

〔 令和 7 年 7 月 4 日（金）
13 時 00 分～15 時 00 分
都 市 会 館 大 ホ ー ル 〕

第 116 回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

1. 地域医療構想、医師偏在対策等の検討体制について
2. 他の医療機関で製造された PET 製剤の使用に係る医療法上の取扱いについて（報告）
3. 経済財政運営と改革の基本方針等の閣議決定について（報告）

<配布資料>

資料 1 地域医療構想、医師偏在対策等の検討体制について

資料 2 他の医療機関で製造された PET 製剤の使用に係る医療法上の取扱いについて

資料 3 『経済財政運営と改革の基本方針 2025』、『新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 改訂版』及び『規制改革実施計画』の概要について



地域医療構想、医師偏在対策等の検討体制について

厚生労働省医政局地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療法等の一部を改正する法律案の概要

令和7年2月26日

第115回社会保障審議会医療部会

資料1

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。

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）

新たな地域医療構想と医療計画の進め方(案)

- 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。

	2024 (令和6年度)	2025 (令和7年度)	2026 (令和8年度)	2027 (令和9年度)	2028 (令和10年度)	2029 (令和11年度)	2030~ (令和12年度)
地域医療構想	新たな地域医療構想の検討(国)	ガイドラインの検討(国)	将来の方向性、将来の病床数の必要量の推計等	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、病床の機能分化・連携の協議等	新たな地域医療構想の策定・取組		
5疾病・6事業			国と都道府県の実務者協議(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都道府県で共有)	第8次医療計画(※) のあり方や周産期医療等、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う。	第9次計画の検討(国)	第9次計画の作成(都道府県)	第9次医療計画
外来医療計画、医師確保計画、在宅医療に関する事業		第8次計画(前期)	第8次計画(後期)	第8次計画(後期)	第9次計画の検討(国)	第9次計画の作成(都道府県)	第9次医療計画
	かかりつけ医機能報告等のガイドラインの検討(国)	第8次計画(後期)の検討(国)	第8次計画(後期)の作成(都道府県)	第8次計画(後期)の作成(都道府県)	第9次計画の検討(国)	第9次計画の作成(都道府県)	かかりつけ医機能の確保に関する地域の協議(都道府県)

2

今後のスケジュール(予定)

令和6年12月25日 厚生労働省「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」(一部改)

対策等	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度
医師確保計画		「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」の検討・策定	「第8次医師確保計画(後期)」の検討・策定	「第8次医師確保計画(後期)」の取組
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	緊急的な取組のガイドラインの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討・策定、順次取組	
経済的インセンティブ		緊急的な取組(診療所の承継・開業支援)の先行実施	本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
全国的なマッチング機能の支援			全国的なマッチング機能の支援	
リカレント教育の支援			リカレント教育の支援	
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定		協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い (医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件)		法令改正ガイドラインの検討・策定	改正法令施行	
医学部定員・地域枠		医学部臨時定員・地域枠の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討		
臨床研修		各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用	プログラム開始	
診療科偏在是正対策		必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討		

※ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

3

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和 6 年 12 月 18 日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

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

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

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

(5) 国・都道府県・市町村の役割

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

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

4

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策

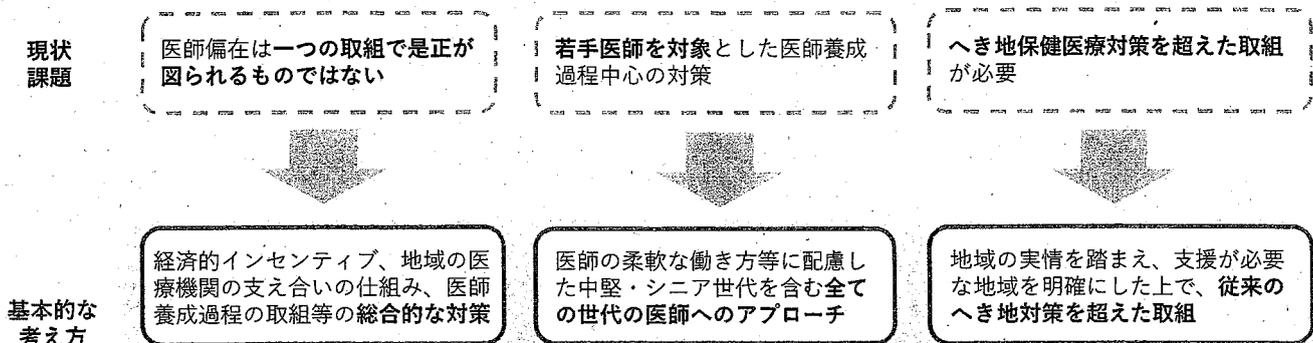
医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ (概要) ①

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、実効性のある総合的な医師偏在対策を推進する。

- 総合的な医師偏在対策について、医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける。

※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

【基本的な考え方】



「保険あってサービスなし」という地域が生じることなく、将来にわたって国民皆保険が維持されるよう、国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組む

- ・ 医師偏在対策の効果を施行後 5 年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により 3 年間の P D C A サイクルに沿った取組を推進

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ（概要）②

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手	中堅・シニア世代
医師養成過程を通じた取組	医師確保計画の実効性の確保
<ul style="list-style-type: none"> ＜医学部定員・地域枠＞ ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う ＜臨床研修＞ ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備 ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ＜重点医師偏在対策支援区域＞ ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む） ＜医師偏在是正プラン＞ ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地对協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討
<ul style="list-style-type: none"> ＜全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援＞ ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進 ＜都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定＞ ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進 	地域偏在対策における経済的インセンティブ等
	<ul style="list-style-type: none"> ＜経済的インセンティブ＞ ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討 ▶ 診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急に先行して実施） ▶ 派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認） ▶ 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援 ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援 ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討
	地域の医療機関の支え合いの仕組み
	<ul style="list-style-type: none"> ＜医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等＞ ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加 ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施 ＜外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等＞ ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場合への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや警告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮 ＜保険医療機関の管理者要件＞ ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関（病院に限る）において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す
	診療科偏在の是正に向けた取組
	<ul style="list-style-type: none"> ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施 ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

6

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1
令和4年3月4日

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。



7

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

＜現行の地域医療構想＞

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

(敬称略。五十音順)

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長

○：座長

＜新たな地域医療構想＞

新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

(敬称略。五十音順)

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 今村 英仁 日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員長センター長
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学長
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所副代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 川又 竹男 全国健康保険協会理事
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 高橋 泰 国際医療福祉大学大学院教授
- 玉川 啓 福島県保健福祉部次長(健康衛生担当)
- 土居 文朗 慶應義塾大学経済学部教授
- 東 憲太郎 公益社団法人全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 森山 明 富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
- 山口 育子 認定NPO法人ささえあい医療人権センター-COML理事長
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長 □：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

8

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制(案)

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

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

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



在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- ・ 在宅医療に関する事項
- ・ 医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- ・ 小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- ・ 救命救急センターに関する事項
- ・ 救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- ・ 災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

検討会スケジュール(各WGは必要に応じて順次開催)

- 7月～ 議論の開始
- 秋頃 中間とりまとめ
- 12月～3月 とりまとめ

→ ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出

※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討

9

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の体制（案）

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 開催要綱（案）（抜粋）

1. 目的

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や生産年齢人口の減少を見据え、地域医療構想や医療計画、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージをばじめとする医師確保の取組等を通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る必要がある。
- 本検討会は、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の具体的内容や、地域医療構想及び医療計画の推進等について検討することを目的に開催するものである。

2. 検討事項

- (1) 地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
- (2) 医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- (3) 医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項（医師養成過程を通じた対策を除く）
- (4) 外来医療計画に関する事項
- (5) その他本検討会が必要と認めた事項

<地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 構成員>

（敬称略、五十音順）

石原 靖之	岡山県鏡野町 健康推進課長	坂本 泰三	公益社団法人日本医師会 常任理事
伊藤 悦郎	健康保険組合連合会 常務理事	櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会 会長	菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
猪口 正孝	公益社団法人全日本病院協会 副会長	鈴木 美穂	認定NPO法人マギーズ東京 共同代表理事
今村 知明	奈良県立医科大学 教授	瀬古口 精良	公益社団法人日本歯科医師会 副会長
今村 英仁	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員会センター長	玉川 啓	福島県 保健福祉部次長（健康衛生担当）
遠藤 久夫	学習院大学 学長	土居 文朗	慶応義塾大学経済学部 教授
岡 俊明	一般社団法人日本病院会 副会長	橋本 美穂	公益社団法人日本看護協会 常任理事
小川 祐幸	島根県雲南市健康福祉部保健医療政策課 管理監	東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会 会長
荻野 構一	公益社団法人日本薬剤師会 副会長	松田 晋哉	福岡国際医療福祉大学ヘルスデータサイエンスセンター 所長
尾崎 誠	長崎大学病院 病院長（一般社団法人全国医学部長病院長会議）	望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会 会長
川又 竹男	全国健康保険協会 理事		

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

10.

検討会やWGにおける検討事項の例（案）

とくしやうどん



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

現行の地域医療構想策定ガイドラインについて

- 2025年に向けた現行の地域医療構想においては、都道府県は「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき、二次医療圏を基本とした構想区域を設定し、主に病床について、必要病床数を踏まえて医療提供体制の検討・構築に取り組んできた。

地域医療構想策定ガイドライン

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたP D C A

III 病床機能報告制度の公表の仕方

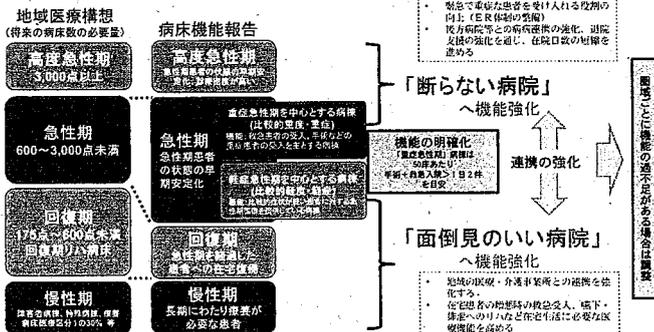
- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用

都道府県における取組の例

地域の実情に応じた定量的な基準の導入：奈良県の例

急性期の報告の「奈良方式」

- 病床機能報告に加え、奈良県独自に急性期を重症と軽症に区分する目安を示して報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化。重症な救急や高度医療を担う「断らない病院」と、地域包括ケアを支える「面倒見のいい病院」へ機能分化・強化を推進。



現在の地域医療構想においても、一部の都道府県においては、病床に加えて、医療機関の機能に着目した取組が進められてきた。

12

新たな地域医療構想について

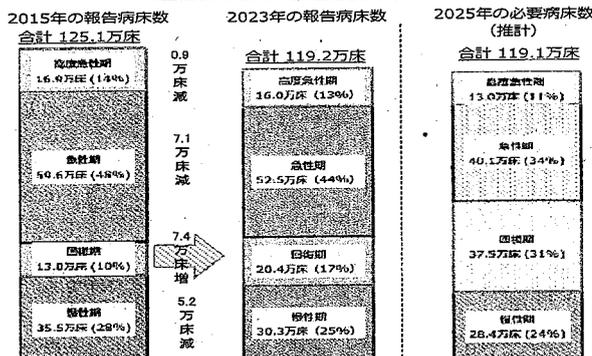
- 新たな地域医療構想においては、入院だけでなく、外来や在宅、介護との連携等も含めることとされており、ガイドラインにおいて、外来や在宅、介護との連携等も含めた医療提供体制の構築に向けた考え方等について検討が必要。

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能的に足し合わせたものから算出される。比較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提供体制整備を推進することが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、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)

13

新たな地域医療構想における構想区域について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づける。このため、構想区域について、**二次医療圏を基本としたこれまでの構想区域**のほか、**広域な観点**が求められる診療や医療従事者の育成等を検討するための**広域な区域**、**在宅医療等**についてきめ細かく対応するための**より狭い区域**を設定して取組を推進する。
- 区域全体の医療資源に応じて確保する医療や、区域内で確保が困難な医療に関する隣接区域等との連携のあり方等の具体的な運用については、2025年度に策定予定の新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成段階で検討する。

基本となる構想区域

- 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、専門等機能の医療機関機能を整備
- 二次医療圏（330程度）を基本としつつ、人口規模が20万人未満の区域や、100万人以上の区域で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の見直しを行う

広域な区域

- 大学病院や、その他急性期の拠点となる医療機関による広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療、人材育成を議論するための区域を設定。
- 都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定

より狭い区域

- 在宅医療等については地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、より狭い区域を設定
- 医療計画の在宅医療の圏域の設定は、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定

14

現行の地域医療構想における構想区域とその他の医療圏等との関係について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、「地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域」を単位として設定している。二次医療圏は、病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位としており、これらは最終的に一致させることとしている。
- 他方、周産期医療をはじめとした、その他の医療圏や圏域については、「二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定」すること等としている。

構想区域

339構想区域（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定

二次医療圏

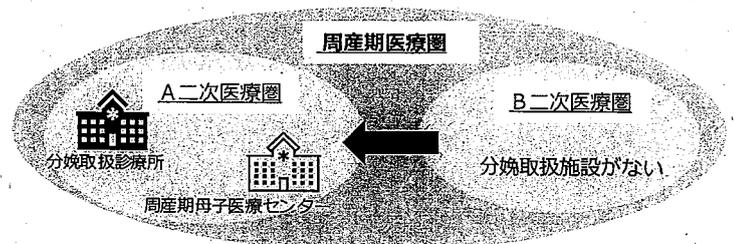
330医療圏（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定
※ 最終的には二次医療圏を構想区域と一致させる

周産期医療圏

263区域（令和6年4月現在）

周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを旨に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。



その他、周産期医療圏以外にも、5疾病6事業等それぞれにおいて、医療圏や圏域の設定が行われている。

15

5 疾病 6 事業とその他の医療との関係について

- これまで5疾病6事業について、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。
- 他方、領域をまたぎ共通する医療資源（手術を担う医師や麻酔科医等）を有効に活用する観点から、5疾病6事業の医療提供体制の確保に当たっても、当該領域以外も含めた地域の医療提供体制全体を踏まえた検討が必要。

※ 5疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患

※ 6事業：救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）

例) 周産期医療

- 周産期医療については、二次医療圏にこだわらず、地域の分娩取扱施設の状況等を踏まえて、周産期医療圏を設定し、周産期医療の提供体制を構築している。



2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（案）
（第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会）
（抜粋）

4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が維持できなくなる恐れがあるため、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

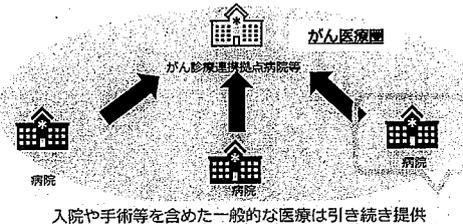
都道府県は、地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。

また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、がん以外にも含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要である。

16

例) がん医療

- がん医療については、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的にがん医療を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することとされている。



(参考) 5 疾病における圏域等の考え方

	圏域を設定するに当たっての考え方	関連する通知
がん	<ul style="list-style-type: none"> 各医療機能の実施状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。 	
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞に対する超急性期の再開通治療の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるように、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。 	
心筋梗塞	<ul style="list-style-type: none"> 心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることがあることを勘案し、住民が可能な限り公平に医療を享受できるように、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制の下実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。 また、疾患により主に必要とされる急性期の治療が異なることを勘案する必要もある。例えば、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患には、緊急の外科的治療に常時対応できる医療機関が限られているため、患者が適切な医療機関で受療可能な体制を構築する観点から、他の心血管疾患とは異なる、より広域の圏域の設定について検討する必要がある。 	「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> 従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。 	
精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> 圏域（精神医療圏）を設定するに当たっては、患者本位の医療を実現していけるよう、二次医療圏を基本としつつ、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定すること。 ※精神医療圏の設定にあたっては二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域、精神科救急医療圏域等との連携も考慮し、地域の実情を勘案して弾力的に設定。 	

17

(参考) 6事業における圏域等の考え方

	圏域を設定するに当たっての考え方	関連する通知
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> 重傷度・緊急度に応じた医療機能を明確にして、圏域を設定すること。 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。 ただし救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。 	
災害時における医療	<ul style="list-style-type: none"> 原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、自らが被災した場合に医療チーム等を受け入れる受援体制や、都道府県をまたがる広域搬送等の支援体制からなる広域連携体制について定めること。 また、想定する災害の程度に応じ、災害拠点病院に加え、地域の実情に応じ、一般の医療機関（救命救急センターを有する病院、第二次救急医療機関、日本赤十字社の開設する病院等）の参画も得ること。 	「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））
周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> 周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。 総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備すること。 	
小児医療	<ul style="list-style-type: none"> 小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。（*三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能【小児中核病院】（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの）を確保） 	
新興感染症	<ul style="list-style-type: none"> 各都道府県内のそれぞれの地域において必要な診療を受けられるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、例えば、重症患者や特別な配慮が必要な患者への対応等については都道府県単位で確保するなど、地域の実情に応じて柔軟に体制を構築すること。 	

18

(参考) 在宅医療、外来医療、医師確保における圏域等の考え方

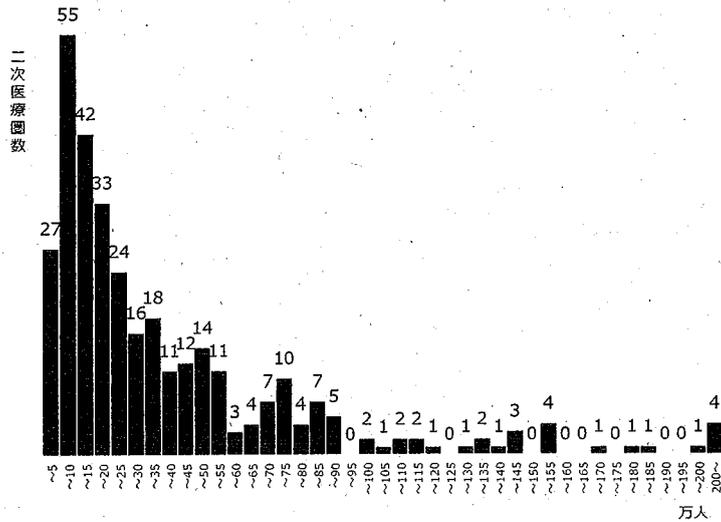
	圏域を設定するに当たっての考え方	関連する通知
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。 なお、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域内に少なくとも1つは設定すること。 	「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 外来医療計画の策定に当たり、外来医療が一定程度完結する区域単位で外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組を具体化するため、対象区域の設定を行う必要がある。 対象区域は、原則として二次医療圏とするが、人口規模、患者の受療動向、医療機関の設置状況等を勘案して二次医療圏を細分化した都道府県独自の単位で検討を行っても差し支えない。 	外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン
医師確保	<ul style="list-style-type: none"> 医師確保計画は、都道府県が、二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するものである。 	医師確保計画策定ガイドライン

19

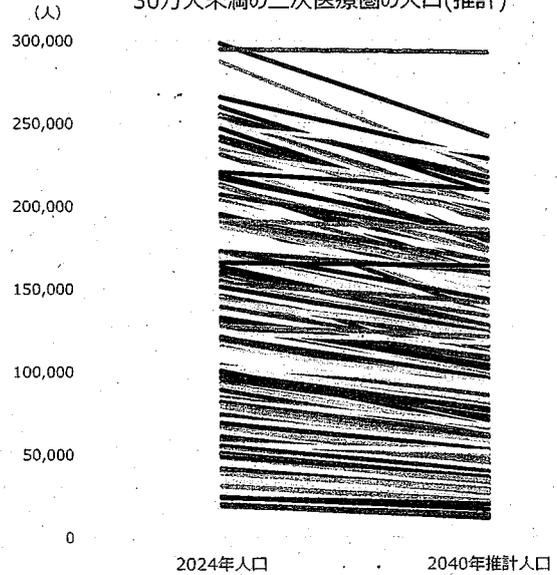
二次医療圏ごとの人口規模

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

人口規模別二次医療圏数



30万人未満の二次医療圏の人口(推計)

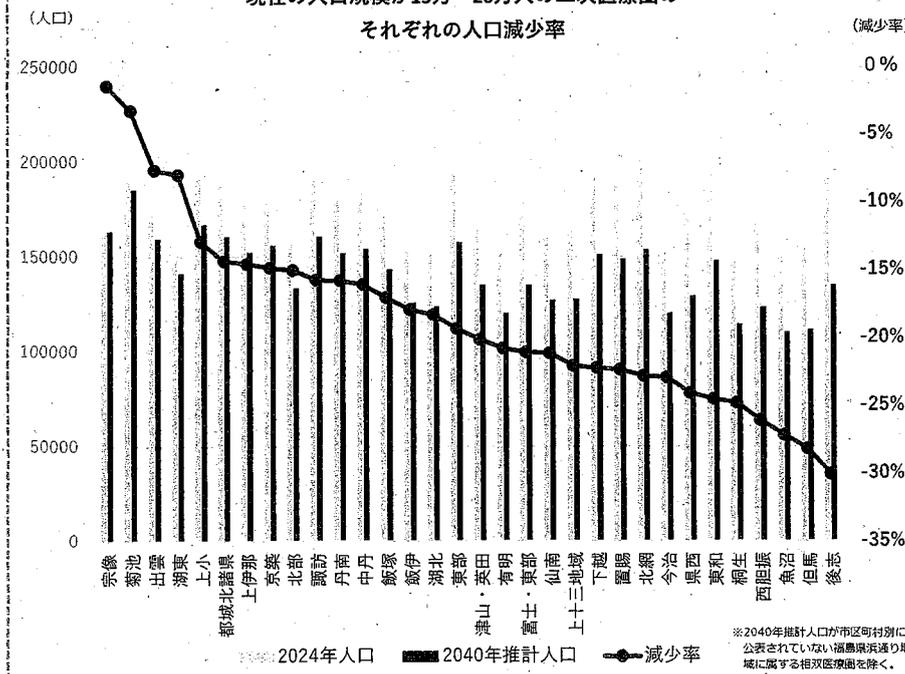


資料出所：総務省「住民基本台帳人口」(2024年)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」

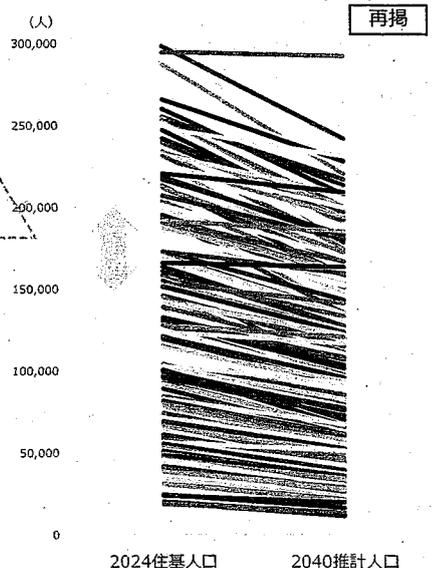
人口減少の度合いの地域差

- 現在の人口規模が同じような地域であっても、2040年に向けた人口減少の度合いは、今後約30%減少する地域から、数%の減少の地域まで様々である。

現在の人口規模が15万~20万人の二次医療圏の
それぞれの人口減少率



30万人未満の二次医療圏の人口(推計)

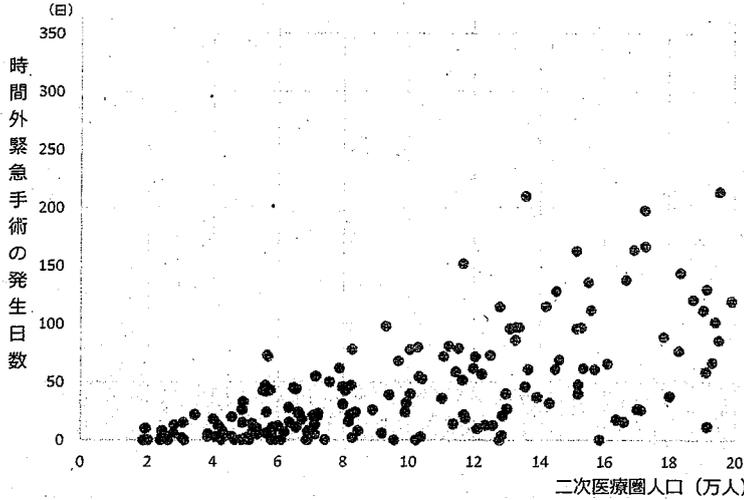


資料出所：総務省「住民基本台帳人口」(2024年)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」

二次医療圏の現状と課題

- これまで、二次医療圏は、入院に係る医療を一定程度完結すること、人口規模が20万人以上であること等を目安としながら設定されてきた。
- 他方、すでに半数の二次医療圏が人口規模20万人未満であり、例えば時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在する。緊急手術に対応できる体制は24時間365日確保することが求められるところ、
 - ・ 圏域として体制が確保できておらず、当該医療圏内で医療提供が完結していない
 - ・ 全ての需要に対応できているが、圏域における医療需要が少なく、提供体制として効率性に課題がある等の課題が考えられる。

人口20万人未満の二次医療圏における時間外緊急手術発生日数（年間）



「医療計画について」
(令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知) (抜粋)

人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。(略)人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合(特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合)、その設定の見直しについて検討すること。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。また、設定を変更しない場合には、その理由(地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等)を明記すること。

※ 時間外等緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開
資料出所：2022年度DPCデータ、総務省「住民基本台帳人口」(2024年1月)

患者の移動・搬送手段について（現状のイメージ）

- 患者の医療機関への搬送については、医療機関までの経路等により、様々な手段が用いられている。

* 主なものを記載。

搬送手段		実施主体	出動契機	厚生労働省の関連予算
陸路	自動車	救急車（消防）	消防機関 ○119番通報 ○搬送元医療機関からの要請	-
		病院救急車 （ドクターカー含む）	病院 ○119番通報 ○搬送元医療機関からの要請	医療提供体制推進事業費補助金
		民間救急	患者等搬送事業者など ○患者からの依頼 ○搬送元医療機関からの要請	-
空路	回転翼機	ドクターヘリ	都道府県、基地病院（救命救急センター） ○119番通報 ○搬送元医療機関からの要請	ドクターヘリ導入促進事業
		ドクターヘリ以外の公的なヘリ	消防機関、都道府県、国（海上保安庁・自衛隊） ○119番通報 ○118番通報 ○搬送元医療機関からの要請 ○都道府県知事等からの要請	-
		その他のヘリ	民間企業、病院 ○搬送元医療機関からの要請	-
	固定翼機	メディカルジェット	都道府県 ○搬送元医療機関からの要請	へき地患者輸送車（艇・航空機）運行支援事業
		自衛隊機	国（自衛隊） ○都道府県知事等からの要請	-
海路	船艇	救急艇（※） 消防機関、民間企業 ○119番通報 ○搬送元医療機関からの要請	-	

※救急業務の実施のために使用する船舶類で、地域によって救急艇、消防救急艇、救急患者輸送艇等、様々な呼称で運用されている。

事業の目的

○ 地方の周産期医療体制の不足を補完し、妊産婦本人の居住地にかかわらず、安全・安心に妊娠・出産ができ、適切な医療や保健サービスが受けられる環境を全国で実現するため、遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に対して、当該分娩取扱施設までの移動にかかる交通費および出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費（出産時の入院前の前泊分）の助成を行うことにより、妊婦の経済的負担の軽減を図ることを目的とする。
※ 本事業による支援を通じて、周産期医療の提供体制の構築において、周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や産科医の偏在対策等を推進した場合においても、妊婦の分娩取扱施設までのアクセスを確保する。

事業の概要

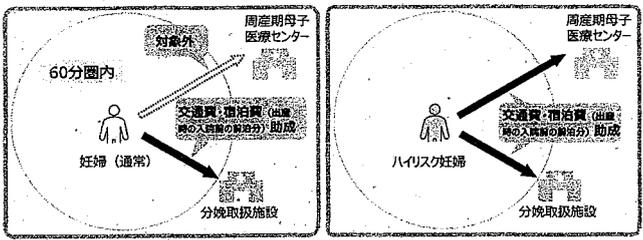
◆ 対象者

自宅（又は里帰り先）から最寄りの分娩取扱施設（医学上の理由等により、周産期母子医療センターで出産する必要がある妊婦（以下「ハイリスク妊婦」という。）においては、最寄りの周産期母子医療センター）まで概ね60分以上の移動時間を要する妊婦

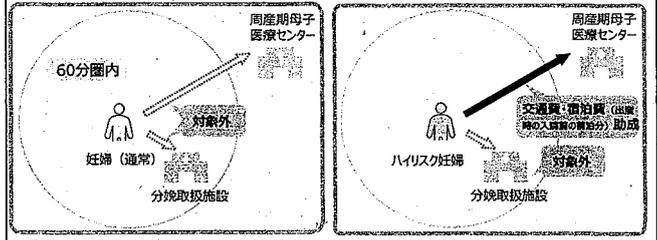
◆ 内容

- ① 自宅（又は里帰り先）から最寄りの分娩取扱施設まで概ね60分以上の移動が必要な場合、最寄りの分娩取扱施設までの交通費および分娩取扱施設の近くで待機する場合の近隣の宿泊施設の宿泊費（出産時の入院前の前泊分）を助成する。また、ハイリスク妊婦の場合は、最寄りの周産期母子医療センターまでの交通費及び宿泊費を助成する。＊出産時の入院前に分娩取扱施設の近隣の宿泊施設に前泊する場合、当該宿泊施設までの交通費とする（他も同様）
- ② 自宅（又は里帰り先）から最寄りの分娩取扱施設まで概ね60分未満だが、最寄りの周産期母子医療センターまで概ね60分以上の移動が必要な場合、最寄りの分娩取扱施設までは助成外。ただし、ハイリスク妊婦の場合は、最寄りの周産期母子医療センターまでの交通費及び宿泊費を助成する。

① 分娩取扱施設まで60分以上の移動が必要



② 分娩取扱施設まで60分未満、周産期母子医療センターまで60分以上の移動が必要



(留意事項)本事業を実施する市町村が属する都道府県は、周産期医療提供体制の構築等の取組を通じて、成育過程にある者に対する医療、保健、福祉等に係る関係者による協議の場等を活用して都道府県の医療部門と都道府県及び管内市町村の母子保健部門等とが連携し、妊婦健診や産後ケア事業をはじめとする母子保健事業等による妊産婦の支援の推進を図ること。

実施主体等

- ◆ 実施主体：市町村
- ◆ 補助率：国1/2
(都道府県1/4、市町村1/4)
※都道府県からの間接補助による交付

補助単価

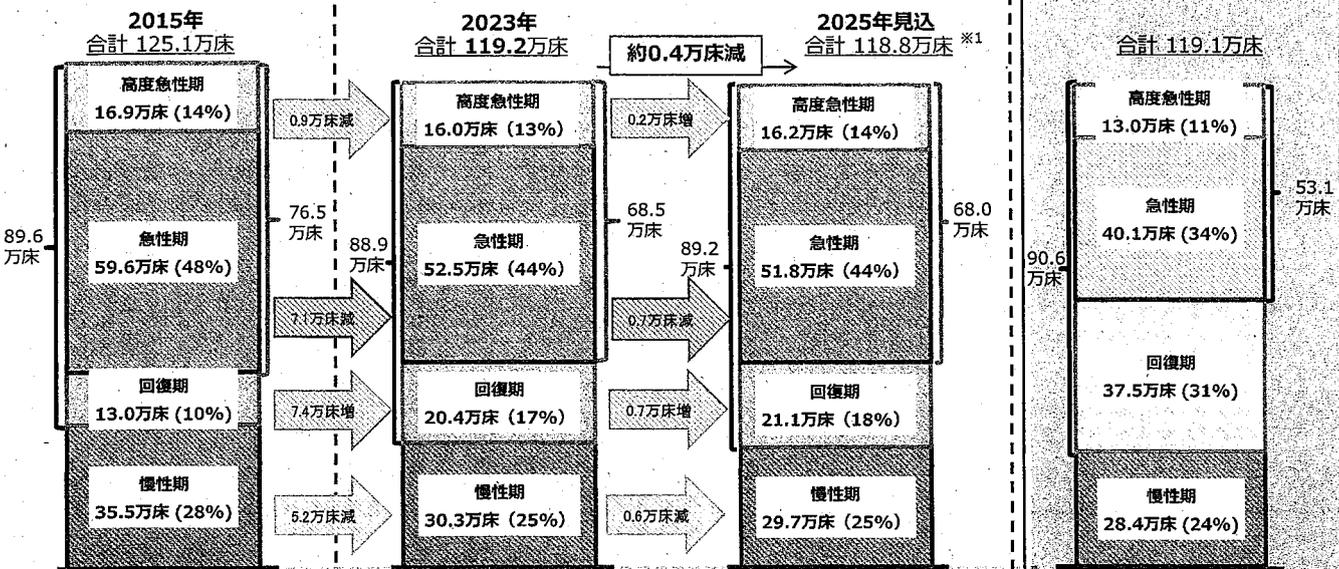
- ① 交通費（往復分）：移動に要した費用（タクシー移動の場合は実費額、その他の移動は旅費規程に準じて算出した交通費の額（実費を上限とする）の8割を助成（※2割は自己負担）
- ② 宿泊費（上限14泊）：宿泊に要した費用（実費額（旅費規程に定める宿泊費の額を上限とする））から2000円/泊を控除した額を助成（※1泊当たり2000円（および旅費規程を超える場合はその超過額分）は自己負担）

2023年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告)※6

2023年度病床機能報告
(各医療機関が病床単位で報告)※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：2023年度病床機能報告

※1: 2023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: 13,863/14,538 (95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,173/12,352 (98.6%)
 ※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(※): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399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。

病床機能について（案）

- 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。
- 将来の病床数の必要量の推計については、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ごと、医療計画の作成ごと等）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

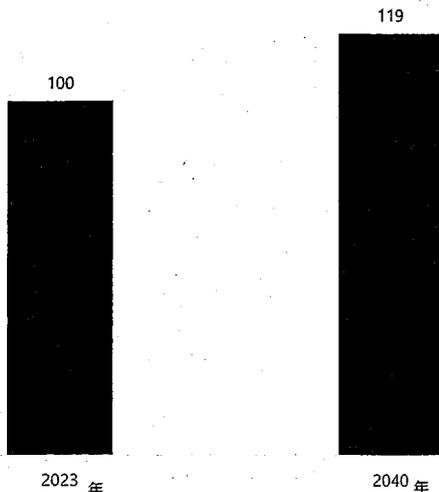
機能の内容

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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

入院医療の需要について

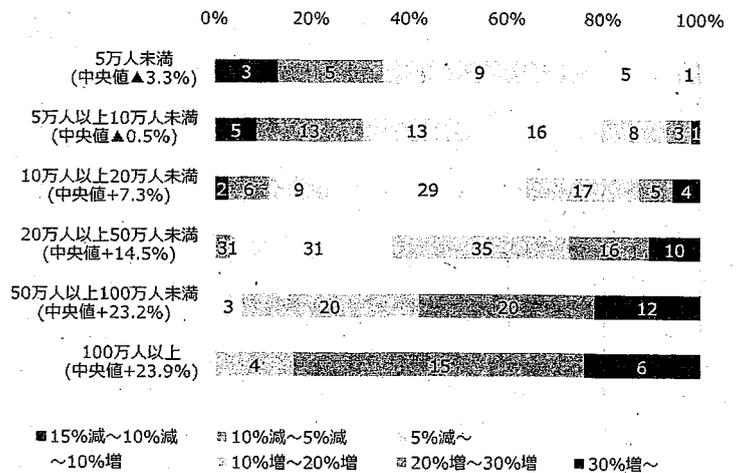
○ 2023年から2040年にかけて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらなると仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるものの、圏域ごと人口規模ごとにみると、10万人未満の二次医療圏では半数以上で入院患者数は減少する見込みである。

全国の入院患者数（2023年を100とした場合）



2023年から2040年への入院患者数の増減率別

二次医療圏数（人口規模別）

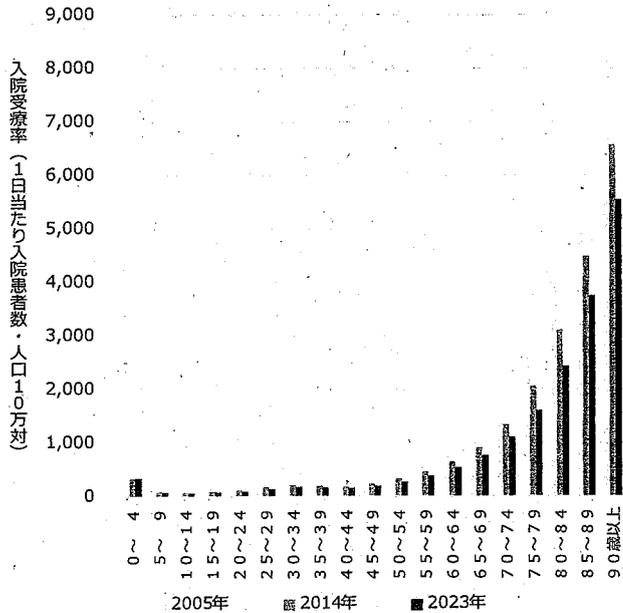


資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※二次医療圏（330圏域）ごとの入院患者数は医療機関所在地ベース。人口規模は2020年国勢調査人口から区分している。

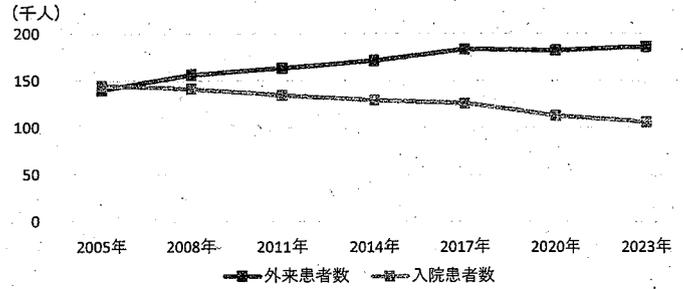
入院受療率の低下について

- 例えばがん患者は入院患者数が減少し、外来患者数が増加する等、医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等を背景に、年齢階級別の入院受療率は低下傾向にある。

一般病床・療養病床における入院受療率の推移



がん患者数の推移



がん入院患者のうち、入院期間が2週間未満の患者の割合



資料出所：患者調査

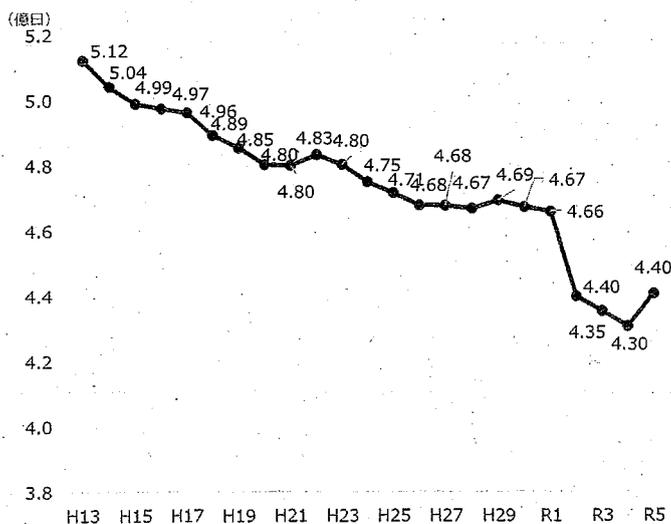
受療率：推計患者数を人口10万対であらわした数であり、受療率（人口10万対）＝推計患者数/推計人口×100,000

令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

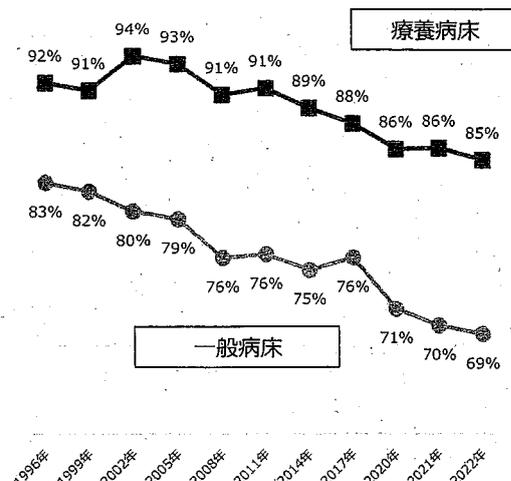
近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

入院受診延日数の推移



病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」(2023年度)

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

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

資料出所：厚生労働省「病院報告」

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

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

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

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

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえ一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

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。

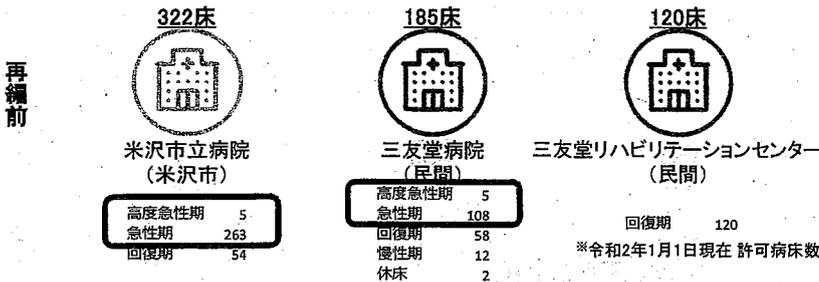
30

地域における急性期医療の集約化の取組例

- 現行の地域医療構想のもと、地域の医療機能の分化・連携を図り、持続可能な急性期医療を確保する取組が行われている例がある。山形県では、急性期病床を集約するとともに、救急医療を集約化する取組が行われた。

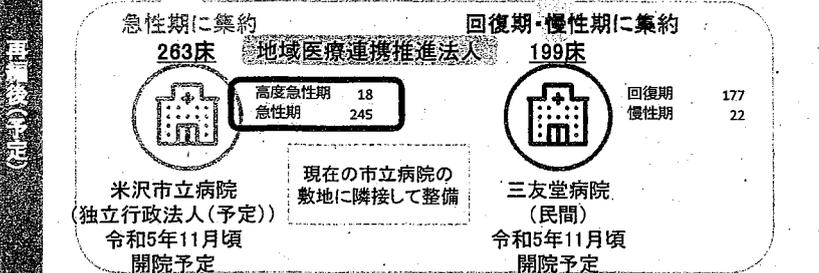
資料出所：第11回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料(内科参考人提出資料(一般財団法人三友堂病院理事長))

両病院とも、医師不足による救急医療への負担・体制維持に課題があり、医療機能の見直しが必要



- ・ 三友堂病院は、救急外来を終了
- ・ あわせて、救急輪番病院制度を終了し、米沢市立病院が救急医療を担当
- ・ 令和5年11月以降、救急車は米沢市立病院へ集約

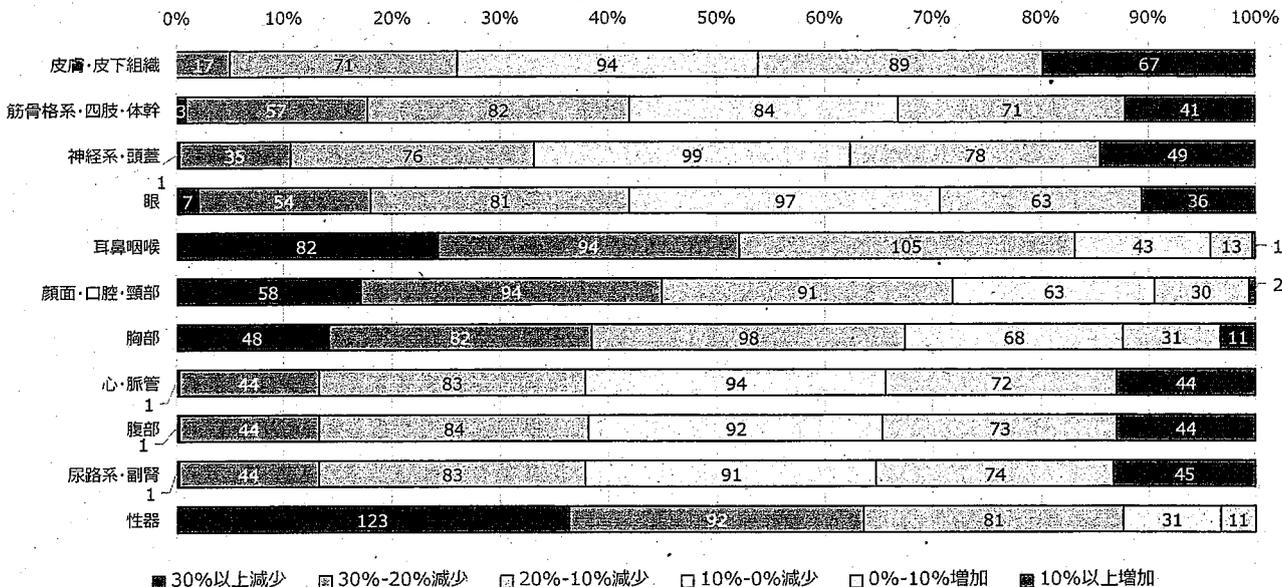
新米沢市立病院は高度急性期・急性期を、新三友堂病院は回復期・慢性期を担う体制へ



2040年における診療領域別の手術件数の変化について

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

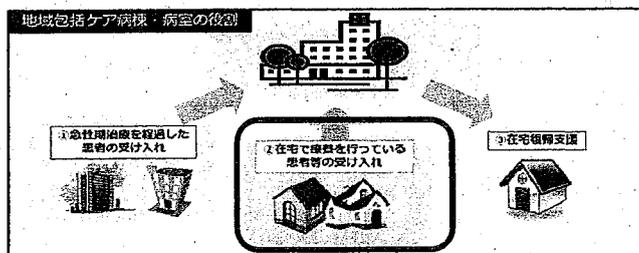
2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

高齢者救急・地域急性期機能について

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



85歳以上の頻度の高い傷病名（※）

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名（※）

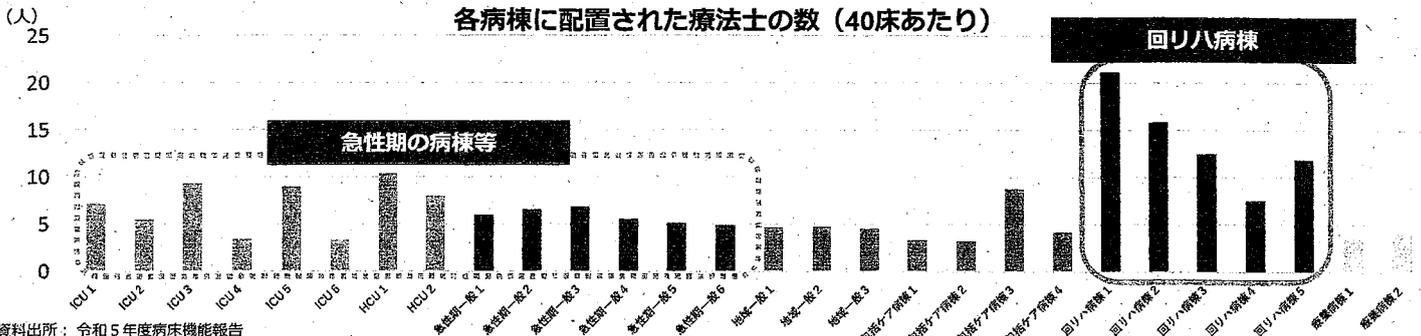
傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少(症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

傷病名(上位15疾患)	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸<結腸>のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少(症)	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

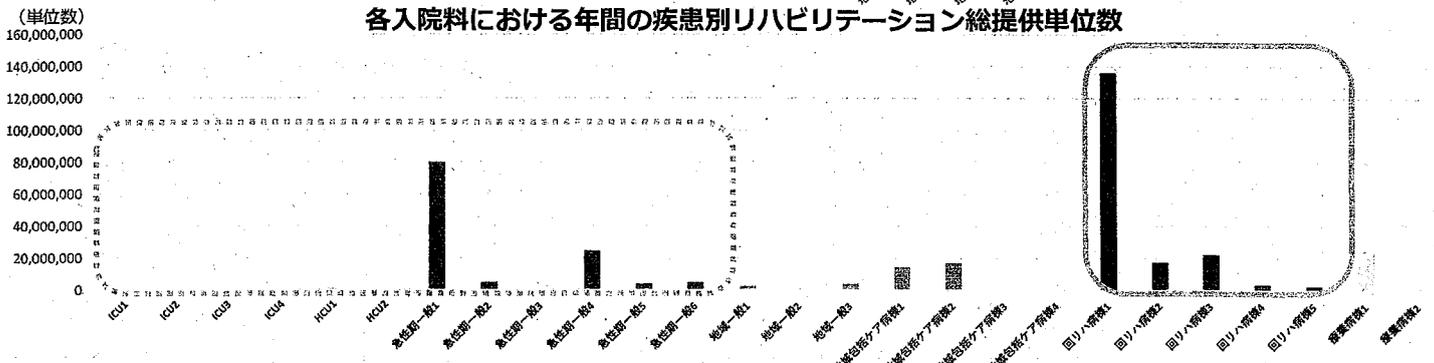
資料出所：2023年DPCデータ

各病棟における療法士の配置状況とリハビリテーションの提供量

○ 療法士は、特に回リハの病棟に多く配置されている一方、急性期の病棟等にはあまり配置されていない。また、疾患別リハビリテーションは、特に回リハの病棟で多く提供されている一方、急性期の病棟等では提供量が少ない。



資料出所：令和5年度病床機能報告



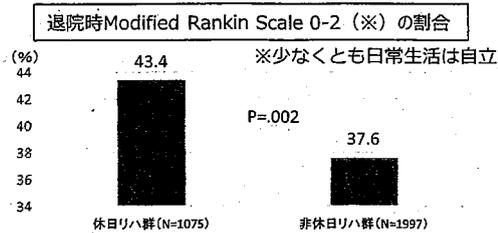
(注) 療法士：理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士
急性期の病棟等：特定集中治療室管理科、ハイケアユニット入院医療管理科、急性期一般病棟入院料を算定する病棟
資料出所：DPCデータ（2023年1月～12月）

急性期における休日のリハビリテーションについて

- 急性期の患者に対して、休日にリハビリテーションを提供することにより、在院日数が短くなること等が報告されている。
- 一方で、急性期の病棟において、平日と比較すると、休日にはリハビリテーションがあまり提供されていない。

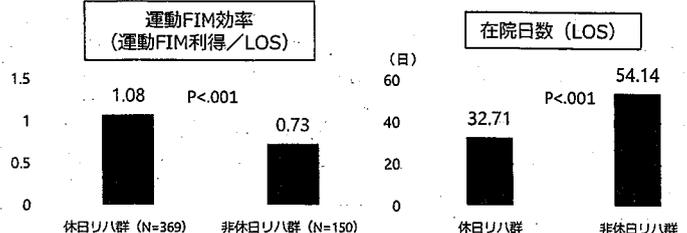
急性期の脳卒中患者に対して休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高くなる。

出典：Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.

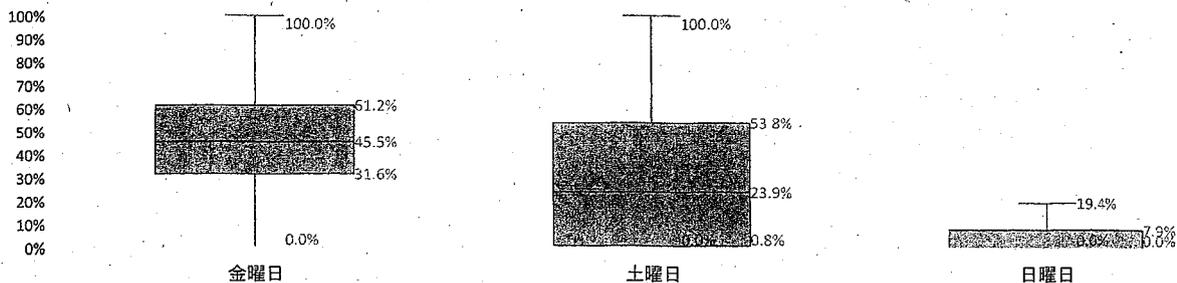


急性期の大腿骨頸部骨折患者に対して休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典：Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018; 18: 1143-6.



急性期の病棟における曜日ごとのリハビリテーションが提供された患者の割合



資料出所：2023年DPCデータ 2023年7月の金曜、土曜、日曜の各1日を累計。急性期の病棟：急性期一般病棟入院料を算定する病棟と定義。

入院においてリハビリテーションが提供されるステージ

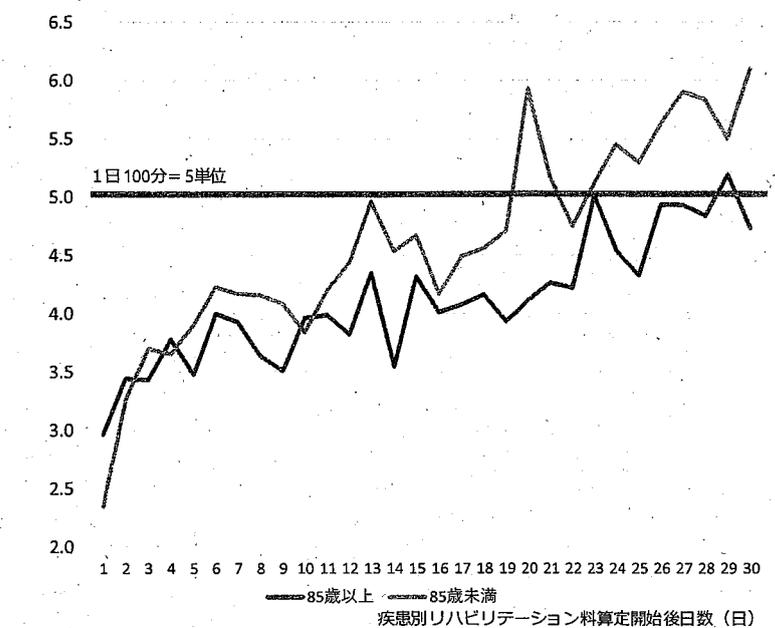
○ 入院早期からリハビリテーションを提供することが患者のアウトカムに良い影響を与えることが指摘されているが、実際には入院早期からはリハビリテーションがあまり提供されていない。

【脳卒中急性期リハビリテーションの指針（抜粋）】

脳梗塞患者約1万例の多施設データベースを用いた多変量ロジスティック回帰分析の結果、**入院72時間以内にリハビリテーション訓練を施行した場合および平均施行時間が1日100分以上の場合に退院時のBarthel Index(BI)が向上**
 単施設の脳出血患者273例を対象としたカルテ情報を解析した研究では、1日48分の訓練を施行していた期間に比して、**1日150分の訓練を施行していた期間の方が退院時のBIが良好であった**

(※) 脳卒中急性期リハビリテーションの指針（日本脳卒中学会「脳卒中急性期リハビリテーションの均てん化および標準化を目指すプロジェクトチーム」）

脳血管疾患リハの算定開始後1日あたり平均単位数の推移（入院）



資料出所：2023年DPCデータ 2023年6月30日時点の入院患者を対象に集計

令和6年9月6日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

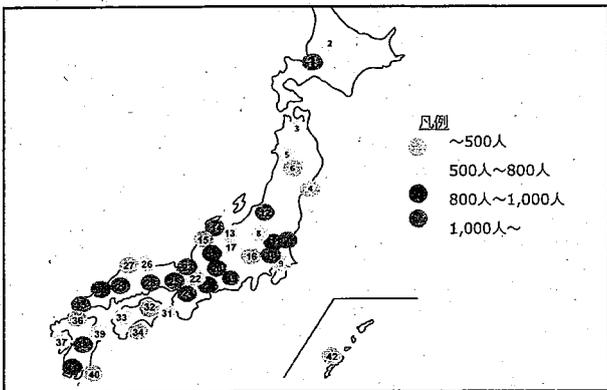
大学病院による医師の派遣機能

R5.5.26 「今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）資料4より作成

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、医療提供体制の確保に貢献している。

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣

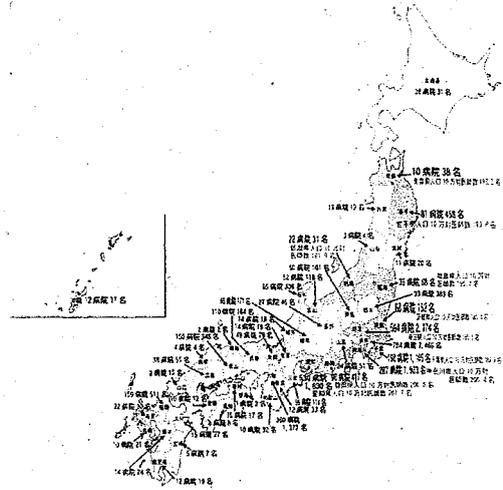


出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

私立大学からの常勤医師派遣状況

平成31年1月時点で、私立大学29大学から、4,279の医療機関に対し、15,685人の医師を常勤医師として派遣

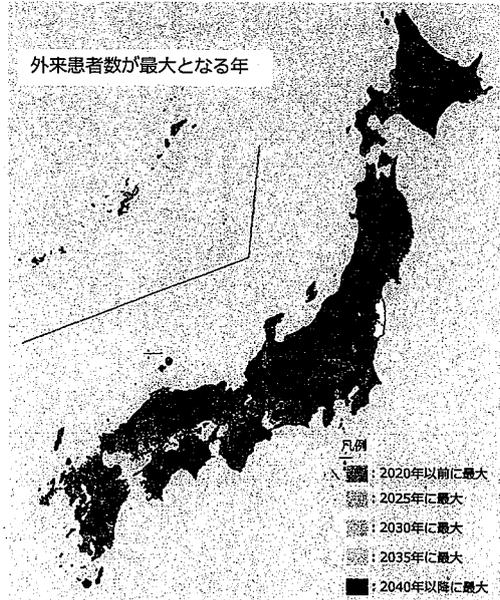
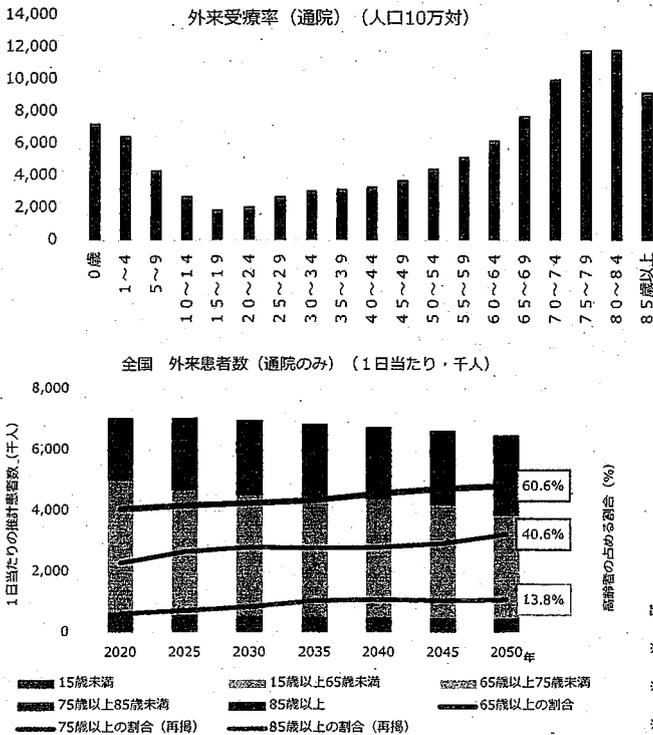


※厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従来地）別にみた医療施設に就労する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

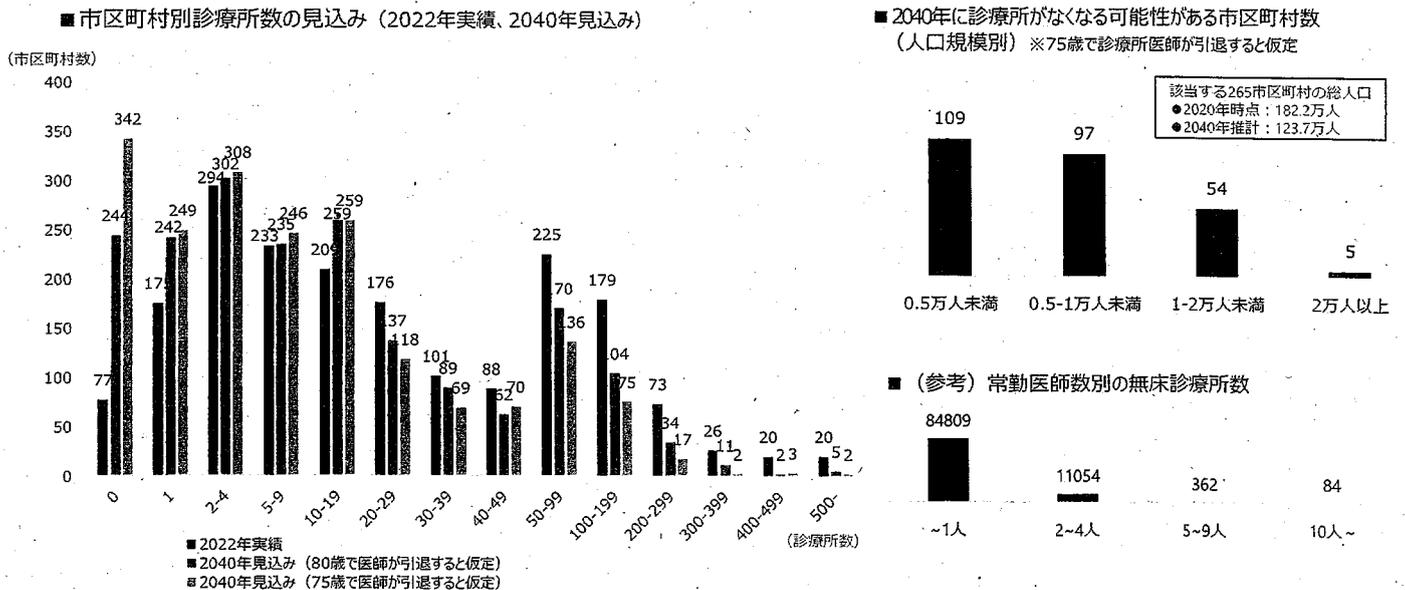


出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。
 ※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

市区町村における診療所数と2040年の見込み

診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040年においては、診療所がない市区町村数は170程度増加する見込み。

※ 75歳で引退すると仮定した場合は270程度増加する見込み。

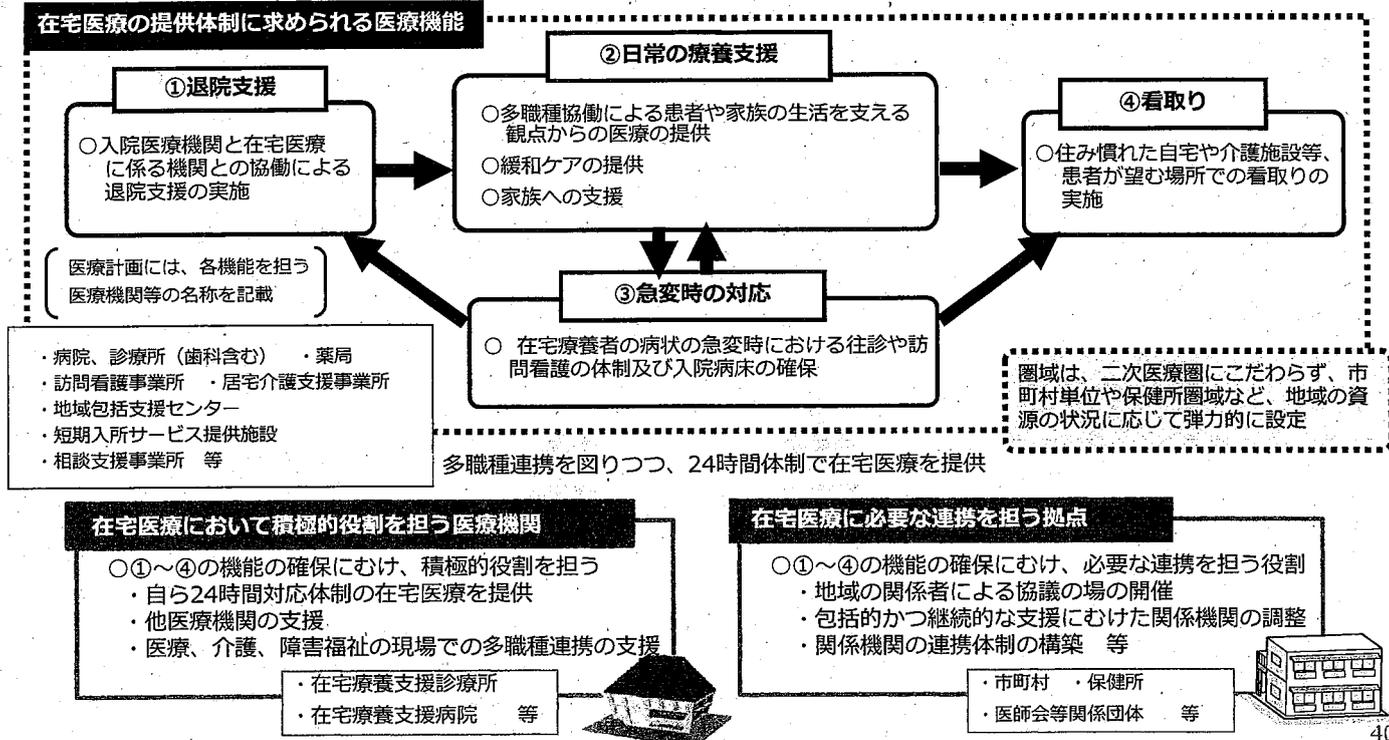


資料出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和4年）、厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）を特別集計。
 ※ 市区町村別診療所数の見込みについては、医師届出業による主従事先市区町村の診療所医師数＝診療所数、診療所医師が80歳又は75歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定
 ※ 人口規模は2020年国勢調査結果、2040年推計人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」に基づくものである。
 なお、福島県浜通り地域（13市町村）においては、市町村別の2040年人口が推計されていないため、2040年推計における総人口の集計からは除外している。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

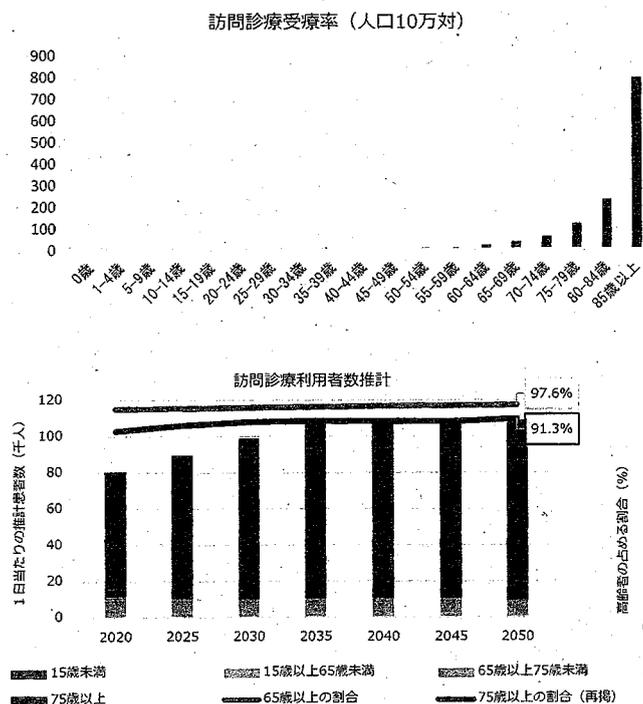
～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



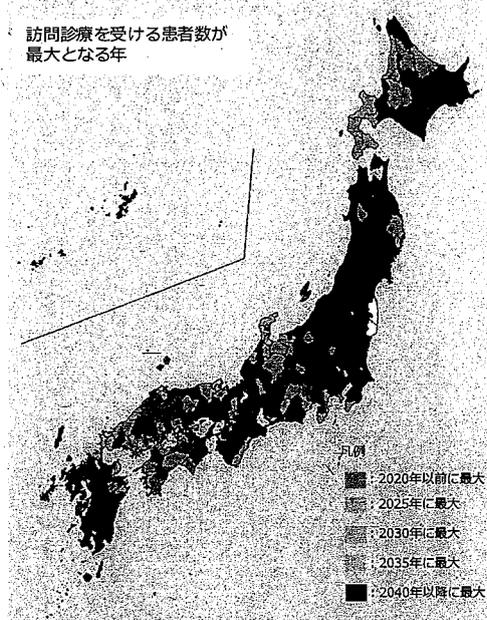
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

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



訪問診療を受ける患者数が最大となる年



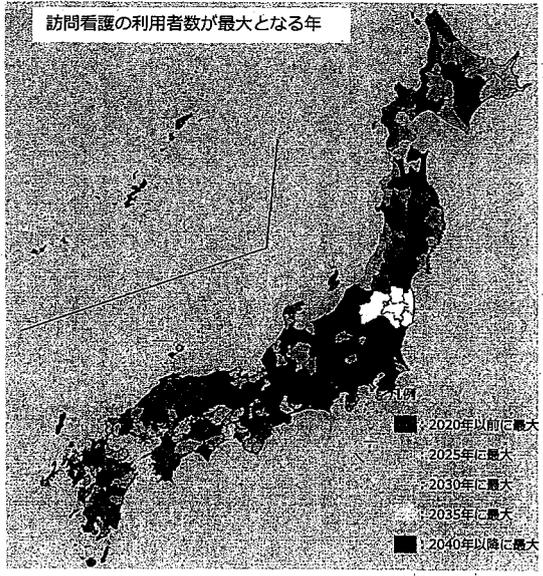
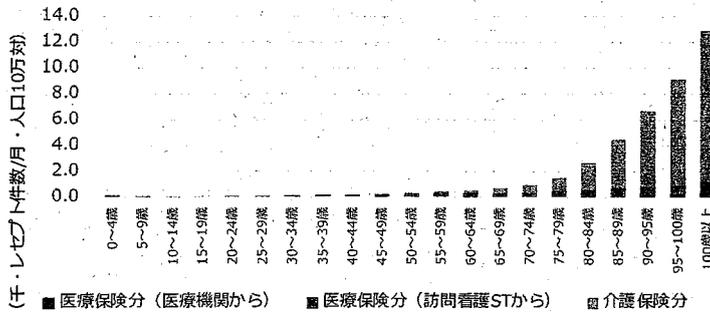
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

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

※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

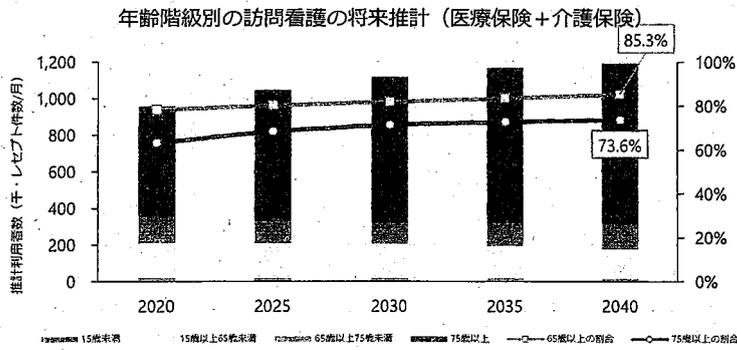
- 訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- 訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれる。
- 訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（198の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問看護の利用率（2019年度）



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

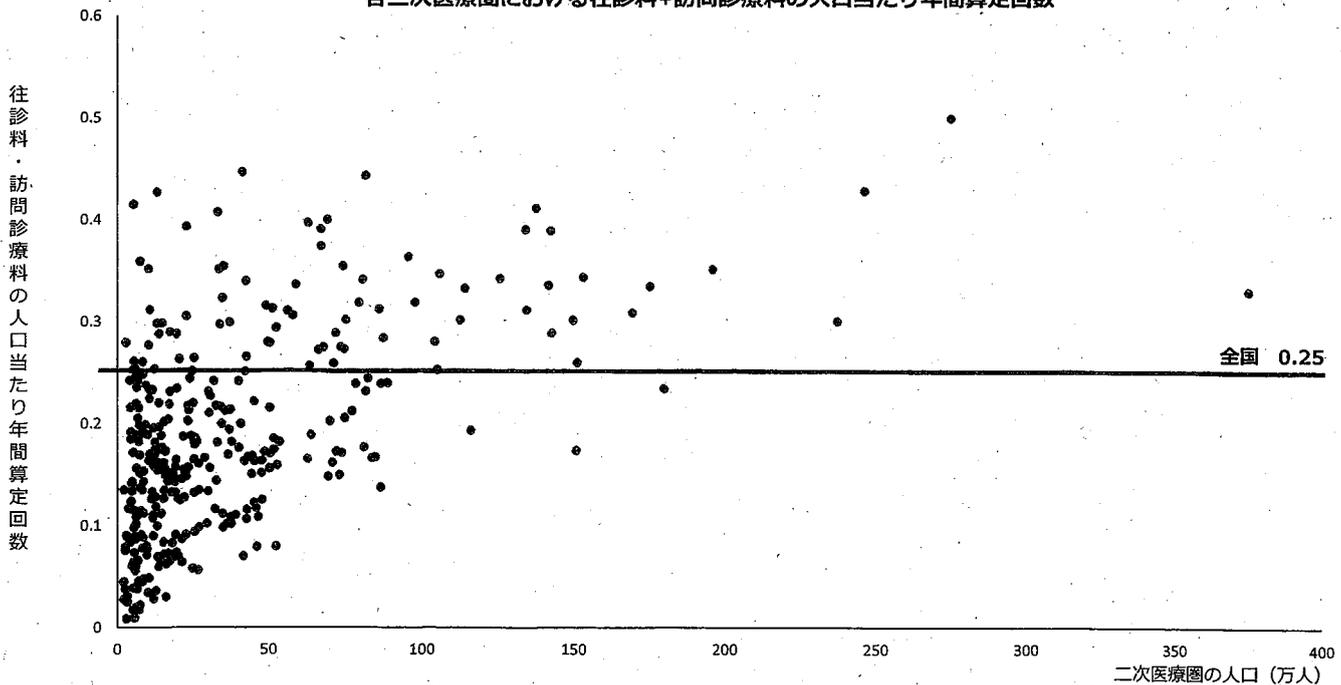
推計方法：NDBデータ（※1）、審査支払機関提供データ（※2）、介護DBデータ（※3）及び住民基本台帳人口（※4）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問看護の利用率を、二次医療圏別の将来推計人口（※5）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※1 2019年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住在宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料のレセプトを集計。
※2 2019年度における訪問看護レセプトを集計。
※3 2019年度における訪問看護費または介護予防訪問看護費のレセプ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



在宅医療の人口当たり提供量の地域差

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

各二次医療圏における往診料+訪問診療料の人口当たり年間算定回数

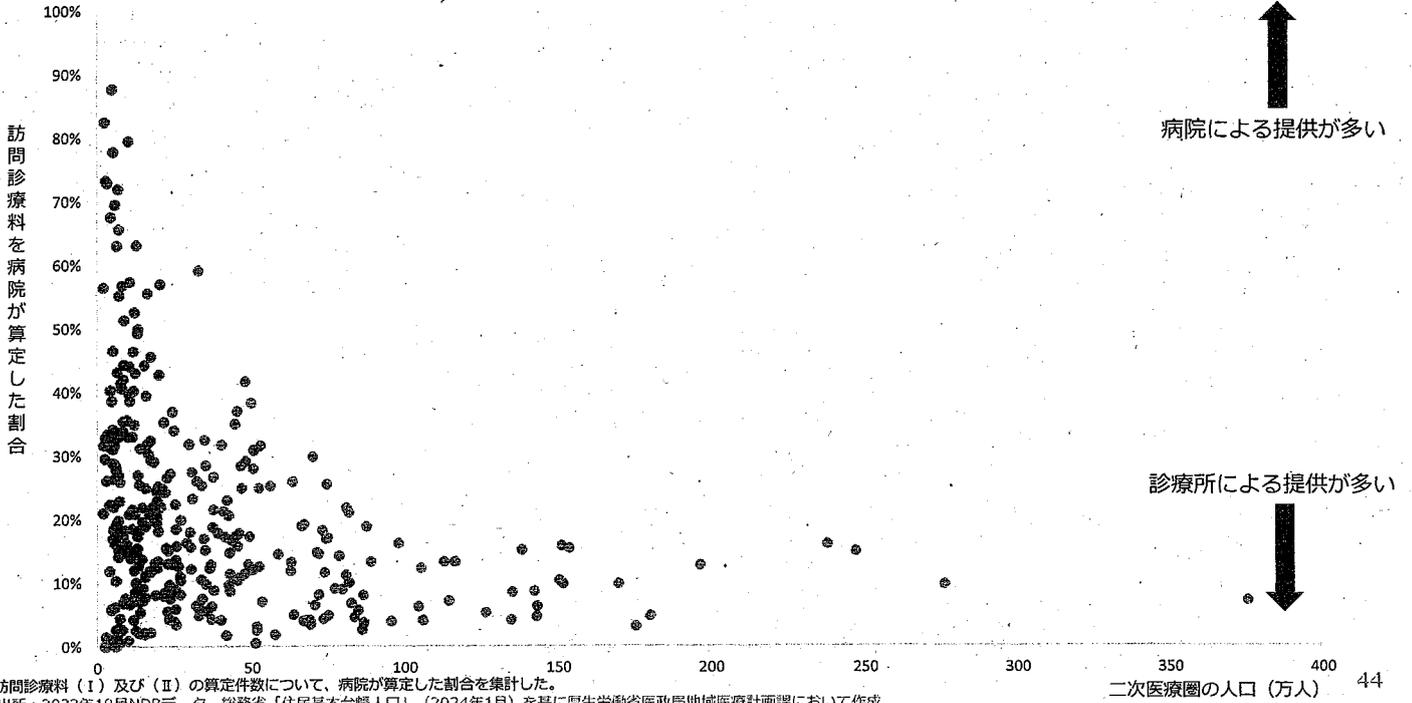


資料出所：NDBオープンデータ（令和5年度）、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

訪問診療において病院が担っている役割

○ 在宅医療について、特に人口の少ない二次医療圏においては、病院が一定の役割を担っている。

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



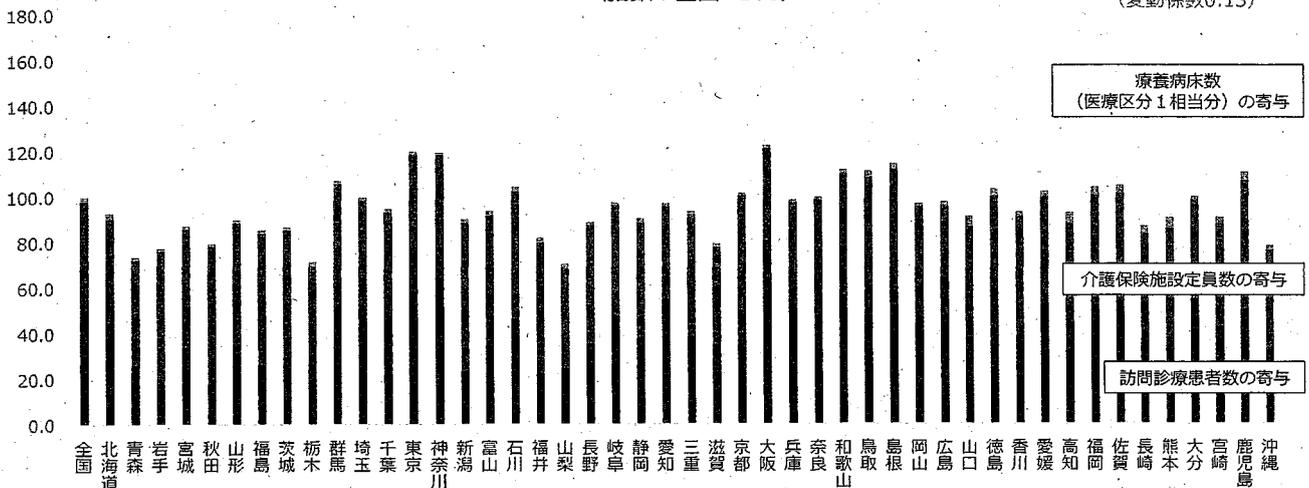
令和6年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差

在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部(医療区分1)については患者像が重複する場合があります。地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数、療養病床数(医療区分1相当分)と合わせると地域差は縮小する。

訪問診療患者数、介護保険施設定員数及び療養病床数(医療区分1相当分)の65歳以上人口比
(指数：全国=100)

(変動係数0.13)



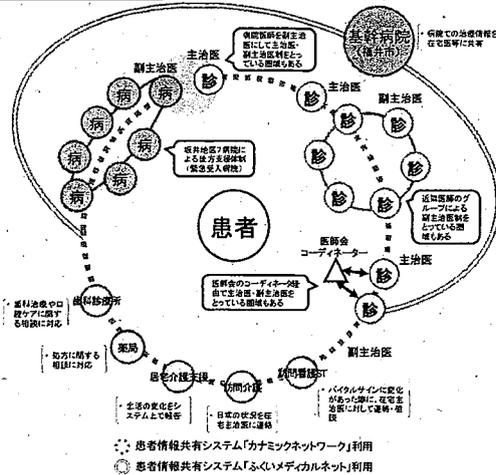
資料出所：NDBデータ(2022年10月分)、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(2022年)、厚生労働省「医療施設調査」(2022年)、NDBオープンデータ(2022年度)及び総務省「住民基本台帳人口」(2023年1月)を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。

※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。
※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。
※ 療養病床数(医療区分1相当分)については、都道府県別に、療養病床数(病院、一般診療所及び介護療養型医療施設の合計)に対し療養病棟入院基本料の算定回数に占める医療区分1の算定回数の割合を乗じることにより算定している。

在宅医療の病院と診療所、医科・歯科・薬局・看護・介護・行政の連携の事例

- 在宅医療の提供体制の整備に当たって、各地域で医療資源を踏まえながら医療機関等の役割分担・連携等が行われている。
- 病院と診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護、訪問介護等がICTを活用し患者の情報を共有しながら在宅医療を協力して提供する体制を構築している例や、市が中核病院と在宅医療を担う医療機関の連携を推進して患者の在宅医療へのスムーズな移行を推進している例がある。

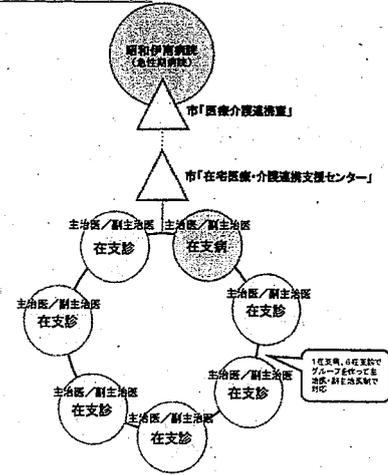
例) 福井県福井市の事例



地域の7病院で協定を締結し、在宅医療の後方支援に係る病院同士の連携の仕組みを構築しているほか、在宅医療を行う診療所や病院間等で診療情報をICTを活用して共有する体制が構築されている。当該情報は主治医に加え、訪問看護、訪問・居宅介護、薬局、利用者家族等も閲覧や情報発信が可能。

資料出所：在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

例) 長野県駒ヶ根市の事例



市が市内の中核病院内に「医療介護連携室」を開設、介護支援専門員を配置し、市のサテライト機能として介護・福祉サービスの相談・手続きの窓口を担っているほか、市役所内の在宅医療・介護連携支援センターと連携し、地域の在宅診療につないでいる。

46

医師偏在対策について

令和6年12月25日 厚生労働省「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおける具体的な取組

1. 医師確保計画の実効性の確保

- ① 重点医師偏在対策支援区域
- ② 医師偏在是正プラン

2. 地域の医療機関の支え合いの仕組み

- ① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- ② 外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等
- ③ 保険医療機関の管理者要件

3. 地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- ① 経済的インセンティブ
- ② 全国的なマッチング機能の支援
- ③ リカレント教育の支援
- ④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

4. 医師養成過程を通じた取組

- ① 医学部定員・地域枠
- ② 臨床研修

5. 診療科偏在の是正に向けた取組

47

医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域

- 今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域などを「重点医師偏在対策支援区域」と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進める。
- 重点医師偏在対策支援区域の設定に当たっては、都道府県において、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することとする。当該区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられる。また、対策の実施に当たっては、地域の関係者の理解が重要であることから、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で当該区域を選定する。
- 厚生労働省が提示する候補区域については、
 - ① 各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
 - ② 医師少数県の医師少数区域
 - ③ 医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）
 のいずれかに該当する区域を提示する。

② 医師偏在是正プラン

- 都道府県において、医師確保計画の中でより実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定することとする。
- 医師偏在是正プランにおいては、重点医師偏在対策支援区域、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとし、策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議する。また、医師偏在是正プランは、国の定めるガイドラインを踏まえ、緊急的な取組を要する事項から先行して策定し、令和8年度に全体を策定する。

※ 医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討する。

48

地域の医療機関の支え合いの仕組み①

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- 管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法第31条において医師の確保に関する事項の実施に協力すること等が求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加する。
- 施行に当たっては柔軟な対応も必要であり、医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる場合は対象から除外する。また、地域医療対策協議会において調整された医師派遣の期間や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験の機会となる期間（例えば育育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事した期間等）について、医師少数区域等での勤務経験の期間に一部認める。令和2年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に適用する。
- また、医師少数区域等での勤務経験期間について、現行の6か月以上から1年以上に延長する。あわせて、医師免許取得後9年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げを可能とし、9年以上経過していない場合は、最初の6か月以上の勤務は原則1か月以上の連続した勤務（妊娠・出産等による中断は可）の積み上げとし、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げを可能とする。

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等

- 都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の6か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとする。
- その際、外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表する。また、今後の人口動態等も踏まえつつ、人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位とすることも考えられる。

49

地域の医療機関の支え合いの仕組み②

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等（続き）

- 開業前に行われた要請等の実効性を確保するための仕組みとして、開業後、要請に従わず、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して、都道府県において、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い、勧告に従わない場合は公表を行うことができることとする。
- さらに、開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合は、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定について、指定期間を6年でなく3年とする。都道府県は、指定期間が3年となった保険医療機関が3年後の更新を行う前に、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等において確認した上で、必要に応じて、前述の勧告を行い、厚生労働大臣は勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を3年より短い期間とすることを可能とし、事例によって標準的な期間を示しておく。
- あわせて、これらの開業者に必要な対応を促す観点から、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年1回の参加を求めるとともに、要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行う。
- 上記の対応の対象とならない外来医師多数区域等や新規開業者以外の者については、引き続き、ガイドラインによる地域で必要な医療機能の要請等の取組を推進する。

③ 保険医療機関の管理者要件

- 適正な保険医療を効率的に提供するため、各保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、医師は2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年、歯科医師は1年の臨床研修及び保険医療機関において3年、保険診療に従事したことを要件とし、従業者の監督や当該機関の管理及び運営の責務を課す。また、医師少数区域等においては、要件の適用に当たって一定の配慮を行う。

50

地域偏在対策における経済的インセンティブ等①

① 経済的インセンティブ

- 不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である。
- 重点医師偏在対策支援区域における医師確保を推進するため、都道府県の医師偏在是正プランに基づき、経済的インセンティブを講じることとし、医師偏在是正プラン全体の策定にあわせて、令和8年度から経済的インセンティブの本格実施とする。
- 具体的には、令和8年度予算編成過程において、重点医師偏在対策支援区域における以下のような支援について検討する。
 - ・ 当該区域で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援（緊急的に先行して実施）
 - ・ 当該区域における一定の医療機関に対する派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援
 - ・ 当該区域内の一定の医療機関に対する土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援
- その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うこととする。
- 重点医師偏在対策支援区域における支援のうち、当該区域の医師への手当増額の支援については、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉える。当該事業の実施について、保険者が実施状況や効果等を確認するための枠組みを検討する。
- 診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行う。

51

地域偏在対策における経済的インセンティブ等②

② 全国的なマッチング機能の支援

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

③ リカレント教育の支援

- 若い世代を中心とした専門医制度における総合診療専門医の養成に加えて、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進する。具体的には、学会や病院団体が協力して、総合診療の魅力発信、医療と介護の連携を含めた地域における実践的な診療の場の提供、知識・スキルの研修を全国推進事業として一体的に実施するようなリカレント教育事業を支援するとともに、継続的に事業の評価を実施する。

④ 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

- 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進する。あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するため、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化する。

52

医師養成過程を通じた取組、診療科偏在の是正に向けた取組

<医師養成過程を通じた取組>

① 医学部定員・地域枠

- 医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める。
- 医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、地域枠学生を受入れ育成する大学が恒久定員内への地域枠の設置等を含む地域への定着の取組を促進するための支援を行う。
- 今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

② 臨床研修

- 広域連携型プログラム※の制度化に向けて、令和8年度から開始できるよう準備を進めていく。

※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

<診療科偏在の是正に向けた取組>

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行う。

53

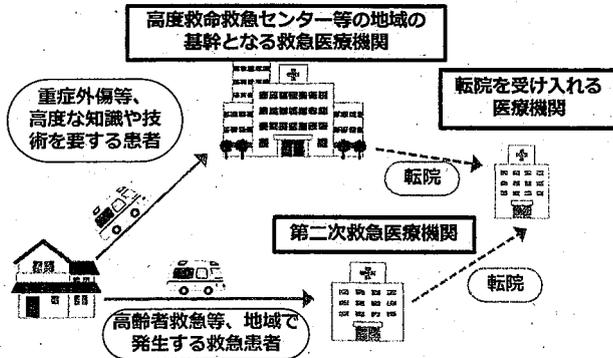
救急医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 増加する高齢者の救急搬送や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。
- 居宅・介護施設の高齢者が、自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。
- ドクターヘリについては、より効率的な対応ができるような広域連携体制の構築を進める。ドクターカーについては、全国の様々な運行形態を調査し、地域にとって効果的な活用方法の検討を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

救急医療機関の役割等

- 第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担うなど、地域の救急医療機関の役割を明確化する。
- 医療機関間で、転院搬送に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことを通じて、高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。



居宅・介護施設の高齢者の救急医療

- 医療関係者・介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPIに関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討を進める。
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

東京都八王子市の例

東京都八王子市の救急医療情報キットでは、『もしもの時に医師に伝えたいことがあれば、チェックしてください』との設問を設け、「できるだけ救命」「延命してほしい」「苦痛をやわらげる処置なら希望する」「その他」の回答欄を設けている

（在宅療養・救急医療連携にかかる調査セミナー事業報告書
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000549806.pdf>）

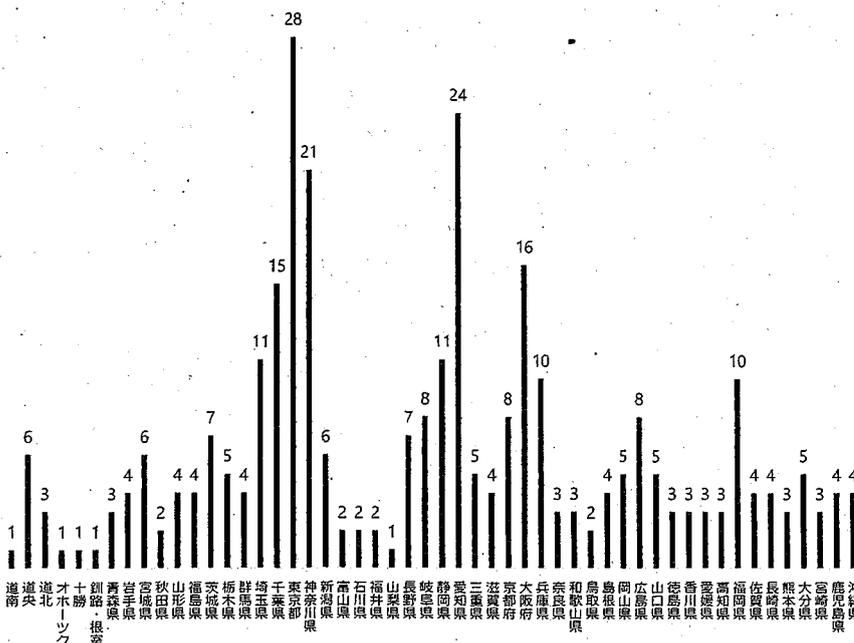
～記入例～ 救急医療情報

患者氏名	性別	年齢	〒	市町村	番	号	室
救急医療情報キット							
1. できるだけ救命							
2. 延命してほしい							
3. 苦痛をやわらげる処置なら希望する							
4. その他							

救急医療について

- 複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対して高度な医療を総合的に提供する施設として、各都道府県において、三次医療圏を基本とし、救命救急センターを整備してきており、各救命救急センターの機能強化の観点から、「充実段階評価」による評価を行っている。
- 三次医療圏ごとの救命救急センターの整備状況には地域差がある。

3次医療圏ごとの救命救急センター数



充実段階評価について

各救命救急センターの診療体制や患者受入実績等について、「評価項目」と「是正を要する項目」に区分して点数化し、その合計点数を基に、各施設の充実段階をS, A, B, Cに区分。評価結果について、診療報酬（救命救急入院料）の加算や救命救急センター運営事業の交付算定基準額の算出に用いている。

評価項目：45項目（100点）
 是正を要する項目（※）：20項目

1. 専従医師数	25. 救命救急センターを配置する病院の年間受入救急患者数
2. 1のうち、救急科専門医師	26. 救命救急センターを配置する病院に対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組
3. 休日及び夜間帯における医師数	27. 院内急変への診療体制
3.1 休日及び夜間帯における救急専従医師数	28. 搬送判定及び搬送・組織提供のための設備等
4. 救命救急センター長の要件	29. 救急医療領域の人生の最終段階における医療の整備
5. 転院及び転床の調整を行う者の配置	30. 救急医療領域の患者に対する救急
6. 救急センターの業務制度への参加と自己評価	31. 地域の救急搬送
7. 転院に受け入れ先を希望する患者（宛先別）（別表）	32. 地域の関係機関との連携
7.1 表	33. 搬送時医療コントロール協議会又は救急医療コントロール協議会等への参加
7.2 地域貢献度	34. 救急医療領域の患者に対する救急
8. 救命救急センターに対する消防機関からの搬送受入要請への対応状況の記録及び改善への取組	35. 救急医療領域の患者に対する救急
9. 救急外来のトリアージ機能	36. 救急医療領域の患者に対する救急
10. 電子的診療台帳の整備等	37. 救急救急士の評価要綱および業務指針と業務の整合
11. 内因性疾患への診療体制	38. 救急救急士の業務実態
12. 外因性疾患への診療体制	39. 救急救急士の業務実態
13. 精神科による診療体制	40. 救急救急士の業務実態
14. 介護（外）科による診療体制	41. 救急救急士の業務実態
15. 産（婦人）科による診療体制	42. 救急救急士の業務実態
16. 医師事務作業補助者の有無	43. 救急救急士の業務実態
17. 薬剤師の配置	44. 救急救急士の業務実態
18. 臨床工学士の配置	45. 救急救急士の業務実態
19. 医師及び医療関係者と事務職員等との役割分担	
20. CT、MRI検査の体制	
21. 手術室の体制	
22. 救命救急センターの機能及び診療体制等に関する	
23. 委員会	
24. 第三者による医療機能の検証	
25. 休日及び夜間帯の適正化	

充実段階評価の見直しに関する想定スケジュール

救命救急センターの充実段階評価について、現状の救命救急センターにおける取組状況や、厚生労働科学研究班の評価項目の見直し案を踏まえ、令和7年に試行調査を行った上で、本WGにおいて、試行調査結果を確認し、それを踏まえた評価項目の修正是非について議論を行い、令和8年に行う令和7年評価から新しい評価項目で評価することとしてはどうか。

年	会議スケジュール	充実段階評価
R6	救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ 充実段階評価の見直し案について議論	議論の結果を踏まえ見直し案について事務局で検討
R7	救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ（3月） 試行調査案について議論 救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ（夏頃） 試行調査結果を確認、それを踏まえた評価項目の修正是非について議論	1月 令和6年評価を配布（現行評価） 3-4月(P) 現行評価の結果公表 4-7月(P) 試行調査の実施
R8		新しい充実段階評価を実施 1-2月(P) 令和7年評価を配布（新評価）

●地域における救急医療を担う医療機関の役割分担については地域医療構想も踏まえ今後検討。

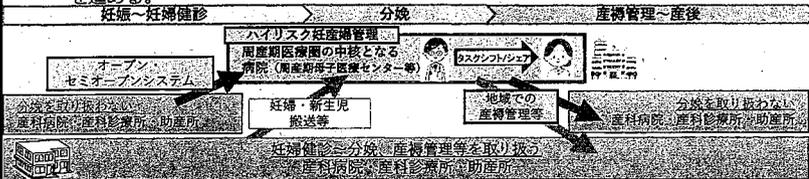
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、必要に応じて周産期医療圏の柔軟な設定を行い、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
- 保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
- ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

周産期医療の集約化・重点化

- 基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進める。ハイリスクでない分娩は、その他の産科医療機関で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関において妊婦健診や産前・産後のケアや、オープンシステム・セミオープンシステム等を実施することを検討するとともに、産科医師から助産師へのタスクシフト/シェアを進める。



ハイリスク妊産婦への対応

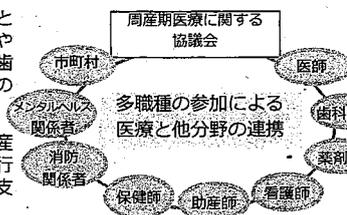
- NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、周産期医療に精通した医療従事者育成を含めて、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。
- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討する。

在宅ケアへの移行支援

- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。

周産期医療に関する協議会

- 医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とし、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者、さらに、地域の実情に応じて、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行う保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。

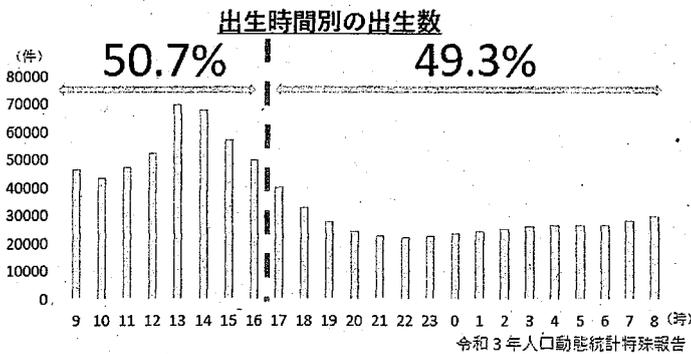
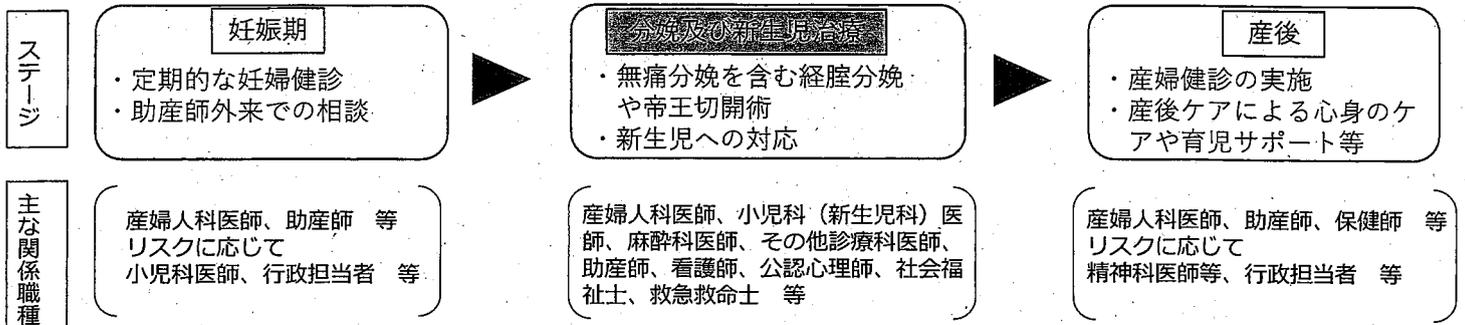


母子に配慮した周産期医療

- 分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

周産期医療について

- 周産期医療は、周産期（妊娠22週から出生後7日未満）の妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする。妊産婦・新生児に対して、多職種が関わり、母子保健も含めて地域で支える体制が重要。
- 特に、分娩の取扱いにおいては、ハイリスク分娩の対応のほか、分娩前まで正常な経過であっても、出生日時や分娩時間、緊急的な対応の必要性が予測困難な上、分娩が数十時間に及ぶこともあり、常時一定規模の体制の確保が必要。



<分娩に必要な体制について>

- 約半数の児が17時から翌日9時までの間に出生しており、分娩取扱施設は24時間対応できる体制が必要
- ハイリスク分娩への対応や、予測困難な急変時の対応に備えるため、周産期母子医療センターを基幹として、夜間も含め常時リスクの高い妊婦・新生児に対応できるための十分な人員や設備の確保が必要

58

「無痛分娩に関する取組の再周知について」(令和7年5月15日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

- 無痛分娩については、「無痛分娩の安全な提供体制の構築について」(平成30年4月20日付け通知)及び「無痛分娩の安全な提供体制の構築について(補足)」(令和3年7月5日付け通知)により、「無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表」(以下「自主点検表」という。)の活用や、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(JALA)が実施する無痛分娩に関する取組について周知を行ってきた。
- 本通知は、自主点検表の活用及びJALAにおいて実施されている取組について、関係医療機関等に対して改めて周知を行うためのものである。
- ※JALA:日本医師会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本麻酔科学会、日本産科麻酔学会、日本看護協会(後援団体)を設立団体として2018年7月に発足。

自主点検表について

無痛分娩を取り扱う医療機関に対して、全ての項目を満たすような適切な対策をとるよう、周知を実施。
 記載項目の概要:A 診療体制、B 情報公開、C インシデント・アクシデントの収集・分析・共有

JALAの取組について

- 1. 無痛分娩に係る医療スタッフの研修**
 関連団体とも連携しつつ、無痛分娩の安全な診療のための講習会のプログラムを策定し、講習会を開催。
- 2. 無痛分娩の提供体制に関する情報公開**
 無痛分娩の診療体制について情報公開を行う医療機関のリストをホームページで公開(令和7年3月31日時点で447医療機関が登録済)。また、妊婦及びその家族に対して無痛分娩に関する必要な情報を分かりやすく提供することを目的として、日本産科麻酔学会ウェブサイトにおいて「無痛分娩Q&A」を公表。
- 3. 無痛分娩の安全性向上のためのインシデント・アクシデントの収集・分析・共有**
 無痛分娩に係るインシデント・アクシデントを収集し、分析することを目的として、無痛分娩有害事象収集分析事業を実施。

59

小児医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

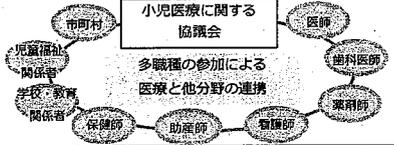
- ・ 小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、地域の小児科診療所の役割・機能を推進する。
- ・ 保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。
- ・ 医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。
- ・ 保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（＃8000）を推進する。
- ・ 医師の勤務環境改善を進めつつ、医師偏在対策を検討する。
- ・ 新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。

医療へのアクセス確保

- ・ 集約化・重点化によりアクセスが悪化する地域に居住する小児等に対する医療の確保のため、オンライン診療について検討する。その際には、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められることに留意する。

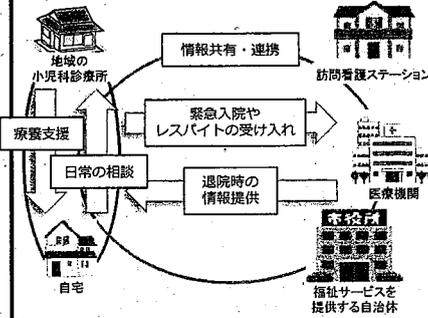
小児医療に関する協議会

- ・ 医師、看護師のほか、地域の実情に応じて、助産師、児童福祉関係者や学校・教育関係者、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種を参画を検討する。
- ・ 小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との橋渡しの役割・機能を担っており、小児医療に関する協議会の活用などを通じ、その役割・機能を推進する。



医療的ケア児への支援

- ・ 医療的ケア児が入院する医療機関は、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、転院・退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援を行う体制、緊急入院に対応出来る体制、レスパイトの受け入れ体制等を整備する。

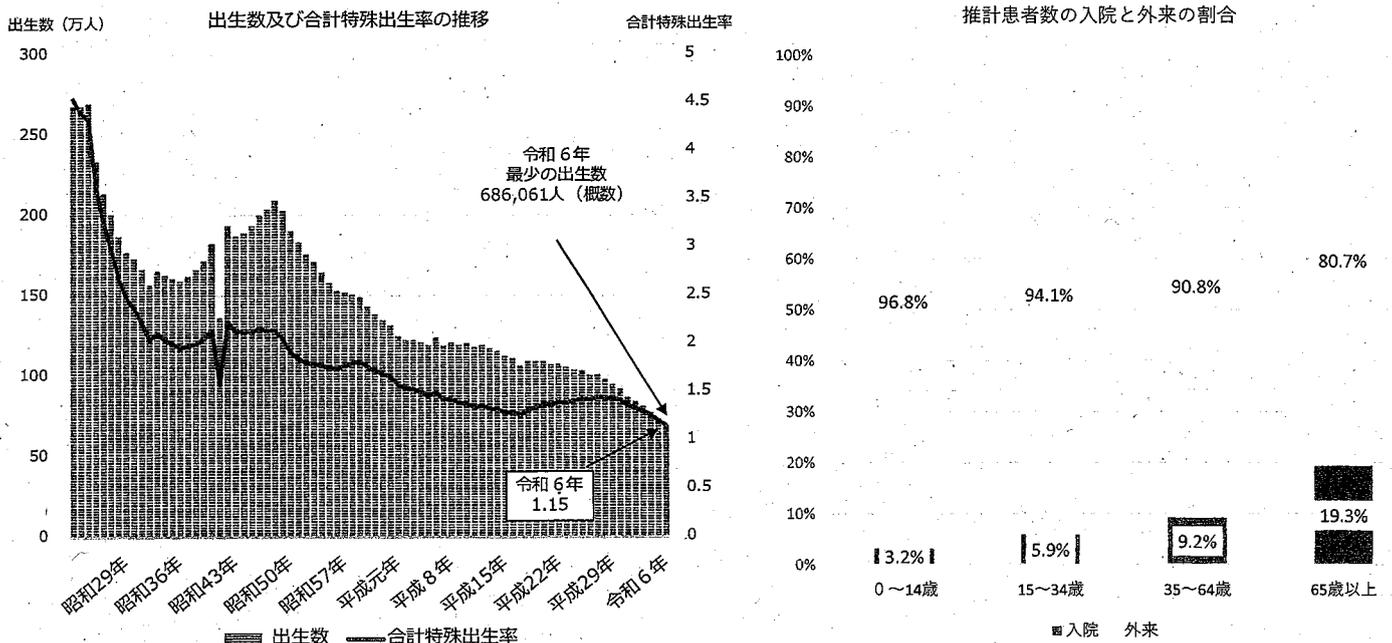


＃8000の推進

- ・ ＃8000について、応答率等を確認し、回線数を増やす等の改善の必要性を適宜検討する。
- ・ ＃8000対応者研修事業を活用し、相談者への対応の質の向上を図る。

小児医療（外来）について

- ・ 小児医療について、出生数の減少により小児医療の需要は減少するが、小児では外来医療のニーズが相対的に高く、また、外来診療に加え、予防接種、乳幼児健診、学校医など、幅広い役割が求められる。このため、地域ごとに、小児の外来医療提供体制の維持・確保が重要。



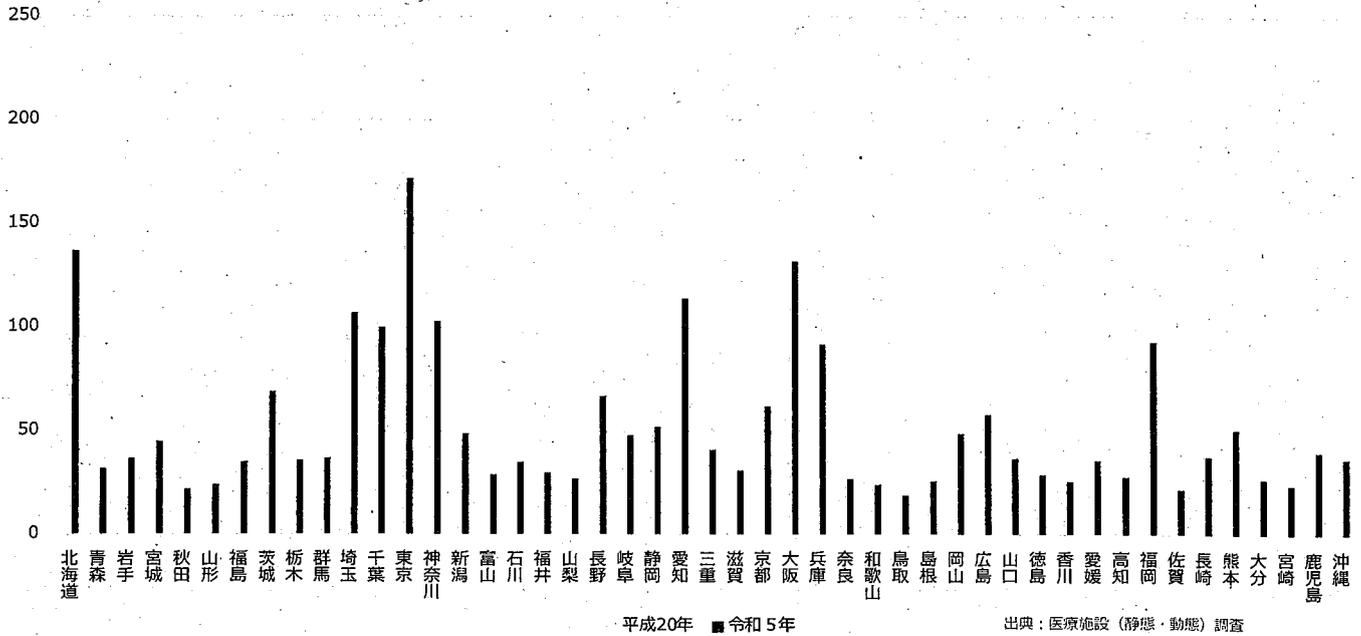
出典：人口動態統計、人口推計

資料出所：令和5年度患者調査

小児医療（入院）について

- 小児科を標ぼうする病院数は減少しているところ、こどもを安心して生み育てるため、地域ごとに、小児の入院医療提供体制の維持・確保が重要。

小児科を標ぼうする病院数（都道府県別）



出典：医療施設（静態・動態）調査

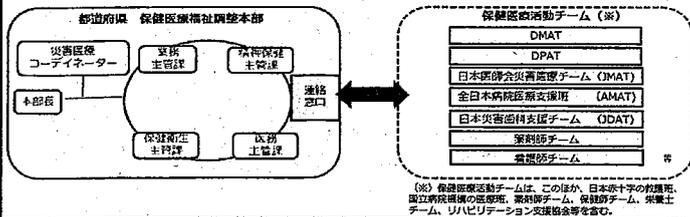
災害医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概要

- DMAT・DPAT・災害支援ナース等の派遣や活動の円滑化や、様々な保健医療活動チーム間での多職種連携を推進する。また、DMAT・DPAT・災害支援ナースは災害時のみならず、新興感染症発生・まん延時における支援を実施する。
- 災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める。
- 災害拠点病院等における豪雨災害等の被害を軽減するため、地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。
- 医療コンテナの災害時における活用を進める。

多職種連携

- 保健医療福祉調整本部の下、災害医療コーディネーターや様々な保健医療活動チームと共に訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割の確認を推進する。



災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院

- 都道府県は、平時より災害医療に関する関係者と共に、関係機関の役割・医療機関間の連携を強化する。
- 災害時に拠点となる病院以外の病院においては、災害時に自院にいる患者への診療を継続するために、防災対策を講じ、災害時には災害時に拠点となる病院と共に、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。

災害医療に関連する会議

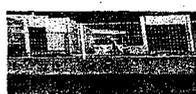


止水対策を含む浸水対策

- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、浸水対策を推進する。
- BCPの策定は、地域全体での連携・協力が必要であるため、地域防災計画等のマニュアルとの整合性をとり、地域の防災状況や連携を考慮し、実効性の高いBCPの策定を推進する。



（止水板の設置）



（電気設備の移設）

医療コンテナの災害時の活用

- 災害訓練や実災害時において、また、イベント時の事故等への備えにおいて、医療コンテナを活用し有用性を検証する。
- 都道府県や医療機関は、災害時の医療提供体制を維持するために医療コンテナ等を活用し、例えば、仮設診療所の設置や被災した病院施設の補完等を行うことを推進する。



<自衛隊 野外手術システム>



<日本赤十字社 d ERU>

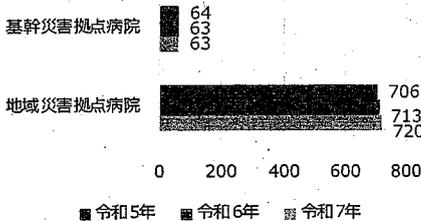


<CTコンテナ>

災害医療の取組状況について

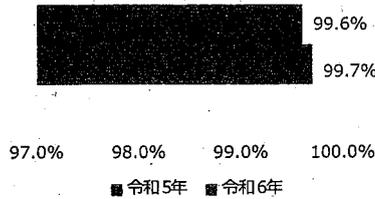
- 医療計画に基づき、災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行うことで災害時の医療提供体制を確保している。
- これらの病院において、災害時の診療機能の低下を軽減・維持し、早期に機能を回復する方策として、事業継続計画（BCP）の策定を進めている。
- 災害時等に必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とし、災害派遣医療チーム（DMAT）等の医療チームの体制整備を進めている。
- 医療機関の被災情報等を共有するため、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）を運用している。
- 各都道府県において、災害時における医療救護活動の調整役として災害医療コーディネーターを任命している。

①災害拠点病院数



※基幹災害拠点病院：原則として都道府県に1箇所設置
※地域災害拠点病院：原則として二次医療圏に1箇所設置

②災害拠点病院におけるBCP策定率（%）



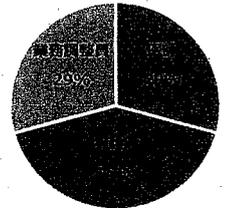
③ DMATのチーム数・隊員数

（令和7年4月1日時点）

・DMATチーム 1,840隊
・DMAT隊員数 18,909名

職種内訳

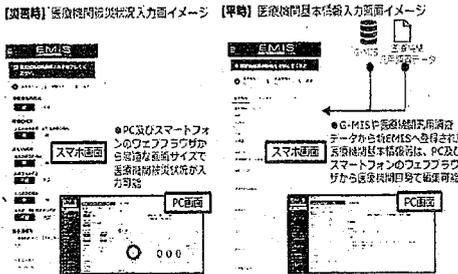
・医師 5,443名
・看護師 7,934名
・業務調整員 5,532名



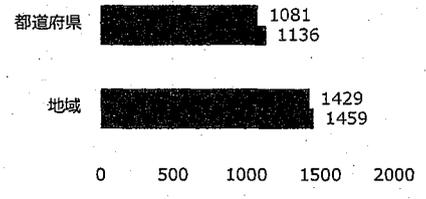
④広域災害・救急医療情報システム（EMIS）

- ・災害時に迅速かつ確かな医療提供体制を確保するため、国、都道府県、DMAT等が医療機関の被災情報等を共有するシステム「EMIS（広域災害・救急医療情報システム）」が平成8年から導入されている。
- ・EMISでは、医療機関の患者受入れ可否、ライフラインの稼働状況、DMATの活動状況等の情報を収集・提供し、災害対応における医療資源の適切な運用を支援している。
- ・機能面等の課題に対応するため、令和7年度より、支援要否の報告手順の簡略化や関係者間のチャット機能実装等を含む新しいEMISが運用されている。

＜新しいEMIS利用画面（イメージ）＞



⑤災害医療コーディネーター任命数（人）



※都道府県災害医療コーディネーター：都道府県単位で医療チームの派遣調整等を行う
※地域災害医療コーディネーター：市町村や二次医療圏単位で都道府県災害医療コーディネーターと連携し、医療チームの派遣調整等を行う

新興感染症発生・まん延時の医療体制について

新興感染症発生からの一連の対応

新興感染症発生～流行初期

【新興感染症の発生時】

- ・まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応

【新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（3か月を基本）】

- ・上記の感染症指定医療機関が引き続き対応を行うとともに、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応

発生から一定期間経過後

- ・上記の医療機関に加え、協定を締結した公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応とし、発生の公表後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応

参考：感染症指定医療機関と感染症病床の状況（令和6年4月1日時点）

特定感染症指定医療機関	4医療機関（10床）
第一種感染症指定医療機関	56医療機関（106床）
第二種感染症指定医療機関 （感染症病床を有する指定医療機関）	359医療機関（1,797床）

＜医療措置協定の内容＞

- ① 病床確保：病床を確保し、入院医療を実施する。
- ② 発熱外来：発熱症状のある者の外来医療を実施する。
- ③ 自宅療養者等への医療の提供：居宅又は高齢者施設等で療養する感染症患者に対し医療を提供する。
- ④ 後方支援：感染症患者以外の患者の受入や感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施する。
- ⑤ 医療人材派遣：感染症患者に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する。

医療措置協定の状況（「医療計画・予防計画に記載している目標値」及び「医療措置協定の締結の実績」）

令和7年1月1日時点

①病床確保	目標値	実績
確保病床数(※)	45,681床	48,513床
うち流行初期確保病床数(※)	23,213床	32,429床

(※) 確保病床数には、新興感染症対応を行う感染症病床数を含む。

②発熱外来	目標値	実績
協定締結医療機関数	41,643機関	40,150機関
うち流行初期協定締結医療機関数	15,370機関	27,663機関

③自宅療養者等への医療提供	目標値	実績
病院・診療所	23,481機関	26,211機関
薬局	31,053機関	48,552機関
訪問看護事業所	5,075機関	5,890機関

④後方支援	目標値	実績
協定締結医療機関数	4,319機関	6,149機関

⑤医療人材派遣	目標値	実績
派遣可能医師数	3,067人	4,442人
派遣可能看護師数	4,921人	7,406人

主な検討事項の例（案）①

<地域医療構想>

【圏域のあり方】

- ・二次医療圏・構想区域について、今後の人口減少等を踏まえながら、一定数の医師を確保して急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を地域ごとに確保していくため、地域によって他圏域との統合を含む二次医療圏・構想区域の見直し（広域化）の検討が必要。
- ・ただし、搬送手段の確保等を行うことが前提であり、離島などではアクセスの見直しが困難な事情がある場合があることに留意が必要。

【必要病床数】

- ・2040年に向けて、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらなると仮定して推計した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるが、地域ごとにみると、すでに入院患者数が減少局面の地域や、2040年に向けて入院患者数が減少見込みの地域が多く存在。今後一層入院受療率が下がる可能性もあり、人口構成の変化や受療率の傾向、地域における急性期医療の連携・再編・集約化の取組、リハビリテーションの一貫した効果的・効率的な提供（急性期からの提供・外来での提供の推進等）、生産性向上等を踏まえ、2040年の必要病床数について検討が必要。

【医療機関機能】

- ・2040年に向けて、85歳以上の高齢者が増加し、生産年齢人口が減少する中、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、中長期的に質の高い効率的な医療提供体制の確保に資するよう、地域によって急性期医療の連携・再編・集約化を推進する必要。人口の少ない圏域でも、急性期等の機能を一定確保する急性期拠点機能を有する医療機関を1つ確保・維持する必要がある。一方、都市部では、効果的・効率的な提供体制の確保に向けて連携・再編・集約化を進めながら、増加する高齢者救急等を受け入れるため、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を有する複数の医療機関で対応することが考えられる。こうした地域の人口規模等も踏まえた医療提供に即した医療機関機能のあり方について検討が必要。
- ・大学病院本院から、都道府県の地域医療構想に基づく、急性期拠点機能を有する医療機関や、医師が少ない地域で二次救急等を担う高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関等への医師派遣が必要と考えられる。地域の実情や大学病院本院の医師派遣のあり方、特定機能病院のあり方等を踏まえ、医育及び広域診療機能のあり方について検討が必要。66

主な検討事項の例（案）②

【外来医療・在宅医療】

- ・外来医療や在宅医療について、かかりつけ医機能報告で今後提出されるデータも含め、地域ごとに提供状況を共有するためのデータについて検討が必要。人口の少ない圏域でも提供体制を確保・維持するため、病院が担う外来医療・在宅医療や訪問看護も含めた提供体制の検討が必要。
- ・在宅医療の対象となり得る患者について、在宅医療だけでなく、地域の医療資源・介護資源に応じて、療養病床や介護施設等と組み合わせる必要がある。さらに、在宅医療については、移動時間の制約がある中で、医療資源の状況や医療へのアクセス等も踏まえながら、オンライン診療や訪問看護等と組み合わせるべく効果的・効率的にサービスが提供できるよう提供のあり方について検討が必要。

【リハビリテーション】

- ・リハビリテーションについて、これまで、急性期を経過した患者に重点的に提供されてきたところ、今後は、高齢者救急をはじめとして、入院早期からの土日も含めたリハビリテーションの提供や早期退院に向けた支援をさらに推進し、患者の機能改善や在院日数の短縮、生活復帰につなげることが重要。持続可能で効果的・効率的な医療提供体制の構築のため、急性期の早期や退院後すみやかに外来等でリハビリテーションを提供できるよう、リハビリテーションの偏在の是正について検討が必要。

<医師偏在対策>

- ・地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、全ての関係者が協働して、医師偏在対策に取り組むことが必要であり、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の具体化について検討が必要。

<救急医療>

- ・85歳以上の高齢者が増加し、生産年齢人口が減少する中、今後も救急医療の体制を持続的に確保するため、救命救急センターの充実段階評価の見直しも含め、救急医療提供体制のあり方について検討が必要。

主な検討事項の例（案）③

<小児・周産期医療>

- ・小児・周産期医療については、少子化にあっても、地域で子どもを安心して生み育てることができる体制の確保が必要。周産期医療においてハイリスク症例の集約化を進めているところ、出生数が減少し、分娩取扱施設等が減少する中で、地域の小児・周産期医療の体制を確保・維持するため、一般的な分娩や小児医療についても、地域によって持続可能な連携体制の構築や集約化について検討が必要。

<災害医療・新興感染症医療>

- ・災害拠点病院の整備等による大規模災害への備えや、医療機関と都道府県間の協定締結による新興感染症発生・まん延時の医療提供体制の整備等を推進しているところ、新たな地域医療構想も踏まえた平時の医療提供体制と整合した体制のあり方について検討が必要。