パネリスト

厚生労働省医政局地域医療計画課長

佐々木（ささき）　孝治（こうじ）

略　歴

平成　９年３月　岡山大学医学部卒業
平成　９年４月　旧厚生省入省　健康政策局総務課
平成１５年３月　在フィリピン日本国大使館
平成１８年７月　厚生労働省医政局指導課
平成２３年８月　厚生労働省医政局総務課
平成２５年４月　三重県健康福祉部医療対策局　次長
（平成２６年４月より、同局長）
平成２８年７月　環境省特殊疾病対策室　室長
令和　元年９月　厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課長
令和　３年９月　厚生労働省健康局健康課長
令和　５年７月～　現職

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

医療のSDGｓと医療関連サービス

持続可能な医療提供体制の構築

一般財団法人医療関連サービス振興会　第33回シンポジウム（2月9日）

厚生労働省 医政局 地域医療計画課
課長　佐々木 孝治

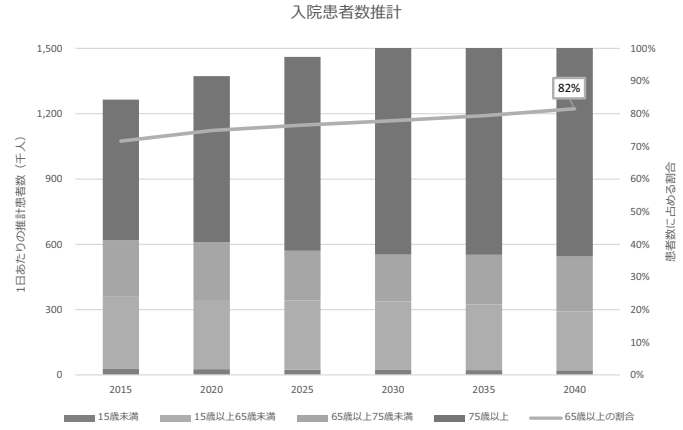
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

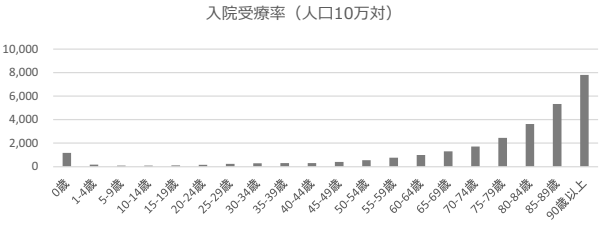
SDGｓ

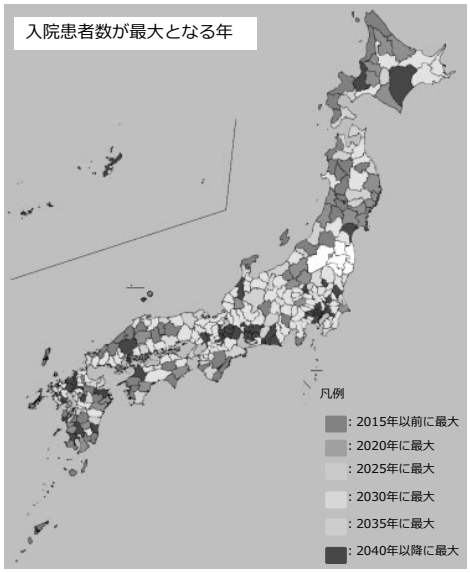
2

入院患者数は、全体的に増加傾向

○　全国の入院患者数は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、2040年には約8割を占めることが見込まれる。







出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院ー外来×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

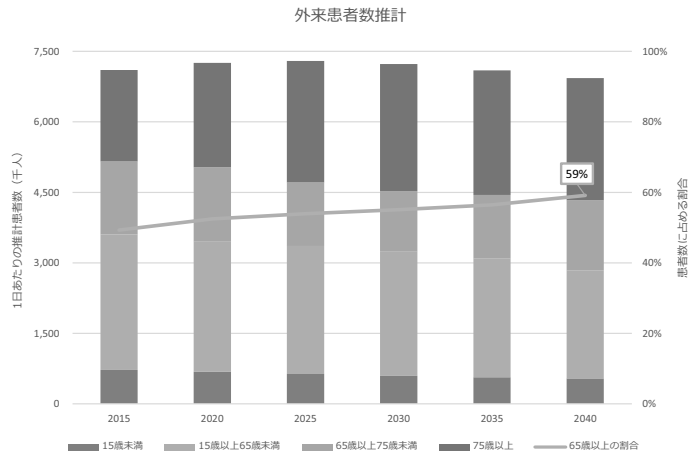
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

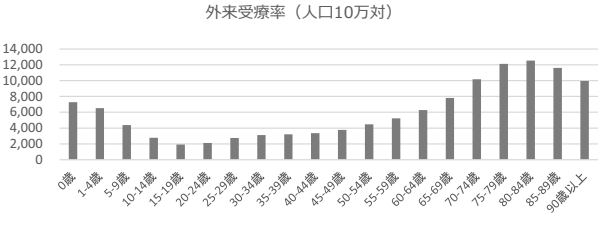
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

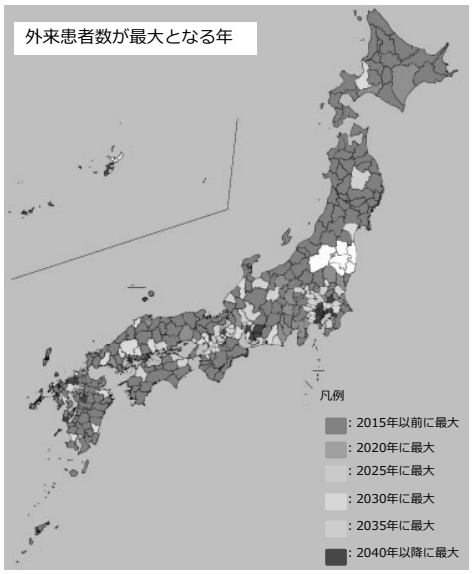
3

外来患者数は、既に多くの医療圏で減少局面

○　全国の外来患者数は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、2040年には約6割を占めることが見込まれる。







出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院ー外来×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

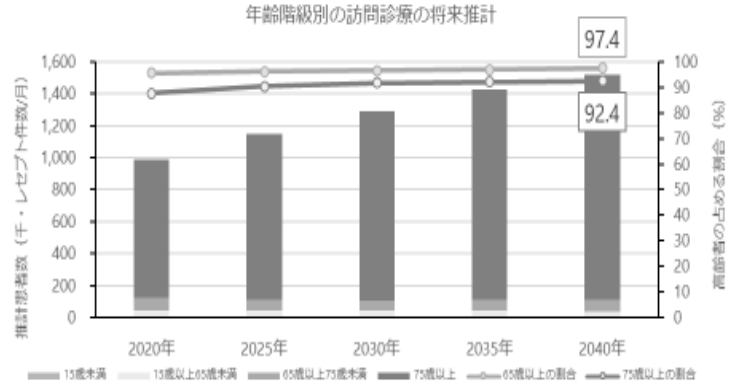
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

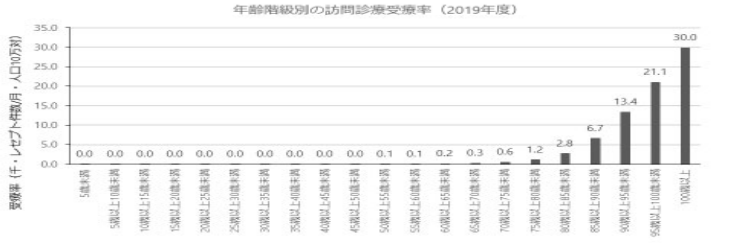
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

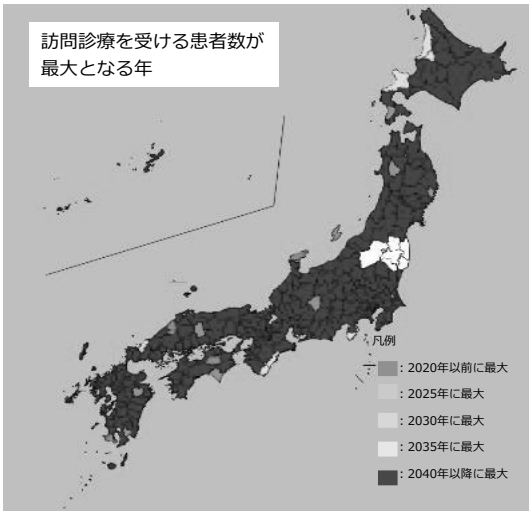
4

訪問診療の必要量は増加

○ 訪問診療の利用者数は今後も増加。
○ 305（全335の9割）の二次医療圏において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。





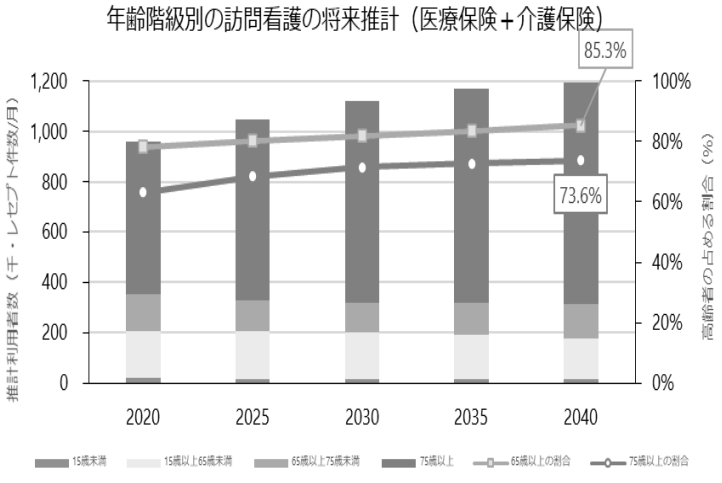


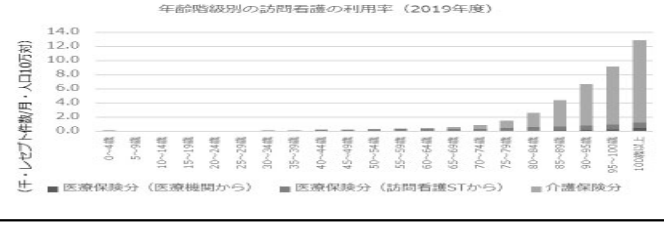
【出典】
受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年１月１日 時点）を基に受療率を算出。
推計方法：NDBデータ（※１）及び住民基本台帳人口（※２）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※３）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※１　2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
※２　2020年1月１日時点の住民基本台帳人口を利用。
※３　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

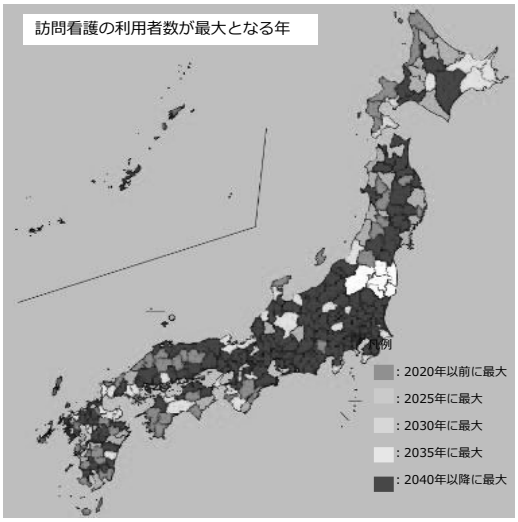
5

訪問看護の必要量について

○ 訪問看護の利用者数は、地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198。全体の6割）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。







【出典】
利用率：NDB,介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年１月１日 時点）に基づき、算出。

推計方法：NDBデータ（※１）、審査支払機関提供データ（※２）、介護DBデータ（※３）及び住民基本台帳人口（※４）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※５）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※１　2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
※２　2019年度における訪問看護レセプトを集計。
※３　2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプトを集計。
※４　2020年1月１日時点の住民基本台帳人口を利用。
※５　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

6

医療計画

○　都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。

計画期間　**6年間**　**（第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直し）**

○　医療圏の設定、基準病床数の算定

○　5疾病・6事業及び在宅医療に関する事項

5疾病･･･5つの疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）
6事業･･･6つの事業（救急医療、災害時における医療、**新興感染症発生・まん延時における医療**、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））

・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う（**PDCAサイクルの推進**）。

○　地域医療構想

○　医師の確保に関する事項

○　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

7

地域医療構想について

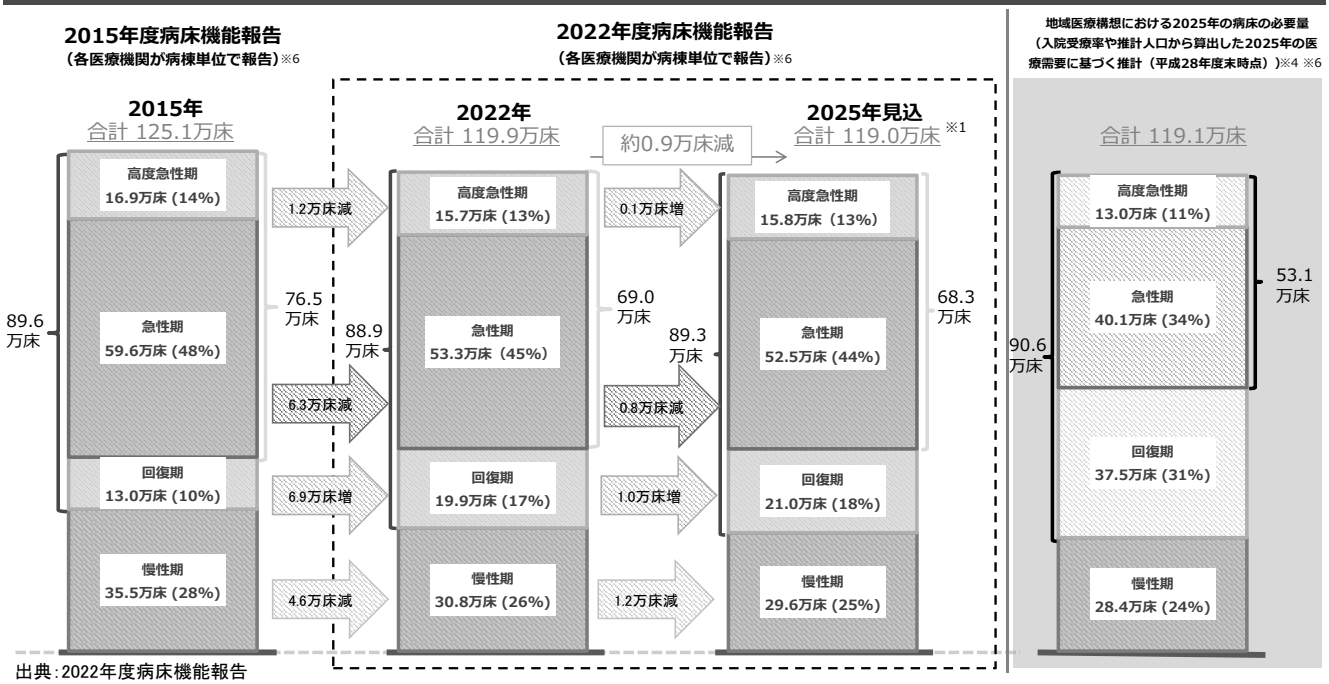
○　地域医療構想は、**中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化**を見据え、**医療機関の機能分化・連携を進め**、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。

・各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」について医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し地域医療構想として策定
・各医療機関の現在の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により把握
・各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施

○　都道府県は「**地域医療介護総合確保基金**」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。
　さらに自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

8

2022年度病床機能報告について



出典：2022年度病床機能報告

※1：2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
（報告医療機関数/対象医療機関数（報告率） 2015年度病床機能報告：13,885/14,538（95.5%）、2022年度病床機能報告：12,171/12,590（96.7%））
※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※4：平成25年度(2013年度）のNDBのレセプトデータ 及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年)3月中位推計）』等を用いて推計
※5：高度急性期のうちICU及びHCUの病床数（*）：18,399床（参考 2021年度病床機能報告：19,645床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
※6：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

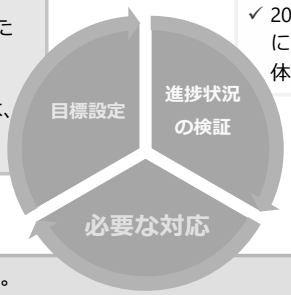
9

PDCAサイクル等による地域医療構想の推進について

～地域医療構想の進め方について（令和５年３月31日付け医政地発0331第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）のポイント～

「第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和４年12 月28 日）等を踏まえ、都道府県において、毎年度、対応方針の策定率等を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとする。

- ✓ 毎年度、構想区域ごとに立てる地域医療構想の推進に係る目標については、以下のとおり設定する。
  - ・対応方針の策定率が100%未満の場合には、対応方針の策定率
  - ・既に100%に達している場合等には、合意した対応方針の実施率
- ✓ 病床機能報告の報告率が100%でない場合には、未報告医療機関に対し、報告を求める。



- ✓ 病床機能報告上の病床数と将来の病床の必要量について、データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域において、地域医療構想調整会議で要因の分析・評価を実施。
- ✓ 2025年までに医療機能の再編の取組が完了しない場合には、完了できない事情やその後の見通しについて具体的な説明を求める。

- ✓ 非稼働病棟等について、以下の通り対応する。
  - ・非稼働の理由及び当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について、地域医療構想調整会議での説明を求める。
  - ・病床過剰地域においては、医療法に基づく非稼働病床の削減命令・要請等を行う。
  - ・病棟単位では非稼働となっていないが、非稼働となっている病床数や病床稼働率の著しく低い病棟についても把握する。
- ✓ 非稼働病棟等への対応のみでは不十分である場合には、構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議を実施し、構想区域の課題を解決するための年度ごとの工程表（KPIを含む。）を策定・公表。

10

今後の対応方針

○　地域医療構想については、地域で不足する医療機能の強化、医療機関間での役割分担や連携等を進め、地域の医療ニーズに応じた医療提供体制を構築するものであり、地域医療構想調整会議における検討状況や病床数の変化等から、一定の進捗は認められるものの、依然として課題もあることから、まずは2025年までの取組をより一層推進するため、本年３月の改正告示・通知により、都道府県に対してPDCAサイクルを通じた取組を求めていることを踏まえ、年内を目途に各都道府県に対して以下の項目等について調査を実施することとしてはどうか。

【調査項目の例】

- 各構想区域の2025年における「病床機能報告上の病床数」と「地域医療構想で推計した病床数の必要量」との差異の状況
- 当該差異が生じる医療提供体制上の課題
- 当該課題を解消するための今後の取組　等

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

○　当該調査結果等を踏まえ、必要な助言等を行うとともに、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知等により、都道府県に更なる取組を促していく。

○　その上で、新型コロナ対応を通じて顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、2026年度以降の地域医療構想の策定に向けた検討を進めていくこととしてはどうか。

11

令和4年11月28日 | 第93回社会保障審議会医療部会 | 資料3-3

2025年以降における地域医療構想について

○　地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。

○　さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

（検討のスケジュールのイメージ）

全世代型社会保障構築会議　議論の中間整理（令和4年5月17日）

6. 医療・介護・福祉サービス

○　今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

　加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

　2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画（2024年～）の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

12

第８次医療計画の見直しのポイント（在宅医療）

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「**在宅医療において積極的役割を担う医療機関**」及び「**在宅医療に必要な連携を担う拠点**」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。

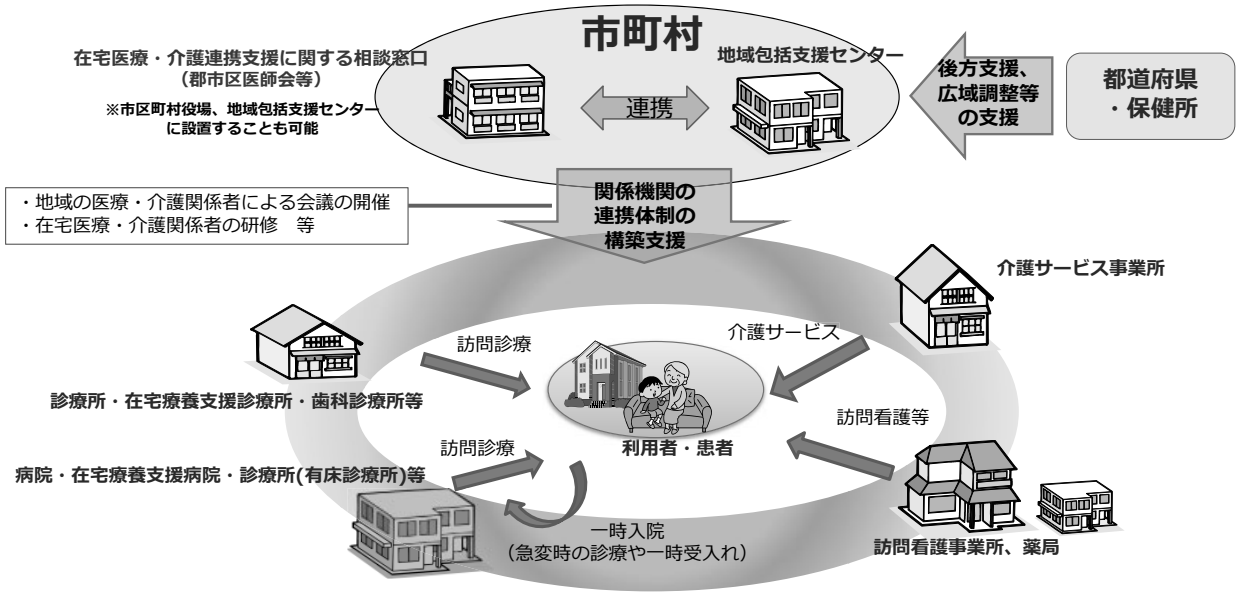
- 在宅療養患者の**急変時に適切に対応**するための情報共有や連携を進める。また、**看取り**に際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における**業務継続計画（BCP）**の策定を推進する。

- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

13

在宅医療・介護連携の推進

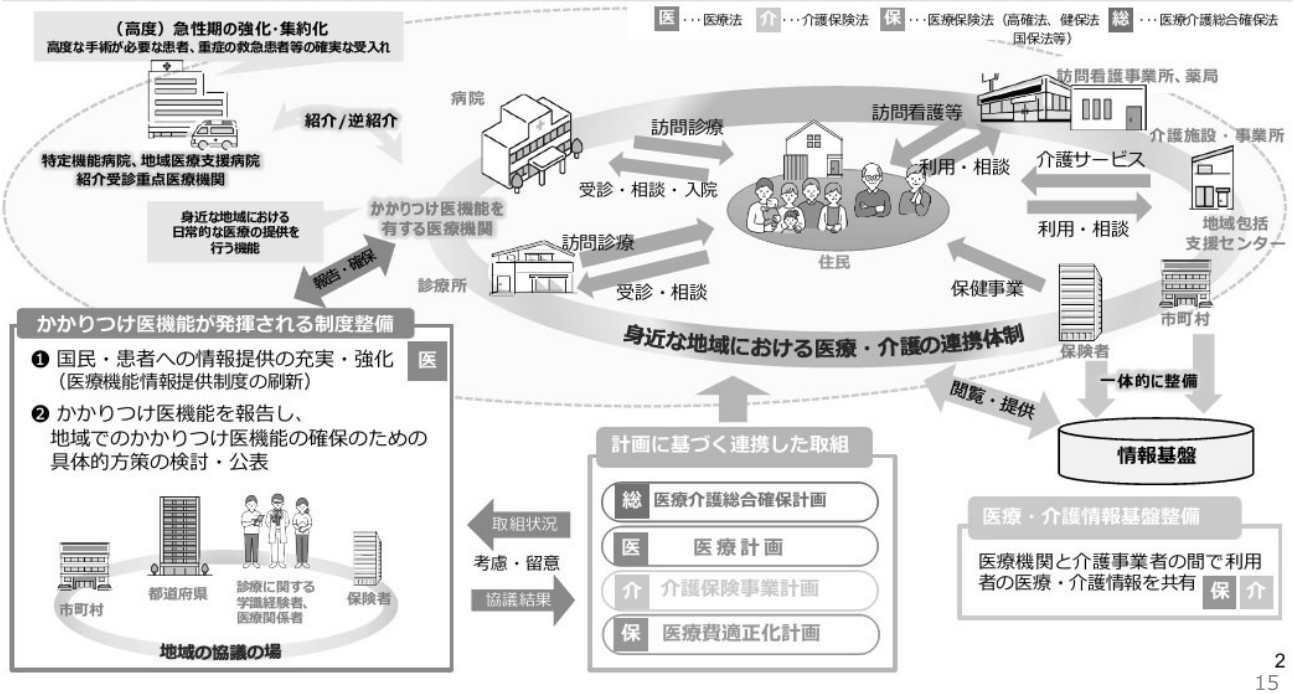
○　**医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供**
○　**都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進**



14

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



2
15

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、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和６年４月施行）

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

（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和７年４月施行）

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

（３）患者に対する説明（令和７年４月施行）

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

16

ご清聴ありがとうございました！