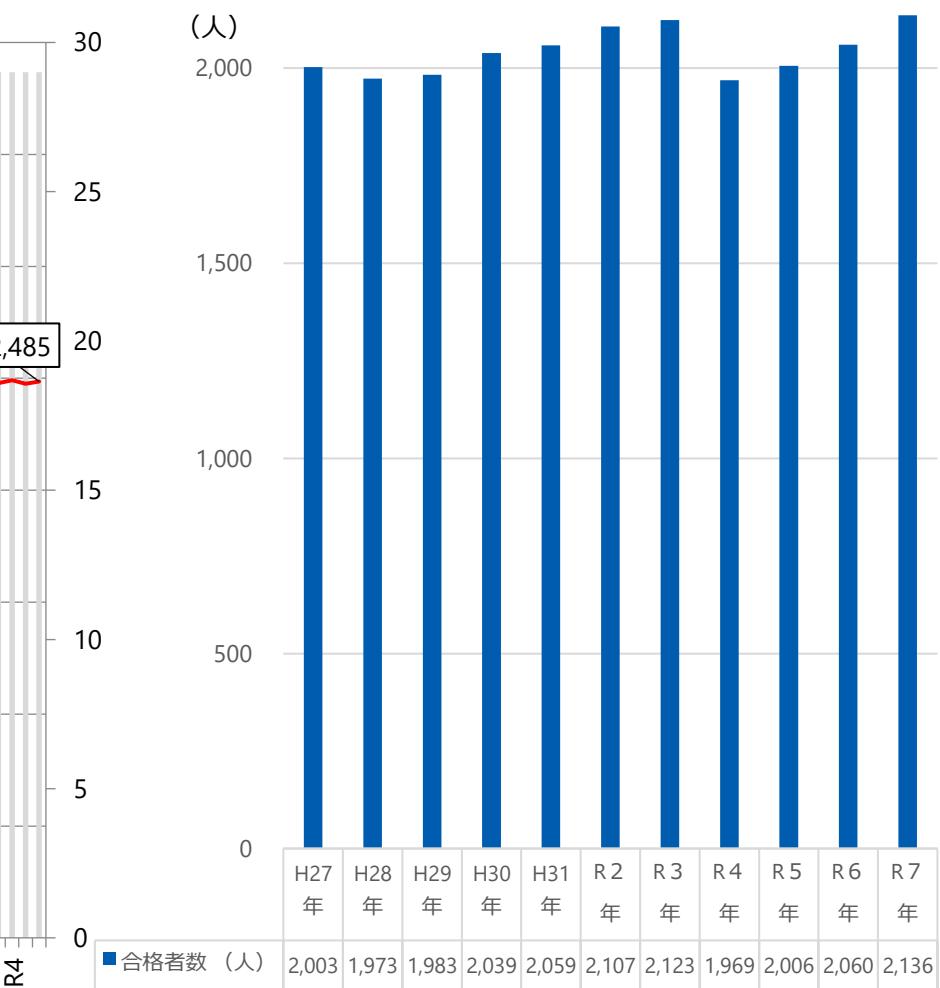
歯科大学（歯学部）入学定員及び歯科医師国家試験合格者数の推移

- 歯科大学（歯学部）数は、昭和54年から29校のまま横ばいである。入学定員数は、昭和56～60年の3,380人をピークに減少し、令和6年度は2,485人となっている。
- 近年、歯科医師国家試験の合格者数は2000人前後で推移している。

（入学定員）



（大学数）

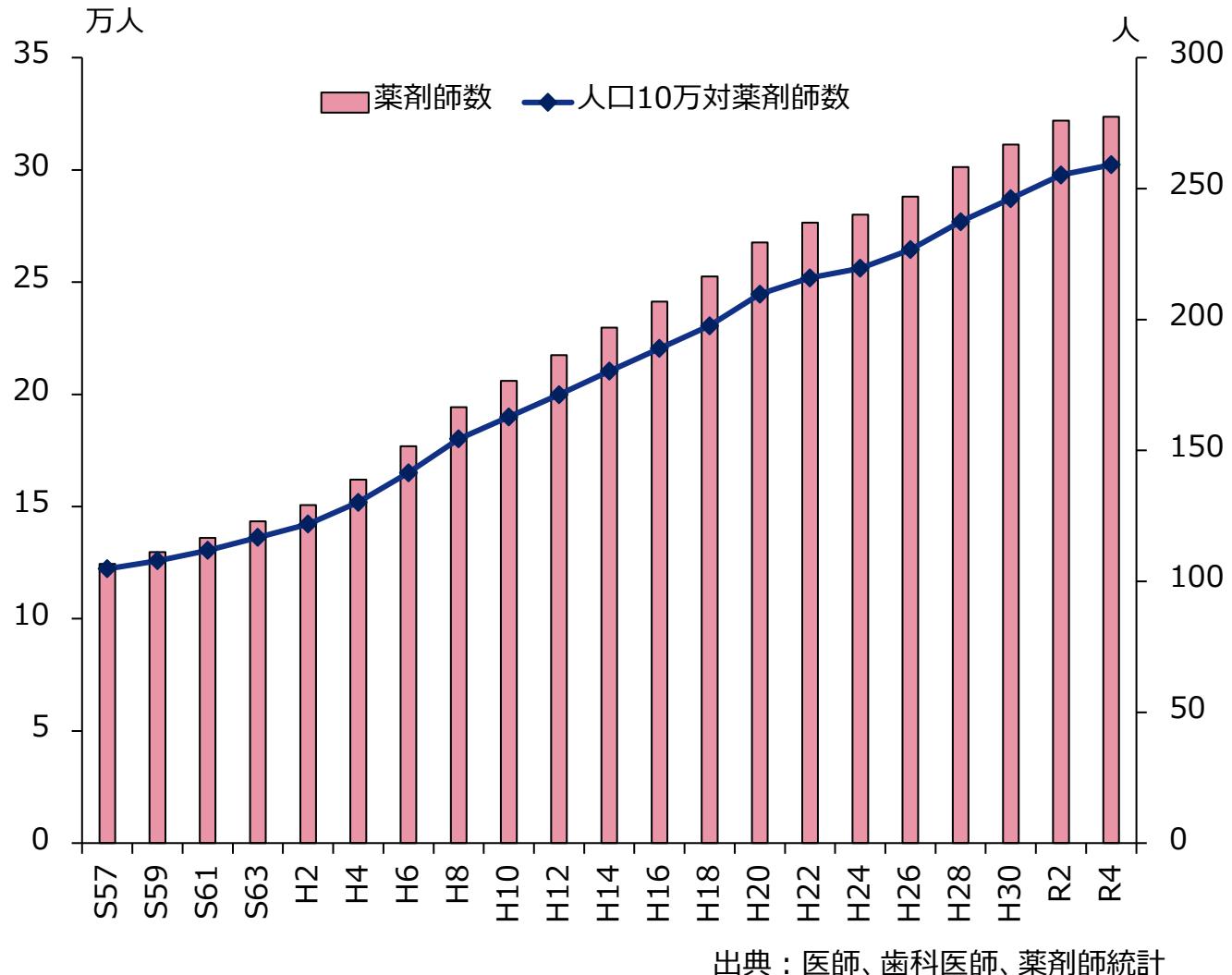


藥劑師

薬剤師数の年次推移

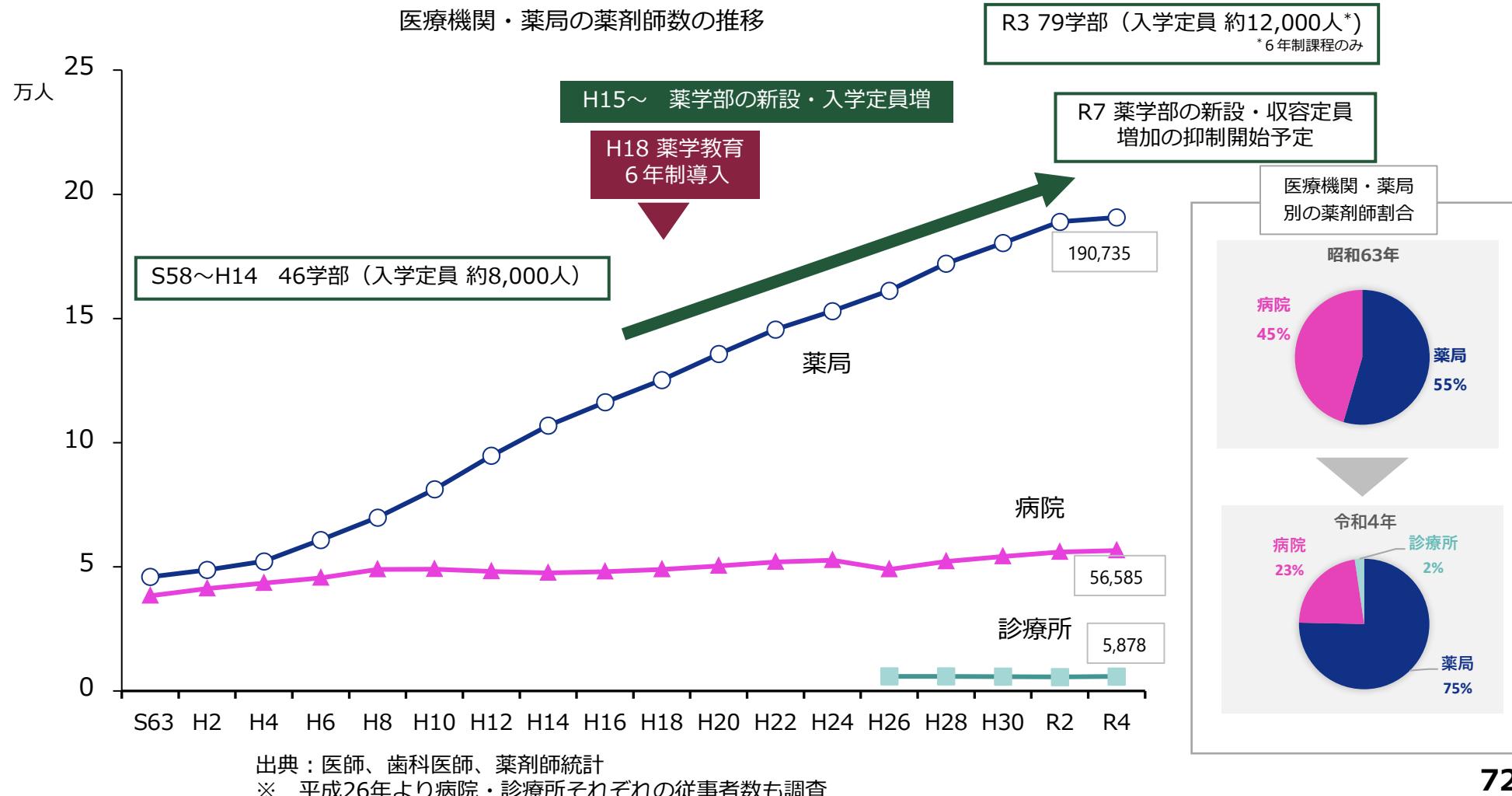
- 薬剤師の総数、人口10万人あたりの薬剤師数は増加している。

年度	薬剤師数(人)	人口10万対 薬剤師数 (人)
S57	124,390	104.8
S59	129,700	107.9
S61	135,990	111.8
S63	143,429	116.8
H2	150,627	121.9
H4	162,021	130.2
H6	176,871	141.5
H8	194,300	154.4
H10	205,953	162.8
H12	217,477	171.3
H14	229,744	180.3
H16	241,369	189.0
H18	252,533	197.6
H20	267,751	209.7
H22	276,517	215.9
H24	280,052	219.6
H26	288,151	226.7
H28	301,323	237.4
H30	311,289	246.2
R2	321,982	255.2
R4	323,690	259.1



医療機関・薬局に従事する薬剤師数の推移

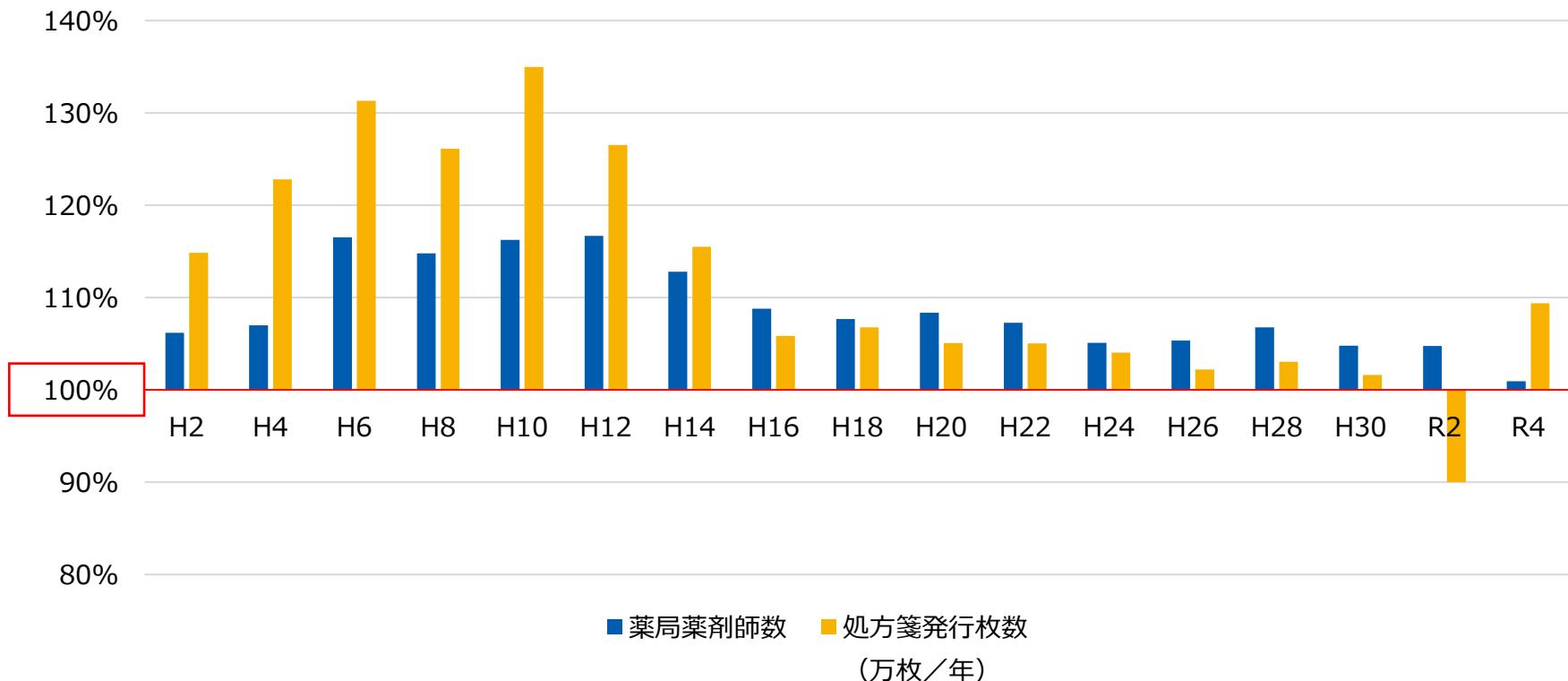
- 医療機関・薬局に従事する薬剤師の総数は増加している。特に、薬局薬剤師は年々増加しており、令和4年には、医療機関・薬局に従事する薬剤師の75%を占めている。



薬局薬剤師数と処方箋発行枚数の変動率の推移

- 薬局薬剤師数と処方箋発行枚数の、それぞれの変動率の推移を見ると、平成14年度までは処方箋発行枚数の増加率の方が大きかったが、平成16年度に逆転し、薬局薬剤師数の増加率の方が大きくなっている。

薬局薬剤師数と処方箋発行枚数の、前回調査時点（前々年度）に対する変動率の推移

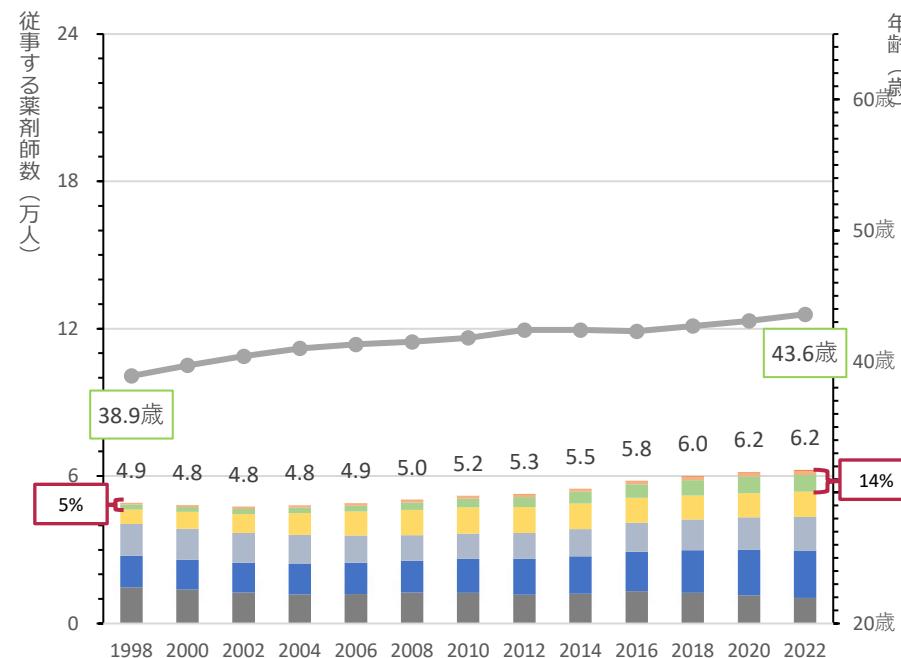


出典：医師、歯科医師、薬剤師統計
保険調剤の動向（日本薬剤師会）

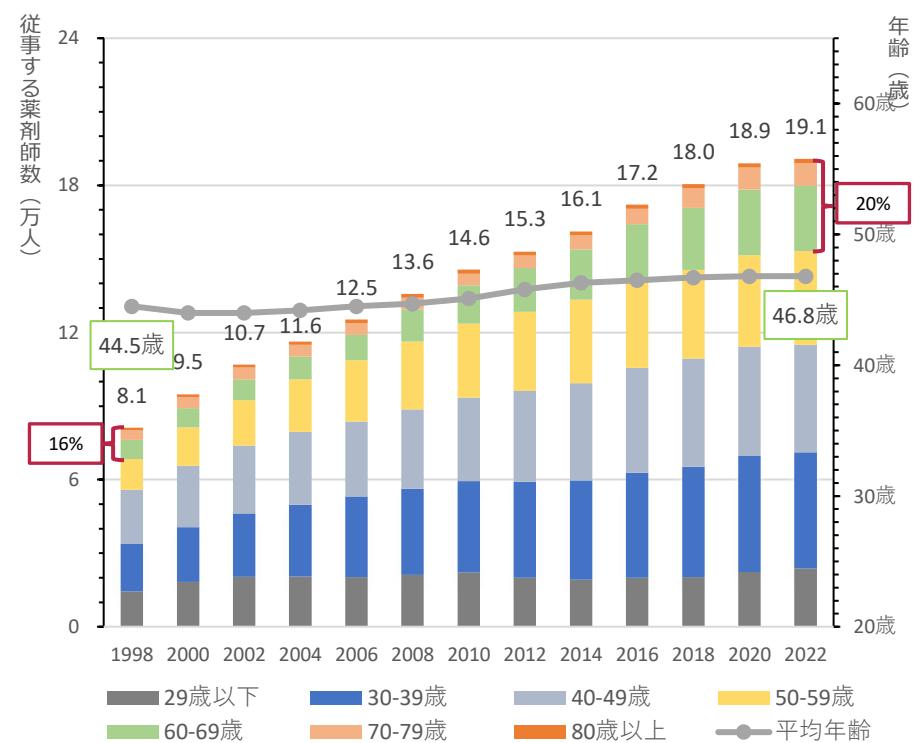
年齢階級別にみた医療機関又は薬局に従事する薬剤師数及び平均年齢の年次推移

- 医療機関に従事する薬剤師数は、ここ20年で約1.5万人増加しているが、60歳以上の薬剤師が占める割合は14%に増加しており、平均年齢は43.6歳まで上昇している。
- 薬局に従事する薬剤師数は、ここ20年で約8.4万人増加しているが、60歳以上の薬剤師が占める割合は20%程度で、平均年齢は46.8歳まで上昇している。

医療機関（薬剤師）



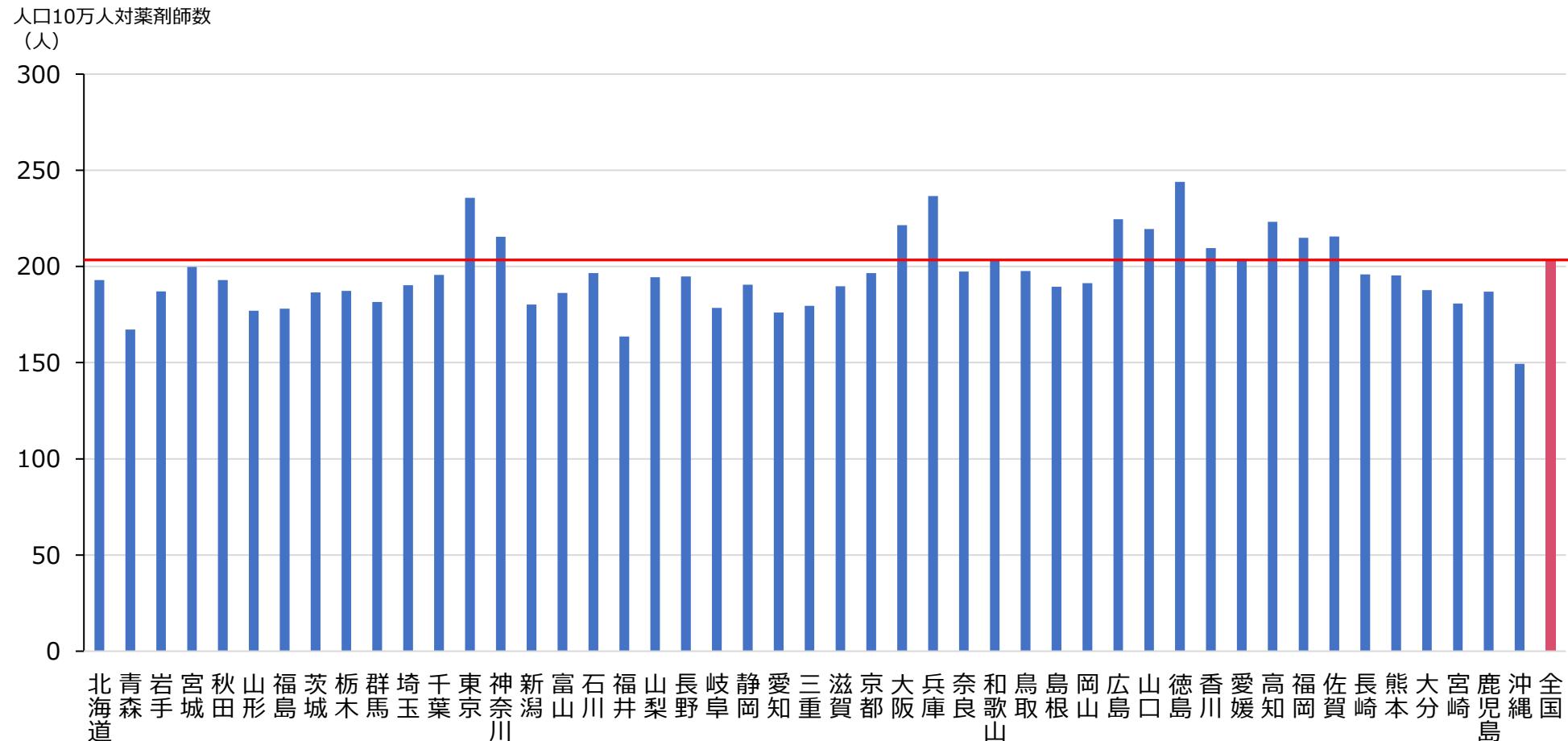
薬局（薬剤師）



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）

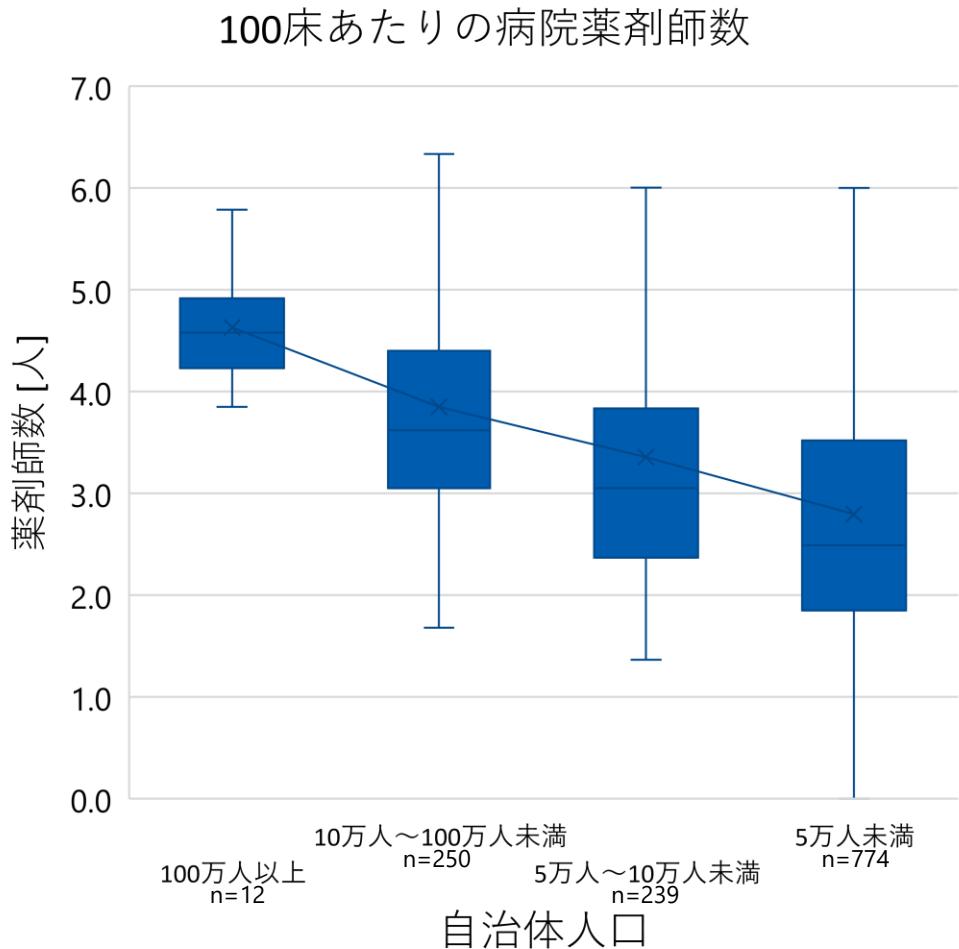
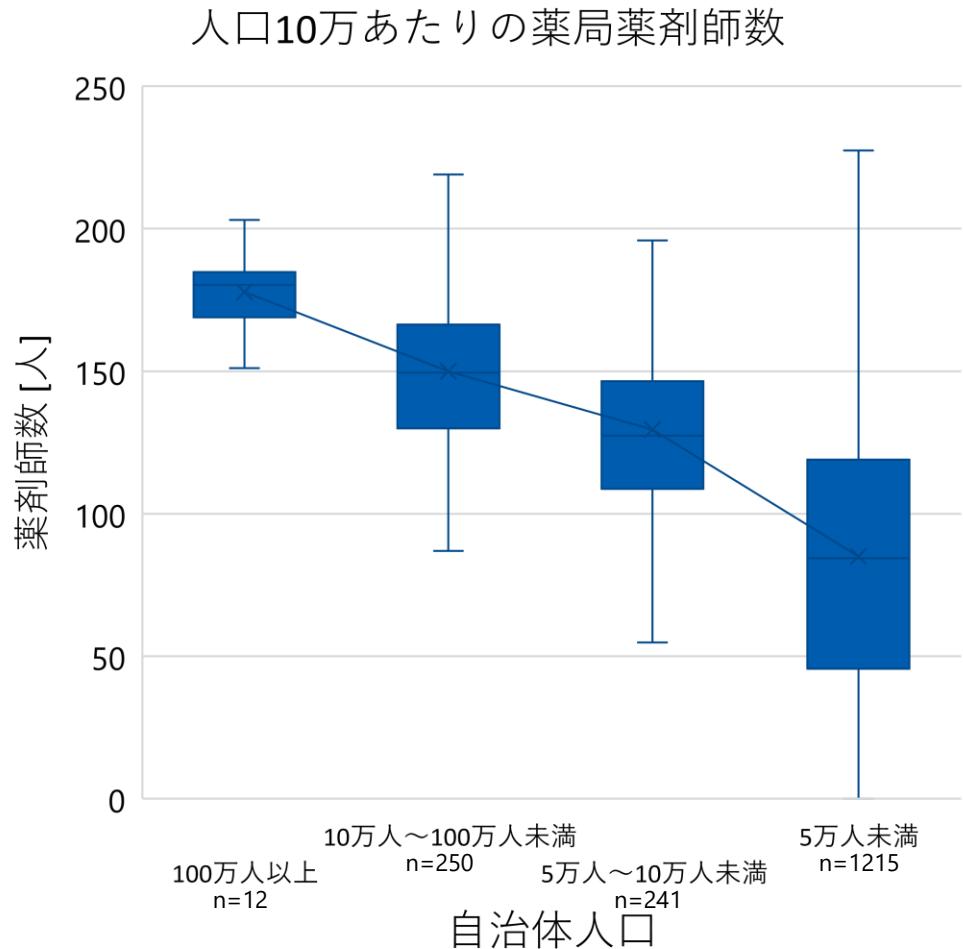
都道府県（従業地）別にみた人口10万対薬剤師数（令和4年）

- 医療機関に従事する人口10万対薬剤師数は202.6人で、令和2年（198.6人）に比べ4.0人増加している。
- 都道府県別（従業地）別にみると、徳島県が244.0人と最も多く、次いで兵庫県236.6人、東京都235.7人となっており、沖縄県が149.4人と最も少なく、次いで、福井県163.6人、青森県167.2人となっている。



薬剤師の地域偏在

- 薬局、病院とともに薬剤師の就業先は人口の多い都市部に集中している。

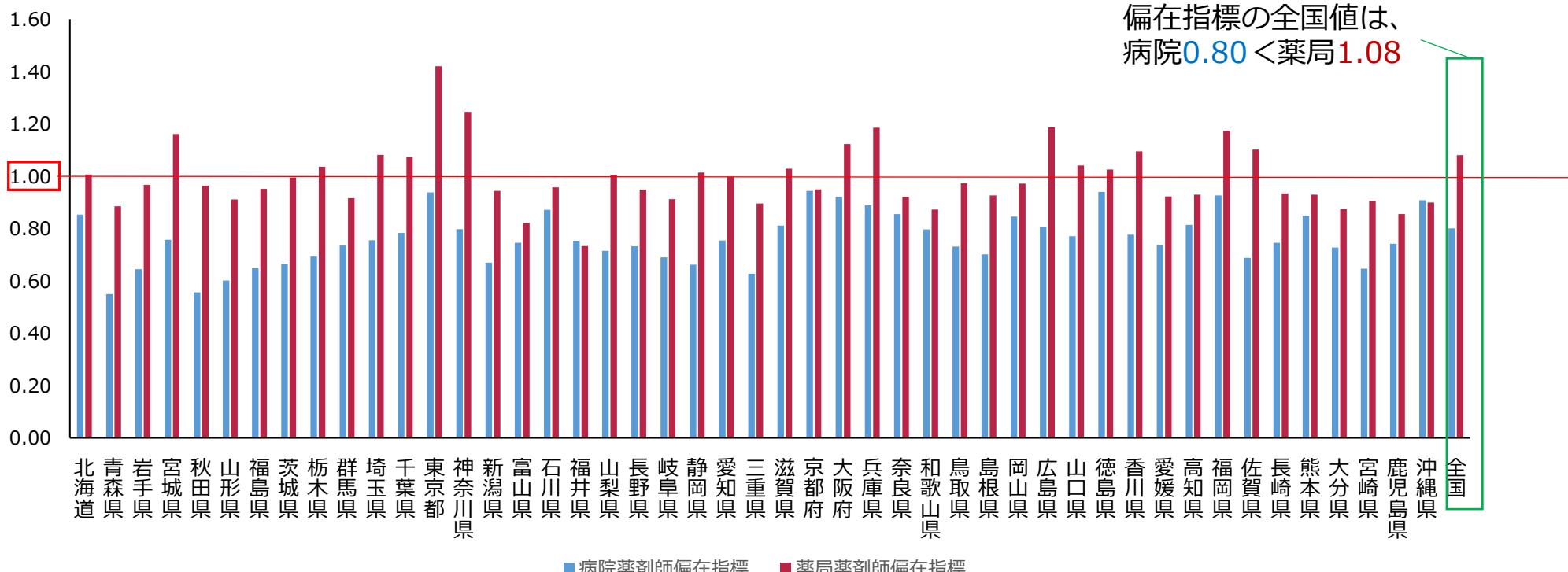


* 東京特別区部は1自治体として集計

* 病院薬剤師に関しては、病院の病床がない自治体は集計から除く

現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要の反映）

- 薬剤師偏在指標が1.0を超える病院薬剤師数を確保している都道府県はなかった。
- 薬局薬剤師数に関しては、18都道府県で偏在指数が1.0を超えていた。



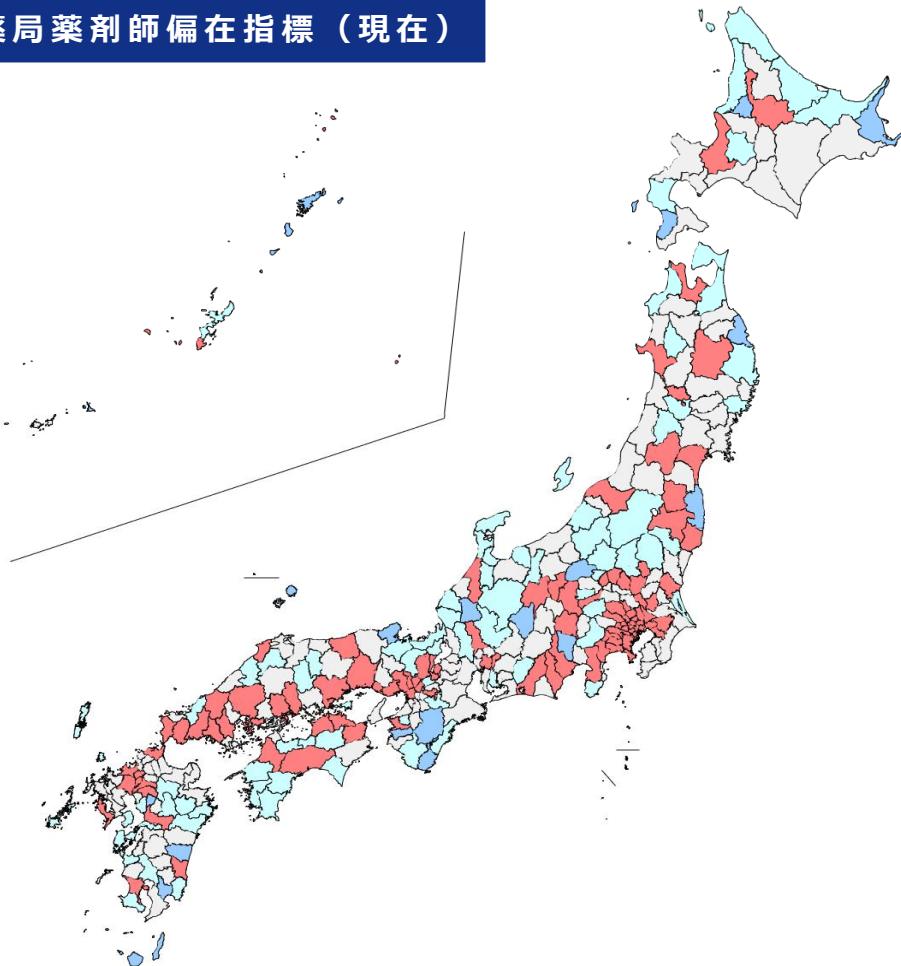
$$\text{薬剤師偏在指標} = \frac{\text{地域ごとに業種や年齢を考慮した地域で提供されている薬剤師の労働量 (現在の労働量)}}{\text{地域住民の年齢構成等で推計した地域に必要な薬剤師サービスを提供するための業務量 (必要な業務量)}}$$

※薬剤師偏在指標：上記計算に従い、必要な業務量に対する現在の労働量の割合。目標偏在指標は1.0となる。

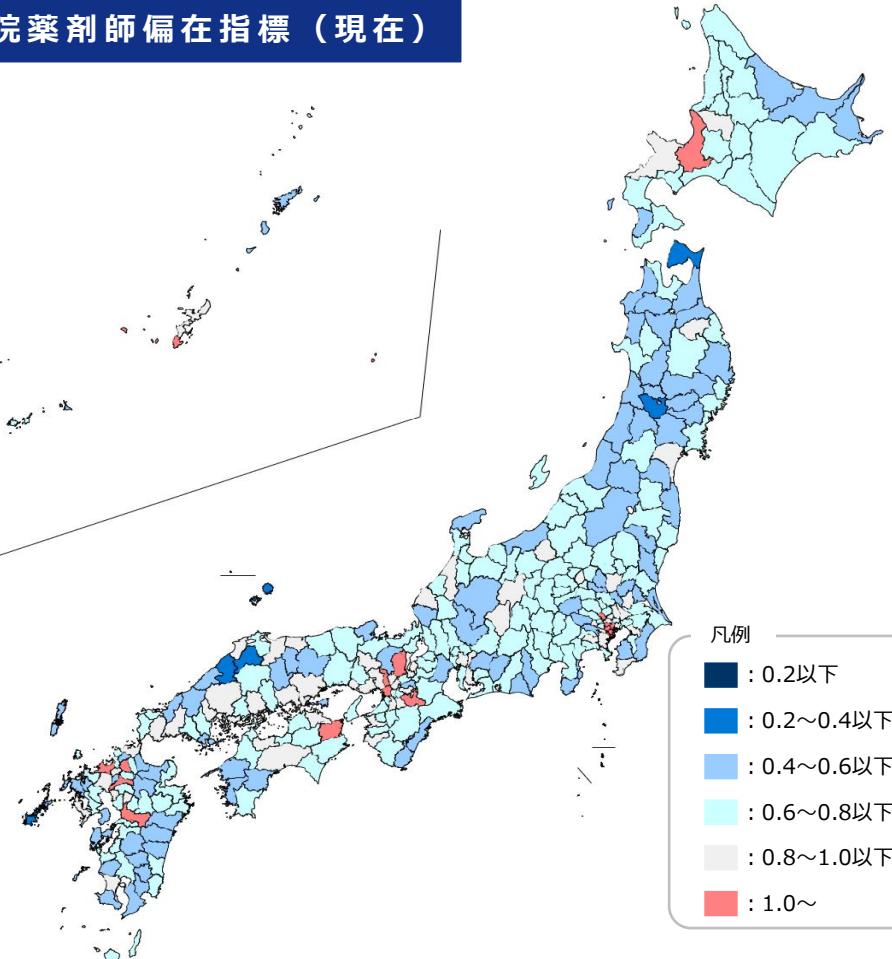
薬剤師偏在指標（現在）

- 全国に335ある二次医療圏のうち、薬剤師偏在指標1.0を超える医療圏は、薬局薬剤師は107、病院薬剤師は17であった。
- 同一都道府県内においても、偏在指標に差があり、薬剤師の従事先には、業態、地域偏在があることが分かる。

薬局薬剤師偏在指標（現在）



病院薬剤師偏在指標（現在）

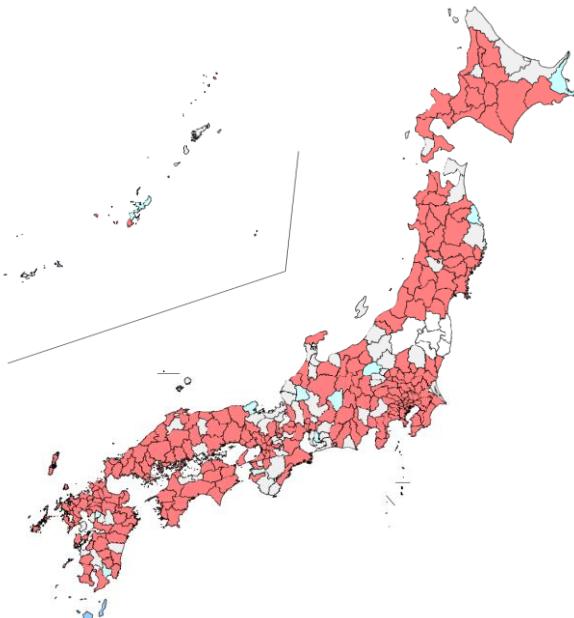


薬剤師偏在指標（将来推計）

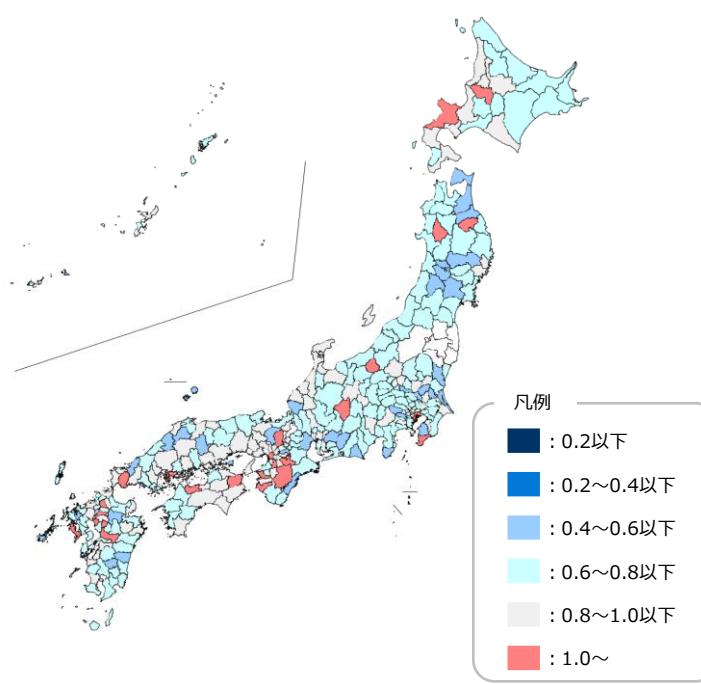
○薬剤師偏在指標の将来推計（2036年度）を、二次医療圏ごとに色分けすると、以下の図の通り。

○全国的に、薬局薬剤師の偏在指標より、病院薬剤師の偏在指標の方が高くなりにくいことが示唆される。

薬局薬剤師偏在指標（将来）



病院薬剤師偏在指標（将来）

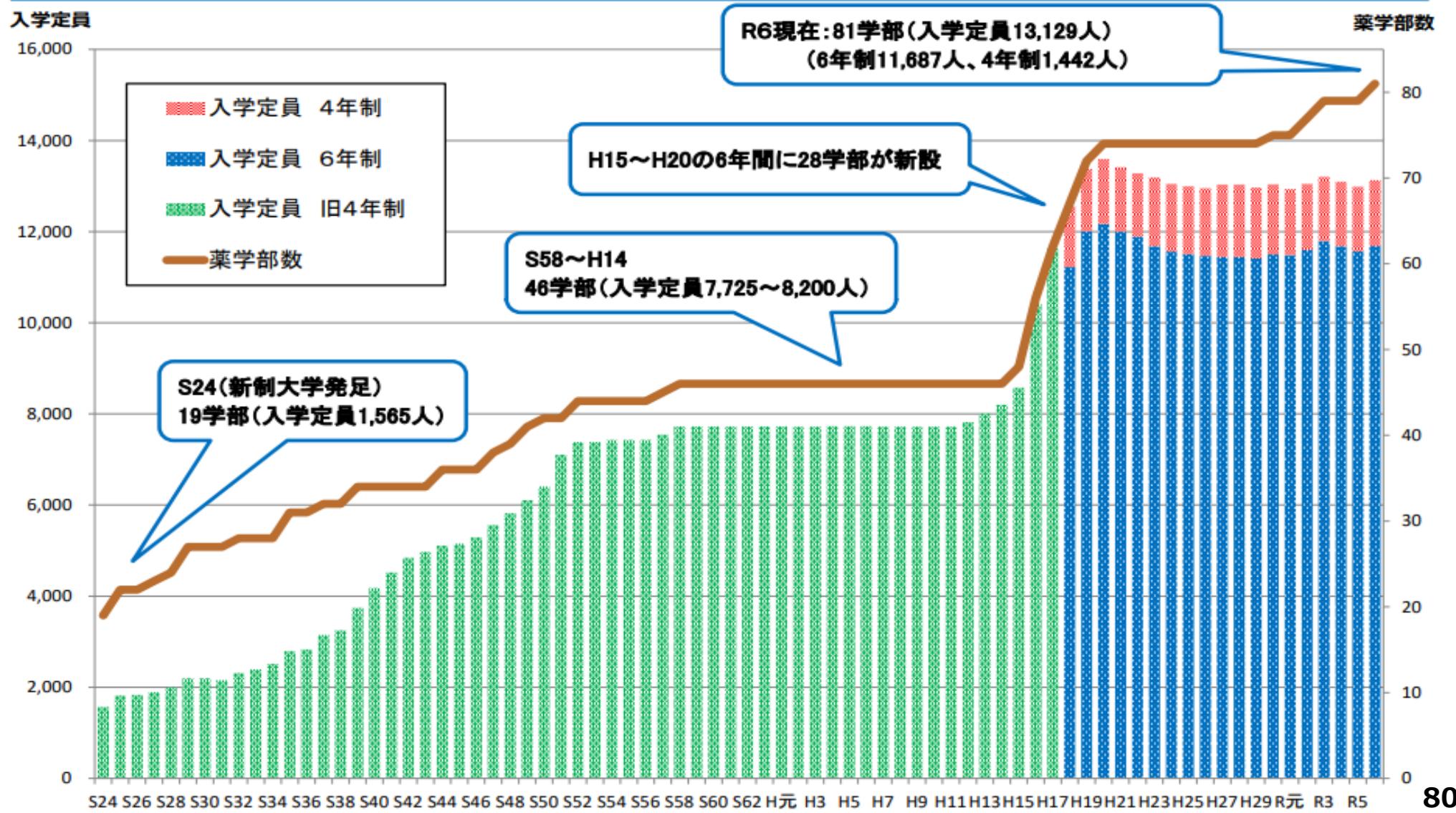


$$\text{将来の薬剤師偏在指標} = \frac{\text{将来の調整薬剤師労働時間} \times 1}{\text{将来の薬剤師の推計業務量} \times 2}$$

※福島県の二次医療圏別の値については、人口推計がないため、将来の指標を算定していない

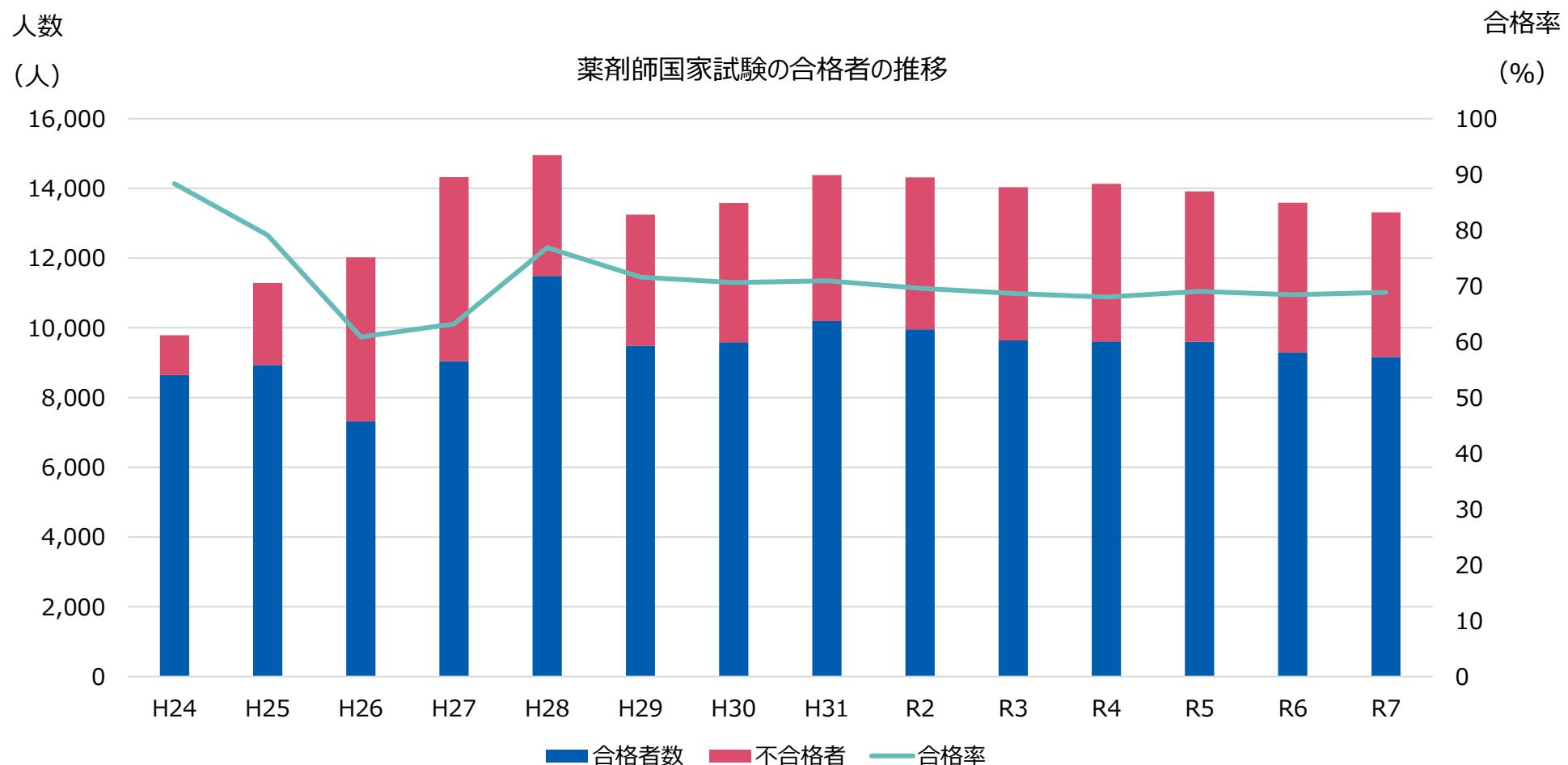
薬学部（学科）数及び入学定員の推移

- 平成15年度から平成20年度にかけて28学部が増加（6割増）。平成30年度から令和6年度に公立（2学部）、私立（5学部）の新設が行われた。
 - 既設大学の定員は、過去10年間で約1割（約1100名）削減しているが、新設大学の参入（33学部増、約3,700名増）により養成規模は大幅に増加。



薬剤師国家資格合格者推移

- 6年制薬学部に移行後、平成28年までは薬剤師合格者数は変動していたが、平成29年より合格者数（合格率）はある程度一定となっており、毎年新たな薬剤師は1万人程度増加している。



○ 厚生労働省「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」とりまとめ（令和3年6月30日）（抜粋）

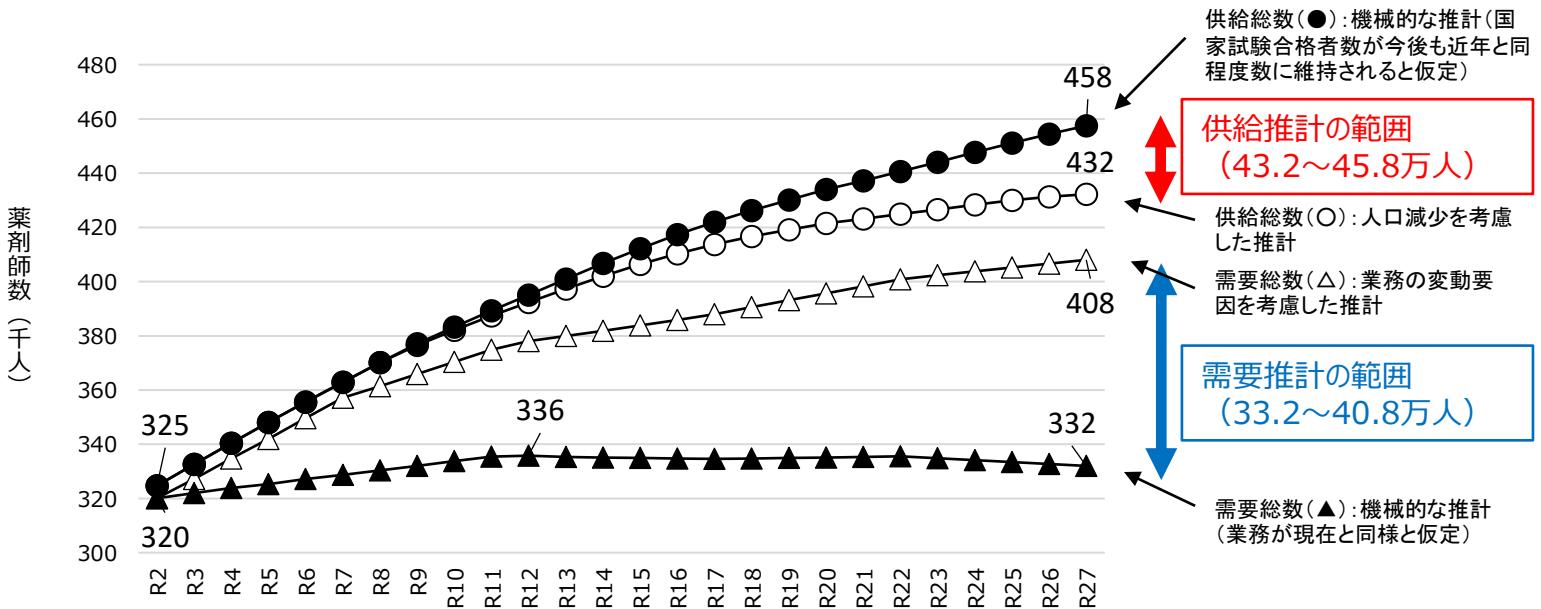
薬剤師の養成（入学定員・薬剤師確保）

- 将来的に薬剤師が過剰になると予想される状況下では、入学定員数の抑制も含め教育の質の向上に資する、適正な定員規模のあり方や仕組みなどを早急に検討し、対応策を実行すべき。
- 併せて、薬剤師の確保を含め、偏在を解消するための方策を検討することが重要であり、地域の実情に応じた効果的な取組を検討すべき。
- 今後も薬剤師の業務実態の把握、継続的な需給推計を行い、地域偏在等の課題への対応も含めた検討に活用すべき。

○ 歴史の転換点における財政運営（令和4年5月25日 財政制度等審議会）（抜粋）

薬剤師数の増加については、将来的に薬剤師が過剰になると予想されており、**増加傾向にある薬学部・薬科大学の入学定員数の抑制も含め教育の質の向上に資する、適正な定員規模の在り方や仕組みなどを早急に検討し、対応策が実行されなければならない。**

薬剤師の需給推計（全国総数） ※推計期間 令和2年（2020年）～令和27年（2045年）



○ 今後の薬局・病院薬剤師の業務が変動する場合の推計は、現在の業務量と比較した仮定条件を主に以下のとおりとして推計した。

【薬局】

- 在宅業務は令和27年までに2倍
- 健康サポート機能に係る業務は1.5倍 等

【病院】

- 高度急性期病床の業務は令和27年までに1.3倍
- 急性期病床は、今後も更なる業務の充実が期待されるため、令和7年までに1.2倍、令和27年までに1.2～1.5倍 等

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会 とりまとめ

検討会とりまとめ（提言）において、次のとおり指摘されている。

- 将来的に薬剤師が過剰になると予想される一方で、薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題。
- 偏在を解消するための薬剤師確保の取組が必要であり、医療計画における医療従事者の確保の取組等を含め、地域の実情に応じた効果的な取組を検討すべき。

「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会 とりまとめ（令和3年6月30日）」（抜粋）

3. (1) 薬剤師の養成等

(薬剤師確保)

- 全国の薬剤師総数に基づき薬剤師の養成数を考えるとともに、薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、偏在を解消するための薬剤師確保の取組が必要である。特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題である。医療計画における医療従事者の確保の取組、地域医療介護総合確保基金の活用や自治体の予算による就職説明会への参加、就業支援、復職支援、奨学金の補助などの取組のほか、実務実習において学生の出身地で実習を受けるふるさと実習の取組などが実施されているが、取組の実態を調査するとともに、需要の地域差を踏まえ、これらの取組の更なる充実も含め、地域の実情に応じた効果的な取組を検討すべきである。
- 大学は、大学が設置されている自治体及び周辺の自治体等における薬剤師養成・確保についても、自治体とも連携のうえ取り組んでいく必要がある。なお、薬剤師の卒業した大学や出身地については、令和2年の医師・歯科医師・薬剤師統計から届出事項としており、今後はこのような情報の分析も可能であり、薬剤師確保のために活用すべきである。

(後略)

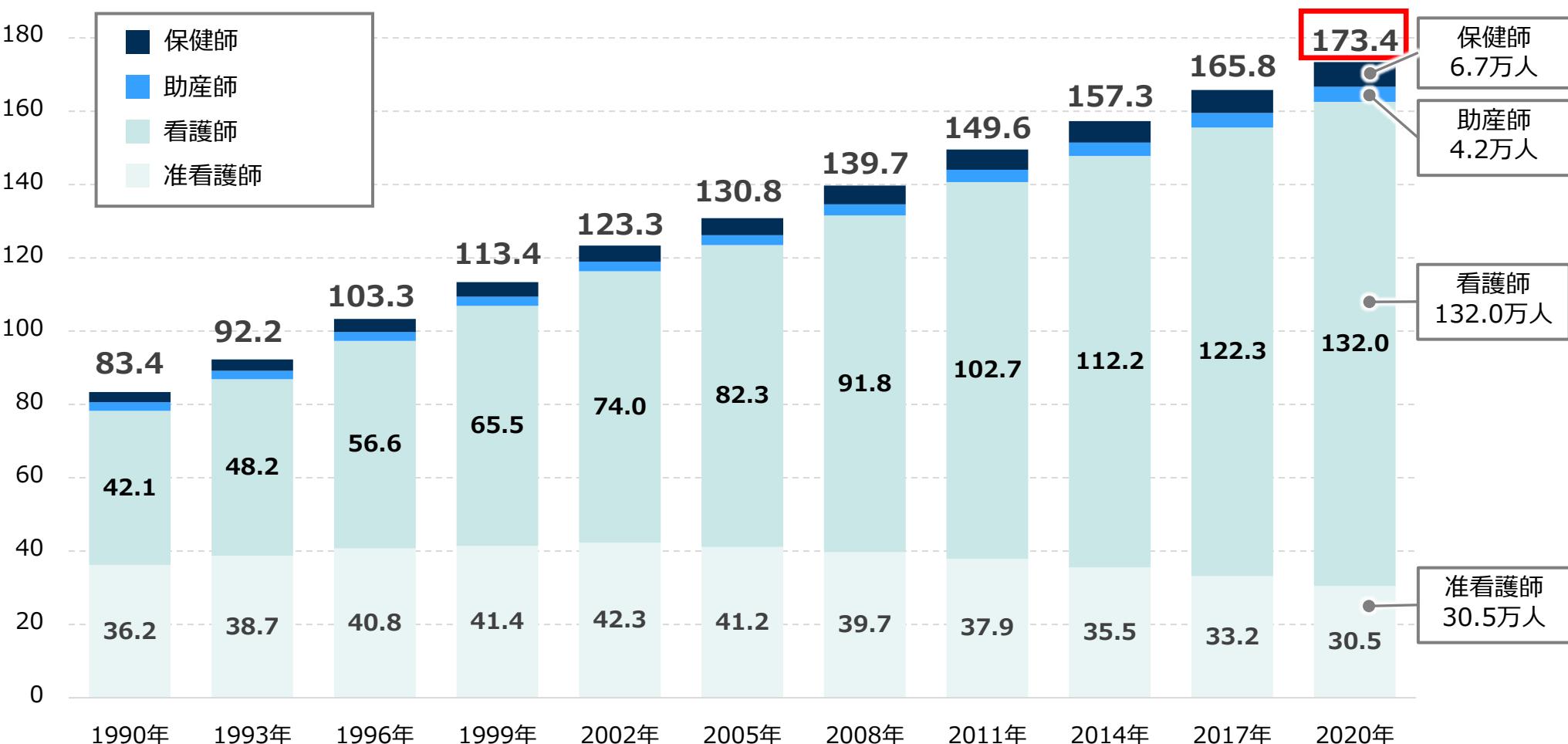
看護職員

看護職員就業者数の推移

看護職員の確保が進められて、看護職員就業者数は増加を続け、2020年（令和2年）には173.4万人となった。

（万人）

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。



資料出所：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）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設（静態）調査」、2014年以前は「病院報告（従事者票）」による。

・診療所で就業する看護職員数は「医療施設（静態）調査」による。

・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例（隔年報）」による。なお、「衛生行政報告例（隔年報）」の調査年ではない年については「衛生行政報告例（隔年報）」の数値に基づく推計値。

都道府県別 人口10万人当たり看護職員就業者数 (2020年(令和2年))

人口10万人当たり看護職員就業者数については、首都圏等の都市部において、全国平均よりも少ない傾向。

(人)

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

2,500

全国平均以上
全国平均未満

2,000

1,500

全国平均
1,369人

1,000

500

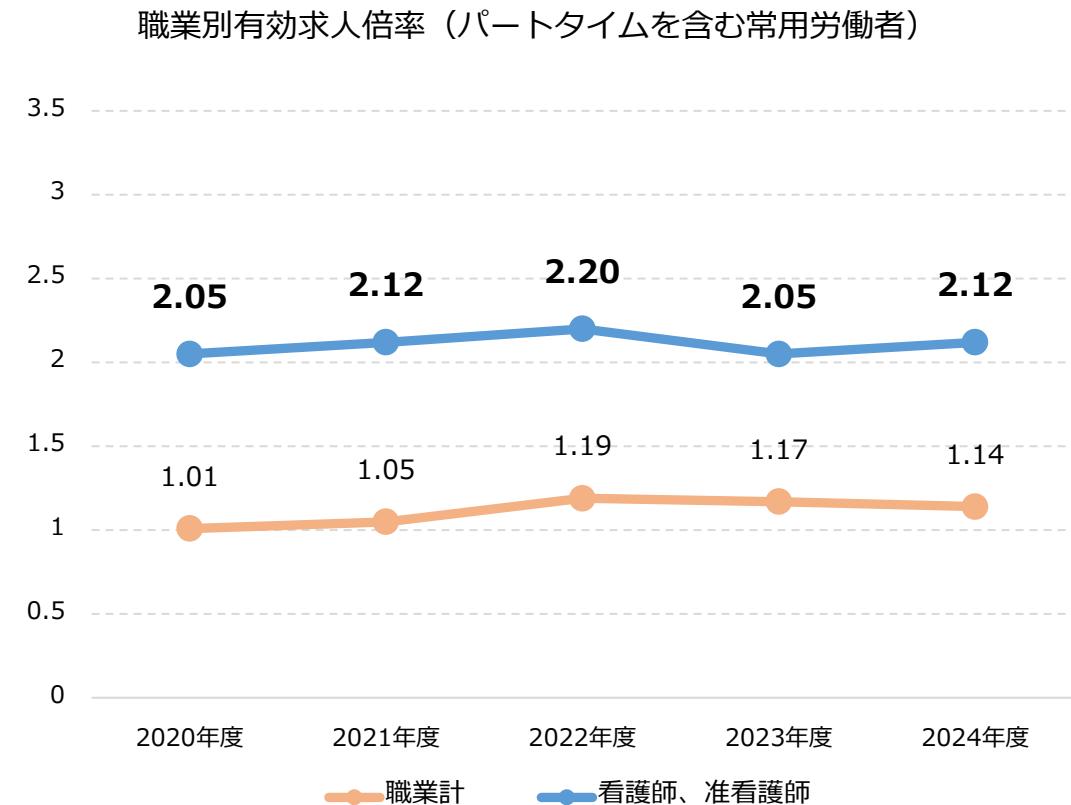
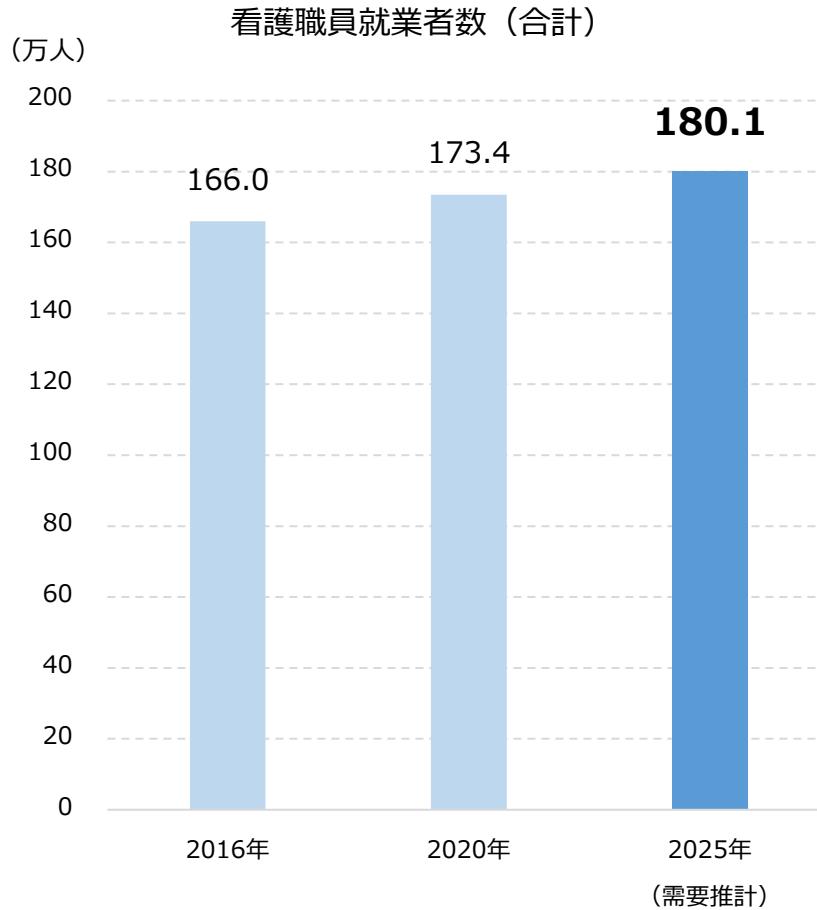
0

北海道 青森 岩手 宮城 秋田 山形 福島 茨城 栃木 群馬 埼玉 千葉 東京 神奈川 新潟 富山 石川 福井 山梨 長野 岐阜 静岡 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 阪神 奈良 和歌山 鳥取 島根 岡山 広島 山口 徳島 香川 愛媛 高知 福岡 佐賀 長崎 熊本 大分 宮崎 鹿児島 沖縄

資料出所：厚生労働省「医療施設(静態)調査(令和2年)」「衛生行政報告例(隔年報)」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査(令和3年1月1日現在)」

看護職員の需要推計と有効求人倍率

2025年の需要推計との比較によれば、看護職員就業者数の増大が必要。また、看護師及び准看護師の有効求人倍率は職業計よりも高くなっている、看護職員は不足傾向にある。



【資料出所】厚生労働省「職業安定業務統計」より作成。

(注1) 上記の数値は原数値である。

(注2) 2019～2022年度の数値は、平成23年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく看護師、准看護師：「133 看護師、准看護師」の職業分類の数値である。

(注3) 2023年度の数値は、令和4年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく看護師、准看護師：「023 看護師、准看護師」の職業分類の数値である。

(注4) 常用とは、雇用契約において雇用期間の定めがないか又は4ヶ月以上の雇用期間が定められているものをいう。

(注5) パートタイムとは、1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の1週間の所定労働時間に比し短いものをいう。

(注6) 上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。

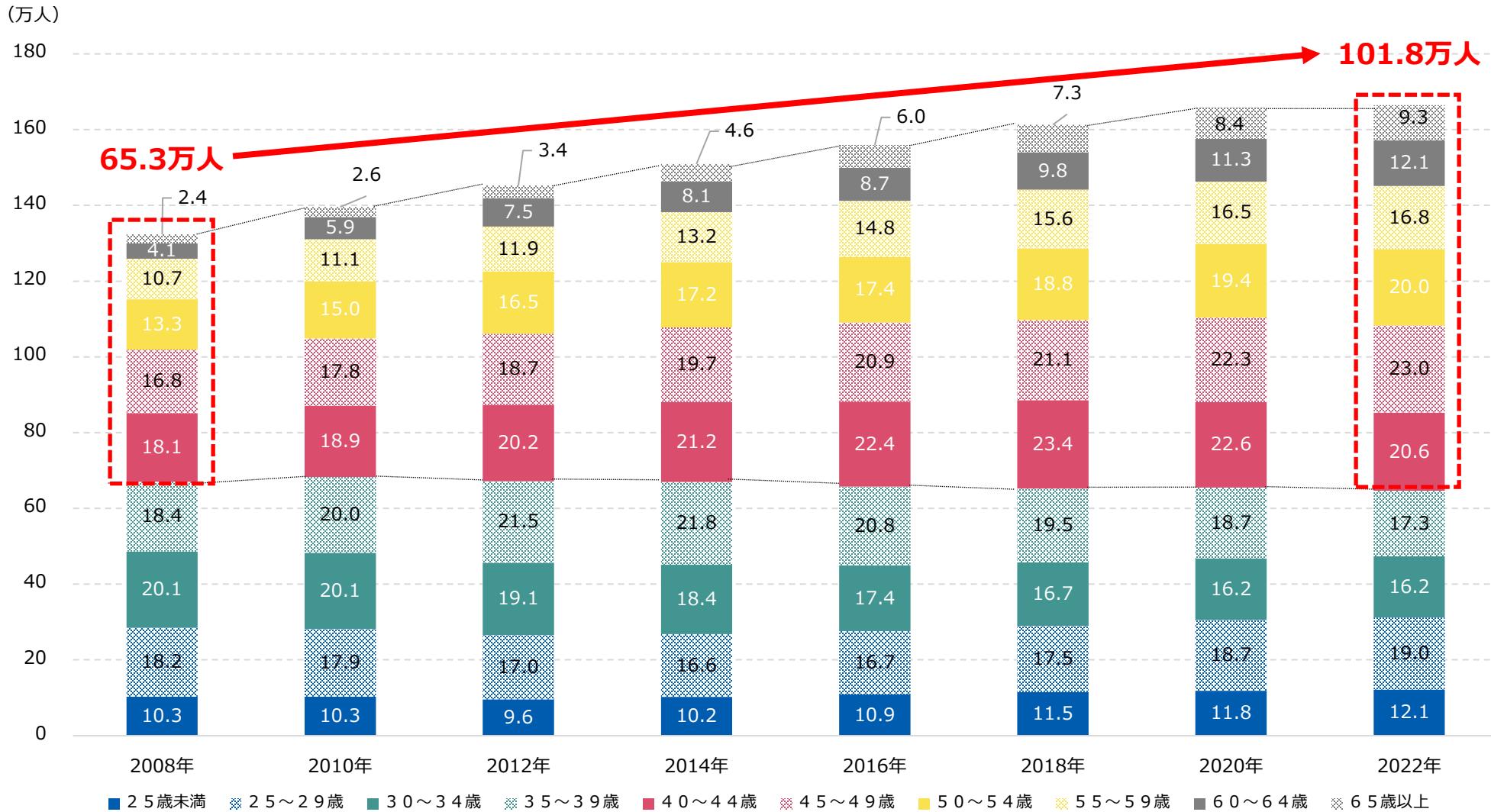
【資料出所】

- ・2016年の就業看護職員数：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）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計
- ・2020年の就業看護職員数：厚生労働省「令和2年医療施設（静態）調査」、「令和2年度衛生行政報告例（隔年報）」
- ・2025年の需要推計（都道府県報告値）：「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）

就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移

就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移を見ると、40歳以上の就業看護職員数が増加している。

注：看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師を指す。

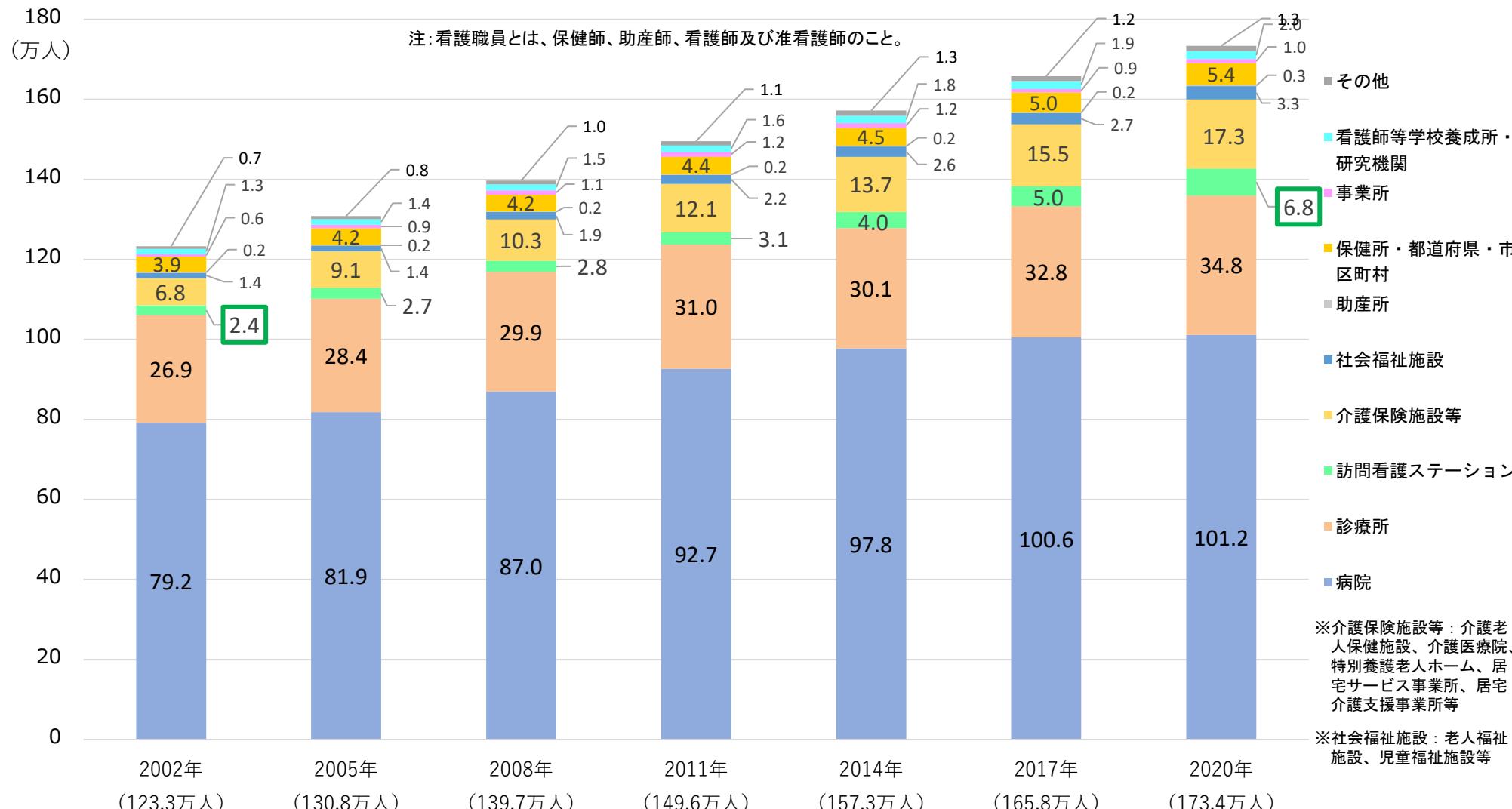


資料出所：厚生労働省「衛生行政報告例（隔年報）」

※「医療施設（静态）調査」では、年齢階級別の看護職員数のデータは把握できないため、病院・診療所も含めた全ての就業場所について、衛生行政報告例のデータを用いている。

就業場所別看護職員数の推移

看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、推移を見ると、訪問看護ステーション（2002年：2.4万人 ⇒ 2020年：6.8万人）や介護保険施設等（2002年：6.8万人 ⇒ 2020年：17.3万人）での増加割合が高くなっている。



資料出所：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)」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

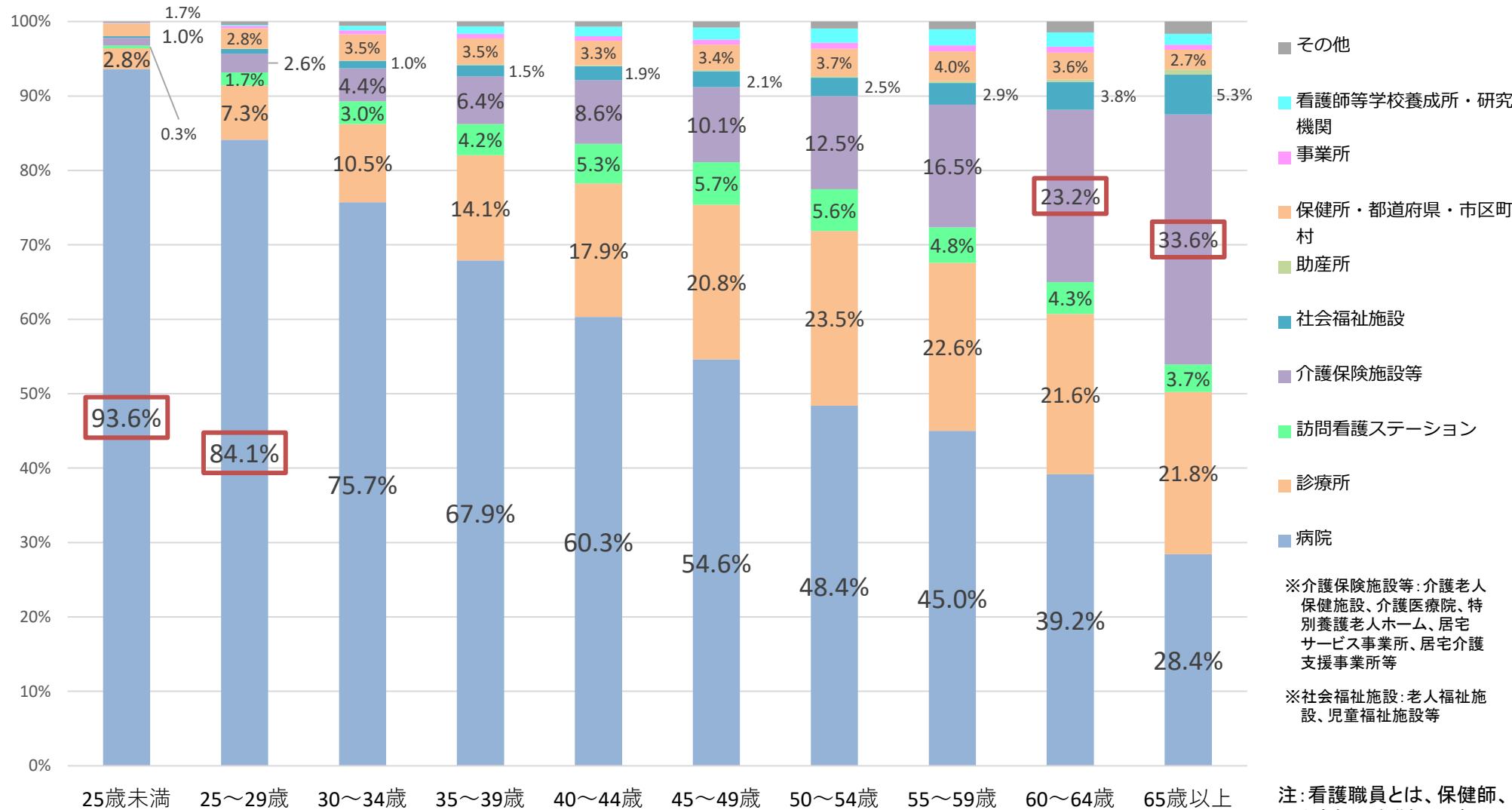
・病院で就業する看護職員数は、2017年以降は「医療施設(静態)調査」、2014年以前は「病院報告(従事者票)」による。

・診療所で就業する看護職員数は「医療施設(静態)調査」による。

・病院・診療所以外で就業する看護職員数は「衛生行政報告例(隔年報)」による。なお、「衛生行政報告例(隔年報)」の調査年ではない年については、「衛生行政報告例(隔年報)」の数値に基づく推計値。

年齢階級別看護職員の就業場所（2020年（令和2年））

年齢階級別の看護職員の就業場所については、年齢階級が低くなるほど病院で就業する割合が高く、年齢階級が高いほど介護保険施設等で就業する割合が高くなる。



資料出所:厚生労働省「令和2年度衛生行政報告例(隔年報)」

※「医療施設(静態)調査」では、年齢階級別の看護職員数のデータは把握できないため、病院・診療所も含めた全ての就業場所について、衛生行政報告例のデータを用いている。

注:看護職員とは、保健師、助産師、看護師及び准看護師のこと。

※介護保険施設等:介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所等

※社会福祉施設:老人福祉施設、児童福祉施設等

特定行為研修修了者の就業状況

特定行為研修終了者は、約9割が病院に就業している。

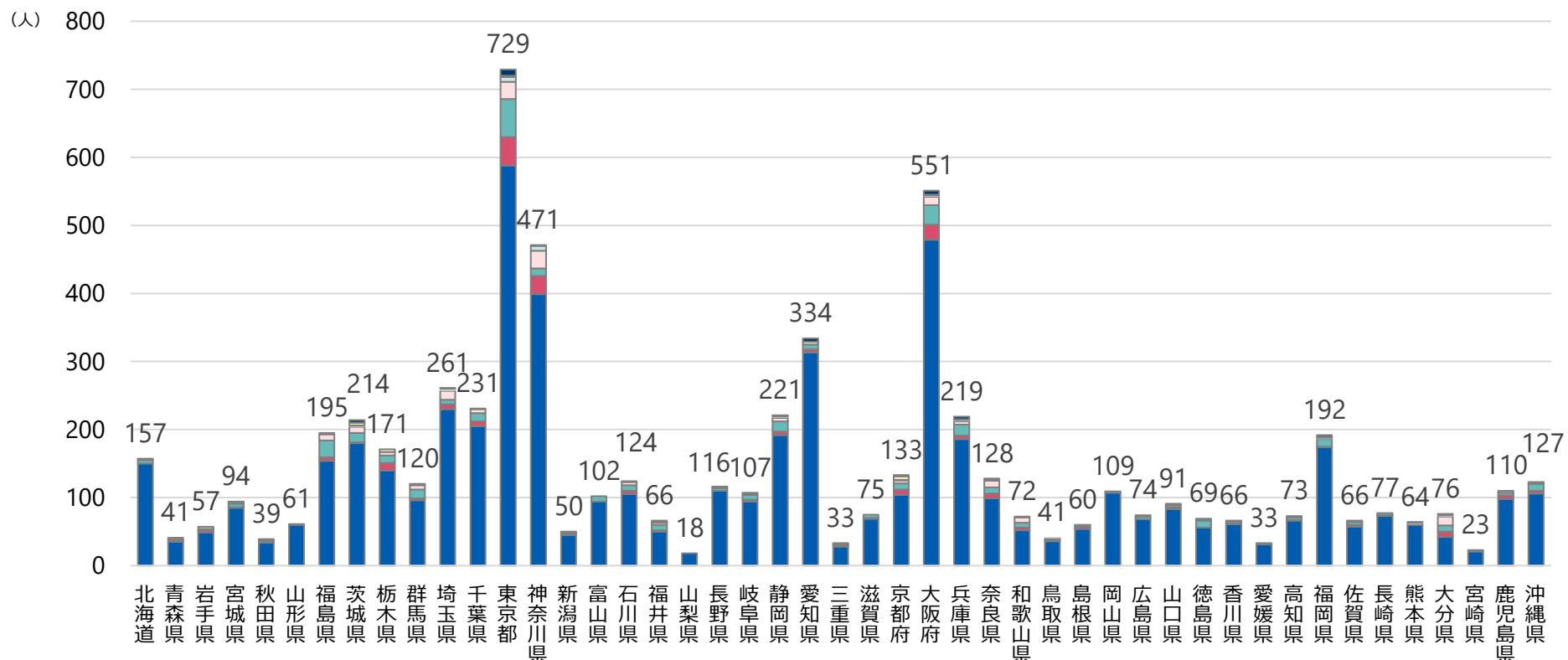
■ 就業場所別

令和3年6・7月現在

	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	看護師等学校養成所又は研究機関	その他	合計
就業者数 (人)	5,636	214	375	194	33	40	49	6,541
割合	86.2%	3.3%	5.7%	3.0%	0.5%	0.6%	0.7%	100.0%

■ 都道府県別

■ 病院 ■ 診療所 ■ 訪問看護ステーション ■ 介護保険施設 ■ 社会福祉施設 ■ 看護師等学校養成所又は研究機関 ■ その他



看護教育制度図(概念図)

令和7年の看護師国家試験の合格者数は56,906人。

＜令和7年合格者数＞

保健師 7,196人
助産師 2,027人
看護師 56,906人
准看護師 12,574人

保健師・助産師国家試験受験資格

保健師課程

助産師課程

4年制大学

310校
26,685人
(1学年定員)
26,044人
(入学者数)

保健師養成所・大学院・大学専攻科・短大専攻科 47校 886人 (1学年定員) 707人 (入学者数)

助産師養成所・大学院・大学専攻科/別科・短大専攻科

138校 1,792人 (1学年定員) 1,570人 (入学者数)

1年
以上

看護師国家試験受験資格

養成期間3年以上の
養成所・短大

541校 27,379人 (1学年定員)
22,411人 (入学者数)

3年
以上

高校・
高校専攻科
5年一貫
教育校

82校
4,229人
(1学年定員)
3,055人
(入学者数)

養成期間2年の
養成所・短大等
112校 3,997人
(1学年定員)
2,635人
(入学者数)

2年通信制
15校
3,030人
(1学年定員)
1,997人
(入学者数)

3年以上的
実務経験又は
高等学校等卒業者
7年以上的
実務経験

准看護師試験受験資格
(都道府県実施)

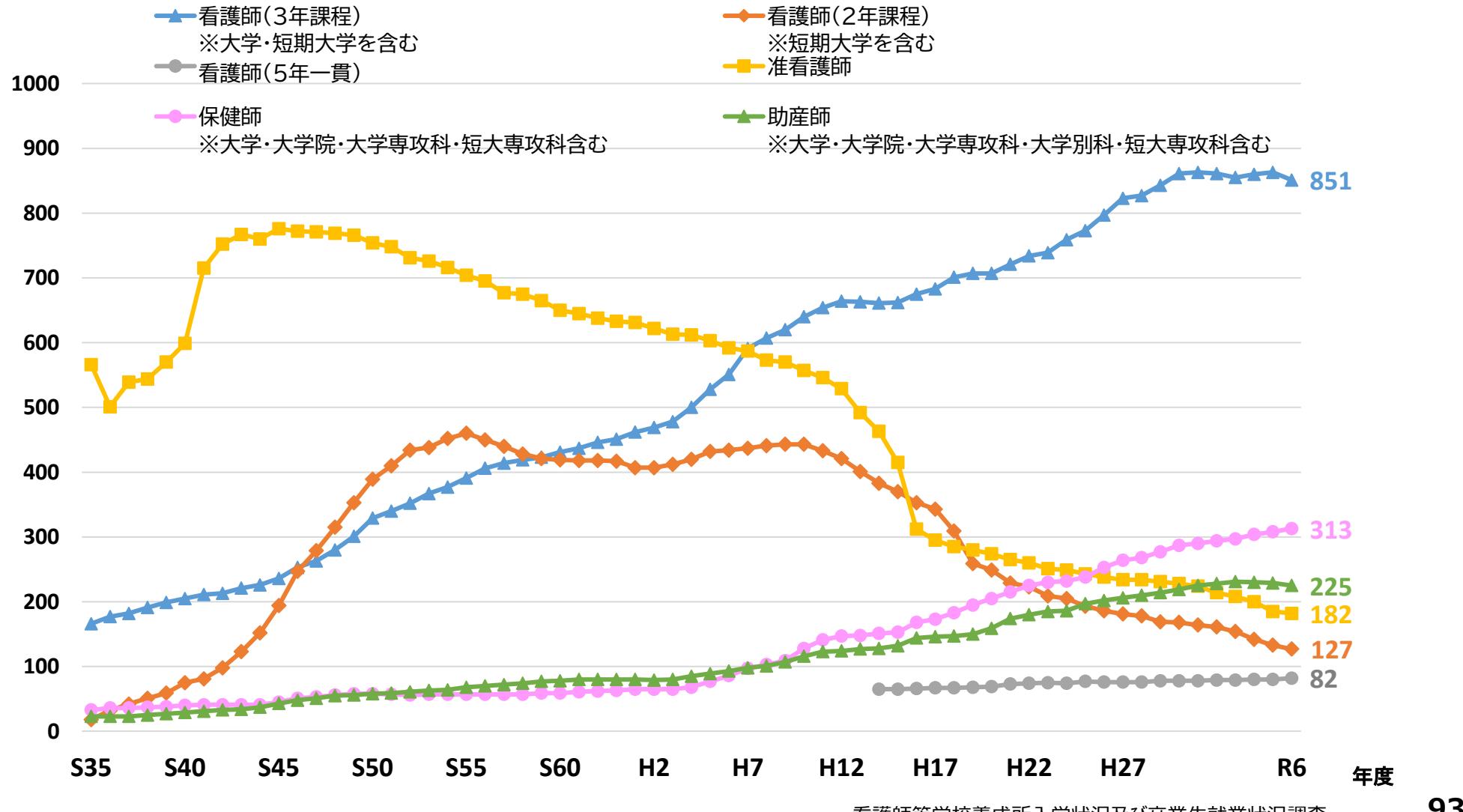
准看護師養成所・高校
※養成所は2年、高校は3年
182校 7,414人 (1学年定員)
4,207人 (入学者数)

高等学校卒業

中学卒業

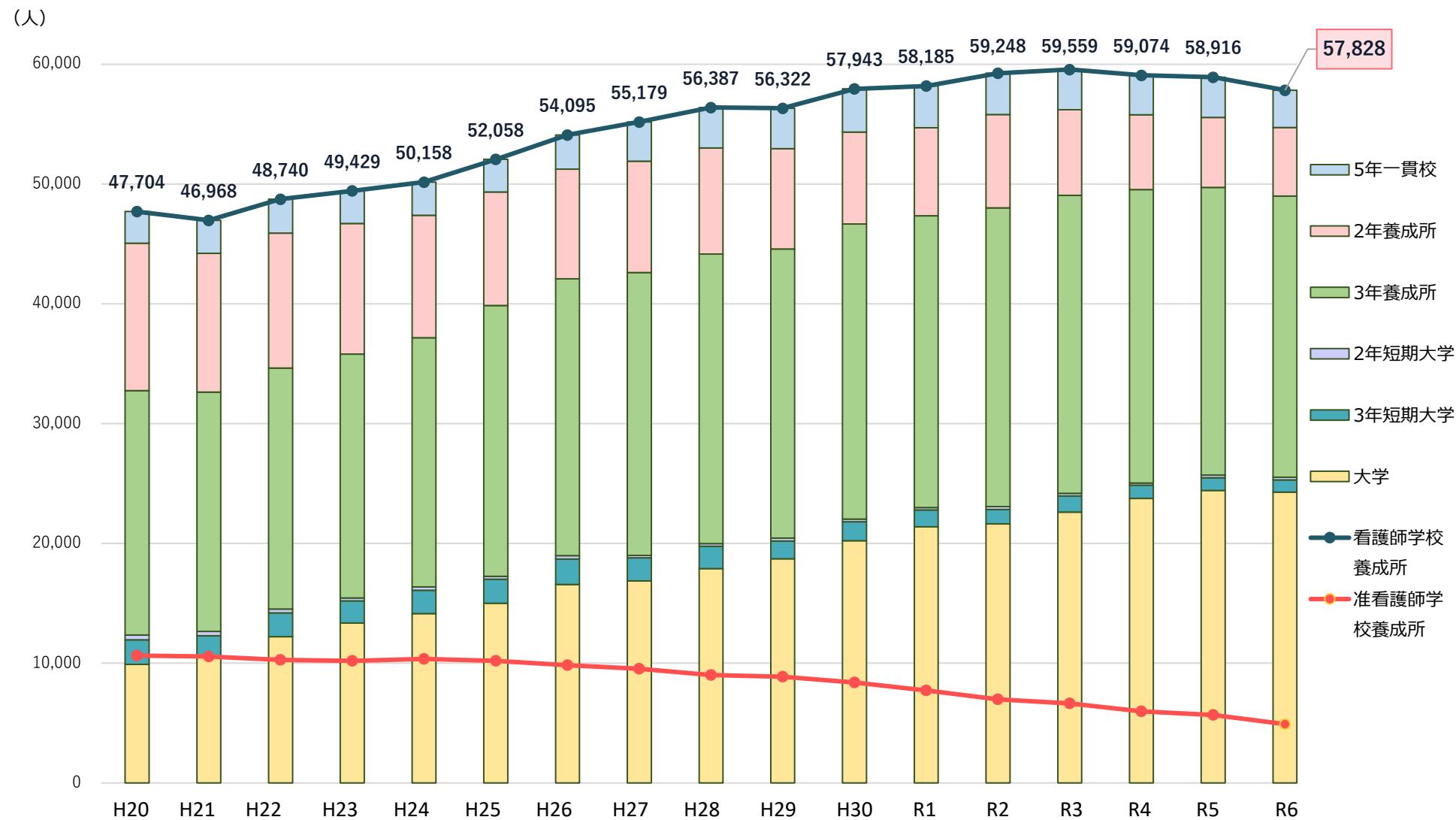
看護師等学校養成所施設数の推移

看護師学校養成所（3年課程）は増加傾向が続いているが、近年は横ばいとなり、令和6年は全国で851施設。



看護師学校養成所卒業者数の推移

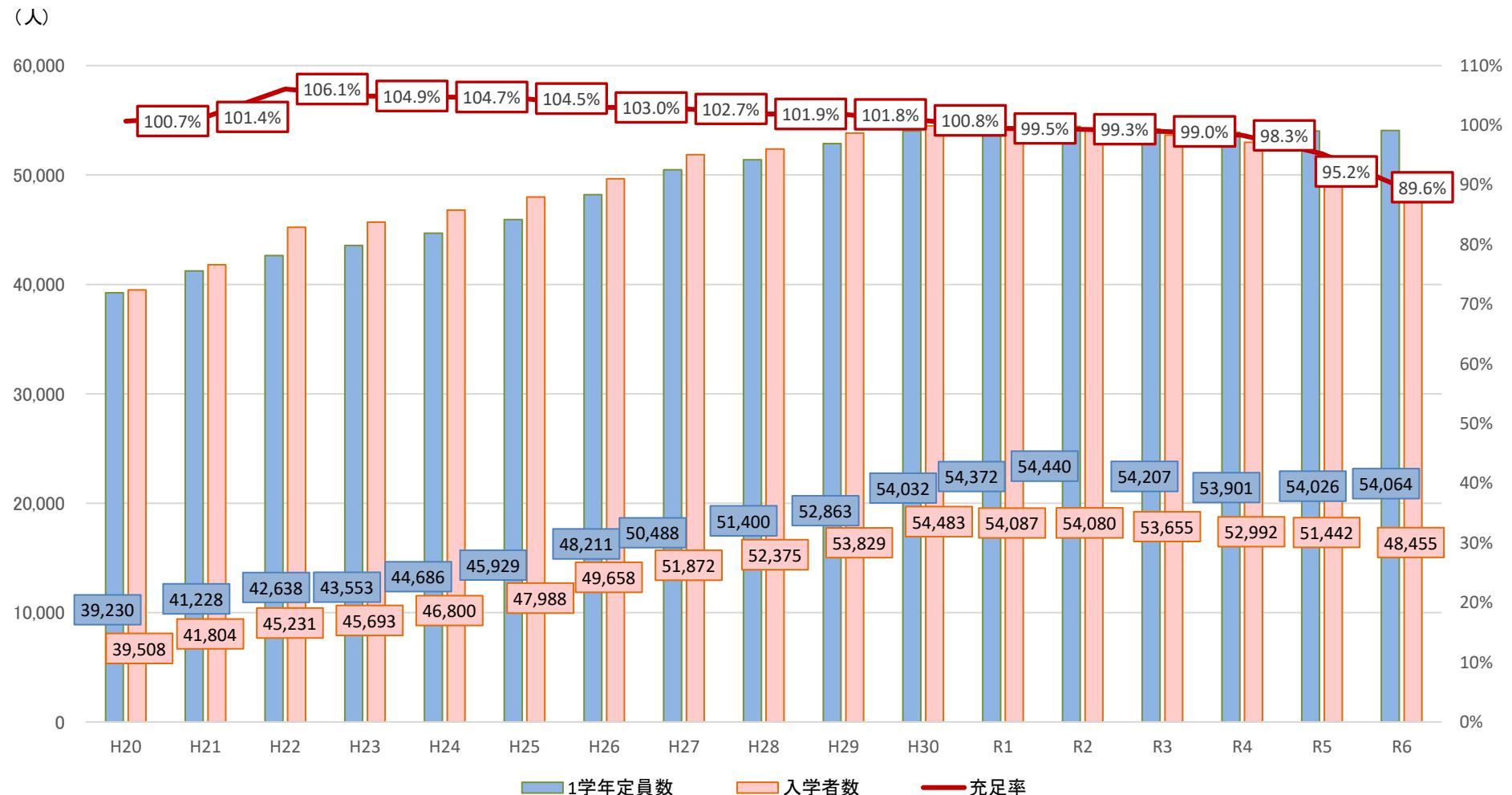
看護師学校養成所の卒業者数は、令和3年度（59,559人）以降は減少傾向となり、令和6年度は57,828人。



看護師学校養成所（3年課程）1学年定員数、入学者数及び定員充足率の推移

看護師学校養成所(3年課程)入学者数は令和元年度以降減少傾向であり、令和6年度は入学者数が48,455人、定員充足率は89.6%。

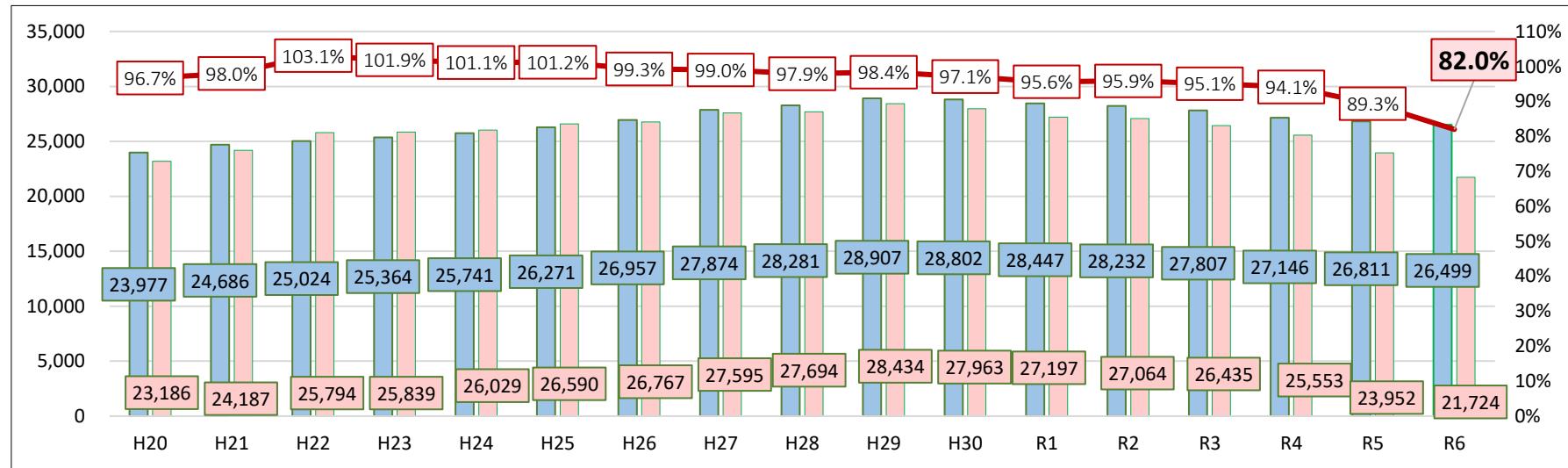
※ 看護師学校養成所（3年課程）は、看護大学、短期大学(3年課程)、看護師学校養成所(3年課程)の総称



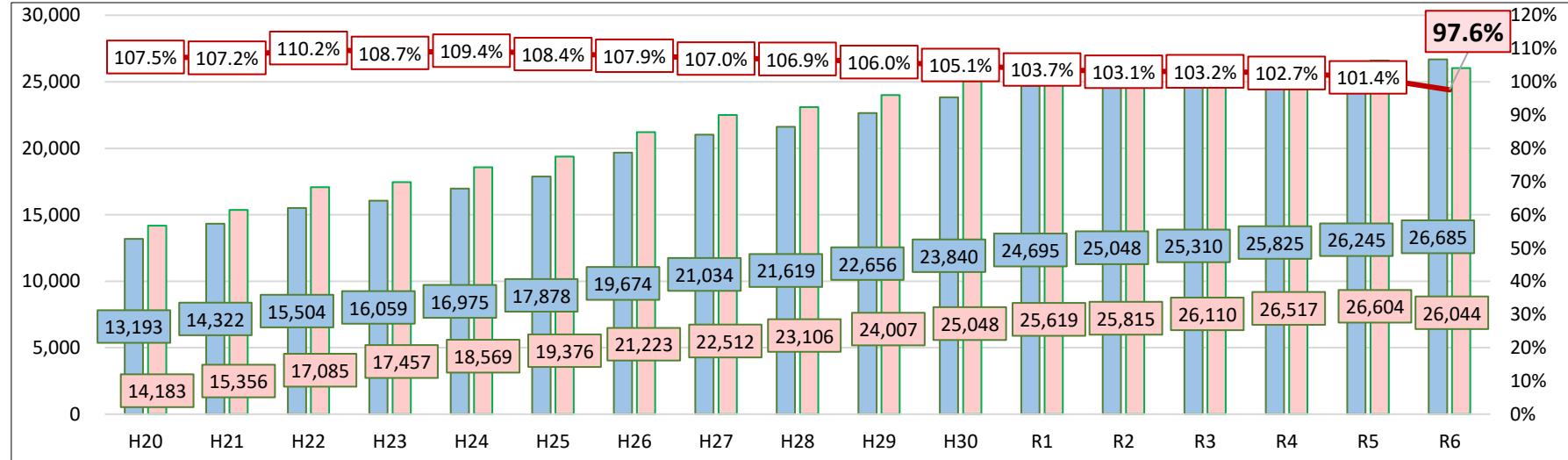
看護師学校養成所（3年課程）における1学年定員数、入学者数及び定員充足率

看護師学校養成所(3年課程)の定員充足率は低下傾向であるが、看護師養成所においてより顕著である。

■ 看護師養成所（3年課程）



■ 大学（3年課程）



■ 1学年定員数

■ 入学者数

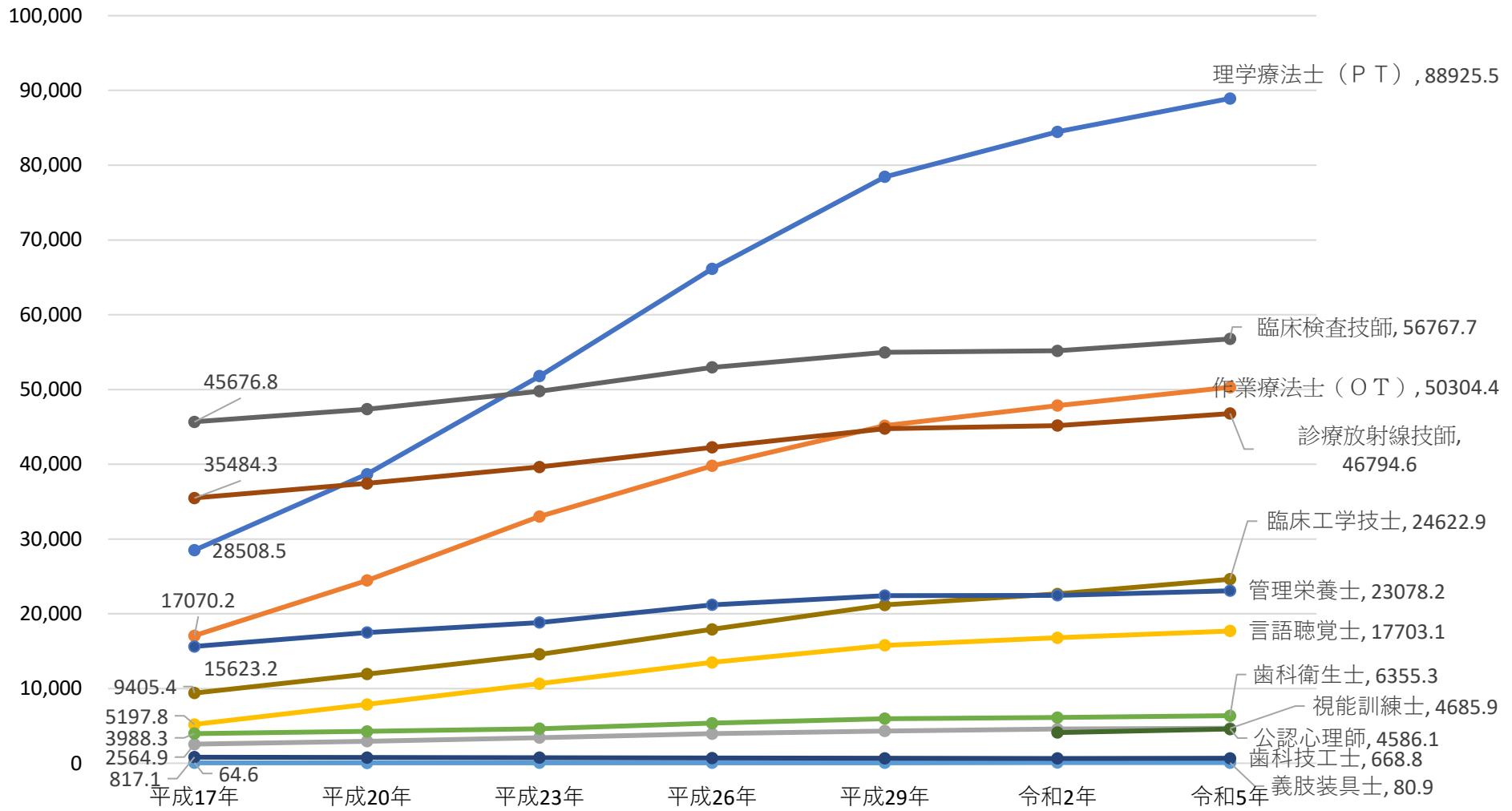
■ 定員充足率

その他の職種

病院における各職種の従事者数（常勤換算）の推移

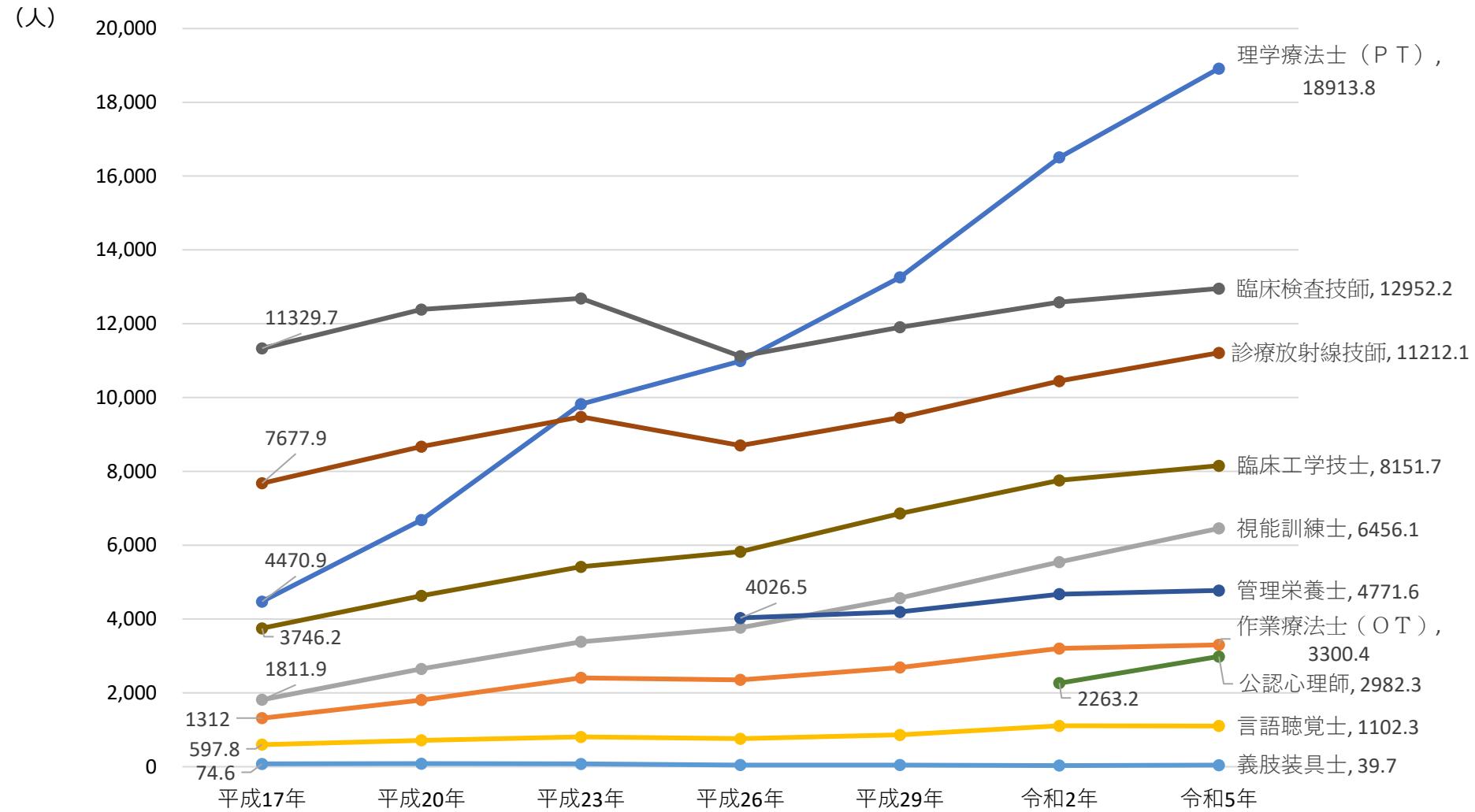
病院における各職種の従事者数は、平成17年と比べると増加していた。特に、理学療法士と作業療法士は約3倍に増加。

(人)



医科診療所における各職種の従事者数（常勤換算）の推移

医科診療所における各職種の従事者数は、平成17年と比べると義肢装具士以外は増加。特に、理学療法士は約4倍に増加。



歯科診療所における各職種の従事者数（常勤換算）の推移

歯科診療所における歯科衛生士は、平成17年と比べると約2倍に増加していた。歯科技工士は、減少していた。

(人)

160,000

140,000

120,000

100,000

80,000

60,000

40,000

20,000

0

平成17年

平成20年

平成23年

平成26年

平成29年

令和2年

令和5年

歯科衛生士, 134110.3

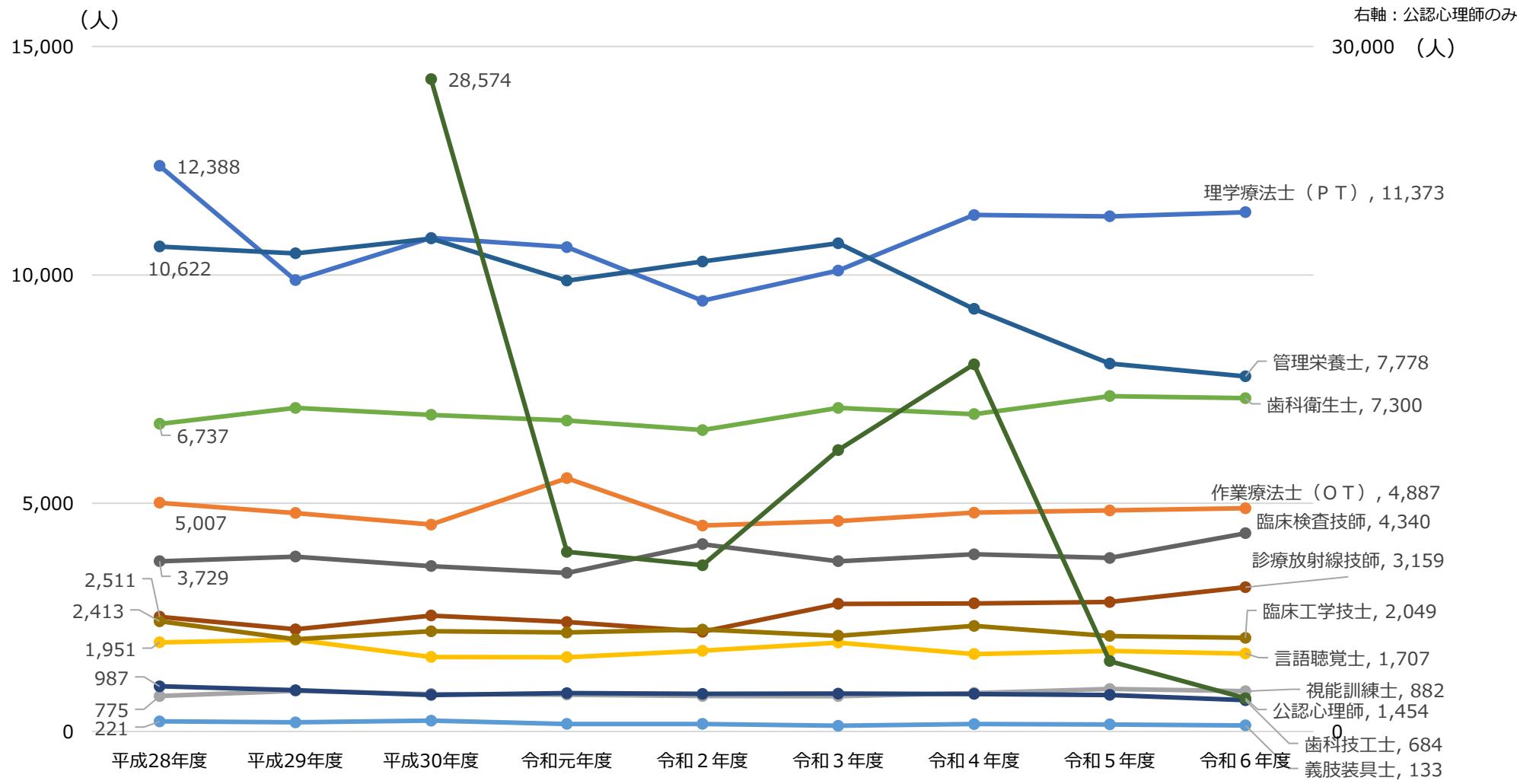
71212.8

歯科技工士, 8750.4

100

各職種の国家試験合格者数 年次推移

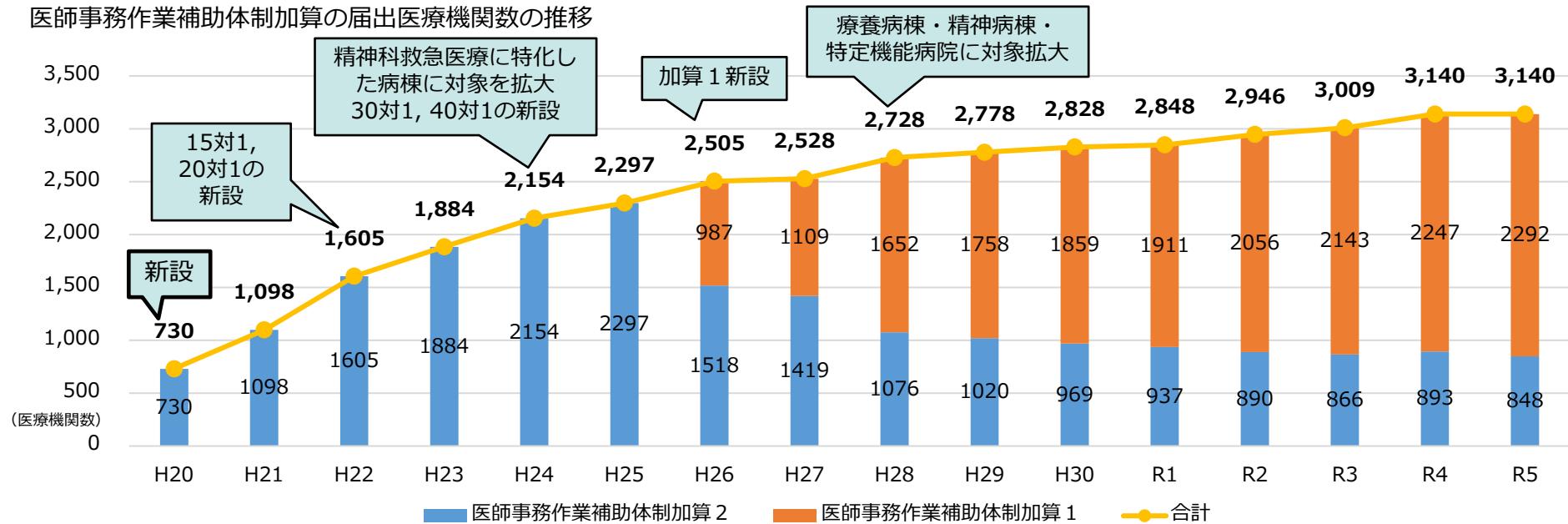
各職種の国家試験合格者数の年次推移は、以下のとおり。直近の合格者数は、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士の順で多い。



医師事務作業補助者

医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等の評価である医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向である（令和4年から令和5年は横ばい）。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

- 勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員（医師事務作業補助者）を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

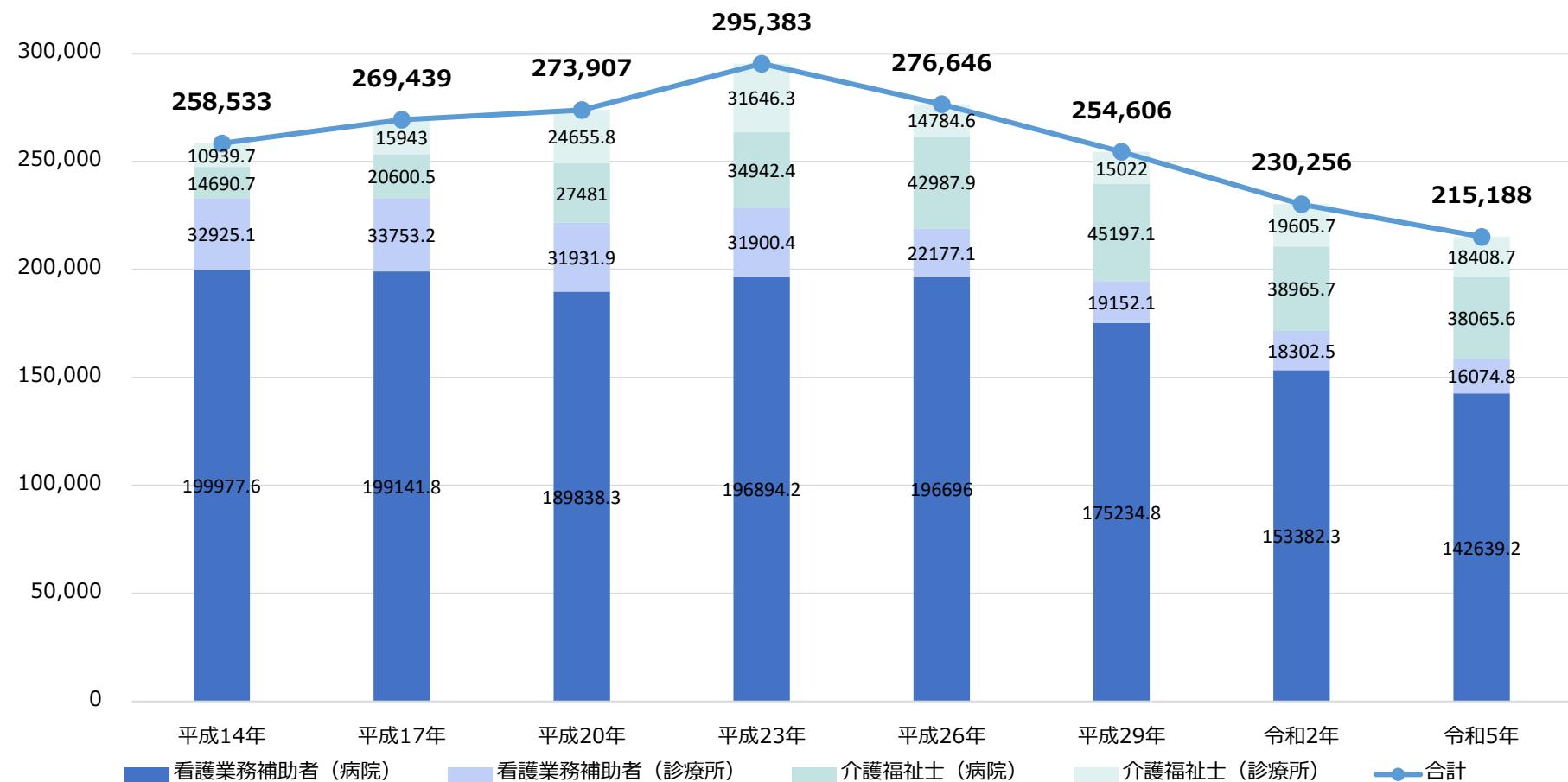
※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的な内容（必須）
- ② 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休憩時間の確保（勤務間インターバル）
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 異常業務に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

配置	加算1	加算2
15対1	1,070点	995点
20対1	855点	790点
25対1	725点	665点
30対1	630点	580点
40対1	530点	495点
50対1	450点	415点
75対1	370点	335点
100対1	320点	280点

看護業務補助者等の従事者数の推移

医療機関に勤務する看護業務補助者等の従事者数は平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様である。



看護業務補助者：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許の有無にかかわらず、看護業務の補助業務に従事する者（看護学校などの学生及び生徒は除く）。例えば、看護助手、介護職員等であり、ベッドメイキングや物品の運搬、患者の移送などを行う。

出典：各年医療施設（静態・動態）調査・病院報告 従事者の状況 病院の従事者数

注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。

1. 医療需要の動向
2. 医療提供施設の状況
3. 医療従事者の状況
- 4. 医療提供体制に関する取組**
5. 現状と課題



2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（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、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者における届出 等

医師偏在対策

令和6年12月25日

社会保障審議会医療部会

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見 概要

＜医師確保計画の実効性の確保＞

- 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定
- 「医師偏在是正プラン(仮称)」の策定

＜地域の医療機関の支え合いの仕組み＞

- 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公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定(6年から3年等への短縮)を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

＜経済的インセンティブ等＞

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
 - 診療所の承継・開業・地域定着支援
 - 派遣医師・従事医師への手当増額
→保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
 - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。
- 全国的なマッチング機能の支援
- 医師養成過程を通じた取組

美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入(報告事項)
 - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- 関係学会によるガイドライン策定 等

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(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)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

- 医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- 若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- 今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- 重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- 医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- 是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R 8年度全体策定

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 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拡大等

- 管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

③ べき地保健医療対策を超えた取組の実施

- 人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

- 要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

- 保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- 診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- 派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一括りに捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるのではないかとの意見あり
- 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- 医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

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取り組まれてきた。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）

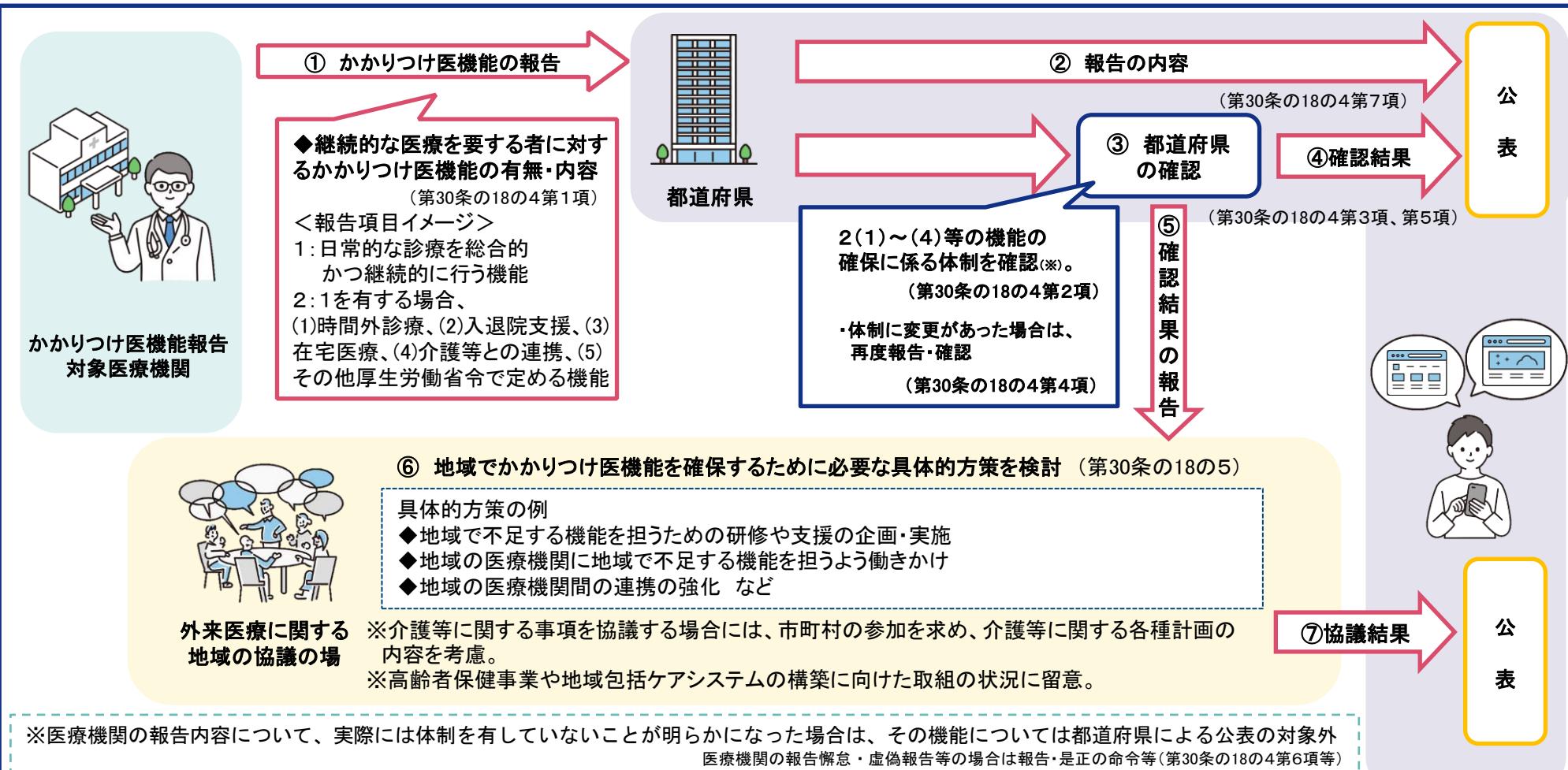
- ・ 慢性疾患有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求ることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(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、慢性疾患有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能報告概要

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



「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じうことができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

※ 施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえ、報告事項について改めて検討する。

2号機能

- 通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供**

※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等**

地域における協議の場での協議

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

かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備

医師の教育や研修の充実

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

医療DXによる情報共有基盤の整備

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

患者等への説明

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

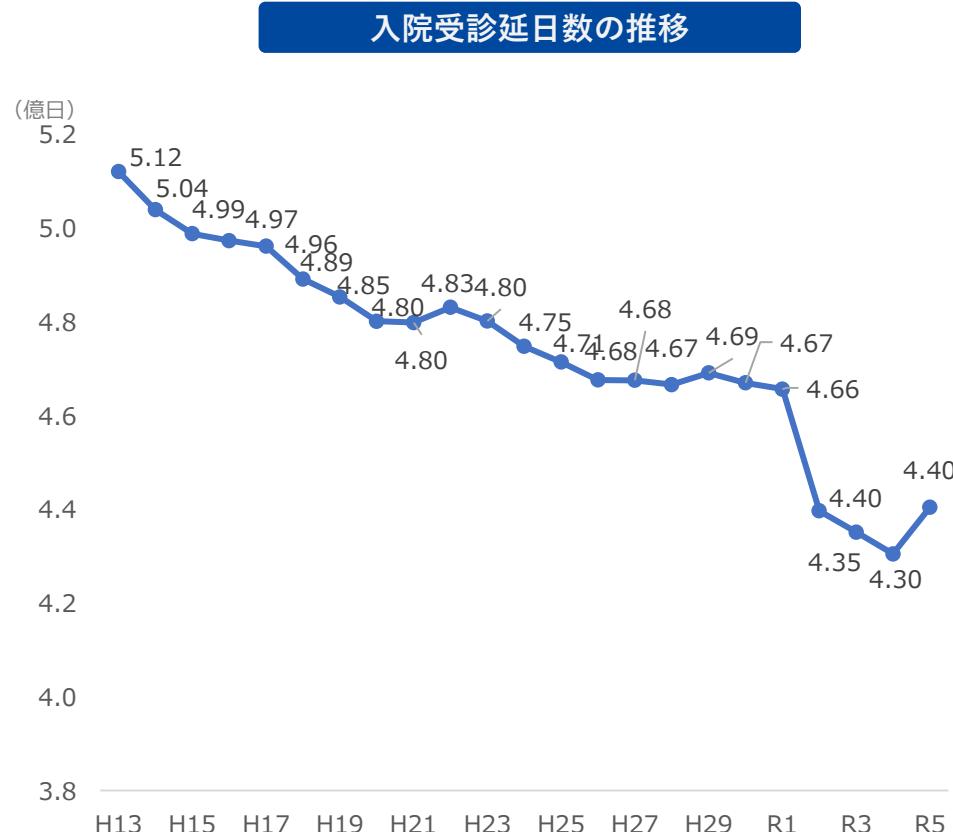
施行に向けた今後の取組

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

急性期医療の確保に向けた取組

近年の入院受療の推移について

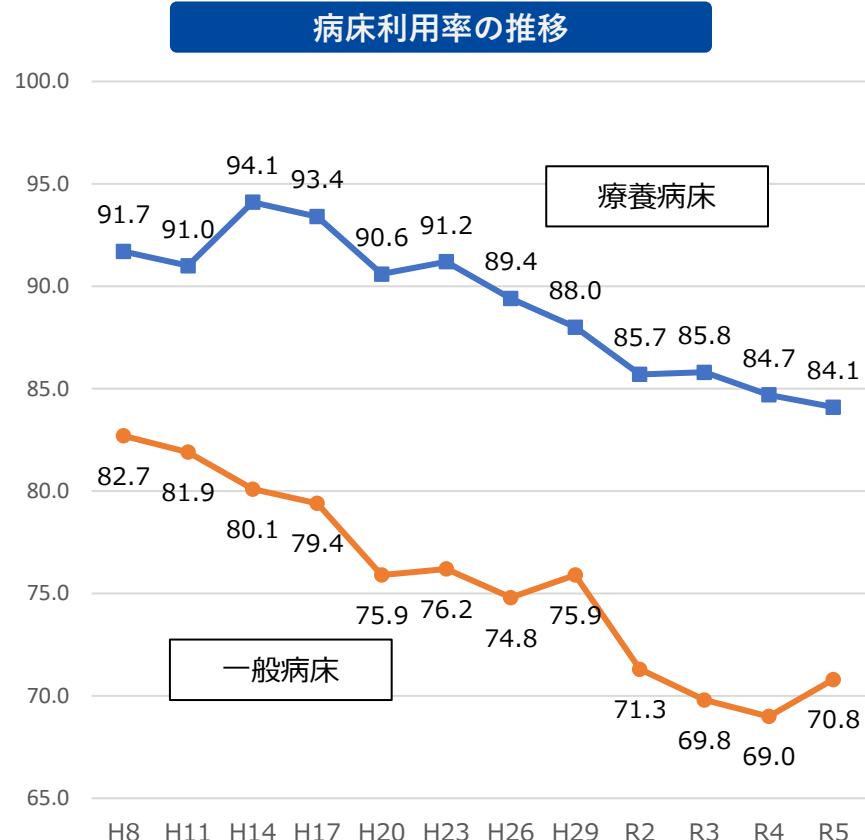
入院受診延日数は減少傾向であり、それとともに病床利用率もおおよそ低下傾向である。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

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

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。



資料出所：厚生労働省「病院報告」

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

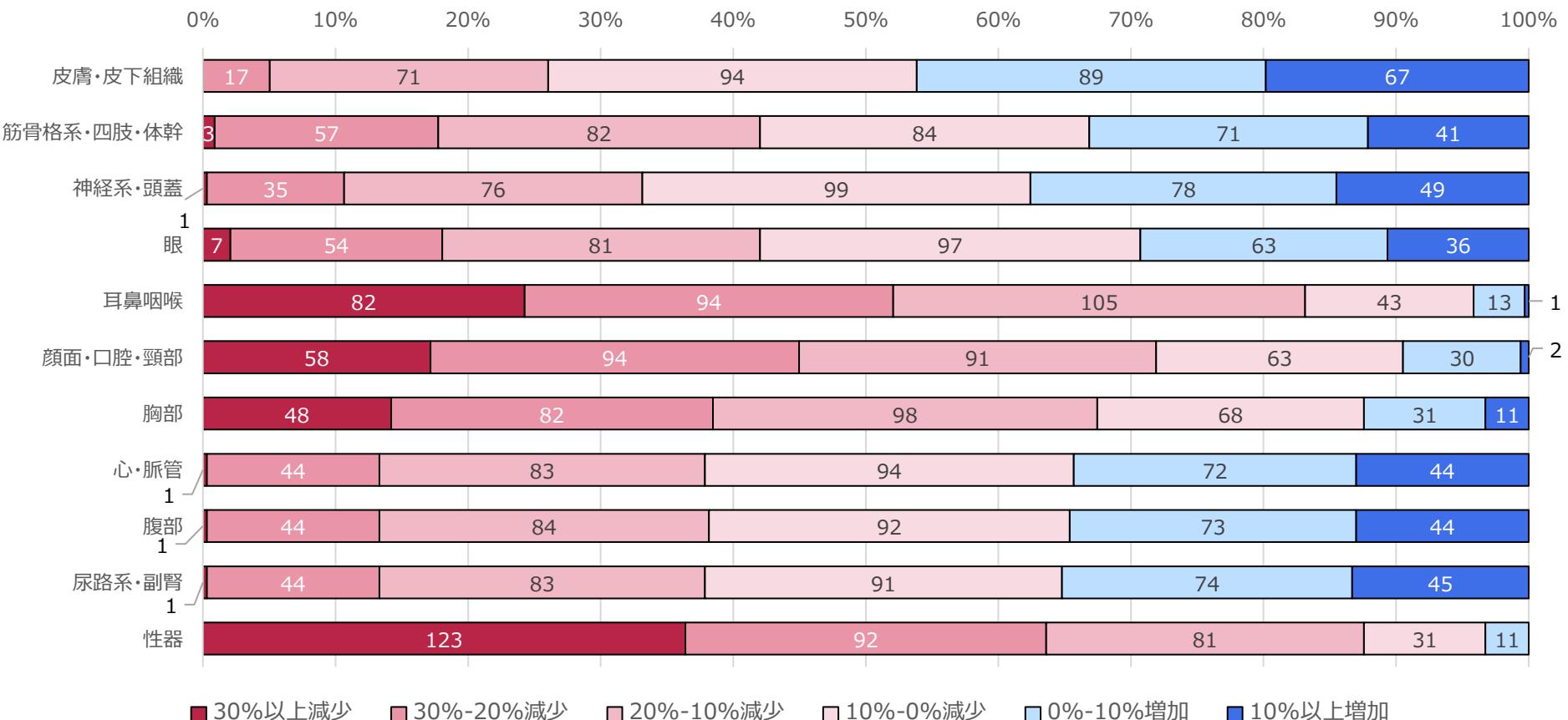
※2 一般病床については、平成 8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

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

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



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

秋田県医療保健福祉計画の概要について

第3章 医療圏と基準病床数

第1節 医療圏の設定

県民のニーズに応えた医療提供体制の体系化や医療・保健・福祉の連携を図るための地域単位として設定する。（表1、図4）

二次医療圏については、検討の結果、次のように3つの二次医療圏を設定することとした。

《二次医療圏の設定理由》

1. いずれの二次医療圏でも国の見直し基準をクリアしている。
2. 今後の人口減少を見越し、長期的視野に立った医療提供体制を整備できる。（特段の事情がない限り、次回設定での見直しは不要）
3. 疾病・事業ごとの課題を考えるに当たり、役割分担や連携の選択肢が広がる。
4. 県北・県央・県南とバランスのとれた医療提供体制の整備が可能である。

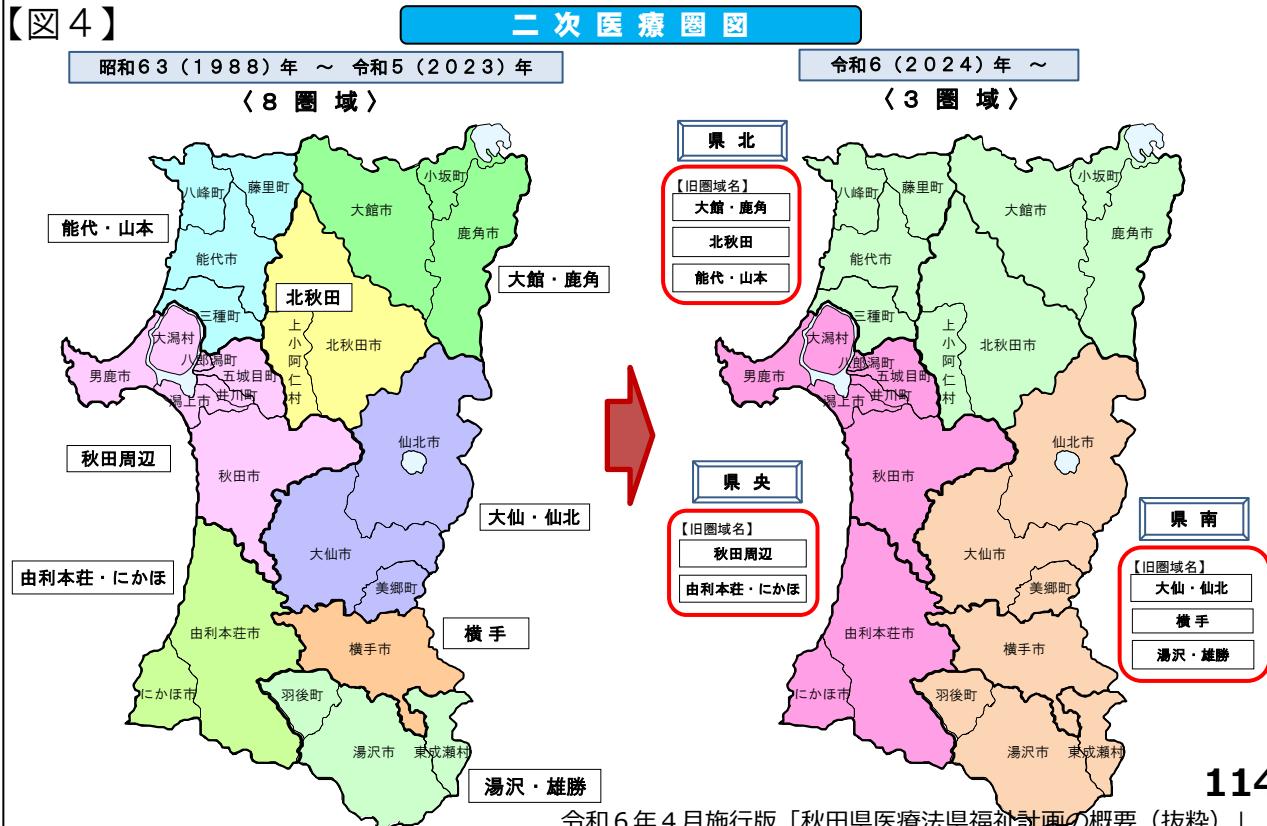
《期待される効果》

1. 各医療圏で、一般の入院に係る医療が完結
2. 各医療圏において、緊急PCIやハイリスク分娩などの専門的な医療に対応できる体制を確保
3. 在宅医療など地域包括ケアシステムを支える病院と緊急手術や救急搬送に確実に対応する主に急性期医療を担う病院との役割分担と連携により医療を効率的に提供できる体制を確保
4. 医師等の技術向上の環境が整備

【表1】

区分	区域	単位地域
一次医療圏	住民の健康管理、予防、日常的な疾病や外傷等に対処して日常生活に密着した医療・保健・福祉サービスを提供する地域。	各市町村
二次医療圏	都市と周辺地域を一体とした広域的な日常の生活圏で特殊な医療を除いた入院治療や包括的な医療サービスが行われる地域で、病院及び診療所の一般病床及び療養病床の整備を図る地域的単位。	3つの二次医療圏
三次医療圏	二次医療圏で対応することが困難で特殊な医療サービスが行われる広域的な区域。	県全域

【図4】



病床機能再編支援事業

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援*1を実施する。
- 令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10／10）】

「単独医療機関」の取組に対する財政支援

【1.単独支援給付金支給事業】

病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給

※病床機能再編後の対象3区分*2の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下となること

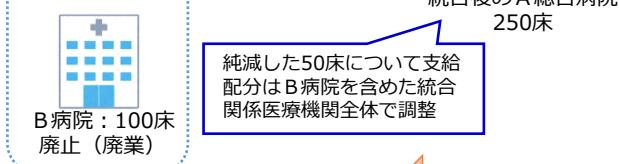
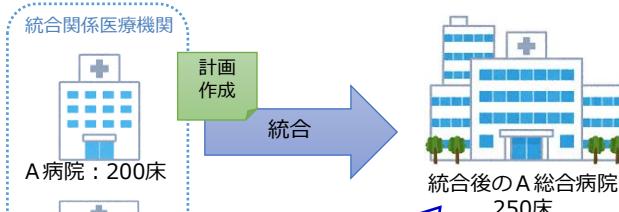


「複数医療機関」の取組に対する財政支援

【2.統合支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）

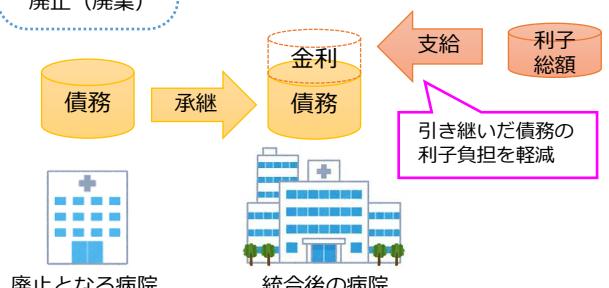
※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象



【3.債務整理支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給

※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象
※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る



*1 財政支援 ……使途に制約のない給付金を支給

*2 対象3区分…高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能

医療機関の機能転換・再編等の先行事例

(「2025年に向けた地域医療構想の進め方について」(令和6年3月28日厚生労働省医政局長通知から抜粋)

人口や地理的な要因など様々な状況下で、医療機関の機能転換・再編等の先行事例が存在する。

事例	構想区域の人口	概要	成果	支援策
■山形県(R5) 米沢市立病院、三友堂病院	21.2万人	・医師不足による救急医療の体制維持に課題がある中、市立病院(322床)と2つの民間病院(185床、120床)を再編し、米沢市立病院(263床)は急性期、三友堂病院(199床)は回復期・慢性期を担う体制とし、両病院を併設して連携を強化	・医療機関の併設による急性期と回復期・慢性期の連携強化 ・併設による転院動線の簡略化、エネルギーセンター・給食センター等の共有化	・地域医療介護総合確保基金 ・登録免許税・不動産取得税の税制優遇措置 ・都市構造再編集中支援事業費補助金(都市再生整備計画)
■兵庫県(R元) 県立丹波医療センター	10.9万人	・医療資源が分散し、病院の経営状況が悪化する中、県立病院(303床)と公的病院(95床)を再編し、急性期から回復期、終末期までの幅広い医療を担う中核病院(316床)を整備	・救急搬送受入件数の増加(約1500件(2病院)→約2000件) ・医師数の増加(62人(2病院)→78人)	・地域医療介護総合確保基金
■茨城県(H30) 茨城県西部メディカルセンター、さくらがわ地域医療センター	27.0万人	・医師の分散等により急性期機能が低下する中、2つの公立病院(399床、173床)と民間病院(79床)の再編により、急性期・二次救急対応を担う茨城県西部メディカルセンター(250床)、後方病院として回復期・慢性期に対応するさくらがわ地域医療センター(128床)に機能分化	・茨城県西部メディカルセンターに地域臨床教育センターを設置し、医師数の増加(17名(公立2病院)→30名(茨城県西部メディカルセンター)) ・救急搬送受入件数の増加(約1000件(公立2病院)→約2200件(茨城県西部メディカルセンター))	・地域医療再生基金
■埼玉県(H29) 県立小児医療センター、さいたま赤十字病院	128.1万人	・医師不足や周産期・救急医療の拠点不足という課題がある中、県立病院(300床)と公的病院(605床)を再編し、両病院(316床、632床)を併設して、総合周産期母子医療センターを協同運用	・ハイリスク母胎・ハイリスク新生児への対応が区域内で可能 ・併設によるヘリポート、職員食堂、職員用保育園等の共有化	・地域医療再生基金
■群馬県(H28) 国立病院機構渋川医療センター	11.6万人	・基幹病院がなく、多くの患者が他の医療圏に流出する中、公的病院(380床)と市立病院(154床)を再編して、急性期機能を拡充し、地域の中核病院(450床)を整備	・医師数の増加(40人(2病院)→58人) ・救急搬送受入件数の増加(約560件(2病院)→約1080件) ・手術件数の増加(約2.2倍)	・地域医療再生基金
■香川県(H28) 小豆島中央病院	3.0万人	・医師不足が続き、医療水準の維持が難しい中、2つの町立病院(111床、196床)を再編し、幅広い医療を提供する中核病院(225床)を整備	・島内での医療完結に向け救急医療の充実	・地域医療介護総合確保基金
■静岡県(H25) 中東遠総合医療センター、掛川東病院、袋井市立聖隸市民病院	47.6万人	・医師不足で医療資源が分散する中、隣接自治体の2つの市立病院(450床、400床)を再編し、急性期を中心とした中核病院(500床)を整備。また、市立2病院の跡地に回復期・慢性期を中心とした2つの後方支援病院(190床、150床)を整備	・医師数の増加(83名(市立2病院)→145名(中東遠総合医療センター))	・地域医療再生基金

「2025年に向けた地域医療構想の進め方について」(令和6年3月28日付医政発0328第3号厚生労働省医政局長通知別添7より抜粋)

地域別の課題 (特に、医療資源の少ない地域の取組)

都市部と過疎地域における課題について

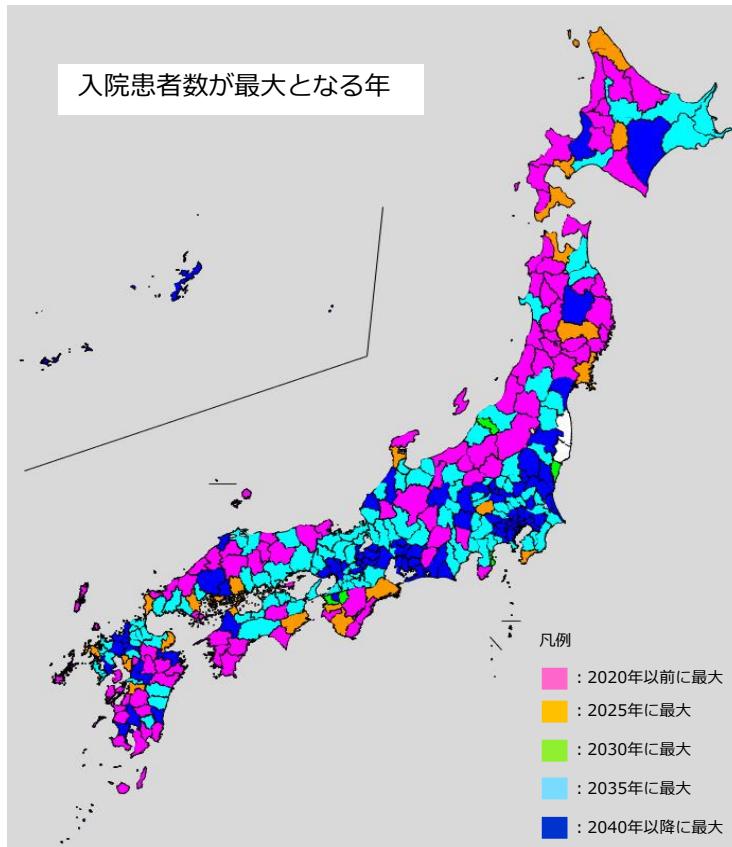
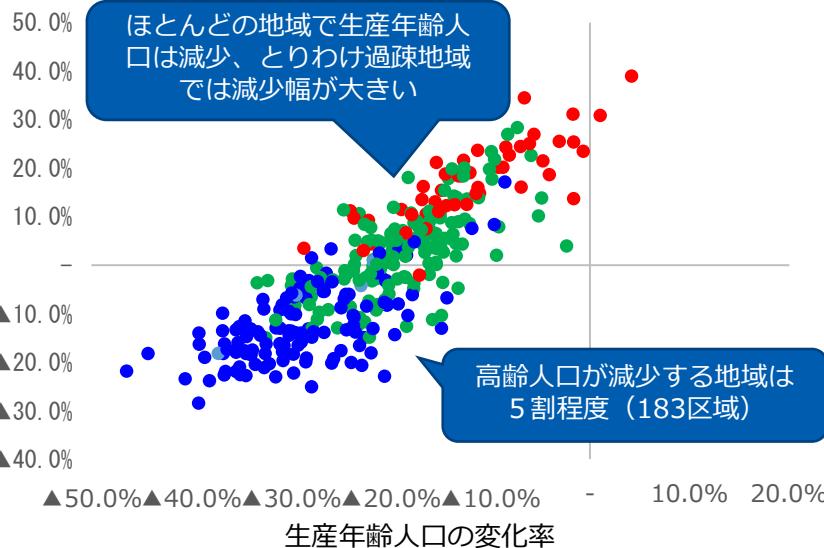
2025年から2040年までの人口構造の変化をみると、都市部と過疎地域で大きく異なり、医療提供体制における課題も異なる。2040年にかけて、大都市部では85歳以上を中心に医療需要が増加する見込みである一方、過疎地域では生産年齢人口の減少も大きく、医療需要は減少する見込み。

2040年の人口

<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



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。

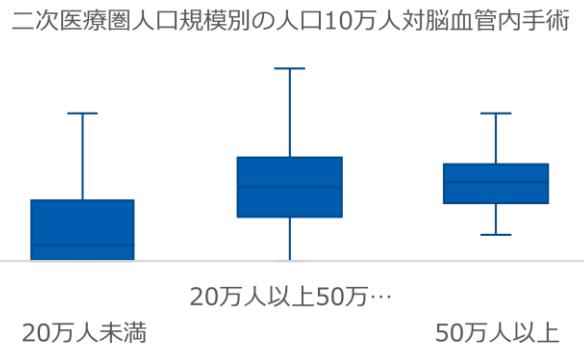
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。

人口規模別の区域ごとの課題の例

人口規模の大小等の地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。

■ 人口規模の小さな区域での課題の例



資料出所：令和5年度病床機能報告

- 医師等の医療資源の絶対数が少なく、実施可能な医療が他の地域と比べて少ない場合がある。一部の診療行為については、実施がない二次医療圏も存在する。
- 隣接区域も人口規模の小さな区域である場合や、離島や山間部等でアクセスに課題がある場合がある。
⇒ 例えば、区域全体の医療資源の範囲で、必要な連携・再編・集約化を行い、確保する医療内容の検討、隣接区域や必要に応じて都道府県を越えた連携体制の構築の検討等が必要。

■ 人口規模の大きな区域での課題の例



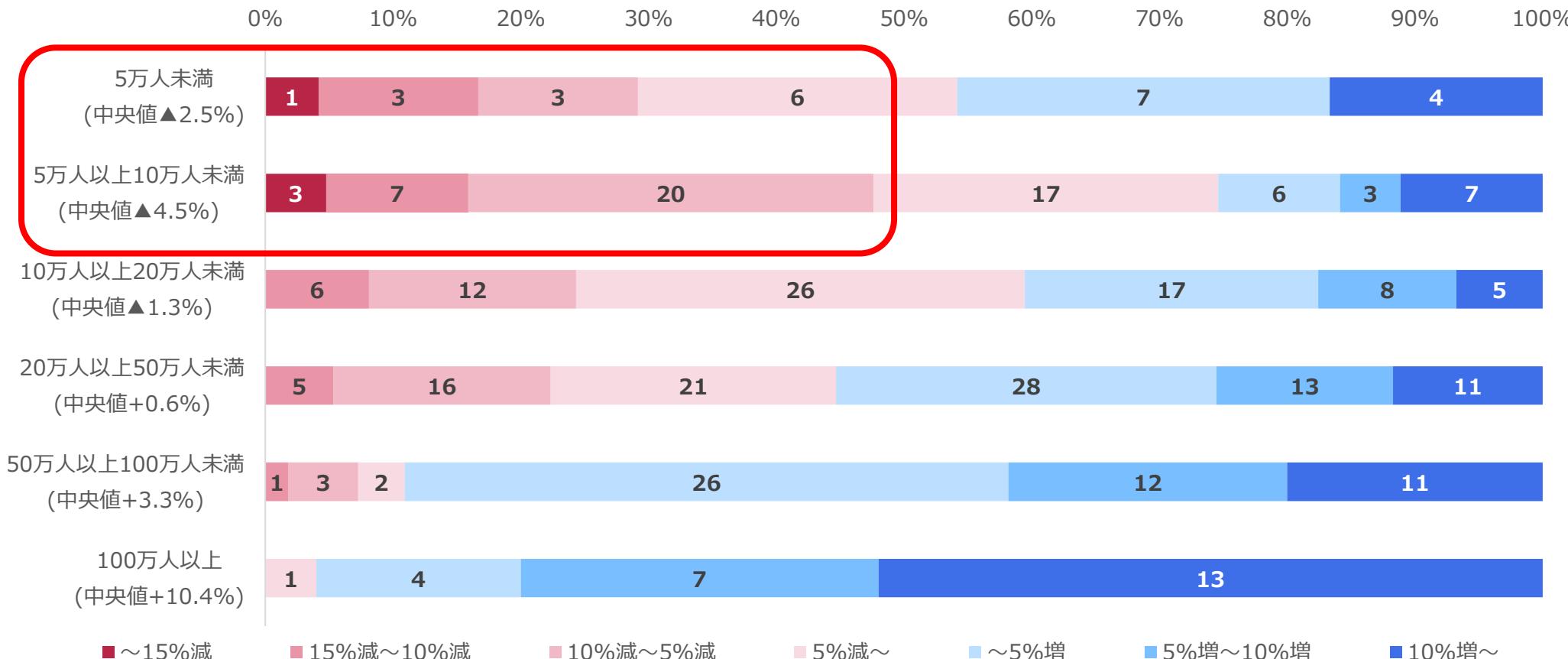
- 医師等の医療資源は多いが、医療機関の特性も多様で、時間外手術を実施しない医療機関が一定数存在し、地域内でも時間外の対応を行う一部医療機関の医師等の働き方に負担が生じる場合がある。
- 隣接区域も人口規模が大きく、医療資源が多い場合がある。
⇒ 例えば、医療需要に応じて、救急受入等に関する役割分担を検討し、必要な連携・再編・集約化を行い、医師等の働き方が適切に確保され、質の高い医療を効率的に提供する体制の検討等が必要。

資料出所：NDB（2022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

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。

【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。

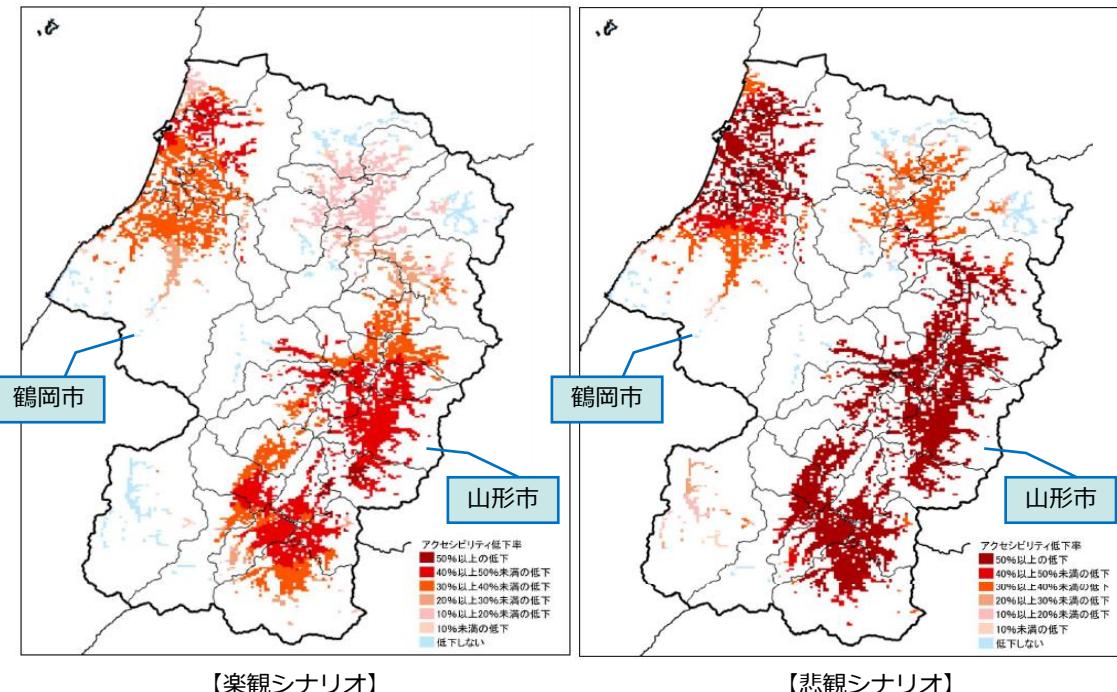
2) 平均時速30kmの自動車で道のり30分圏内を想定。

3) 楽観シナリオ：都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：都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。



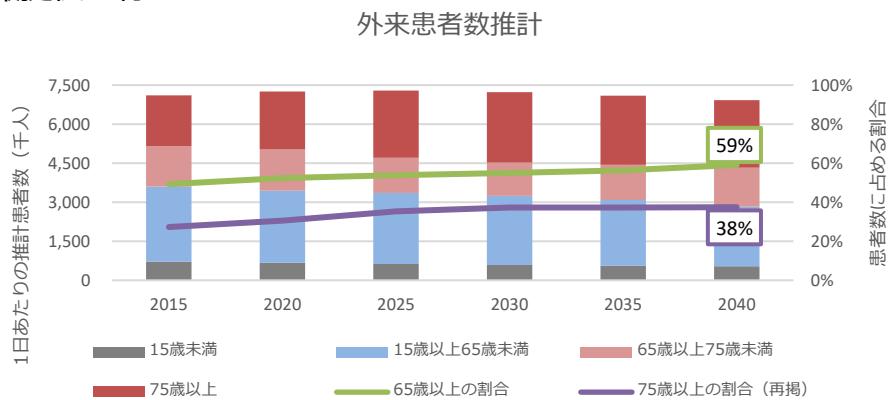
外来医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

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

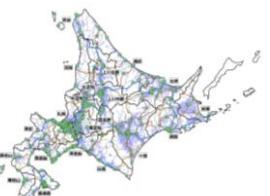
- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、外来医療計画について、金融機関等への情報提供を行う。



- 地域で不足する医療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)

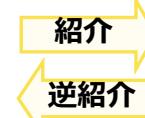


- 地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、
 - 医療機器の配置・稼働状況に加え、
 - 共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても、可視化を進める。

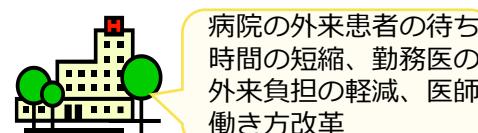
地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

- 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



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

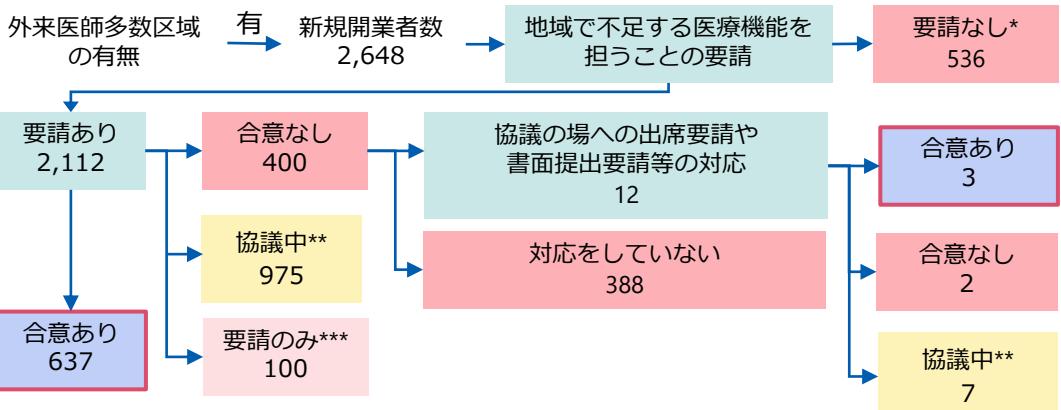
新規開業者への地域で不足する医療機能を担うことの要請等について（令和5年度）

- 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637（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。

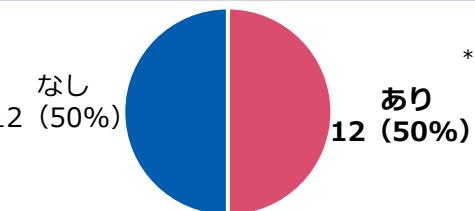
**「協議中」は、要請に応じない場合に、協議の場への出席要請等を継続しているもの。

***「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



* フォローアップの実施については、令和5年3月に改定されたガイドラインにおいて新たに明記された項目であり、当該項目は令和6年4月から開始される外来医療計画から反映される見込み。このため、令和5年度の状況は都道府県における自主的な取組である。

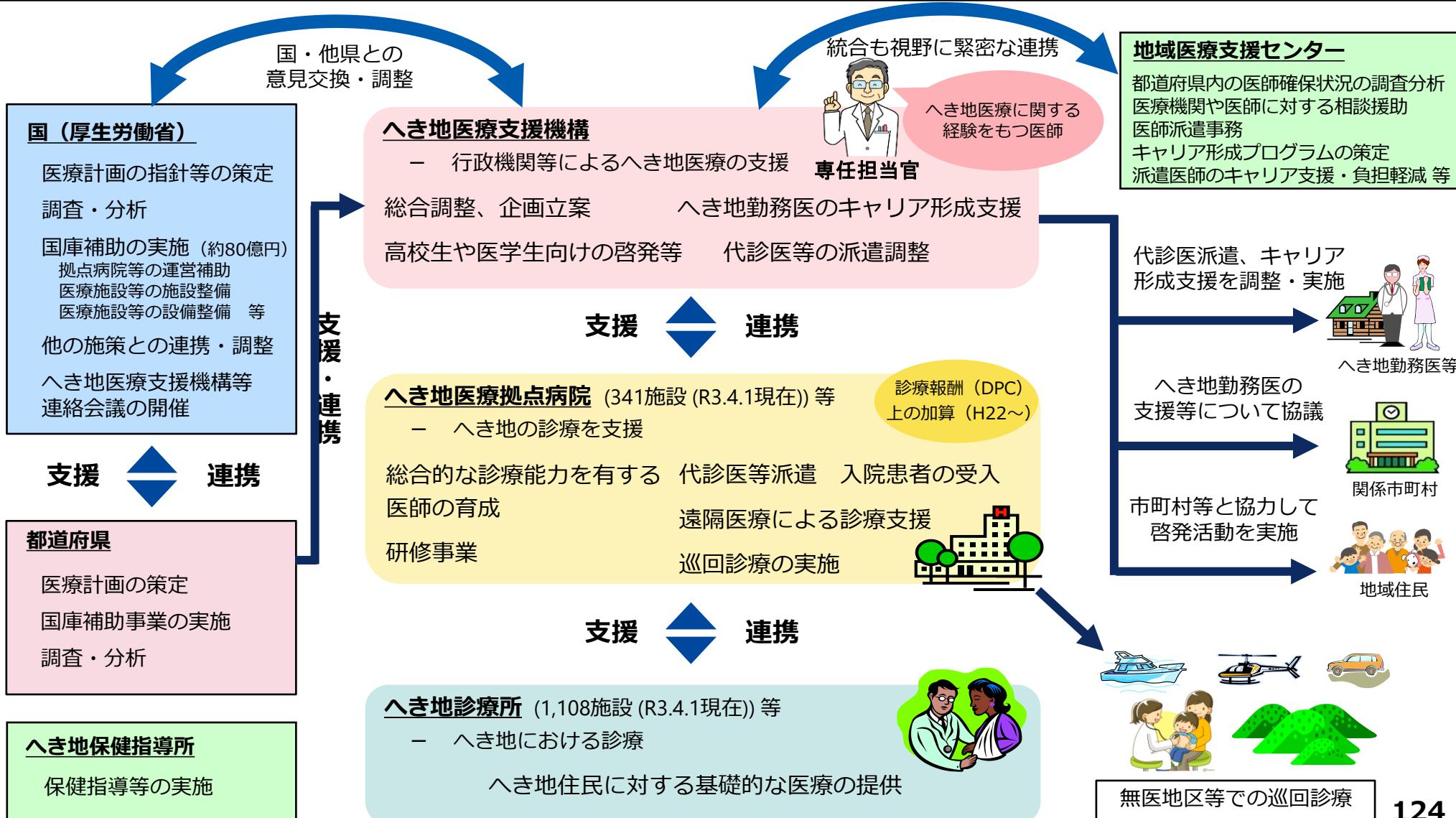


* 医療機関情報、合意の有無・内容、合意できない場合の理由などの要請等の結果の公表を行っている都道府県

※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

厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

- 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。



地域医療対策協議会・地域医療支援センター

第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

資料1

令和4年5月11日

平成30年医療法改正により、地域医療対策協議会の役割の明確化、協議プロセスの透明化を図るとともに、地域医療支援センターとの関係や役割について明確化

地域医療対策協議会

(医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場)

構成員

都道府県、大学、医師会、主要医療機関、民間医療機関 等

※ 議長は都道府県以外の第三者・互選、女性割合に配慮 等

役割

協議事項を法定

- ・キャリア形成プログラムの内容
- ・医師の派遣調整
- ・派遣医師のキャリア支援策
- ・派遣医師の負担軽減策
- ・大学の地域枠・地元枠設定
- ・臨床研修病院の指定
- ・臨床研修医の定員設定
- ・専門研修の研修施設・定員 等

協議の方法

- ・医師偏在指標に基づき協議
- ・大学・医師会等の構成員の合意が必要
- ・協議結果を公表

国のチェック

- ・医師派遣先（公的、民間の別）等の医師の派遣状況について定期的に国がフォローアップ

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う

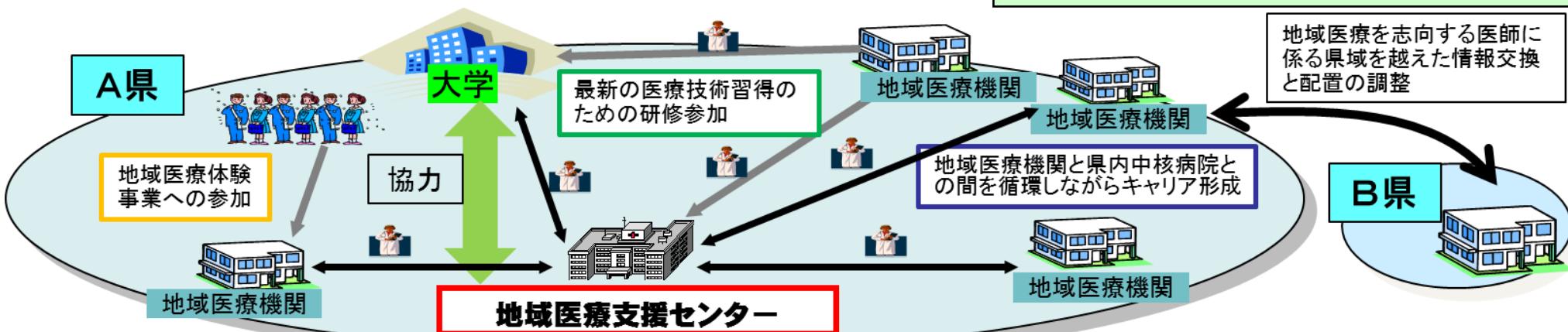
地域医療支援センター

(医師確保対策の事務の実施拠点)

法定事務

- ・都道府県内の医師確保状況の調査分析
- ・医療機関や医師に対する相談援助
- ・医師派遣事務
- ・キャリア形成プログラムの策定
- ・派遣医師のキャリア支援・負担軽減 等

※医療従事者の勤務環境改善については、医療勤務環境改善支援センターと連携を図る

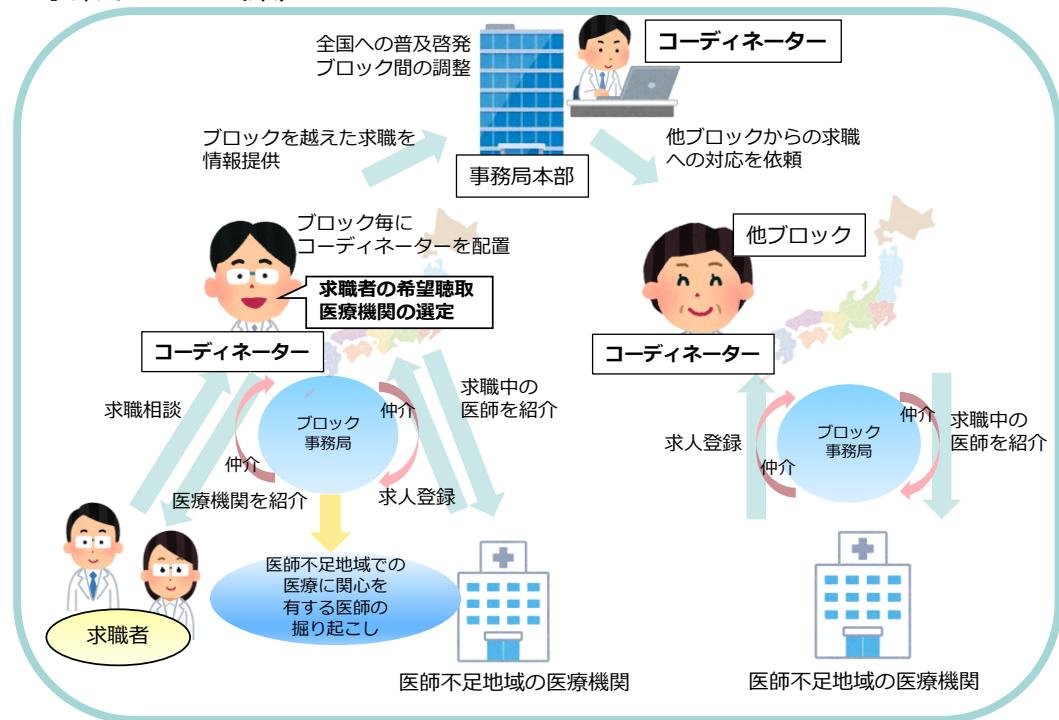


全国的なマッチング機能の支援等、都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定（案）

【全国的なマッチング機能の支援等】

- 中堅・シニア世代等の医師を希望に応じて医師不足地域における医療ニーズにつなげるため、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行うこととしてはどうか。

＜事業イメージ（案）＞



＜リカレント教育の支援＞

- 中堅・シニア世代等の医師に対する総合的な診療能力等に係るリカレント教育の推進を支援



【都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定】

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣、医学部地域枠等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することとしてはどうか。

青森県地域医療維持確保に向けた医師派遣等に関する三者協定

- 令和6年1月26日に青森県、弘前大学及び青森県立中央病院は、三者協定を締結し、市町村などから寄せられる医師派遣の要望を共有し、三者で医師派遣等について総合的に検討・調整し、より効果的な医師派遣・配置につなげ、地域医療の維持確保を目指すことになった。

- ・ 県内唯一の医育機関
(弘前大学)
- ・ 県立の総合病院
(県立中央病院)
- ・ 行政 (県)



関係機関がタッグを組んで、
医師のキャリア形成を
サポート！

オンライン診療の推進事業に関する事例 (大分県の事例)

取組みの背景、課題

- 無医地区人口が7,145人で全国5位（令和元年10月調査時点）
- 医療受診機会の充実に向け、交通アクセスに課題がある離島やへき地、在宅現場でのオンライン診療の普及が課題

解決に向けての取組み

- 離島・へき地における実証実験の実施（R3～）
高齢者にも利用しやすいオンライン診療の形態や遠隔聴診システム等のICTデバイスの有用性を検証
- タブレット等情報通信機器導入支援（R4～）
オンライン診療時に機器操作を支援する訪問看護師用のタブレット購入経費を支援
- オンライン診療の普及のための医療従事者向けセミナーの開催（R4～）
「オンライン診療に関する実例や工夫を知りたい」との医療機関の声を踏まえ、県内外の実践者を講師に迎え、現状と課題、先進事例を紹介し横展開を図った
(参加医療機関：106機関)

実証実験の様子



ポータブルカメラ使用時

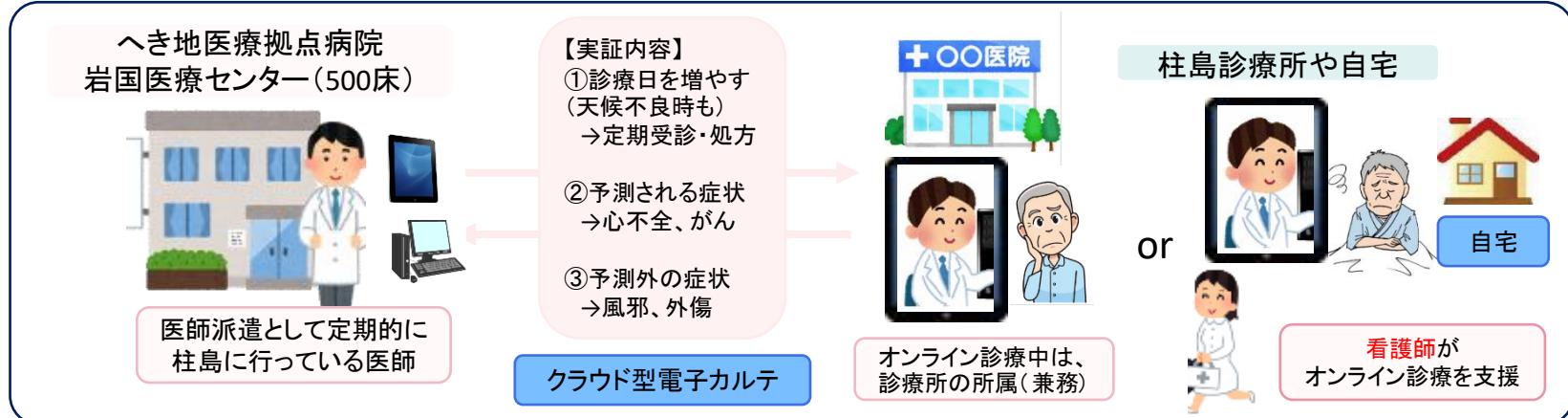
成果、課題など

- 実証に協力いただいた医療機関がオンライン診療に取り組むこととなった
- 17箇所に33台の操作支援用タブレットを配置
 - ・オンライン上で医師に相談できるので効率的な治療が提供できた（看護師）
 - ・外来受診が困難な患者の身体の負担や、家族の介護負担を軽減できた（看護師）
- オンライン診療実証時の声
 - ・看護師や家族に支援してもらいながら受診でき、対面診療と比べても違和感はない（患者）
 - ・痒いところに手が届かない、聴診・触診したくてもできない（医師）
 - ・指示する側も指示を受ける側も難しく感じた（看護師）

離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所(常勤医なし)

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ離島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



- ・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。
- ・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚労省事務連絡)。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

看護職員の確保等

「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」の改定について

- 厚生労働大臣及び文部科学大臣は、看護師等の人材確保の促進に関する法律第3条に基づき、国民に良質かつ適切な医療の提供を図るために、看護師等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の確保を促進するための措置に関する基本的な指針を策定することとされている。
- 1992年12月の本指針の制定から現在までの間、①2001年の保健師助産師看護師法の改正に伴い「看護婦」から「看護師」と改正されるなど、看護師等を巡る状況は大きく変化したこと、②今後、少子高齢化の進行に伴って、現役世代（担い手）が急減する中で、看護ニーズの増大が見込まれており、看護師等の確保の推進が重要であること、③コロナ禍を受けて、新興感染症等の発生に備えた看護師等確保対策を実施する必要があること等から、2023年10月に本指針の改定を行った。
- 改定の概要は以下のとおり。 ※今回の改定以降も、医療提供体制の見直しに係る状況等を踏まえて、必要に応じて本指針の見直しを行う。

① 看護師等の就業の動向

- ・看護師等の就業者数は増加（1990年 83.4万人 → 2020年 173.4万人）
- ・2025年需要推計によると、2020年の就業看護師等数よりも増大が必要
- ・需給の状況は地域別・領域別に差異があり、地域・領域ごとの課題に応じた確保対策が重要
- ・2040年に向け生産年齢人口が減少していく中で看護師等の確保の推進が必要
- ・2040年頃を視野に入れた新たな看護師等の需給推計は、今後の医療計画の作成等に活用できるようにすることが重要

② 看護師等の養成

- ・看護師等の教育の課程は、保健師、助産師、看護師（三年課程、二年課程）及び准看護師の各課程からなり、全日制・定時制など多様な形態で構成される
- ・地域医療介護総合確保基金による看護師等養成所の整備・運営の支援が重要
- ・看護関係資格の取得を目指す社会人経験者の教育訓練の受講支援が重要
- ・療養の場が多様化し地域包括ケアが推進される中で、訪問看護ステーション等での需要増加に対応するため、多様な場での実習の充実を更に図っていくことが重要
- ・今後は看護学生の減少が予想されるため、資質の高い看護教員の確保や看護師等を安定的に養成する取組など、地域の看護師等学校養成所間での議論が望まれる

③ 病院等に勤務する看護師等の待遇の改善

- ・看護師等の就業継続を支援していくため夜勤等の業務負担の軽減や病院等のICT化の積極的な推進による業務の効率化を図っていくことが重要
- ・労使において業務内容、業務状況等を考慮した給与水準となるよう努める
- ・仕事と育児の両立支援に向けた環境整備の推進や地域医療介護総合確保基金による支援も活用した勤務環境改善のための体制整備を進めるよう努める
- ・職場におけるハラスメント対策を適切に実施していくことが必要
- ・チーム医療推進のため、タスク・シフト/シェアを進めていくことが重要

⑦ その他看護師等の確保の促進に関する重要事項

- ・看護師等の確保を進める上で、医療関係者をはじめ広く国民一人一人が「看護」の重要性や魅力について理解と関心を深めることが必要
- ・看護補助者が実施可能な業務については、看護補助者が担っていく環境を整備することや看護補助者の社会的な認知の向上に努めることが重要

④ 研修等による看護師等の資質の向上

- ・看護師等はライフイベントによるキャリア中断が多いため、新人世代から高齢世代までを通じたキャリアの継続支援が重要
- ・すべての新人看護師等が基本的な臨床実践能力を獲得することが重要
- ・個々の看護師等が置かれた状況等により、例えば、特定行為研修の受講など、就業場所・専門領域・役職等に応じた知識・技術・能力の向上が求められる
- ・看護師等の指導を行う看護管理者の役割が重要であり、看護管理者には自らの病院等のみならず地域の様々な病院等と緊密に連携する能力が求められる

⑤ 看護師等の就業の促進

- ・新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組の推進が重要
- ・都道府県ナースセンターにおける職業紹介等の充実や公共職業安定所と都道府県ナースセンターとの緊密な連携を通じたマッチングの強化が重要
- ・「デジタル改革関連法を踏まえた看護職の人材活用システム」により、看護師等のスキルアップの推進を図ることが重要
- ・都道府県・二次医療圏ごとの地域の課題に応じた看護師等の確保や領域別の今後の看護師等の需給を踏まえ、訪問看護における看護師等の確保が重要
- ・人生100年時代において生涯にわたる看護師等の就業推進が必要

⑥ 新興感染症や災害等への対応に係る看護師等の確保

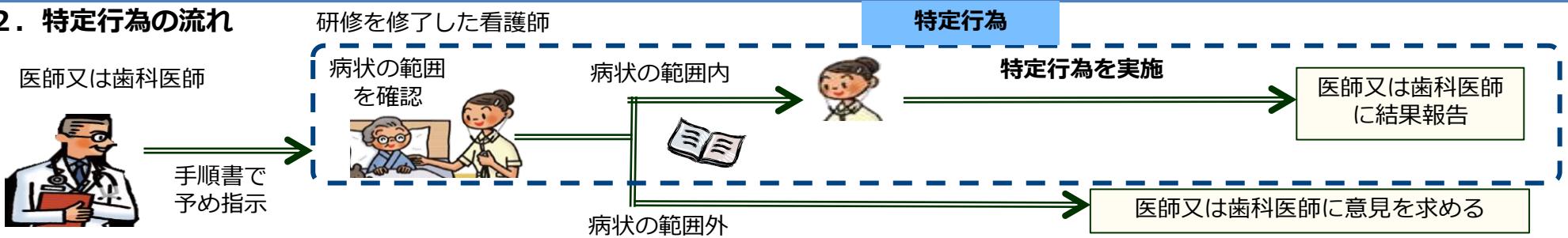
- ・新興感染症や災害が発生した場合において的確に対応できる看護師等の応援派遣が迅速に実施できるよう、災害支援ナースの養成及び応援派遣を行う仕組みを構築することが必要
- ・国においては、災害支援ナースの養成及びリスト化を進めるとともに、全国レベルでの看護師等の応援派遣調整に係る体制を整備することが重要
- ・都道府県においては、災害支援ナースの応援派遣に係る医療機関等との間の協定の締結を着実に進めることが重要

特定行為に係る看護師の研修制度の概要

1. 目的及び現状

- さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。
- このため、「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」において、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設（平成27年10月）し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成している。
- さらに、平成31年4月の省令改正で、各科目の内容及び時間数を変更し、また在宅・慢性期領域、外科術後病棟管理領域、術中麻酔管理領域において、それぞれ実施頻度が高い特定行為をパッケージ化し研修することを可能としたことで（38行為21区分）、更なる制度の普及を図っている。

2. 特定行為の流れ



3. 特定行為研修の実施体制等

- 厚生労働大臣が指定する指定研修機関において、協力施設と連携して研修を実施
- 研修は講義、演習又は実習によって実施
- 看護師が就労しながら研修を受けられるよう、
 - 講義・演習は、eラーニング等通信による学習を可能としている
 - 実習は、受講者の所属する医療機関等（協力施設）で受けることを可能としている



4. 研修の内容

「共通科目」 全ての特定行為区分に共通するものの向上を図るための研修

共通科目の内容	時間数
臨床病態生理学（講義、演習）	3 0
臨床推論（講義、演習、実習）	4 5
フィジカルアセスメント（講義、演習、実習）	4 5
臨床薬理学（講義、演習）	4 5
疾病・臨床病態概論（講義、演習）	4 0
医療安全学、特定行為実践（講義、演習、実習）	4 5
合計	2 5 0

「区別科目」

特定行為区分ごとに異なるものの向上を図るための研修

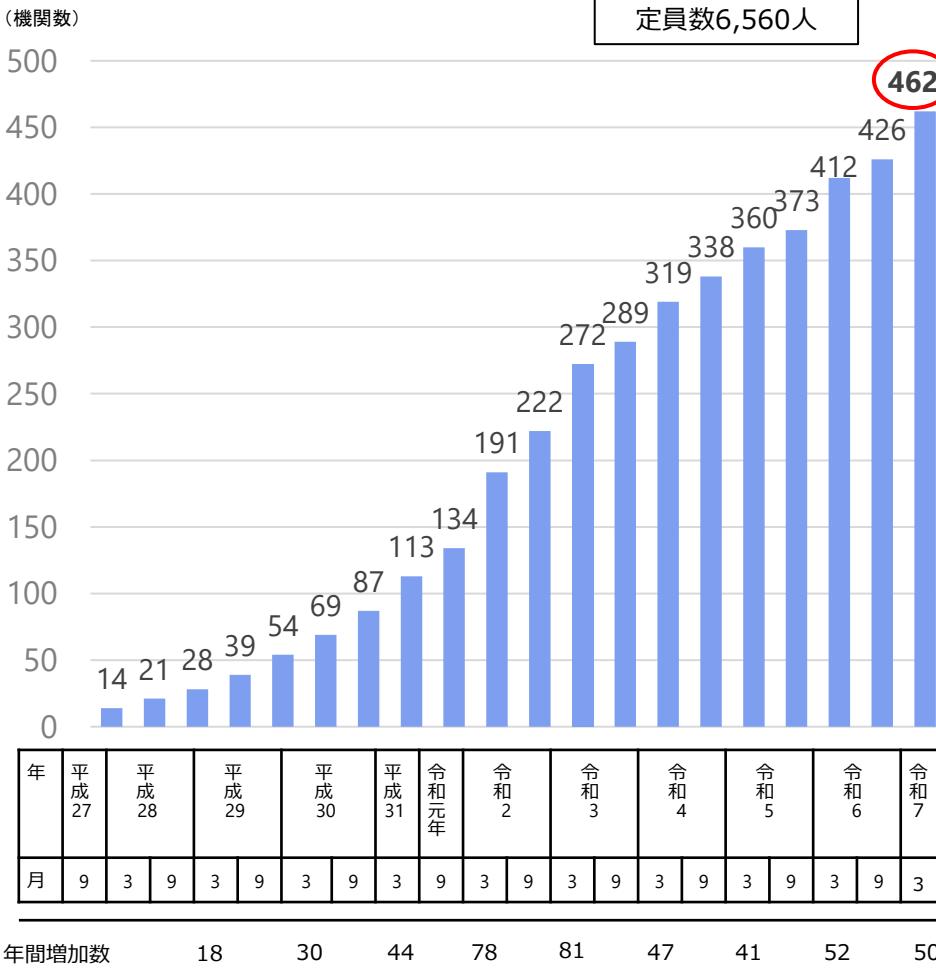
特定行為区分（例）	時間数
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	9
創傷管理関連	3 4
創部ドレーン管理関連	5
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	1 6
感染に係る薬剤投与関連	2 9

※全ての科目で、講義及び実習を行う。一部の科目について演習を行う。
※1区分ごとに受講可能。

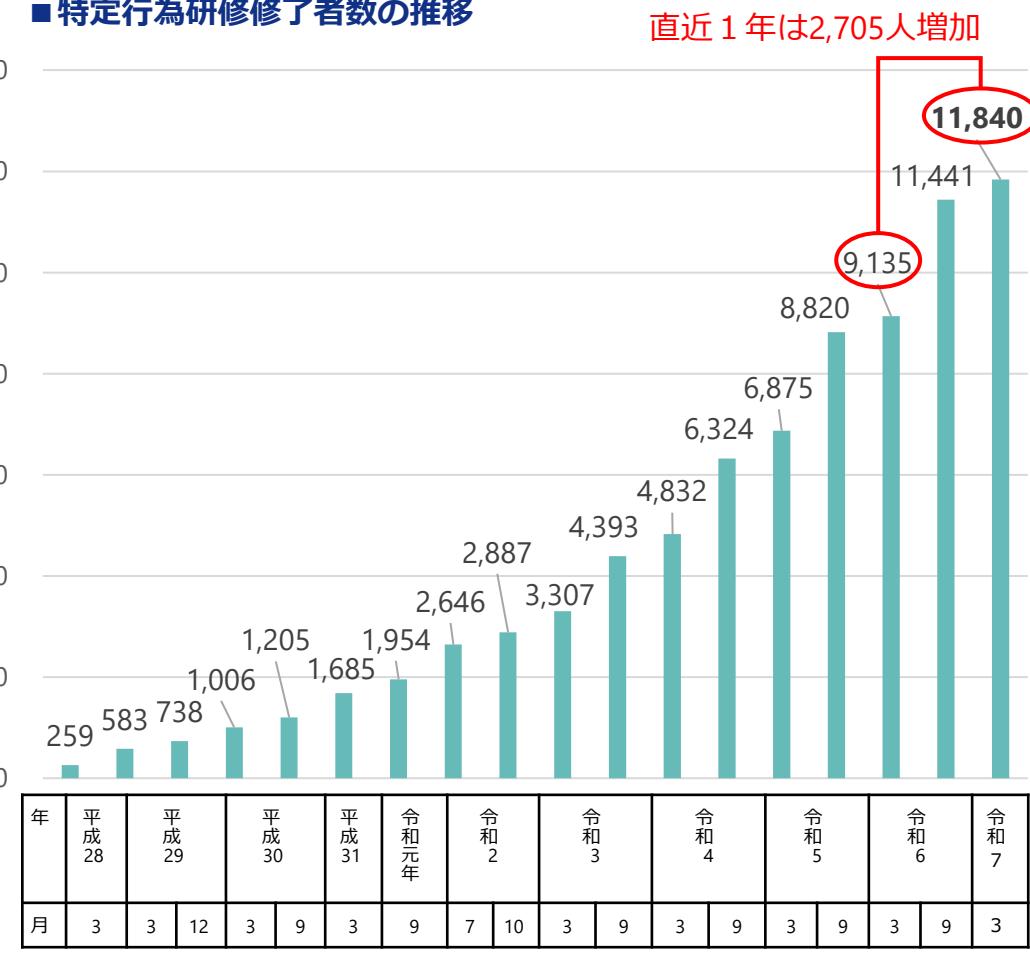
特定行為研修指定研修機関数・特定行為研修修了者の推移

特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和7年3月現在で**462**機関、年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は**6,560**人である。特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和7年3月現在で**11,840**人である。

■指定研修機関数の推移

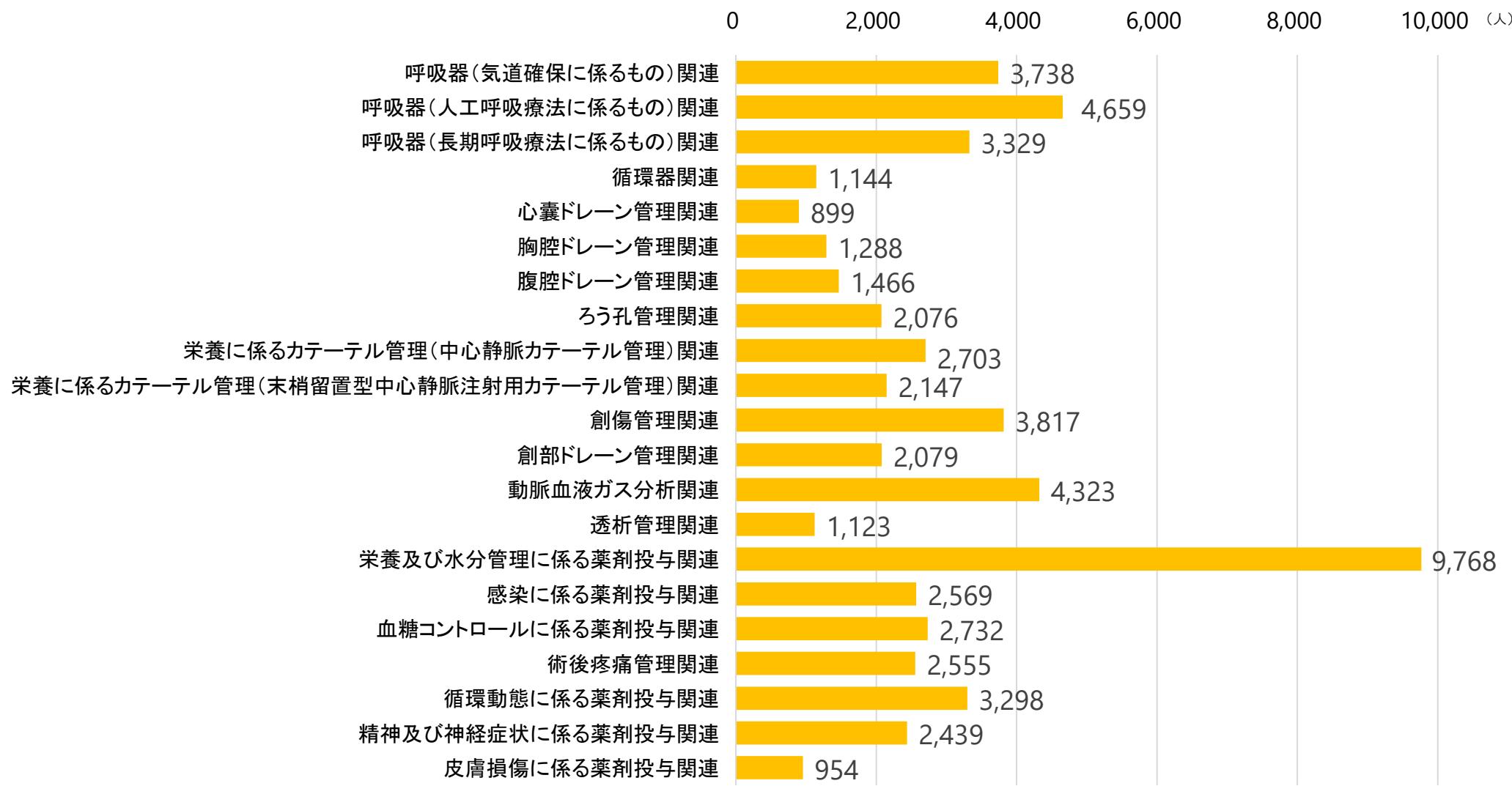


■特定行為研修修了者の推移



特定行為区別の特定行為研修を修了した看護師数

特定行為研修を修了した看護師数では「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」がもっとも多い。



歯科医療提供体制

歯科医療提供体制等に関する検討会 中間とりまとめ（令和6年5月27日）

（1）かかりつけ歯科医の役割

- 住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携の確保
- 訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や認知症の有無、多剤服用に係る状況等への理解、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理への対応
- かかりつけ歯科医を持つことができる歯科医療提供体制の構築や、かかりつけ歯科医を持つ意義についての普及啓発等の推進
- 新興感染症発生・拡大時における歯科医療提供体制の整備

（2）歯科医療機関の機能分化と連携

- 各歯科医療機関の機能の把握・見える化の推進
- 国民・患者からの多様化するニーズへの対応や高い専門性を有することが求められるため、診診連携・病診連携の推進により、地域において力バーできる体制づくりの必要性
- ICTの利活用等の推進
- 歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討

（3）病院歯科等の役割

- それぞれの地域における役割の明確化
- 歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
- 果たす役割を認識し、歯科診療所等との連携の推進
- 医科歯科連携の推進（入院患者等に対する口腔の管理等）
- 歯科医療資源の再構成による機能分化や連携体制の構築等、既存の歯科診療所や有床診療所等の効果的な活用について併せて検討することの重要性

（4）地域包括ケアシステムにおける医科歯科連携・多職種連携

- 他職種の口腔の管理への関心を高めるため、他職種からの歯科医療に対するニーズを把握し、相互理解を深めることの重要性
- 対応が可能な歯科医療機関の機能を含めた歯科医療資源の見える化
- 他職種等に対し、口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育の段階から、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
- 人生の最終段階における口腔の管理に対する歯科専門職が関与することの重要性

（5）障害児・者等への歯科医療提供体制

- 障害の内容や重度別の分析に加え、対応が可能な歯科医療機関の機能の見える化
- いわゆる口腔保健センターや規模・特性の多様化を踏まえた歯科診療所に求められる役割の整理
- ハード（設備整備等）及びソフト（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実
- 医療的ケア児を含め障害児・者等が、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支えられ歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

（6）歯科専門職種の人材確保・育成等

- 歯科専門職が健康に働き続けることのできる環境を整備することの重要性
- 学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師育成
- 円滑な多職種連携の推進のため、学部教育の段階から他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
- 歯科衛生士及び歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備等）
- 行政、教育機関、関係団体や関係学会等が特性を活かし合い、連携しながら、知識や技術をスキルアップするための取組の実施

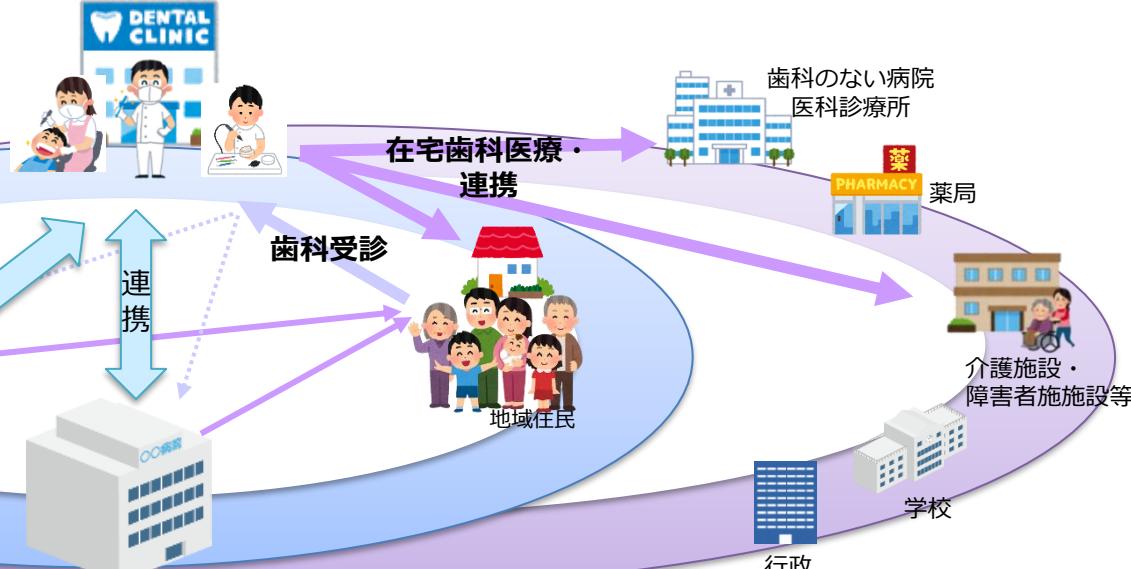
（7）都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

- 地域ごとの歯科医療資源や住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価の実施
- 歯科医療提供体制の目指す姿を設定し、バックキャストで考えることの重要性
- 地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組むことの重要性

- 多様化するニーズや歯科医療資源を含め、地域の特性を踏まえた、その地域に必要な歯科医療を提供する仕組みの構築が必要である。
- また、歯科医師の高齢化や偏在により、歯科医師の確保が課題になっている地域も出始めている。
- 都道府県においては、地域住民のニーズに応じて、歯科医療機関の機能分化（かかりつけの歯科診療所、専門性機能を持つ歯科診療所、大学病院・病院歯科等）も踏まえつつ、それぞれの機能に応じた歯科医療資源を確保するとともに、歯科医療提供体制を構築することが求められる。

かかりつけの歯科診療所

- ライフコースを通じた口腔健康管理を行い、歯・口腔に関する相談に応じてくれる身近な存在
- ライフステージに応じた歯科疾患の予防・重症化予防、歯科治療、口腔機能管理
- 在宅歯科医療
- 障害児・者への歯科医療
- 医歯薬連携、介護関係者等の他職種との連携 等



歯科大学病院・病院歯科等

- | | | | | | |
|-----------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|--|--|
| ○ 人材育成の拠点 | ○ 病院歯科の機能や専門性を活用した歯科医療の提供機能 | ○ 過疎地域を含め地域の歯科医療機関の後方支援機能 | ○ 大規模災害や新興感染症等のパンデミック発生時の対応 | ○ 入院患者の口腔管理【急性期】
・周術期や化学療法・放射線治療等の口腔衛生管理・口腔機能管理 | ○ 入院患者の口腔管理【回復期(包括期)・慢性期】
・口腔機能の回復
・リハビリテーション・栄養との連携 |
|-----------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|--|--|

地域歯科医療提供体制の拠点的な役割

地域特性に応じた歯科医療提供体制構築の具体的検討のために、今後の必要量や歯科医師の適切な配置について検討することが必要。

歯科医療提供体制の確保（第8次医療計画の見直しのポイント）

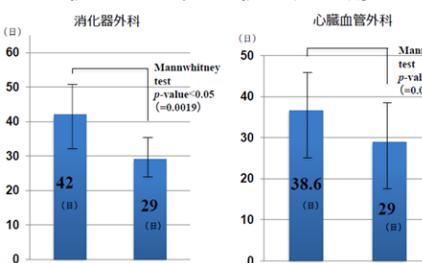
概要

- 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。

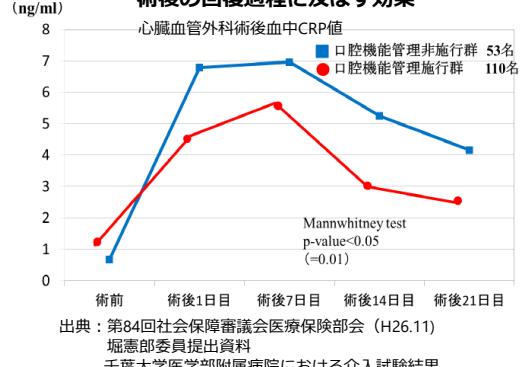
医科歯科連携の重要性

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。

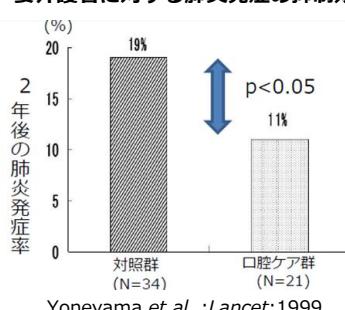
入院患者に対する在院日数削減効果



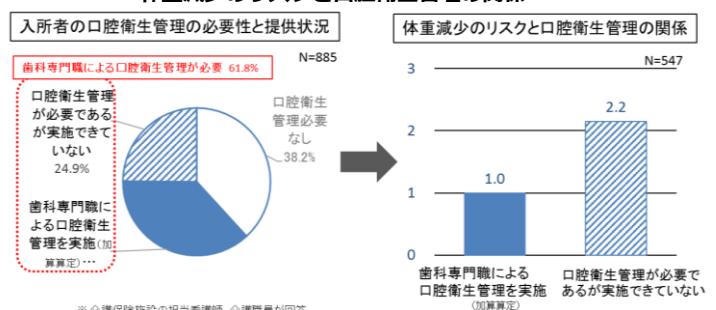
術後の回復過程に及ぼす効果



要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係



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

歯科の標榜がある病院

病院全体の約20%



退院後の口腔の管理の依頼



歯科診療所等

歯科の標榜がない病院

口腔の管理の依頼



歯科診療所等

訪問歯科診療



藥局・藥劑師

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表

健康サポート薬局

健康サポート機能

- ☆ 国民の病気の予防や健康サポートに貢献
 - ・要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

- ☆ 高度な薬学的管理ニーズへの対応
 - ・専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握と それに基づく薬学的管理・指導

- ☆ 副作用や効果の継続的な確認
- ☆ 多剤・重複投薬や相互作用の防止
 - I C T (電子版お薬手帳等)を活用し、
 - ・患者がかかる全ての医療機関の処方情報を把握
 - ・一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ☆ 夜間・休日、在宅医療への対応
 - ・24時間の対応
 - ・在宅患者への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

- ☆処方内容の照会・☆副作用・服薬状況の提案
- ☆副作用・服薬状況のフィードバック

- ☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有

- ☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応
- ☆ 医療機関への受診勧奨

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・処方箋受取・保管
- ・調製(秤量、混合、分割)
- ・薬袋の作成
- ・報酬算定
- ・薬剤監査・交付
- ・在庫管理

- ・医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- ・医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- ・医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

患者中心の業務

- ・処方内容チェック
(重複投薬、飲み合わせ)
- ・医師への疑義照会
- ・丁寧な服薬指導
- ・在宅訪問での薬学管理
- ・副作用・服薬状況のフィードバック
- ・処方提案
- ・残薬解消

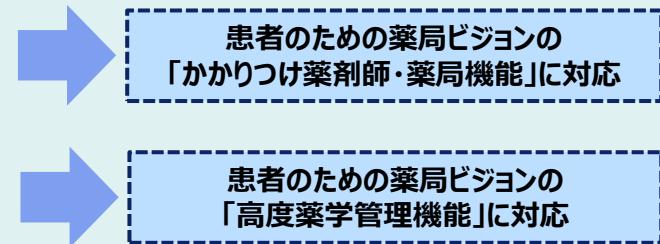
専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

特定の機能を有する薬局の認定 (令和3年8月1日施行)

- 薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。

- ・入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（**地域連携薬局**）
- ・がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（**専門医療機関連携薬局**）



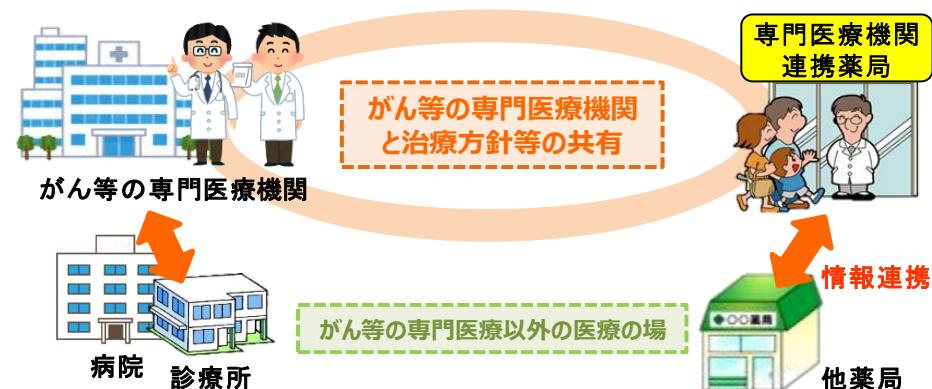
地域連携薬局

※令和6年9月末時点で4,297件



専門医療機関連携薬局

※令和6年9月末時点で205件



〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

等

出展) 厚生労働省医薬局調べ

〔主な要件〕

- ・関係機関との情報共有（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
- ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置

等
<専門性の認定を行う団体>

- 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
- 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会 これまでの議論のまとめ（令和6年9月30日）概要

検討の背景・課題

- 「患者のための薬局ビジョン」の実現を目指し様々な施策を推進する中、健康サポート薬局や認定薬局など、患者が自身に適した機能を有する薬局を主体的に選択できるよう、一定の機能を有する薬局について表示又は名称を使用できる制度が導入されているが、健康サポート薬局や認定薬局についてはあまり認知されておらず、利用者にどのようなメリットがあるのか不明確であり、また、薬局側に名称を使用（表示）できる以外のインセンティブがなく、十分に活用されていない状況にあると考えられる。
- 地域において求められる薬剤師サービスは多岐に渡っており、地域全体で効果的・効率的に必要な薬剤師サービスを提供していく観点から、個々の薬局がかかりつけ薬剤師・薬局としての役割を果たす前提で、地域の薬局が連携して対応する仕組みの構築が重要であるとの指摘がある。
- このような状況を踏まえ、地域における薬局の役割・機能のあり方の整理、健康サポート薬局、認定薬局について、その機能や地域における役割・位置付けを改めて整理・明確化するための検討を実施。

地域における薬局の役割・機能

- 薬局は、地域の公共的な施設として様々な役割を果たすことが求められており、それに対応する機能も必要。医療資源が限られている中、地域での医療資源を有効に活用する観点から、薬局間の連携等により地域・拠点で必要な機能を確保していくことが必要。
- 薬局に必要な機能について、個々の薬局に必要なもの、本来は個々の薬局で持っていることが望ましいが、少なくとも薬局間の連携等により地域・拠点で確保すべきものを整理。

【薬局に求められる役割】

- ・ 医療関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- ・ 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- ・ 薬剤師の資質向上
- ・ セルフケア・セルフメディケーションの啓発・推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援
- ・ 災害・新興感染症発生時の対応・支援等

【個々の薬局に必要な機能】

- ※どの薬局を利用した場合でもサービスとして提供されるべきもの
- ・ 外来患者への調剤・服薬指導等
 - ・ 在宅対応（他の薬局との連携、関係機関との連絡調整を含む）
 - ・ 入院・退院・在宅の移行において円滑に薬剤提供ができるよう医療機関・他の薬局等と連携すること
 - ・ 地域住民へのOTC医薬品等に関する相談対応・販売、受診勧奨等

【地域・拠点で確保すべき機能】

- ※行政が関与し、地域の実態を把握し必要な体制を構築することが重要
- | | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| ① 未病の方を含む地域住民を対象としたもの | ④ 外来、在宅患者を対象としたもの |
| ・ 健康・介護相談等（関係機関との連携） | ・ 無菌製剤処理・医療用麻薬調剤・高度薬学管理 |
| ② 主に外来患者を対象としたもの | ⑤ その他、地域全体を対象とした |
| ・ 夜間・休日対応 | ・ 災害・新興感染症発生時の対応・支援 |
| ③ 主に在宅患者を対象としたもの | |
| ・ 在宅対応（臨時の訪問対応、ターミナルケアを受ける患者への対応） | |

地域における薬局・薬剤師の主な役割

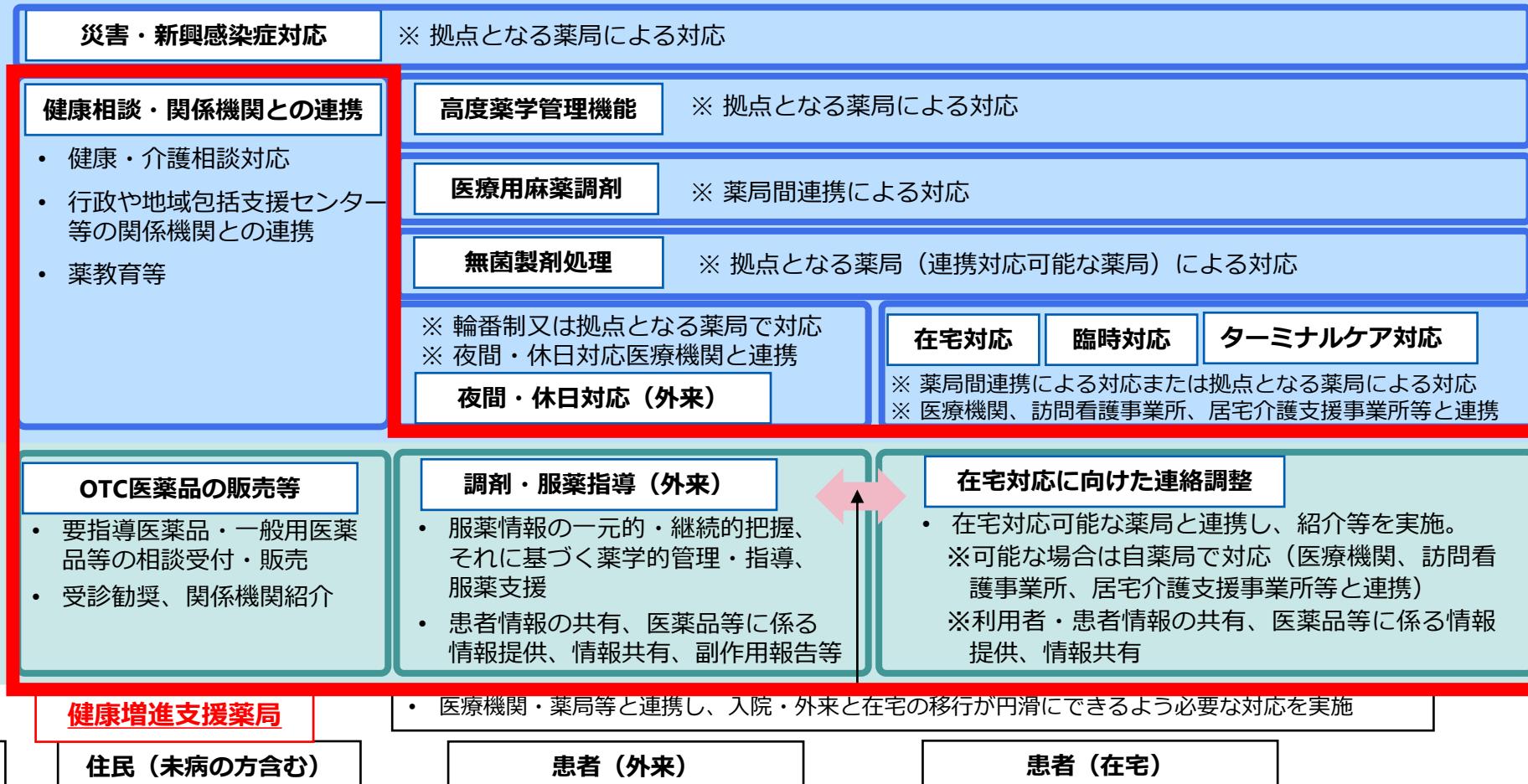
- 医療関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- 薬剤師の資質向上
- セルフケア・セルフメディケーションの推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援 等

地域における薬局の機能

地域・拠点で確保すべき機能

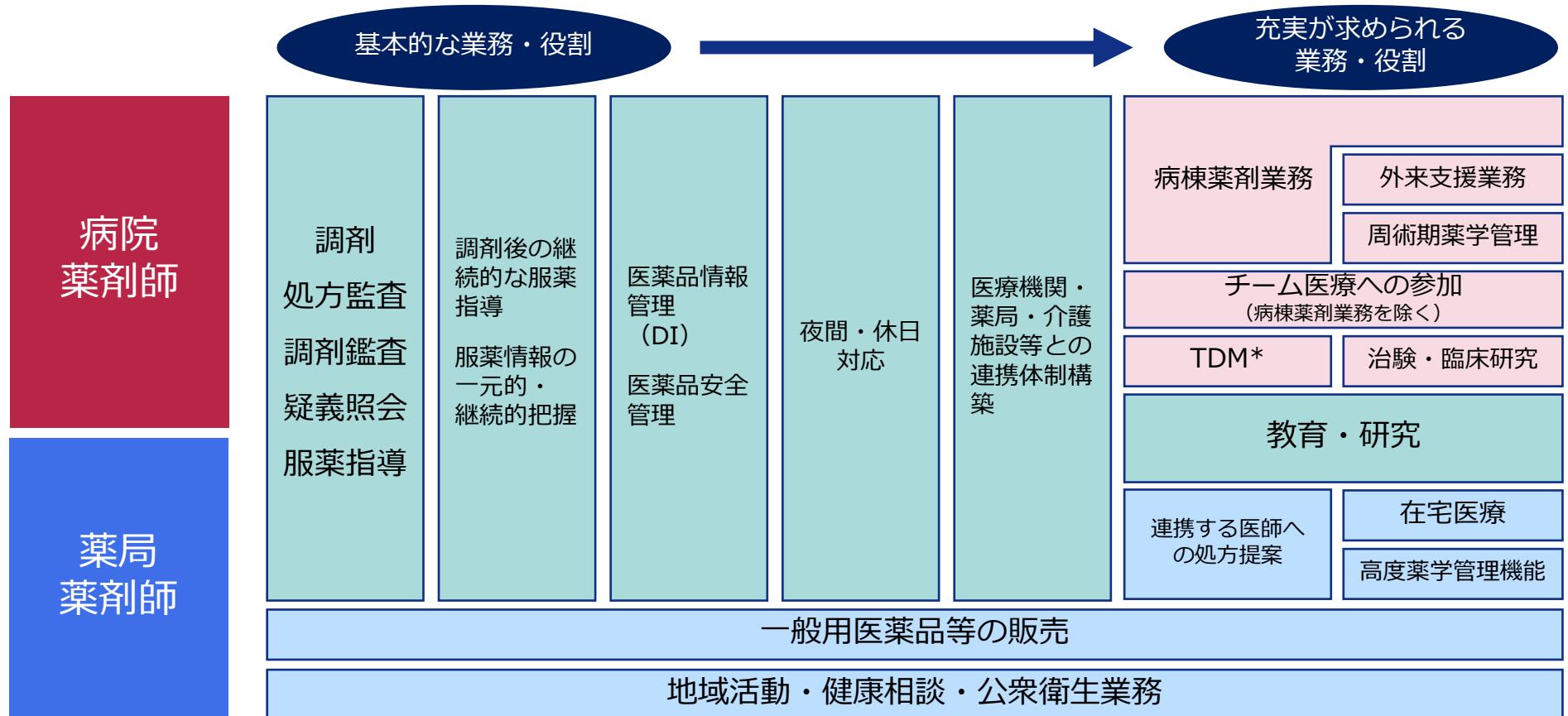
個々の薬局に必要な機能

薬剤師の教育・研修



病院薬剤師と薬局薬剤師の主な業務・役割

薬剤師の業務・役割は調剤だけでなく、病棟薬剤業務やチーム医療、在宅医療への参加など多岐にわたる。医薬品の専門家として、これらの業務・役割の充実が求められている。



薬剤師法

第一条 薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

* 薬物血中濃度モニタリング

出典：「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」（令和3年6月30日）

「病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書」（平成19年8月10日）

「患者のための薬局ビジョン～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」（平成27年10月23日）を元に作成

概要

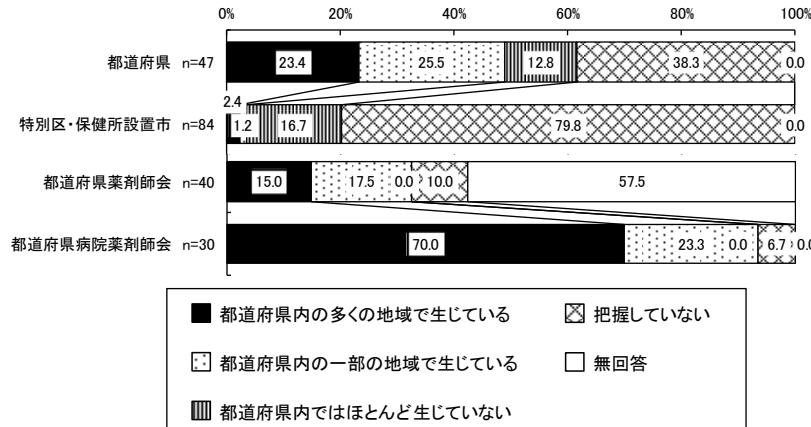
薬剤師の確保の記載にあたって、踏まえるべき具体的な観点を明確化。

- 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する。
- 地域医療介護総合確保基金を積極的に活用の上、地域の実情に応じた薬剤師確保策（特に病院薬剤師）を講じる。
- 確保策の検討・実施にあたっては、都道府県（薬務主管課、医務主管課）、都道府県薬剤師会・病院薬剤師会等の関係団体が連携して取り組む。

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と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）

第8次医療計画における在宅医療のうち訪問薬剤管理指導に関する事項

- 第8次医療計画においては、在宅医療の提供体制のうち訪問薬剤管理指導に関しては、在宅医療の質の向上のため薬剤師の関与が期待されており、また、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

2 在宅医療の提供体制

(2) 日常の療養生活の支援

④ 訪問薬剤管理指導

全薬局61,791か所のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では9,207か所で算定回数は約75万回/年、介護保険では30,021か所（重複あり）で算定回数は約1,591万回/年である。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約340回/月、介護保険約6,000回/月となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

第7次医療計画及び第8次医療計画の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」における訪問薬剤管理指導に関する記載

「在宅医療の提供体制」として、「日常の療養生活の支援」に「訪問薬剤管理指導」が規定され、第7次医療計画の指針から、「在宅医療に関する薬剤師の資質向上」、「在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築」といった内容が追加された。

第7次医療計画における指針

全薬局59,613カ所のうち、在宅訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局数は、平成26年では医療保険では3,598ヶ所で算定回数は約15万回/年、介護保険では11,020ヶ所（重複あり）で算定回数は約545万回年となっており、実施施設は年々増加しているが薬局全体では約2割程度である。医療機関の薬剤師が実施した在宅訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約460回/月、介護保険約6,000回/月となっている。地域の薬局には、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うことや、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められている。

第8次医療計画における指針

全薬局61,791か所のうち、訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局は、医療保険では9,207か所で算定回数は約75万回/年、介護保険では30,021か所（重複あり）で算定回数は約1,591万回/年である。医療機関の薬剤師が実施した訪問薬剤管理指導業務は、医療保険約340回/月、介護保険約6,000回/月となっている。薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。薬剤師の関与により、薬物有害事象への対処や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、薬剤師の果たす役割は大きい。

高度な薬学管理等を充実させ、多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等を推進するため、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24時間対応が可能な薬局の整備が必要である。そのため、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関する薬剤師の資質向上を図ることが重要である。また、都道府県の薬務主管課と医務主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが求められている。

地域の状況に応じた在宅医療における薬剤提供体制に係る課題への対応 これまでの議論を踏まえた修正案

第13回薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会

令和7年3月10日

資料2

地域における在宅患者への薬剤提供体制の構築・強化

在宅患者への薬剤提供体制構築の推進 都道府県・二次医療圏等の広域での協議を想定

- 地域の医療機関、薬局による在宅医療に係る医薬品提供体制の把握。
- 薬剤提供体制を構築するための課題の抽出、行政、関係機関、関係職種において協議、連携体制の構築推進等を実施。
 - ✓ 在宅医療における薬剤提供等に係る連携体制について、医療職、介護職を含めた体制構築が必要。
 - ✓ 地域における薬剤提供体制の構築状況を踏まえて、適宜、対応策を見直すなど継続的な対応が必要。
 - ✓ 地域薬剤師会、地域の薬局の連携により、夜間・休日や臨時の訪問指示への対応、医薬品の提供が可能な薬局の確保も含め、必要な体制を構築することが重要（ただし、医療機関が地域の薬剤提供を担っている場合は当該医療機関も含めた体制の検討が必要）。
 - ✓ 連携体制構築に当たっては、地域の在宅医療の協議の場を活用することが考えられる。

体制構築の推進支援等

個別の対応も含めた地域における対応状況等のフィードバック

地域における薬剤提供体制の構築

地域レベルでの協議を想定

- 地域の課題を踏まえた在宅患者への薬剤提供体制の構築。
- 地域において、個別患者への課題への対応検討のための方法等について、行政含めた関係者により協議。
- 関係者における必要な情報共有等。
 - ✓ 地域薬剤師会等による相談応需・協議体制の整備、関係者への相談方法・連絡先等の情報共有が考えられる。

個別の在宅患者において薬剤提供の課題が生じた場合の対応 →本日の論点

- 個別の患者の状況に応じて、当該患者の在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師等により対応方法を協議、実施。
 - ✓ 薬局が訪問して対応していない患者の場合は、まずは訪問薬剤管理指導の対象にする等の調整を実施することが考えられる。
 - ✓ まずは、患者の在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師が連携した対応を検討する。具体的には、あらかじめ処方、調剤して配置しておくことや臨時対応できる薬局の確保等が考えられる（薬局との連携が必要な場合は、地域の体制を踏まえ、薬剤師会等に連絡・相談）。それでも対応が困難な場合には、特例的な対応の実施を検討。
 - ✓ 特例的な対応ありきではなく、まずは通常の対応の検討が必要。特例的な対応を実施する場合であっても、それを継続して実施しなくて済むよう、改善策を検討する。
 - ✓ 特例的な対応を実施する場合は、行政機関、地域の関係団体等にあらかじめ情報を共有するとともに実績を報告することが必要。

1. 医療需要の動向
2. 医療提供施設の状況
3. 医療従事者の状況
4. 医療提供体制に関する取組
- 5. 現状と課題**

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

人口動態／医療需要・医療施設

- ・ 人口については、全国的に、生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は 2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。地域ごとにみると、高齢者人口については、大都市部を中心に増加し、過疎地域を中心に減少する一方、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少することが見込まれる。
- ・ 2040 年の医療需要については、仮に受療率が将来にわたって現在と変わらないと仮定した場合、
 - 入院医療について、 2020年と比較して、85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加する。また、多くの医療資源を要する手術については、全ての診療領域で、2020年から2040年にかけて、半数以上の構想区域において手術件数が減少することが見込まれている。
 - 外来医療については、全国的にすでに需要が減少傾向にある。
 - 在宅医療や訪問看護については、大半の地域で需要が増加することが見込まれる。
- ・ 病院の総数は減少傾向にある。また、病院の 1 日平均外来患者数及び在院患者数は減少傾向にある。
- ・ 無床診療所の総数は増加傾向にある。一方、有床診療所の総数は減少傾向にある。
- ・ 訪問看護ステーション数は増加傾向にある。医療保険の訪問看護療養費を請求している訪問看護ステーション数は、直近 5 年で約1.5倍である。

病院・診療所・訪問看護ステーション

医療従事者の現況

- 医師については、総数として増加傾向にあるが、地域偏在や診療科偏在が課題となっている。
- 看護職員については、看護職員就業者数は増加を続け、就業看護職員の年齢階級別構成割合の推移を見ると、40歳以上の就業看護職員数が増加している。訪問看護ステーションに就業する看護職員数も増加している。看護師学校養成所における卒業者数は令和3年度をピークに減少傾向であり、看護師学校養成所（3年課程）における令和6年度入学者の定員充足率は89.6%と低下している。
- その他の職種について、医療機関の従事者数は全体的に増加傾向で、特に理学療法士と作業療法士の増加が大きかった。直近の国家試験合格者数は、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士の順で多かった。

今後の医療提供体制

- 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革として、「新たな地域医療構想」や「医師偏在対策」等のとりまとめが行われている。また、令和7年4月より「かかりつけ医機能報告制度」が施行された。
- 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。地域における急性期医療・救急医療の維持・確保に向けて、二次医療圏の圈域の広域化の見直しや、病床・病院再編を進める取り組みが進められている。
- 医療提供体制に関する課題は都市部と地方部で異なっており、特にすでに人口減少がより進んでいる過疎地域等における医療の確保に向けた取組みとして、外来医師偏在指標に基づく外来医療機能の確保、へき地医療支援事業、地域医療対策協議会による医師派遣等の協議・調整、オンライン診療の活用等が進められている。
- 看護職員の確保に向けて「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」が令和5年に改定され、さまざまな取組みが行われている。

課題

以上のような現状を踏まえ、特に以下のような観点から、診療報酬改定の方向性についてどのように考えるか。

＜患者の高齢化への対応＞

- 医療・介護複合ニーズを有する高齢者の増加が見込まれる中、「治し、支える医療」を実現する観点

＜生産年齢人口の減少＞

- 看護師の新規養成数がピークアウトするなど、職種によっては担い手の減少が見込まれる中、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域の医療提供体制の維持・確保する観点

＜急性期機能の維持・確保＞

- 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、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築する観点

＜特に医療資源が少ない地方部の課題＞

- 都市部と地方部で医療提供体制に関する課題が異なる中、特にすでに人口減少がより進んでいる過疎地域等において、拠点となる医療機関からの医師の派遣や巡回診療、ICTの活用等の様々な方策により、地域で不可欠な医療機能を確保する観点

歯科医療機関

医療提供施設／医療従事者の現況

- ・歯科診療所数および歯科系の診療科を標榜をしている病院数は、横ばいに推移している。他方、歯科診療所を受診する高齢者の数は増加しており、患者の4割以上を占める。
- ・歯科訪問診療を提供している歯科診療所の割合は、訪問先（居宅、施設、病院）にかかわらず、歯科診療所総数の2割に満たない。
- ・1診療所あたりの従事者数は、平均約5人（歯科医師1.5人）であり、小規模事業所が多い。
- ・歯科医師は、60歳以上が増加傾向であり、人口が少ない地域では歯科医師の高齢化が顕著である。

今後の医療提供体制

- ・「歯科医療提供体制等に関する検討会」の中間とりまとめでは、歯科医療機関の機能分化、医科歯科連携・多職種連携、歯科専門職の人材確保等の重要性が提言されており、国においては、地域の実情に応じて、これらの事項をはじめとする歯科医療提供体制の構築を推進するための支援や歯科保健医療を取り巻く状況の変化を踏まえた対応が求められている。

課題

- ・以上のような現状を踏まえ、各地域における歯科医療提供体制を維持・確保するため、以下の観点から、診療報酬改定の方向性についてどのように考えるか。
- ・歯科疾患及び口腔機能の管理や高齢者の歯科訪問診療のニーズが増加するなど患者のニーズが多様化する一方で、歯科医療機関数は近年横ばいであり、限られた医療資源に応じた機能分化や多職種連携が必要となる。
- ・1歯科診療所あたりの歯科医師をはじめとした従事者数は少なく、人口が少ない地域では歯科医師の高齢化がみられることから、歯科専門職の確保・定着も必要である。

医療提供施設／医療従事者の現況

- ・ 薬局の総数は年々増加しており、令和5年度は62,828施設である。地域連携薬局、専門医療機関連携薬局、健康サポート薬局（改正薬機法により健康増進支援薬局となる予定）も増加傾向にある。一方で、ここ数年で薬局数が減少している都道府県もある。
- ・ 薬剤師の総数は増加しており、2022年（令和4年）には253,198人となった。このうち、薬局薬剤師は190,735人と75%を占める。一方、病院薬剤師数は、薬剤師の総数と比較して、ほぼ横ばいである。
- ・ 「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」のとりまとめにおいては、薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題とされた。

医療提供体制に関する取組

- ・ 第8次医療計画の策定指針においては、薬剤師確保が初めて明記され、薬剤師偏在指標が公表された結果、令和6年度開始の都道府県の医療計画には、薬剤師確保の目標値が設定されたことに加え、地域偏在の解消を目的とした修学資金貸与制度などが整備されている。
- ・ 「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」において、地域における薬局・薬剤師の役割が整理され、地域における薬局の機能としては、「地域・拠点で確保すべき機能」と「個々の薬局に必要な機能」に大別され、地域の医療提供体制を担う医療提供施設である薬局のあり方が示された。
- ・ 在宅医療の提供体制について、第8次医療計画の策定指針において、薬剤師の果たす役割が大きいこと、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上や高度な薬剤管理が可能な薬局を把握分析し、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築することが明記されたことを受け、「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」において、地域における在宅患者への薬剤提供体制の構築・強化として、都道府県・二次医療圏等における行政機関や地域の関係団体等の広域レベルの役割と、地域レベルでの協議体の役割が明確化された。

課題

現状を踏まえ、特に以下のような観点から、診療報酬改定の方向性についてどのように考えるか。

- ・ 全国の薬局数は年々増加している一方、都道府県によっては薬局が減少している。薬局、薬剤師共に、都市部に集中している傾向があり、この状況を是正するため、どのように対応するべきと考えるか。
- ・ 地域における薬局の機能が示されたところ、「地域・拠点で確保すべき機能」と「個々の薬局に必要な機能」について、どのように評価するべきと考えるか。
- ・ 全国的に、薬局薬剤師の偏在指標よりも、病院薬剤師の偏在指標は低く、病院薬剤師の確保は喫緊の課題とされている。将来推計においても推計業務量に対して薬剤師が少ない区域が多数であると見込まれているが、病院薬剤師の確保について、どのように対応するべきと考えるか。