

医療政策の課題と展望

～令和 8 年度診療報酬改定に向けて～



厚生労働省 保険局医療課長 林 修一郎

- **議論の前提～今後の医療ニーズ～**
- **新たな地域医療構想と医療機関機能**
- **生活を支える医療**
- **急性期拠点機能**
- **医師偏在をどうする**
- **物価高・賃上げへの対応**

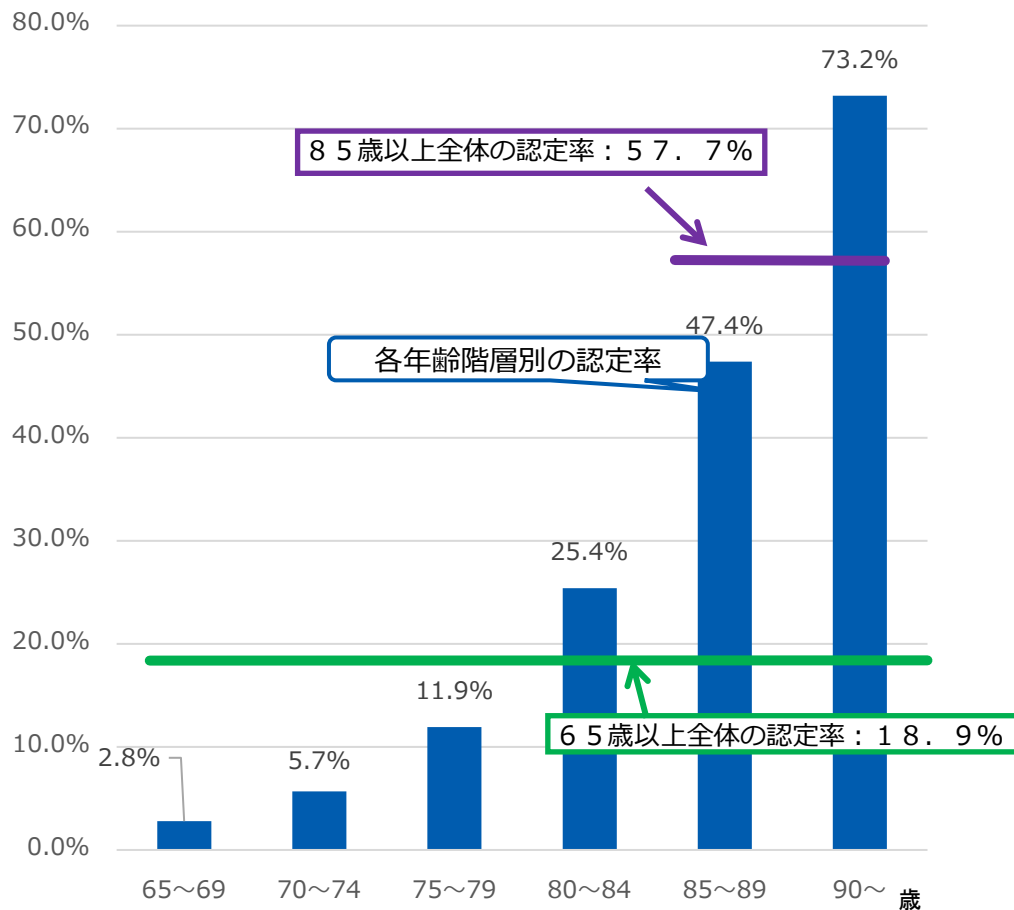
議論の前提 ～今後の医療ニーズ～

I

医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

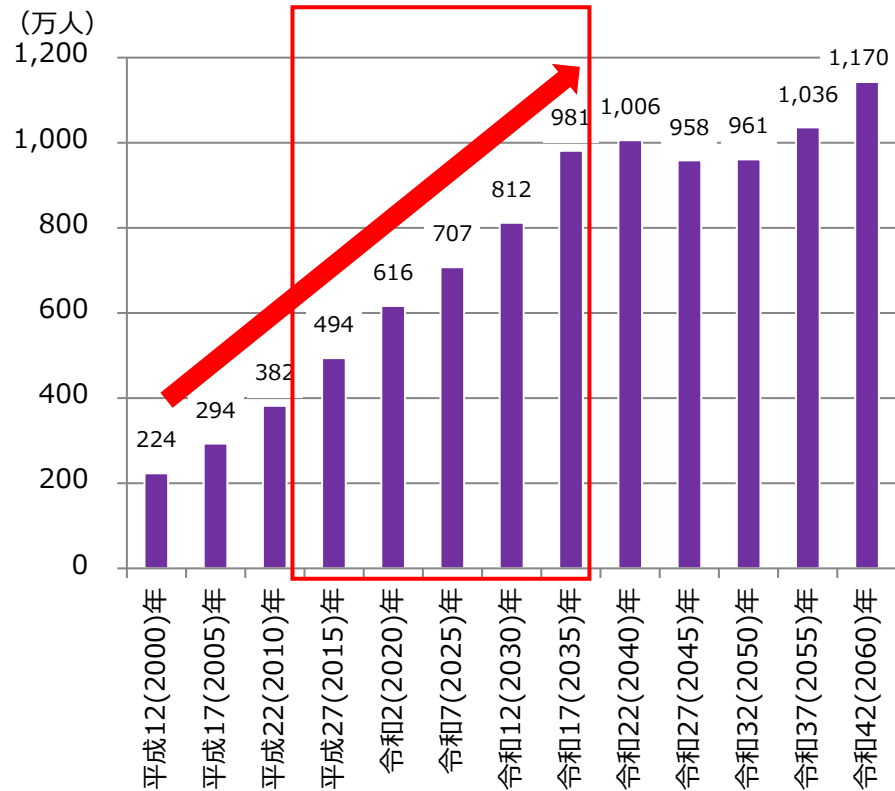
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



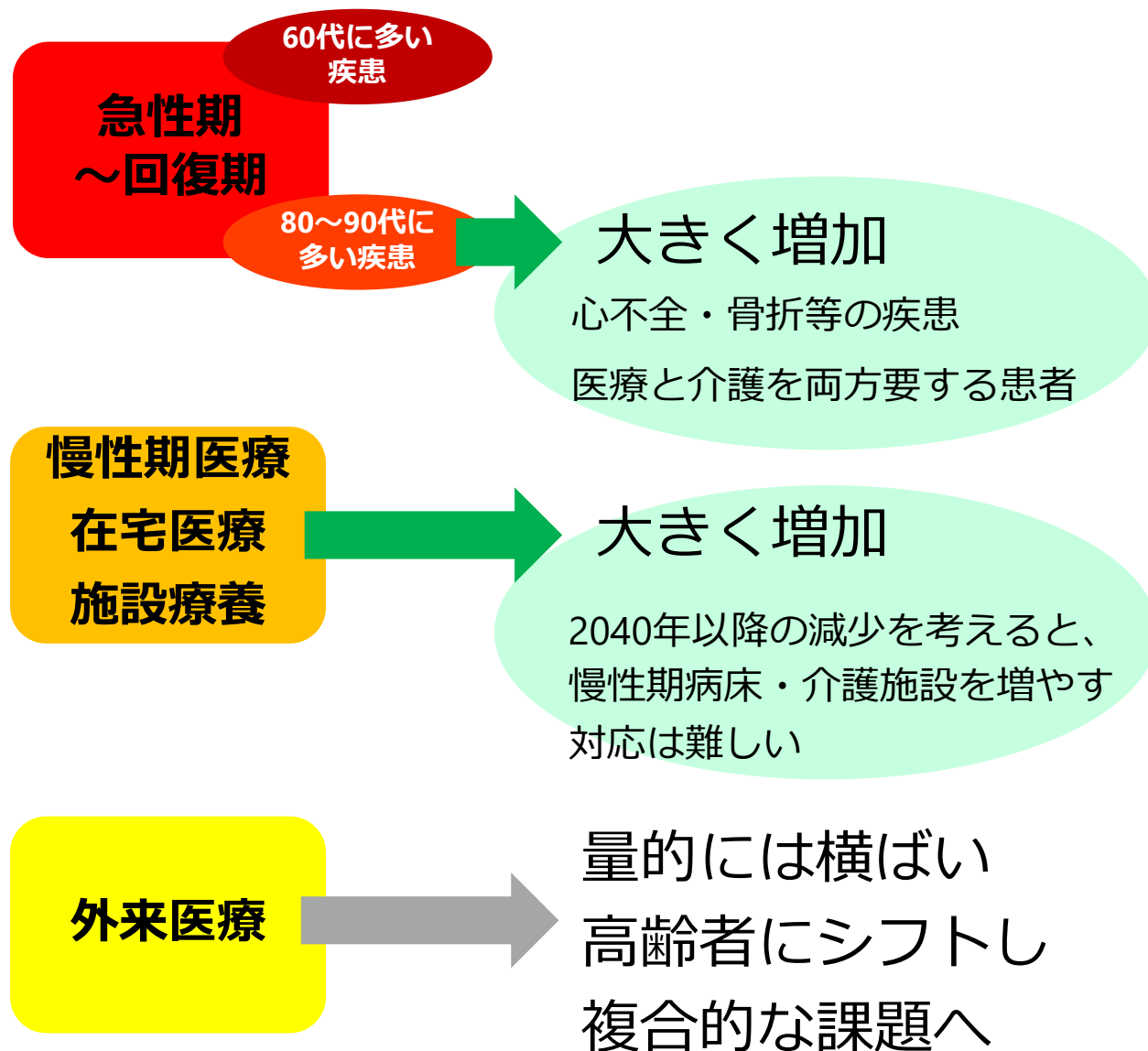
出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

大都市の課題



取組の方向

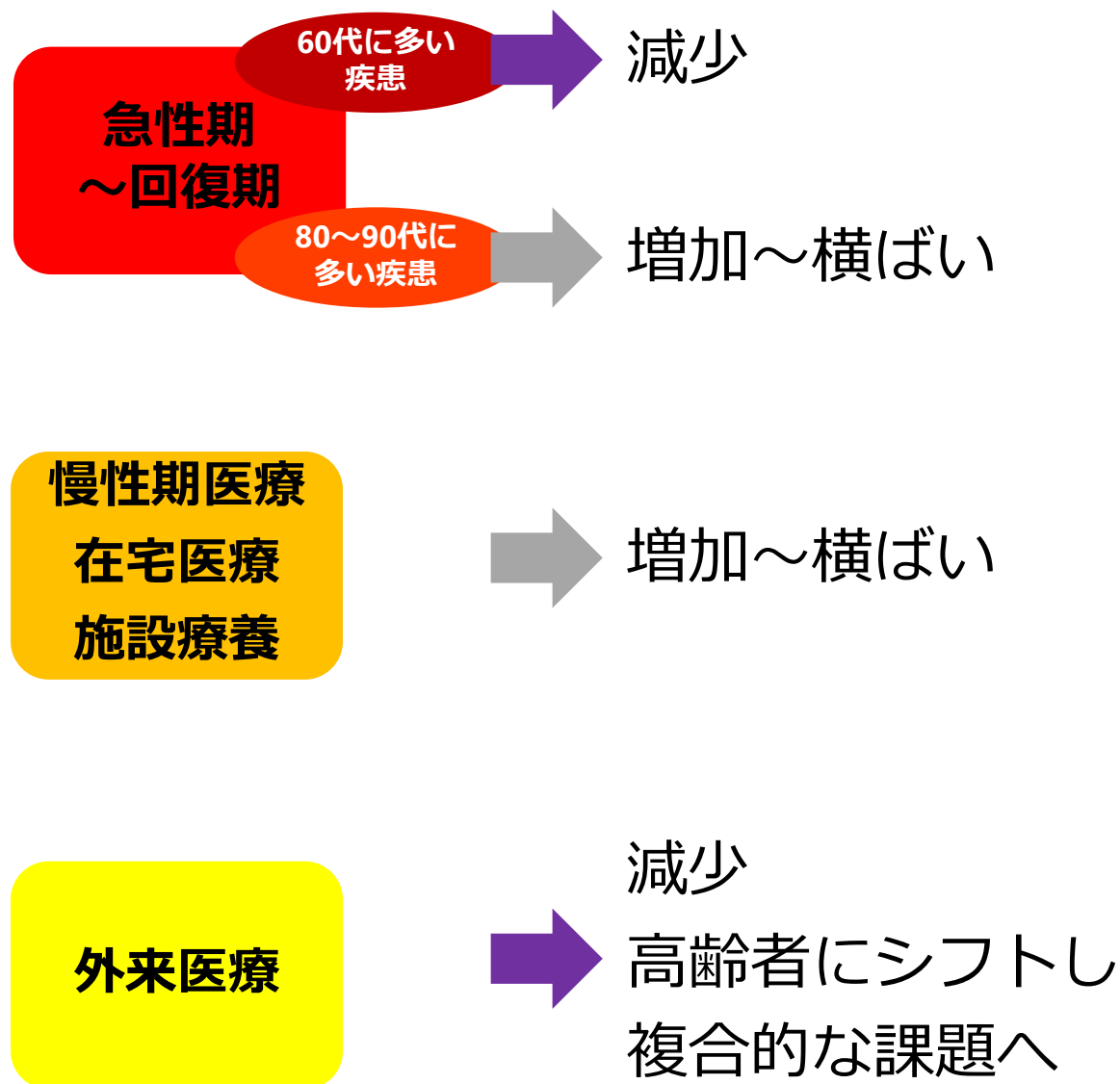
80～90代に多い疾患の入院医療体制の強化

医療介護を一体で提供できる体制の強化

在宅医療の提供体制の強化

専門分化した外来よりも超高齢者を念頭に置いた「かかりつけ医機能」

地方都市の課題



取組の方向

急性期医療の集約化

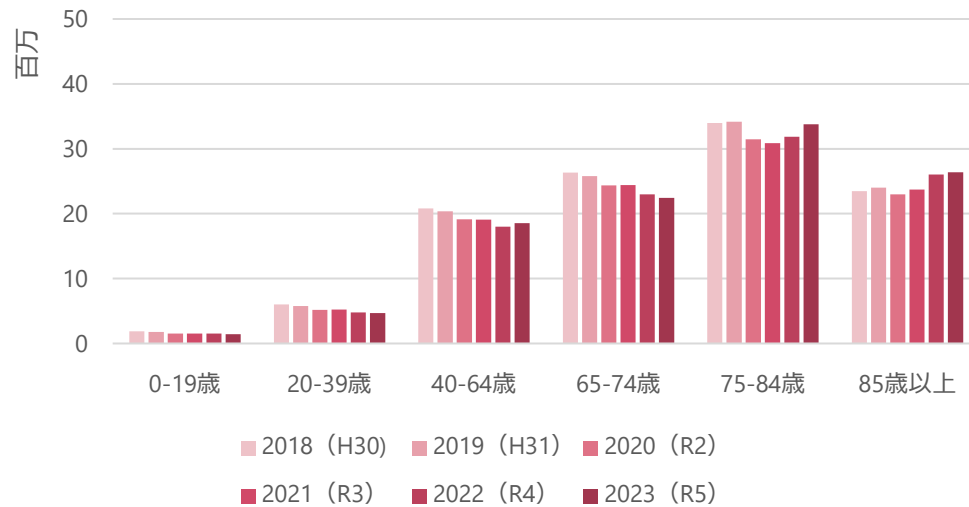
医療介護を一体で
提供できる体制の強化

専門分化した外来よりも
超高齢者を念頭に置いた
「かかりつけ医機能」

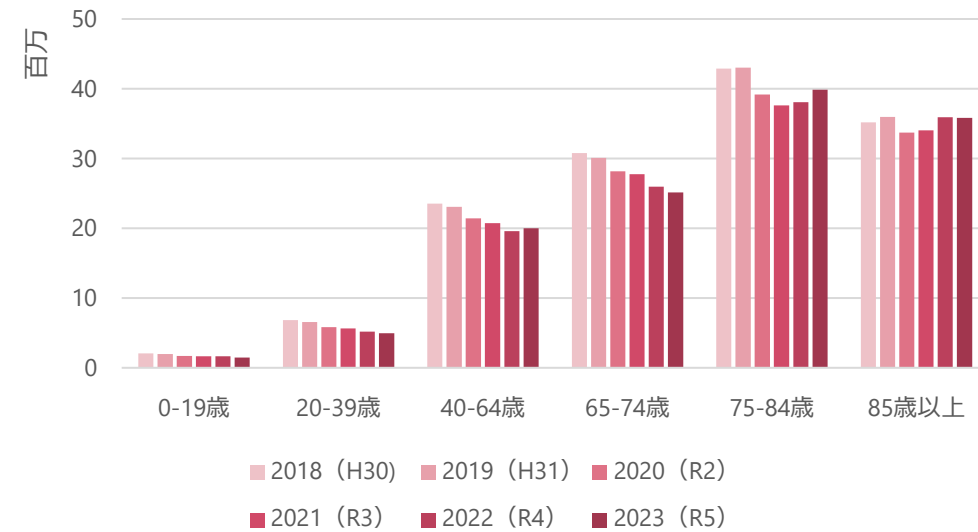
年齢階級ごとの各入院料の算定回数

診 調 組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

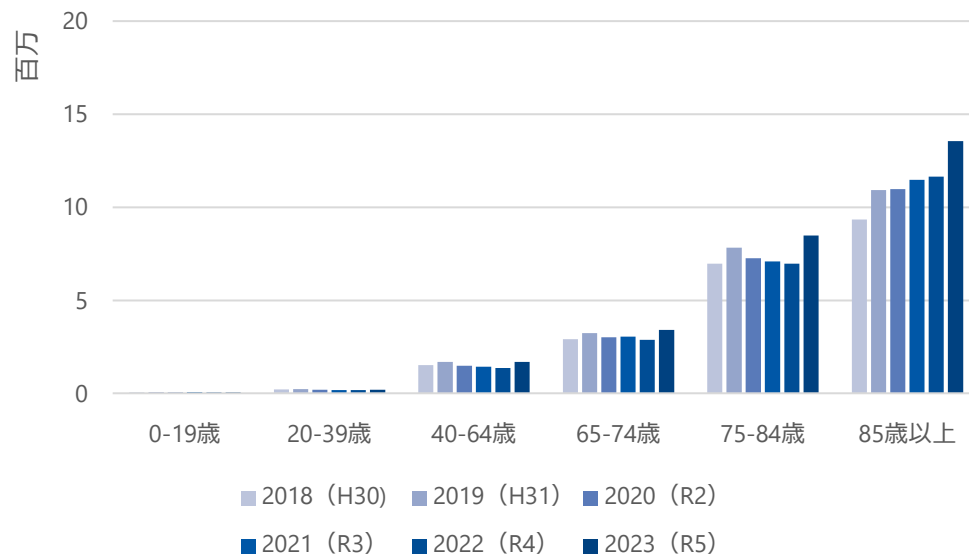
急性期一般入院料 1 の年齢階級別算定回数



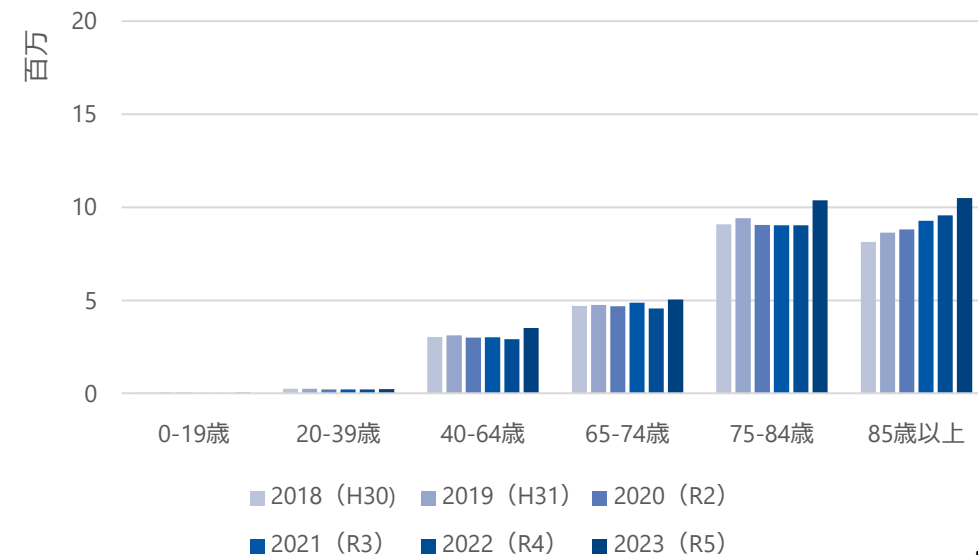
急性期一般入院料 2 - 6 の年齢階級別算定回数

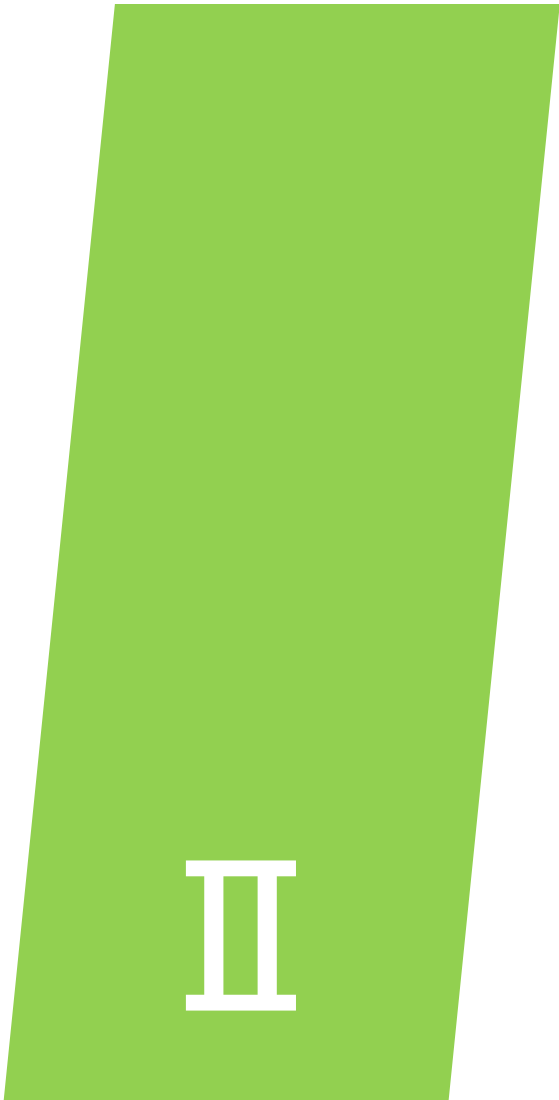


地域包括ケア病棟入院料の年齢階級別算定回数



回復期リハビリテーション病棟入院料の年齢階級別算定回数



A large green parallelogram graphic on the left side of the slide, tilted to the right.

Ⅱ

新たな地域医療構想と 医療機関機能

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

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よる届出等

その他、下記の措置を行う

- ・ 一般社団法人立医療機関に対する非営利性の徹底
- 持ち分なし医療法人への移行計画の認定期限の延長（※）等

医師偏在対策

<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」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン」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、派遣元医療機関への支援
- ※ 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

（※）現行の期限（令和8年12月31日）から更に3年延長。
本制度に係る税制優遇措置の延長については、令和8年度税制改正要望を行う。

医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・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、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課することとする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

等

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は令和8年4月1日（1②並びに2①の一部、②及び③）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表毎に）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

包括期機能（新）

＜急性期と回復期を一体的に提供する機能＞

- ・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能

急性期機能

- ・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能



回復期機能（現）

- ・ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

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

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

生活を支える 医療について

Ⅲ

人口の高齢化と減少

高度な治療を要する
患者数は増えない



<

治療とともに
介護を要する
患者数は増える



急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）

120点



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と多職種の関与

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟においては、配置基準が定められている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士をはじめとする様々な職種が関係する業務に関わっていた。

業務に関わる職種として、各職種を回答した病棟の割合

(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定をしている病棟 n=73)

	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	38.8%	4.5%	85.1%	13.4%	26.9%	22.4%	22.4%	94.0%	10.4%	1.5%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	31.9%	0.0%	81.9%	0.0%	93.1%	72.2%	48.6%	18.1%	0.0%	1.4%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	50.0%	0.0%	87.1%	15.7%	50.0%	61.4%	48.6%	7.1%	0.0%	4.3%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	30.0%	27.1%	94.3%	0.0%	20.0%	14.3%	62.9%	28.6%	52.9%	0.0%
摂食・嚥下機能のスクリーニング・定期的な評価	37.1%	10.0%	95.7%	1.4%	14.3%	12.9%	85.7%	42.9%	10.0%	0.0%
栄養管理計画の作成	40.0%	4.3%	61.4%	10.0%	7.1%	2.9%	4.3%	97.1%	5.7%	0.0%
ミールラウンド(食事の観察)	18.5%	7.7%	70.8%	3.1%	15.4%	10.8%	61.5%	81.5%	21.5%	0.0%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	78.1%	0.0%	81.3%	18.8%	3.1%	3.1%	18.8%	89.1%	0.0%	3.1%
退院前の居宅への訪問指導	7.7%	0.0%	55.8%	0.0%	84.6%	65.4%	11.5%	3.8%	0.0%	30.8%

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療・介護との連携

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



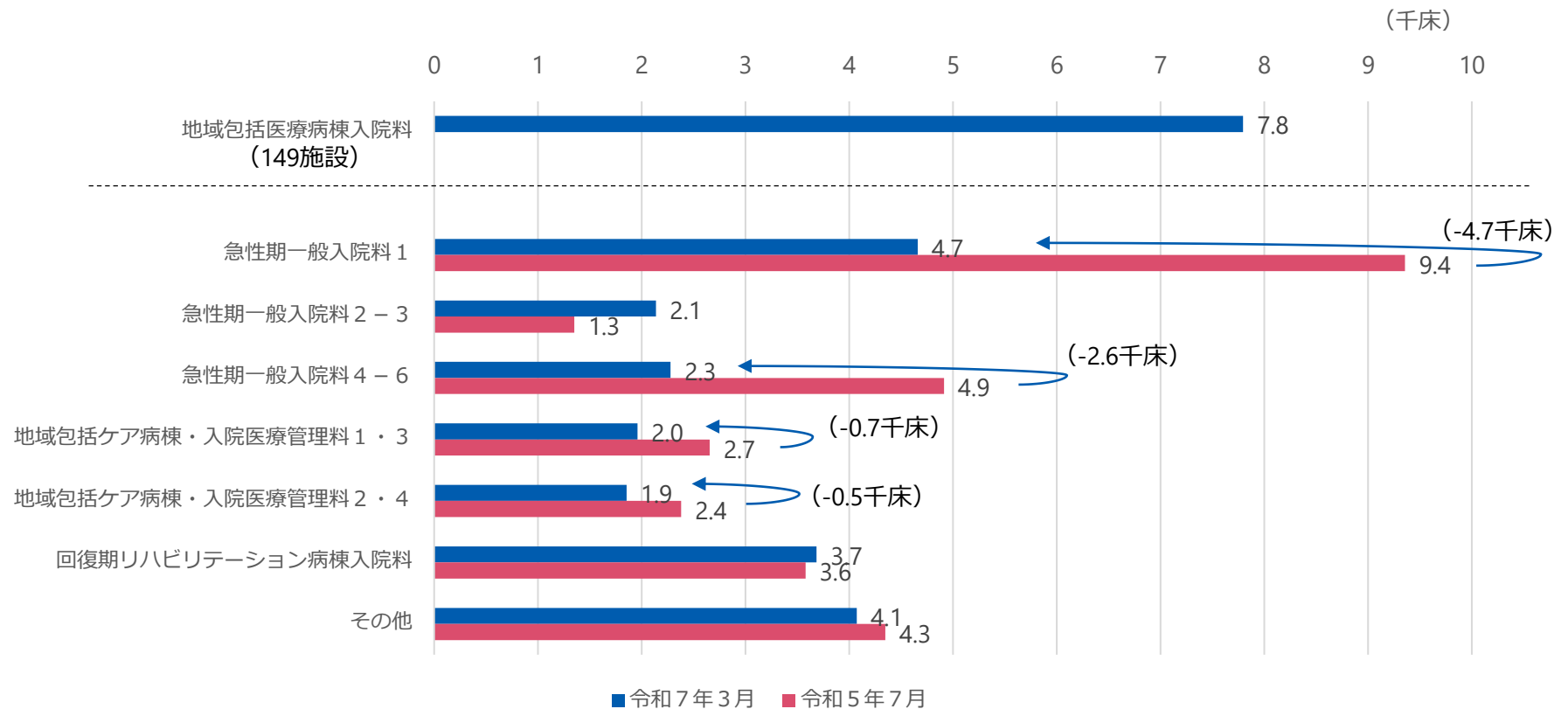
〔施設基準〕（抜粋）

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。（病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等）
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
（ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等）
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上（必要度Ⅰの場合）又は15%以上（必要度Ⅱの場合）であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
（2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等）
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

地域包括医療病棟の届出状況

- 令和7年3月時点で地域包括医療病棟は7.8千床ほどであり、届出をした医療機関においては主に急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出る病床が減少していた。

地域包括医療病棟を届け出た医療機関のその他の届出病床の推移



地域包括医療病棟へのご意見と今後

- 様々なご意見
 - 施設基準が厳しい
 - 評価指標が内科向きでない
 - 病院内での機能分化は非効率／不合理



- 今後の検討へ

各病棟における入院患者数上位の疾患

- 各病棟における入院患者数の多い診断群分類は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。
- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期病棟、地域包括ケア病棟と一定程度一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料3の対象となる手術を行う入院例も多かった。

【各病棟における患者数上位10疾患】

地域包括医療病棟 n=19,603例

1 誤嚥性肺炎	4.2%
2 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	4.1%
3 腎臓又は尿路の感染症	3.2%
4 股関節・大腿近位の骨折	2.6%
5 心不全	2.5%
6 胸椎・腰椎以下骨折損傷	2.4%
7 体液量減少症	2.2%
8 小腸大腸の良性疾患	2.1%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	2.0%
10 インフルエンザ、ウイルス性肺炎	1.6%

急性期一般入院料2-6（※） n= 293,020例

1 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	3.4%
2 誤嚥性肺炎	2.7%
3 腎臓又は尿路の感染症	2.7%
4 小腸大腸の良性疾患	2.7%
5 心不全	2.6%
6 股関節・大腿近位の骨折	2.0%
7 その他の感染症（真菌を除く。）	1.8%
8 胸椎・腰椎以下骨折損傷	1.7%
9 白内障・水晶体の疾患	1.6%
10 体液量減少症	1.5%

※ 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関に限る。

地域包括ケア病棟 n=100,967例

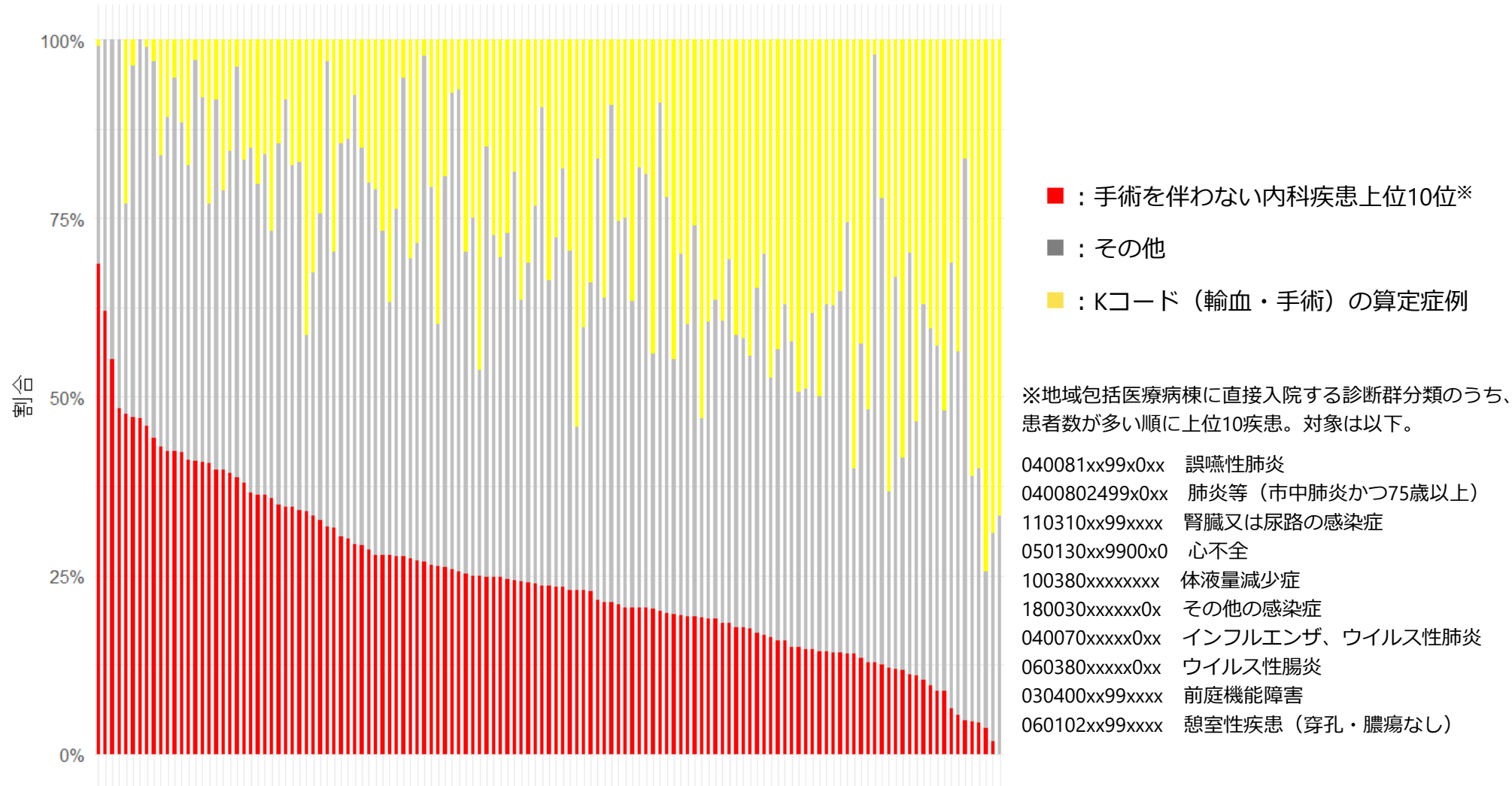
1 白内障・水晶体の疾患	9.8%
2 小腸大腸の良性疾患	6.6%
3 胸椎・腰椎以下骨折損傷	3.3%
4 肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上）	2.7%
5 腎臓又は尿路の感染症	2.4%
6 心不全	2.3%
7 誤嚥性肺炎	2.2%
8 体液量減少症	2.0%
9 その他の感染症（真菌を除く。）	1.9%
10 前庭機能障害	1.7%

2024年10月～12月の間に各病棟に直接入棟し、期間内に退棟した症例の診断群分類番号に基づき集計した。

地域包括医療病棟における施設ごとの疾病種類の内訳

- 地域包括医療病棟において、施設ごとに診療している疾病の範囲や内訳にはばらつきがある。

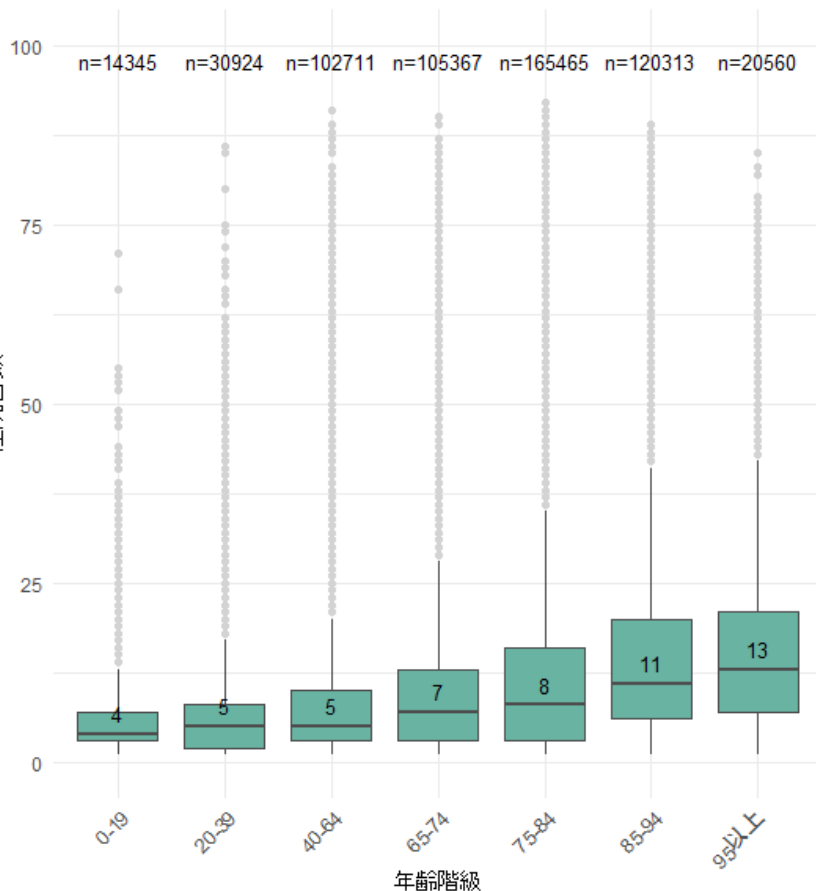
地域包括医療病棟に2024年10月～12月に直接入棟～退棟した19603症例の施設ごとの診療割合（全131施設）



各病棟における在院日数と年齢

- 急性期一般入院料 2 - 6、地域包括医療病棟のいずれにおいても、年齢階級が上がるほど在院日数が長くなる傾向であり、85歳以上では、在院日数の中央値が85歳未満と比べて5～6日程度延長していた。
- 各施設における85歳以上の患者の割合にはばらつきがあった。

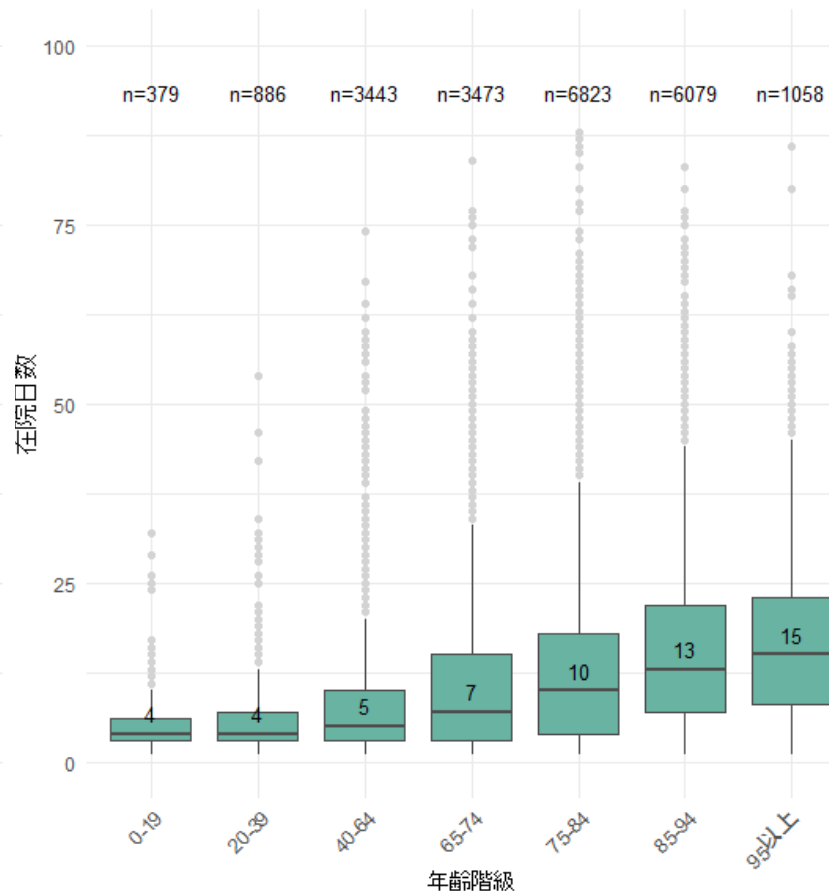
年齢区分ごとの急性期一般入院料の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-13日)、85歳以上 12日 (6-20日)

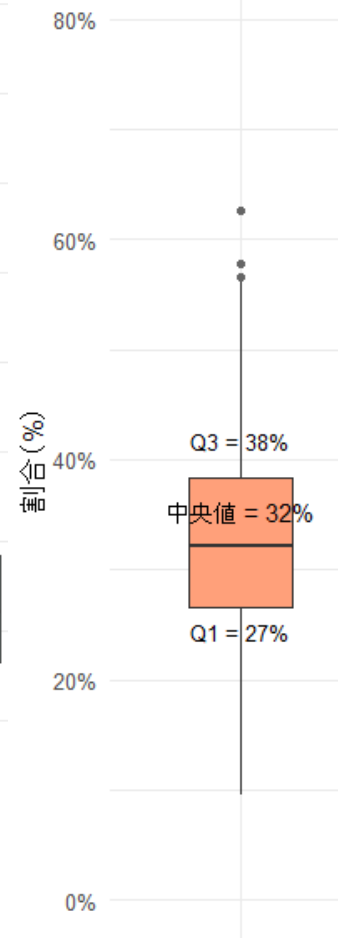
年齢区分ごとの地域包括医療病棟の在院日数の分布



在院日数中央値

85歳未満 7日 (3-15日)、85歳以上 13日 (7-22日)

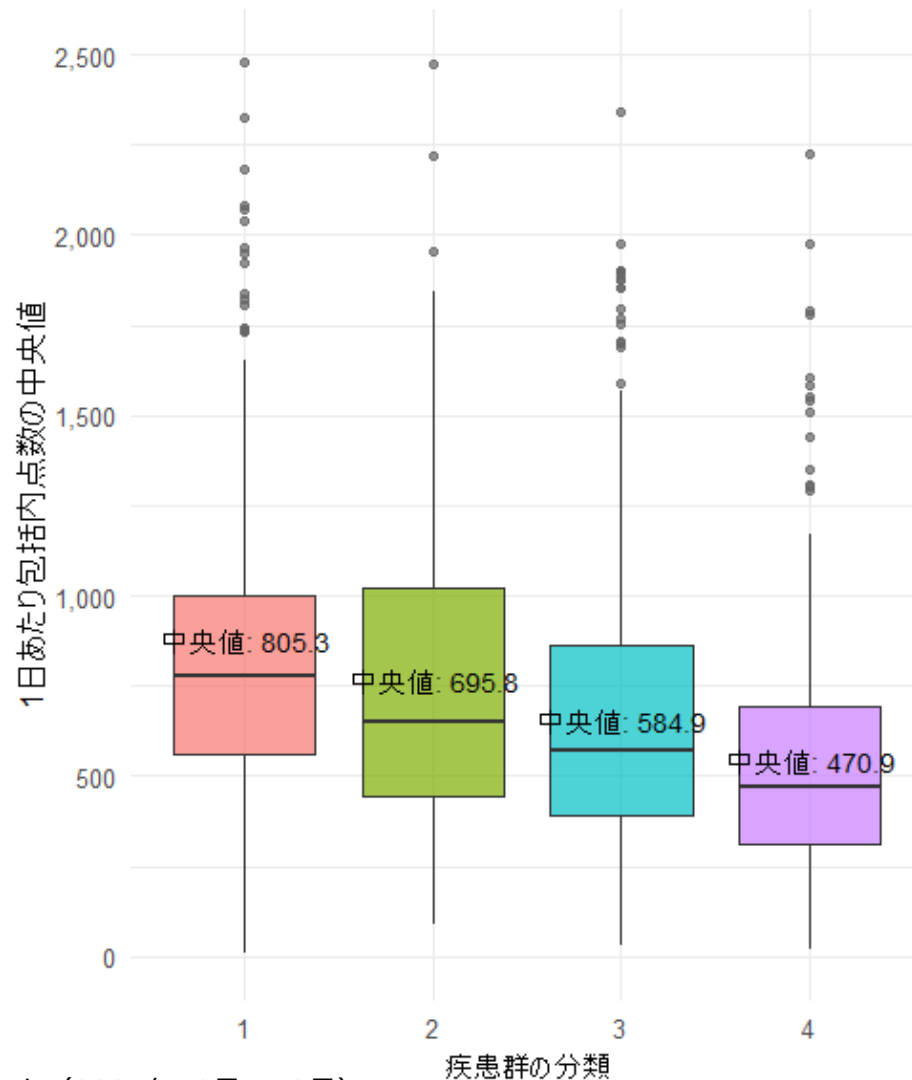
85歳以上の患者割合の分布 (施設ごと)



緊急入院や手術実施の割合と包括内の出来高実績点数

- 地域包括医療病棟において、緊急入院の割合や手術実施の割合に基づいて診断群分類を層別化すると、1日あたりの包括内の出来高実績点数の分布は以下のとおりであった。

1日あたり包括内出来高実績点数の中央値の分布（右表の各群別）



群	診断群分類の特徴	該当する診断群分類の数
1	緊急入院＞0.8かつ手術≤0.8	315
2	緊急入院＞0.8かつ手術＞0.8	110
3	緊急入院≤0.8かつ手術≤0.8	324
4	緊急入院≤0.8かつ手術＞0.8	306

【各群に含まれる診断群分類の例】

- 誤嚥性肺炎、肺炎等（市中肺炎）、腎臓又は尿路の感染症
- 股関節・大腿近位の骨折、頭蓋・頭蓋内損傷
- 食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）、慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全
- 小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術、白内障・水晶体の疾患、前腕の骨折 骨折観血的手術

これからの、奈良の医療

奈良に必要なのは

「断らない病院」と「面倒見のいい病院」



医療機関の
数を絞って…
医療機能を強化



高度な医療よりも
介護事業者との連携・
重症化したときの対応など、
「面倒見のよさ」
が求められる

医療機能を絞って…
在宅・介護(連携)機能を
強化

これからの、奈良の医療

奈良に必要なのは

「断らない病院」と「面倒見のいい病院」



「高齢者(に多い疾患)を
断らず、面倒見もいい病院」

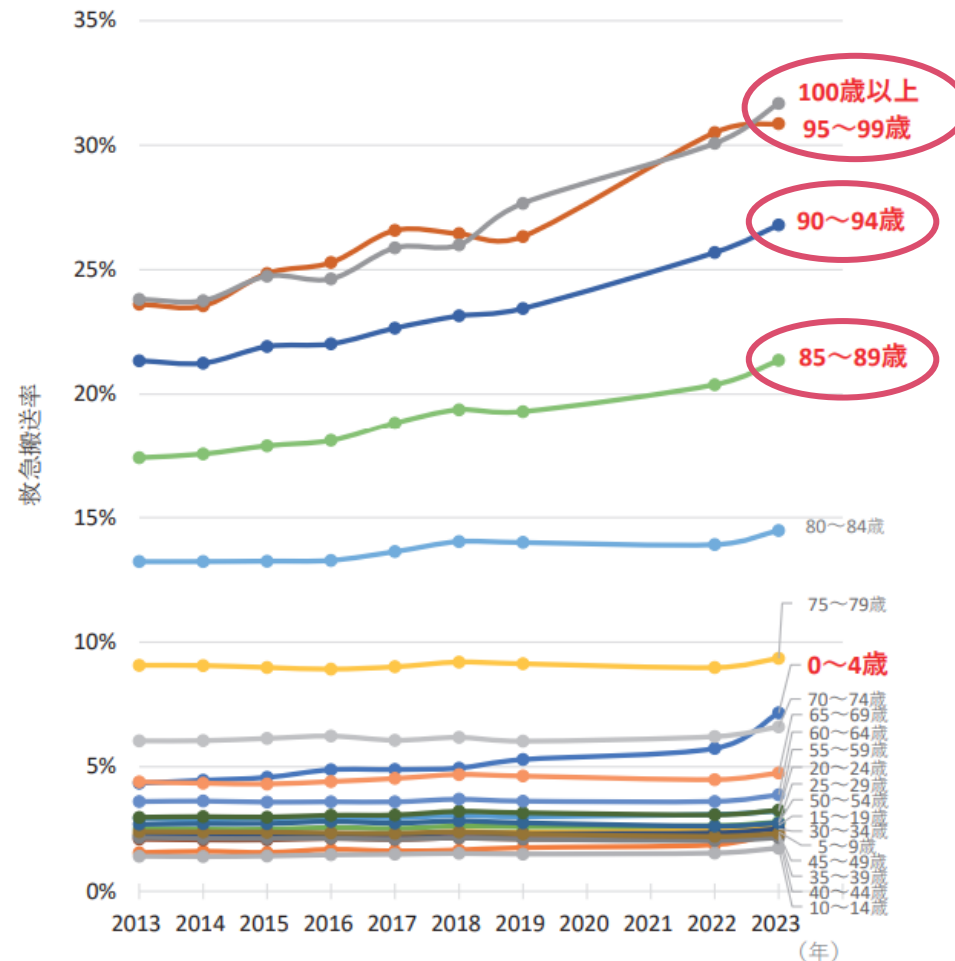
高齢者の救急搬送の増加

- 主に85歳以上の年齢階層で、救急搬送率が増加している。

年齢階層別の救急搬送率（全国単位）

救急搬送率 = 年間の救急搬送人員 ÷ 当該年の人口

救急搬送率の推移（2013～2023年）（コロナの2020、2021年除く）



医療と介護の連携の推進（イメージ）

- これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- **協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定**
- **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**
- **協力医療機関連携加算の新設**
- **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- **介護保険施設等連携往診加算の新設**
- **医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

(4) 入院調整

- **協力対象施設入所者入院加算の新設**
- **退所時情報提供加算の見直し**

(5) 早期退院

- **退院が可能となった場合の速やかな受入りの努力義務化**

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**
以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
※ 協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ **協力医療機関連携加算の新設**
介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**
感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ **退所時情報提供加算の新設**
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価
- ・ **早期退院の受入りの努力義務化**
退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

- ・ **入院時情報連携加算の見直し**
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実
- ・ **通院時情報連携加算の見直し**
算定対象に歯科医師を追加

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ **地域包括診療料等の算定要件の見直し**
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じること等を追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加



命

生活

人生

医療のために生活を犠牲にしない
医療のために尊厳を犠牲にしない

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**

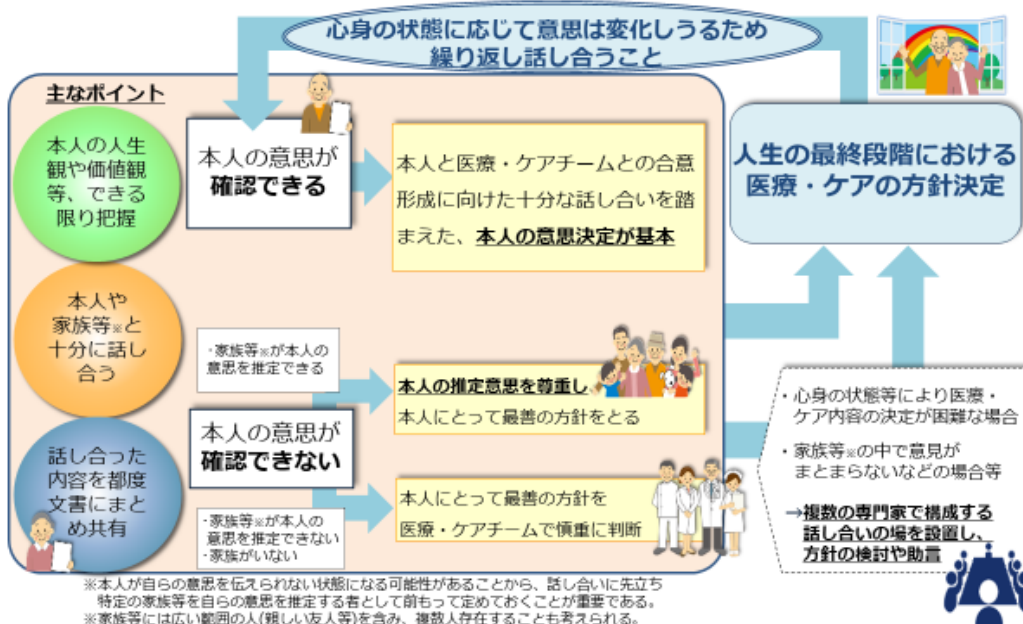
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関※**
 - ※ 小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
 - ・がん患者指導管理料
 - ・**地域包括診療料**
 - ・**地域包括診療加算**
 - ・**認知症地域包括診療料**
 - ・**認知症地域包括診療加算**
 - ・在宅療養支援診療所・病院

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備することを規定する。

- ・ 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- ・ 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



【身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準〕

- （1）当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
- （2）（1）の身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。
- （3）身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- （4）当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- （5）身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- （6）（1）から（5）までの規定に関わらず、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による。

〔経過措置〕 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

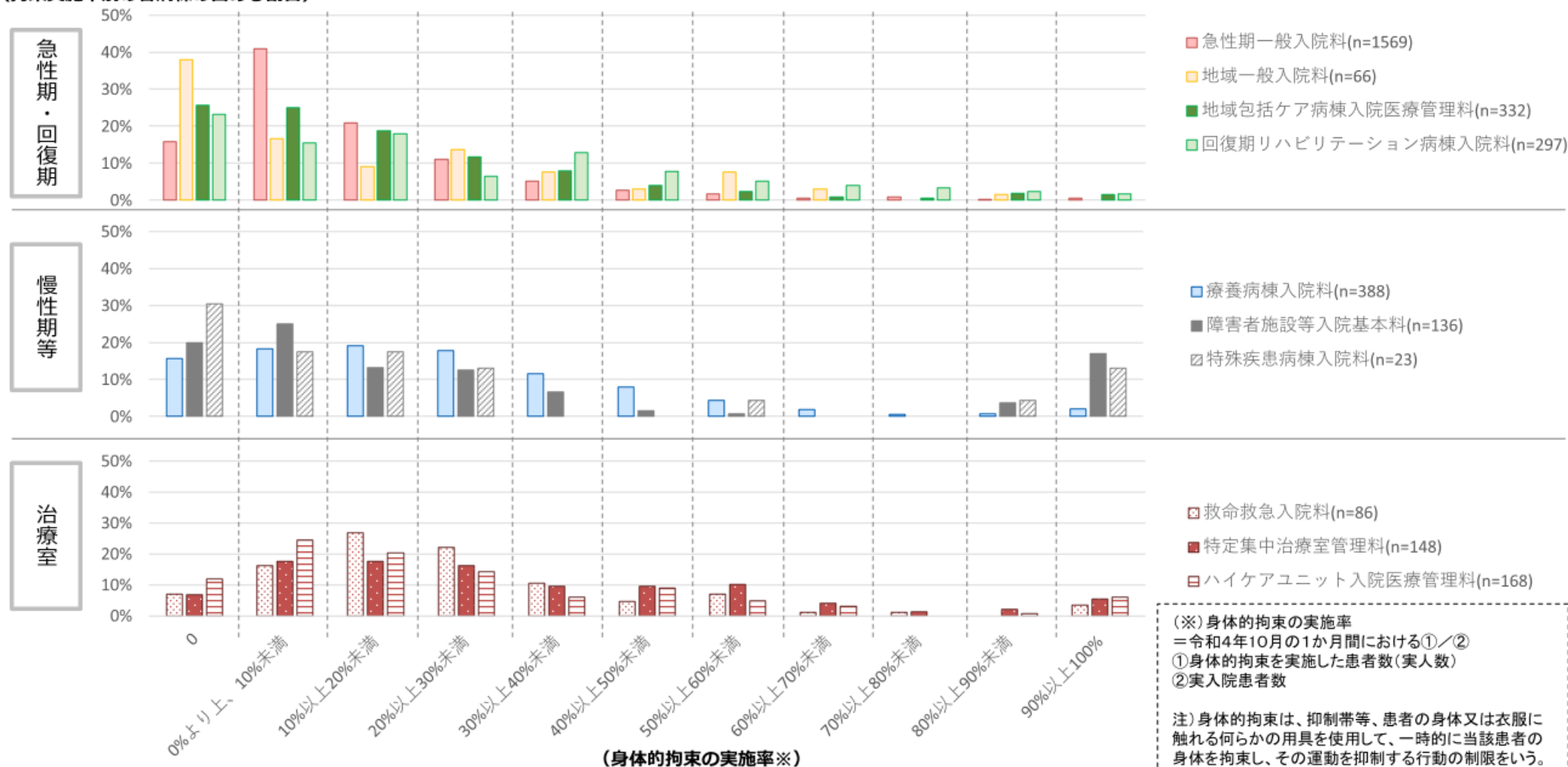
身体的拘束の実施状況

診療組 入-1
 5 . 6 . 8

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■入院料別の身体的拘束の実施率(※)

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



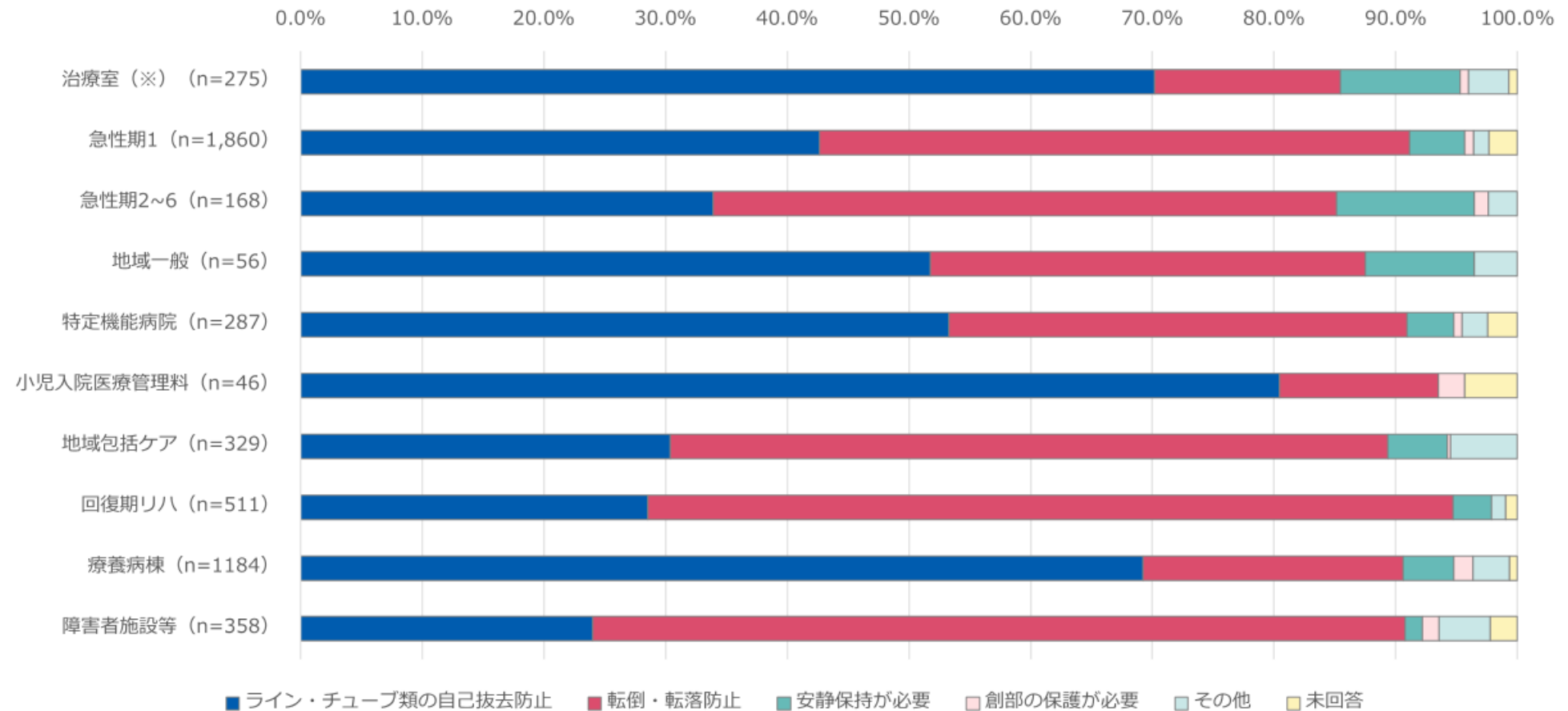
(身体的拘束の実施率※)

入院料別の身体的拘束の実施理由

診調組 入-1
5 . 7 . 6

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 身体的拘束をどう減らす

- 身体的拘束を減らす・なくすためには、組織ぐるみでの対応が必要。
 - 院長・看護部長のリーダーシップのもと、組織の方針として取り組む
 - 身体的拘束を行わずにケアをするためのスキル・ノウハウを身につける
 - 身体的拘束を行わないことによるリスクに対応する



- チームとして考え抜き実践することで、身体的拘束をほぼなくすることができる

■ 身体的拘束をやめたスタッフの声

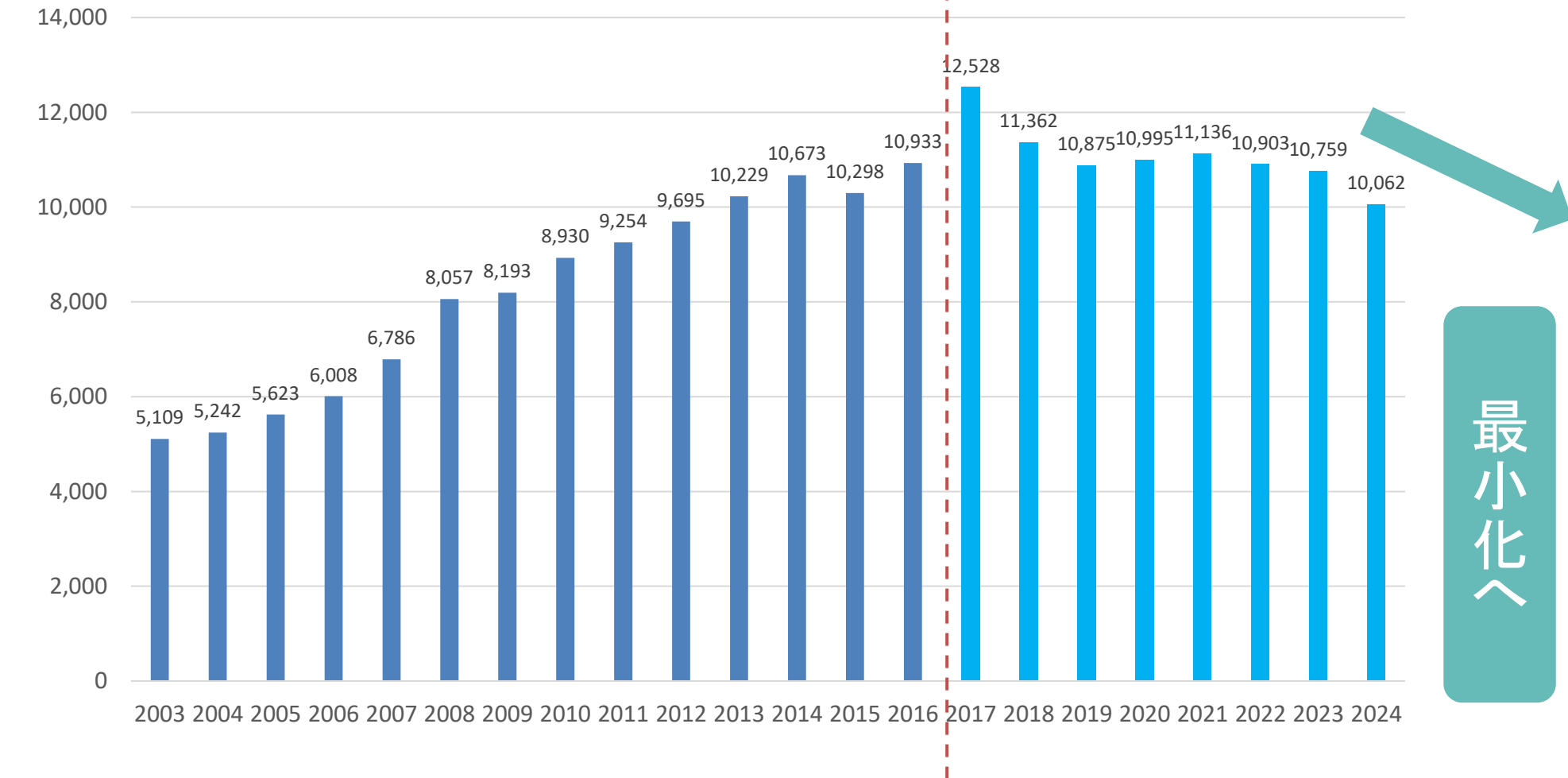
- 拘束をしないために・・・
 - 身体拘束をしないと決めると、しないための工夫やアイデアが出てきやすくなる。
 - 身体拘束をしないために、身体管理を少しゆるくした。点滴の時間は最低限にするなど、場所や管理の方法を変えたのが大きい。
 - 夜勤帯に代わる前に与薬するなど夜間のスタッフが必要最小限の対応ができるように配慮する。
- 拘束をやめると・・・
 - 身体的拘束をしているとそのための観察やケアに時間を使う。身体拘束をしなくなって、その時間で患者さんとの関わりの時間を持てるのは大きい。
 - 拘束をやめると、患者さん自身の病状やケア、生活に焦点をあてられるようになった
 - 先生の指示だからと迷いながら説明していたのが、説明の仕方が変わった。主語が自分になった。

出典：精神科医療における行動制限の最小化に関する調査研究
動画「どう進める？行動制限最小化」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_34246.html



精神病床における身体的拘束（指示）の件数

単位(件)



2016年度までは実施の件数、2017年度からは指示の件数を示す

資料：「精神保健福祉資料」より作成

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法等】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

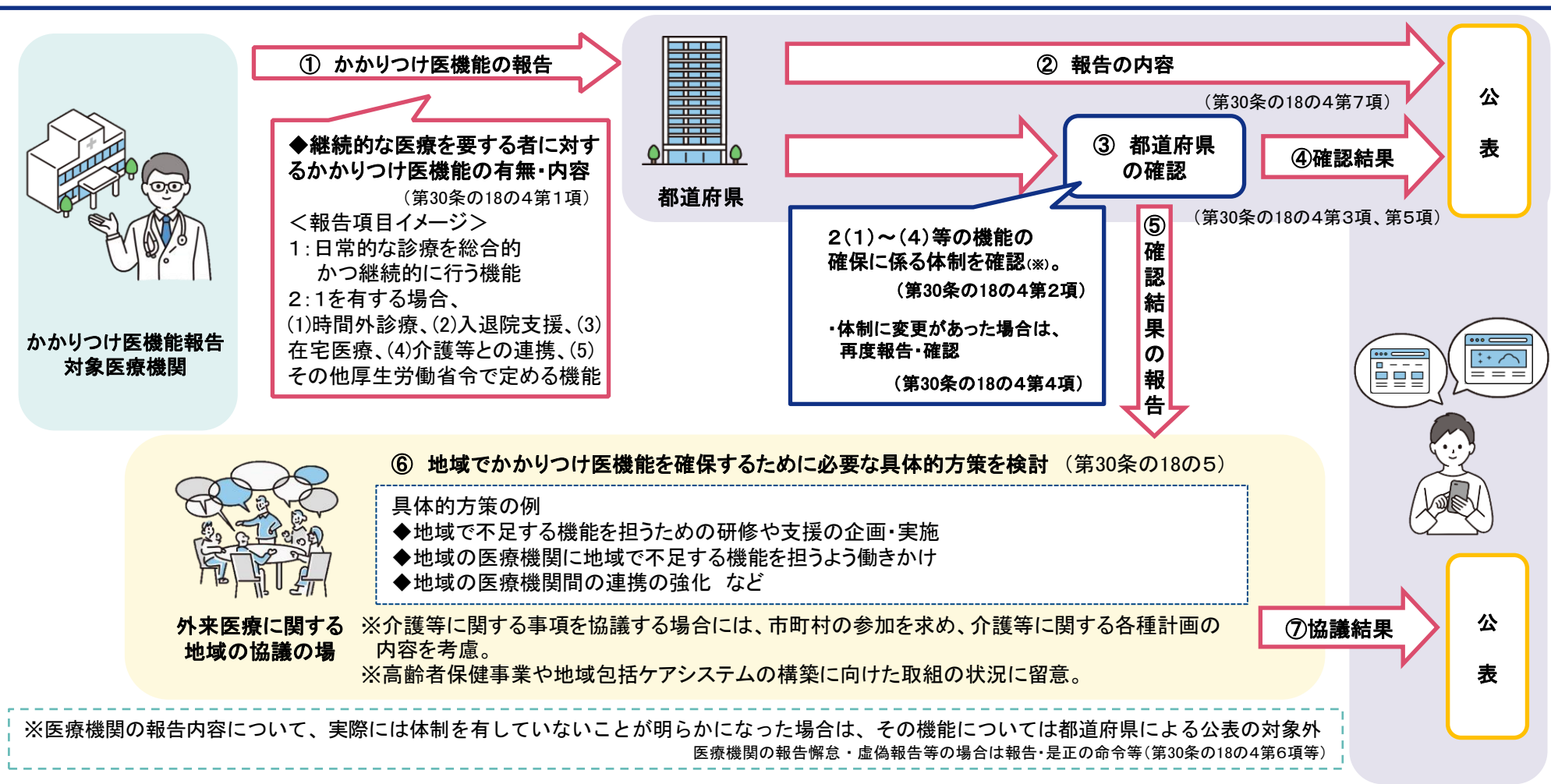
等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

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。



日常的な診療を総合的かつ継続的に 行う機能

- ・ 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

- (1) 通常診療時間外の診療、
- (2) 入退院時の支援、
- (3) 在宅医療の提供、
- (4) 介護サービス等と連携した医療提供、
- (5) その他厚生労働省令で定める機能

報告を求めるかかりつけ医機能の内容（主なもの）

1号機能

○ 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能

- ・ 当該機能を有すること及び報告事項について院内掲示により公表していること
- ・ かかりつけ医機能に関する研修※の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- ・ 診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、一次診療を行うことができる疾患
- ・ 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※ かかりつけ医機能に関する研修の要件を設定して、該当する研修を示す。

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

2号機能

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

※ 1号機能を有する医療機関は、2号機能の報告を行う。

その他の報告事項

○ 健診、予防接種、地域活動、教育活動、今後担う意向 等

「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）

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。

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

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。

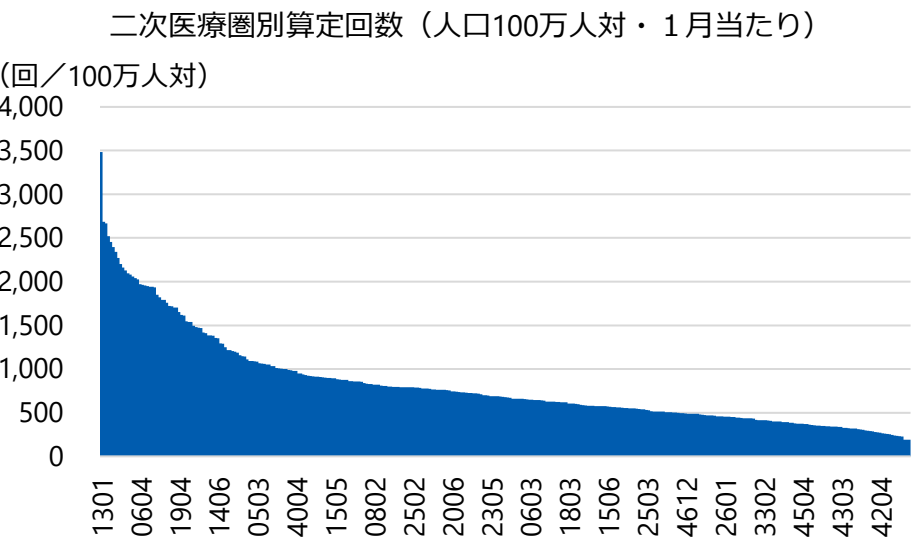
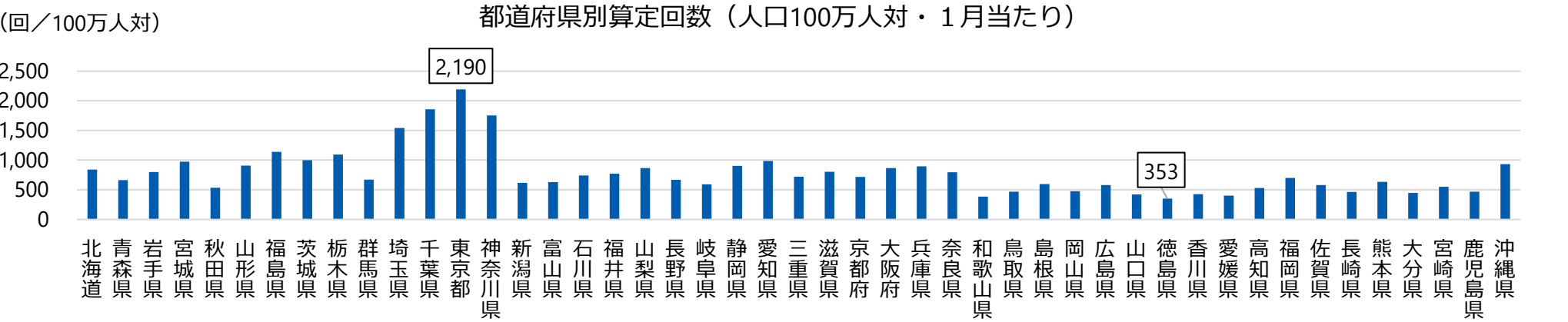
医療法のかかりつけ医機能報告と現行の診療報酬の比較

診調組 入－1
7 . 6 . 1 9

赤字：時間外対応加算・機能強化加算で体制整備を評価している機能

医療法上の主なかかりつけ医機能		関連する主な現行の診療報酬
1号機能 (日常的な診療の総合的・継続的实施)	機能の院内掲示による公表	機能強化加算の掲示要件
	かかりつけ医機能に関する研修等の修了	地域包括診療料・加算の研修要件
	一次診療の対応が可能な診療領域・疾患	-
	全国医療情報プラットフォームの参加・活用	医療DX推進体制整備加算等
	服薬の一元管理の実施	機能強化加算、地域包括診療料・加算等
2号機能	通常の診療時間外の診療	時間外対応加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料 在宅療養支援診療所・病院等
	入退院時の支援	在宅療養支援診療所・病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟 入院料、入退院支援加算等
	在宅医療の提供	在宅療養支援診療所・病院、地域包括診療料・加算等
	介護サービス等との連携	地域包括診療料・加算、機能強化加算等
その他 報告事項	法定健診・検診	機能強化加算、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)、地域包括診療料・加算
	定期予防接種	機能強化加算、地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料
	学校医・警察医	機能強化加算、小児かかりつけ診療料
	産業医	(療養・就労両立支援指導料)
	臨床研修医等の教育	-

- 患者住所地ベースでの情報通信機器を用いた診療の人口100万人・1月当たりの算定回数（令和6年9～11月診療分）について、都道府県単位では最も多い東京都で2,190回、最も少ない徳島県で353回であった。
- 二次医療圏単位では、区中央部（東京都）が約3,500回で最も多く、有田（和歌山県）が190回で最も少なかった。また、算定回数が0回の医療圏は無かった。



人口100万人対・1月当たりの算定回数上位5医療圏

		算定回数 (人口100万人対・1月当たり)	算定回数
1301	区中央部	3,481	10,361
2201	賀茂	2,685	434
1303	区西南部	2,665	11,828
0121	根室	2,519	503
1313	島しょ	2,455	169

出典：NDBデータ（令和6年9～11月診療分）から情報通信機器を用いた初診料、再診料、外来診療料を集計。二次医療圏別の人口は「日本の地域別将来推計人口 令和5（2023）年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）の2025年推計人口から算出。

IV

急性期拠点機能について

高齢者救急 地域急性期 機能

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

※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

在宅医療等 連携機能

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

※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

急性期拠点 機能

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

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

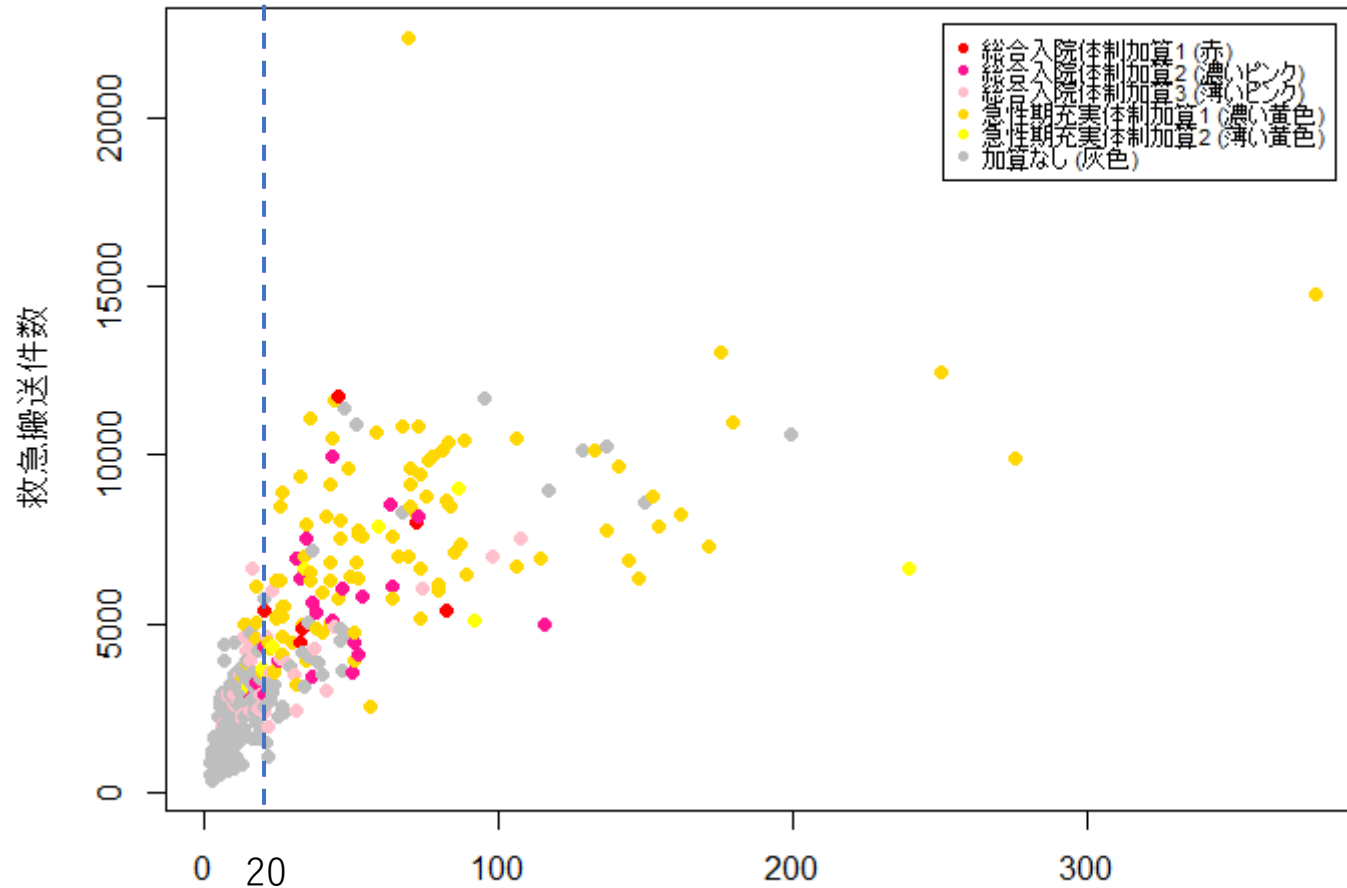
専門等機能

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

二次医療圏における救急搬送件数

- 人口規模の大きな二次医療圏ほど、当該医療圏で最大の救急搬送を受けている病院における救急搬送件数も多くなる傾向がある。
- 急性期充実体制加算や総合入院体制加算の多くは、人口20万の二次医療圏より大きな医療圏で算定されている。

各二次医療圏における最大救急搬送件数 (n=335)

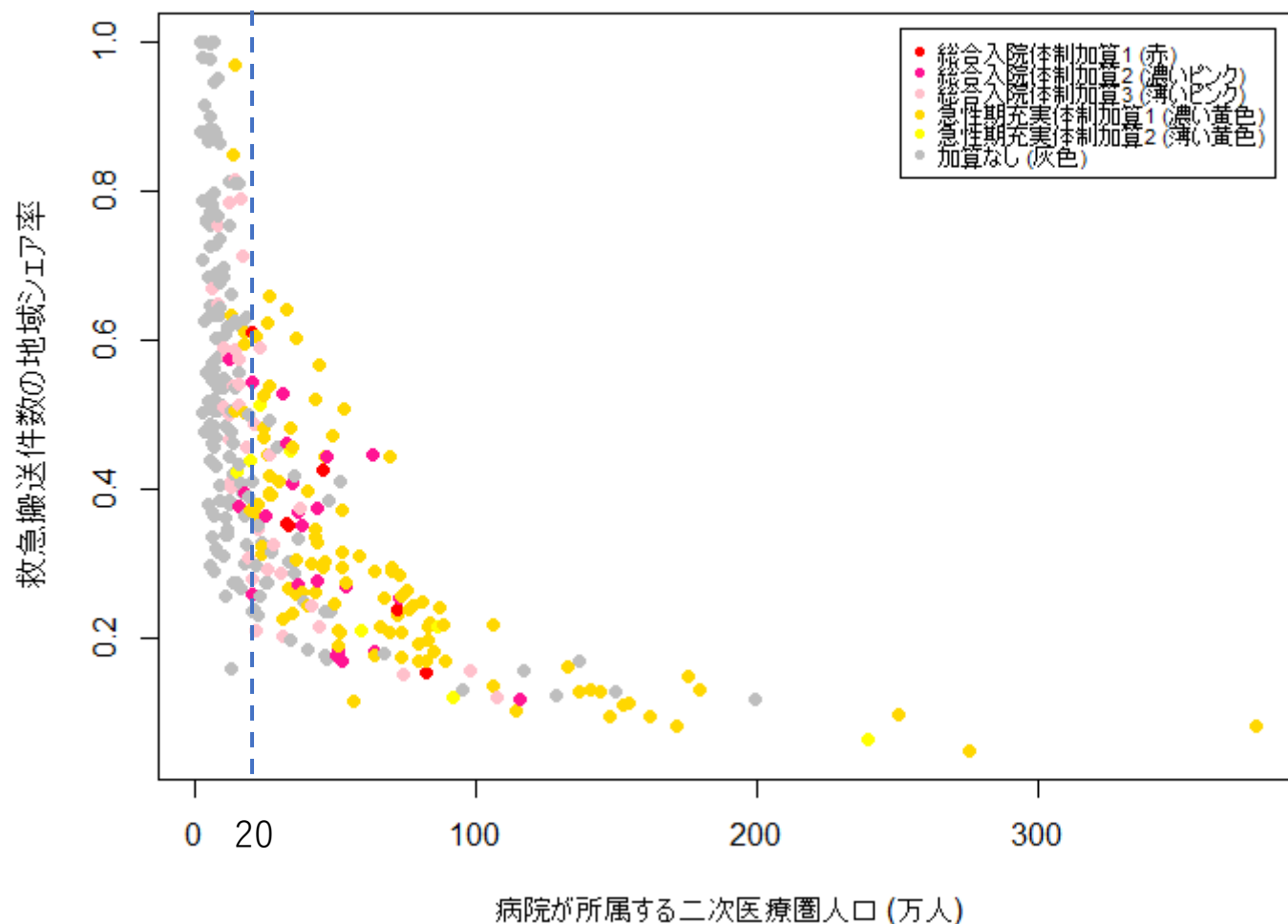


病院が所属する二次医療圏人口 (万人) ※各点は二次医療圏内で最大の救急搬送を受けている病院の救急搬送件数と所属二次医療圏人口を示す

二次医療圏における救急搬送の地域シェア率

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制や総合入院体制加算は算定されていない。

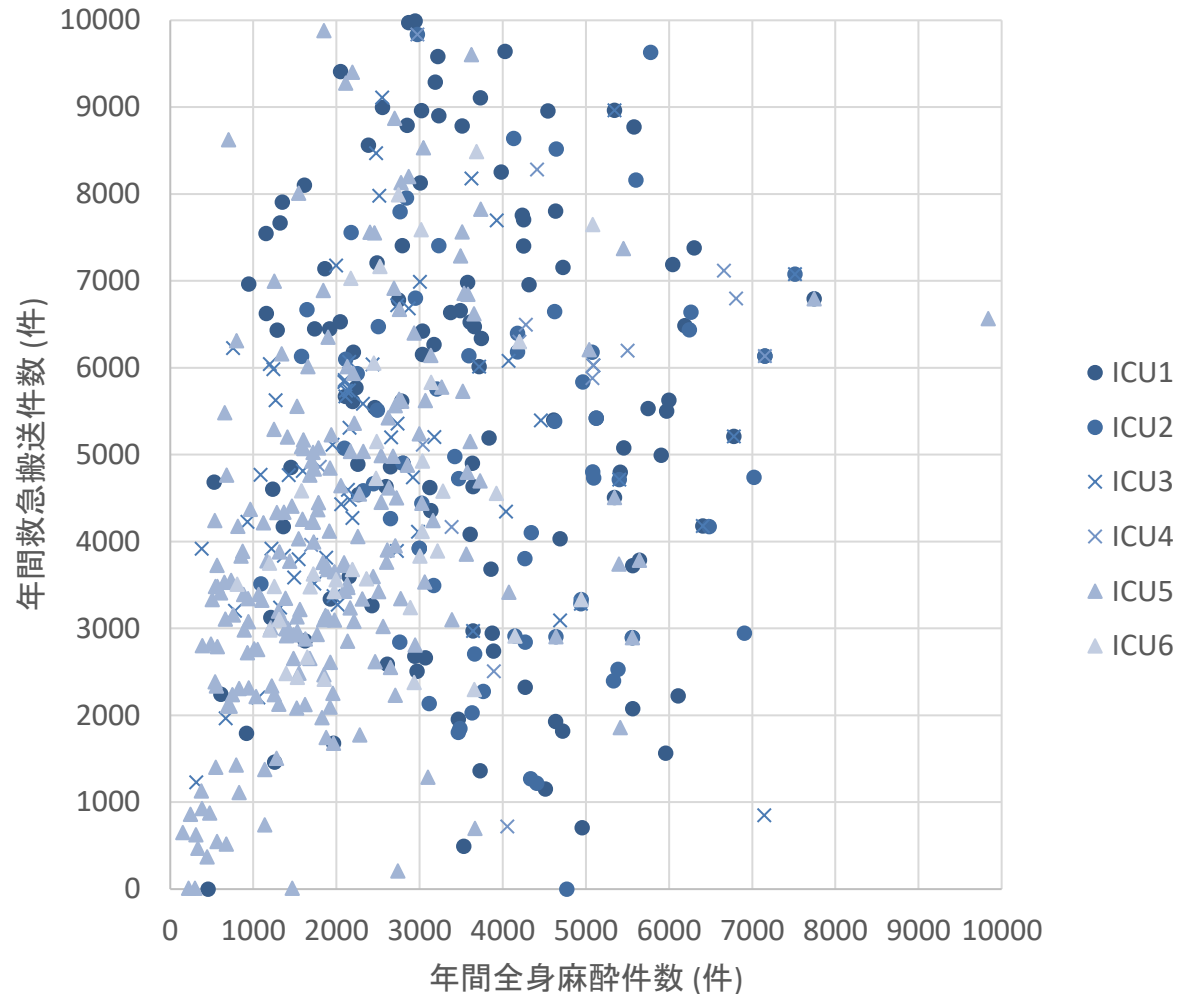
各二次医療圏における救急搬送の地域シェア率 (n=335)



病院が所属する二次医療圏人口 (万人)

集中治療室を有する病院の全身麻酔件数・救急搬送件数

- 「特定集中治療室管理料」を算定する病院のうち、年間全身麻酔件数、年間救急搬送件数のいずれも1,000件未満である病院が一定数あった。



出典: 保険局医療課調べ

・令和6年12月において「特定集中治療室管理料」を算定する医療機関をDPCデータから抽出。
・救急搬送件数は、令和5年度病床機能報告。年間救急搬送件数の報告がない病院は除外。全身麻酔実施件数は、令和5年10月から令和6年9月までの実績をDPCデータから抽出。

病院機能を踏まえた報酬評価のあり方は？

- これまでの診療報酬の評価においては、病棟ごとの基準を設けてきたが、様々な課題が存在。
 - 患者の重症度などによる基準の設定には限界があり、軽症の患者が高い報酬の病棟に入院することを避けられない。
 - 病院内で過度な病棟機能分化が進み、増収のための転棟など運営が複雑化。
- 一方で、病院の機能によっては病棟の機能の発揮状況に差がある状況。



「病棟最適」ではなく「地域最適」となる評価のあり方は？

医師偏在をどうする

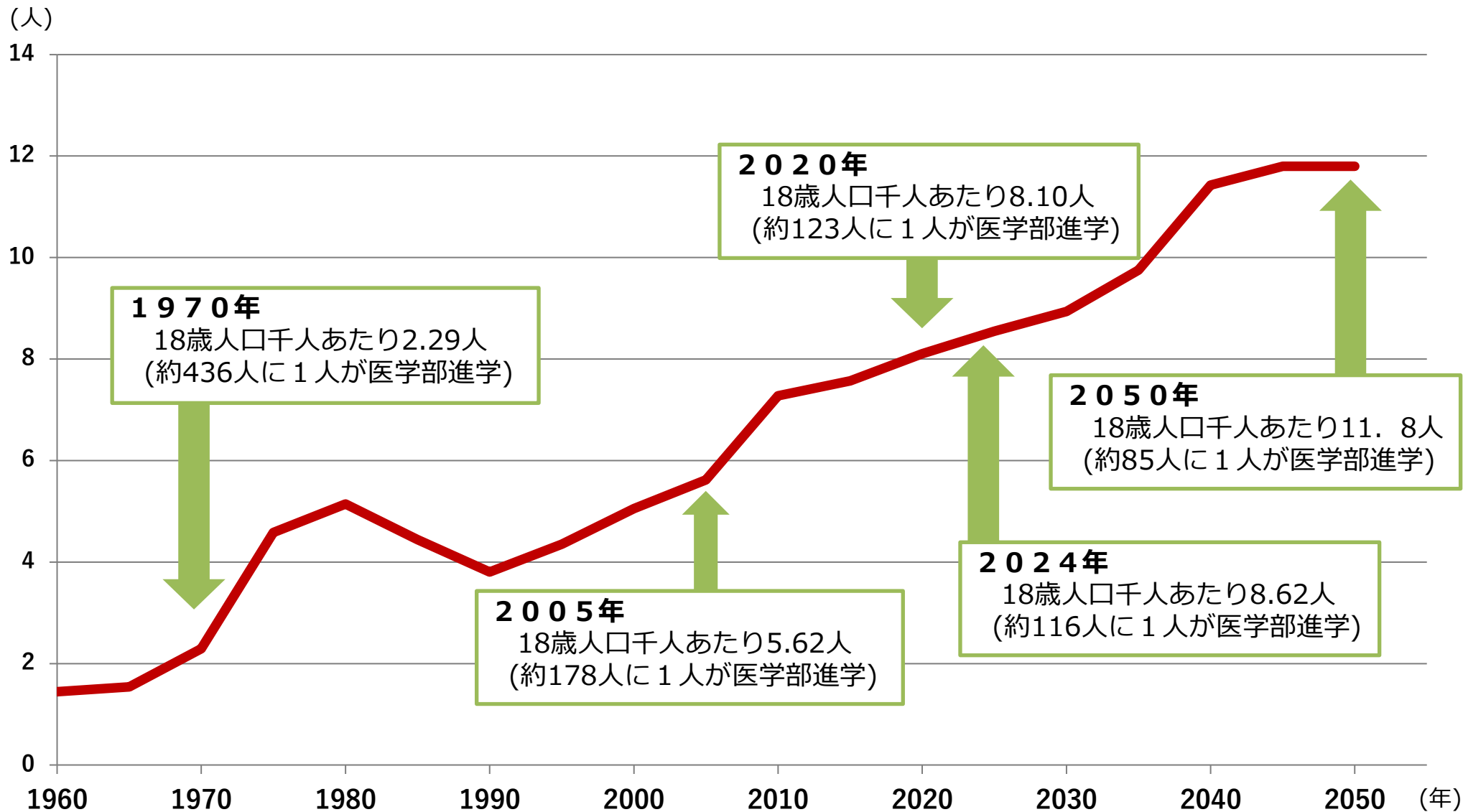
V

これまでの地域偏在対策

- 平成半ばまでは「医局機能」による偏在対策
- 臨床研修制度（H16）以後は、一旦偏在が進んだ
- 医師養成課程を中心に、様々な対策がとられている
 - 大学医学部における「地域枠」
 - 臨床研修における都道府県別のマッチングの定員設定
 - 専門研修におけるシーリング

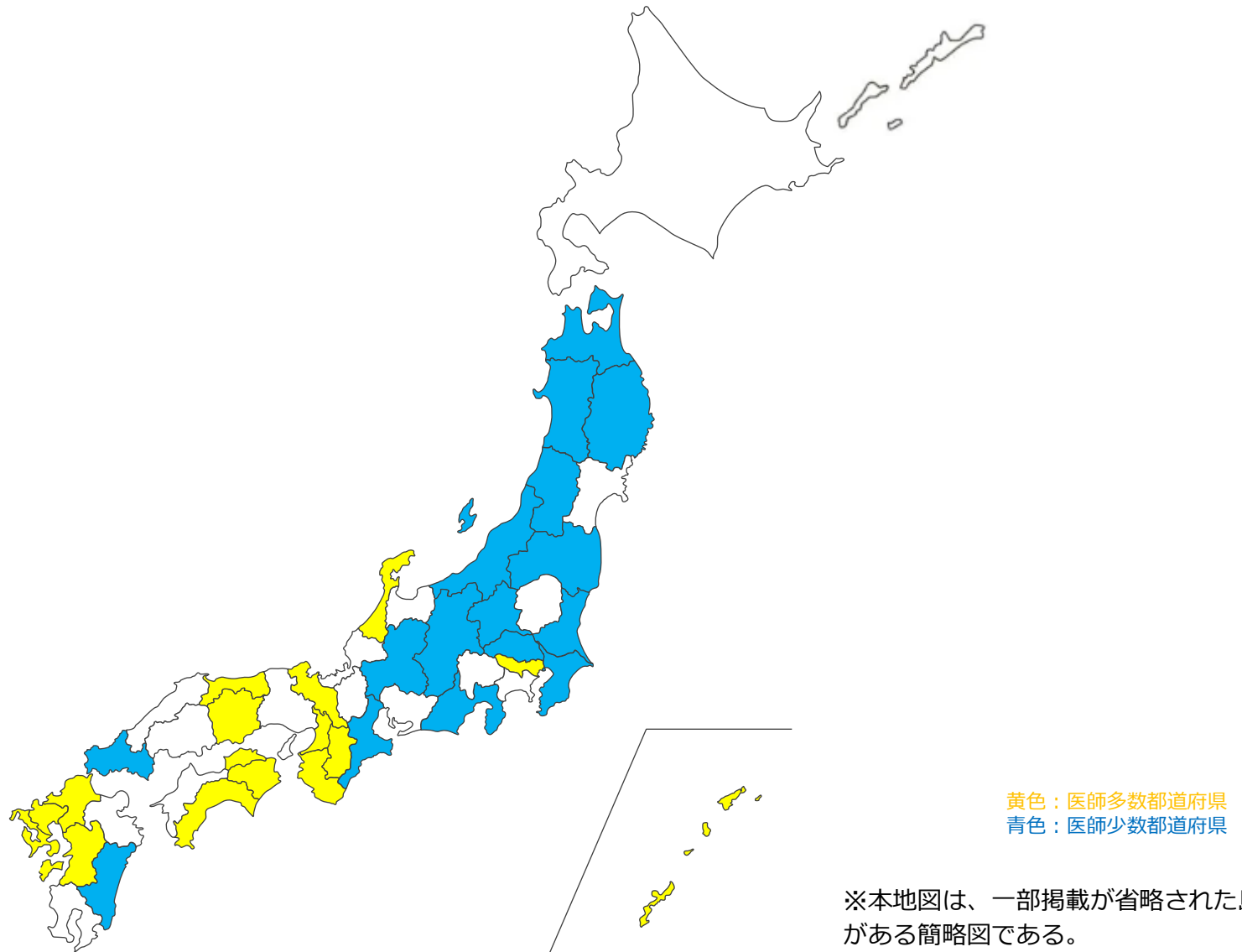
18歳人口千人あたりの医師養成数

○ 1970年は約436人に1人が医学部進学していたところ、2024年度の募集定員数で固定した場合、2050年には約85人に1人が医学部進学することとなる。



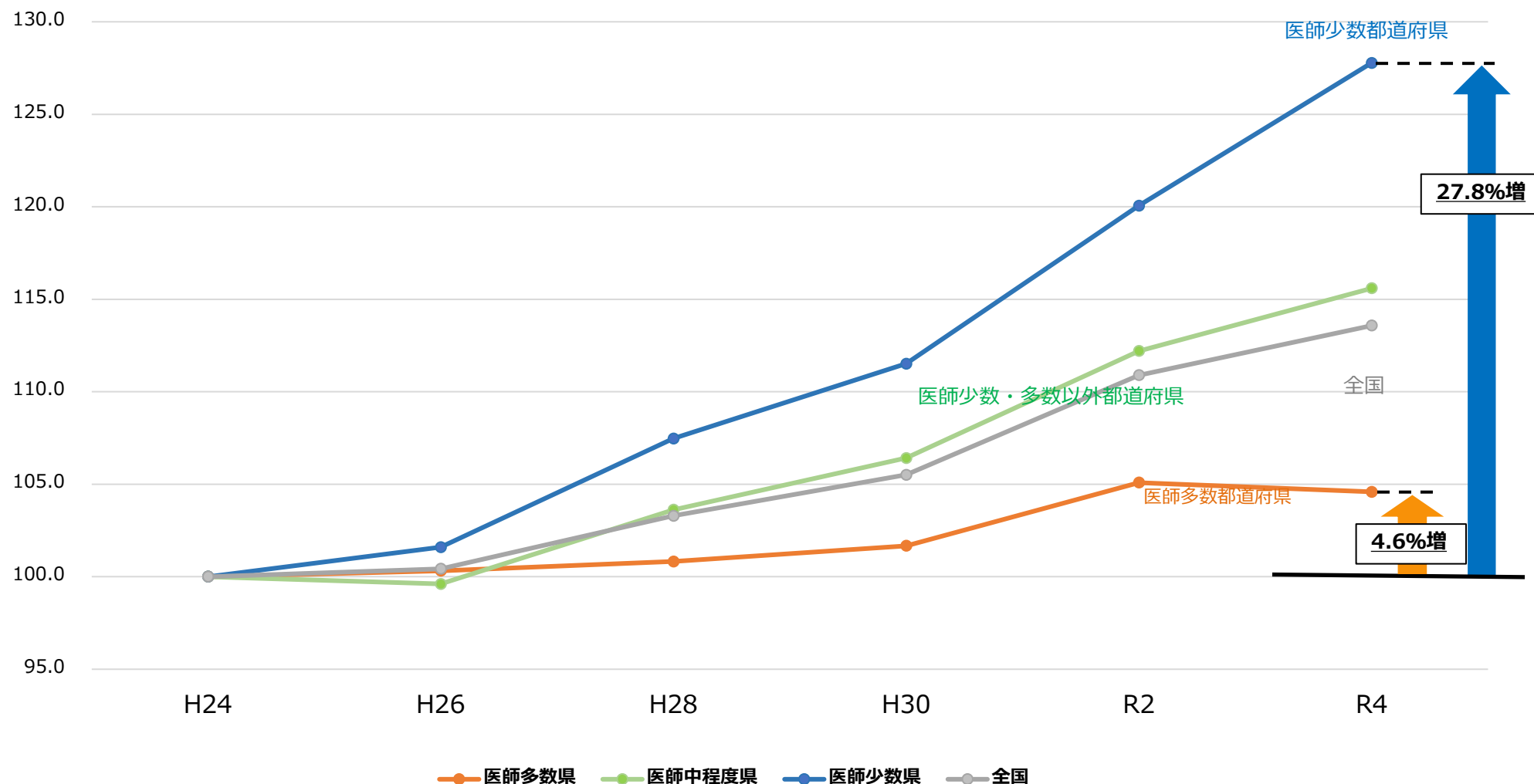
※18歳人口は1960～2020年までが国勢調査、2021年以降は日本の将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所令和5年推計 出生中位・死亡中位）を使用。
※医学部定員に関しては、2024年度の定員数で固定されたと仮定。

都道府県別の医師偏在指標（令和5年11月）



35歳未満の医療施設従事医師数推移（平成24年を100とした場合）

- 平成26年の前後で比較すると、医師少数都道府県の若手の医師数は、医師多数都道府県と比較し伸びており、若手の医師については地域偏在が縮小してきている。



※医師多数都道府県：医師偏在指標の上位33.3%の都道府県
 医師少数都道府県：医師偏在指標の下位33.3%の都道府県
 医師少数・多数以外都道府県：医師偏在指標の上位・下位33.3%以外の都道府県

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計（厚生労働省）
 医師少数都道府県及び医師多数都道府県は医師偏在指標
 （厚生労働省：令和2年2月）による

医師の地域偏在対策はどうあるべき？

■ インセンティブ VS 規制

- 規制なくして効果あるか？
- 規制すれば効果があるか？

■ 若手医師への対策 VS 年輩医師への対策

- 若手医師だけに責任を負わせてよいのか？
- 若手医師以外への対策に効果が期待できるか？

■ 専門分化 VS 総合化

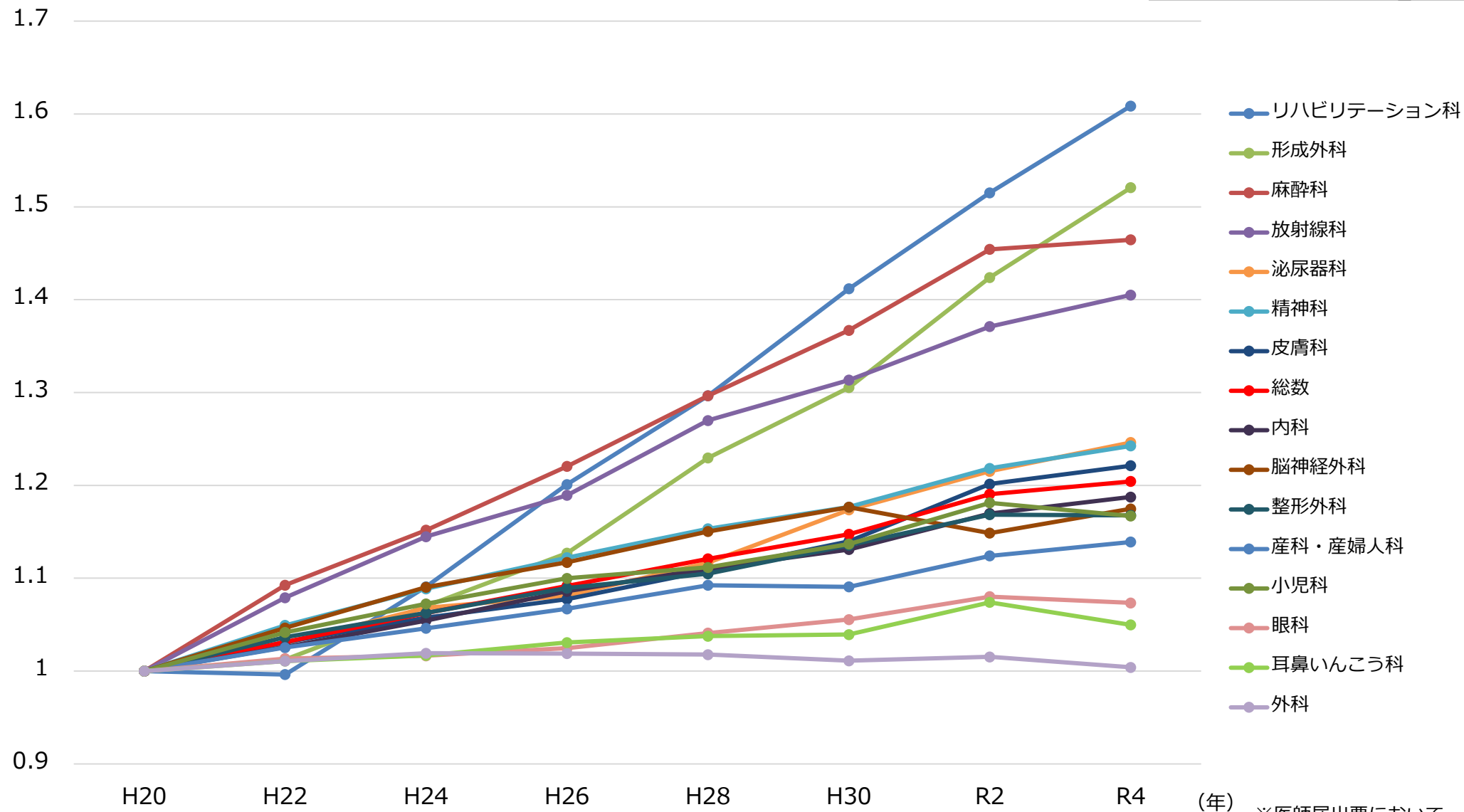
- 専門分化が医師不足の原因ではないか

■ 偏在 VS 散在

- 医師不足とされる地域に、どのくらいの医療需要があるのか
- 医療を集約化すれば解決するのでは

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 資料1
令和6年1月29日 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

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

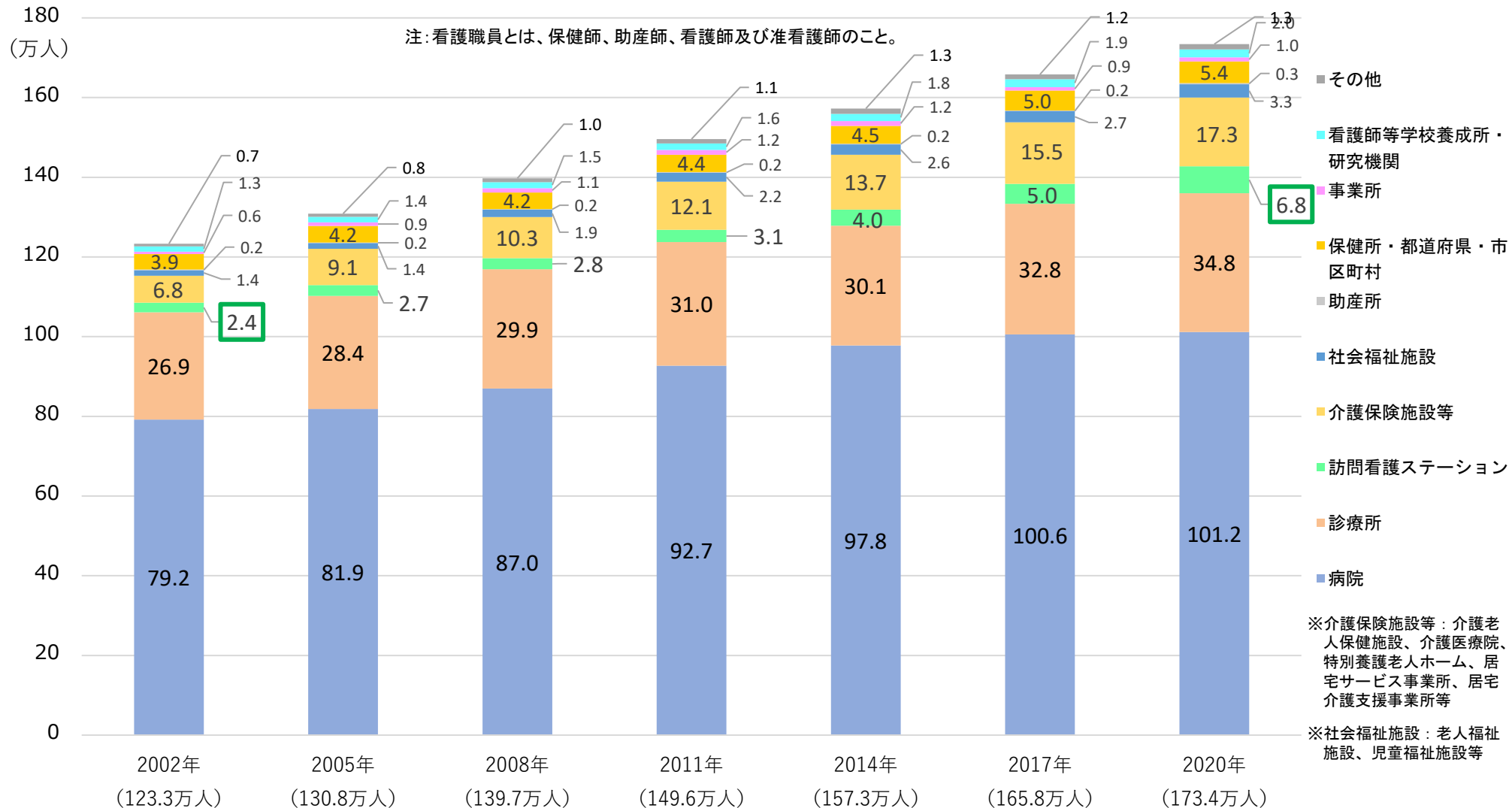
医師の診療科偏在対策はどうあるべき？

- これまでは、産婦人科・小児科の医師不足が注目されてきた。
- 近年は外科（特に消化器外科）の医師が減少傾向。女性医師はむしろ増えているが、男性医師が減少。
 - 外科医師の需要は衰えていない。
 - 働き方や組織風土、修練に時間がかかること等が若手から敬遠されている印象
- 規制強化の意見 VS 報酬増の意見
 - 規制強化は診療科偏在への対策になるか？
- 実効性のある対策は？
 - 働き方改革、症例数を積める環境 → 集約化が不可避
 - 組織風土は変わっていくか？

就業場所別看護職員数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

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。



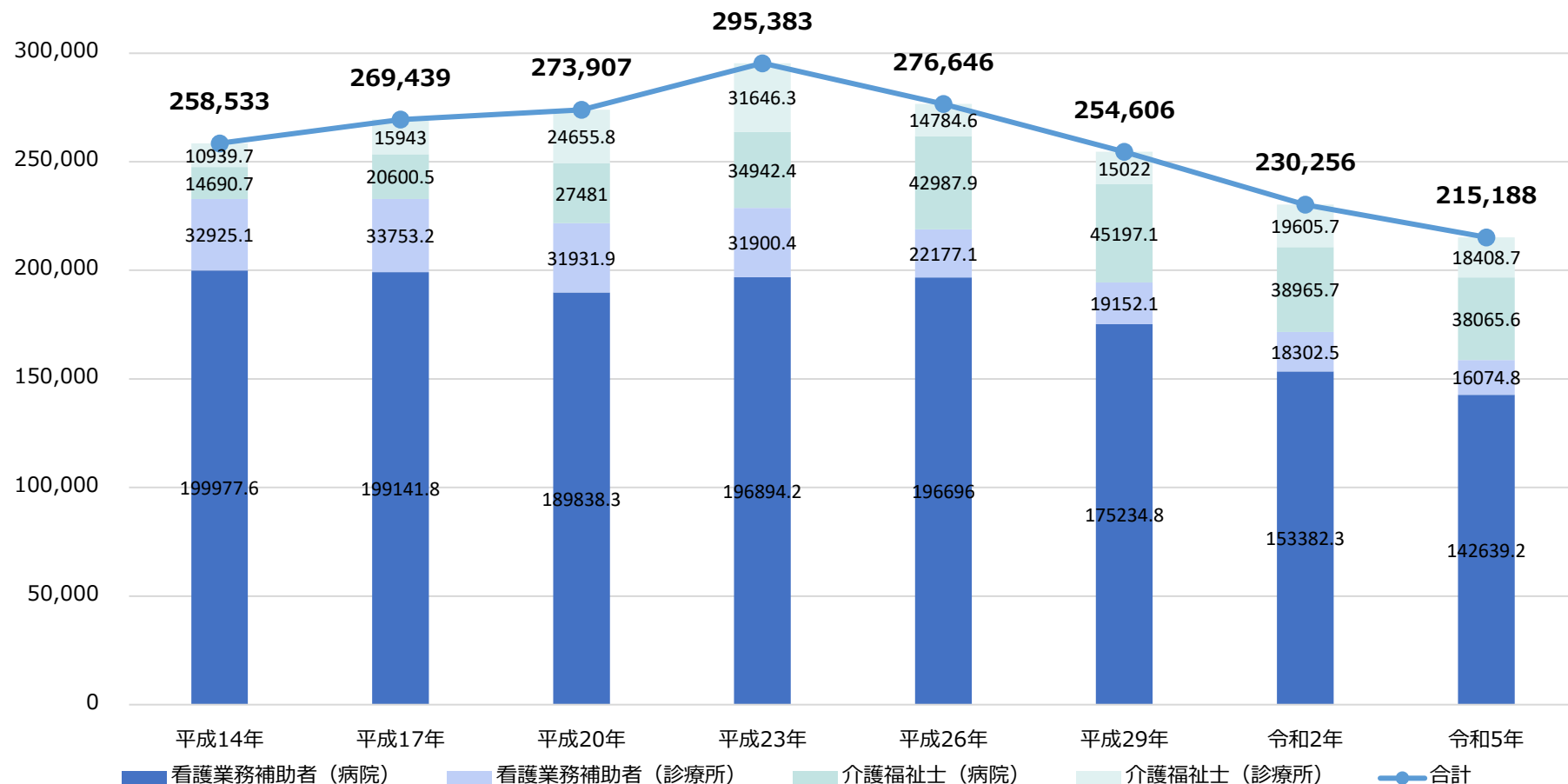
資料出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」「衛生行政報告例（隔年報）」「病院報告（従事者票）」に基づき厚生労働省医政局看護課において集計・推計

・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。

看護業務補助者等の従事者数の推移

中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

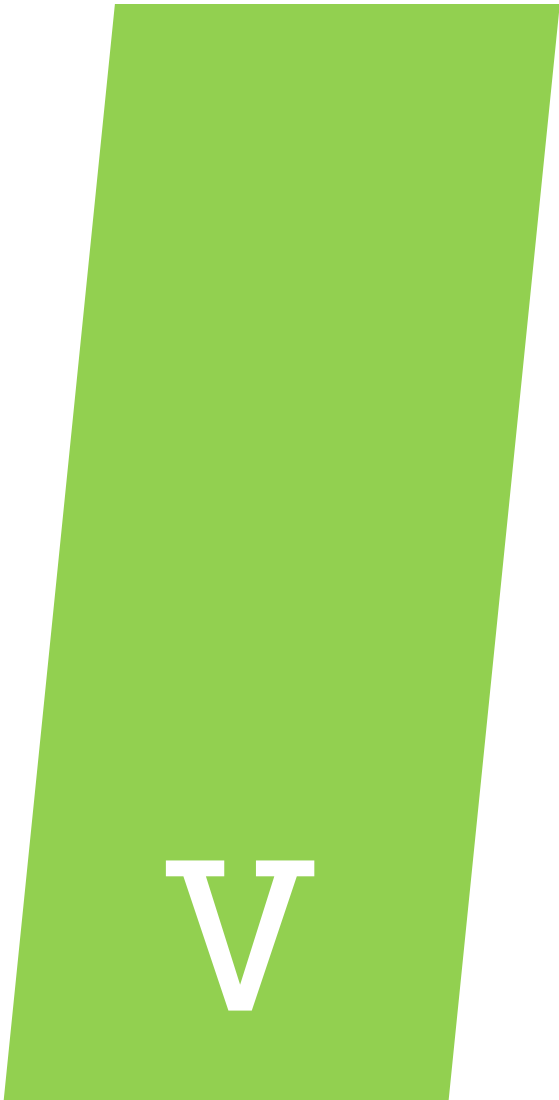
医療機関に勤務する看護業務補助者等の従事者数は平成26年以降減少しており、看護業務補助者と介護福祉士の合計数も同様である。



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

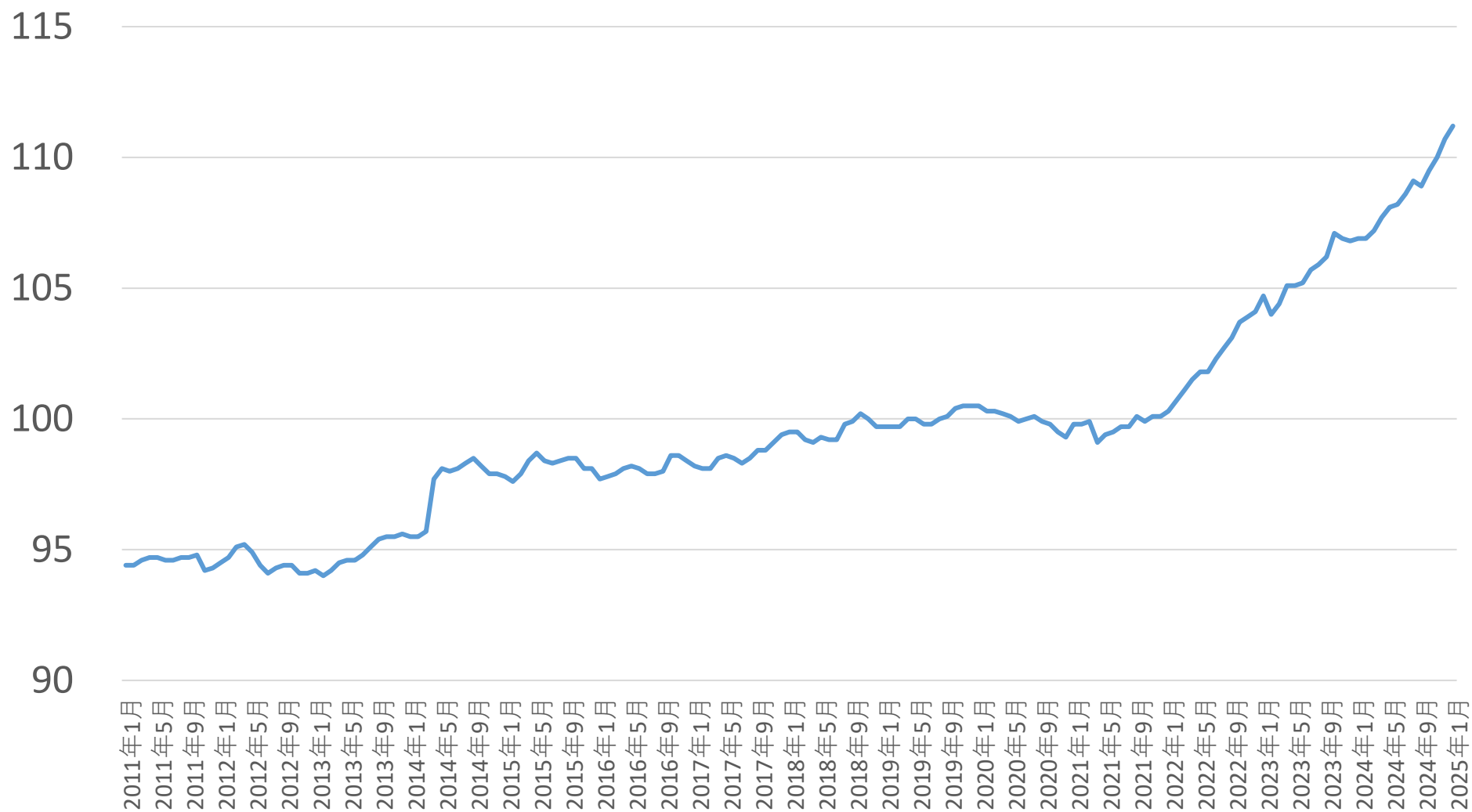
注：平成28年までは「病院報告」で把握していたが、平成29年からは「医療施設静態調査」で把握することとなり、平成29年以降は従事者数不詳の病院が存在するため、単純に年次比較することはできない。



V

**物価高・賃上げへの
対応**

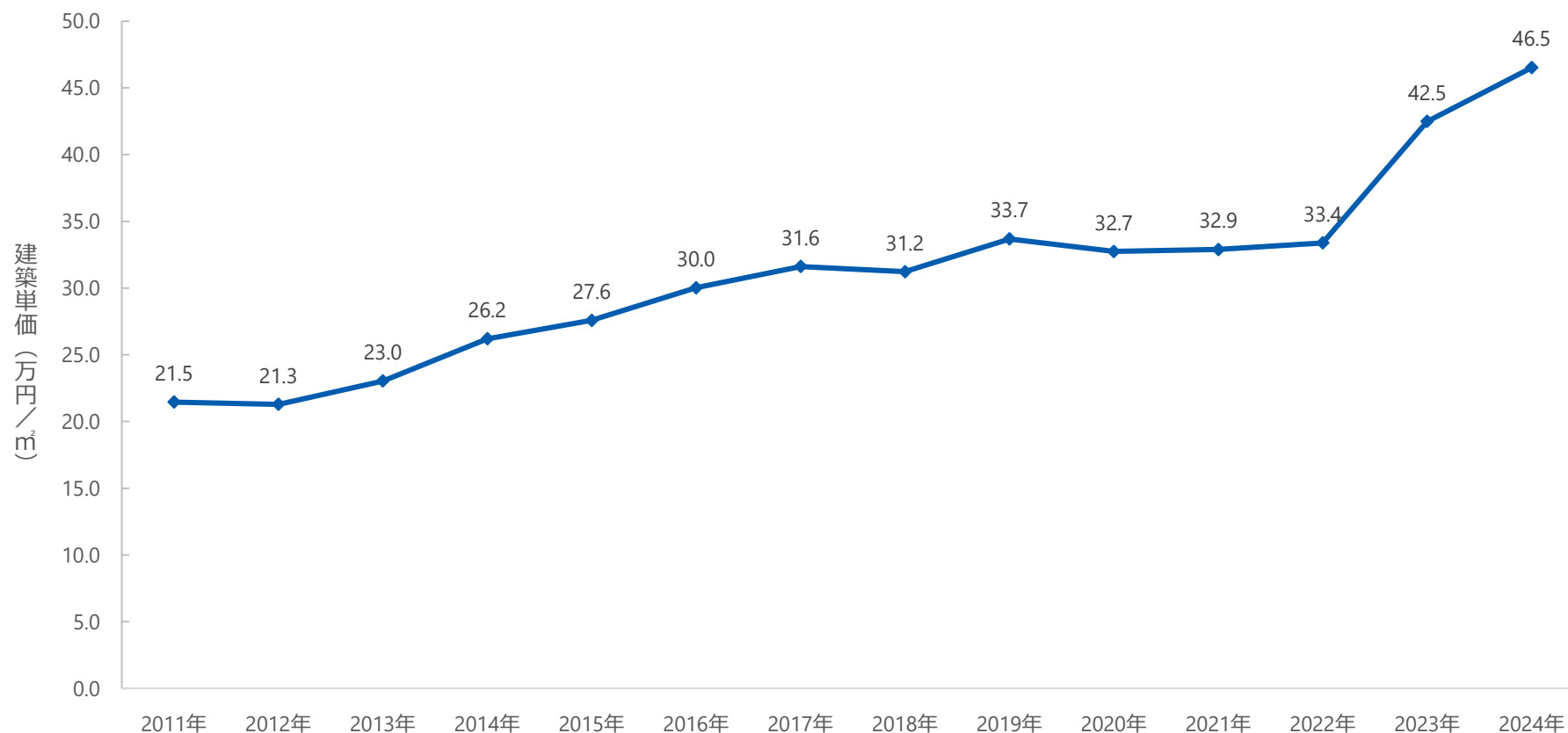
消費者物価指数の推移



設備投資コスト：建築費① | 病院・診療所の新規着工建築単価の推移

新規に着工された病院・診療所の建築単価は増加傾向にある。

病院・診療所の新規着工建築単価の推移

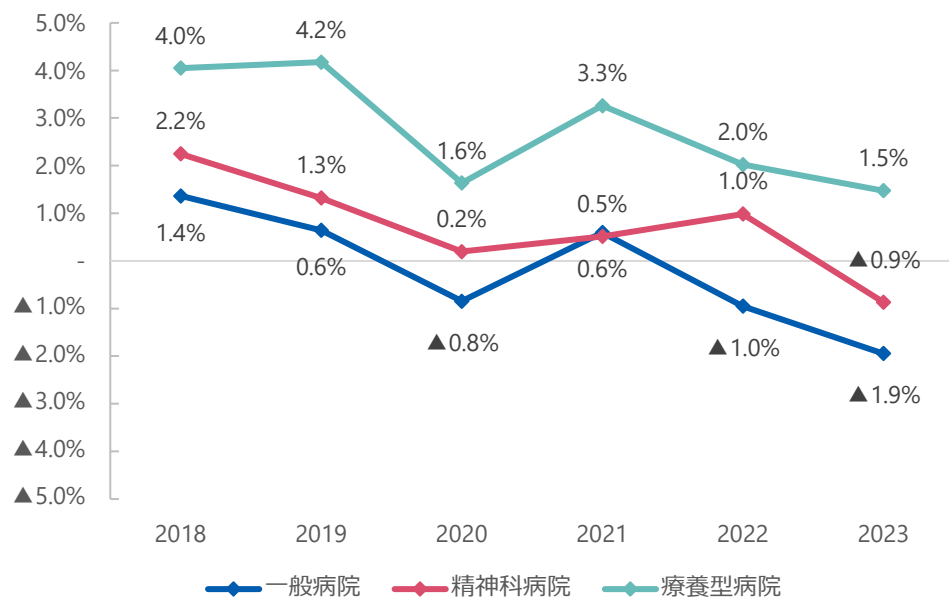


出典：国土交通省「建築着工統計調査」に基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

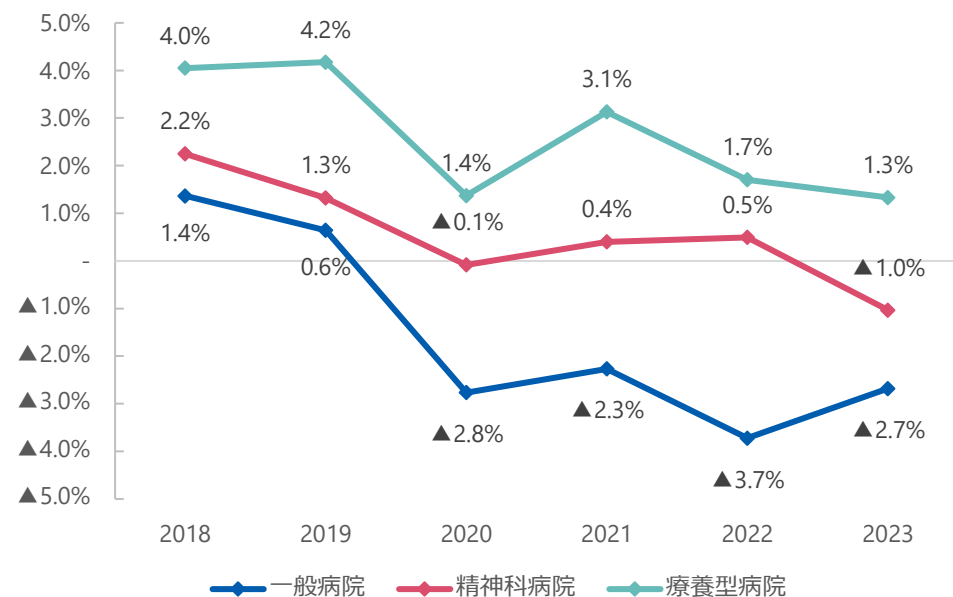
病院の事業利益率の推移

事業利益率は各病院類型のいずれも低下傾向にあり、療養型病院以外はすべてマイナスとなっている。また、コロナ補助金の影響を除外すると、より利益率は低下している状況。

事業利益率の推移



事業利益率の推移（コロナ補助金影響を除く）



計算式：事業利益率＝事業利益÷事業収益

※2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれている点に留意

2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれていることから、当該影響を除く事業利益率を算出

計算式：事業利益率＝（事業利益－事業収益に計上されたコロナ補助金）÷（事業収益－事業収益に計上されたコロナ補助金）

出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2019年度997施設、2020年度2,014施設、2021年度1,875施設、2022年度1,689施設、2023年度1,943施設が対象。

病院の収支構造の変化について

2018年度と2023年度の病院の100床当たり損益を比較すると、費用の50%超を占める人件費が増加していることに加え、人件費以外についても、軒並み事業収益の増加率（+10.3%）を上回る伸びで推移している。

100床当たり損益の比較

単位：千円	2018→2023の比較			
科目	2018	2023	増減額	増減率
事業収益	1,523,760	1,681,312	+157,552	+10.3%
事業費用	1,495,334	1,714,970	+219,636	+14.7%
人件費	855,635	947,106	+91,470	+10.7%
医薬品費	142,674	170,064	+27,389	+19.2%
その他の医療材料費	121,928	151,092	+29,164	+23.9%
給食材料費・委託費	34,901	40,994	+6,093	+17.5%
その他の委託費	63,244	79,648	+16,405	+25.9%
水道光熱費	28,040	33,106	+5,066	+18.1%
減価償却費	74,153	81,919	+7,766	+10.5%
その他費用	174,758	211,040	+36,282	+20.8%
事業利益	28,426	-33,657	▲62,084	-

出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省にて作成

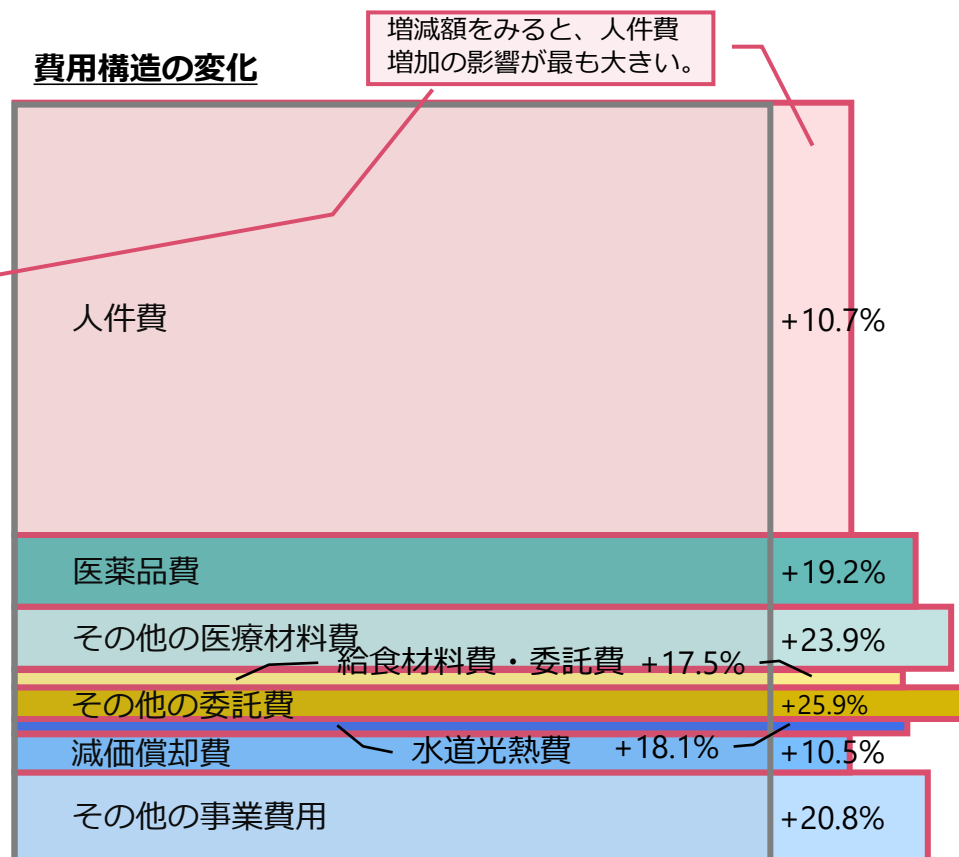
対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2023年度1,943施設が対象

数値は病院全体のものであり、様々な機能や規模の病院が含まれていること、年度により対象施設数が異なることから、100床当たりの損益を計算して比較を実施

事業収益からは事業収益に計上されたコロナ補助金を除外。医薬品費は薬品全般の費消額であり、その他の医療材料費は診療材料費や医療消耗器具備品などの医薬品費以外の医療材料費のこと。人件費には給与費の他、法定福利費、退職給付費用、役員報酬を集計

※ この他、病院については、物価高騰の中で新規着工建築単価が増加の一途をたどっており、今後、地域における病院再編等が求められる中で足枷となることが懸念される

費用構造の変化



：2018年度の事業費用

：2023年度の事業費用

近年の診療報酬・薬価等改定率の推移

	診療報酬		薬価等	【参考】診療報酬＋薬価等
令和元年度 (消費税率引上げに伴う対応)	通常改定分	±0%	▲0.95%	▲0.95%
	消費税対応分	+0.41%	+0.47%	+0.88%
	合計	+0.41%	▲0.48%	▲0.07%
令和2年度	+0.55% ① ②を除く改定分 ② 働き方改革のための特例的な対応 +0.47% +0.08%		▲1.01% (うち、市場拡大再算定の見直し等▲0.01% 実勢価等改定分(令和元年度改定の平年度化効果分を含む)▲1.00%)	▲0.46% (実勢価等改定分(令和元年度改定の平年度化効果分を含む)で計算すると、▲0.45%)
令和4年度	+0.43% ① ②～⑤を除く改定分 ② 看護の処遇改善のための特例的な対応 ③ リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ④ 不妊治療の保険適用のための特例的な対応 ⑤ 小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来 +0.23% +0.20% ▲0.10% +0.20% ▲0.10%		▲1.37% (うち、実勢価等改定分▲1.46% 不妊治療の保険適用のための特例的な対応+0.09%)	▲0.94%
令和6年度	+0.88% ① ②～④を除く改定分 (うち40歳未満勤務医師、事務職員等の賃上げ対応 ② 看護職員その他の医療関係職種等の賃上げ対応 ③ 入院時の食費基準額の引上げ ④ 管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 +0.46% +0.28%程度) +0.61% +0.06% ▲0.25%		▲1.00%	▲0.12%

ご存じですか？
あなたの街の病院がいま危機的状況なのを！！

地域医療はもう崩壊寸前です

1. 診療報酬は公定価格です。しかし物価・賃金の上昇に対応して診療報酬が上がっていません。
2. 結果、多くの病院は深刻な経営難に陥っています。
3. また、医療・介護に従事する数多くのスタッフの賃金を、他産業と同じように上げることが難しくなっています。
4. 物価・賃金の上昇に適切に対応した診療報酬の仕組みが必要なのです。

このままでは
ある日突然、病院がなくなります

【緊急調査】2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況

- 病院の経営状況は経年的に悪化し、2023年度には半数を超える病院が赤字に陥っていた。
- 2024年度診療報酬改定の影響を調べるため、6病院団体の会員を対象に2024年度改定後の病院の経営状況に関しての緊急調査を実施した。1,816病院から回答を得た。

【結果概要】

- 2024年診療報酬改定後、病床利用率は上昇傾向にあるものの、医業利益率、経常利益率は悪化傾向が認められた。
- 医業利益の赤字病院割合は69%まで増加、経常利益の赤字病院割合は61%まで増加した。
- 2023年度WAM(福祉医療機構)データの債務償還年数の分析では半数の病院が破綻懸念先と判断される30年を超えていた。

【要望】

- 病院経営は危機的状況であり、病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みが必要。
- そのために、社会保障予算に関する財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めることが必要。

骨太方針 2024 ～社会保障関係費の歳出の目安～

骨太2024（2025～2027年度）

（財政健全化目標と予算編成の基本的考え方）

財政健全化の「旗」を下ろさず、これまでの目標に取り組むとともに、今後の金利のある世界において、国際金融市場の動向にも留意しつつ、将来の経済・財政・社会保障の持続可能性確保へとつながるようその基調を確かなものとしていく。そのため、2025年度の国・地方を合わせたP B黒字化を目指すとともに、計画期間を通じ、その取組の進捗・成果を後戻りさせることなく、債務残高対GDP比の安定的な引下げを目指し、経済再生と財政健全化を両立させる歩みを更に前進させる。

経済あつての財政であり、現行の目標年度を含むこれらの目標により、状況に応じたマクロ経済政策の選択肢が歪められてはならない。必要な政策対応と財政健全化目標に取り組むことは決して矛盾するものではない。経済を成長させ、そして財政健全化に向けて取り組んでいく。ただし、内外の経済情勢等を常に注視していく必要がある。このため、状況に応じて必要な検証を行っていく。

予算編成においては、2025年度から2027年度までの3年間について、上記の基本的考え方の下、これまでの歳出改革努力を継続¹⁸¹する。その具体的な内容については、日本経済が新たなステージに入りつつある中で、経済・物価動向等に配慮しながら、各年度の予算編成過程において検討する。ただし、重要な政策の選択肢をせばめることがあつてはならない。機動的なマクロ経済運営を行いつつ潜在成長率の引上げに取り組む。（注）

（注181） 2013年度以降歳出改革を継続しており、「経済財政運営と改革の基本方針2021」（令和3年6月18日閣議決定）に基づく2022年度から2024年度までの3年間の歳出改革努力を継続。多年度にわたり計画的に拡充する防衛力強化とこども・子育て政策については、それぞれ2027年度まで又は2028年度まで歳出改革を財源に充てることとされている。なお、社会保障制度に係る歳出改革については、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和5年12月22日閣議決定。以下「改革工程」という。）に基づく取組を進めることとされている。

（参考）骨太方針 2024 ～社会保障関係費の歳出の目安～

骨太2021（2022～2024年度）

（財政健全化目標と歳出の目安）

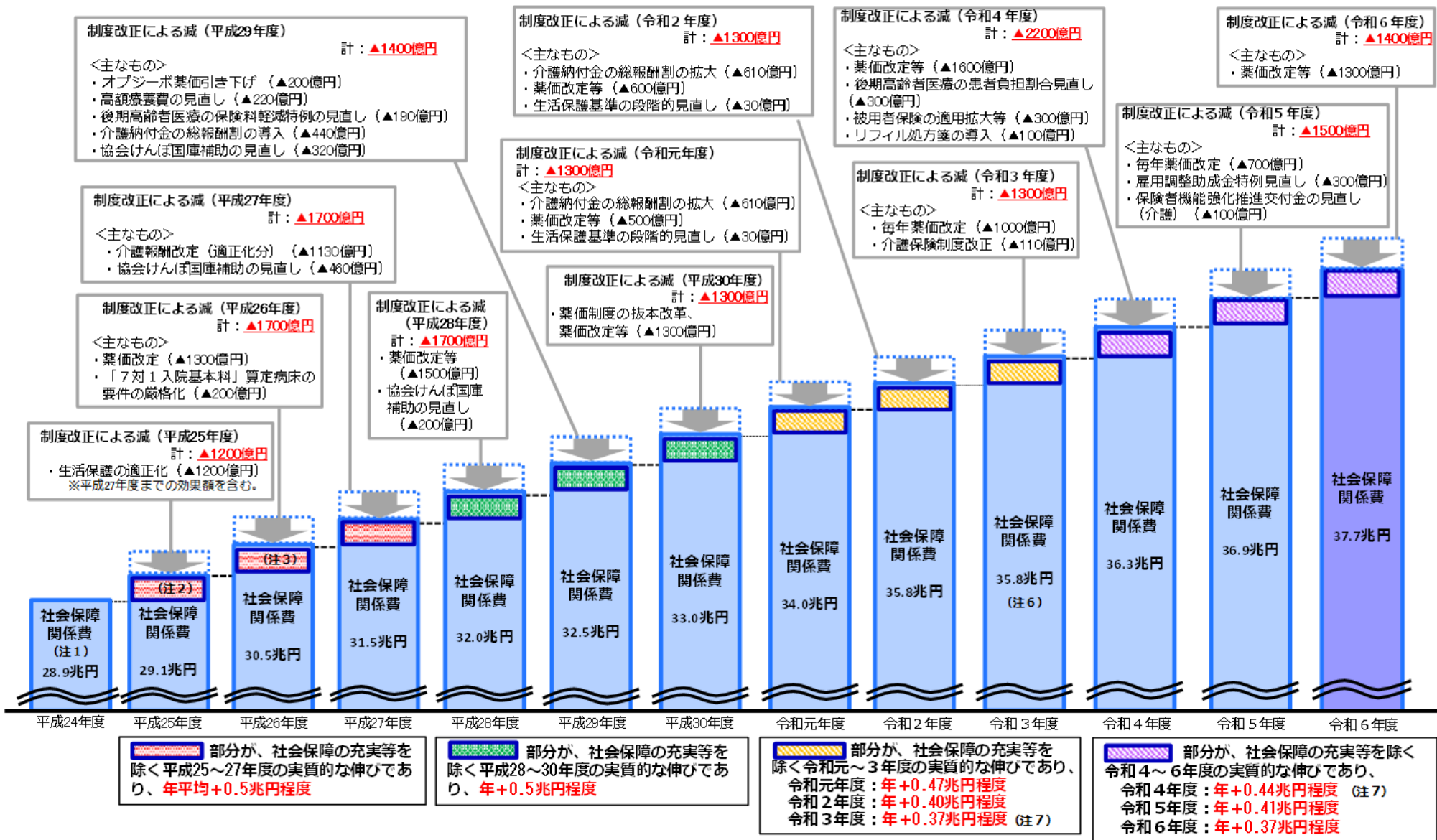
（略）歳出の目安がこれまで財政規律としての役割を果たしてきたことを踏まえ、機動的なマクロ経済運営を行いつつ成長力強化に取り組む中で、2022年度から2024年度までの3年間（注1）について、これまで（注2）と同様の歳出改革努力を継続することとし、以下の目安に沿った予算編成を行う。（略）

- ② 社会保障関係費については、基盤強化期間においてその実質的な増加を高齢化による増加分に相当する伸びにおさめることを目指す方針とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、その方針を継続する。（略）

（注1）75歳以上人口の伸びは、2021年度0.5%の後、団塊の世代の75歳入りにより、2022年度4.1%、2023年度4.2%、2024年度3.9%と高い伸びとなる見込み。

（注2）2019年度から2021年度までの3年間の基盤強化期間。

社会保障関係費の伸びに関する対応について②



骨太2025

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

(1) 全世代型社会保障の構築

(略) 予算編成においては、2027年度までの間、骨太方針2024で示された歳出改革努力を継続しつつ、日本経済が新たなステージに移行しつつあることが明確になる中で、経済・物価動向等を踏まえ、各年度の予算編成において適切に反映する。とりわけ社会保障関係費^注については、医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた保険料負担の抑制努力も継続しつつ、2025年春季労使交渉における力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算する。

^注 社会保障関係費の伸びの要因として高齢化と高度化等が存在する。

物価・賃金の上昇にどう対応？

- デフレ下の改定では、小さな改定率をもとに医療の質を改善してきた
- 現時点では、物価・賃金の上昇により改定率が上がる仕組みにはなっていない
- 改定率に対する医療界からの要望の一方で、医療の効率化を求める意見も

……どうなる？ どうする？