

2026年10月3日（土）
全国保健師長会北海道ブロック研修



2040年に向けた新たな地域医療構想について

－安心して暮らせる地域の未来に向けて－

北海道大学大学院医学研究院
医療政策評価学教室教授

北海道地域医療構想アドバイザー

古元 重和

自己紹介

古元 重和（こもとしげかず）

○北海道大学大学院医学研究院
医療政策評価学教室 教授

○岡山県倉敷市出身

○医学博士

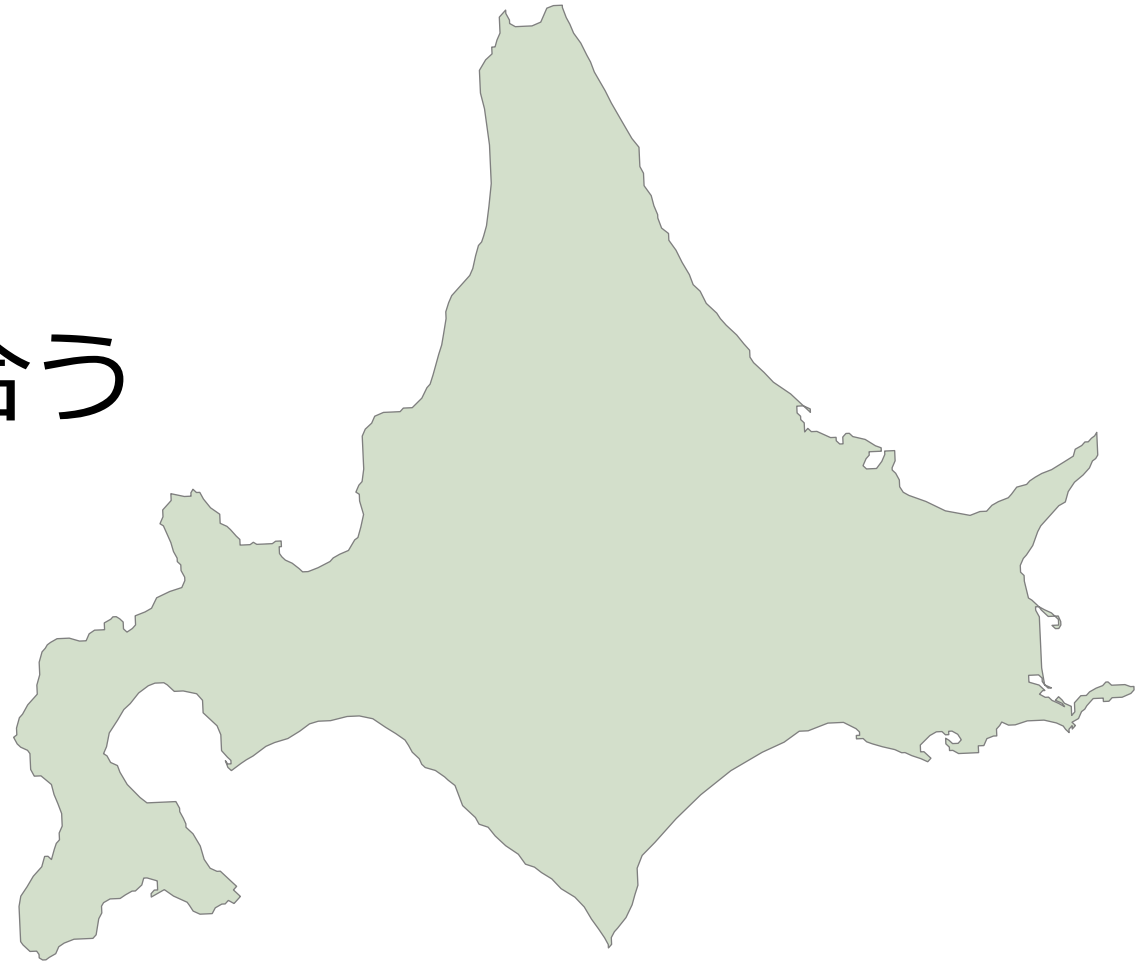
○経歴

1997年3月～ 医学部を卒業
国立病院にて初期臨床研修

厚生労働省に入省
約25年間にわたり厚生労働省や地方自治体にて
保健医療行政に従事

2024年8月～ 北海道大学医学部医療政策評価学教室教授

地域のニーズに向き合う

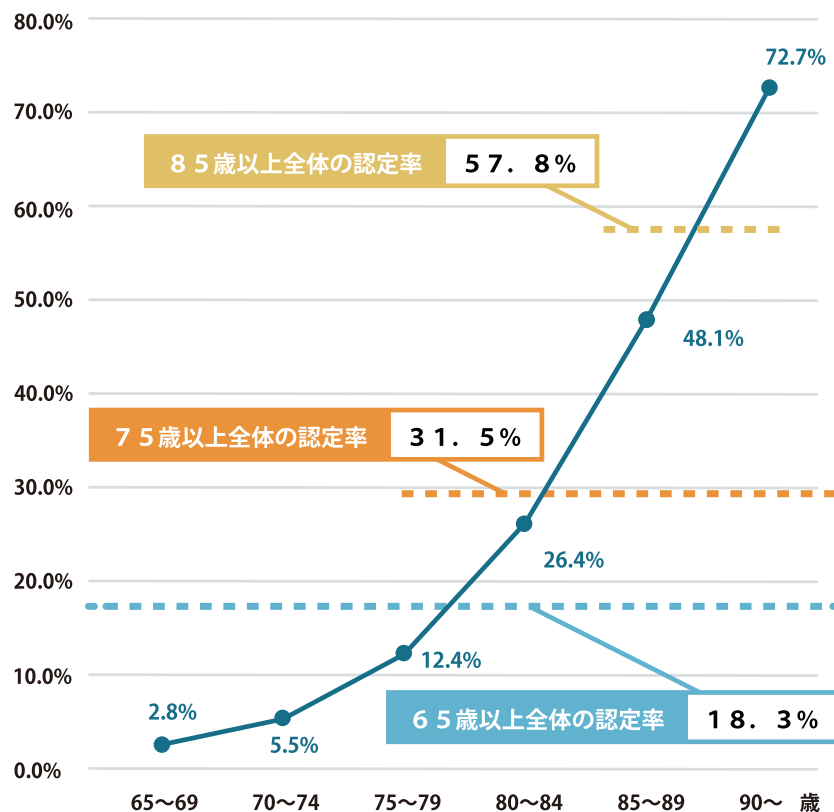


医療機関で対応する患者の方のニーズが
変化しています

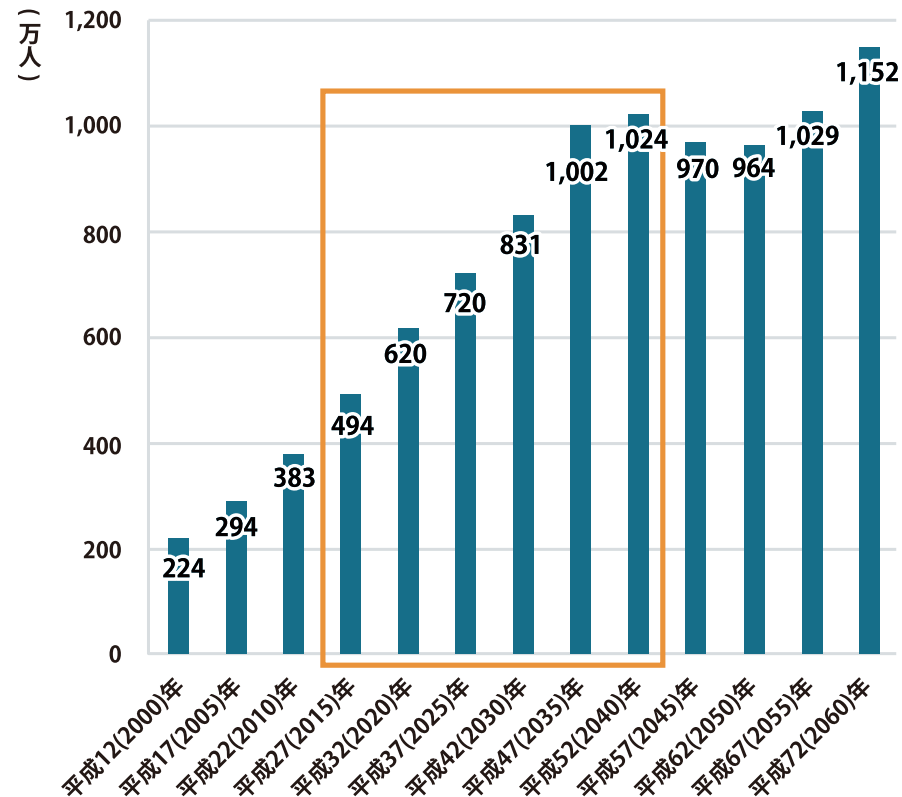
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



85歳以上の人口の推移

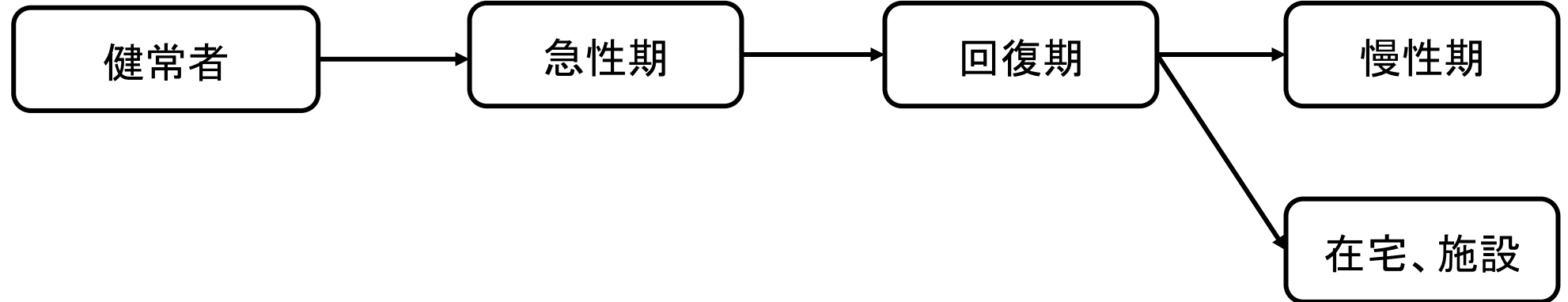


出典

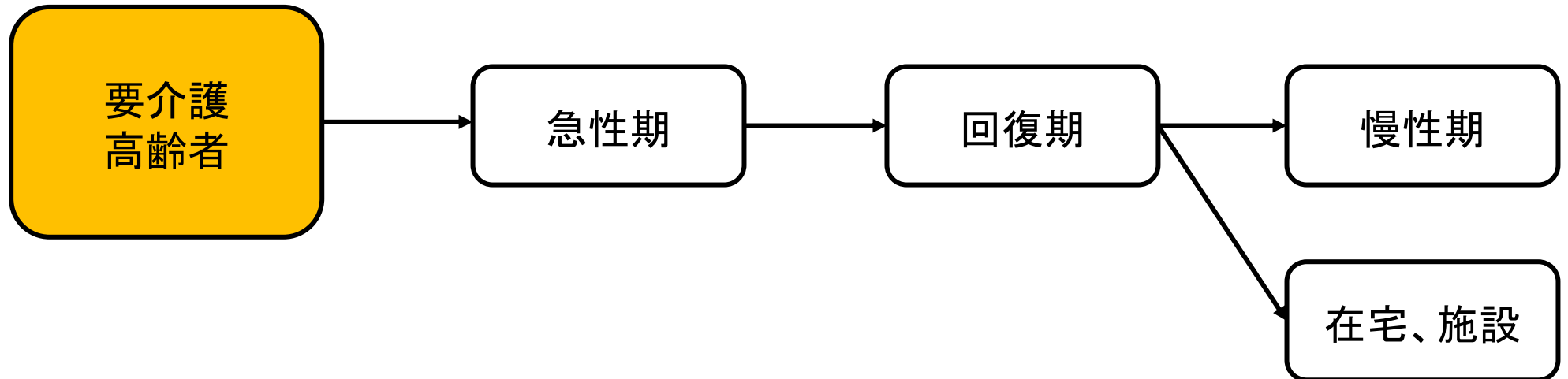
2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

患者さんの流れ

かつて

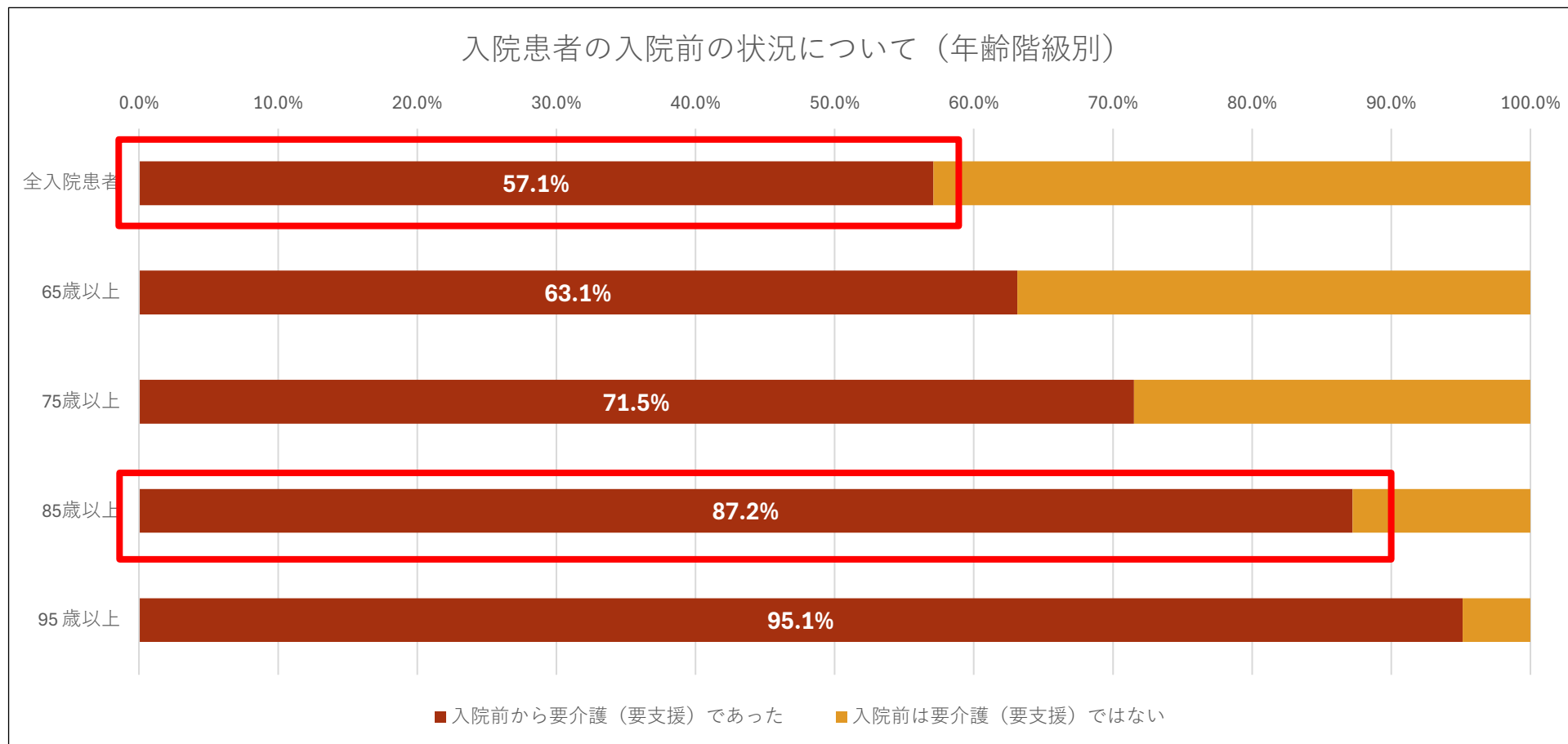


現在
これから

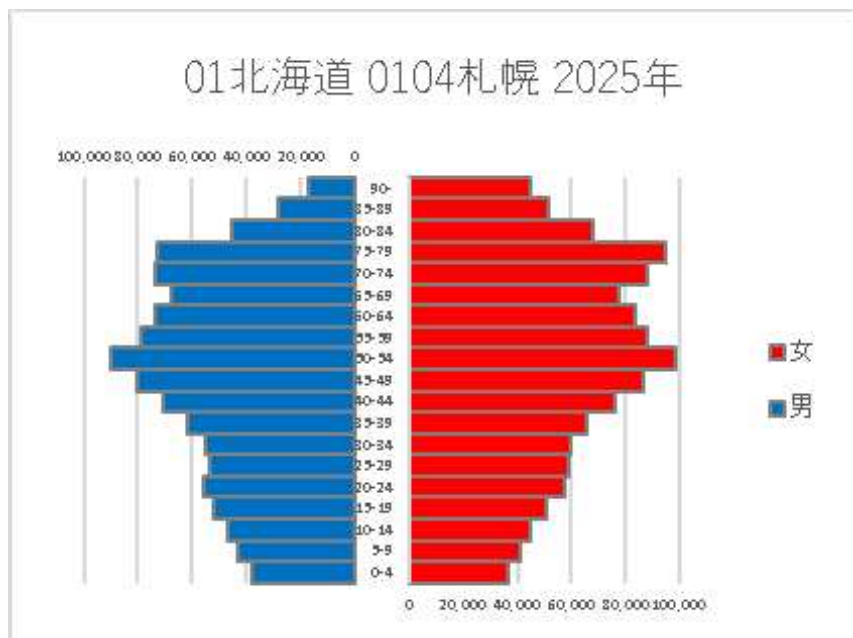


入院患者の入院前の状況について

- 全入院患者の約6割が入院前から要介護（要支援）認定を受けている
- 85歳以上の患者では、約9割が入院前から要介護（要支援）認定を受けている



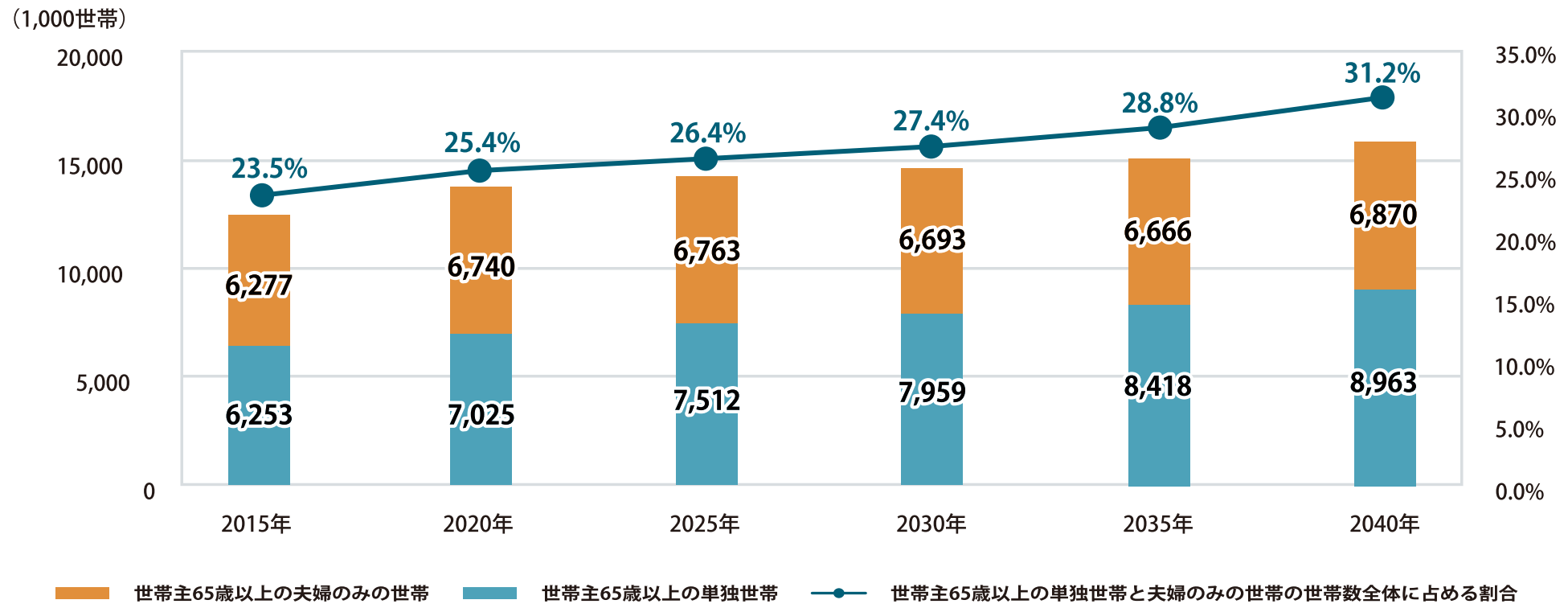
札幌医療圏の人口推移・・・すでに減少局面、高齢女性の増加



世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみ世帯数の変化

- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

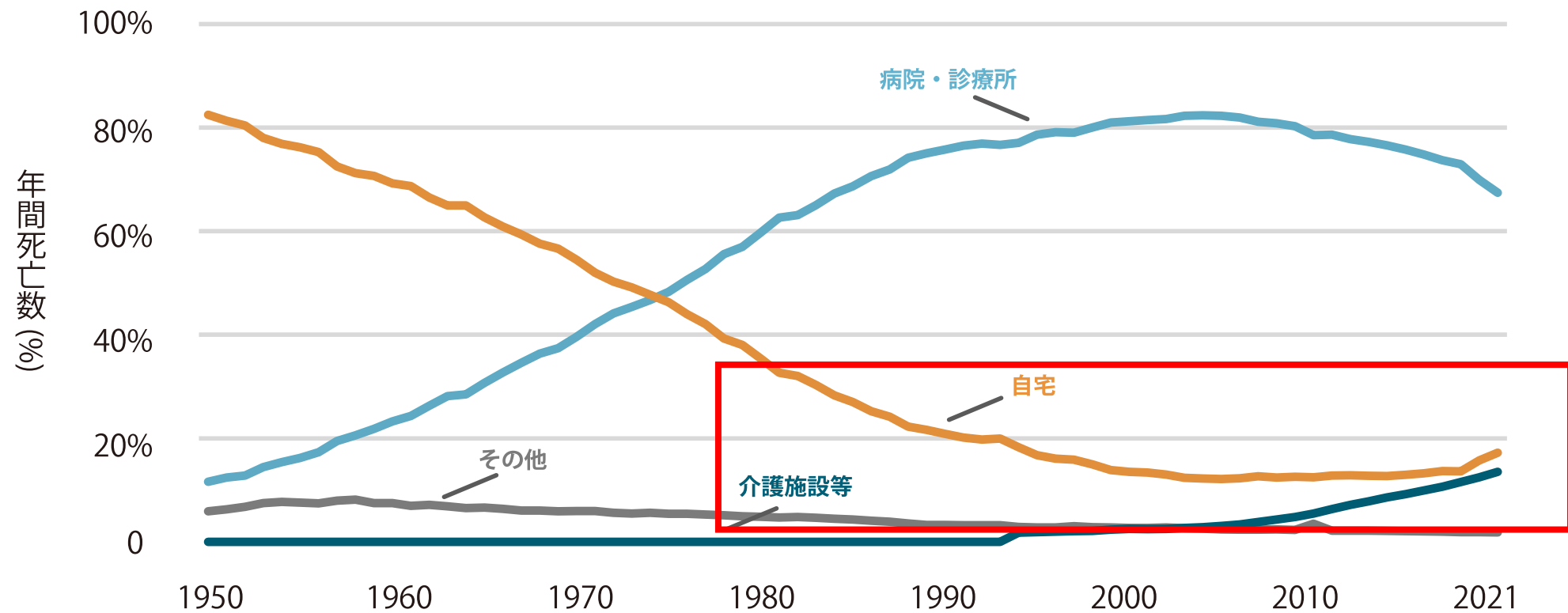
世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



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



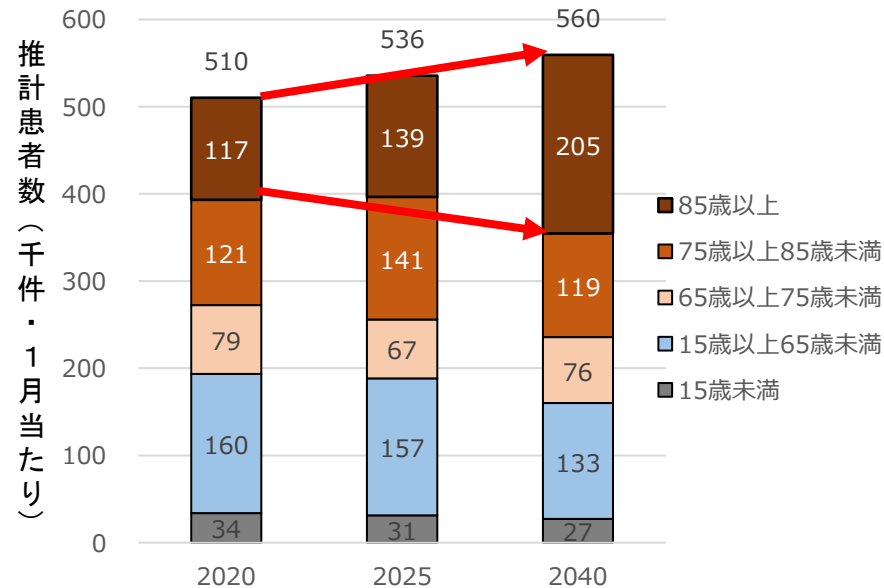
厚生労働省「人口動態統計（令和3年）」

2040の医療需要について

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

年齢階級別の緊急搬送の件数の将来推計

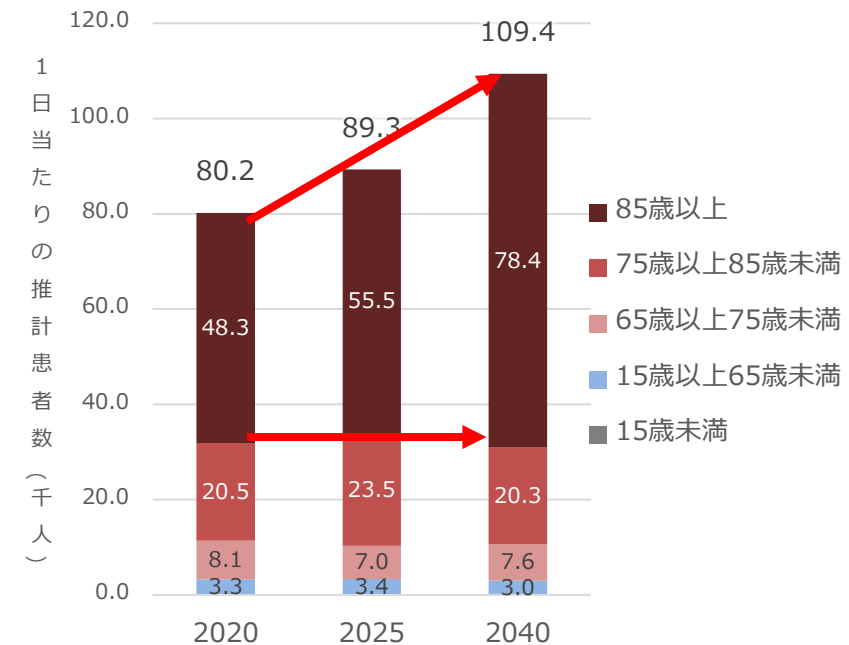


2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、85歳以上の緊急搬送は75%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、緊急搬送（2019年度診療分）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。
 ※ 緊急搬送の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。

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

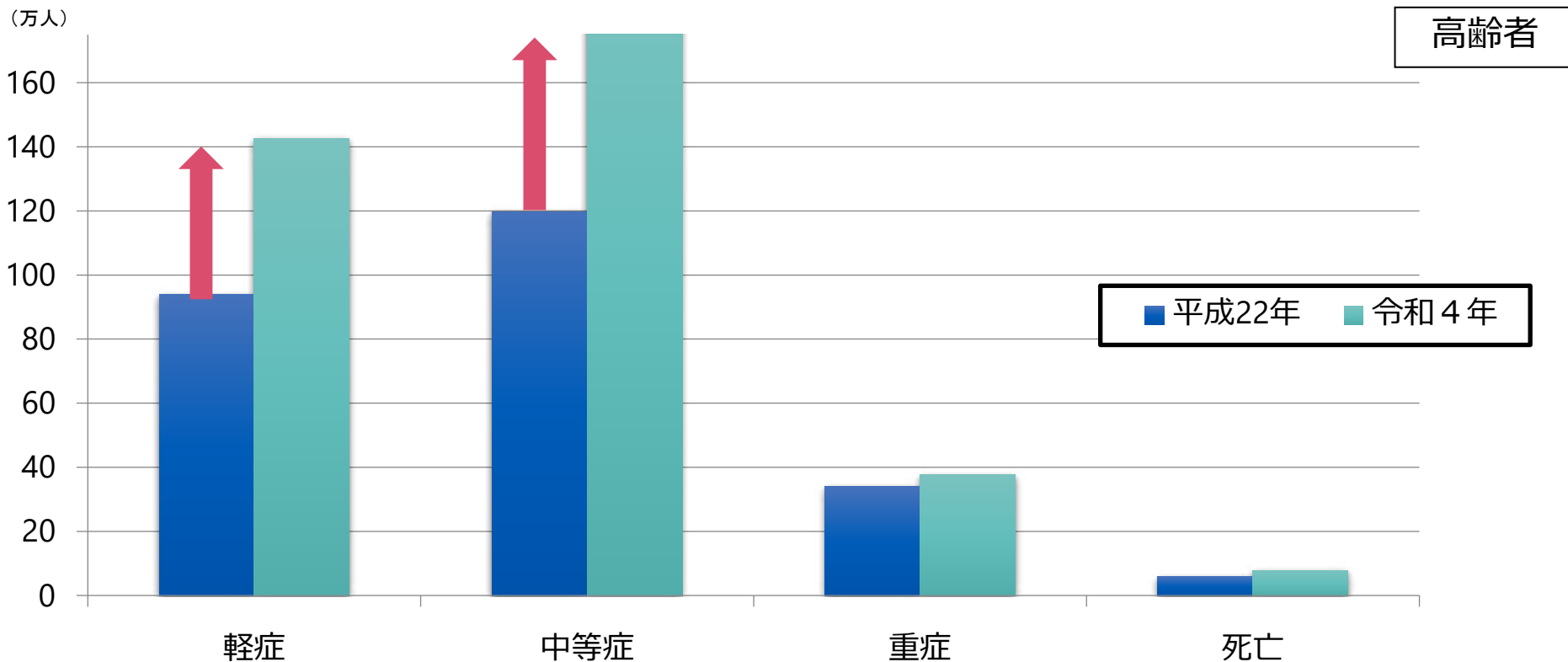


2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

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。

2010年と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、救急搬送人員のうち、特に高齢者の軽症・中等症が増加している。



傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の診断に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの

重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの

中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの

軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

令和5年度「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータ（第32及び38表）をもとに分析。

ポイント

ニーズの変化への対応とは、

すなわち、医療と介護の両方のニーズを有する

「85歳以上の方」への対応



「治し、支える医療」の時代

地域のニーズに向き合うための医療政策

- ・ 医療計画
- ・ 新たな地域医療構想
- ・ 診療報酬改定

医療計画



医療計画について

- 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。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間 （現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和3年10月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

三次医療圏

52医療圏（令和3年10月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

○ 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(*)…5つの事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、新興感染症等）。

(*) 令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

- ・ 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)。

○ 医師の確保に関する事項

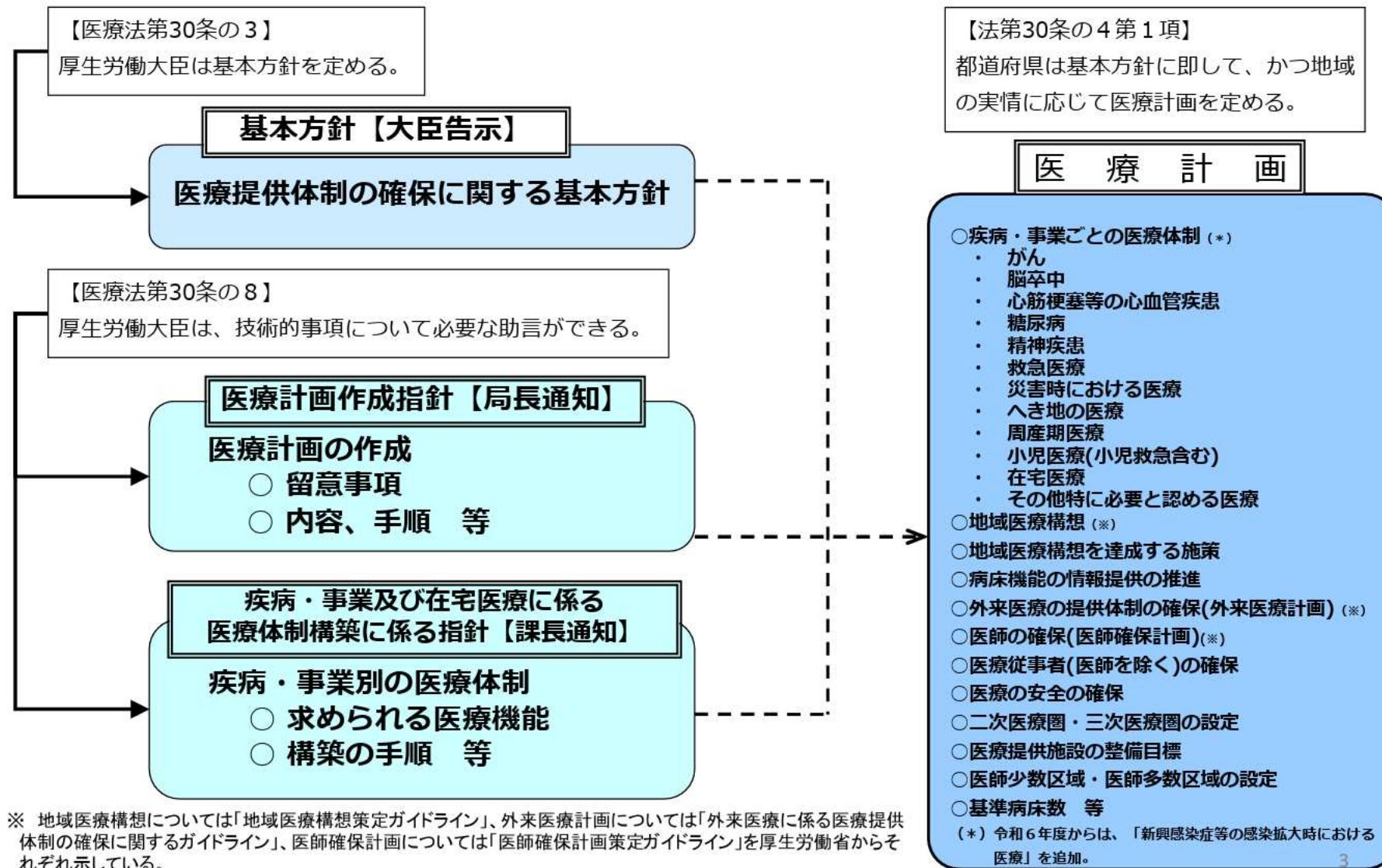
- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

○現在第8次計画
(2024年度～2029年度)

医療計画の策定に係る指針等の全体像



医療計画における医療圏の概要

- 医療法において、病床の整備を図るべき地域的単位(二次医療圏)、特殊な医療を提供する地域的単位(三次医療圏)をそれぞれ定義し、医療計画の中で各圏域を定めることとしている。
- この他、5疾病・5事業及び在宅医療に係る圏域については、二次医療圏を基礎としつつ、地域の実情に応じた弾力的な設定が可能としている。

【第7次医療計画における各圏域の設定状況】

二次医療圏

335医療圏(令和3年10月現在)

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

三次医療圏

52医療圏(令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定

ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

(参考)三次医療圏で提供する特殊な医療の例

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

現行の北海道医療計画の概要について

北海道医療計画の位置づけ及び性格

- 医療法第30条の4に基づき、北海道の医療提供体制の確保を図るための計画として策定。
- 国の「医療計画作成指針」等を踏まえながら、北海道総合計画の政策展開の基本方向に沿うとともに、高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画、感染症予防計画等の関連計画との整合性を確保しながら策定。

基本理念

「道民の医療に対する安心と信頼を確保するため、医療計画を通じて、住民・患者の視点に立って、良質かつ適切な医療を効率的かつ継続的に提供する体制を確立します。」

【基本的方向】（基本理念を実現するための5つの基本的方向）

- 1 医療機能の分化・連携を通じた効率的で質の高い医療提供体制の構築
- 2 医療と介護が連携した地域包括ケアシステムの深化・推進
- 3 医師や看護師など医療従事者の確保と資質の向上
- 4 良質な医療を提供するための医療安全の確保等
- 5 住民・患者の視点に立った医療情報の提供等

計画期間

- 計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間とし、在宅医療、外来医療計画及び医師確保計画、その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は計画変更する。

「北海道医療計画」の構成

第1章 基本的な考え方

第1節 計画の趣旨

- 計画策定の趣旨
- 基本理念
 - ①医療機能の分化・連携を通じた効率的で質の高い医療提供体制の構築
 - ②医療と介護が連携した地域包括ケアシステムの深化・推進
 - ③医師や看護師など医療従事者の確保と資質の向上
 - ④良質な医療を提供するための医療安全の確保等
 - ⑤住民・患者の視点に立った医療情報の提供等

第2節 計画の位置付け及び性格

- 「医療法」に規定する北海道の医療提供体制の確保を図るための計画

第3節 計画の期間

- 令和6年度から11年度までの6年間

第4節 計画の圏域

- 第一次医療圏 179圏域
- 第二次医療圏 21圏域
- 第三次医療圏 6圏域

第5節 基準病床数等

<病床区分>		<全道計>
○療養病床及び一般病床		51,991床
○精神病床		15,351床
○結核病床		46床
○感染症病床		98床

第2章 地域の現状

- 地勢と交通、人口の推移、患者の受療動向、医療提供施設の状況、医療従事者の年次推移など

第3章 5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築

- 第1節 趣旨等
- 第2節 がんの医療連携体制
- 第3節 脳卒中の医療連携体制
- 第4節 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制
- 第5節 糖尿病の医療連携体制
- 第6節 精神疾患の医療連携体制
- 第7節 救急医療体制
- 第8節 災害医療体制
- 第9節 新興感染症発生・まん延時における医療体制 * 新規
- 第10節 へき地医療体制
- 第11節 周産期医療体制
- 第12節 小児医療体制
- 第13節 在宅医療

第4章 地域保健医療対策の推進

- 第1節 感染症対策
- 第2節 臓器等移植対策
- 第3節 難病対策
- 第4節 アレルギー疾患対策
- 第5節 慢性閉塞性肺疾患(COPD)対策 * 新規
- 第6節 慢性腎臓病(CKD)対策 * 新規
- 第7節 歯科保健医療対策
- 第8節 今後高齢化に伴い増加する疾病等対策

「北海道医療計画」の構成

第5章 医療の安全確保と医療サービスの向上

- 第1節 医療安全対策
- 第2節 医療情報の提供
- 第3節 医療機関相互の役割分担と広域連携の推進
- 第4節 医療に関する情報化の推進
- 第5節 医薬品の適正使用の推進と供給体制の整備
- 第6節 血液確保対策

第6章 医師の確保

- 第1節 基本的事項 ※医師確保計画
- 第2節 北海道の医師数等の現状
- 第3節 医師偏在指標
- 第4節 計画の効果の測定と評価
- 第5節 医師確保の方針
- 第6節 目標医師数
- 第7節 目標医師数を達成するために必要な施策
- 第8節 産科における対策
- 第9節 小児科における対策

第7章 医療従事者(医師を除く)の確保

- 第1節 趣旨
- 第2節 歯科医師及び歯科衛生士等
- 第3節 薬剤師 ← 薬剤師確保計画を新たに位置づける
- 第4節 看護職員
- 第5節 その他医療従事者
- 第6節 医療従事者の勤務環境改善

※薬剤師確保計画は、国ガイドラインの方針に沿って見直しを実施

第8章 外来医療に係る医療提供体制の確保

- 第1節 基本的事項 ※外来医療計画
- 第2節 患者及び病院等の状況
- 第3節 外来医師偏在指標の算定
- 第4節 医療機器の配置状況に関する指標の算定
- 第5節 必要な施策
- 第6節 計画の推進

第9章 計画の推進と評価

- 第1節 計画の周知と医療機能情報の公表
- 第2節 計画を評価するための目標
- 第3節 計画の推進方策

第10章 別表(医療機関一覧)

第11章 資料編

(別冊)北海道医療計画(別冊)－北海道地域医療構想－

見直しスケジュールについて（想定）

時期	総医協（総会・地域医療専門委員会）	道本庁	振興局
令和8年5月			
6月9日	<u>第1回 総会・地域医療専門委員会</u> ・計画見直しの考え方、スケジュール等	基本的考え方の作成	
7月下旬	<u>第2回 地域医療専門委員会</u> ・骨子、計画の事後評価	素案たたき台の作成	
9月上旬		第3回定例会 前日委員会 ・推進状況、基本的な考え方	協議の場 （基本的考え方）
9月中旬	<u>第3回 地域医療専門委員会</u> ・計画素案（たたき台）		
10月下旬	<u>第4回 地域医療専門委員会</u> ・計画素案	素案作成	
11月中旬		医療審議会（素案報告）	
11月下旬		第4回定例会 前日委員会（素案報告）	
12月上旬～ 令和9年1月		パブリックコメント実施 保険者協議会 意見照会	協議の場(素案) 地域推進方針見直し
2月上旬	<u>第5回 地域医療専門委員会</u> <u>第2回 総会（地域医療専門委員会終了後）</u> ・計画案	計画案作成	二次医療圏 ごとに R9.9月末 までに見直し
2月中旬		第1回定例会 前日委員会（計画案報告）	
3月		医療審議会（諮問・答申）⇒策定・公表	

※現行計画策定時のスケジュールを参考に作成

医療計画（中空知地域の例）



HOME > 保健環境部 > 滝川地域保健室（滝川保健所） > 企画総務課 > 地域の医療 > 北海道医療計画中空知地域推進方針

北海道医療計画中空知地域推進方針

ページ内目次 北海道医療計画中空知地域推進方針

令和6年度（2024年度）中空知保健医療福祉圏域連携推進会議

令和5年度（2023年度）中空知保健医療福祉圏域連携推進会議

附属機関の公表

北海道医療計画中空知地域推進方針

令和6年度を始期とする「北海道医療計画」の策定に合わせ、5疾病・6事業及び在宅医療それぞれの医療連携体制を構築し、計画の円滑な推進を図るため、中空知圏域における推進方針を作成しました。

カテゴリー

- > お知らせ
- > 病院・薬局情報

滝川地域保健室メニュー

- > 注目情報
- > 企画総務課
 - > 免許申請（医師、歯科医師、看護師、調理師、栄養士等）
- > 医務・薬務の業務

北海道医療計画中空知地域推進方針

[表紙、目次 \(PDF 101KB\)](#)

[第1 基本的事項 \(PDF 976KB\)](#)

第2 5疾病・6事業及び在宅医療それぞれに係る医療連携体制の構築と推進

[1 がんの医療連携体制 \(PDF 368KB\)](#)

[2 脳卒中の医療連携体制 \(PDF 290KB\)](#)

[3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制 \(PDF 270KB\)](#)

[4 糖尿病の医療連携体制 \(PDF 357KB\)](#)

[5 精神疾患の医療連携体制 \(PDF 902KB\)](#)

[6 救急医療体制 \(PDF 325KB\)](#)

[7 災害医療体制 \(PDF 196KB\)](#)

[8 新興感染症発生・まん延時における医療体制 \(PDF 273KB\)](#)

[9 へき地医療体制 \(PDF 137KB\)](#)

[10 周産期医療体制 \(PDF 239KB\)](#)

[11 小児医療体制（小児救急医療を含む） \(PDF 219KB\)](#)

[12 在宅医療の提供体制 \(PDF 608KB\)](#)

例：脳卒中の医療連携体制

（急性期医療を担う医療機関）

機 能	医療機関名※1	専門医※2
次の①～③が24時間対応可能である病院・診療所（病院群輪番制をとっている圏域については、救急当番日のみの場合含む） ①血液検査及び画像検査 （CT・MRI・超音波検査） ②開頭手術（脳動脈瘤クリッピング術、脳内血腫除去術、減圧開頭術等）、外科的血行再建術かつ脳血管内手術 ③t-P Aによる血栓溶解療法	砂川市立病院	脳神経外科専門医 2名 リハビリテーション科専門医 1名
	医療法人翔陽会 滝川脳神経外科病院	脳神経外科専門医 3名

※1 北海道医療機能情報公表システム（令和5年4月1日現在）

※2 滝川保健所調査（令和6年度）

（回復期医療を担う医療機関）

機 能	医療機関名※
次の①②の両方を満たす病院・診療所 ①脳血管疾患等リハビリテーション料の保険診療に係る届出をしている ②脳卒中の回復期リハビリテーションの対応が可能	市立芦別病院 あかびら市立病院 医療法人翔陽会 滝川脳神経外科病院 滝川市立病院 脳神経よしだクリニック 医療法人優仁会 若葉台病院 奈井江町立国民健康保険病院

※ 北海道医療機能情報公表システム（令和5年4月1日現在）

傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準 (実施基準)

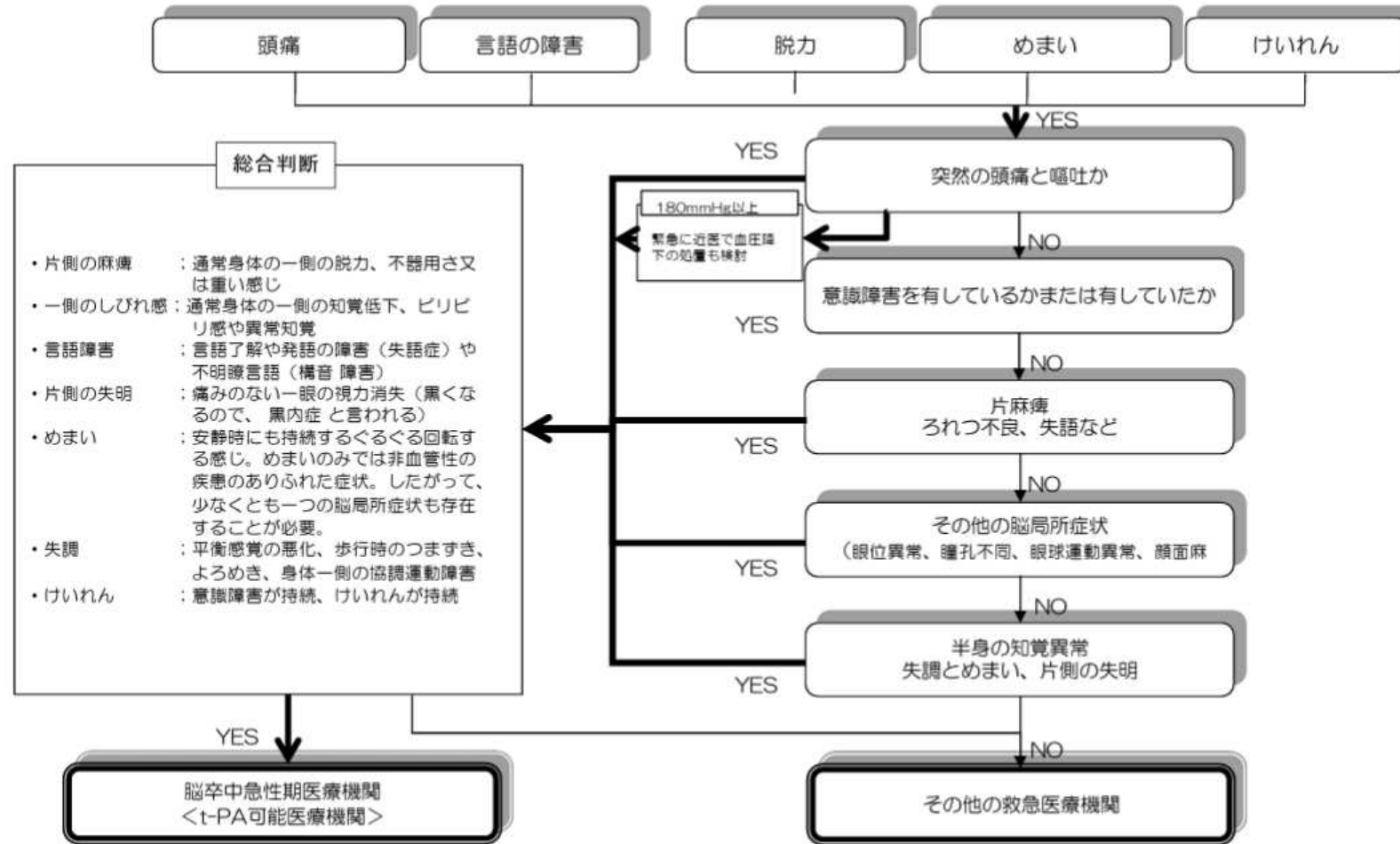


医療機関リスト(釧路・根室圏)

傷病者の状況			医療機関名	搬送時間等から直近の基幹病院等へ搬送する場合の医療機関名	
重篤度	内因性・外因性の重篤症例(CPAを含む)		市立釧路総合病院	(釧路:病院群輪番制参加病院)	(釧路:その他の救急病院・救急診療所)
緊急性・専門性 (北海道医療計画第8章別表掲載医療機関)	脳卒中	脳卒中急性期医療機関 <t-PA可能な医療機関> (北海道医療計画第8章別表3掲載)	社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院、 市立釧路総合病院、独立行政法人労働者健康 福祉機構釧路労災病院	総合病院釧路赤十字病院 独立行政法人労働者健康安全機構釧路 労災病院 道東勤医協釧路協立病院 社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病 院	社会医療法人孝仁会釧路孝仁会 リハビリテーション病院 医療法人東北海道病院 町立厚岸病院 標茶町立病院 JA北海道厚生連摩周厚生病院
	循環器疾患	血管外科を併設する循環器救急医療機関 (北海道医療計画第8章別表5掲載)	社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院、 市立釧路総合病院	市立釧路総合病院 医療法人社団三慈会釧路三慈会病院	
		循環器(内)科のある救急医療機関 (北海道医療計画第8章別表5掲載)	社会医療法人孝仁会釧路孝仁会記念病院、 市立釧路総合病院、医療法人社団三慈会釧路 三慈会病院、市立根室病院		
	小児・乳幼児	内因性疾患	周産期医療機関 (北海道医療計画第8章別表第17 掲載:総合周産期母子医療セン ター・ 地域周産期母子医療センター)	(根室:病院群輪番制参加病院) 市立根室病院 町立中標津病院	(根室:その他の救急病院・救急診療所) 町立別海病院 標津町国民健康保険標津病院 知床らうす国民健康保険診療所
			小児二次救急医療機関又はさらに 高次機能を有する小児医療機関 (北海道医療計画第8章別表第20 掲載:小児救急医療支援事業参加 病院)		
		外因性疾患	大学病院、救命救急センター又は これに準ずる二次救急医療機関 (※乳幼児の急性期治療及び治療 後の全身管理等可能な医療機関)		
	妊産婦	大学病院、特定の救命救急センター又は当該 医療機関への搬送を視野に入れた医療機関の 選定(北海道医療計画第8章別表17掲載)	総合病院釧路赤十字病院、市立釧路総合病 院、 町立中標津病院		
		産科・周産期対応可能な二次救急医療機関 又は地域の基幹病院 (北海道医療計画第8章別表17掲載)			

出典: 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(令和8年4月 北海道)

①脳卒中が疑われる症例の観察・判断基準



※搬送時間等から直近の基幹病院等への収容も考慮すること

地域医療構想（2015～2026年）



地域医療構想（2015年～2026年）

課題

- ・人口あたり病床数が多い
- ・急性期病床が多く、高齢者の生活を支える機能を持つ病床（回復期病床）が不足

地域医療構想の内容

- ・2025年における地域ごとの医療ニーズを数学的に予測し、病床数の適性化（削減）や急性期病床から回復期病床への転換などを進める
- ・地域（構想区域）ごとに協議会（調整会議）を都道府県が設け、関係者による協議・調整を行う
- ・医療機関は自院の病床機能を都道府県に届け出る
→例えば500床の病院が「高度急性期100床＋急性期250床＋回復期150床」と届出
- ・目標時期は、団塊の世代が75歳を迎える2025年
- ・「医療計画」の下の実行計画という位置づけ

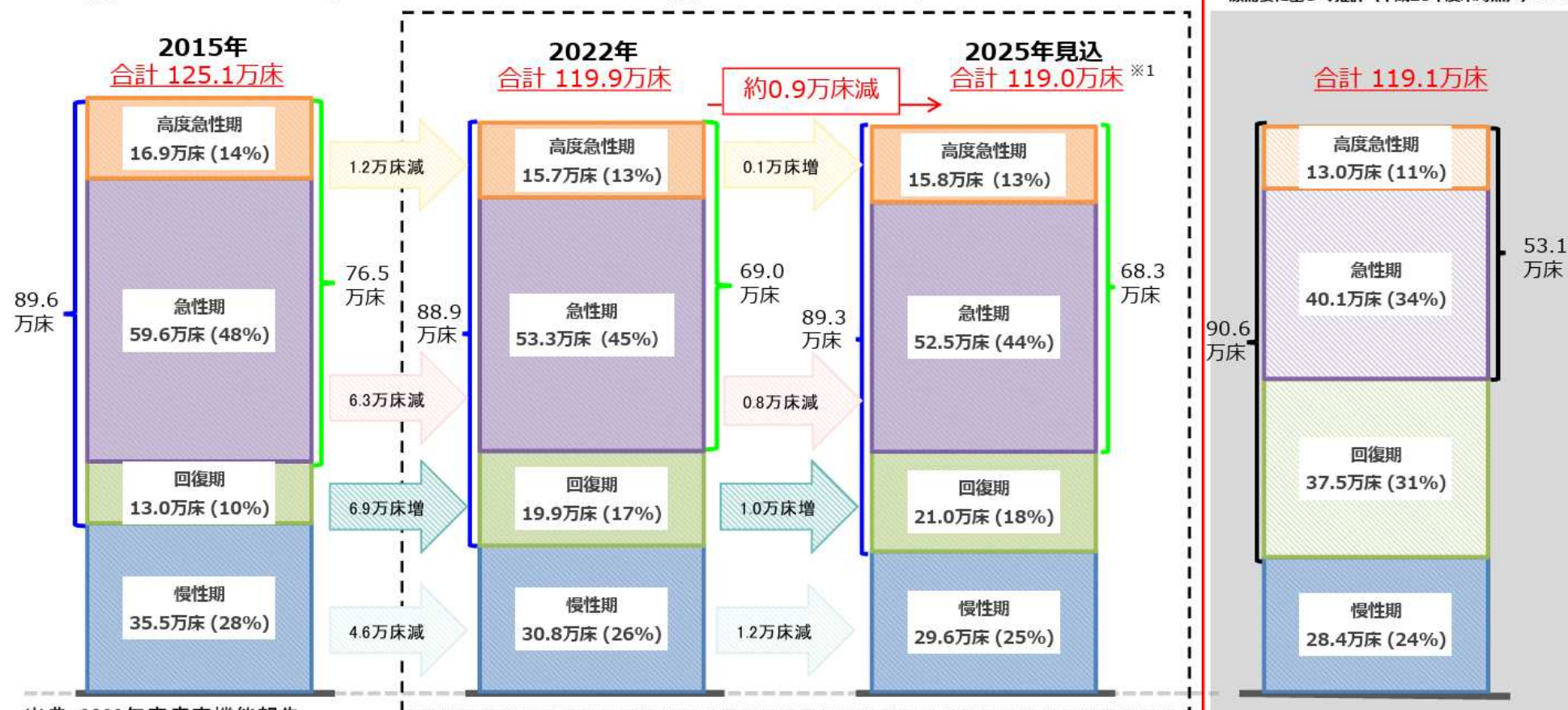
2022年度病床機能報告について

第13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5年11月9日

2015年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2022年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※4 ※6



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。



北海道

その先の、道へ。北海道
Hokkaido. Expanding Horizons.

北海道地域医療構想

平成28年12月に「北海道医療計画」の
一部として策定しました。

策定の趣旨

- 平成37（2025）年にいわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる中、医療のあり方は、主に青年壮年期の患者を対象にした「病院完結型」の医療から、高齢者の特性を踏まえ、住み慣れた地域や自宅での生活を支える「地域完結型」の医療に重点を移していく必要があります。
- 地域医療構想は、病床削減を目的としているものではなく、医療のあり方や人口構造の変化に対応したバランスの取れた医療提供体制の構築を目指すものであり、少子高齢化がさらに進行することが見込まれる状況においても、地域住民に必要な医療を確保することを目的としています。
- 平成37（2025）年における病床の機能（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとに必要量を定めるとともに、その実現に向けた施策の方向性を示すものです。

【発行】北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課

〒060-8588 札幌市中央区北3条西6丁目 電話 011-206-6942（直通）

目指す姿

- 地域医療構想は、病気になっても、高度な医療やリハビリテーション、在宅医療に至るまで、状態に応じて切れ目のない医療をできるだけ身近な地域で受けることができるよう、バランスの取れた医療提供体制の構築を目指すものです。

「北海道地域医療構想」の詳細は道庁保健福祉部地域医療課のホームページをご覧ください。

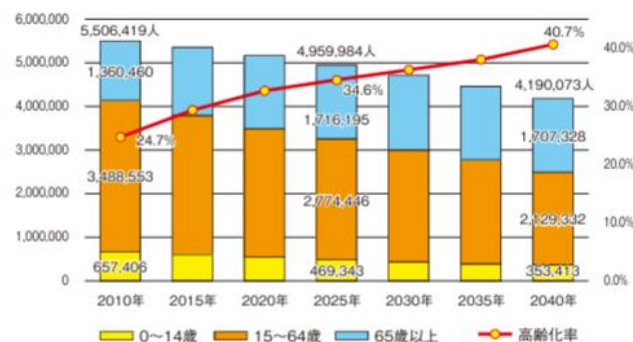
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/chiikiiryokousou.htm>

北海道地域医療構想

検索

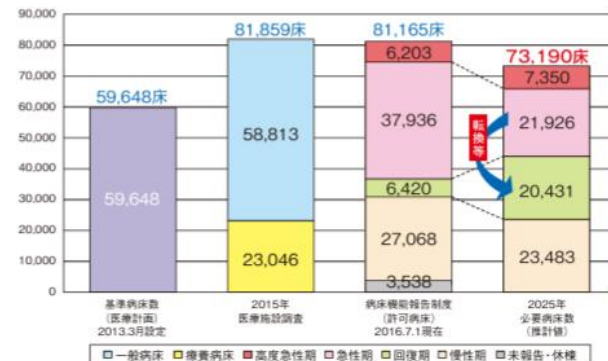
人口推計（北海道）

- 国立社会保障・人口問題研究所による平成25年3月時点での人口推計によると、道内における人口減少や少子高齢化は、ますます進行すると推計されています。



平成37（2025）年の必要病床数（推計）

- 高齢者の増加により、急性期病床での治療後にリハビリテーションを受ける人が増えるため、回復期病床が不足すると見込まれています。
- 全道的に回復期病床の確保に向けた病床機能転換等の取組が必要です。



（出典）北海道HPより

地域に必要な医療を確保するためには、道民の皆さんのご理解・ご協力が必要です！

医療機関（病院・診療所）の病床機能

疾患や状態に応じて転棟・転院

高度急性期

急病（重度）患者に対する高度な手術やICU等による治療を行います。



急性期

急性期患者の状態の早期安定化に向けた治療を行います。



回復期

急性期を経過した患者へ在宅復帰に向けた医療、リハビリテーションを提供します。



慢性期

病状が比較的安定している長期療養が必要な患者等が入院します。



道民の皆さんにご理解・ご協力いただきたいこと

【病状に応じて転棟・転院することが必要なことをご理解ください】

急性期病院に長く入院するよりも、疾患や状態に応じて、リハビリテーション環境が整っている回復期病床等で治療を受けることや、慢性期病床や在宅医療等の療養環境の整った環境で慢性期の医療を受けるなど、ニーズに合った環境でより良い医療を受けることが可能となります。



【在宅医療について考えてみましょう】

在宅医療は、医療を受けられる場所を医療機関以外の自宅など、住み慣れた場所・地域にも拡大していく動きです。あわせて、人生の最終段階において、患者の意思を尊重した医療が提供されるよう、自分がどのような最後を迎えたいかを考え、普段から家族や主治医と相談することが必要です。



【かかりつけ医を持ちましょう】

身近な地域で、日常的な健康管理や診療、病状に応じた医療機関等への紹介を行う『かかりつけ医』を持つことで、病気の予防や健康増進、病状が変化したときの早期発見と適切な治療が期待できます。



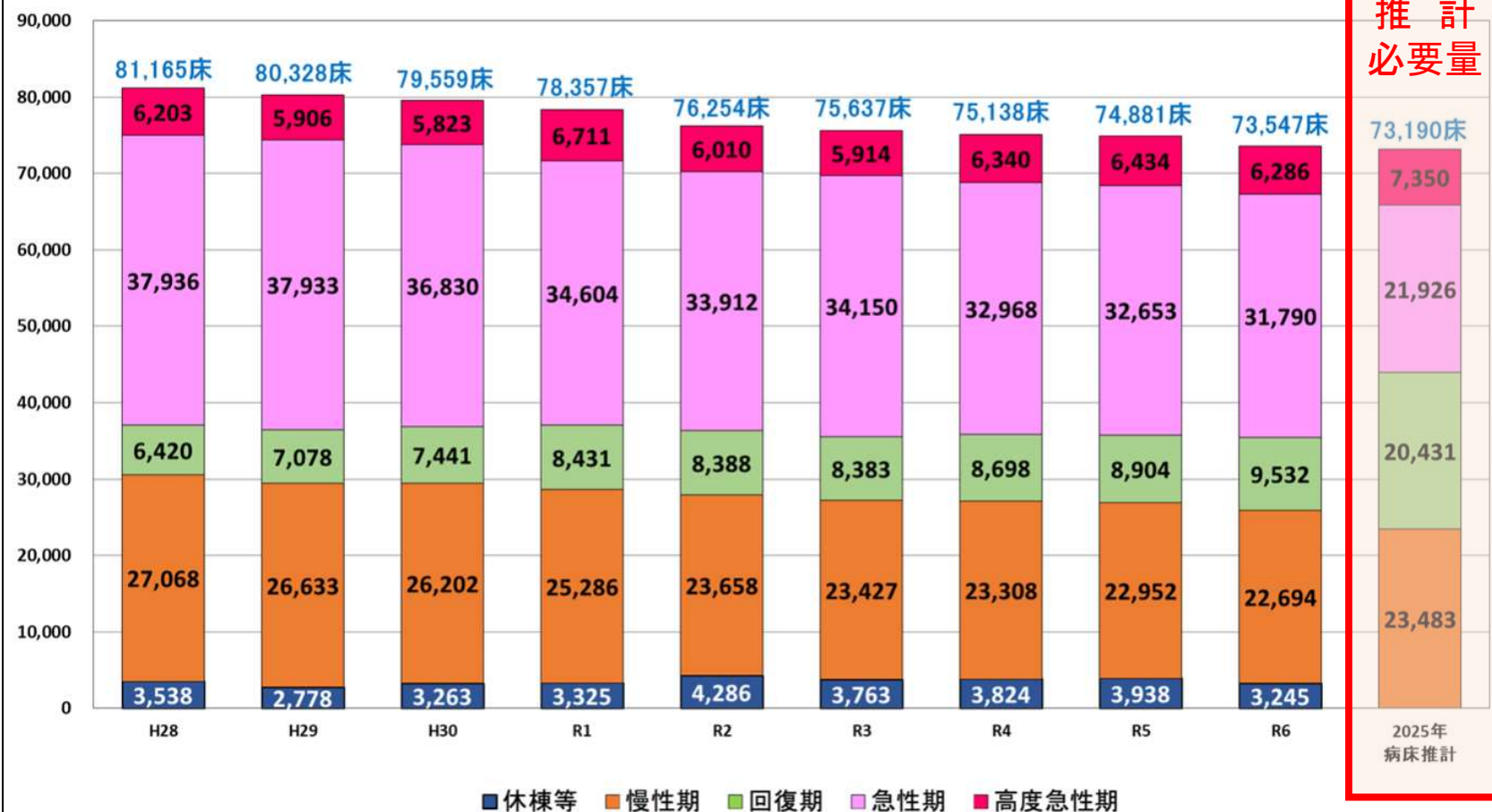
【医療機関や救急車の適切な利用をお願いします】

外来診療を行っていない休日や夜間の時間帯に、緊急性のない軽度の症状であっても自分の都合に合わせて安易に救急外来を受診する『コンビニ受診』や救急車の利用は、重症患者への対応に支障を来すことになりますので、通常の診療時間内に受診することを心がける必要があります。



（出典）北海道HPより

病床機能報告推移【許可病床／全道】



※病床機能報告に基づき、北海道地域医療課が独自に集計したもの。

※病床機能報告（4区分）の区割りについては、国が適宜見直しをしてきており、各年単純比較できないことに留意。

推計
必要量

推計された
必要量と比較して

急性期が多く

回復期は少ない

（出典）北海道地域医療専門委員会資料（令和7年度第5回：令和8年2月13日）

3 将来的に不足することが見込まれる医療機能の確保対策等

資料3-1
P4

(1) 病床の現況及び2026年の見込み〔医療機能別〕							※医療機関別の結果は別紙参照			
必要病床数 (2025 (R7) 年推計)			高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等 (今後再開)	休棟等 (廃止)	合 計	区域内の現況、取組の方向性等
			355床	1,139床	769床	750床			3,013床	
参 考	病床機能報告 ・ 意向調査 (許可病床)	H28. 7. 1	569床	1,628床	253床	1,031床		163床	3,644床	H28年数値については、 病床機能報告確定 値による。 R7及び2026年数値につ いては、意向調査への 回答数値を入力したも の。
		R7. 7. 1	382床	1,333床	559床	904床	279床	0床	3,457床	
		H28年比	▲ 187床	▲ 295床	306床	▲ 127床	279床	▲ 163床	▲ 187床	
		2026 (予定)	344床	1,319床	597床	860床	274床		3,394床	
		必要病床数-2025	▲ 11床	180床	▲ 172床	110床	274床	0床	381床	

出典：令和7年度第5回 釧路圏域地域医療構想調整会議資料

2023（令和5）年7月1日時点の医療機能等の割合【許可病床／三次医療圏】 地域医療構想において将来（2025年に）必要と推計している病床数との比較



※地域医療構想は、二次医療圏と同一区域とする構想区域ごとに推進しているものであり、三次医療圏として比較するものではないことに留意。

新たな地域医療構想（2026～2040年）



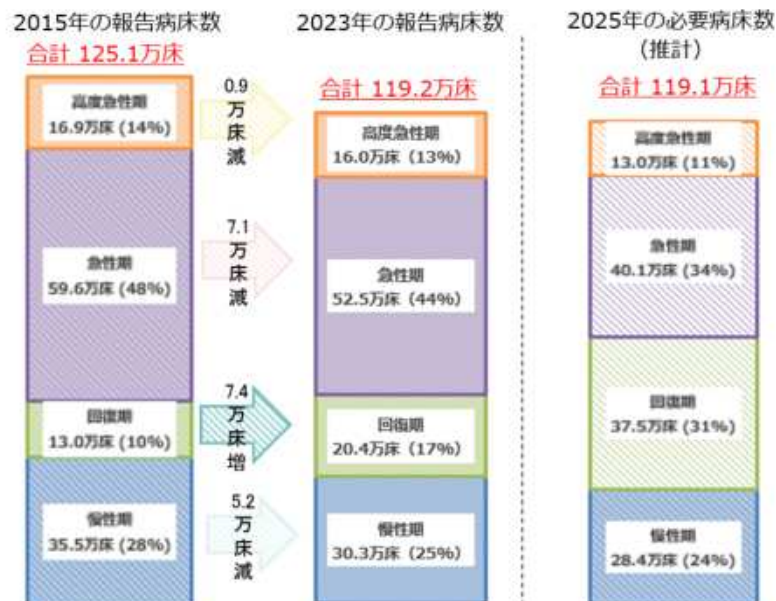
新たな地域医療構想①（概要）

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢者の医療需要が増加することが想定される。
- 約300の構想区域を対象として、病床の機能分化・連携を推進するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 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。

新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、外来医療・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地域医療構想へ

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
- 病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現に資する新たな地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据えて、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・集約化を推進することが重要。
このため、病床の機能分化・連携に加え、
 - ・ 地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）
 - ・ 広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療等の総合的な機能）
 の確保に向けた取組を推進。

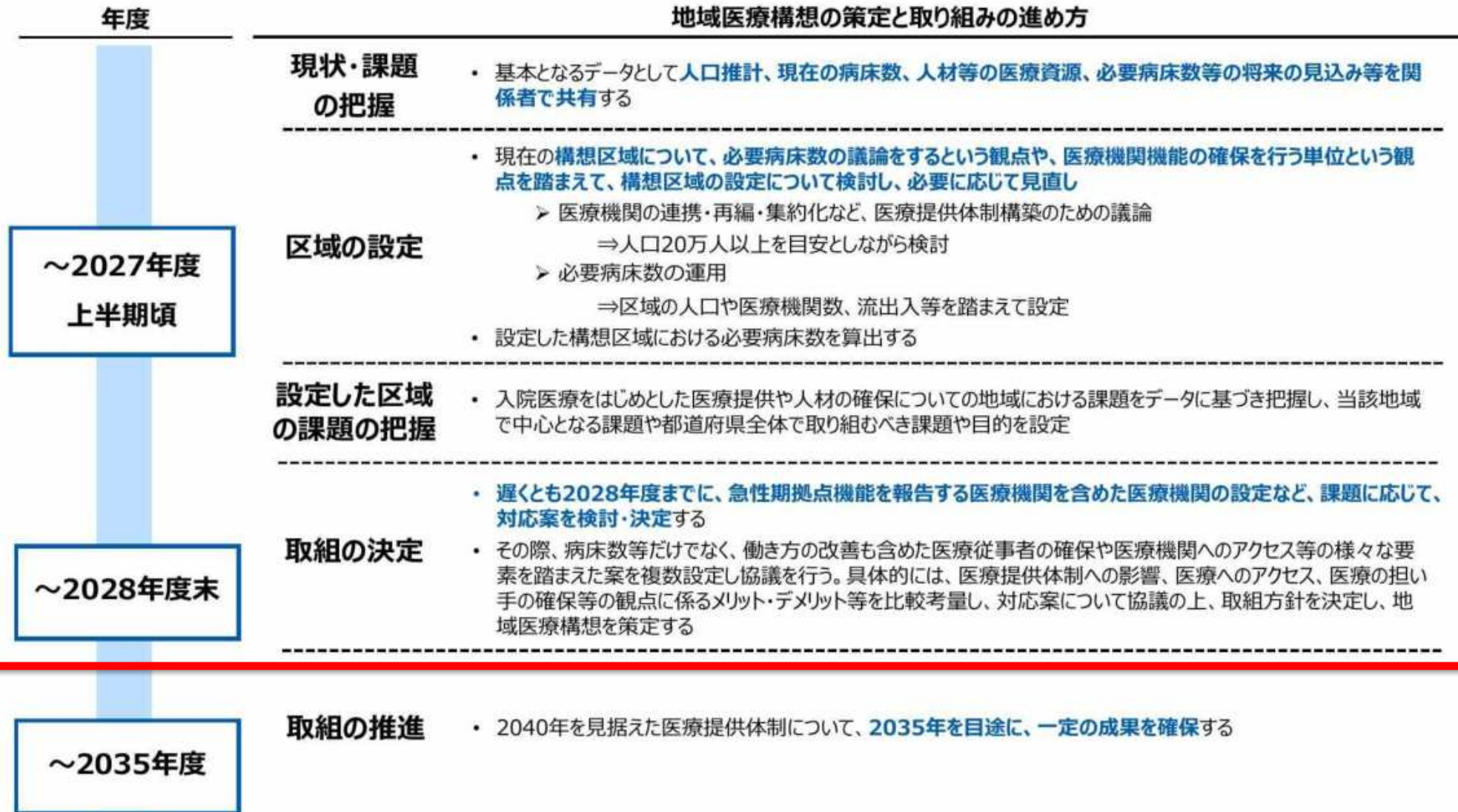
<今後のスケジュール>

- 令和7年度 新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成（国）
- 令和8年度～ 新たな地域医療構想の策定（県）
- 令和9年度～ 新たな地域医療構想の取組を順次開始（県）

新たな地域医療構想 これだけは

- ①2040年に向け、あるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進するもの
- ②入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた構想
- ③「病床機能」だけでなく医療機関ごとの機能も都道府県に届出（遅くとも2028年度）
- ④「回復期」病床については、高齢者等の急性期患者への医療提供機能を含む「包括期」として位置づけ
- ⑤精神医療を地域医療構想に新たに位置づけ
- ⑥新たな構想を、医療計画の「上位概念」に位置づけ
これまで地域医療構想は医療計画の記載事項の一つとされていた
今後は医療計画を新たな地域医療構想の実施計画として位置づけ、構想に即して医療計画を定める（2030年度開始の第9次計画から反映）
- ⑦2026年度から都道府県において、新たな構想に向けた具体的な検討を開始、遅くとも2028年度までに取組を決定（現行の地域医療構想は2026年度も継続する）

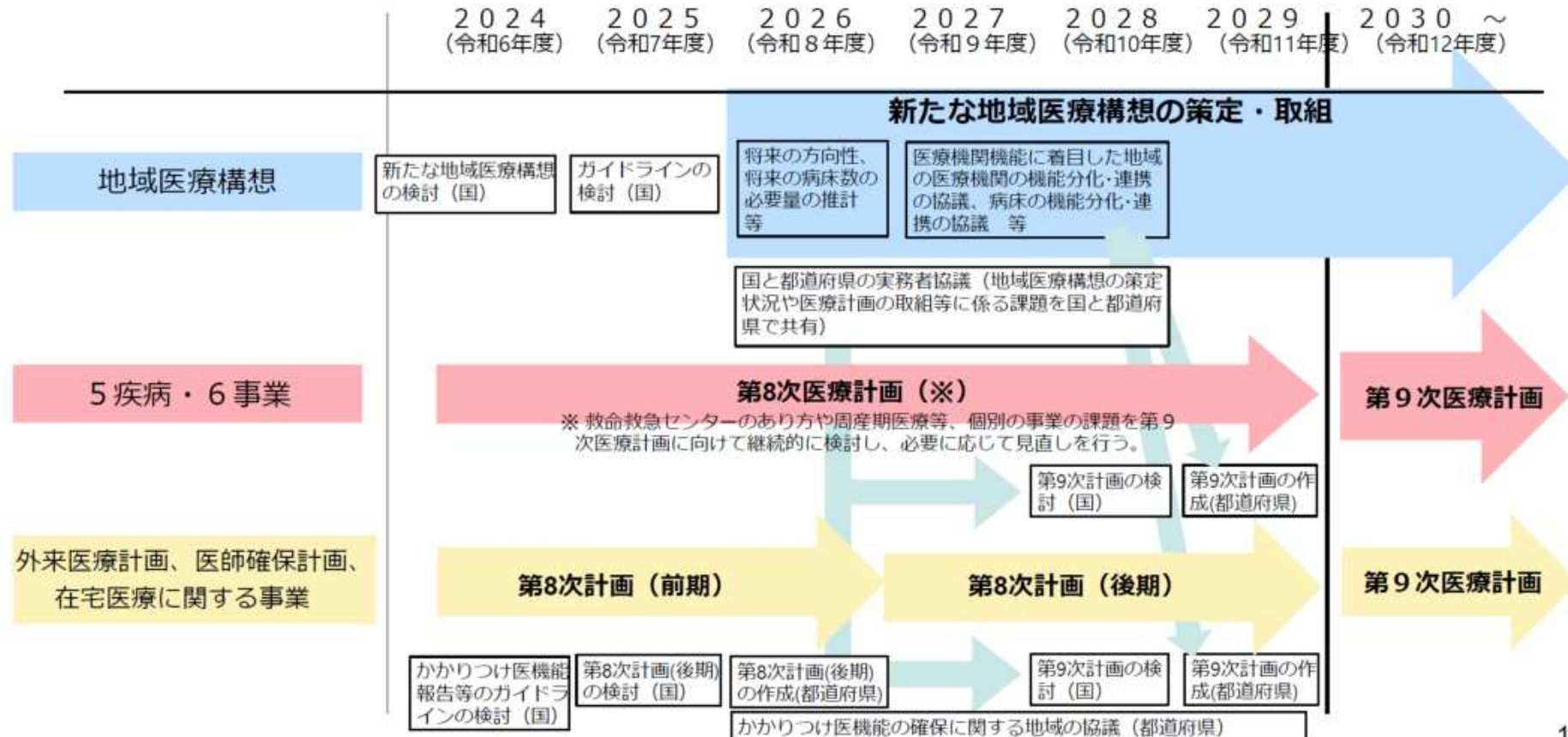
新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール



※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



関係者に期待される役割等（とりまとめより）

期待される役割等

都道府県	○ 地域医療構想の策定及び推進の主体として、地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等 ○ 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、庁内の介護部門と連携、市町村職員に対する必要な支援の実施 ○ 医療へのアクセスの確保等の取組（交通担当部局や市町村、都道府県間での連携体制の構築等） ○ 患者の流出入等に対する、都道府県間で連携した取組の推進
市町村	○ 病院開設者、介護保険事業、住民に最も近い立場などの観点で、地域医療構想の策定及び推進に協力 ○ 自治体立病院に係る病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力 ○ 介護保険事業計画との整合性の確保、都道府県と連携しながら、地域医療構想調整会議における介護に係る課題の共有、医療側の課題を把握及び医療と介護の連携の推進 ○ 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携した、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を推進
大学病院本院	○ 診療の他、都道府県と密な連携体制のもと、人的協力や人材育成の取組の推進
医療関係者	○ 医療提供の主体として、地域医療構想の策定及び推進への積極的に関与 ○ 都道府県調整会議での県全体の医療提供体制に係る協議への参画、区域調整会議での関連する議題に係る協議への参画、取組の推進
公立・公的病院等	○ 市町村と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力
医療保険者	○ 都道府県調整会議への参画や、区域調整会議の参加者について、保険者協議会に照会の上、選定し参加 ○ 地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等において定期的に報告する機会を設定 ○ 都道府県及び市町村は、後期高齢者医療広域連合や国民健康保険の保険者として、効率的な医療提供体制の構築に向けて地域医療構想を推進
介護関係者	○ 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、医療機関との協力体制の構築等の体制整備への協力 ○ 特に介護老人保健施設、介護医療院等は、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担う ○ 在宅医療を担う医療機関の関係者等と地域における医療と介護それぞれの資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備
地域医療構想アドバイザー	○ データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化 ○ 医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、医療計画の策定・推進にも一貫して助言

新たな地域医療構想について、本日のポイント2つ

1. 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた構想
2. 病棟単位ではなく医療機関単位の役割を明確化



新たな地域医療構想においても、
「医療と介護の連携」が
クローズアップされています。



新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

第7回新たな地域医療構想等に関する
検討会（2024年8月26日）：資料1

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。



地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、**地域の医療・介護の連携強化等**を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

地域医療構想における外来・在宅医療・介護との連携等について(案)

- ・ 外来の機能分化・連携や在宅医療提供体制の確保等に向けて、医療計画(外来医療計画・在宅医療計画)の取組、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めてきている。
- ・ 多くの地域で外来医療の需要は減少するが、在宅医療の需要は増加する見込み。地域の医療需要と資源に応じて、診療所や中小病院等とともに、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等が連携しながら、地域ごとの外来・在宅医療の提供が必要。

外来・在宅医療に係る現状と課題

- ・ 外来・在宅・介護需要の変化への対応
 - 人口減少や超高齢化に伴う外来需要の減少
 - 超高齢化による在宅・介護需要の増大
- ・ 担い手の減少への対応
 - 診療所医師の高齢化、医師の偏在
 - 生産年齢人口の減少による人材確保の制約
- ・ 既存制度の推進
 - 外来医療計画による外来の機能分化・連携
 - 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で不足する医療機能の要請
 - かかりつけ医機能報告等によるかかりつけ医機能の確保・強化
 - 在宅医療計画による体制整備 等



地域医療構想における取組

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護連携等も対象とする。
- 議題に応じて、協議を行う区域や参加者を設定し、医療関係者、介護関係者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施。
 - ※ 従来の構想区域だけでなく、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、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。
- かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来・在宅・介護連携等に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有。
 - (例) 医師数や診療領域ごとの診療体制
時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況
慢性期・在宅需要と在宅医療提供量・療養病床・介護施設・高齢者住まい等の状況
医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況 等
- 地域の実情を踏まえ課題への対応を検討・協議して、必要な外来・在宅医療の提供のための取組を行う。
 - (取組の方向性(イメージ))
 - 不足する医療提供のための方策(在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、診療所の承継支援、医師の派遣、巡回診療の整備等)
 - D to P with N等のオンライン診療や医療DXによる在宅医療等の効率的な提供のための方策
 - 医療機関と介護施設等の具体的な連携、高齢者の集住等のまちづくりの取組との連携 等

新たな地域医療構想における地域の調整会議では・・

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護連携等も対象とする。
- 議題に応じて、協議を行う区域や参加者を設定し、
医療関係者、介護関係者、都道府県、市町村等の
関係者の協議を実施。

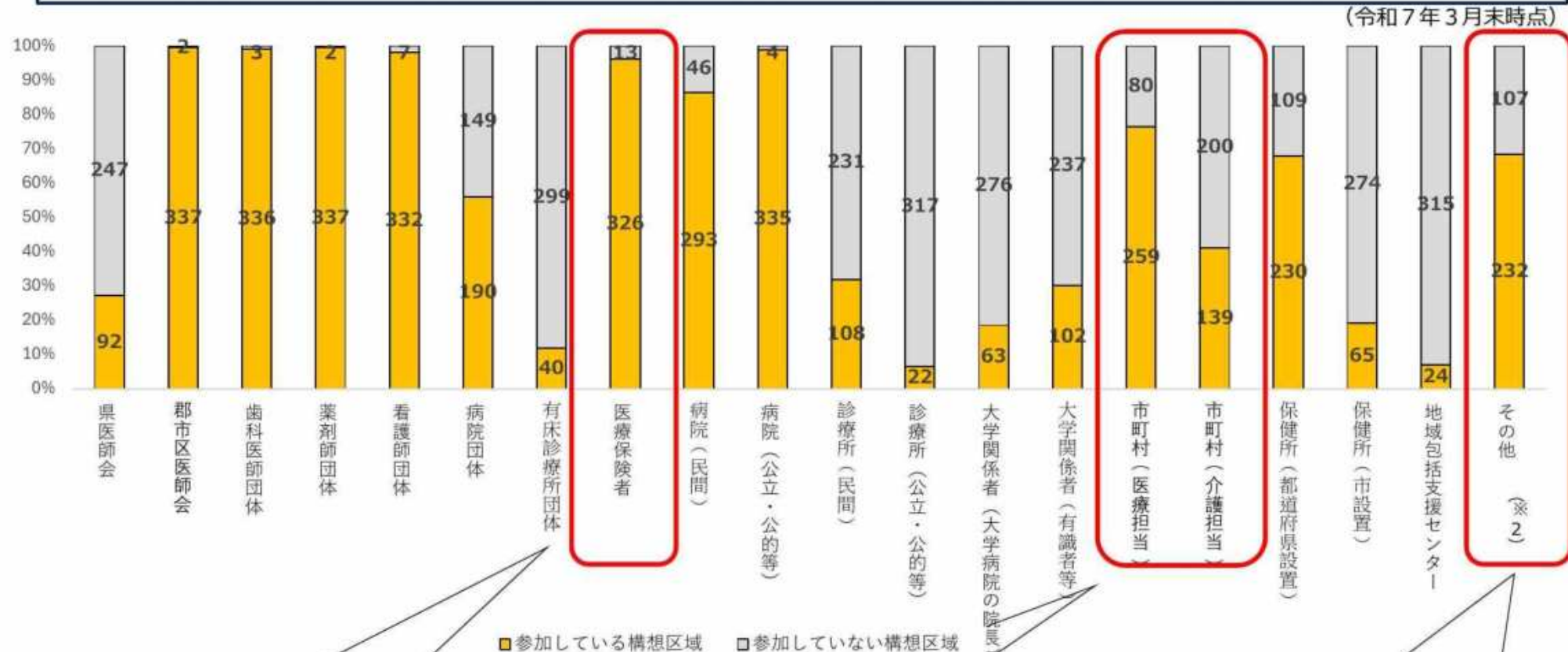
⇒ **つまり、2027年度以降は、地域における調整会議に、
在宅医療・介護関係者や市町村の参加が必須になる
従前の構想区域よりも狭い範囲での調整会議も開催される**



地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

令和7年12月12日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（一部改）

- 地域医療構想調整会議の構成員の状況を見ると、「郡市区医師会」「歯科医師団体」「薬剤師団体」「看護師団体」「医療保険者」「病院（公立・公的等）」は、ほとんどの構想区域で参加している。



医療保険者が参加していた構想区域は、330区域中、326区域（約99%）であった

市町村が参加していた構想区域は、330区域中、259区域（医療担当約78%）・139区域（介護担当約42%）であった

住民代表や患者代表が参加していた構想区域は、330区域中、49区域（約15%）であった（※3）

医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

※1 令和6年3月末時点は、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置していたため、母数は341となっている。

※2 社会福祉協議会、消防本部、訪問介護ステーション協議会、介護・福祉関係団体、住民代表 等

※3 地域医療構想調整会議の構成員として「その他」を選択した232区域の内、自由記載欄で「住民」「患者」「受療者」といった立場の者が記載されている区域を集計したもの。



連携会議で何を確認すればよいのでしょうか？

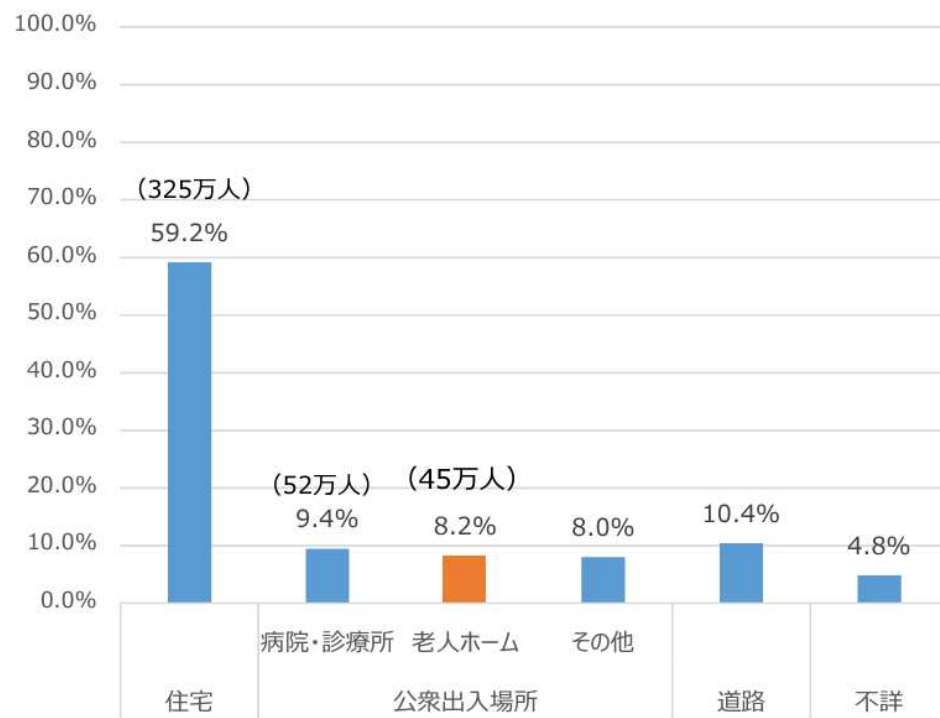
→①まずは高齢者施設が適切な連携医療機関を有しているかの確認

②退院後の患者が速やかに介護につながっているかの確認

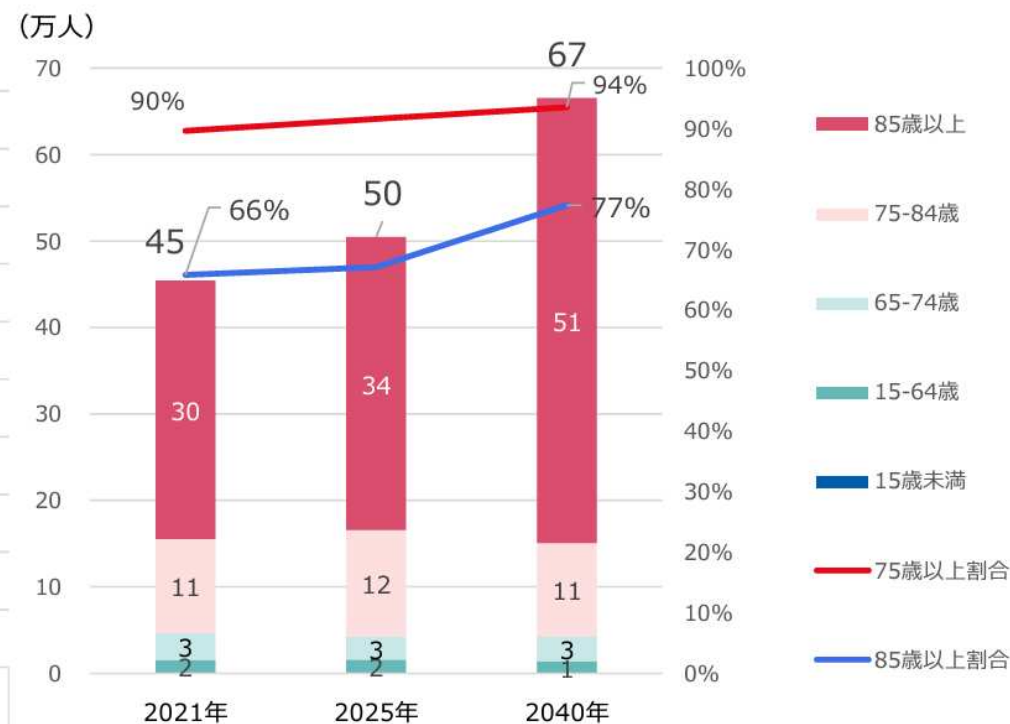
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳（令和3年）



老人ホームからの救急搬送件数の見通し



高齢者施設で患者さんが発生したときの対応と課題

○救急車を呼ぶ

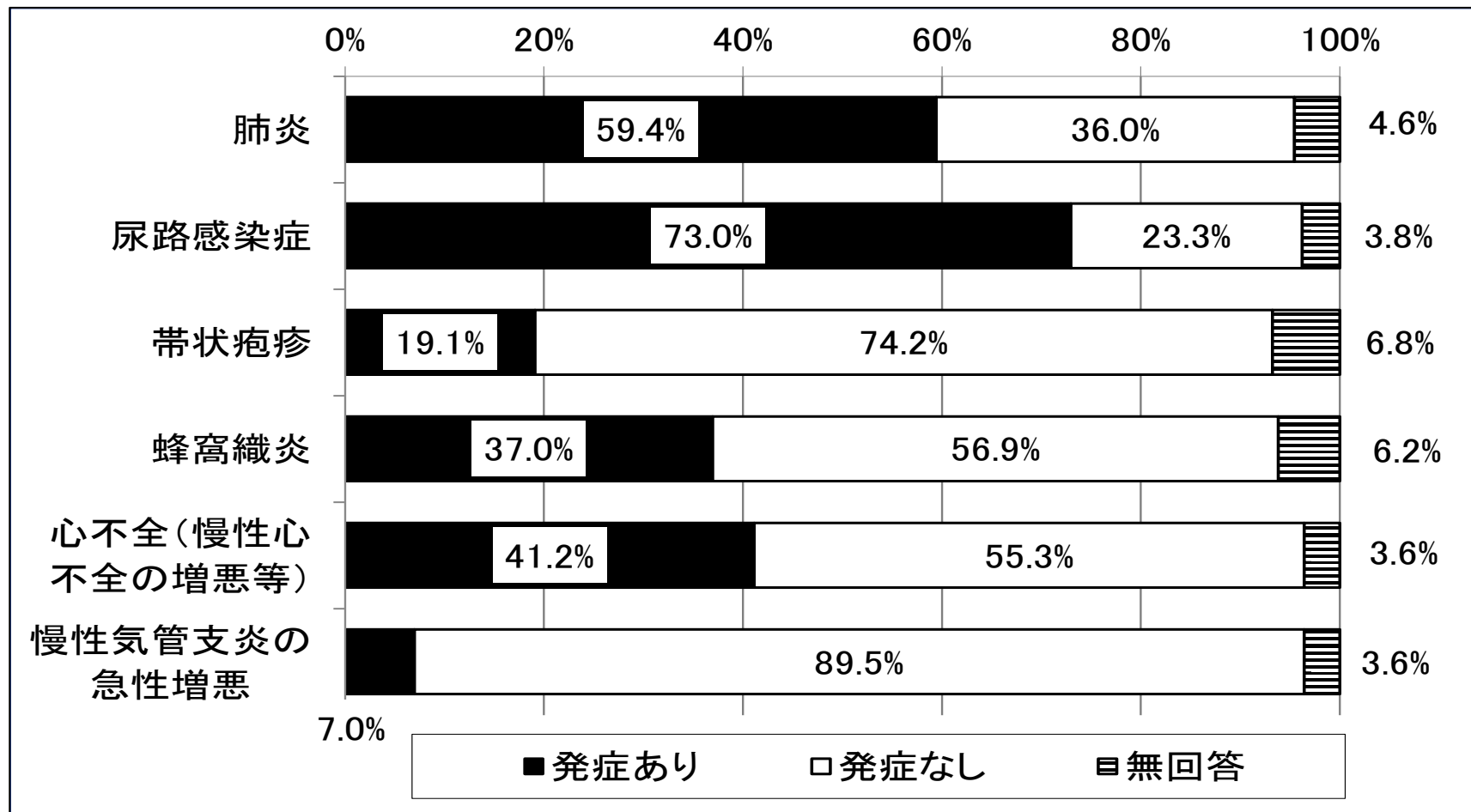


○救急隊の方が搬送先を選択して、急性期病院に搬送される



○病気は治っても病院での安静のため、ADLは低下し、
認知機能も低下してしまう

介護老人保健施設における疾病の発生状況



高齢者施設では、尿路感染症、肺炎、心不全の発症が多い

介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの提供実態等に関する調査研究事業
図表22【老健】疾患の発症の有無（2023年4月～6月）（n=503）

○高齢者の方は環境を変えることによるダメージが大きい

○「防ぎうる入院」を防ぐことができないか

○仮に入院した場合でも、できるだけ早く退院して、
もとの環境に戻るにはどうすればよいか



高齢者施設と医療機関との連携を進めるために

- 平時からの連携（顔の見える関係）
- 急変時の電話相談、診療
- 必要な場合の入院診療（自院で受けられない場合は紹介）
- 早期退院
（退院可能となった場合は高齢者施設が速やかに受入れ）

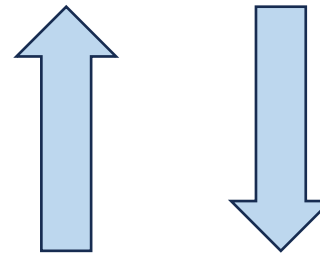
**→令和 6 年度介護報酬改定において、これらを満たす
連携医療機関を持つことを義務化した（経過措置 3 年）**

連携医療機関（複数医療機関で要件みたすことも可）



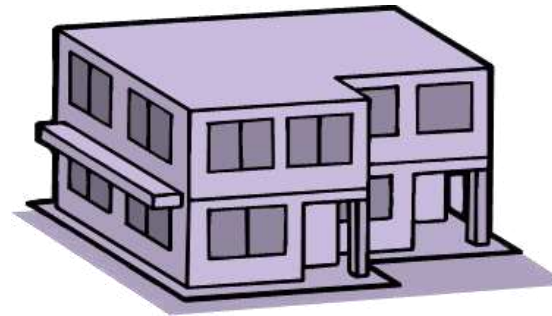
- ・在宅療養支援病院
- ・在宅療養後方支援病院
- ・在宅療養支援診療所
- ・地域包括ケア病棟を有する病院

- ①相談、診療、入院
- ②定期的な会議（月1回（※））
- ③急変時の対応を協議し
自治体に報告（年に1回以上）
- ④退院可能となった場合は速やかに再入所



義務化
（経過措置3年）

（※）介護報酬（協力医療機関連携加算）で評価。
入所者の情報を随時確認できる体制がシステムなどで確保されている場合は、定期的に年3回以上開催でよい。

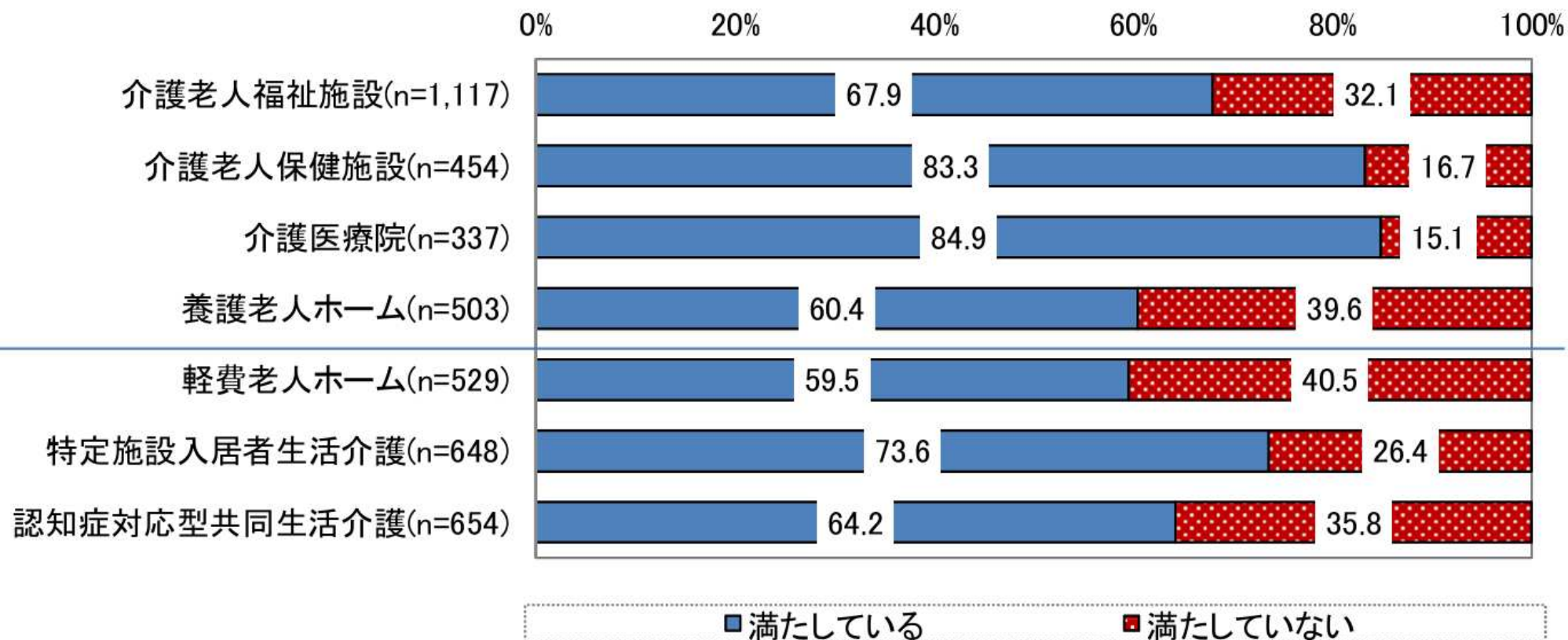


老健、特養、介護医療院

介護施設と医療機関の連携の状況

図表9 要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等

1～3、6、7 問5(2)2)・3)、4、5 問5(3)2)・3)



出典：第255回厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会（令和8年3月30日）

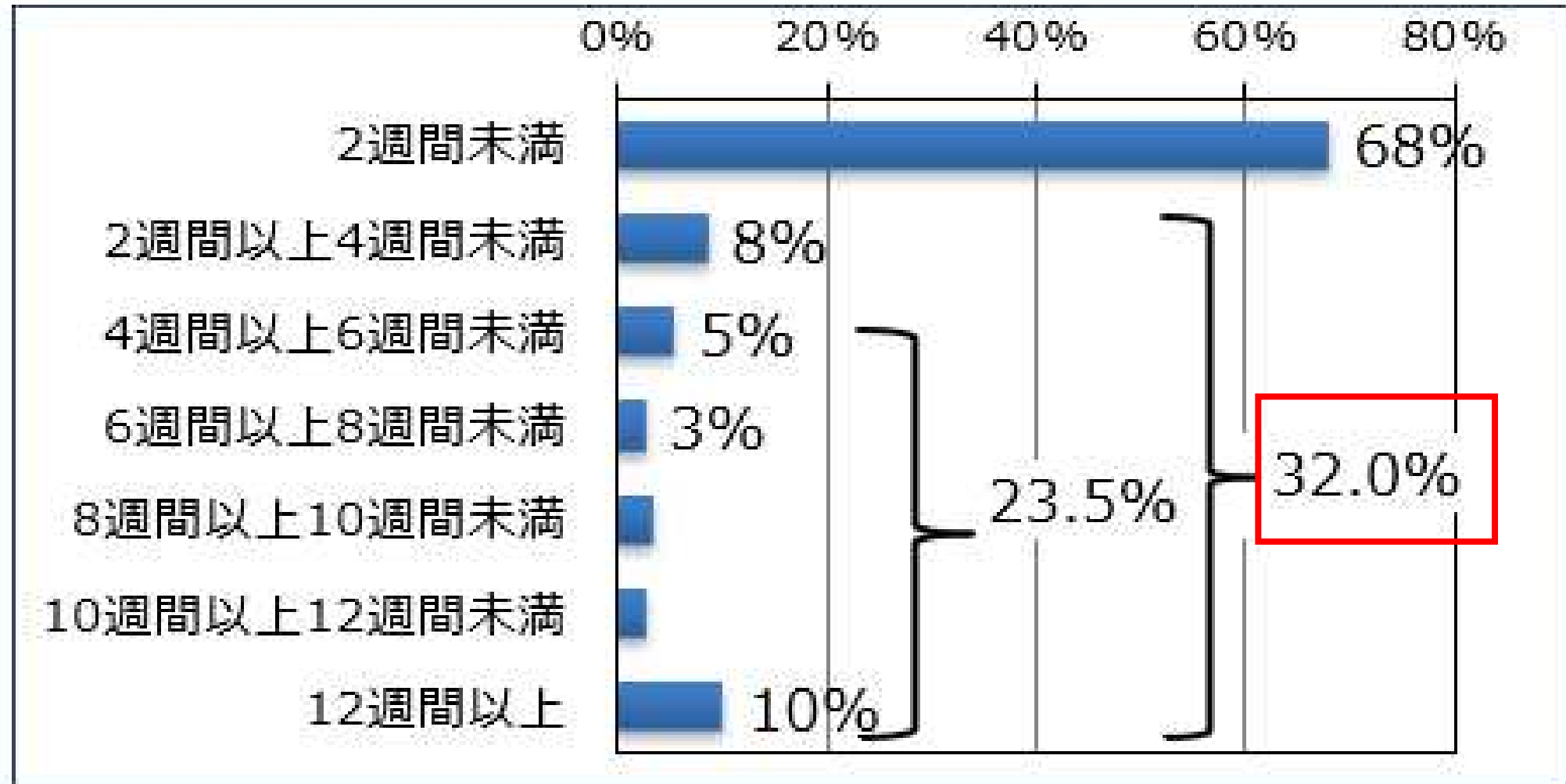


連携会議で何を確認すればよいのでしょうか？

→①まずは高齢者施設が適切な連携医療機関を有しているかの確認

②退院後の患者が速やかに介護につながっているかの確認

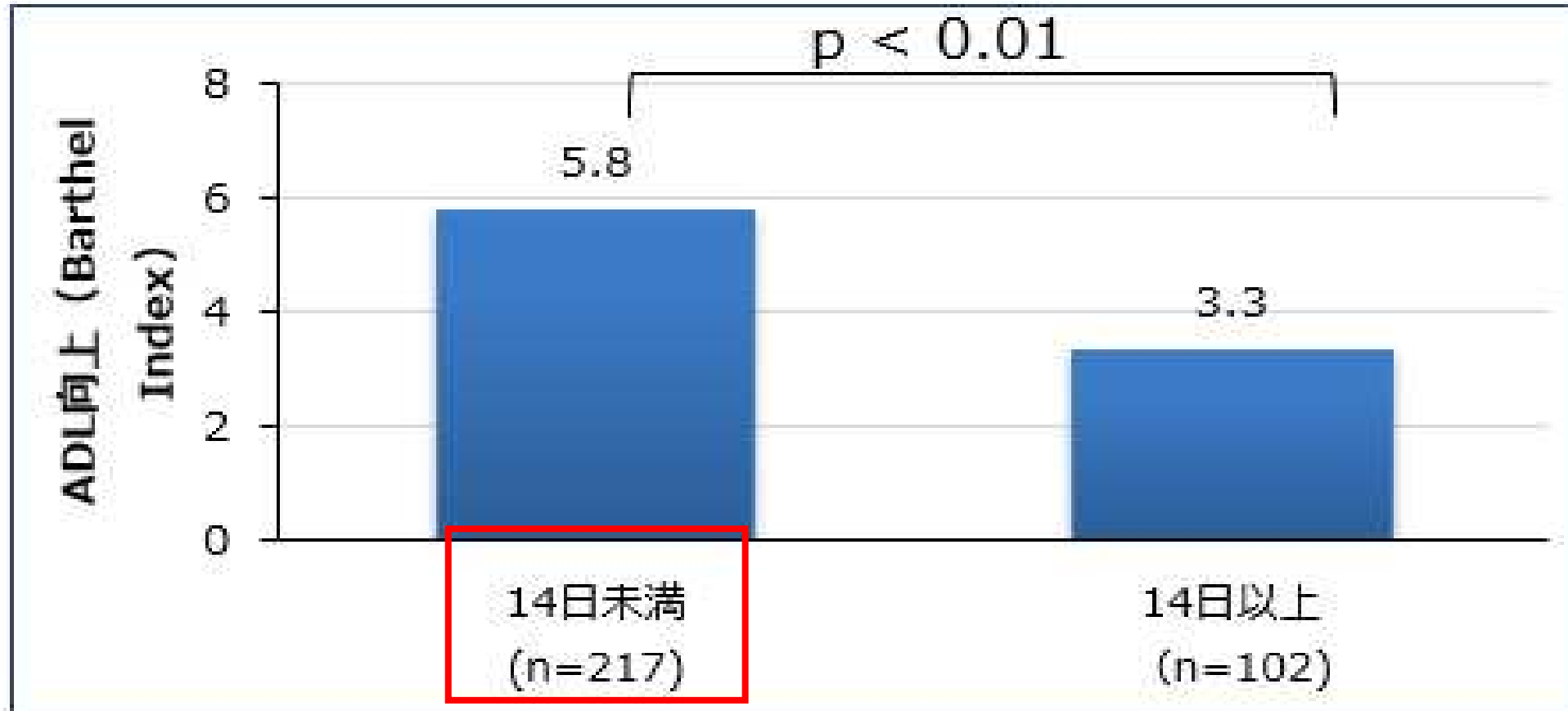
退院後の訪問リハビリテーション利用開始までの期間と効果



約3割の患者では、訪問リハ開始まで、退院後2週間以上かかっている

(出典) 平成27年度介護報酬改定検証調査 (平成28年度調査) の結果を事務局で集計

退院後の訪問リハビリテーション利用開始までの期間と効果



2週間以内に訪問リハビリテーションを実施した患者のほうが機能回復が大きい傾向が見られた

介護保険との連携の要件化と目標設定等支援・管理料の廃止

介護保険によるリハビリテーション等との連携の要件化

- 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群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おいて、介護保険によるサービスの利用が必要と思われる者に対する介護支援専門員との連携を要件化する。

【脳血管疾患等リハビリテーション料】※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様

[算定要件]

- ・ 以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、適宜、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

目標設定等支援・管理料と減算規定の廃止

- 上記に伴い、介護保険によるサービスが必要と思われる患者についての計画を要件としていた目標設定等支援・管理料を廃止し、併せて脳血管疾患等リハビリテーション料等における注7の減算規定を廃止する。

現行

【目標設定等・支援管理料】

- | | |
|------------|------|
| 1 初回の場合 | 250点 |
| 2 2回目以降の場合 | 100点 |

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

注7 目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。



改定後

【目標設定等・支援管理料】

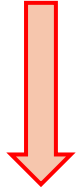
[廃止]

【脳血管疾患等リハビリテーション料】

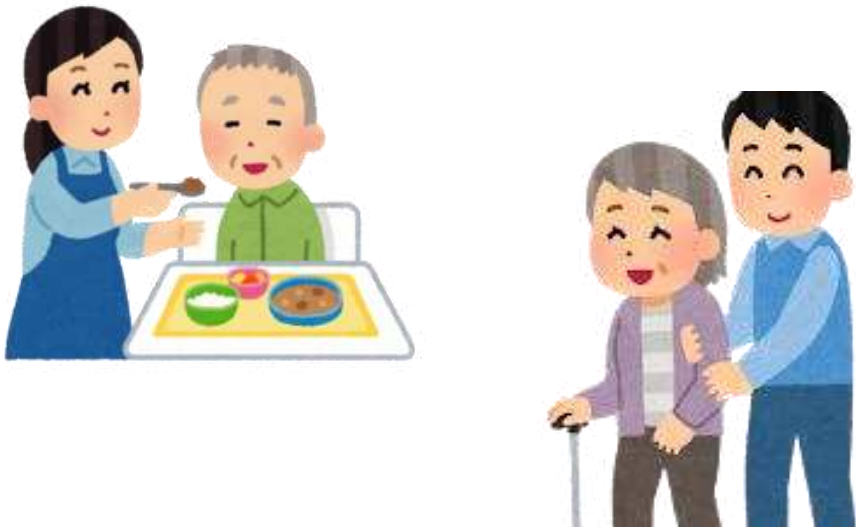
[廃止]

※ 廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料についても同様

介護が必要になったら？



介護サービス



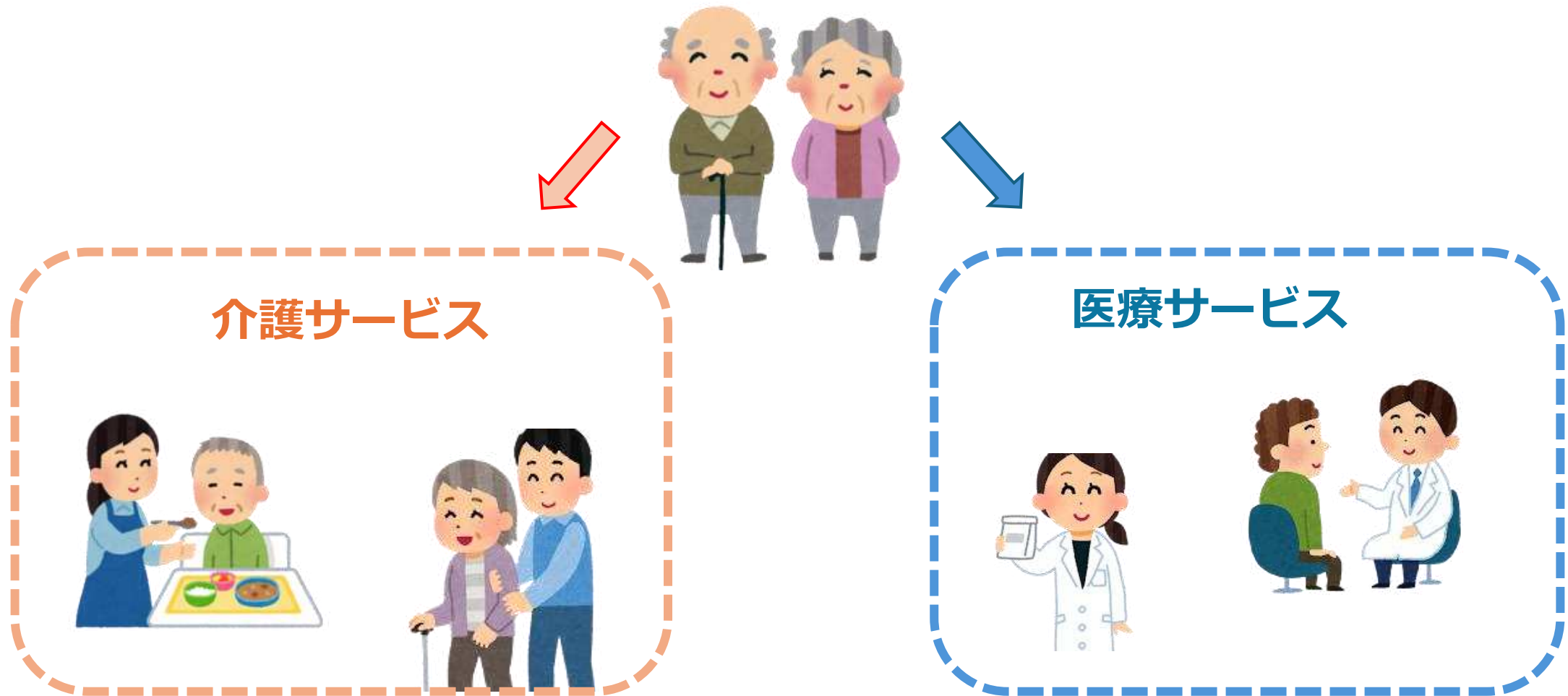
医療が必要になったら？



医療サービス



高齢者の方の多くは、医療と介護の両方を必要としています







高齢者の方の多くは、医療と介護の両方を必要としています



医療と介護は情報を共有しながら、連携することが大切









これからの保健師さんへの期待

- ・ 住民の「生活」へのまなざし
- ・ 医療サービスと介護サービスの橋渡しを
- ・ 介護保険についての知識も必修事項

- ヘルパー
- デイケア
- デイサービス
- ショート
- カンタキ
- ショウタキ
- テイキジュンカイ
- トクヨウ
- ロウケン
- イリョウイン

- シジシヨ
- イケンシヨ
- ホウカン
- ホウリハ
- ホウカンリハ
- リョウツウ
- チイキミツチャク
- ケアプラン
- ケアマネ
- ゲンドガク
- サコウジュウ

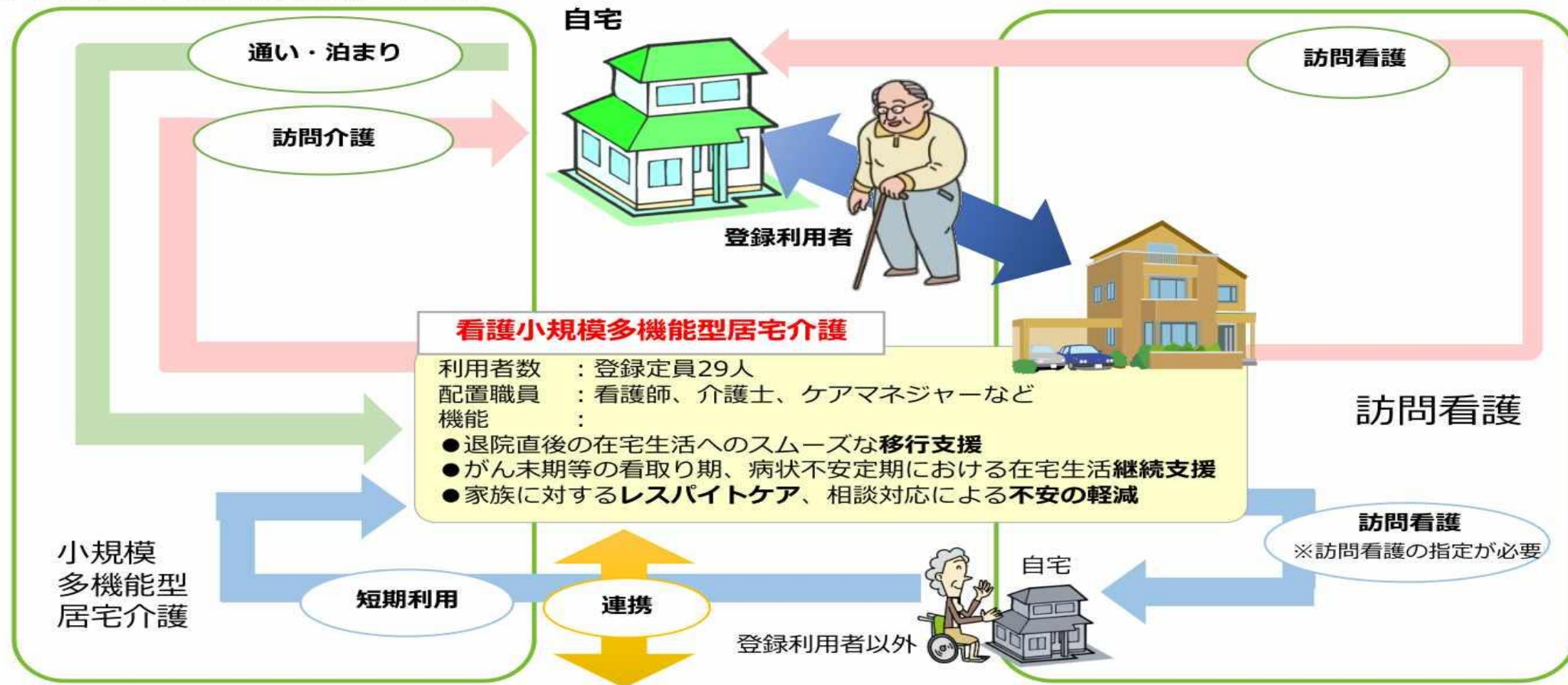
複合型サービス

- ・ 看護小規模多機能型居宅介護（カンタキ）
- ・ 小規模多機能型居宅介護（ショウタキ）



看護小規模多機能型居宅介護の概要

- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせることにより、退院後の在宅生活への移行や、看取り期の支援、家族に対するレスパイト等への対応等、利用者や家族の状態やニーズに応じ、主治医との密接な連携のもと、医療行為も含めた多様なサービス（「通い・泊まり」、「訪問介護」、「訪問（看護・介護）」）を一体的に24時間365日提供。
- また、登録利用者以外に対しても、訪問看護（訪問看護の指定が必要）や宿泊サービスを提供するなど、医療ニーズも有する高齢者の地域での生活を総合的に支える。



地域

- 事業所における地域との交流 例 子ども食堂、暮らしの保健室
- 運営推進会議を通じた事業運営への地域住民等の参画

看護小規模多機能型居宅介護について

看護小規模多機能型居宅介護（通称：かんたき）のサービスについて

- 利用者の状態や家族の状況に応じて、主治医と密接に連携しながら、一つの事業所で、複数のサービスを一体的に提供します。

利用者のメリット

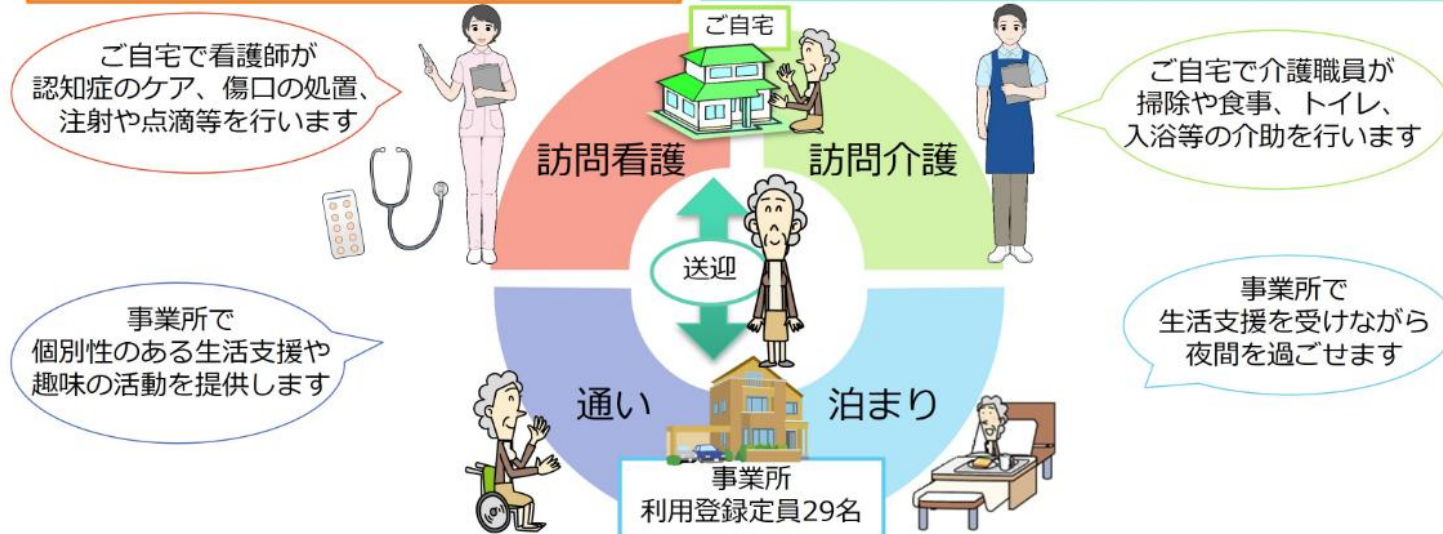


- 柔軟にサービスを変更できる！
急な体調変化時、通い予定を訪問に変更できます
- 医療ケアが必要な方でも安心！
看護師が認知症ケアや傷口のケア等を行います
- 人生の最期まで安心！
状態が変わっても一つの事業所でサポートします
- 費用は月定額制が基本！

家族のメリット



- 柔軟にサービスを変更できる！
急な出張時、訪問予定を泊まりに変更できます
- 一貫したサービス提供で安心！
かんたきのケアマネジャーに変更することで、生活・介護の相談先を一つに集約します
- 介護離職せず、就労継続できる！
自宅での生活・介護に慣れるまで、介護方法をお教えしたり、頻回にサービス変更ができます
- 「レスパイトケア」も利用できる！
家族の休息のため、泊まりサービス等でサポートします



看護小規模多機能型居宅介護の概要

基準項目			本体事業所	サテライト型事業所
代表者			認知症高齢者の介護に携わった経験や保健医療サービス、福祉サービスに携わった経験があり、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者、又は保健師若しくは看護師	本体事業所の代表者
管理者			特別養護老人ホーム、介護老人保険施設、介護医療院等の職員または訪問介護員として3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験があり、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した者、又は保健師若しくは看護師 常勤専従かつ管理上支障が無い場合、同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等との兼務可能	本体事業所の管理者が兼務可能
従業者の員数	日中	通いサービス	常勤換算法で利用者3人に対し1以上 ※1以上は保健師、看護師又は准看護師	常勤換算法で利用者3人に対し1以上 ※1以上は保健師、看護師又は准看護師
		訪問サービス	常勤換算法で2人以上 ※1以上は保健師、看護師又は准看護師 サテライト型事業所の利用者へのサービス提供可能	常勤換算法で2人以上 ※1以上は保健師、看護師又は准看護師 本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者へのサービス提供可能
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて1以上	時間帯を通じて1以上 ※宿泊サービスの利用者がいない場合であって、訪問サービス提供に必要な連絡体制を整備している場合は置かないことができる 本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
		宿直職員	宿直勤務に必要な数以上	
	看護職員		常勤換算法で保健師、看護師又は准看護師2.5人以上 ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしている場合、訪問看護ステーションの人員基準を満たすことで上記基準も満たすものとみなす	常勤換算法で保健師、看護師又は准看護師1人以上 ※訪問看護事業所の指定を併せて受け、出張所としての要件を満たす場合、一体的なサービス提供の単位として事業所に含めて指定できる
	ケアマネージャー		介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者	本体事業所の介護支援専門員により居宅サービス計画の作成が適切に行われるときは、介護支援専門員に代えて、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者をおくことができる

看護小規模多機能型居宅介護の設備基準等

基準項目		本体事業所	サテライト型事業所	
登録定員		29人以下	18人以下	
利用定員	通いサービス	登録定員の2分の1から15人まで ※登録定員が25人を超える場合 (登録定員) (利用定員) 26人又は27人 16人 28人 17人 29人 18人	登録定員の2分の1から12人まで	
	宿泊サービス	通いサービス利用定員の3分の1から9人まで	通いサービス利用定員の3分の1から6人まで	
設備・備品等	事業所		居間、食堂、台所、宿泊室、浴室、消火設備、その他非常災害に際して必要な設備、その他サービス提供に必要な設備及び備品等	
	居間・食堂		機能を十分に発揮しうる適当な広さ（通いの定員を15人を超えて定める場合は合計面積が1人当たり3㎡以上確保）	
	宿泊室	個室	定 員：1人 ※利用者の処遇上必要と認められる場合は2人 床面積：7.43平方メートル以上 ※病院又は診療所の場合6.4平方メートル程度以上	診療所が有する病床については、宿泊室を兼用することができる
		個室以外	床面積：おおむね77.43平方メートル×（宿泊サービス利用定員－個室の定員）以上 ※プライバシーが確保された居間は、宿泊室の面積に含めることができる 構 造：プライバシーが確保されたもの	
	立地		利用者の家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地域等	

サテライト型事業所

- サテライト型事業所の本体となる事業所は緊急時訪問看護加算の届け出事業所に限る
- 本体事業所1に対するサテライト型事業所は、最大2箇所まで
- 本体事業所とサテライト型事業所との距離：自動車等による移動に要する時間がおおむね20分以内
- サテライト型事業所においても、通い・泊まり・訪問（看護・介護）機能は必要
※本体の空床状況や利用者の心身の状況に配慮した上で、サテライト型事業所の利用者が本体事業所に宿泊することも可能

看護小規模多機能型居宅介護の報酬

利用者の要介護度に応じた基本サービス費

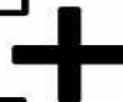
イ 居宅介護費（1月につき）

（1）同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
12,447 単位	17,415 単位	24,481 単位	27,766 単位	31,408 単位

（2）同一建物居住者に対して行う場合

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
11,214 単位	15,691 単位	22,057 単位	25,017 単位	28,298 単位



ロ 短期利用居宅介護費（1日につき）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
571単位	638単位	706単位	773単位	839単位

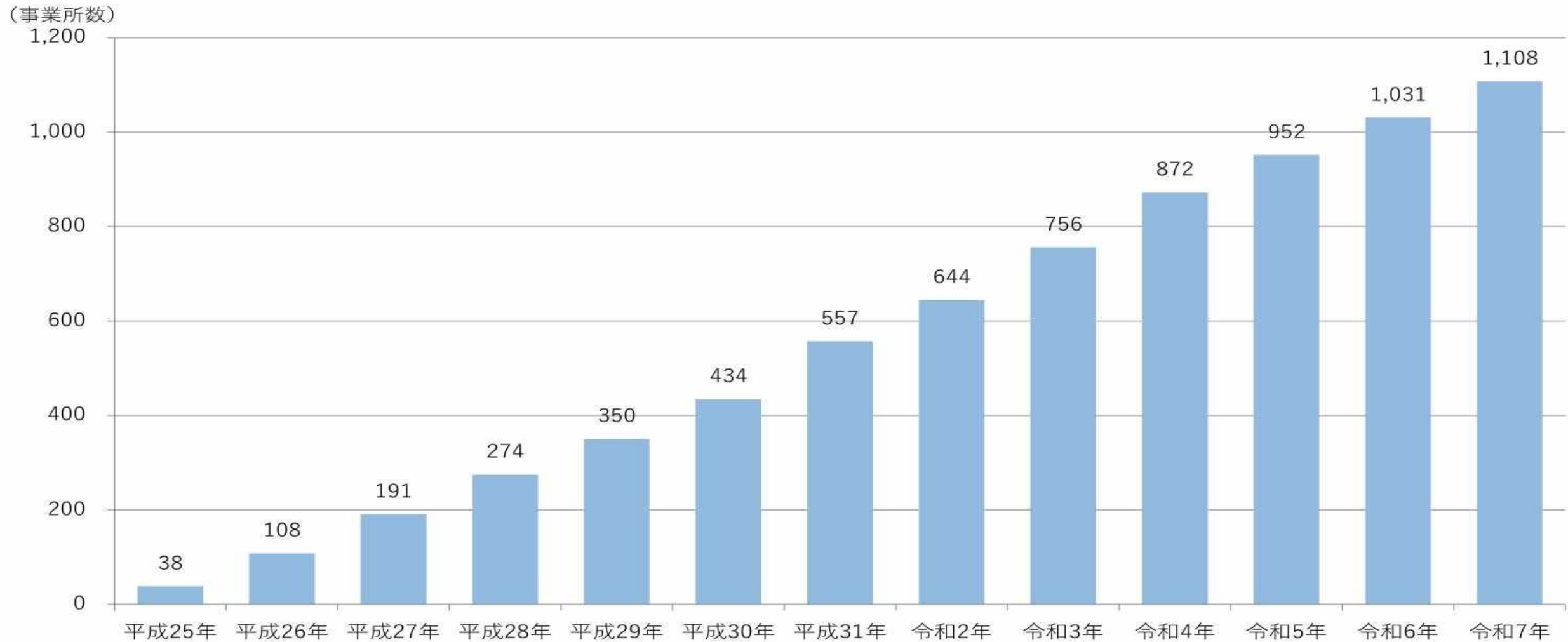
（注）点線枠の加算は区分支給限度基準額の枠外

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

初期加算(30日を限度) (イ30単位/日)	訪問体制強化加算 (イ1,000単位/月)
認知症加算 (イⅠ:920単位、Ⅱ:890単位、 Ⅲ:760単位、Ⅳ:460単位/月)	総合マネジメント体制強化加算 (イⅠ:1,200単位、Ⅱ:800単位/月)
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日を限度)(ロ200単位/日)	褥瘡マネジメント加算 (イⅠ:3単位、Ⅱ:13単位/月)
若年性認知症利用者受入加算 (イ800単位/月)	排せつ支援加算 (イⅠ:10単位、 Ⅱ:15単位、Ⅲ:20単位/月)
栄養アセスメント加算 (イ50単位/月)	科学的介護推進体制加算 (イ40単位/月)
栄養改善加算(1月に2回、3月以内) (イ200単位/回)	生産性向上推進体制加算 (Ⅰ:100単位、Ⅱ:10単位/月)
口腔・栄養スクリーニング加算 (6月に1回)(イⅠ:20単位、Ⅱ:5単位/回)	サービス提供体制強化加算 (イⅠ:750単位、Ⅱ:640単位、Ⅲ:350単位/月) (ロⅠ:25単位、Ⅱ:21単位、Ⅲ:12単位/日)
口腔機能向上加算(1月に2回、3月以内) (イⅠ:150単位、Ⅱ:160単位/回)	特別地域加算 (イ+15%/月)
退院時共同指導加算 (イ600単位/回)	中山間地域等における小規模事業所加算 (イ+10%/月、ロ+10%/日)
緊急時対応加算 (イ774単位/月)	中山間地域等の居住者へのサービス提供加算 (イ+5%/月)
特別管理加算 (イⅠ:500単位、Ⅱ:250単位/月)	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)イ:16.8%/月、(Ⅰ)ロ17.7%/月、(Ⅱ)イ 16.5%/月、(Ⅱ)ロ17.4%/月、(Ⅲ)15.3%/月、 (Ⅳ)12.5%/月
専門管理加算 (イ250単位/月)	看護体制強化加算 (イⅠ:3,000単位、Ⅱ:2,500単位/月)
ターミナルケア加算 (イ2,500単位)	訪問看護体制減算 (▲925単位/月～▲2,914単位/月)
遠隔死亡診断補助加算 (イ150単位)	末期の悪性腫瘍等で医療保険の訪問看護の実施 (▲925単位/月～▲2,914単位/月)
定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%/月)	特別指示による医療保険の訪問看護の実施 〔▲30単位/日 ～▲95単位/日〕 × 指示日数
身体拘束廃止未実施減算* (▲1%/月)	
高齢者虐待防止措置未実施減算 (▲1%/月)	
業務継続計画未策定減算* (▲1%/月)	
過小サービスに対する減算 (イ▲30%/月)	
サテライト型看護小規模多機能型居宅介護を行う 場合であって、本体事業所又はサテライト事業所 が訪問看護体制減算を届け出ている場合【サテラ イト体制未整備減算】 (イ▲3%/月)	

看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数

○看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数は年々増加している。



(平成24年4月創設の当該サービスは、平成24年4月審査分に入らない。)

※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

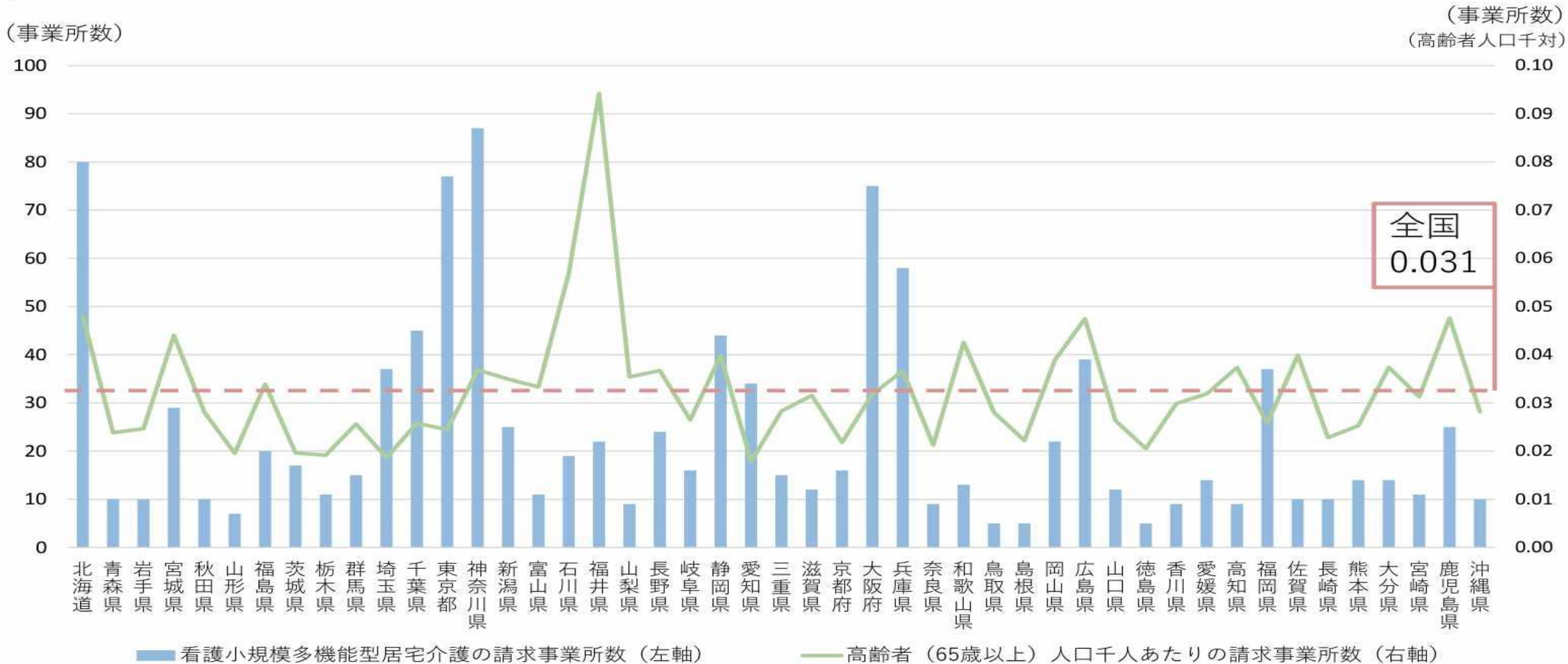
※平成27年4月にサービス名称変更（看護小規模多機能型居宅介護）。

※令和6年4月時点で、サテライト事業所数は24事業所

【出典】介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（各年4月審査分）より老健局老人保健課

看護小規模多機能型居宅介護の請求事業所数（都道府県別）

○看護小規模多機能型居宅介護の高齢者人口に対する事業所数にはばらつきが見られる。

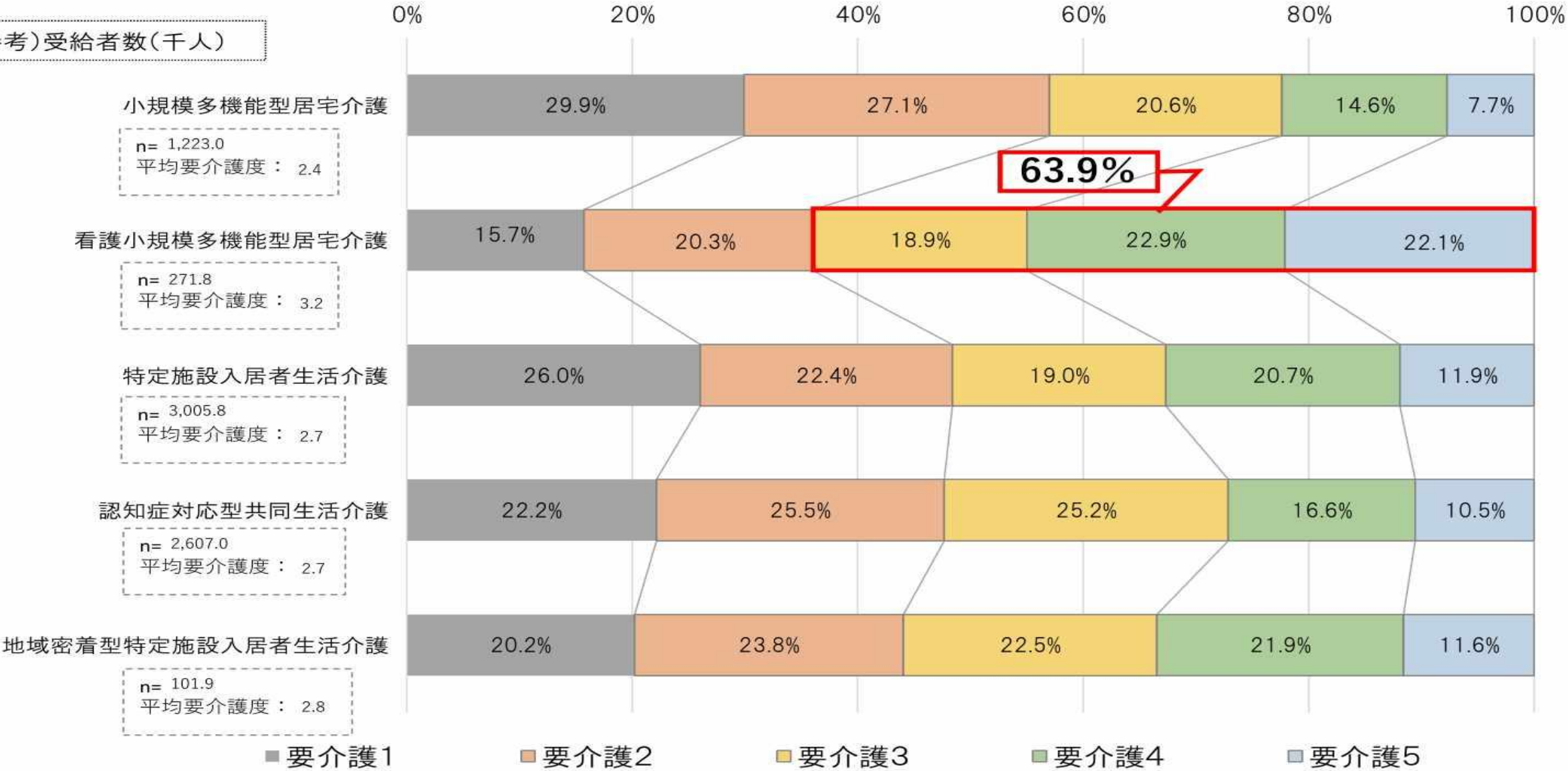


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※介護予防サービスは含まない。

多機能型サービス、居住系サービスの要介護度割合

(参考)受給者数(千人)



【出典】介護給付費等実態統計報告（令和6年5月審査分～令和7年4月審査分）より老健局老人保健課に

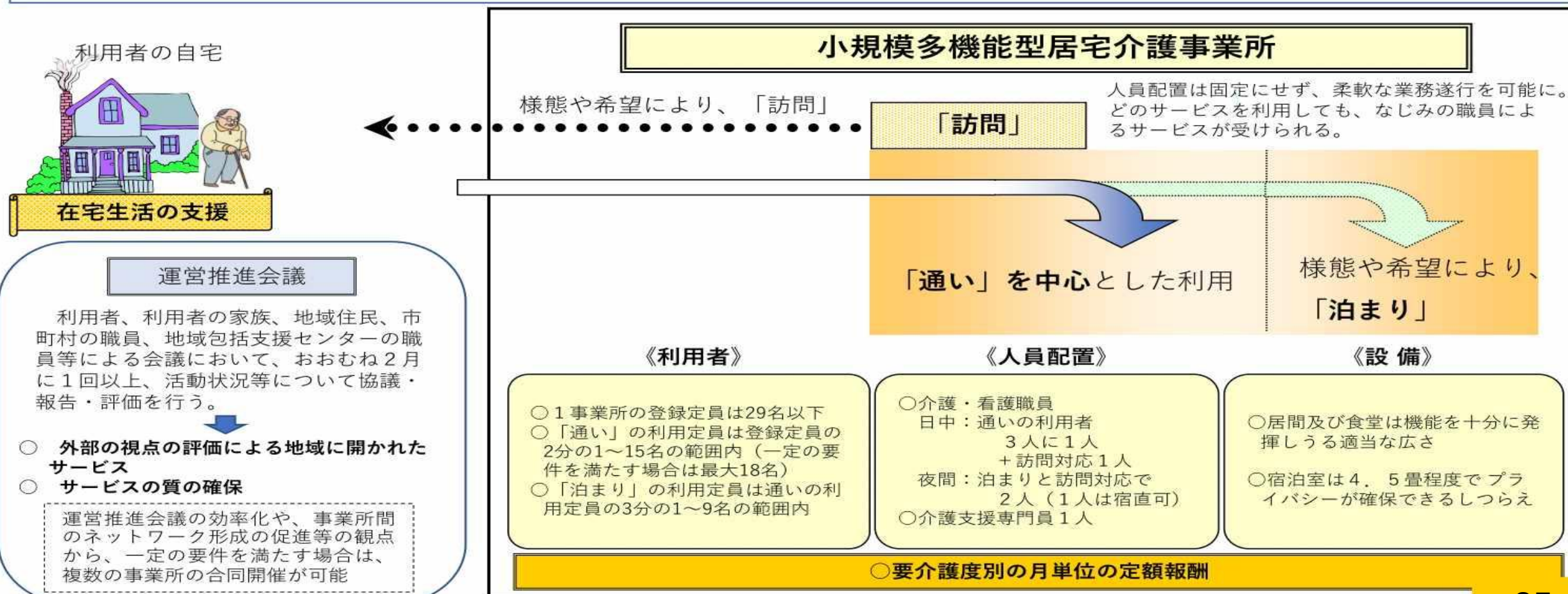
小規模多機能型居宅介護の概要

定義

- 「小規模多機能型居宅介護」は、利用者（要介護（支援）者）の心身の状況や置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、居宅に訪問し、または拠点に通わせ、もしくは拠点に短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等や機能訓練を行うもの。

経緯

- 「通い」を中心として、要介護（支援）者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成18年4月創設）。



小規模多機能型居宅介護の基準

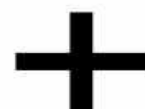
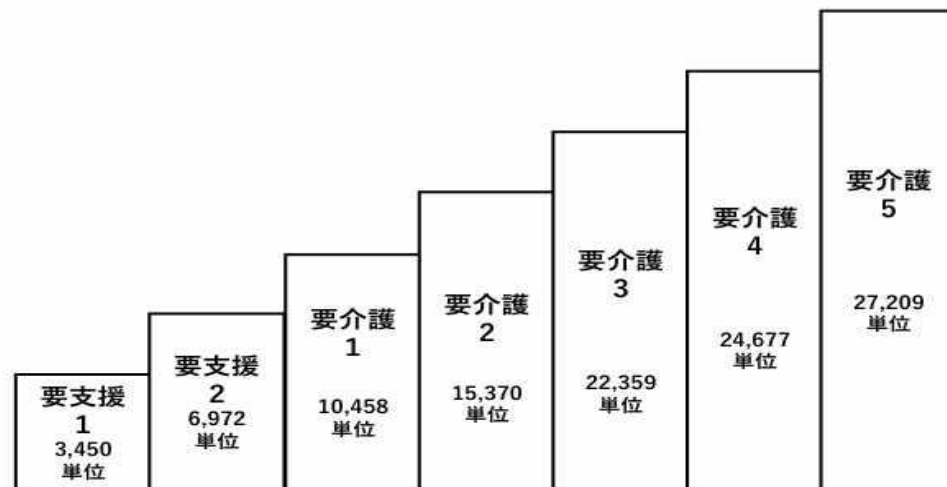
必要となる人員

			本体事業所	サテライト型事業所
代表者			認知症の介護従事経験若しくは保健医療・福祉サービスの経営経験があり、認知症対応型サービス事業開設者研修を修了した者	本体の代表者
管理者			3年以上認知症の介護従事経験があり、認知症対応型サービス事業管理者研修を修了した常勤・専従の者	本体の管理者が兼務可能
小規模多機能型居宅介護従業者	日中	通いサービス	常勤換算方法で3：1以上	常勤換算方法で3：1以上
		訪問サービス	常勤換算方法で1以上（他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）	1以上（本体事業所又は他のサテライト型事業所の利用者に対しサービスを提供することができる。）
	夜間	夜勤職員	時間帯を通じて1以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）	時間帯を通じて1以上（宿泊利用者がいない場合、置かないことができる。）
		宿直職員	時間帯を通じて1以上（随時の訪問サービスに支障がない体制が整備されている場合、必ずしも事業所内で宿直する必要はない。）	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
	看護職員		小規模多機能型居宅介護従業者のうち1以上	本体事業所から適切な支援を受けられる場合、置かないことができる。
介護支援専門員			介護支援専門員であって、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了した者 1以上

小規模多機能型居宅介護の報酬

利用者の要介護度・要支援度に応じた基本サービス費

(1) 同一建物に居住する者以外の方に対して行う場合



(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合



利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算

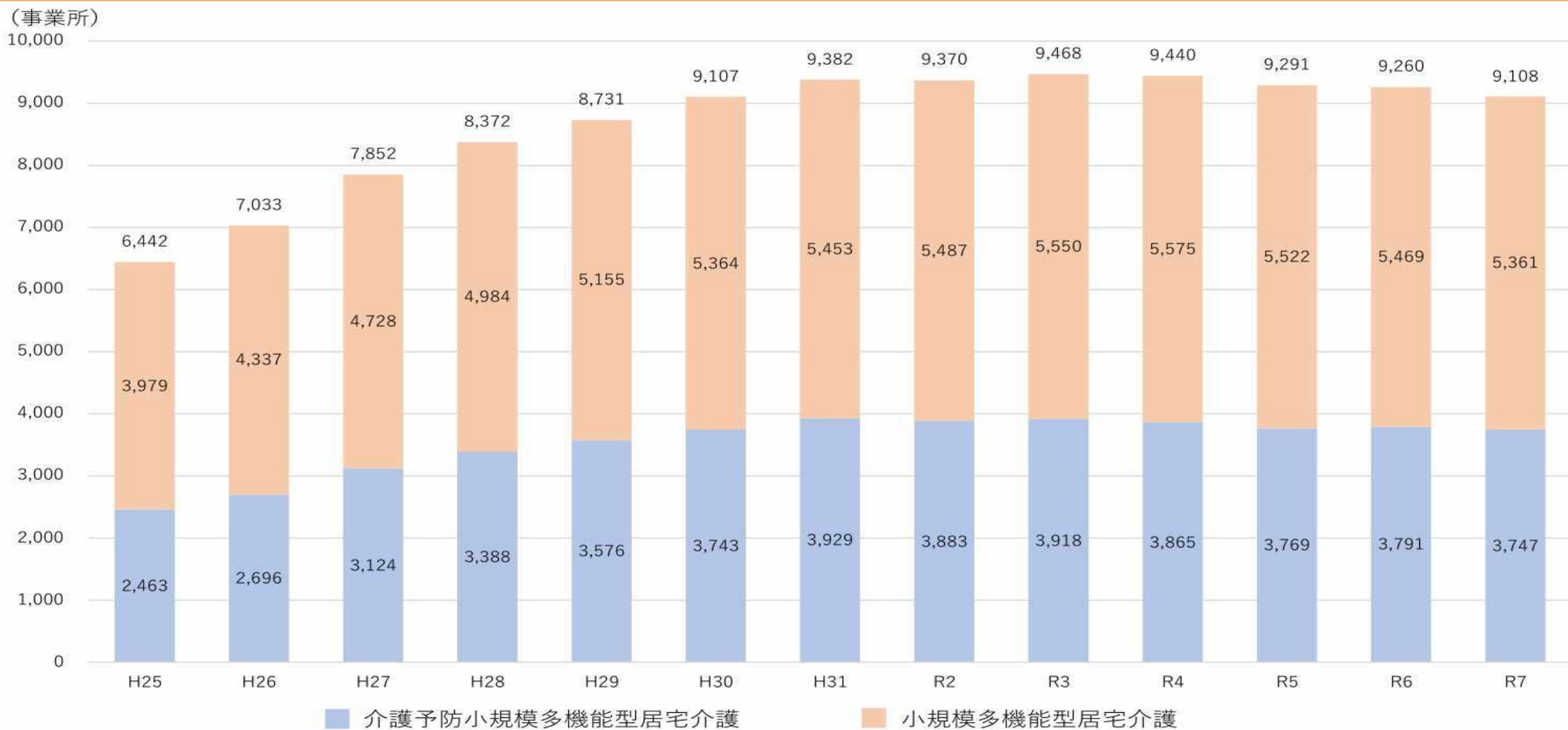
登録日から30日以内のサービス提供 (30単位/日)	基準を上回る看護職員配置※☆ (900単位、700単位、480単位/月)	看取り期の連携体制の構築※☆ (64単位/日)
市町村独自の要件※ (上限1,000単位)	リハビリテーション職との連携 (200単位・100単位/月)	科学的介護に係る取組※☆ (40単位/月)
口腔・栄養スクリーニング加算☆ (20単位/回)	認知症の者へのサービス提供※☆ (920単位、890単位、760単位、460単位/月) 若年性認知症の者へのサービス提供☆ (800単位、450単位/月)	訪問サービスの提供体制の強化※☆ (1,000単位/月)
	ICT・テクノロジーの導入 (100単位・10単位/月)	包括サービスとしての総合的なマネジメント☆ (800単位、1,200単位/月)
	介護福祉士等を一定割合以上配置＋研修等の実施 (750、640、350単位/月) (短期利用：25、21、12単位/日)	中山間地域等でのサービス提供 (5%・10%・15%)
		介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)イ 17.1% □ 18.6% (Ⅱ)イ 16.8% □ 18.3% (Ⅲ) 15.6% (Ⅳ) 12.8%
	定員を超えた利用や人員配置基準に違反 (▲30%)	サービスの提供が過少である事業所☆ (▲30%)
	高齢者虐待防止措置未実施 (▲1%)	身体拘束廃止未実施 (▲1%)
		業務継続計画未策定 (▲1%)

(注1) ※印の加算については、指定小規模多機能型居宅介護にのみ適用。(指定介護予防小規模多機能型居宅介護には適用されない。)

(注2) ☆の加算・減算は短期利用の場合には適用されない加算・減算

(注3) 点線枠の加算は、限度額に含まれない。

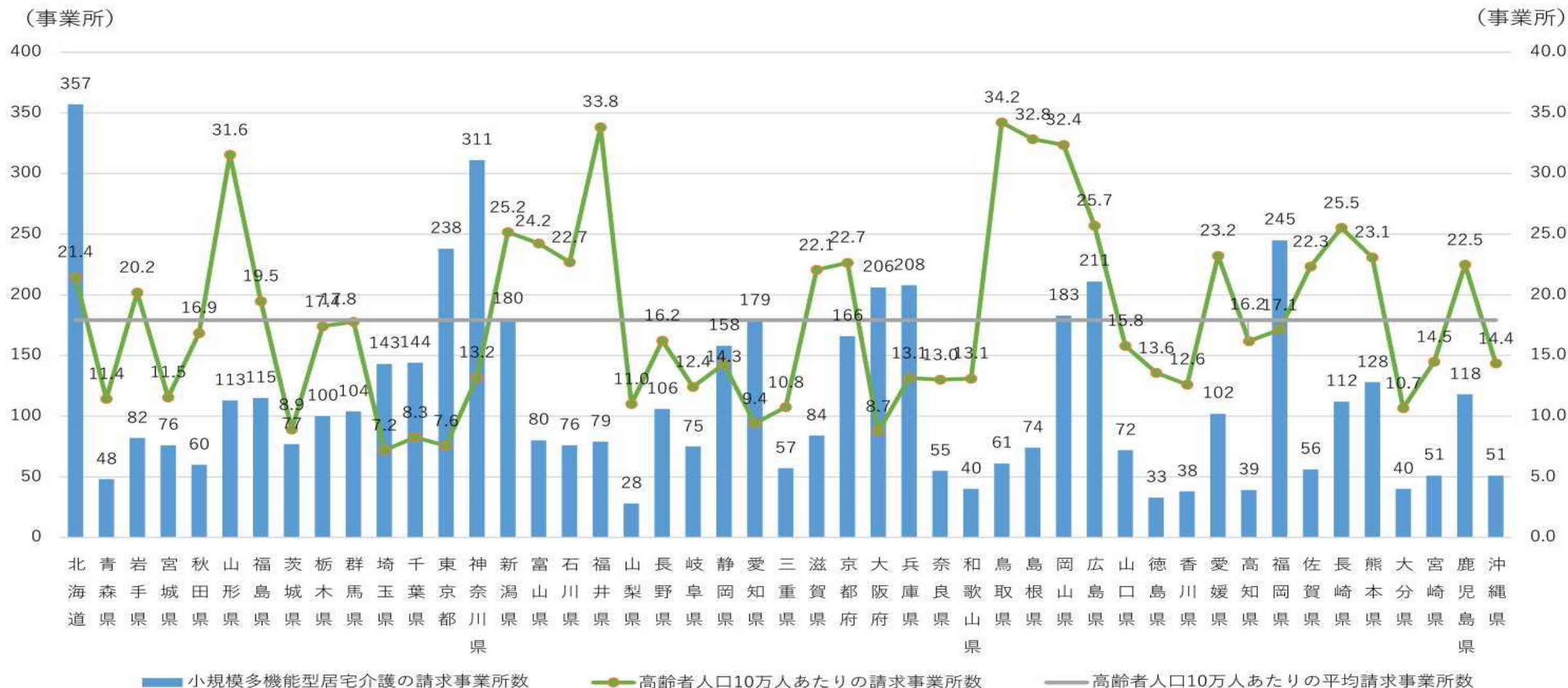
小規模多機能型居宅介護の請求事業所数



※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

【出典】介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）（各年４月審査分）より老健局認知症施策・地域介護推進課にて作成

小規模多機能型居宅介護の請求事業所数（都道府県別）

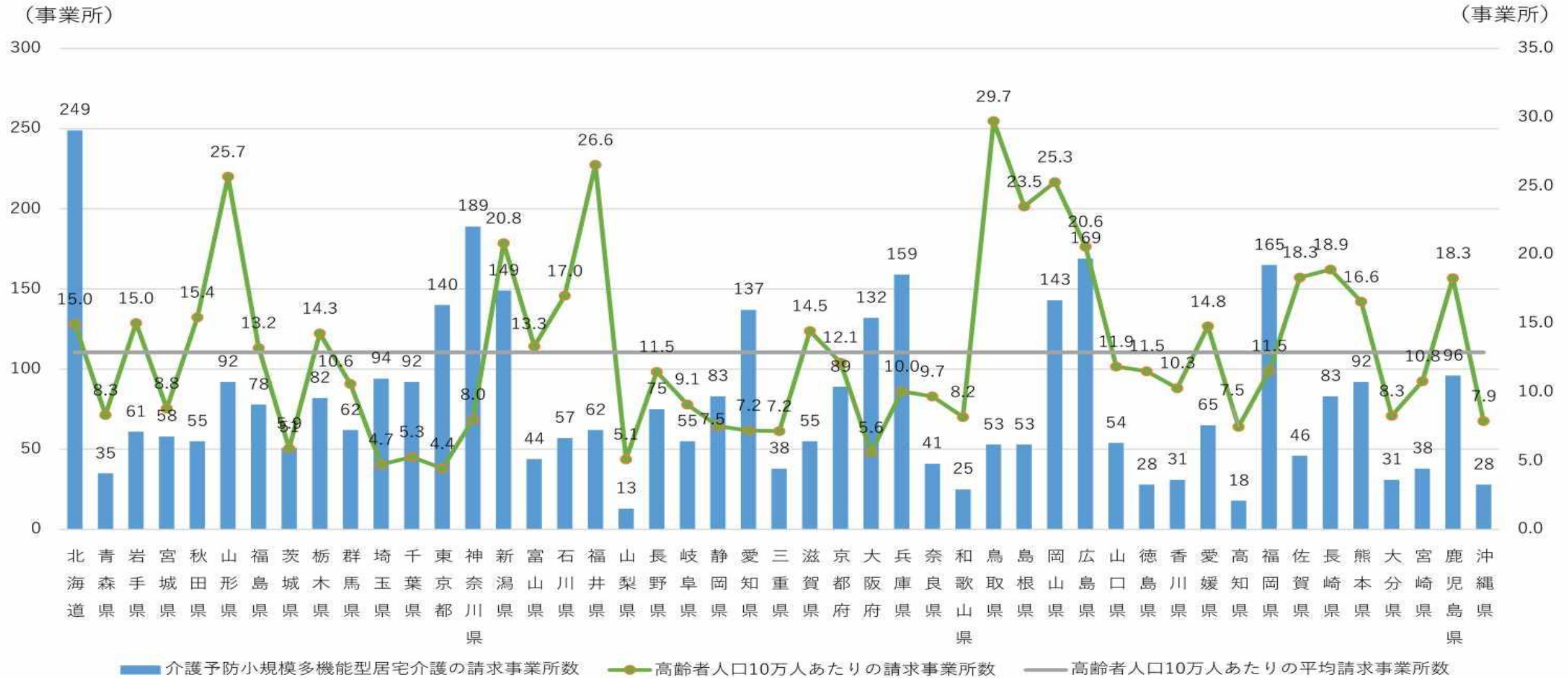


※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※短期利用以外の数値を使用。

【出典】令和6年度介護給付費等実態統計報告（令和7年4月審査分）及び総務省「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7年）」より
 老健局認知症施策・地域介護推進課にて作成

介護予防小規模多機能型居宅介護の請求事業所数（都道府県別）



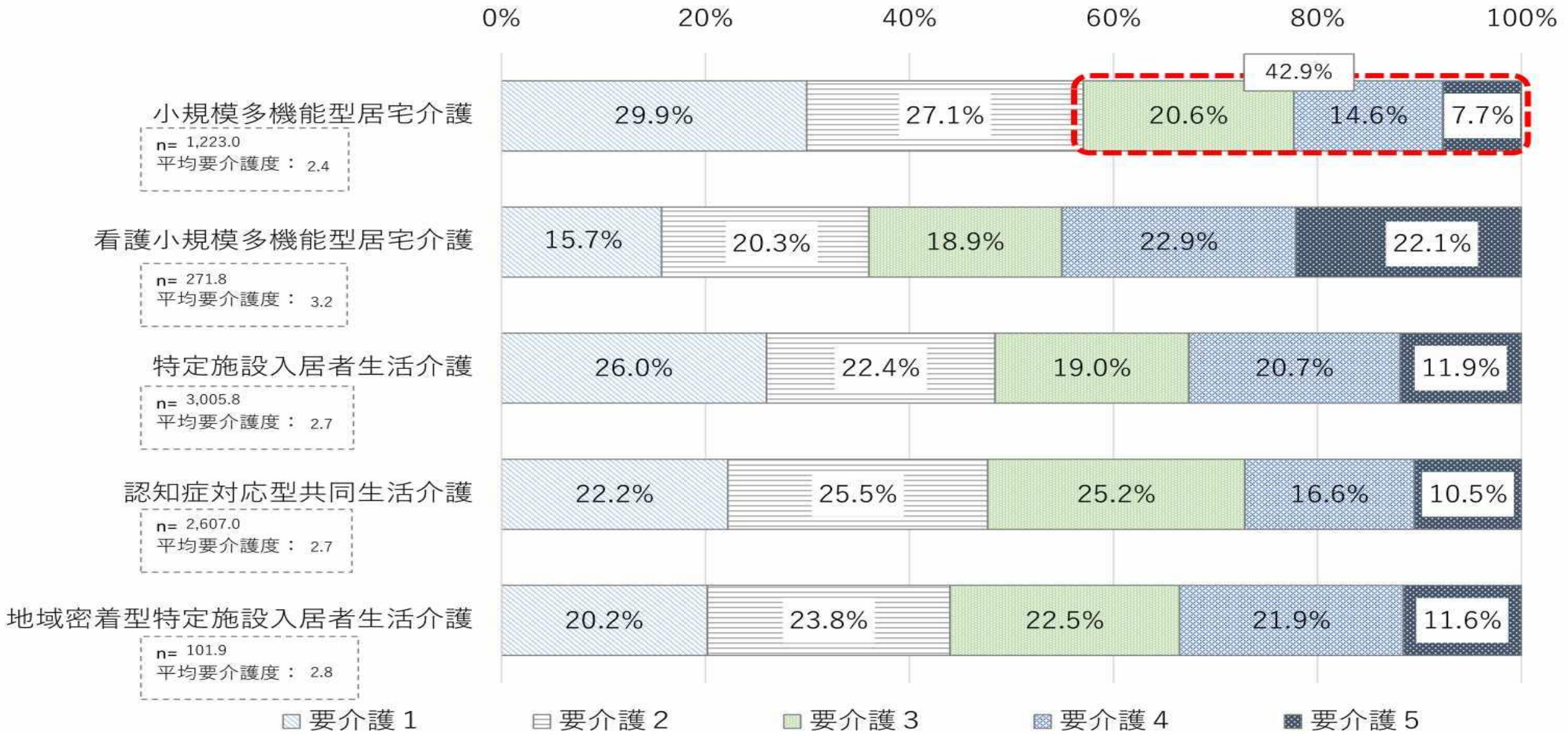
※請求事業所数には、月遅れ請求分及び区分不詳を含む。

※短期利用以外の数値を使用。

【出典】令和6年度介護給付費等実態統計報告（令和7年4月審査分）及び総務省「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7年）」より

老健局認知症施策・地域介護推進課にて作成

多機能型サービス、居住系サービスの要介護度割合



【出典】介護給付費等実態統計（旧：介護給付費等実態調査）令和 6 年度（令和 6 年 5 月～令和 7 年 4 月審査分）より老健局認知症施策・地域介護推進課にて作成

小規模多機能型居宅介護の経営状況

○小規模多機能型居宅介護の収支差率（令和6年度決算税引き前（物価高騰対策関連補助金を含まない））は6.0%となっている。

■ 地域密着型サービスにおける平均収支差率

サービスの種類	令和5年度実態調査	令和7年度概況調査	
	令和4年度決算	令和5年度決算	令和6年度決算
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	11.0% <11.2%> (10.7%)	14.6% <14.8%> (13.7%)	13.4% <13.4%> (12.9%)
夜間対応型訪問介護 ※	9.9% <10.0%> (9.1%)	15.2% <15.9%> (15.0%)	12.8% <12.9%> (12.2%)
地域密着型通所介護	3.6% <3.9%> (3.7%)	5.8% <6.2%> (5.8%)	6.3% <6.6%> (6.2%)
認知症対応型通所介護	4.3% <4.7%> (4.5%)	6.6% <7.0%> (6.7%)	5.3% <5.5%> (5.2%)
小規模多機能型居宅介護	3.5% <3.9%> (3.6%)	5.2% <5.5%> (5.2%)	6.0% <6.2%> (5.9%)
認知症対応型共同生活介護	3.5% <3.9%> (3.6%)	4.5% <5.1%> (4.7%)	4.9% <5.1%> (4.8%)
地域密着型特定施設入居者生活介護	1.9% <2.4%> (1.8%)	0.5% <0.9%> (0.5%)	0.4% <0.5%> (0.1%)
地域密着型介護老人福祉施設	▲1.1% <▲0.4%> (▲0.4%)	1.9% <2.3%> (2.3%)	2.2% <2.3%> (2.3%)
看護小規模多機能型居宅介護	4.5% <4.7%> (4.2%)	5.0% <5.3%> (4.9%)	6.5% <6.7%> (6.3%)

※「夜間対応型訪問介護」は、サンプルサイズが少ないことにより集計結果に個々のデータが大きく影響していると考えられるため、参考数値として公表している。

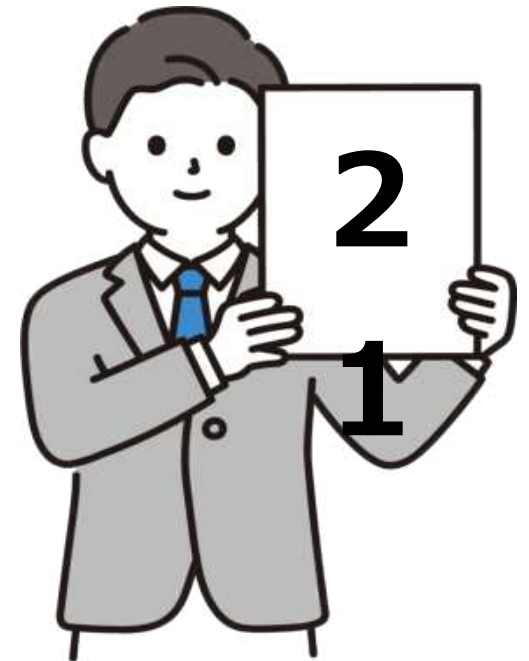
注1）上段（括弧無し）は「税引前収支差率（物価高騰対策関連補助金を含まない）」、中段（山括弧）は「税引前収支差率（物価高騰対策関連補助金を含む）」、下段（丸括弧）は「税引後収支差率」。

注2）令和4年度決算の中段（山括弧）の収支差率には、物価高騰対策関連補助金に加え、コロナ関連補助金も含まれている。

【出典】令和5年度介護事業経営実態調査結果及び令和7年度介護事業経営概況調査結果

新たな地域医療構想について、本日のポイント2つ

1. 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた構想
2. 病棟単位ではなく医療機関単位の役割を明確化



新たな地域医療構想では、病棟機能だけではなく、
「自院の役割」を届出なくてはならない



医療機関の役割（原則としていずれか1つを選択し都道府県に届け出る）

1. 急性期拠点機能
2. 高齢者救急・地域急性期機能
3. 在宅医療等連携機能
4. 専門等機能

- 在宅医療等連携機能については、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能をのなう医療機関が在宅医療や在宅医療の後方支援を担う場合は複数の医療機関機能を報告することは差し支えない。
- ひとつの医療機関が急性期拠点病院と高齢者救急・地域急性期機能の両方を報告することはできない。

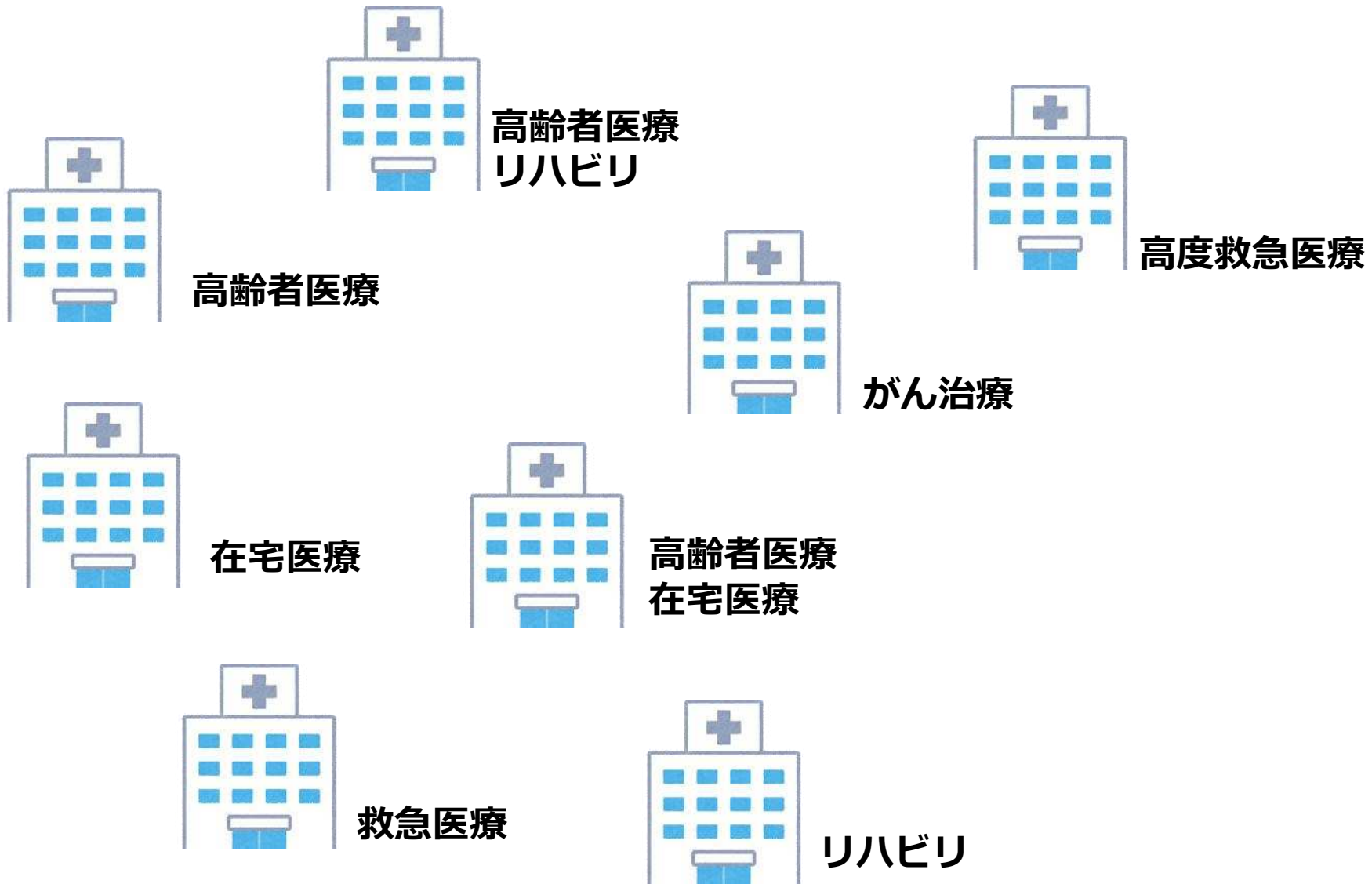
新たな地域医療構想では、「自院の役割」を届出なくてはならない(2027年度)

医療機関の役割のイメージ（案）				
	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療 等
地方都市型	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する	- 高齢者救急の対応。 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	
人口の少ない地域	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

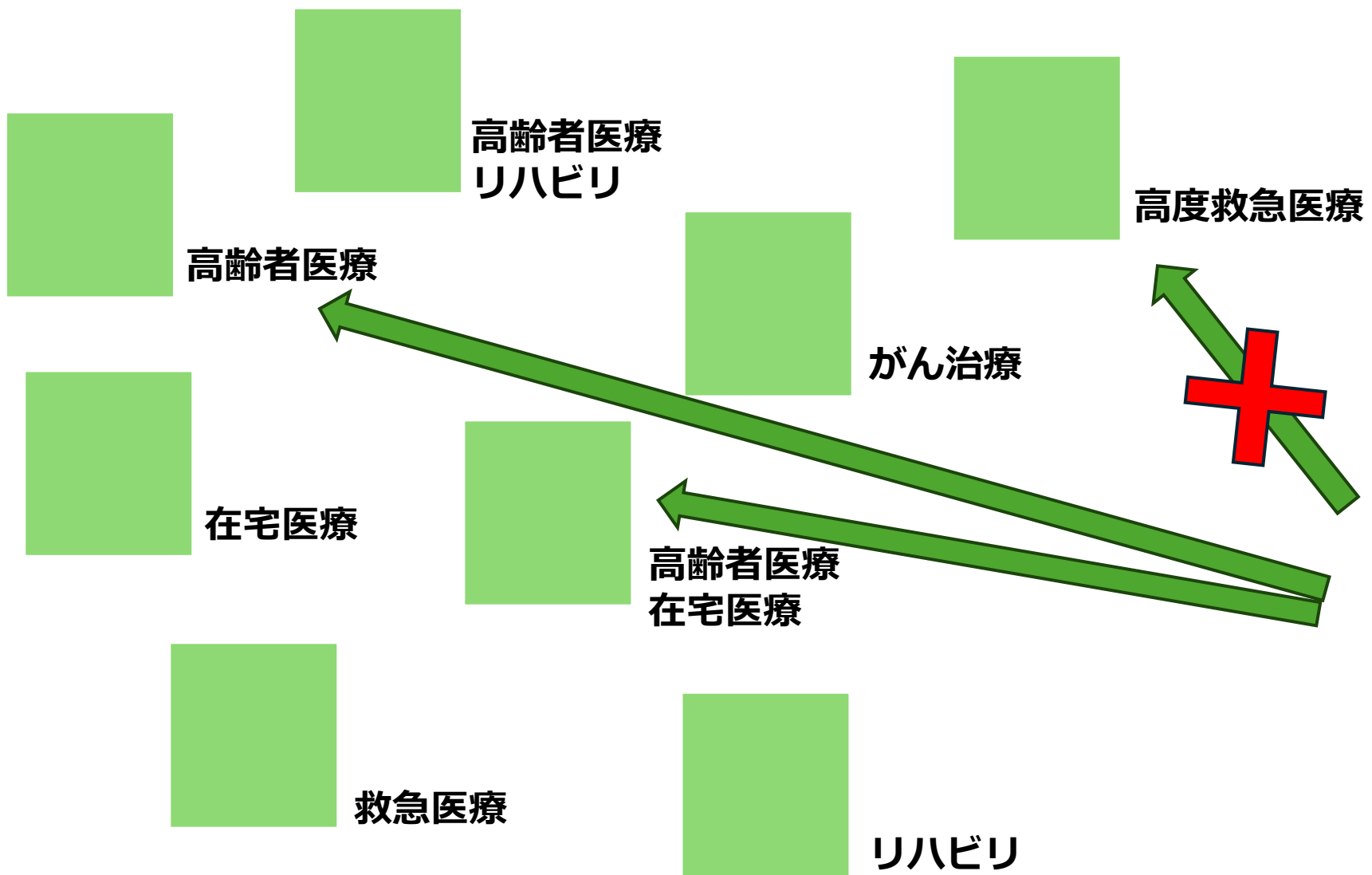
病院や診療所が協力、役割分担して
地域医療を支える





救急医療を例に考えてみましょう



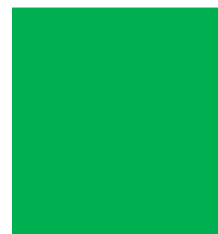


どういった患者さんをどこでどの病院で対応するのか

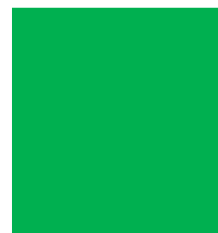
○これまでは病院ごとの機能や役割は明確にされてきませんでした。

○各医療機関は「自らの病院の機能」を、 2028年度中に
都道府県に届け出ることになっています。

①急性期拠点機能



高度救急医療



救急医療

②高齢者救急・
地域急性期機能



高齢者医療
リハビリ



高齢者医療

③在宅医療等
連携機能



在宅医療



高齢者医療
在宅医療

④専門等機能



がん治療



リハビリ

- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保
- 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する

- 高齢者救急の対応。
- 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送

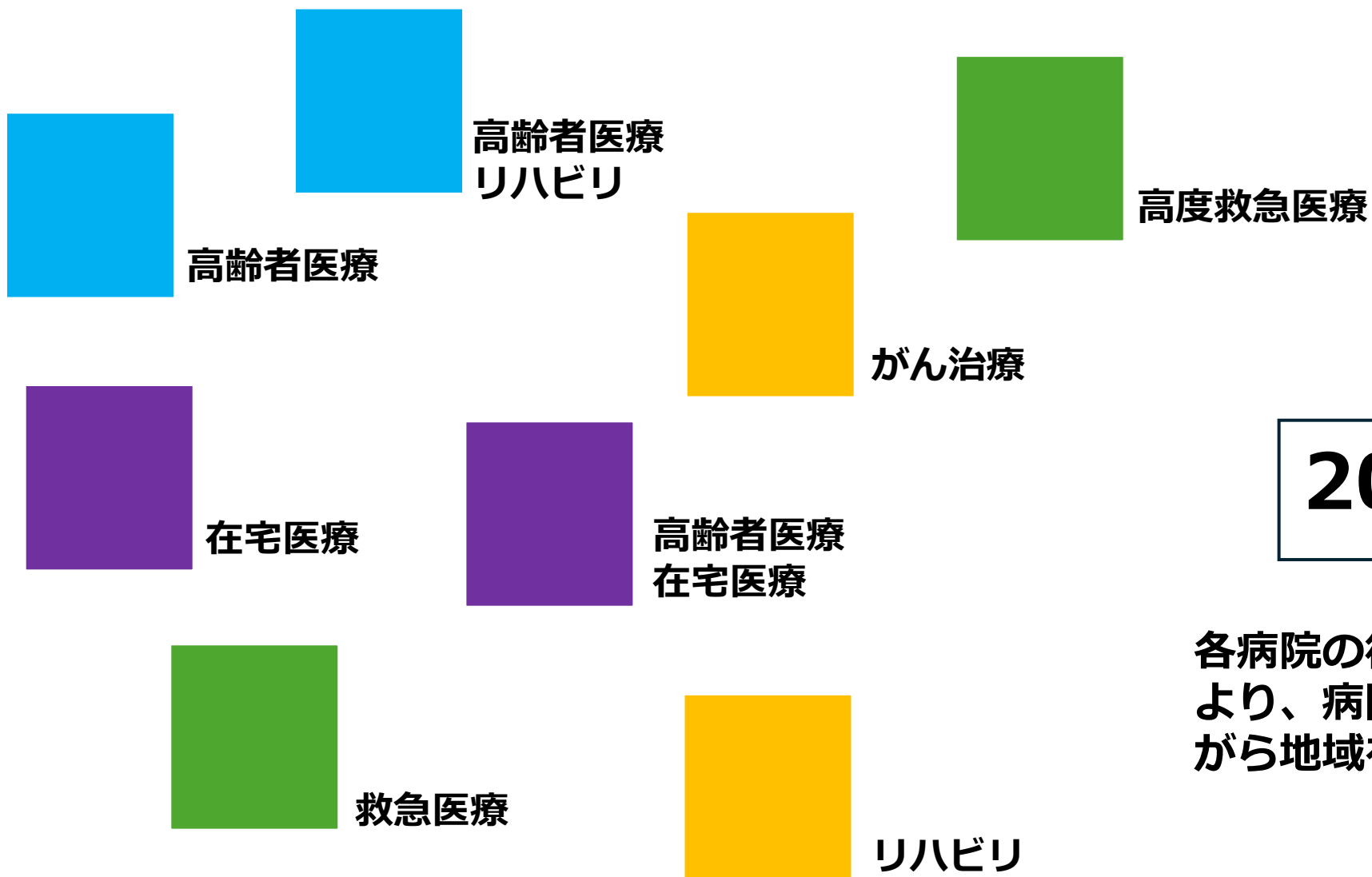
- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施
- 高齢者施設等からの患者受入等の連携

- 特定の診療科に特化した手術等を提供
- 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能
- 集中的な回復期リハビリテーション
- 高齢者等の中長期にわたる入院医療等



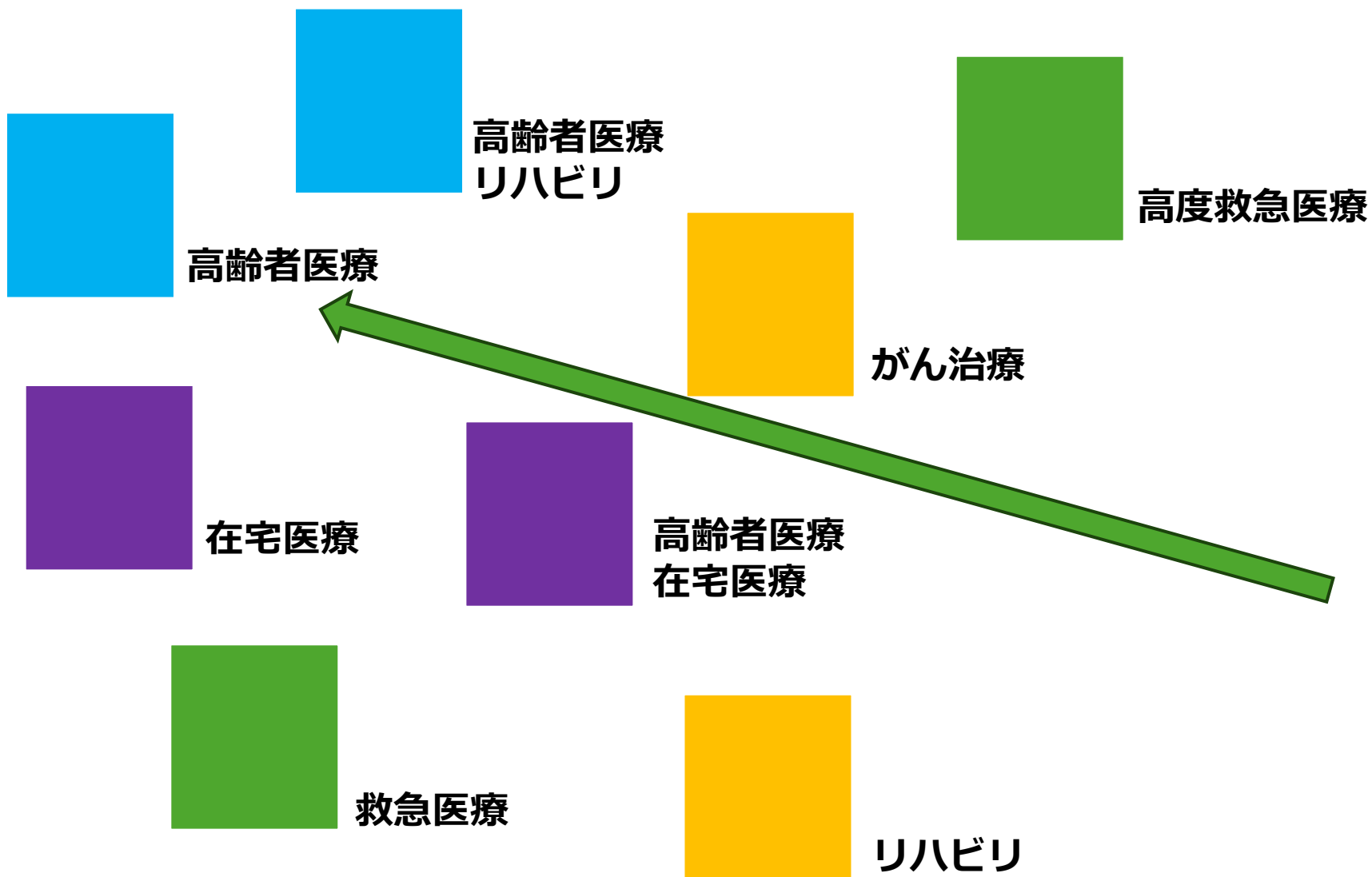


現 在



2028年～

各病院の役割を明確化することにより、病院が役割分担・協力しながら地域を支えることができる



急性期・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 多くの医療資源を要する手術等について、集約して対応する中で、都市部を中心とした高齢者救急の増加分については、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関で担うことが考えられる。
- 地域ごとに、医療資源に乏しく、急性期拠点機能を有する医療機関で増加する高齢者救急への対応が必要なケース等も考えられ、手術や救急搬送等の医療需要の変化に関するデータを踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議が必要。

●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等と高齢者救急の分担のイメージ

手術等の分担

- 医療資源を多く必要とする、手術等について、緊急手術等は急性期拠点機能で受け入れる一方、高齢者に多い手術等は高齢者救急・地域急性期機能でも提供する



増加する高齢者救急の受け入れの分担

- 高齢者救急は、高齢者救急・地域急性期機能を中心としつつも、医療の需要等を踏まえながら必要に応じて急性期拠点機能も高齢者救急の受け入れを行う



※大都市などにおいて手術等を高齢者救急・地域急性期機能で実施することや、急性期拠点機能において、増加する高齢者救急の需要にも対応することも考えられる。

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

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



地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

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



今から手を打たないと...

補足1-8

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



どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

中空知圏域の取組状況(モデル推進区域)

モデル推進区域

- 6 か所の公立病院を有する中空知圏域は、これまで「医療機関の機能分化と連携強化」を重点課題として議論。
- 令和6年10月10日付けで、「中空知圏域」が国の「モデル推進区域」に設定された。

役割分担と連携の強化

中核的自治体病院



砂川市立病院

一般病床 364床
高度急性期 26床
急性期 338床



滝川市立病院

一般病床 270床
急性期 181床
回復期 45床
休 床 44床

地域自治体病院



あかびら市立病院

一般病床 120床
急性期 60床
※うち地ケア30床
慢性期 60床



市立芦別病院

一般病床 99床
急性期 60床
※うち地ケア18床
慢性期 31床
休 床 8床



歌志内市立病院

一般病床 60床
慢性期 60床



奈井江町立国保病院

一般病床 50床
慢性期 50床

民間病院
・
民間診療所

取組の経過

※病床数は道調査結果 (R6.10.1現在)

令和6年10月10日	○地域医療構想におけるモデル推進区域に選定
12月18日	○中空知地域医療構想調整会議専門部会 ・受療動向や救急搬送実績等地域の医療データの共有 ・公立6病院の院長・事務長、医師会による各病院や地域の現状等に関する意見交換
令和7年 3月19日	○中空知地域医療構想調整会議 ・推進区域の「対応方針」を承認(3/24決定)

対応方針の内容

※現状、課題、課題解決の方向性のほか、以下の具体的な取組内容等を記載。

R7	・急性期医療の役割分担について協議 ・外来や在宅医療提供体制、医療介護連携の取組を検討 ・地域における医師等医療従事者確保策の検討 など	R8以降	・7年度までの取組を加速し稼働させる ・住民対象の「中空知の医療を考える講演会」 ・他圏域との連携の検討 など
----	--	------	---

道としては、本道の先行事例となるよう、国の支援策も活用しながら、中空知圏域の将来に向けた医療提供体制について、議論を進めていく。

5

大切なポイント

○これからは、高齢者の軽症、中等症の救急患者さんが増加します

○こうした軽症の患者さんは**急性期拠点病院**ではなく、「**高齢者救急・地域急性期機能**」などの病院で対応することにより、地域の医療を守ることができます。

○また、**地域の診療所、訪問看護ステーション、「在宅医療等連携機能」の病院**などが普段から患者さんの診療を行うことによって、入院を防ぐことも大切です。

診療報酬

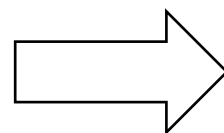


2026年度診療報酬改定 保健師必須キーワード

- ・ 病院単位の入院料の新設（入院料A、入院料B）
- ・ 病棟への多職種配置
- ・ リハ、栄養、口腔ケア
- ・ 身体拘束

とある病院(200床)

	病床種別	
	急性期一般病床	150床
	地域包括ケア病棟 (地ケア病棟)	50床



ケアミックス型に組み替えて運営(よくある形)

	病床種別	
	急性期一般病床	150→100床
	地域包括医療病棟 (地メディ病棟)	0→50床
	地域包括ケア病床 (地ケア病棟)	50床

2026年度診療報酬改定

○病院単位の急性期病院入院料（A、B）を新設

- ・病棟単位ではなく、病院単位での入院料

○地域のニーズを反映する以下の実績を評価

- ・救急搬送件数
- ・全身麻酔件数

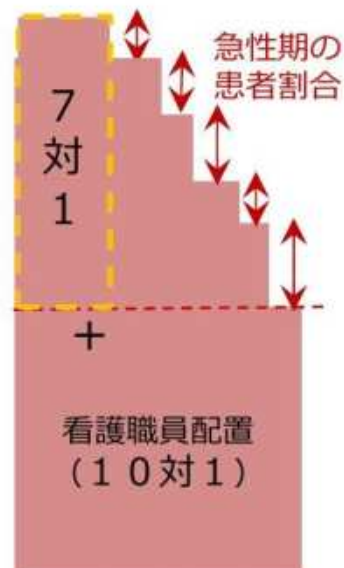
急性期における評価の見直し

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

急性期一般入院料 1～6



改定後

- 病院の急性期機能に着目した評価を新設（急性期病院入院基本料）
- 看護・多職種協働の評価を新設

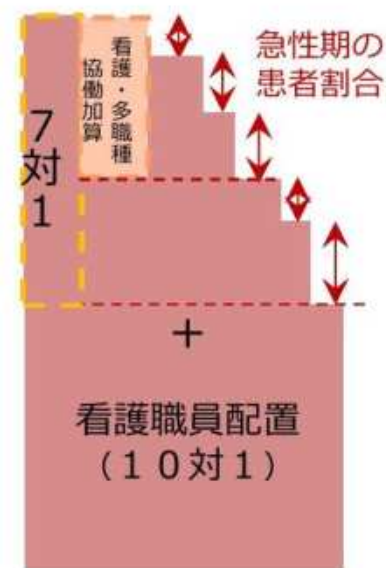
急性期病院A 一般入院料



急性期病院B 一般入院料



急性期一般入院料 1～6

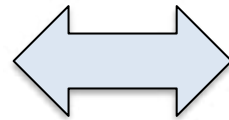


※1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件

※2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上）、離島地域の最大救急搬送病院）

*看護・多職種協働加算は入院料4に加算。

病床種別	
急性期一般病床	100床
地域包括医療病棟 (地メディ病棟)	50床
地域包括ケア病床 (地ケア病棟)	50床



選
べ
る

急性期病院A一般入院料

病床種別	
急性期病院A 一般入院料	200床
【設定不可】 地域包括医療病棟 (地メディ病棟) 地域包括ケア病床 (地ケア病棟)	

- ・救急搬送2,000件／年
かつ 全麻1,200件／年

急性期病院B一般入院料

病床種別	
急性期病院B 一般入院料	150床
【設定不可】 地域包括医療病棟 (地メディ病棟)	
地域包括ケア病床 (地ケア病棟)	50床

- 以下のいずれかを満たす
 - ・救急搬送1,500 件／年
 - ・救急搬送500 件／年かつ全麻500件／年
- 20万人未満の医療圏では地域最大救急搬送
かつ1,000 件／年
- 離島二次医療圏では地域最大救急搬送件数

【介護保険施設入所者の搬送の取扱い】

介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院に入所中の患者の救急搬送は、原則として搬送件数に**算入しません**。ただし、以下のいずれかに該当する場合は算入可能です。

- 介護保険施設が協力医療機関に連絡した結果、受入困難で救急要請した場合
- 傷病者搬送基準に基づく救急搬送の受入れの場合
- 急性期病院A又はBで受入後3日以内に協力医療機関に転院した場合

【夜間搬送要件】

救急搬送件数のうち、夜間時間帯（22時～翌朝8時）に受け入れた件数が**全体の1割以上**である必要があります。

急性期病院一般入院基本料等の新設

急性期病院の評価

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設。**

(新) 急性期病院一般入院基本料

イ	急性期病院A一般入院料	1,930点
ロ	急性期病院B一般入院料	1,643点

(新) 急性期病院精神病棟入院基本料

イ	急性期病院A精神病棟入院料	
(1)	10対1入院基本料	1,519点
(2)	13対1入院基本料	1,162点
(3)	15対1入院基本料	966点
ロ	急性期病院B精神病棟入院料	
(1)	10対1入院基本料	1,502点
(2)	13対1入院基本料	1,145点
(3)	15対1入院基本料	949点

[病院の機能に係る主な施設基準]

- (1) 共通の施設基準
- ア データ提供加算に係る届出を行っている 保険医療機関であること。
- イ DPC対象病院 であること。
- ウ 地域包括医療病棟の届出を行っていない 保険医療機関であること。
- エ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。
- オ 介護保険施設等からの救急搬送について、入院加療が必要な場合には、協力医療機関に情報提供を行うことが望ましい。
- (2) 急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
- ア 入院を要する (第二次)救急医療体制、救命救急センター若しくは高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センター を設置している保険医療機関であること、又は 24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関 であること。
- イ 地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。) の届出を行っていない保険医療機関であること。
- ウ 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
- エ 救急搬送件数が年間で2,000件以上 (夜間時間帯の受入が1割以上)、かつ、全身麻酔による 手術件数が年間で1,200件以上。
- (3) 急性期病院B一般入院料及び急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。
- ア 第二次救急医療機関、救急病院 又は 24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関 であること。
- イ 急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。
- 救急搬送件数が年間で1,500件以上
 - 救急搬送件数が年間で500件以上 であり、かつ、全身麻酔による 手術件数が年間で500件以上
 - 人口20万人未満の二次医療圏 において、救急搬送件数が最大の医療機関 であり、かつ 年間で1,000件以上 であること
 - 離島からなる二次医療圏 において、救急搬送件数が最大の医療機関 であること
- ウ 救急搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時までをいう。)に受け入れた救急搬送件数が1割以上あること。

急性期病院一般入院基本料等の評価

- 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

		急性期病院 A		急性期病院 B※1		急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1		急性期一般 5	急性期一般 6
看護職員		7対1以上 (7割以上が 看護師)		10対1以上 (7割以上が 看護師)		7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)					
看護・多職種※1				25対1以上						25対1以上		
該当患者割合 指数の基準※2	必要度I	指数①：28% 指数②：35%				28%	24%	20%	指数①：28% 指数②：35%		15%	測定している こと
	必要度Ⅱ	指数①：27% 指数②：34%				27%	23%	19%	指数①：27% 指数②：34%		14%	
平均在院日数		16日以内	21日以内	16日以内	16日以内	21日以内			16日以内		21日以内	
在宅復帰・病床機能連携率		8割以上		—	8割以上	8割以上	—			8割以上		—
その他		医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上		—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要		—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上		—
救急搬送等の病院の実績		以下を満たす ・救急搬送2,000件/年以上 ・全麻手術1,200件/年以上		以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大救急搬送件数(1000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数		—						
データ提出加算		○ (要件)										
点数		1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点	1,575点	1,523点	

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合 + 救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数× $\frac{\text{当該病棟の救急搬送入院数}}{\text{救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数}}$ ÷当該病棟の病床数

4

人口20万人未満の地域の拠点病院における要件の緩和

急性期病院B一般入院料における要件の緩和

- 人口20万人未満の地域での救急搬送受入状況等を踏まえ、急性期病院B一般入院料において、地域の特性に配慮した病院機能に関する要件を施設基準として設定する。

(新) 急性期病院一般入院基本料

□ 急性期病院B一般入院料 1,643点

(新) 急性期病院精神病棟入院基本料

□ 急性期病院B精神病棟入院料
 (1) 10対1入院基本料 1,502点
 (2) 13対1入院基本料 1,145点
 (3) 15対1入院基本料 949点

[施設基準]

急性期医療に係る実績として以下のいずれかを満たすこと。

- 救急搬送件数が年間で1,500件以上
- 救急搬送件数が年間で500件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上
- 人口20万人未満の二次医療圏において、救急搬送件数が最大の医療機関であり、かつ年間で1,000件以上であること
- 離島からなる二次医療圏において、救急搬送件数が最大の医療機関であること

急性期総合体制加算5における要件の緩和

- 人口20万人未満の地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価する。

(新) 急性期総合体制加算5

イ 7日以内の期間 300点
 □ 8日以上11日以内の期間 20点
 ハ 12日以上14日以内の期間 60点

[施設基準]

- 急性期病院一般入院基本料を算定する病棟を有する病院であること。
- 総合的な急性期医療を提供する必要な体制と、実績が一定程度あること。
- 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制又は実績を有していること。
- 地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）、療養病棟入院基本料に係る届出を行っていないこと。（人口20万人未満の地域における救急搬送件数が最大の医療機関については、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）又は療養病棟入院基本料に係る基準を除く。）

多職種が病棟で協働する体制の評価

看護・多職種協働加算の新設

- 地域の急性期医療を担う保険医療機関において、患者の早期退院やADLの維持、向上をめざし、看護職員を含む多職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師）が協働して専門的な指導や診療の補助を行う体制を評価する加算を新設する。

（新） 看護・多職種協働加算（1日につき）

- 1 看護・多職種協働加算1（急性期一般入院料4を算定する病棟の場合）
2 看護・多職種協働加算2（急性期病院B一般入院料を算定する病棟の場合）

277点
255点



〔算定要件〕

看護職員を含む多職種が協働して適時かつ適切に専門的な指導及び診療の補助を行う体制その他の事項につき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に入院している患者のうち、急性期一般入院料4を算定している患者については看護・多職種協働加算1を、急性期病院B一般入院料を算定する患者については看護・多職種協働加算2を、それぞれ所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職種の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。（曜日や時間帯による傾斜配置可能）
- 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合に係る指数、平均在院日数、在宅復帰率及び常勤の医師の員数が急性期一般入院料1と同等の基準を満たすこと。入院料における看護職員の最小必要数+本加算による看護職員配置数の7割以上が看護師であること。
- 医療機関内で多職種協働の目標や各職種が行う業務内容、情報共有の方法等について、文書で整理し、配置される多職種間で共有していること。
- 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

各職種が専門性を活かして行う業務の例

看護職員	入院患者に対する看護
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	随時、入院生活で患者が実際に活動する場面に合わせた評価、指導、訓練室でのリハビリテーションを生活場面で自ら行えるようになるための支援等を実施
管理栄養士	入院生活で患者が実際に食事や活動する場面を活用した食事状況の観察、食欲や嗜好の確認、必要栄養量や摂取栄養量の評価、食事変更の提案、食形態の調整、食事に関する相談対応等
臨床検査技師	適時の検体検査等の実施、結果の確認、異常値等の報告、検査室等病棟外で行うべき検査の調整等、検査の円滑な実施に資する業務

看護・多職種協働加算における職員配置の例

- 看護・多職種協働加算は、**看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士又は臨床検査技師のいずれかを配置**し、各医療職種が専門性を発揮しながら協働する場合に算定できる。

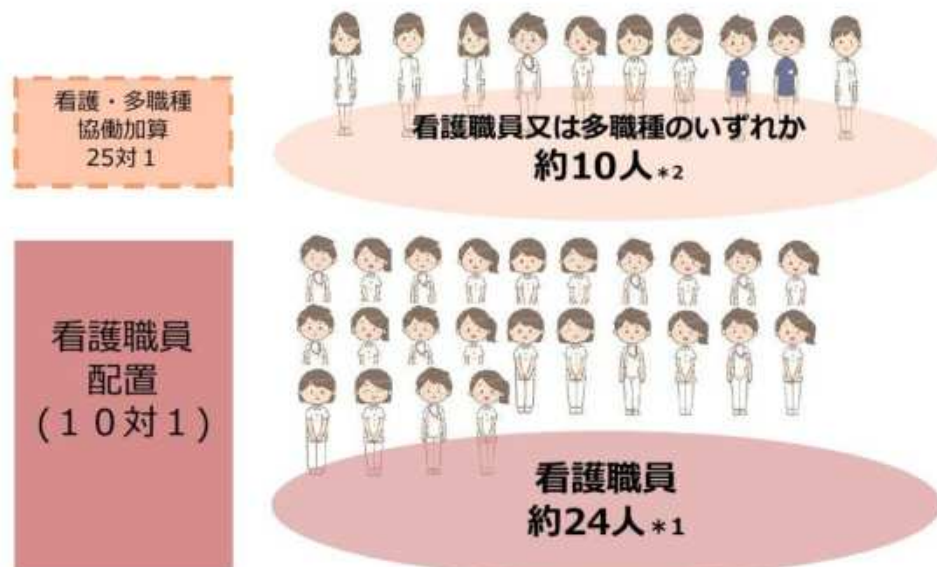
[施設基準]

- 当該病棟において、1日に患者に指導及び診療の補助を行う看護職員及び他の医療職の数は、常時、当該病棟の**入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上**であること。
- **急性期一般入院料4又は急性期病院B一般入院料を算定する病棟**であること。

配置人数の例（イメージ）

- 急性期病院B一般入院料
- 急性期一般入院料4

1病棟50床の場合



*1 10対1配置：患者50人に対して、常時看護職員5人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 1800時間 = 24.3人 (24人)$

*2 25対1配置：患者50人に対して、常時看護職員・多職種2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \times 2 \div 1800時間 = 9.73人 (10人)$

(参考)

- 急性期病院A一般入院料
- 急性期一般入院料1

1病棟50床の場合



*3 7対1配置：患者50人に対して、看護職員7.14 $\rightarrow$ 約7.2人。
 $365日 \times 3勤務 = 1095勤務帯/年間$ $365日 \div 7日 = 52.142 (年52週)$
 $週40時間 \times 年52週 - 休暇や祝日35日 \times 8時間 = 年間労働時間1,800時間$
 必要な看護職員数 $\rightarrow 1095勤務帯 \times 8時間 \div 7.2人 \div 1800時間 = 35.04人 (35人)$ **6**

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害（特に運動障害）は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

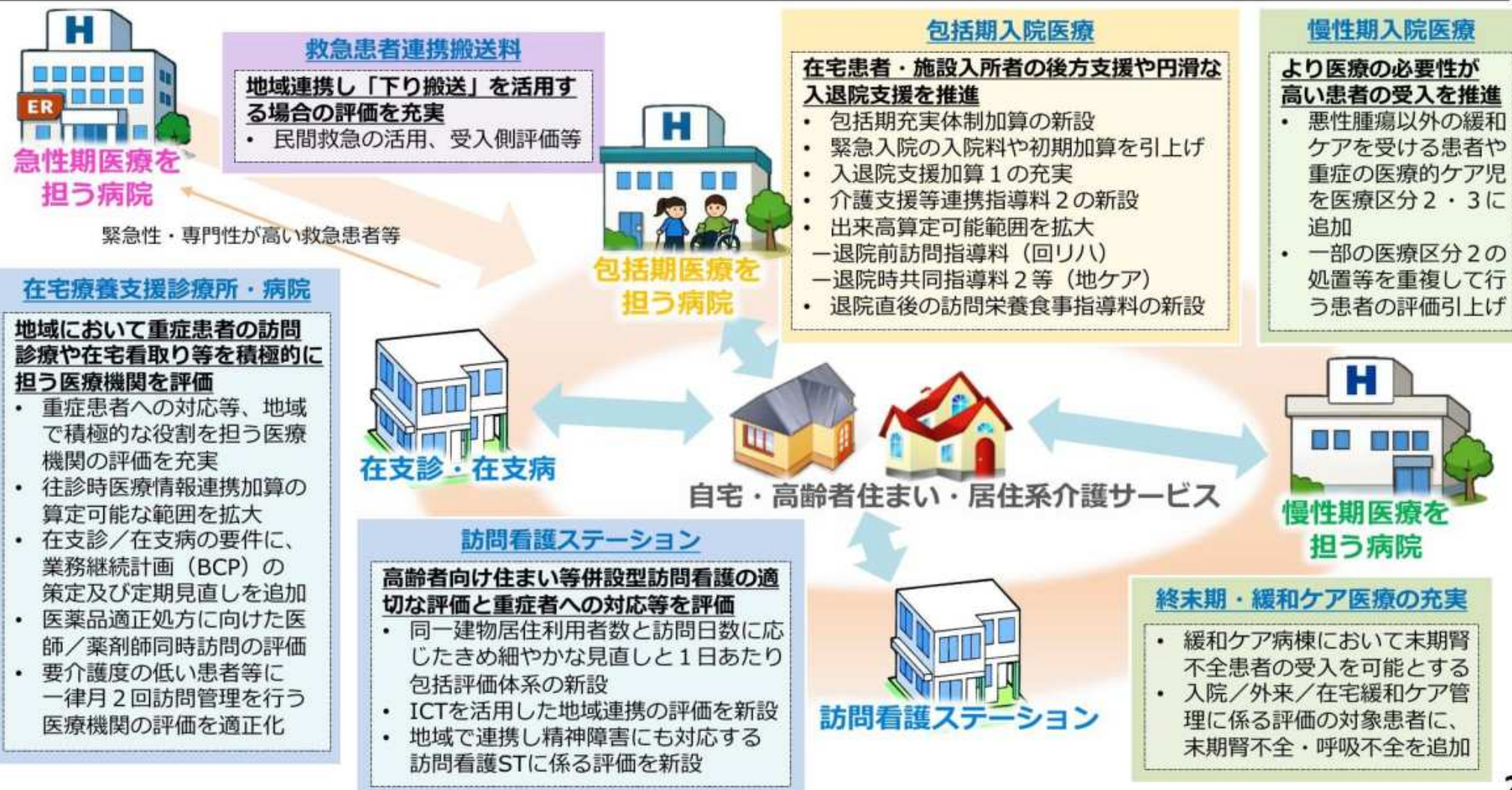
入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること（特に85歳以上）
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良（低アルブミン血症）
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization—associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800—1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645—52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M—M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new—onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206—16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83—8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ung. steadiness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621—6.

2040年とその先を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- 入院分野では、在宅・介護施設からの緊急入院の受け入れ、円滑な入退院の実現、高齢者で必要となるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の充実など見直しを実施。
- 在宅医療・訪問看護分野においては、平時からのICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、重症患者や住まいの特性に合わせて評価の見直しを実施。



地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組

地域包括ケア病棟入院料におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の新設

- **地域包括ケア病棟**においてもリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟の配置等に合わせた**リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を新設**する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 30点

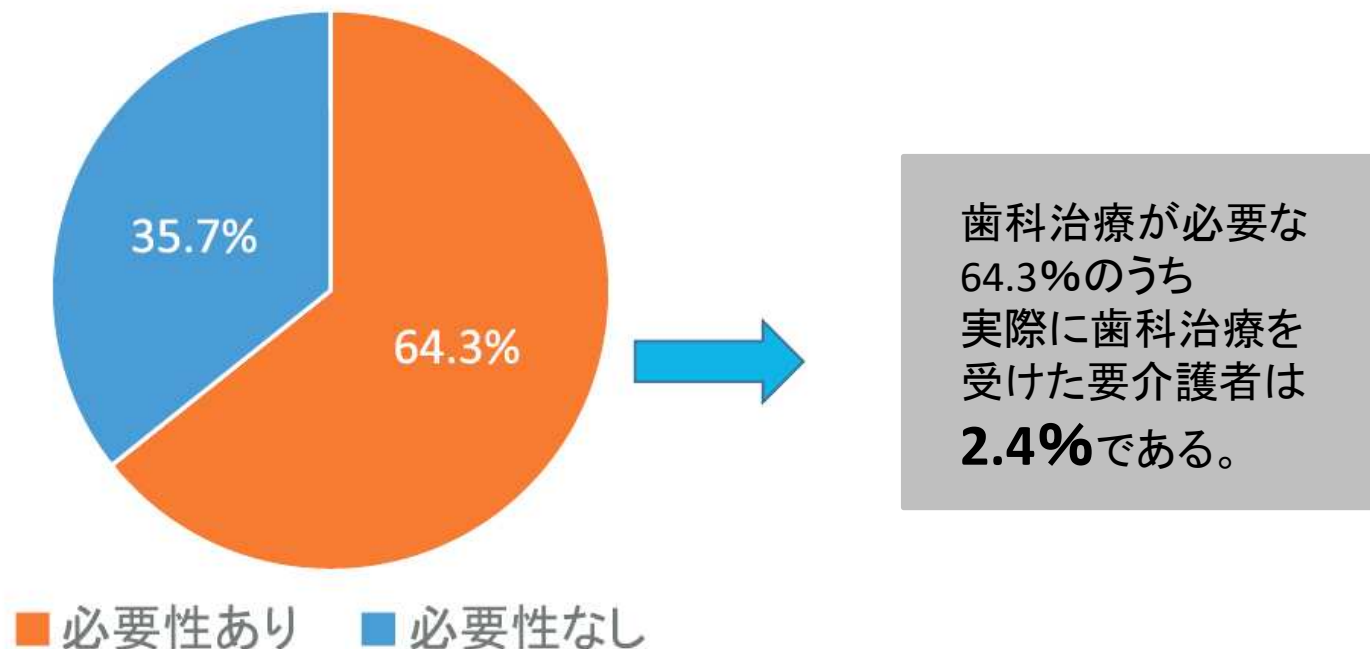
〔算定要件〕

注14 **リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制**につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して**14日を限度として30点**を所定点数に加算する。

〔施設基準〕

- **専任**の常勤の**管理栄養士が1名以上配置**（専任として配置される病棟は、1名につき1病棟まで）
 - 経験・件数要件を満たす**常勤医師が1名以上勤務**していること
 - 適切な口腔ケアの提供、口腔状態に係る課題を認めた場合に、歯科への受診を促す体制（望ましい要件）
 - プロセス・アウトカム評価
 - ア 入棟した患者のうち、**入棟後3日目までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が6割以上**
 - イ **土曜日・日曜日・祝日**における1日あたりの疾患別リハビリテーションの**提供単位数が平日の7割以上**
 - ウ 院内で発生した褥瘡のある患者の割合が2.5%未満
- **当該加算を算定する患者**について、**「B001の10」入院栄養食事指導料及び「B011の6」栄養情報連携料の算定を可能**とする。

- 要介護高齢者（N=290,平均年齢 86.9 ± 6.6 歳）の調査では、歯科医療や口腔健康管理が必要である高齢者は64.3%であったが、そのうち、過去1年以内に歯科を受療していたのは、2.4%であった。



※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

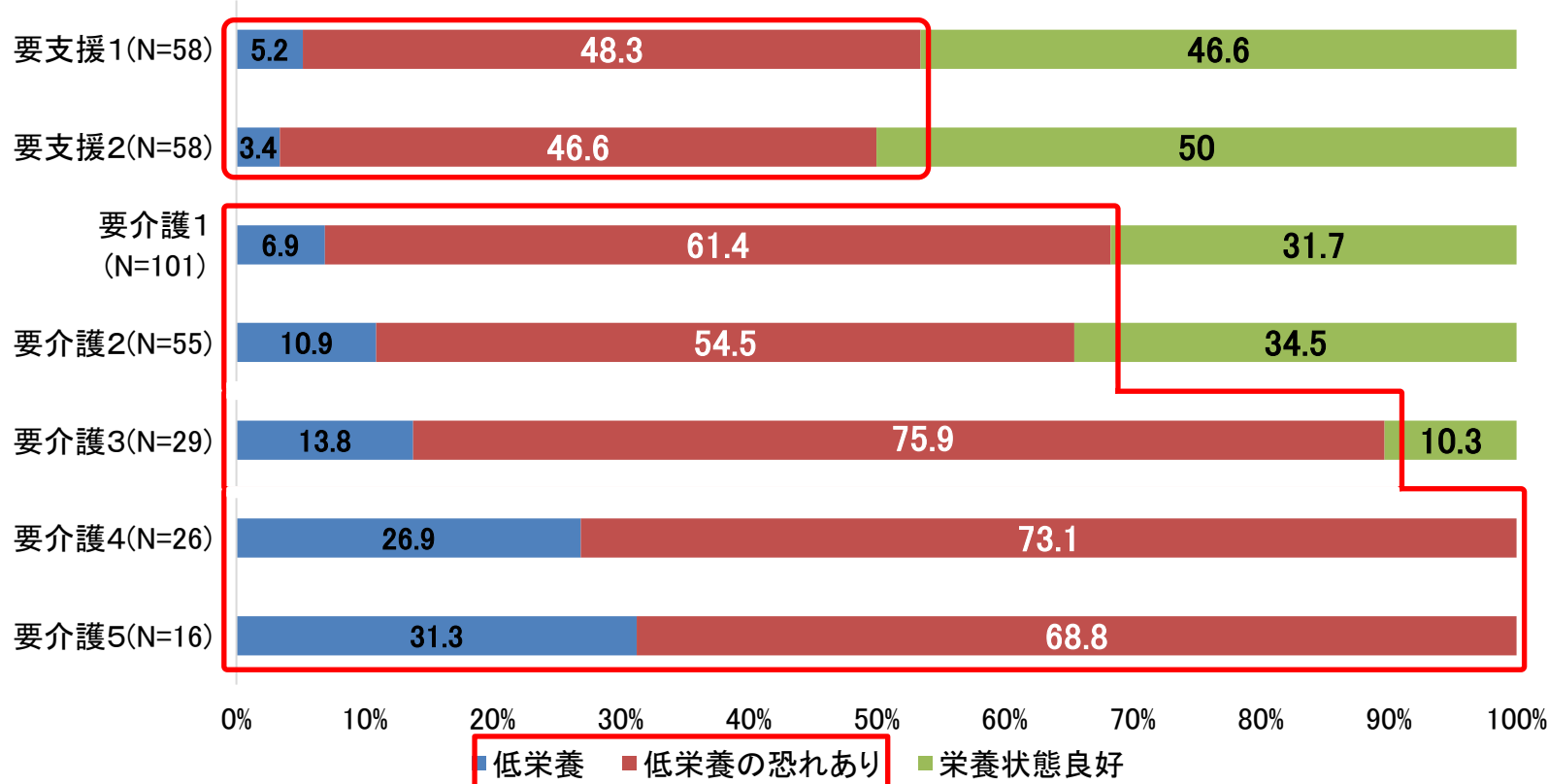
在宅要支援・要介護者の栄養状態

社会保障審議会
介護給付費分科会（第220回）

資料5

令和5年7月24日

- 「低栄養の恐れあり」および「低栄養」の状態である者の割合は、要支援者は50%以上、要介護者は70%以上であった。



対象者：通所サービスや居宅サービスを利用する65歳以上の高齢者343名

本調査では、身体・健康の質問※及びMNAIによって栄養状態を判定

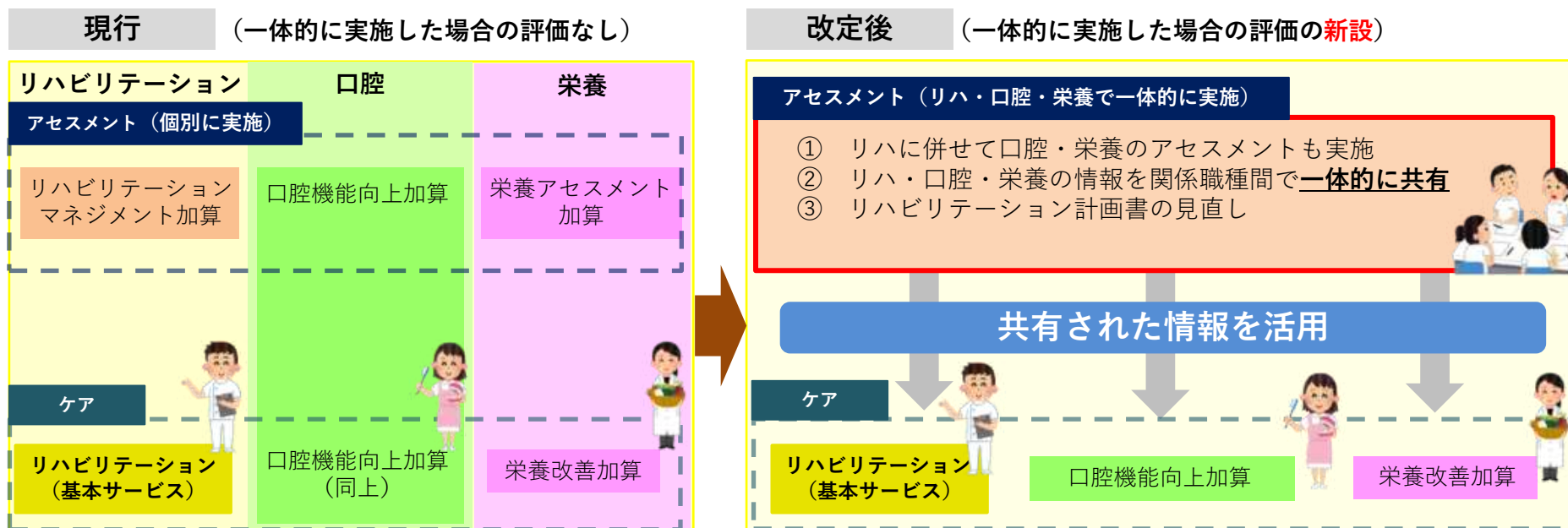
※「食事量減少の有無」「過去3ヶ月間での体重減少の有無」「自立歩行の可否」「過去3ヶ月間での精神的ストレスなどへの罹患経験の有無」「神経・精神的問題の有無」の5項目

【出典】令和4年度老人保健健康増進等事業「ICT等を活用した在宅高齢者の栄養・食生活支援に関する調査研究事業」より老人保健課にて作成

リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組の推進

- リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組を推進し、自立支援・重度化防止を効果的に進める観点から、リハビリテーションにかかる評価の見直しを行う。

通所リハビリテーション・介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設等



身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

- 入院料の通則における身体的拘束最小化の基準に、組織風土を醸成することの重要性や、医療機関が定期的に行う研修において身体的拘束の代替手段や患者の尊厳の保持に関する内容を含むことが望ましいことを追加する。
- また、身体的拘束最小化チームが作成する指針に盛り込むことが望ましいとしていた内容について、必ず含めることとする。（経過措置あり）

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準（通知）〕

- ・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。

- ・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把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むことが望ましい。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修



改定後

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

〔施設基準（通知）〕

- ・患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、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。また、こうした組織風土の醸成に努めること。

- ・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把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むこと。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修（身体的拘束の代替手段に関する内容のほか、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を含むことが望ましい。）

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）を新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「**実績等に係る基準**」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「**実績等に係る基準**」のみ満たせない場合は、入院料を**1日につき20点減算**する。

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を**40点減算**

- ・ 身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・ 身体的拘束最小化チームの設置
- ・ チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

⇒ **実績等に係る基準だけを満たせない場合は、40点の減算ではなく、入院料を20点減算**する

以下のいずれかを満たすこと。

ア 身体的拘束の**実施割合が集計**されており、**1割5分以下**であること。

イ 身体的拘束の**原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続**して行っていること。

（イ）**委員会を3か月に1回以上開催**し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。

（ロ）身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、**解除や代替策の導入に向けた具体的な検討**を行う。

① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討

② 病棟内の複数人の職員が協働して検討

（ハ）入院患者に関わる職員を対象として、**身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）を年に2回以上**実施する。

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。 4

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

- 身体的拘束の最小化に向け、管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制について、新たな評価を設ける。

(新) 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点

〔対象病棟〕

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟
(※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る)



〔施設基準（抜粋）〕

- ・ 病院長や看護部長が、身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明し、職員に周知していること。
- ・ 院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- ・ 身体的拘束最小化チームにより、身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- ・ 身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上実施していること。
- ・ 身体的拘束を行われている患者がいる場合、最小化チームによる巡回が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- ・ 身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- ・ 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- ・ 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取していること。
- ・ 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下（届出から1年間は5%以下）であること。
- ・ 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載していること。

最近のトピックス

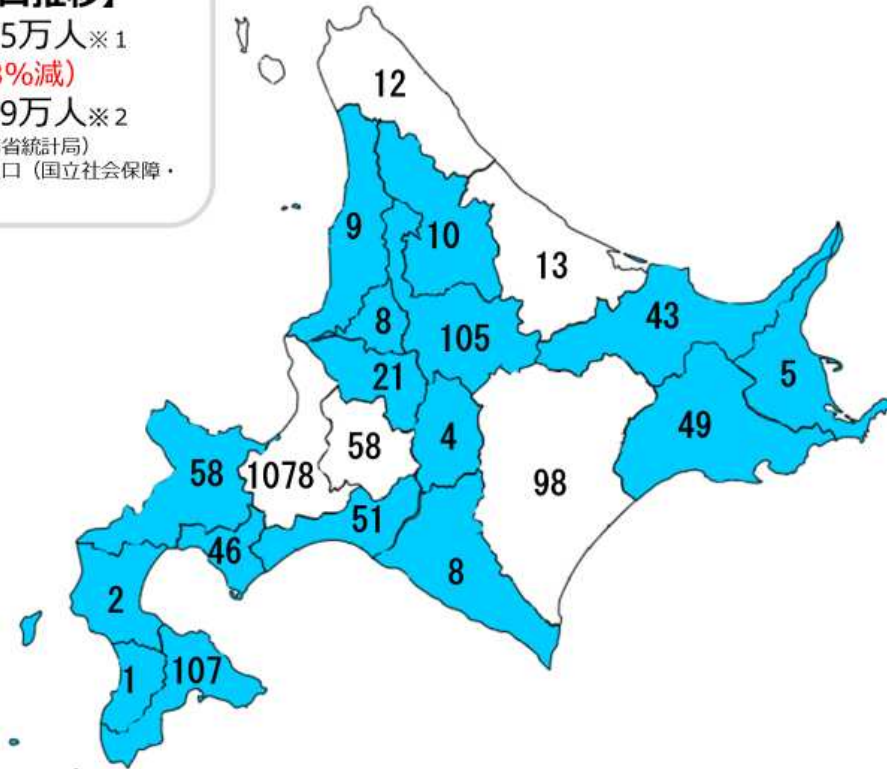
- ・ 医療資源の少ない地域での医療提供
- ・ 入院患者数の推移
- ・ 病床返還の動き

医療資源の少ない地域で生活を支えるために

○ 北海道の二次医療圏ごとの診療所医師数については、21の二次医療圏のうち、16（76.1％）の二次医療圏において、50％以上の減少が見込まれている。

2040年 診療所医師数：1,786

※1 令和2年国勢調査（総務省統計局）
※2 日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）



※市区町別診療所医師数の見込みについては、医師届出票による主従事先市区町村の診療所医師数、80歳で引退し承継がない、新規開業がないと仮定。

2040年

北渡島檜山

南檜山



南渡島

医療資源の少ない地域で生活を支えるために

○自治体を超えた連携

○介護・医療サービスが協力して地域を支える

○ICTを用いた診療

寿都町立寿都診療所

島牧村 小規模多機能型居宅介護施設 潮の音



ICTを用いた診療

3人の医師で8つの診療所を支えている例

(三重県鳥羽市)





4つの離島





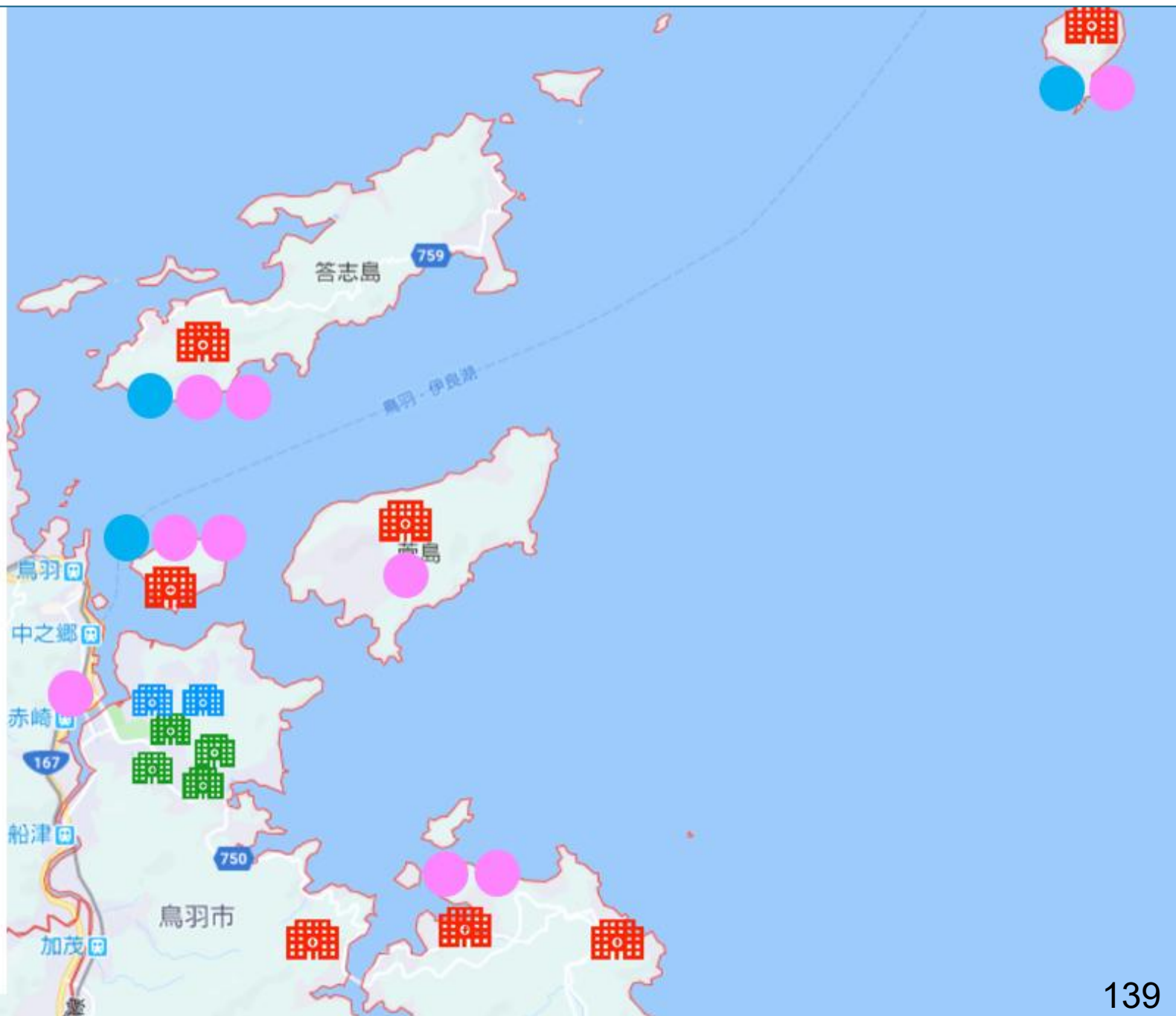
市立診療所



常勤医師 3名



常勤看護師 9名



(出典) 鳥羽市立診療所小泉先生資料

一番遠いところにある「神島診療所」の週間予定

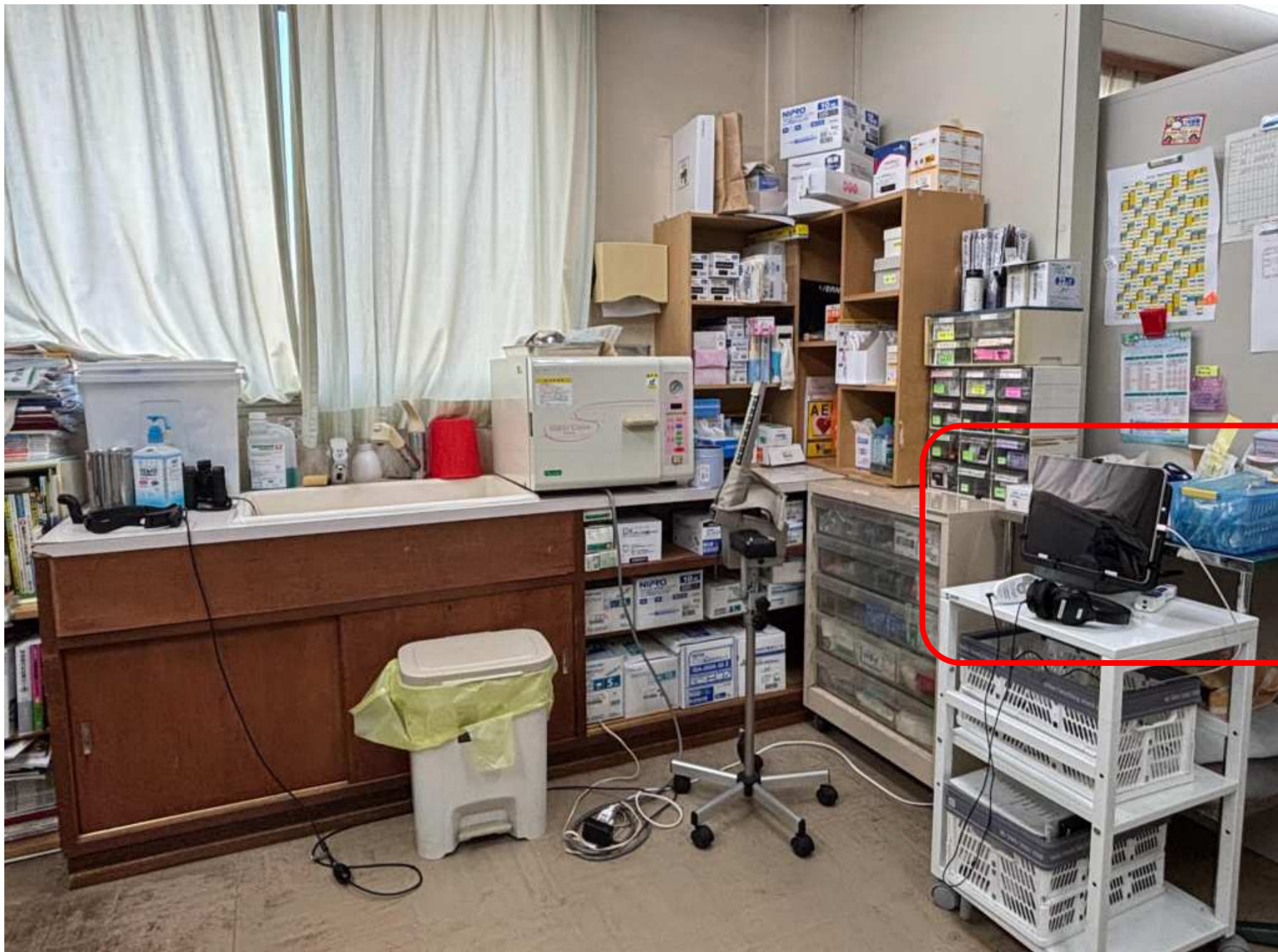
月	火	水	木	金
○	○		○	○
	○			○

○：医師がいる時間帯

医師がいない日はどうしているのでしょうか？

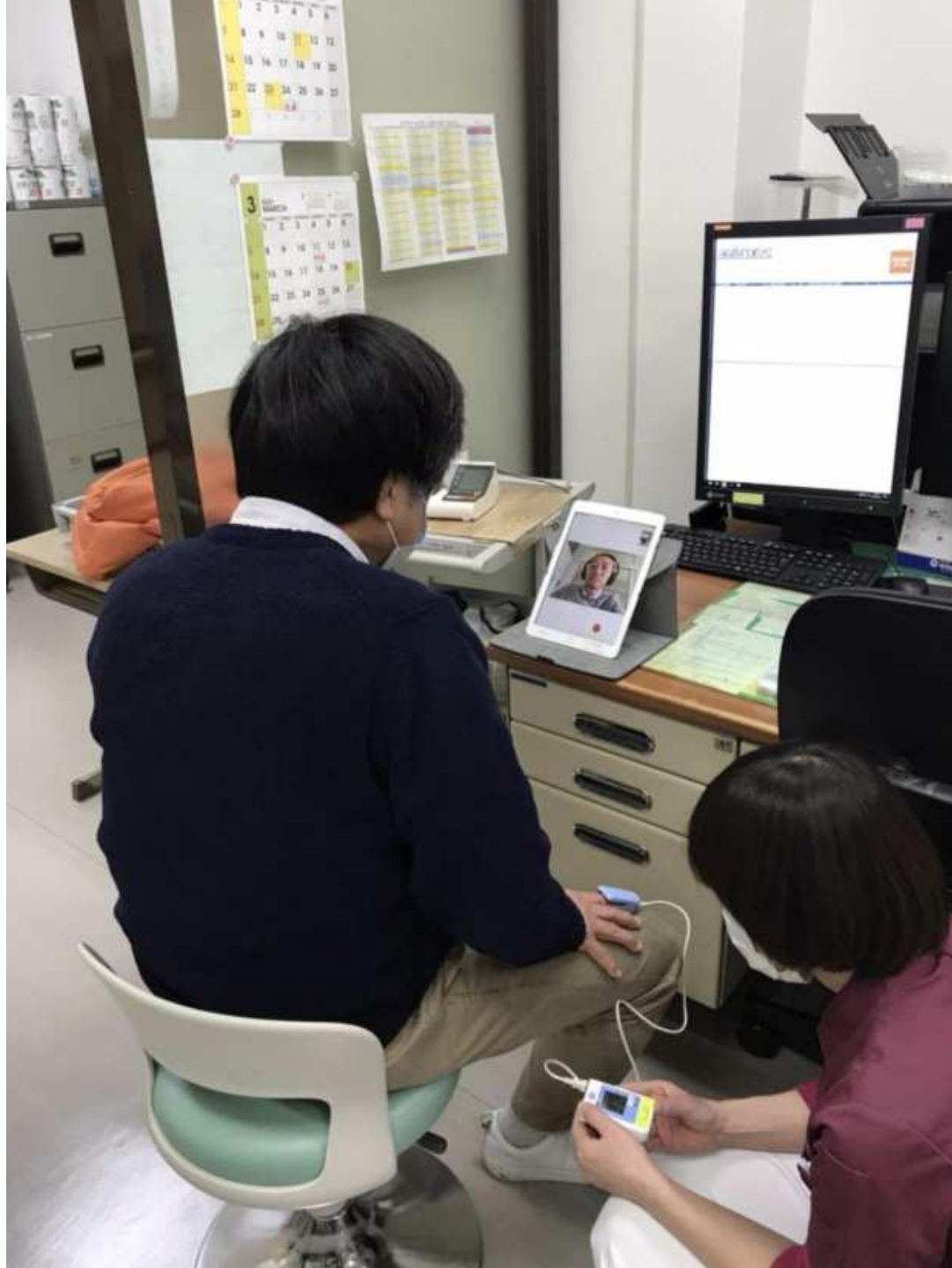






← これ





医師が離島に渡れない時の診察の様子

患者は診療所に来て、
離島看護師の補助を受けながら
診察室でiPadを通して医師から診察を受ける



(出典) 鳥羽市立診療所小泉先生資料

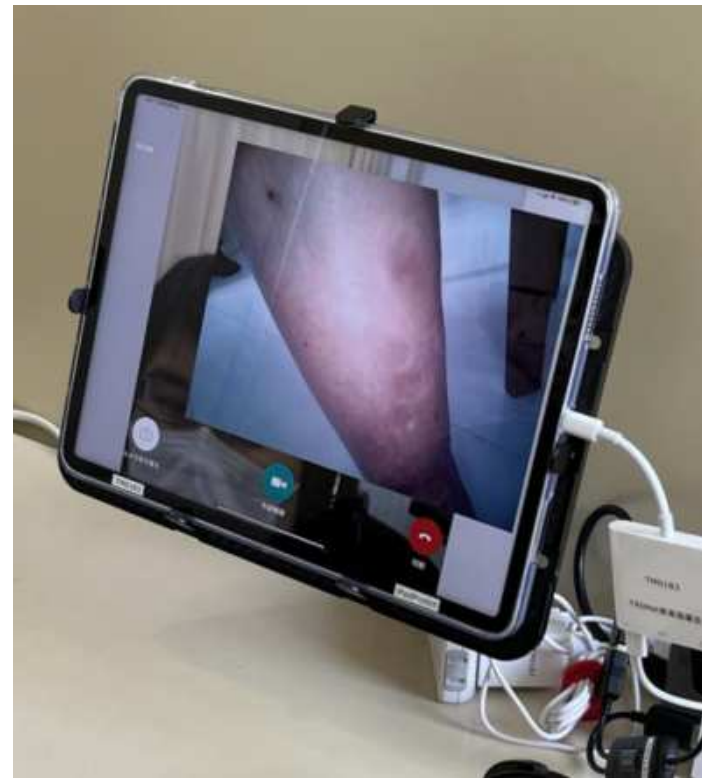


診療所用

Vitalook



患者宅見守り用

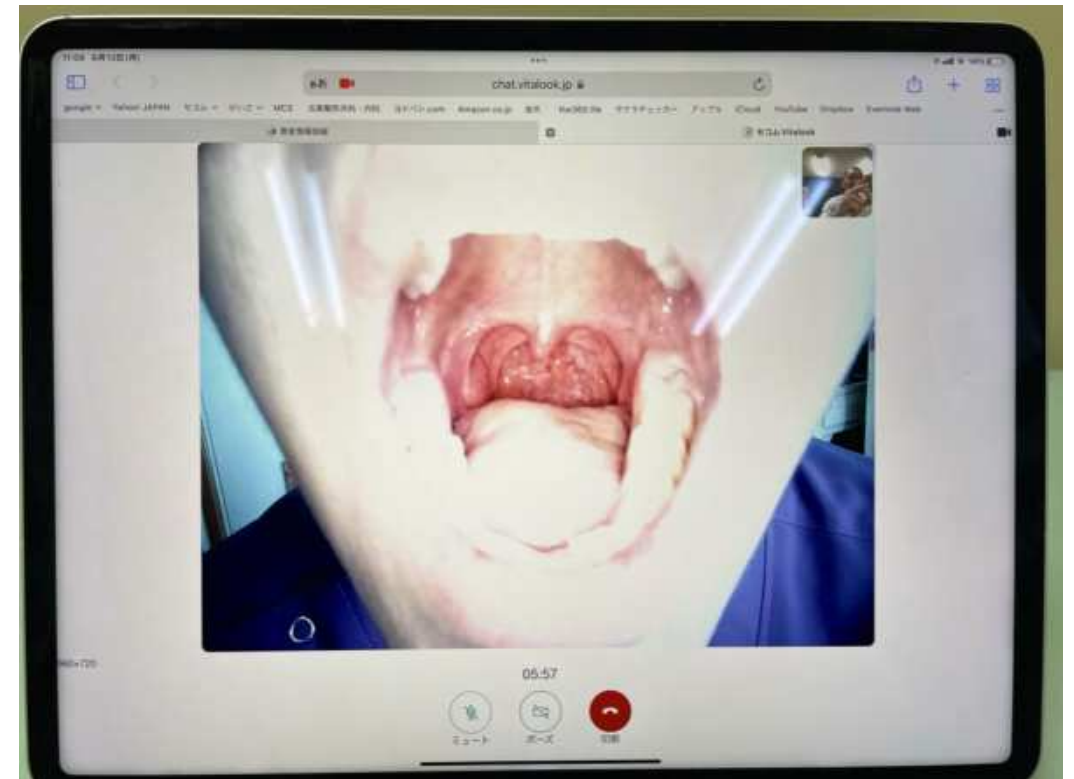


浮腫（むくみ）や 発疹も はっきり

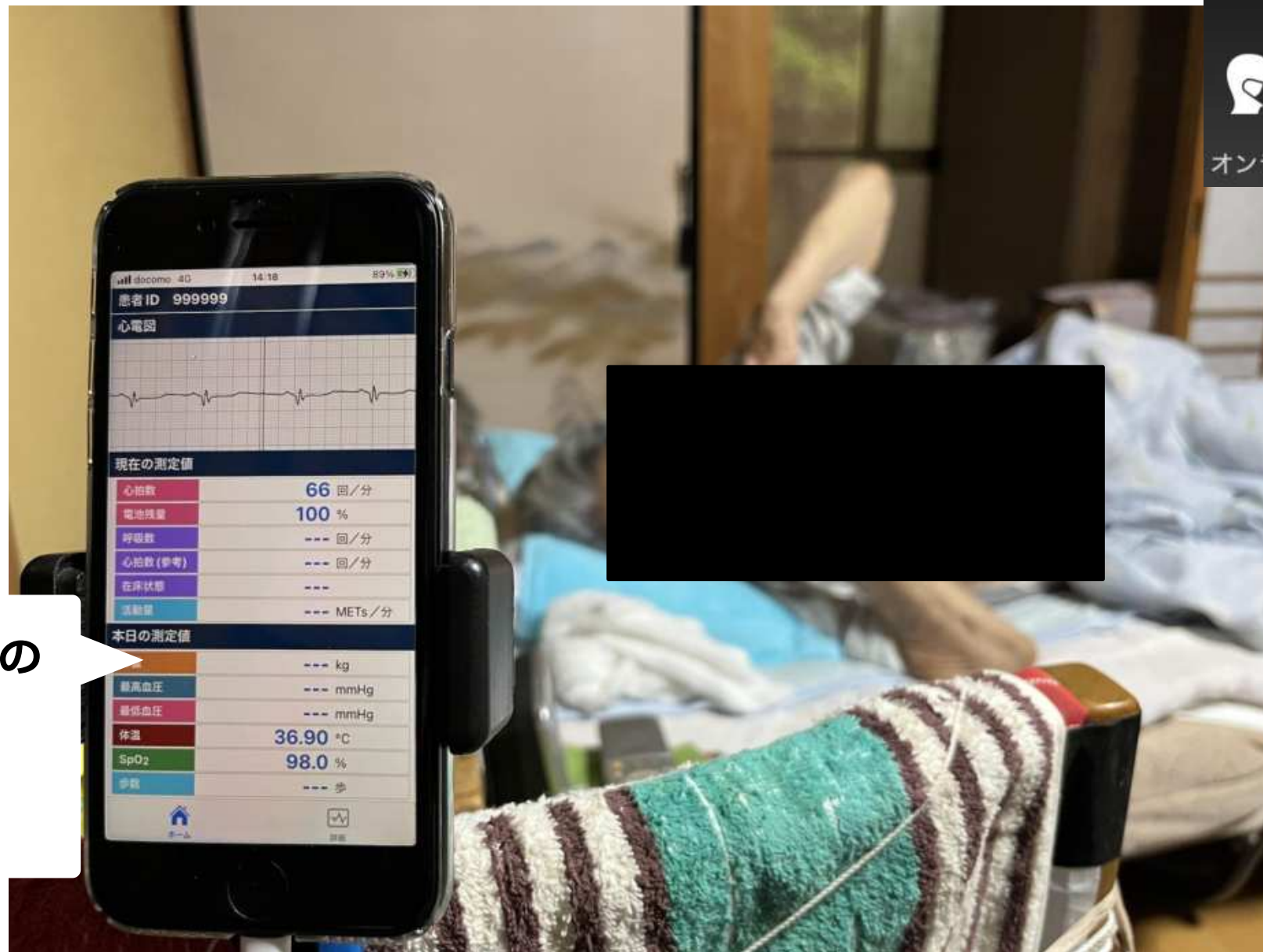
（出典）鳥羽市立診療所小泉先生資料



医師側のiPad



口腔内所見



バイタルサインの
変化があれば
医師側から
話かけられる



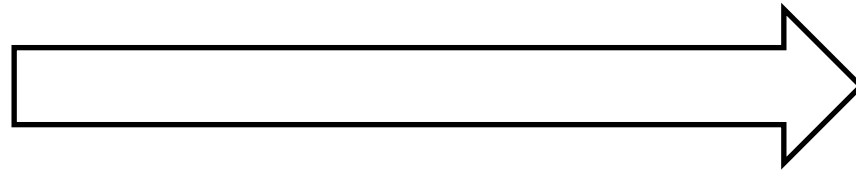
Doctor

医師

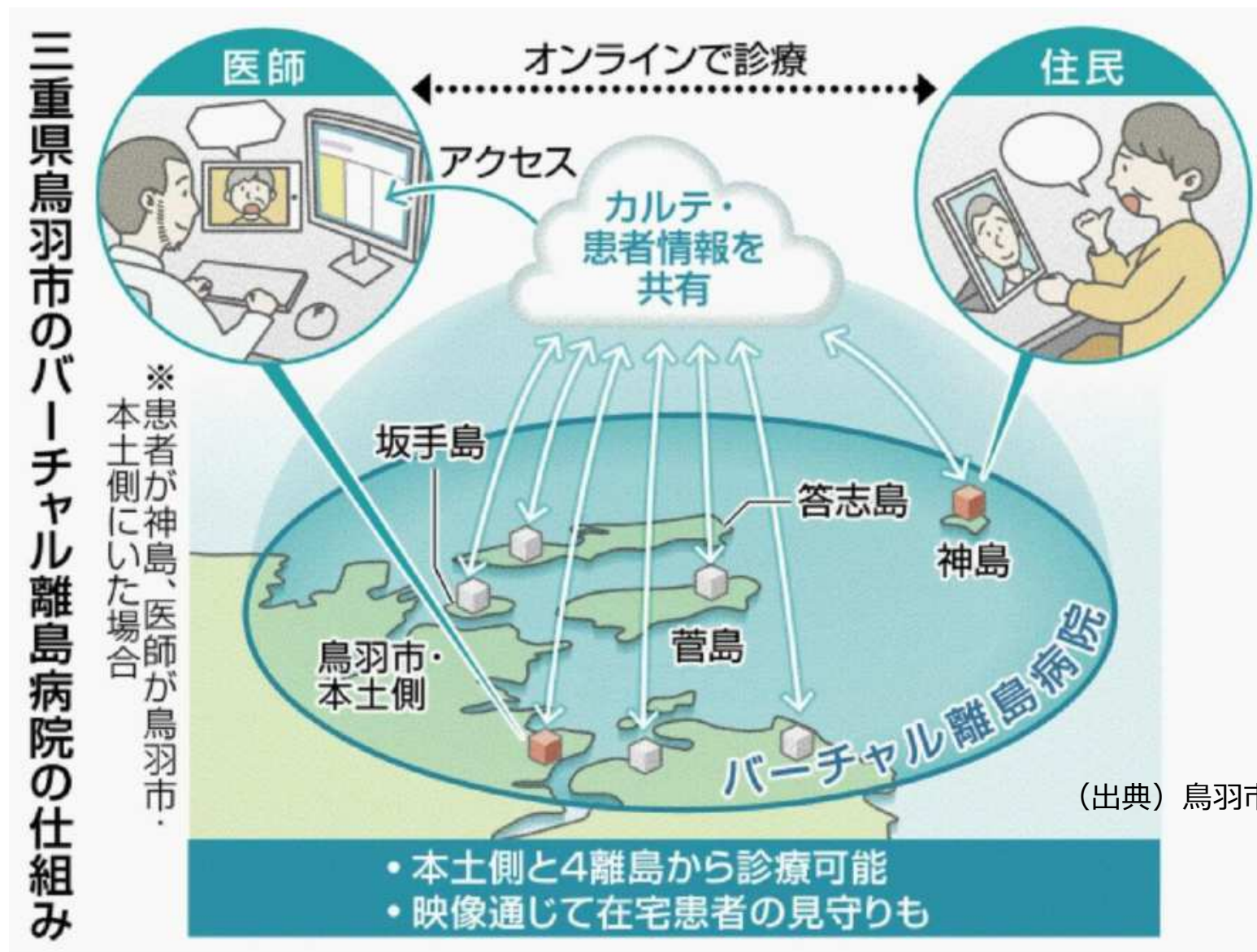
to

Patients with Nurse

患者さんと看護師さん



地域をひとつの病院（バーチャル離島病院）とした取組



(出典) 鳥羽市立診療所小泉先生資料

入院患者数の推移

入院患者数の推計と実績について

現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した入院患者数**（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



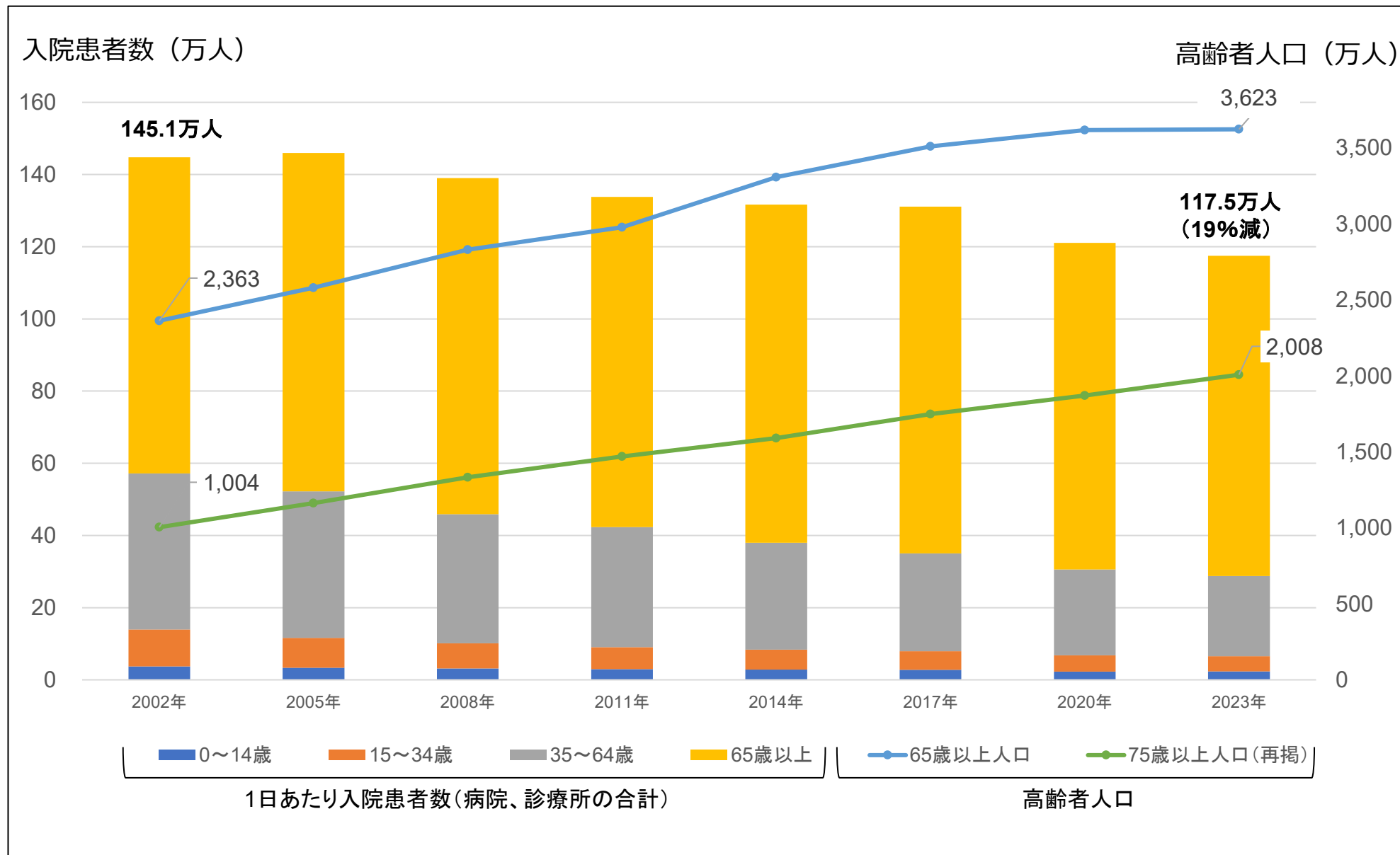
資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014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」（2013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。

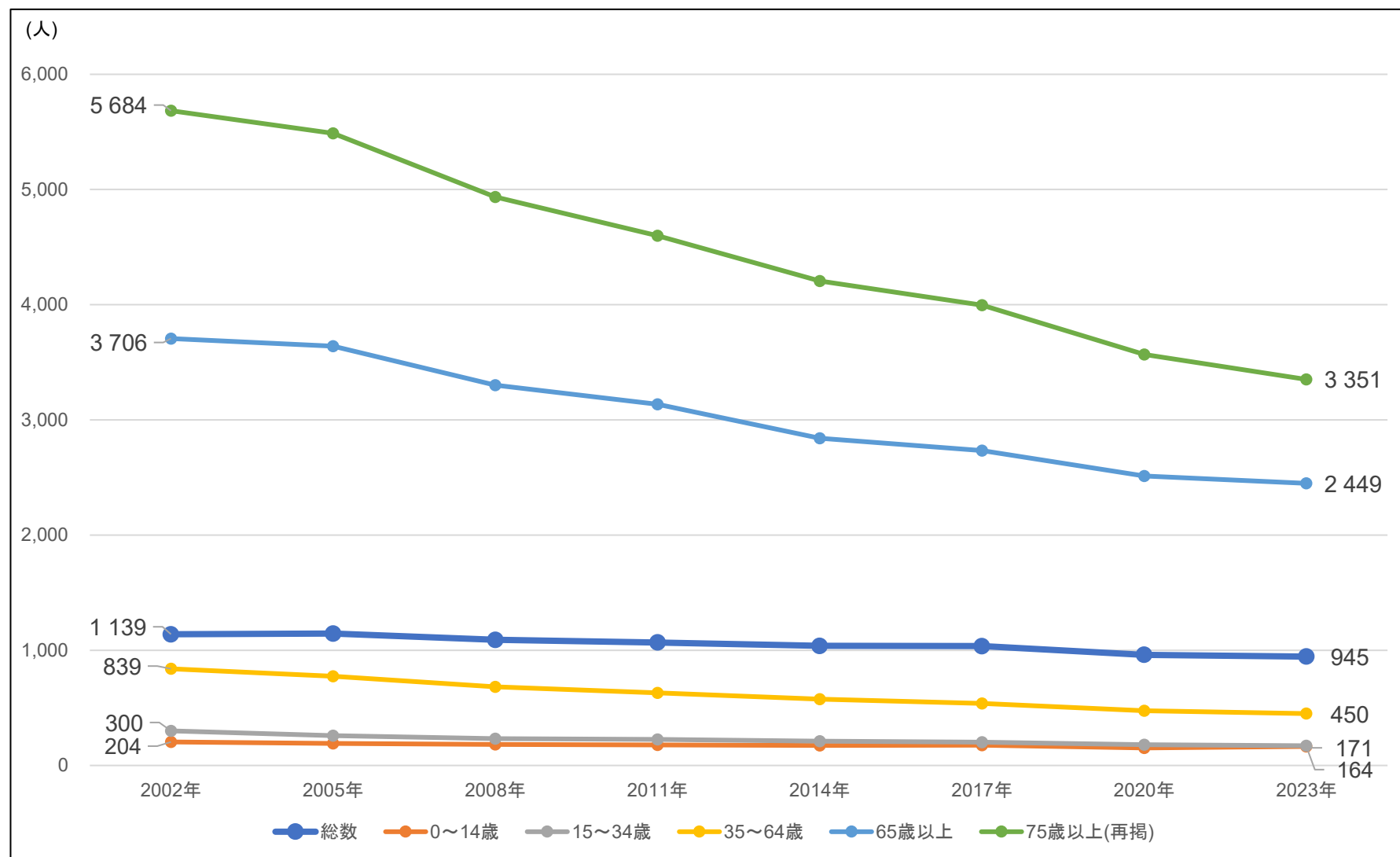
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

1日あたり入院患者数（年齢階級別）と高齢者人口の推移

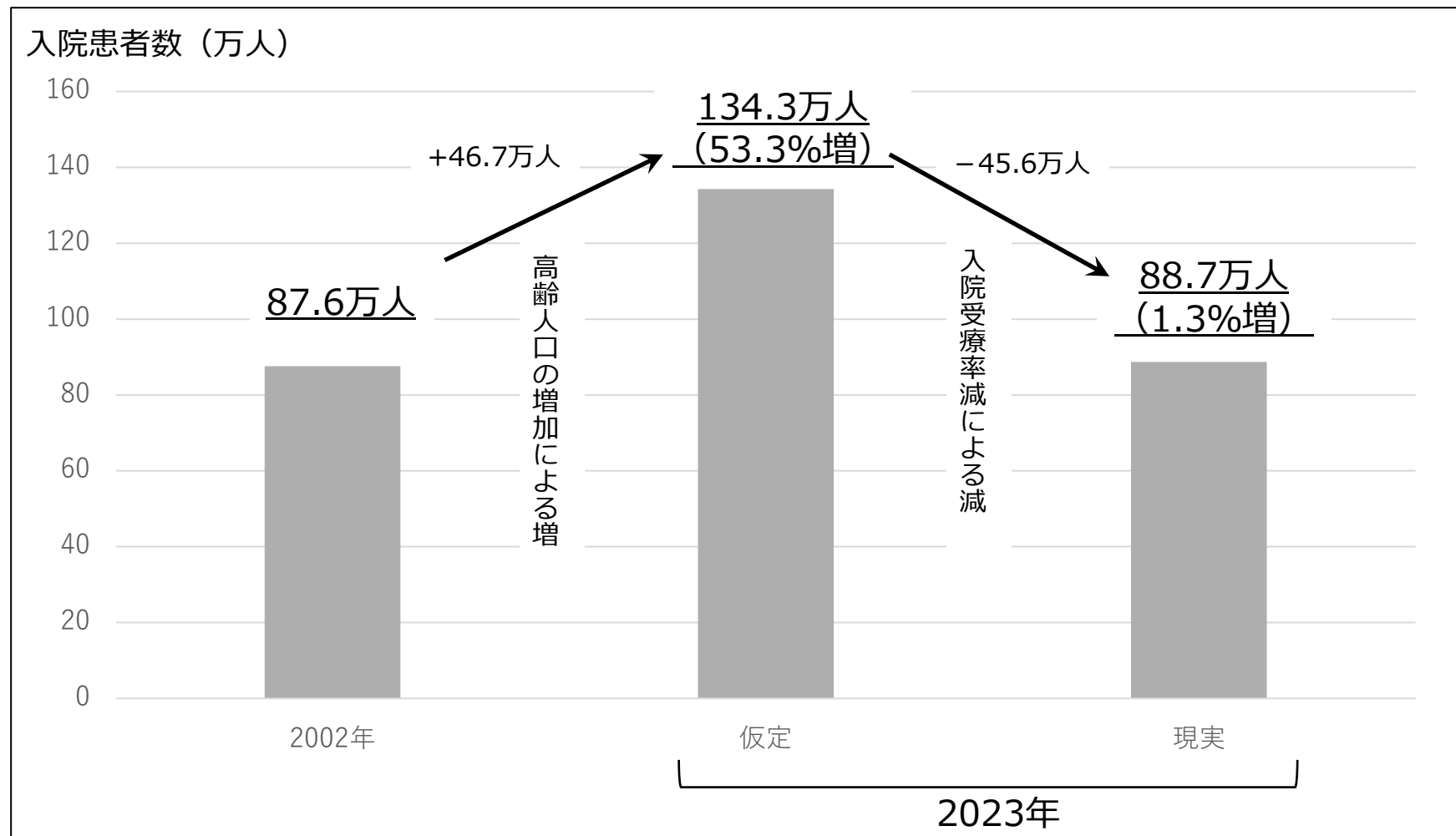


入院受療率（人口10万対）の推移（年齢階級別）



出典：厚生労働省患者調査より集計

1日あたり入院患者数（65歳以上）の推移・・・入院受療率減の影響



仮定：入院受療率が変わらなかったと仮定した場合の入院患者数

現実：実際の入院患者数（2023年度患者調査の結果）

入院患者数 減少率 トップ10（2002年-2023年）

減少率大きい順（疾病中分類）	減少率
ウイルス性肝炎	-94.6%
慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	-93.8%
結核	-84.5%
正常妊娠・産じょくの管理	-82.4%
喘息	-81.5%
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	-73.9%
肝硬変（アルコール性のものを除く）	-73.8%
胃炎及び十二指腸炎	-73.3%
健康者に対する検査・健康診断（査）・管理	-73.3%
高血圧性疾患	-72.2%

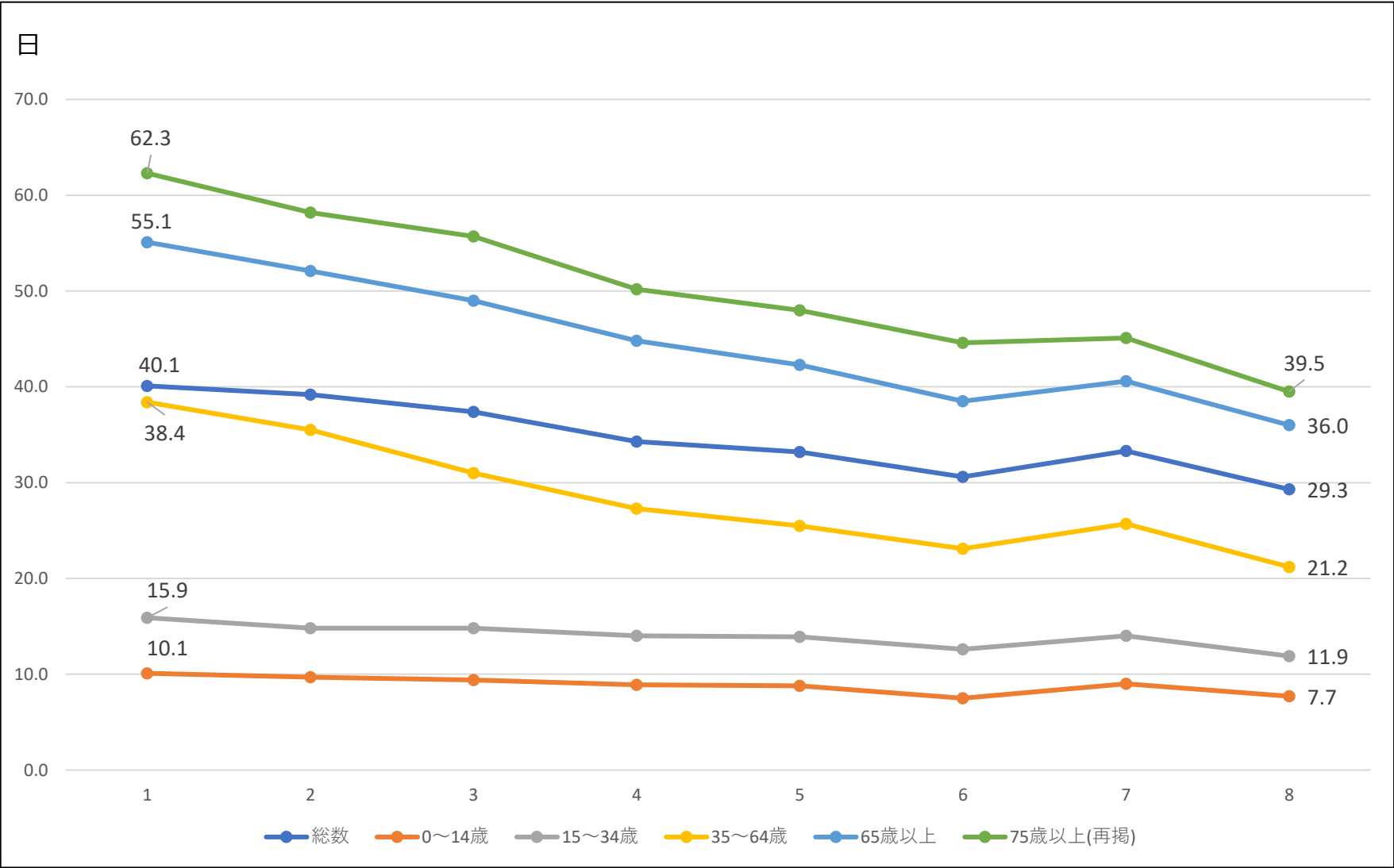
※項目名は「令和5年度 疾病分類」に準拠して統一し、平成14年以降に新設された項目（脂質異常症、SARS等）については、時系列比較の整合性を保つため本表からは除外している。
 ※2002年度調査において1日あたり入院患者数が1000人以上の疾患を対象に集計。

入院患者数 減少数 トップ 10（2002年-2023年）

減少数が多い順（疾病中分類、一日あたり）	万人
脳梗塞	-8.9
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	-7.7
血管性及び詳細不明の認知症	-3.0
糖尿病	-1.9
良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	-1.4
脳内出血	-1.3
虚血性心疾患	-1.3
胃の悪性新生物＜腫瘍＞	-1.1
喘息	-0.9
高血圧性疾患	-0.8

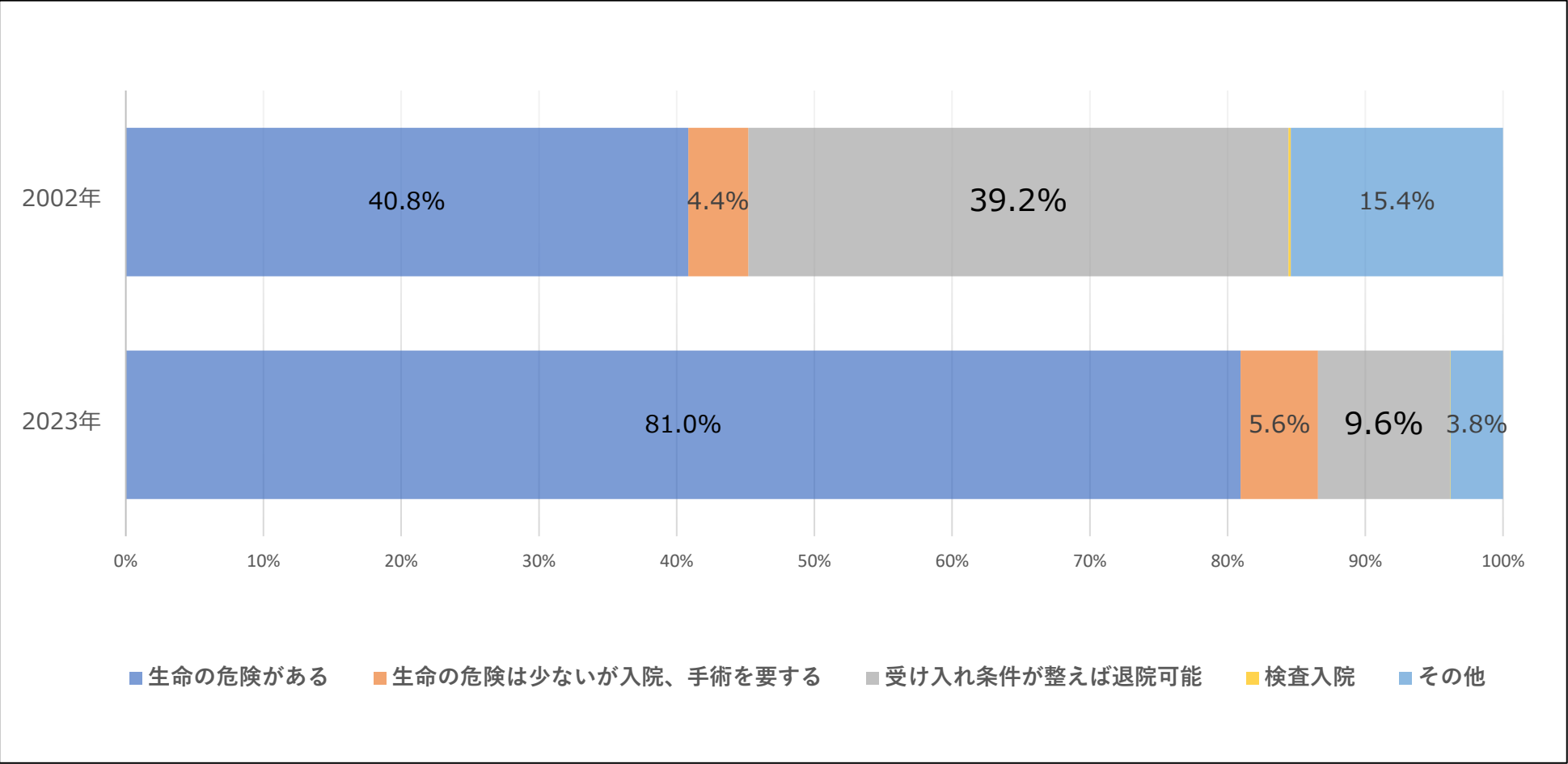
※項目名は「令和5年度 疾病分類」に準拠して統一し、平成14年以降に新設された項目（脂質異常症、SARS等）については、時系列比較の整合性を保つため本表からは除外している。
 ※2002年度調査において1日あたり入院患者数が1000人以上の疾患を対象に集計。

退院患者の平均在院日数の推移（病院、年齢階級別）



出典：厚生労働省患者調査

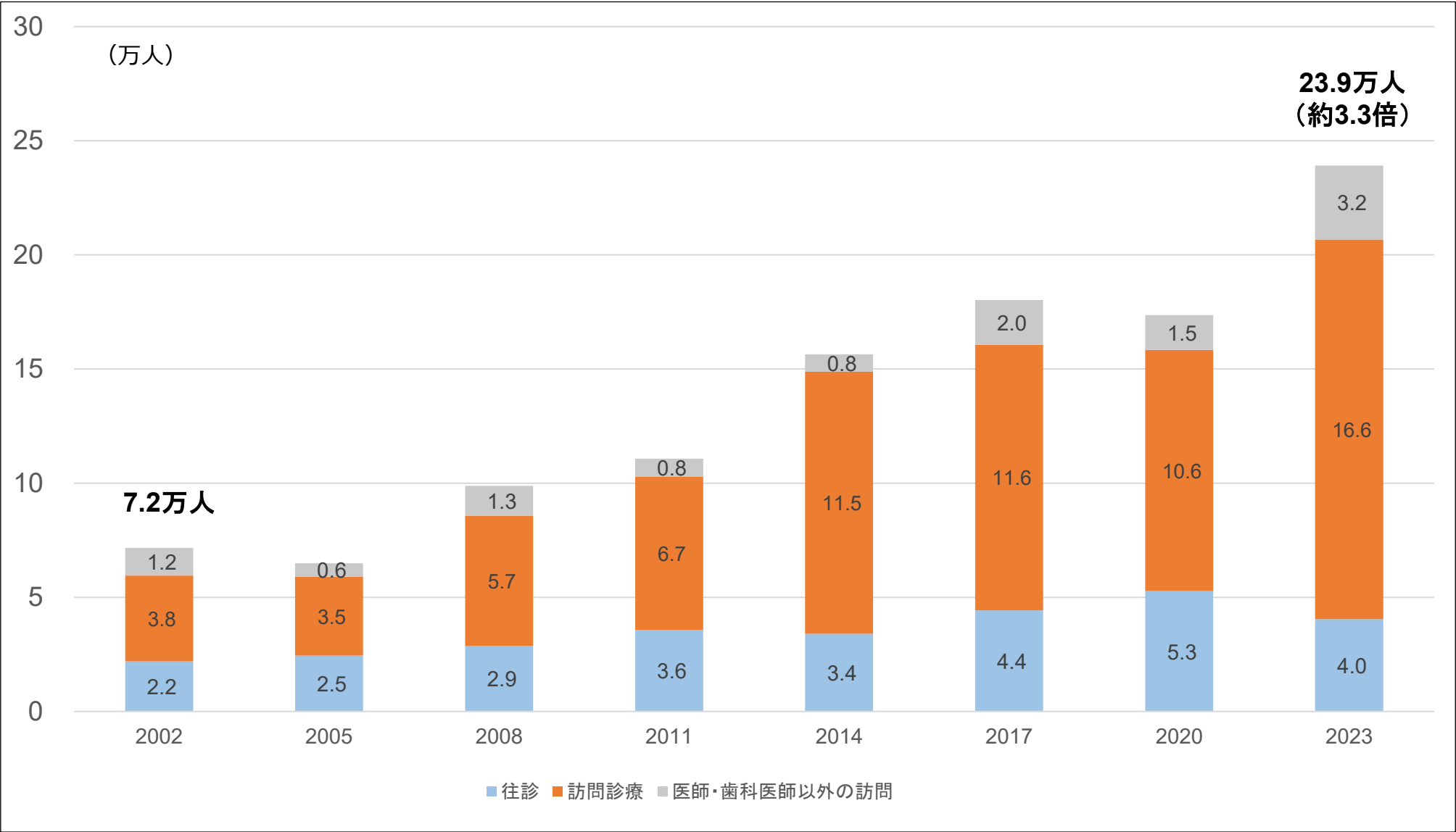
入院患者の状況別構成割合（療養病床（病院））



(※)2002年は老人病床を含む。2022年は医療保険適用、介護保険適用の両方の病床を含む。

出典：厚生労働省患者調査より集計

在宅医療を受けた推計外来患者数の推移（各年10月）



出典：厚生労働省患者調査より集計

病床返還の動き

病床を削減（返還）した医療機関に財政支援

1床あたりの支援額

- ・稼働病床：410万円
- ・休止病床：205万円

病床数適正化緊急支援事業について

R7補正予算額：3,490億円

対象となる医療機関

- 令和7年12月16日（R7補正成立）から令和8年度末（事業終了年度末）までに申請した医療機関であり、令和8年度末までに病床の削減を行う医療機関を対象とする。その他、以下の場合も対象とする。
 - ✓ 令和6年度補正予算において申請を行った医療機関であって、支援対象とならなかったが、令和6年12月17日（R6補正成立）から令和7年9月30日の間に病床を削減した医療機関
 - ✓ 自由民主党、日本維新の会、公明党による3党合意を踏まえて実施した調査（令和7年8月から9月にかけて実施）において病床を削減予定と回答した医療機関であって、既に病床を削減した医療機関

病床の考え方

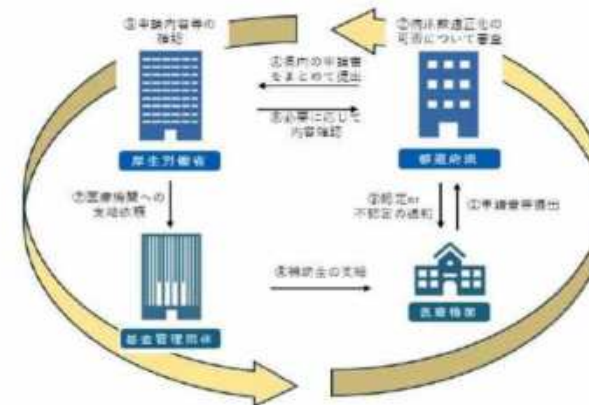
- 医療機関の設置主体、経営状況は問わない。（R6補正時は赤字医療機関のみ対象）
- 申請時（削減済のものは、削減時）における稼働・休床の別で、単価（稼働：410.4万円、休床：205.2万円）を決定する。
- 感染症法に基づく確保病床を有している場合は、目標病床数からの余剰分のみ削減可能とする。
- 以下の場合は、地域医療構想調整会議等において、代替する在宅・外来医療等の対応や、他医療機関における患者の受入に係る調整等を踏まえての議論を経た上で、支給要否を決定する。
 - ✓ 申請病床の合計が100床を超える場合
 - ✓ 入院医療を継続しない場合
 - ✓ 廃院する場合 等 ※小児周産期に係る病床は引き続き対象外

実施時期

必要な事務処理体制を構築した上で、医療機関から都道府県への申請は、6月23日から開始し、7月上旬を締め切りとして事業を開始する予定。なお、当該事業は複数回の申請期間を設ける予定としている。

その他

- 医療機関は都道府県に申請を行い、都道府県により内容を審査。都道府県の事業として実施するものが厚生労働省に提出され、支払いは基金管理団体から医療機関に対して実施。
- 昨年成立した医療法等改正法により「都道府県は、医療機関が前項に規定する事業に基づき病床数を削減したときは、（略）基準病床数を削減するものとする。」とされていることから、削減病床数に応じた基準病床数の削減を行う。



最後に みなさんに期待したいこと
－安心して暮らせる地域の未来に向けて－

- 住民の皆さんの意識改革、普及啓発
 - ・ 「わが町に救急病院を」「わが町に医師を」からの脱却
 - ・ 生活を面で支える医療・介護サービスが地域には必要だという価値観
- 「医療と介護の連携」ではなく、「医療と介護は一体」ととらえる
 - ・ 行政も一体化しましょう（医療＝道、介護＝市町村ではない）
- 住民の方への生活へのまなざし

地域に必要な医療を確保するためには、道民の皆さんのご理解・ご協力が必要です！

医療機関（病院・診療所）の病床機能

疾患や状態に応じて転棟・転院

高度急性期

急病（重度）患者に対する高度な手術やICU等による治療を行います。



急性期

急性期患者の状態の早期安定化に向けた治療を行います。



回復期

急性期を経過した患者へ在宅復帰に向けた医療、リハビリテーションを提供します。



慢性期

病状が比較的安定している長期療養が必要な患者等が入院します。



道民の皆さんにご理解・ご協力いただきたいこと

【病状に応じて転棟・転院することが必要なことをご理解ください】

急性期病院に長く入院するよりも、疾患や状態に応じて、リハビリテーション環境が整っている回復期病床等で治療を受けることや、慢性期病床や在宅医療等の療養環境の整った環境で慢性期の医療を受けるなど、ニーズに見合った環境でより良い医療を受けることが可能となります。



【在宅医療について考えてみましょう】

在宅医療は、医療を受けられる場所を医療機関以外の自宅など、住み慣れた場所・地域にも拡大していく動きです。あわせて、人生の最終段階において、患者の意思を尊重した医療が提供されるよう、自分がどのような最後を迎えたいかを考え、普段から家族や主治医と相談することが必要です。



【かかりつけ医を持ちましょう】

身近な地域で、日常的な健康管理や診療、病状に応じた医療機関等への紹介を行う『かかりつけ医』を持つことで、病気の予防や健康増進、病状が変化したときの早期発見と適切な治療が期待できます。



【医療機関や救急車の適切な利用をお願いします】

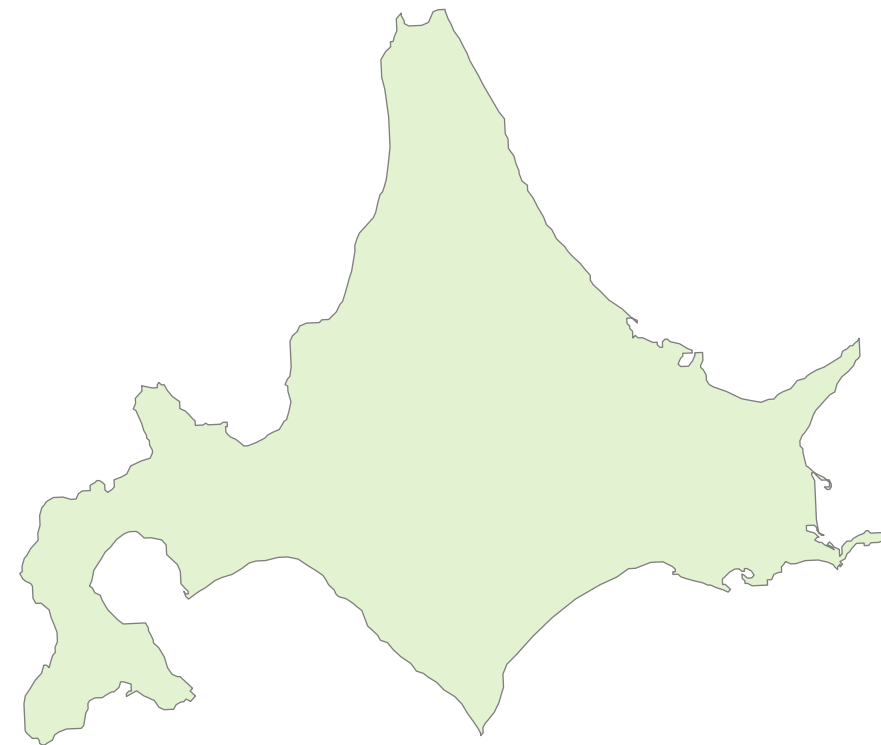
外来診療を行っていない休日や夜間の時間帯に、緊急性のない軽度の症状であっても自分の都合に合わせて安易に救急外来を受診する『コンビニ受診』や救急車の利用は、重症患者への対応に支障を来すこととなりますので、通常の診療時間内に受診することを心がける必要があります。



（出典）北海道HPより

道民のみなさんのために

力をあわせて取り組みましょう



**日時：2027年 7月3日（土）
9時～18時**

**場所：北海道大学学術交流会館
（札幌駅から徒歩7分）**

**スケジュール：
一般演題募集：2026年12月頃～（予定）**

