

# 新たな地域医療構想について

厚生労働省 医政局地域医療計画課長  
西嶋 康浩

## 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

\*を付した事項は衆議院による修正部分（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】

①-1 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。

①-2 厚生労働大臣は5疾病・6事業・在宅医療に關し、目標設定・取組・評価が総合的に推進されるよう都道府県に必要な助言を行う。\*

①-3 都道府県は病床数の削減を支援する事業を行える（削減したときは基準病床数を削減）ほか、国は予算内で当該事業の費用を負担する。\*

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】

①-1 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等を実現し\*、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。

①-2 2030年末までに電子カルテの普及率約100%を達成するよう、医療機関業務の電子化（クラウド技術等の活用を含む）を実現する。\*

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。

### 4. その他（検討規定）\*

① 外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方、② 医師手当事業について保険者等が意見を述べられる仕組みの構築、

③ 介護・福祉従事者の適切な処遇の確保

等

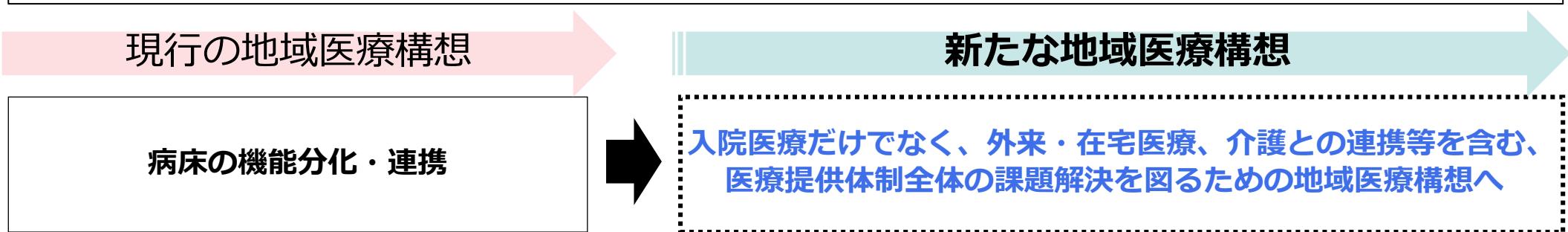
## 施行期日

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。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①-2及び①-3並びに4②及び③）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びに4①）、令和8年10月1日（1①-1の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①-1の一部及び①-2）、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3①-1の一部及び3②）等）

# 新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

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

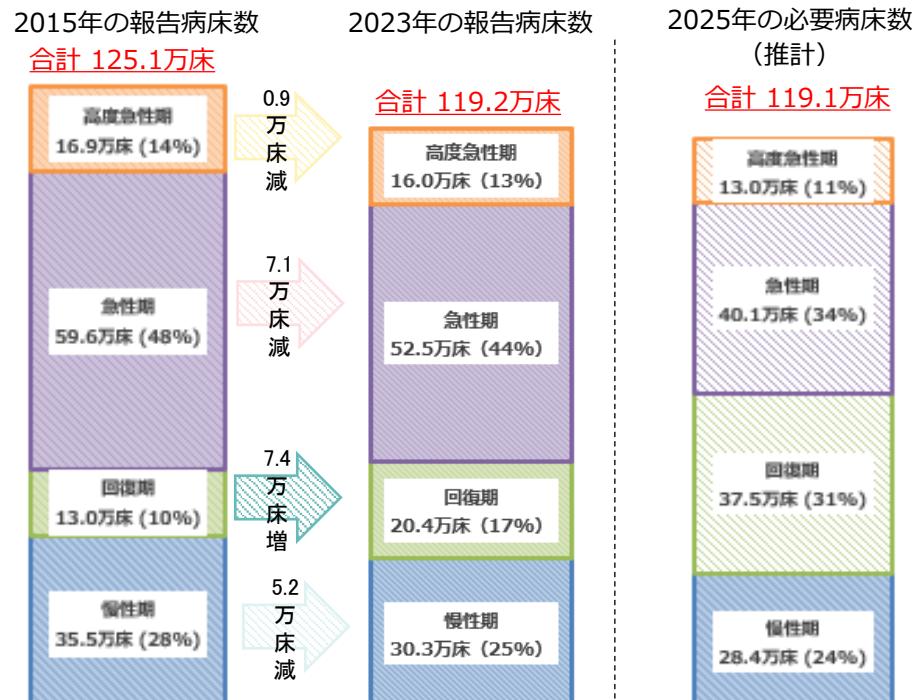
医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

## 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。

## &lt;全国の報告病床数と必要病床数&gt;



※ 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。

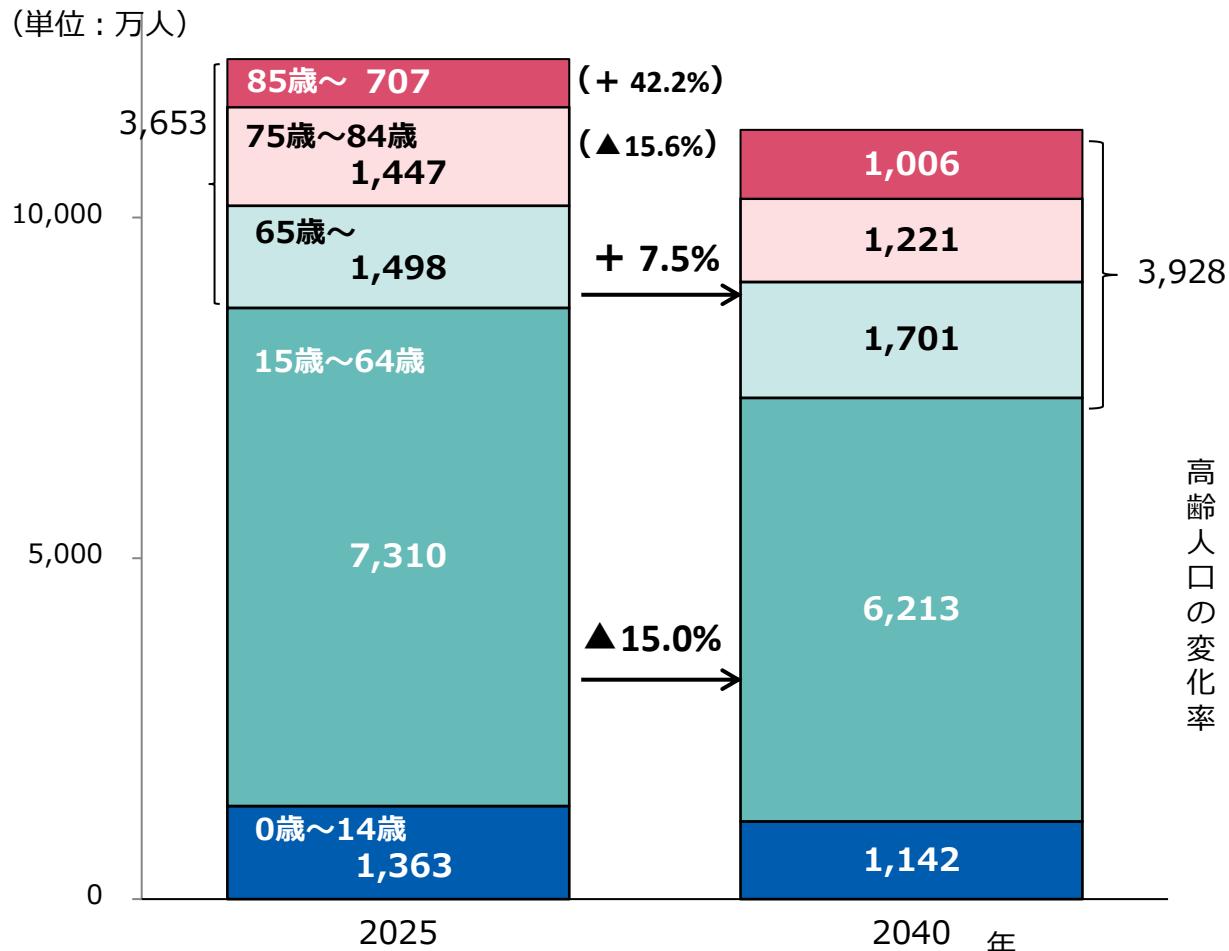
## &lt;今後のスケジュール&gt;

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)

# 2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとになると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

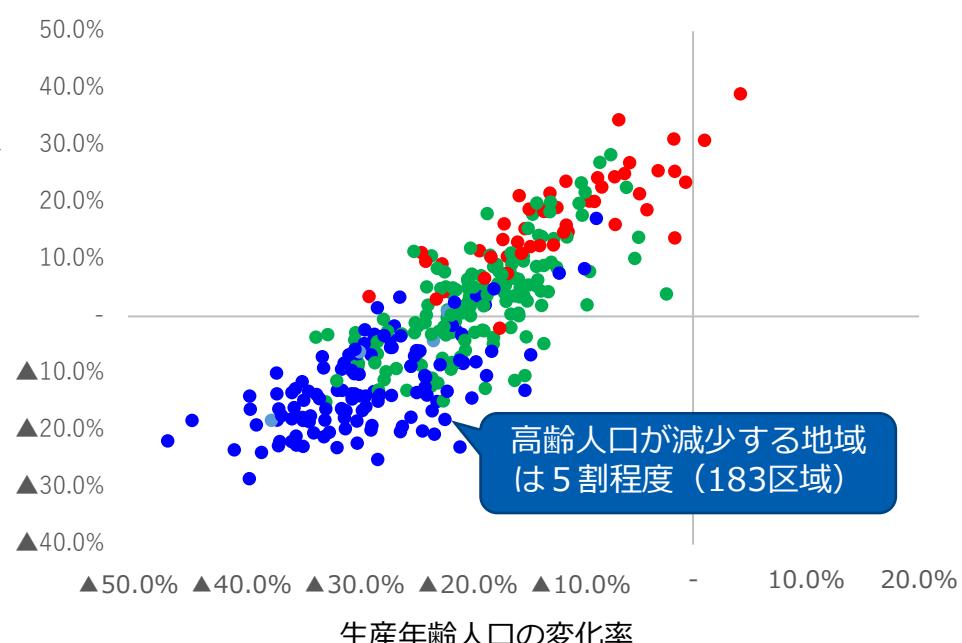
## ＜人口構造の変化＞



## ＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

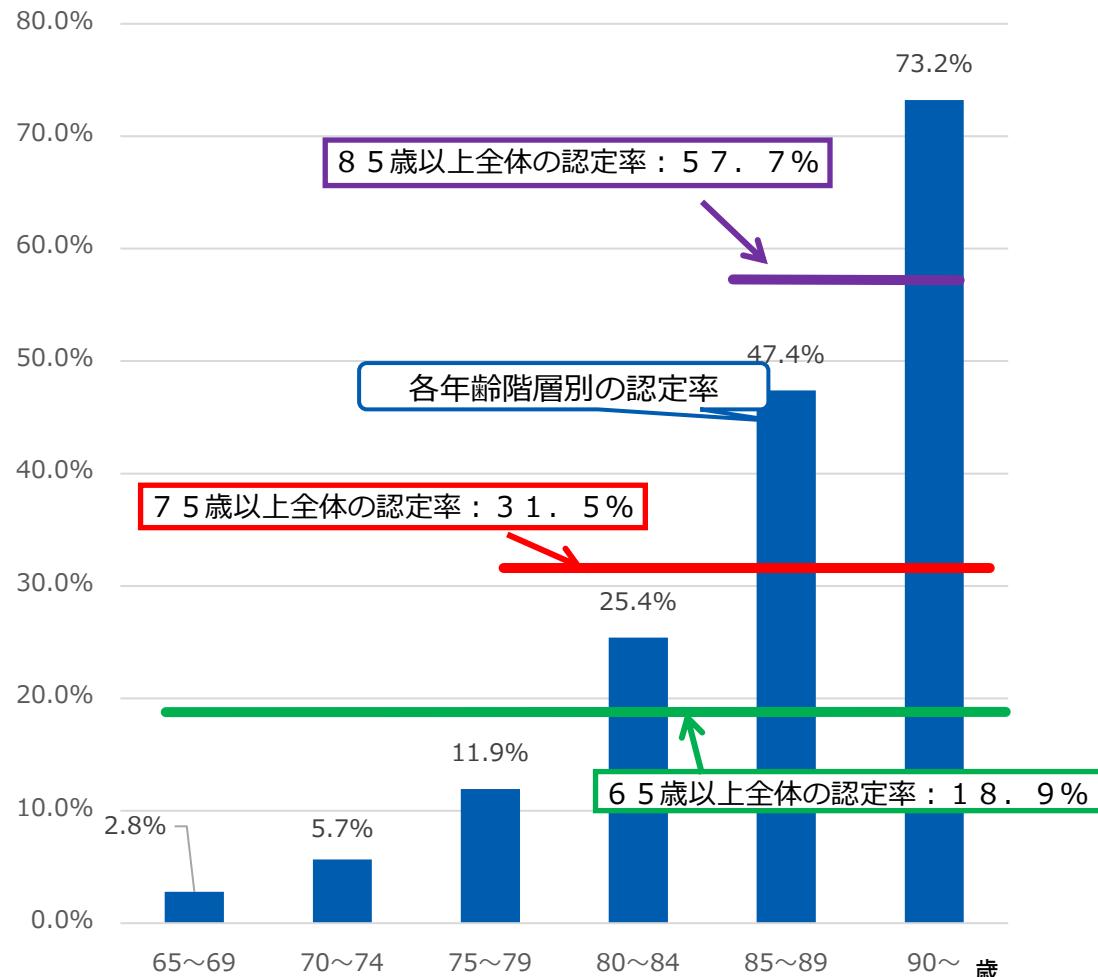
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上  
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上  
 過疎地域型：上記以外



## 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

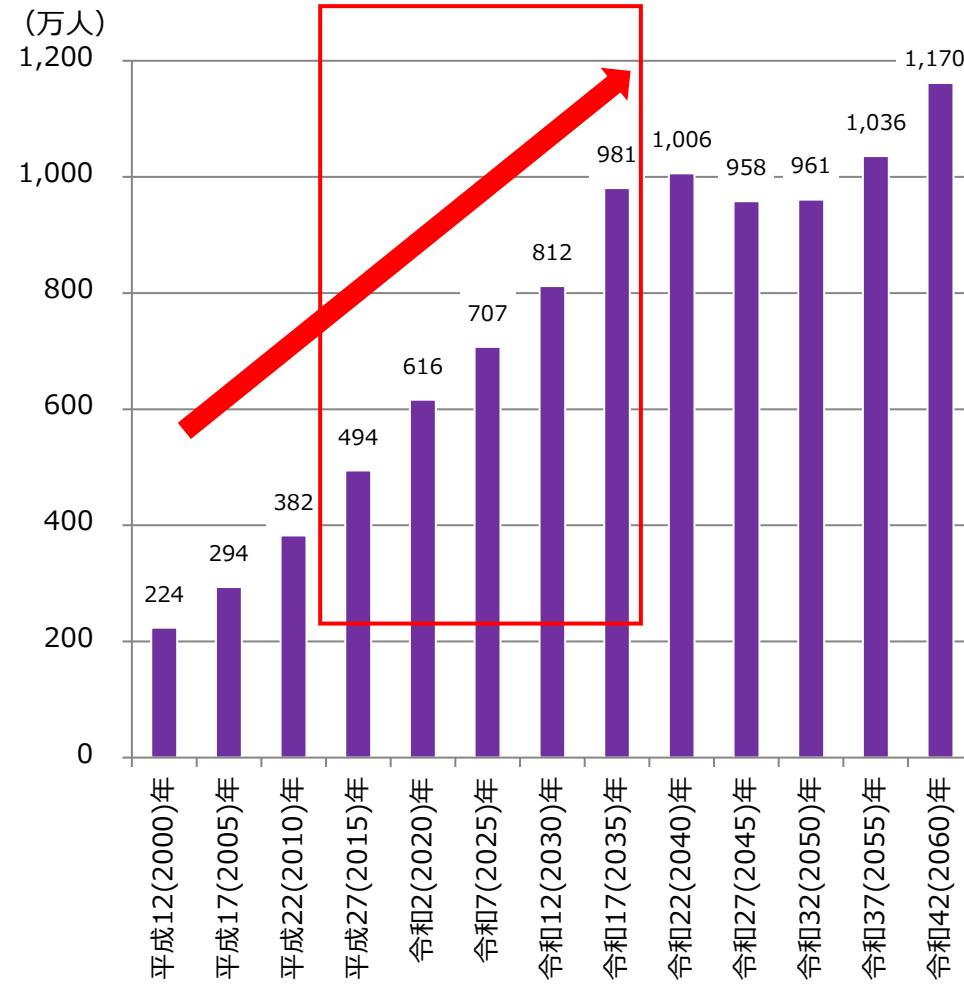
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

### 年齢階級別の要介護認定率



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

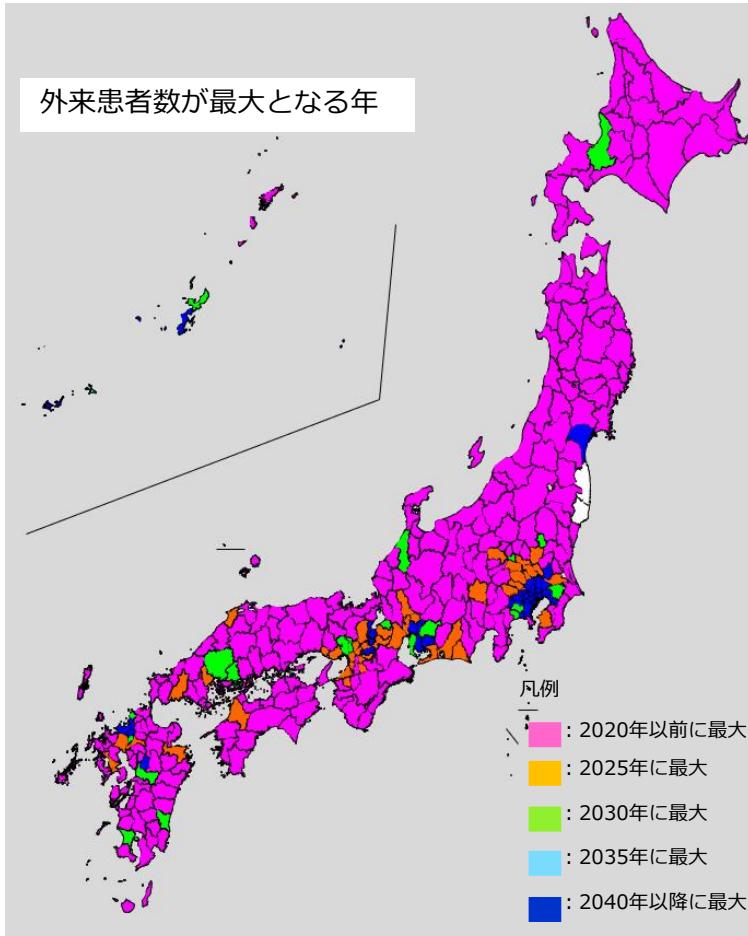
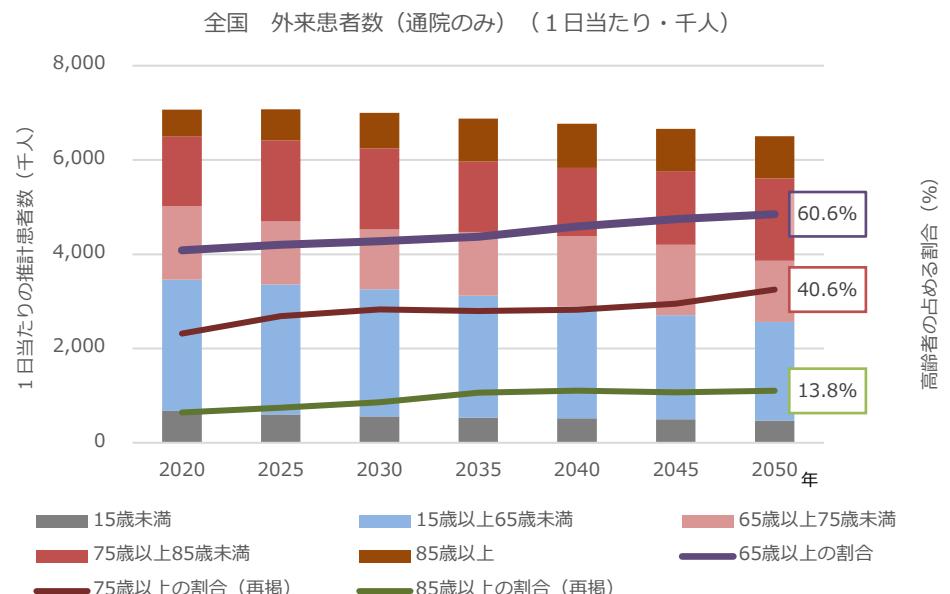
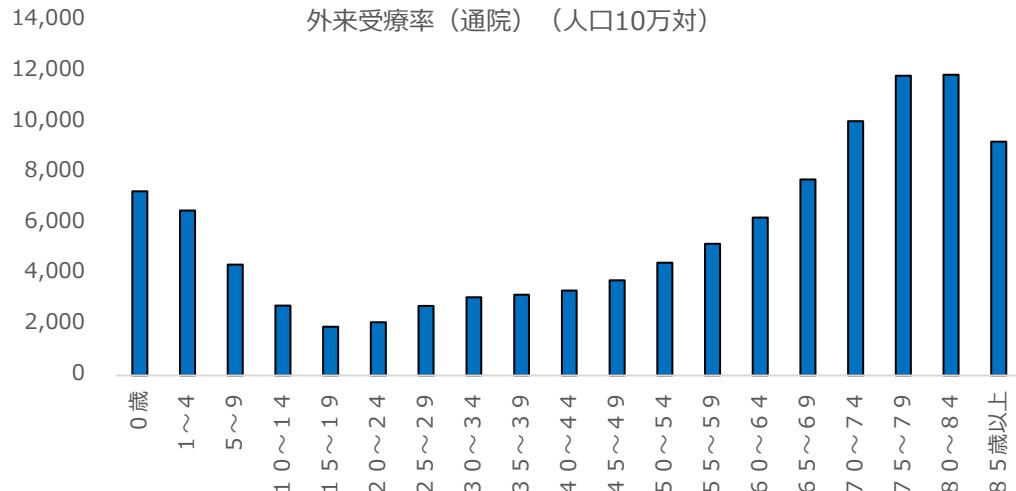
### 85歳以上の人口の推移



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」  
(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計  
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口) 6

## 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

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



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。

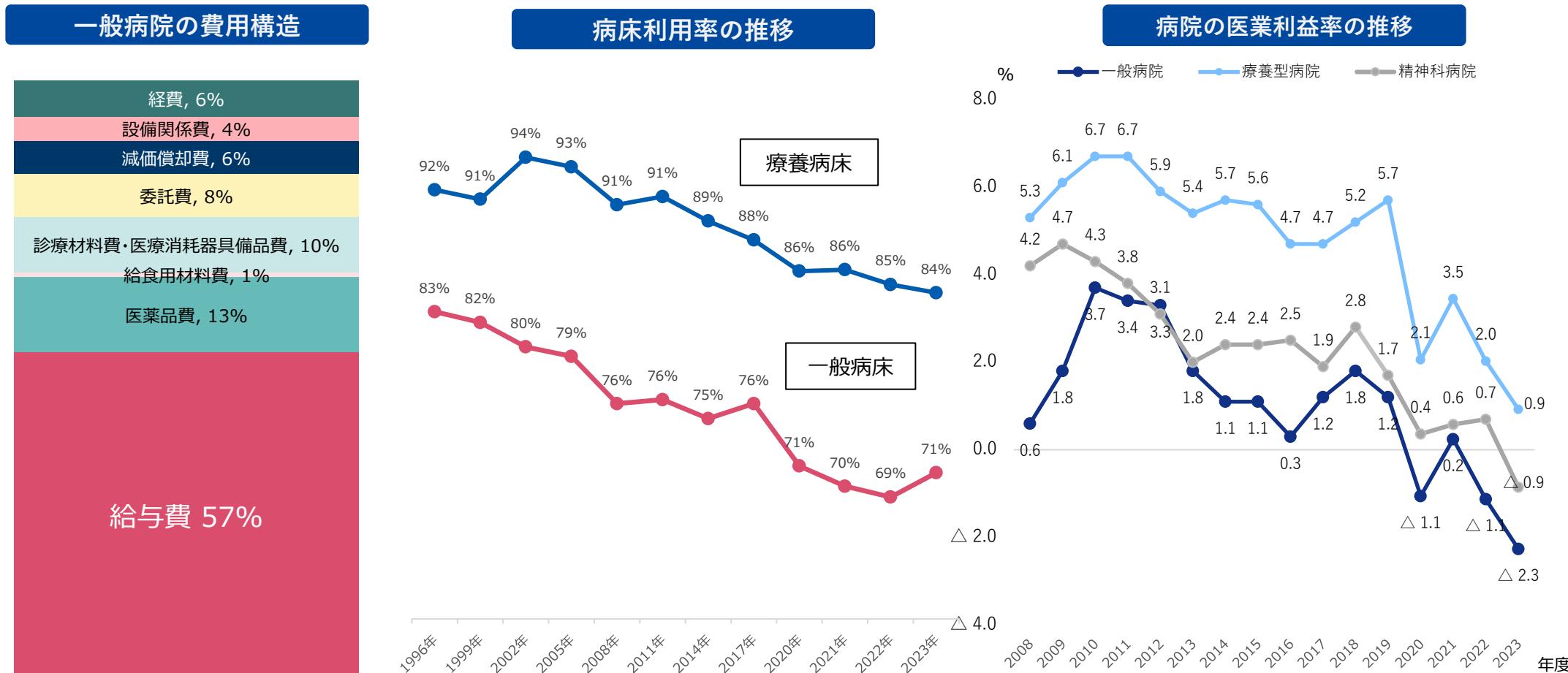
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 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。

# 病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。



資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

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

注1) コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい

注2) コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

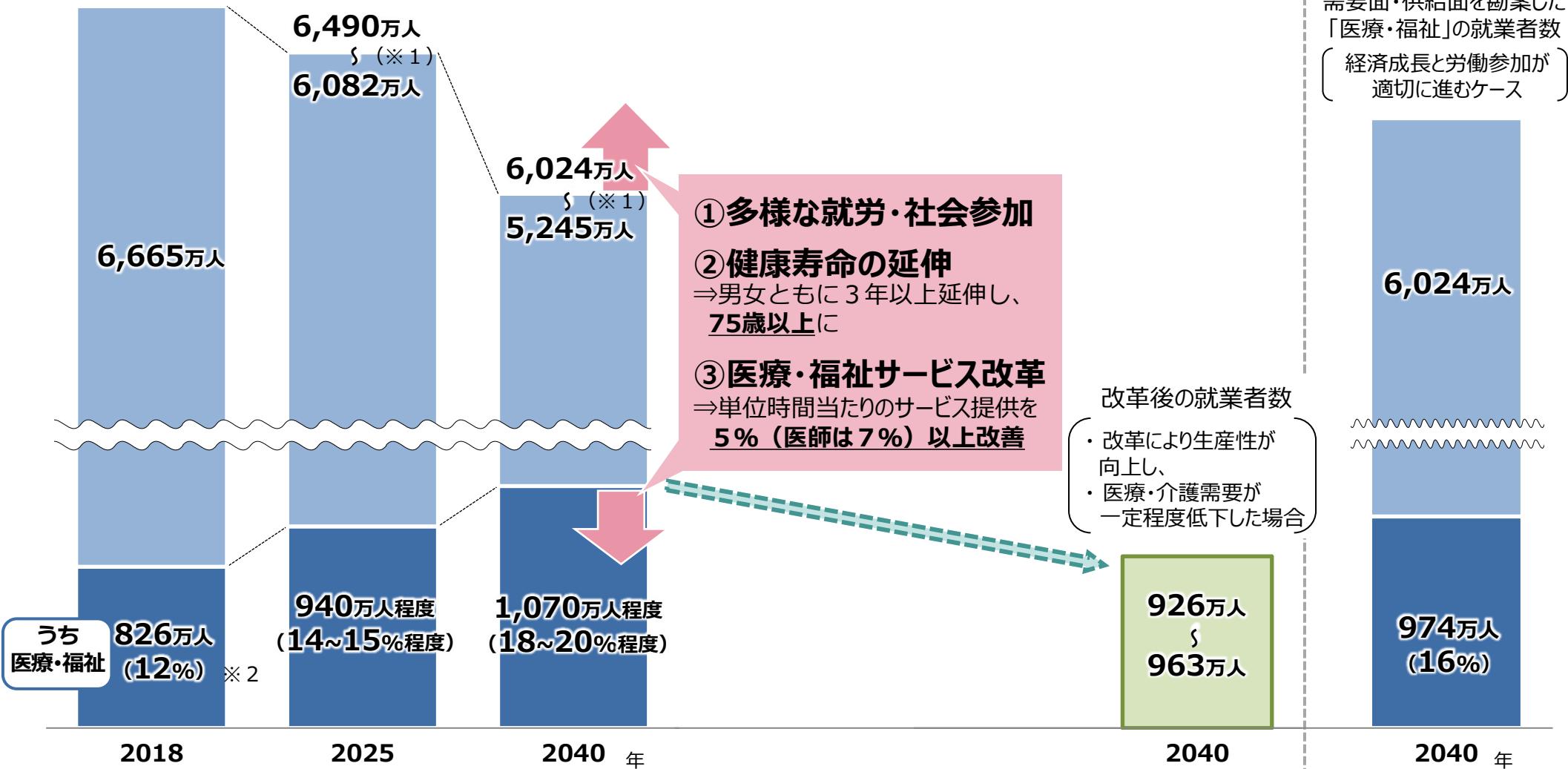
出典：「2023年度 病院の経営状況（速報値）とりまとめ」（令和6年11月）WAM Research Reportより

# マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日第8次医療計画等に関する検討会資料1(一部改)

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。

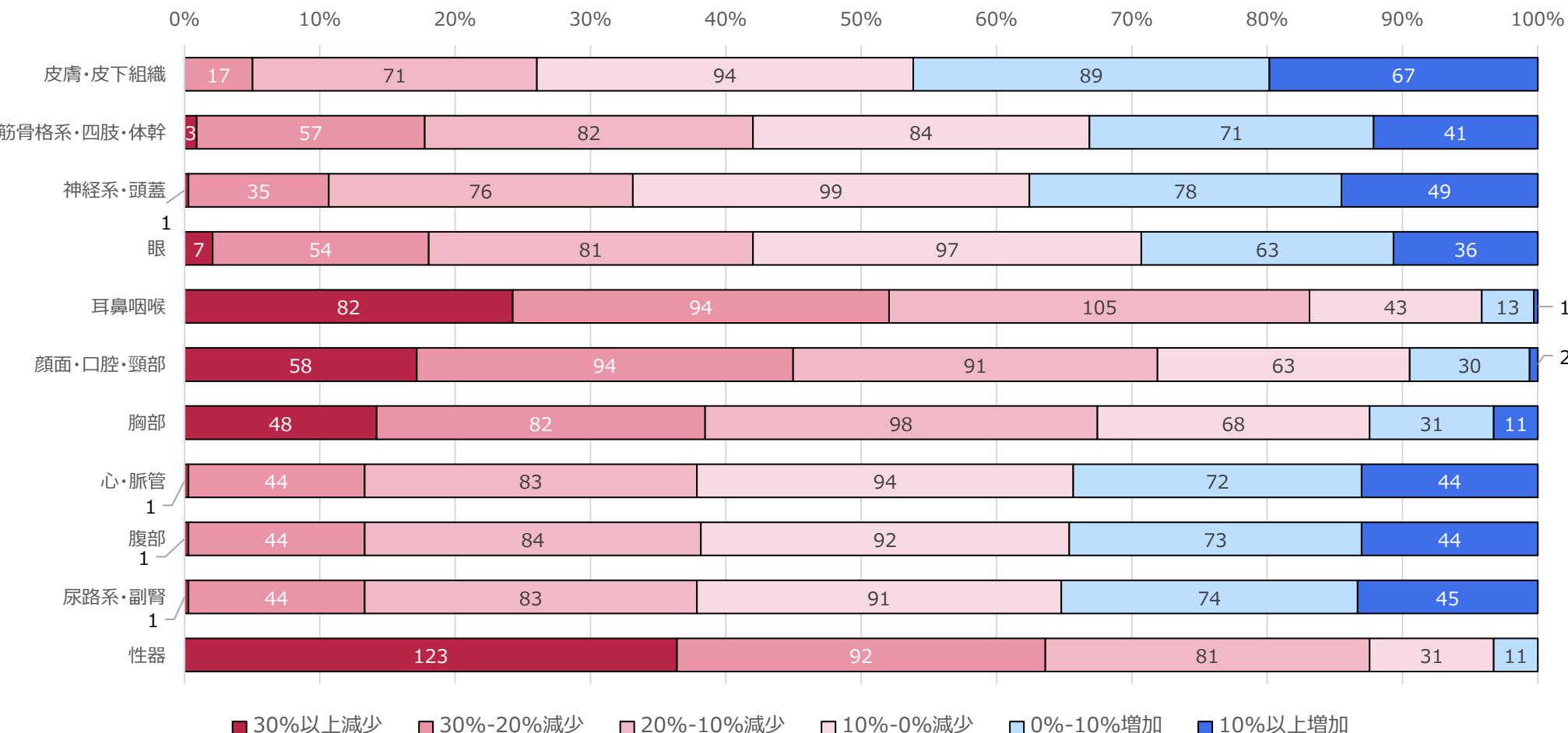
※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

# 2040年における診療領域別の手術件数の変化について

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

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



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

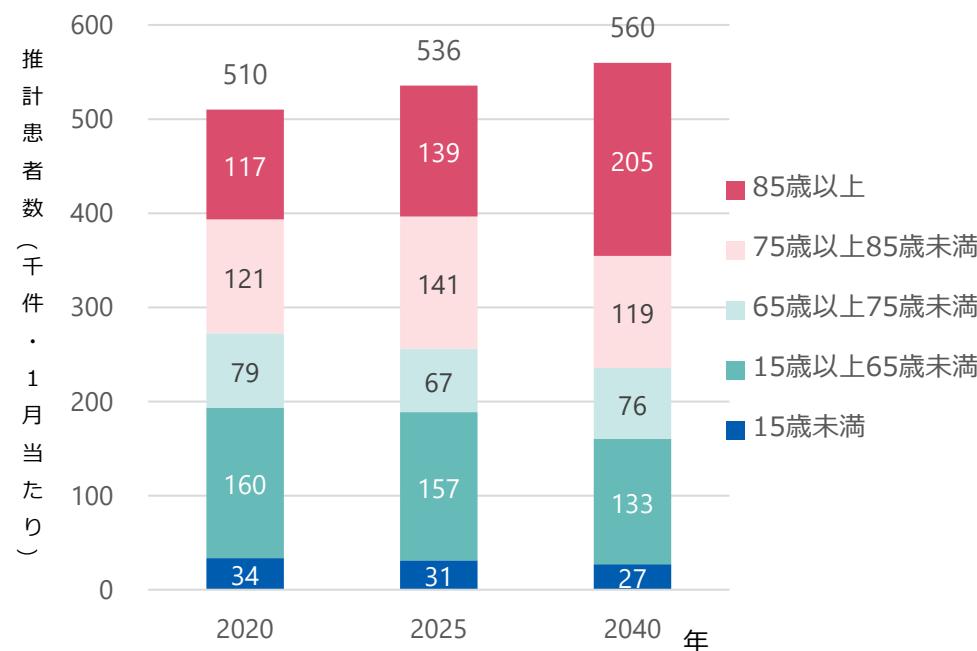
※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

# 2040年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

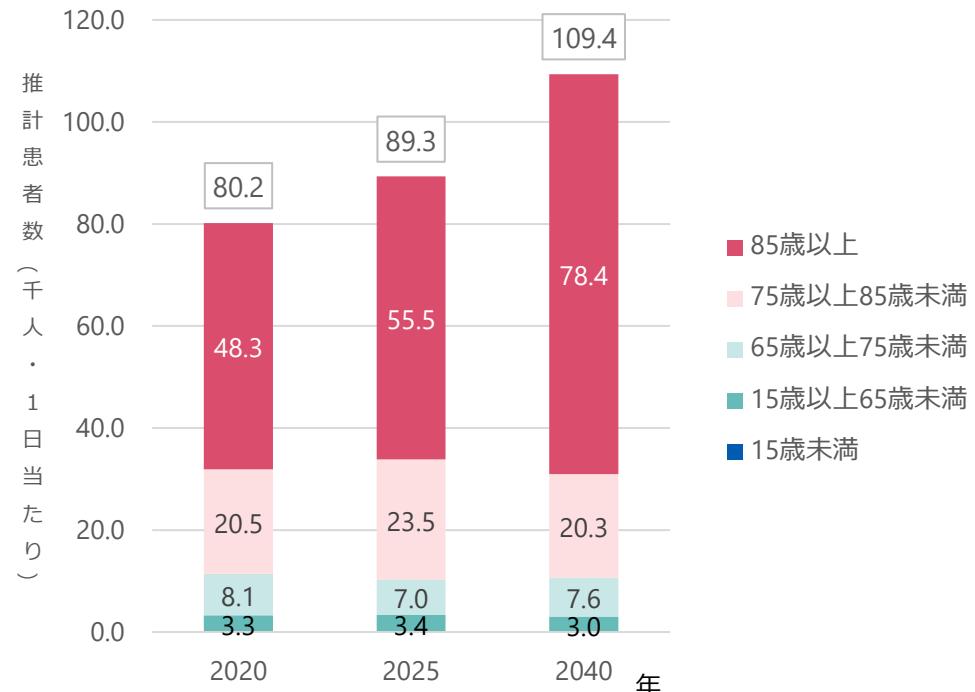
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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

## 在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



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

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

※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。

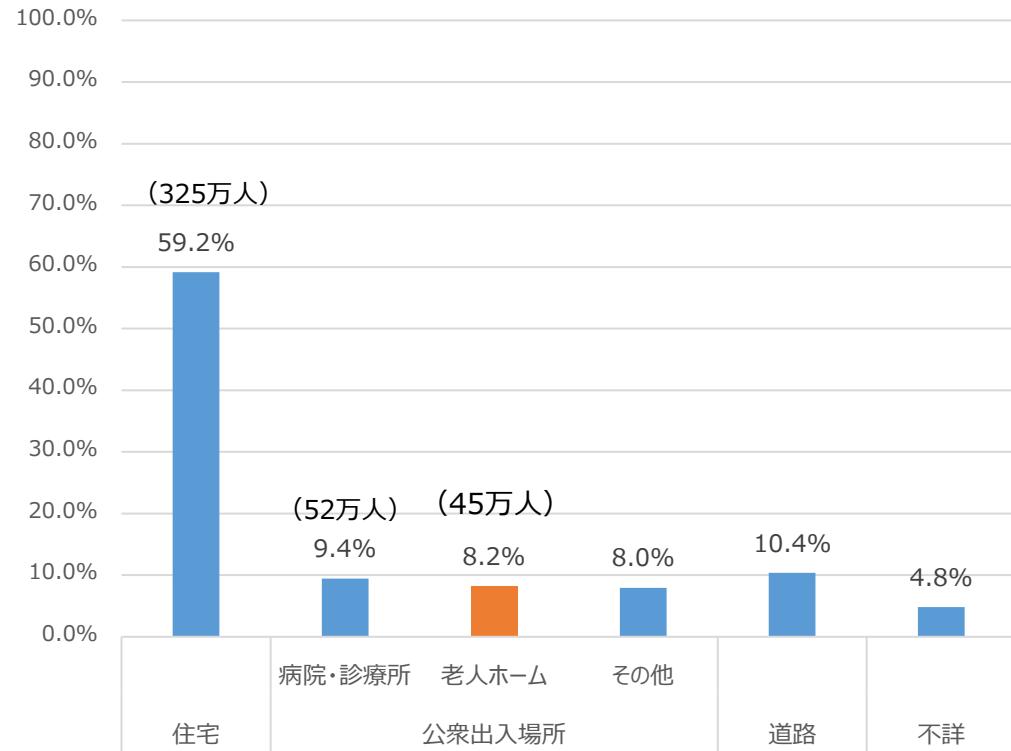
※ 性別別については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

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。

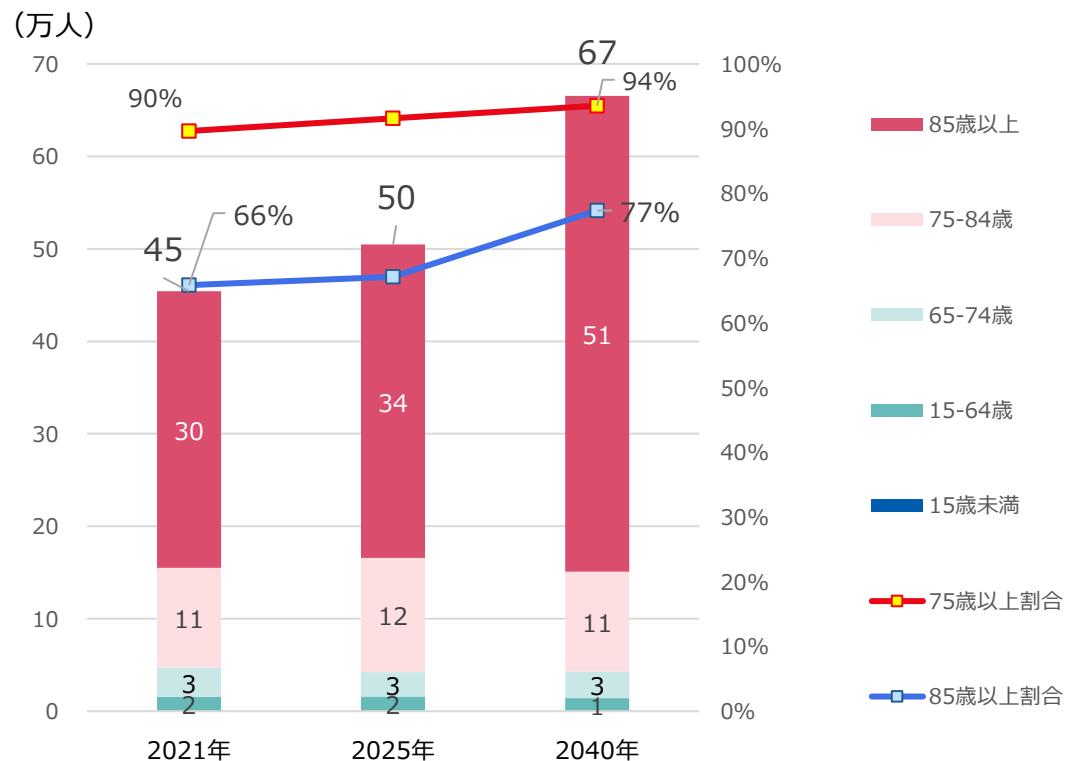
# 老人ホーム等からの救急搬送件数の見通し

老人ホーム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）



老人ホーム等の救急搬送件数の見通し



資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び  
国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（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作成  
※老人ホーム：介護老人保健施設等の高齢者向け施設

# 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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、A D L の向上や在宅復帰を目的としたり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）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>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</li> </ul>

# 医療機関機能について（案）

## 医療機関機能の考え方

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

## 地域ごとの医療機関機能

### 主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（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

- 医育及び広域診療機能
  - ・ 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。

# 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

## 広域な区域

## より狭い区域

- 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

- 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

- 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

# 区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	<p>【区域内の効率的な医療提供体制の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 極めて多くの医療機関が所在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。</li> <li>● 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。 等</li> </ul> <p>【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。 等</li> </ul>	<p>○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 人口推計</li> <li>● 医療機関数</li> <li>● 医師数</li> <li>● 機能別病床数</li> <li>● 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流出入の状況等）</li> <li>● 個別の医療機関の医療提供実態</li> <li>● その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）</li> </ul>
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、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な急性期拠点機能を確保・維持できるか。</li> <li>● 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要がないか。 等</li> </ul>	
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要がないか。 等</li> </ul>	<p>○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者のアクセス確保の手段</li> <li>● 隣接する県の医療資源等</li> </ul>

# 2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

## 高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

## 在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

## 救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

## 医師の派遣機能

## 医育機能

## より広域な観点で診療を担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

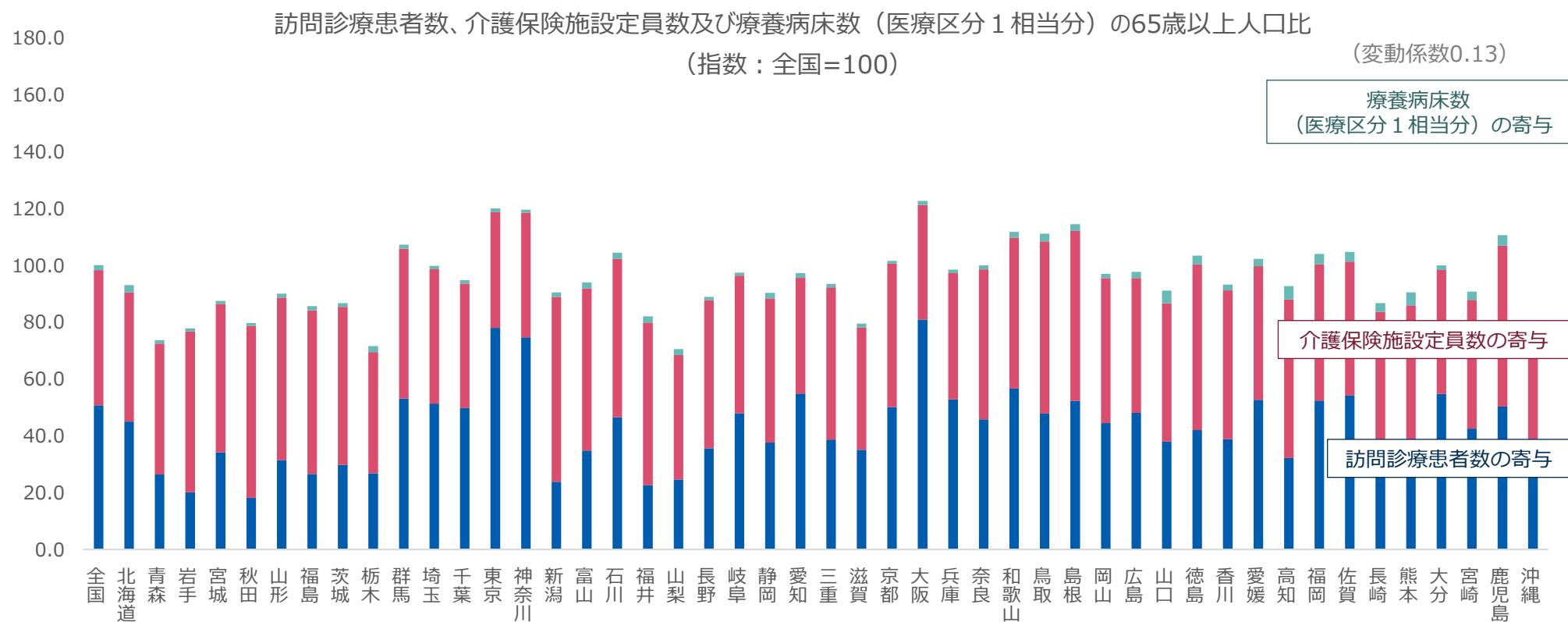
# 医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急医療の提供</li> <li>● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供</li> </ul> <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率</li> <li>● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設</li> </ul>	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車受け入れ件数</li> <li>● 各診療領域の全身麻酔手術件数</li> <li>● 医療機関の医師数</li> <li>● 急性期を担う病床数・稼働率</li> <li>● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）</li> <li>● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）</li> </ul>
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者に多い疾患の受入</li> <li>● 入院早期からのリハビリテーションの提供</li> <li>● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応</li> <li>● 高齢者施設等との平時からの協力体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ）</li> <li>● 医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>● 包括期の病床数</li> <li>● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況</li> <li>● 医療機関の築年数</li> <li>● 高齢者施設等との連携状況</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供</li> <li>● 訪問看護 ST を有する等による訪問看護の提供</li> </ul> <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域の訪問看護ステーション等の支援</li> <li>● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受け入れ体制の確保等、平時からの協力体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況</li> <li>● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況</li> <li>● 医療機関の築年数</li> <li>● 高齢者施設等との連携状況</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>● 集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>● 高齢者等の中長期にわたる入院医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況</li> <li>● 有床診療所の病床数・診療科</li> </ul>

# 慢性期の需要に対応する主な医療・介護サービスの数について (訪問診療患者数、介護保険施設設定員数、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、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。
- 慢性期の需要に対する医療提供体制については、病院だけでなく、在宅や介護サービスの整備も含めた検討が重要。



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。

# 慢性期の需要等の把握について

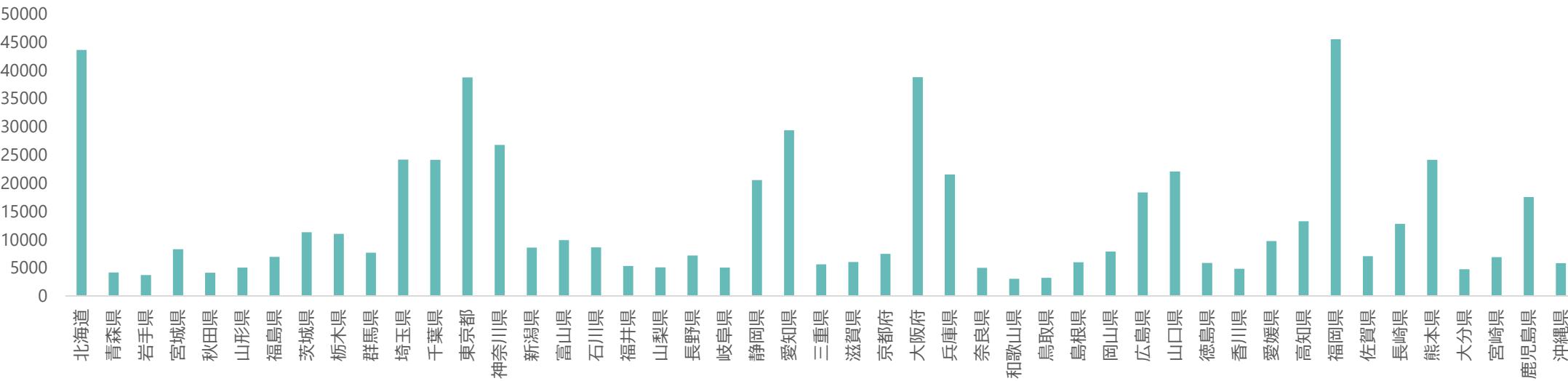
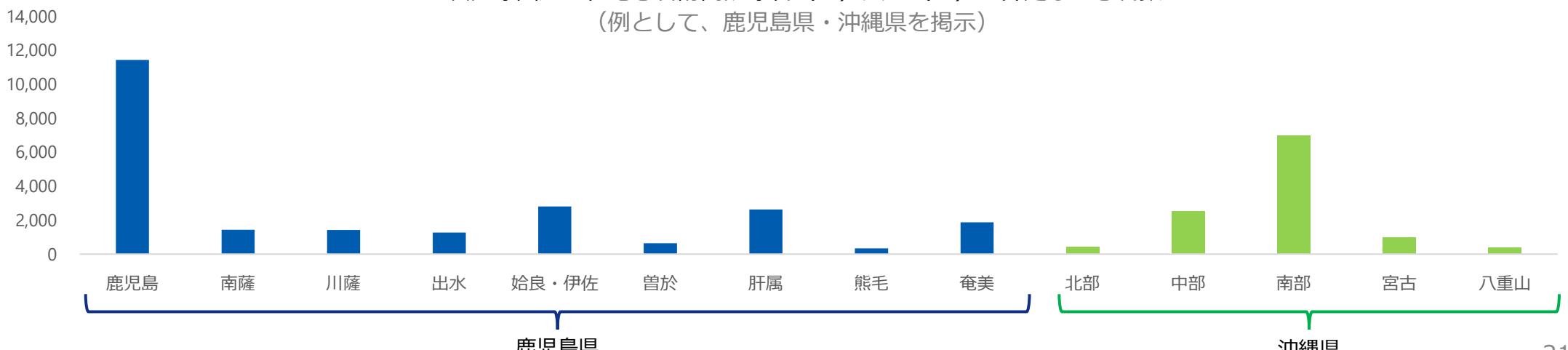
- 在宅医療、介護保険施設、療養病床の一部については、患者像が重複する場合があり、一体的に需要等を把握し、提供体制を確保していくことが重要。地域においては、医療部局で病床数や介護部局で介護施設の定員数等の供給力に関するデータを保持しているほか、NDBオープンデータや患者調査など、地域で把握・活用しうるデータが入手可能。
- 他方、需要の把握について、例えば、在宅医療がどういった施設等で提供されているかを定量的に把握することは現時点では困難である等、地域のこうした検討に資するデータの把握には課題があり、病床機能報告の見直し等も含め、整理が必要。

提供の場	サービス	需要等の把握について														
病院・有床診療所	入院医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料の算定回数や入院患者数により提供実態を把握可能であるほか、入院料の算定病床数により提供可能量を把握可能</li> <li>データの把握にあたっては、地域において、病床機能報告やNDBオープンデータ、患者調査等が活用可能</li> <li>その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要</li> </ul>														
自宅	在宅医療 訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>病床機能報告においては、主に入院医療に関するデータを収集しており、看取り件数等の一部を除き在宅医療の提供等（訪問看護S.T.を有しているか等）の情報は収集していない</li> <li>提供実態について、総数については訪問診療料等の算定回数により把握可能であるが、どういった施設等において提供されているか、訪問先の把握は現時点では困難</li> </ul> <p>※訪問先種別の把握に関して、訪問看護については医療保険給付分の一部について、一定把握可能だが、訪問診療については把握不可</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="margin: 0;">(抜粋) 訪問看護療養費請求書等の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">コード</th> <th style="width: 90%;">施設等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>社会福祉施設及び身体障害者施設</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>小規模多機能居宅介護</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>複合型サービス</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>認知症対応型グループホーム</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>特定施設</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設</td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin: 0;">18「訪問した場所」欄について</p> <p style="margin: 0;">訪問した場所が自宅の場合は「1自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2施設」を、上記に該当しない場合は「5その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2施設」に該当する場合にあたっては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5その他」に該当する場合にあたっては、その場所を記載すること。</p> </div>	コード	施設等	01	社会福祉施設及び身体障害者施設	02	小規模多機能居宅介護	03	複合型サービス	04	認知症対応型グループホーム	05	特定施設	06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
コード	施設等															
01	社会福祉施設及び身体障害者施設															
02	小規模多機能居宅介護															
03	複合型サービス															
04	認知症対応型グループホーム															
05	特定施設															
06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設															
施設等（自宅以外。例として、社会福祉施設、身体障害者施設、グループホーム、特定施設など）		<ul style="list-style-type: none"> <li>データの把握にあたっては、地域において、NDBオープンデータ、患者調査等が活用可能</li> <li>訪問歯科診療や薬剤管理の検討に当たっては、歯科訪問診療料や訪問薬剤管理指導料等の算定回数についての検討も有用</li> <li>その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要</li> </ul>														
介護老人保健施設 介護医療院等	入所中の患者への医療 (原則介護報酬)	<ul style="list-style-type: none"> <li>受給者数で提供実態を把握可能であるほか、施設定員数で提供可能量を把握可能</li> </ul>														

# 慢性期の需要の把握について

- 慢性期の需要について、例として、療養病棟入院基本料の算定回数や在宅患者訪問診療料の患者数等について、公開されているNDBオープンデータを用いることで、都道府県別や二次医療圏別に確認できる。

医療区分1の療養病棟入院基本料算定回数（月あたり）

二次医療圏別の在宅患者訪問診療料（I）又は（II）を算定した患者数  
(例として、鹿児島県・沖縄県を掲示)

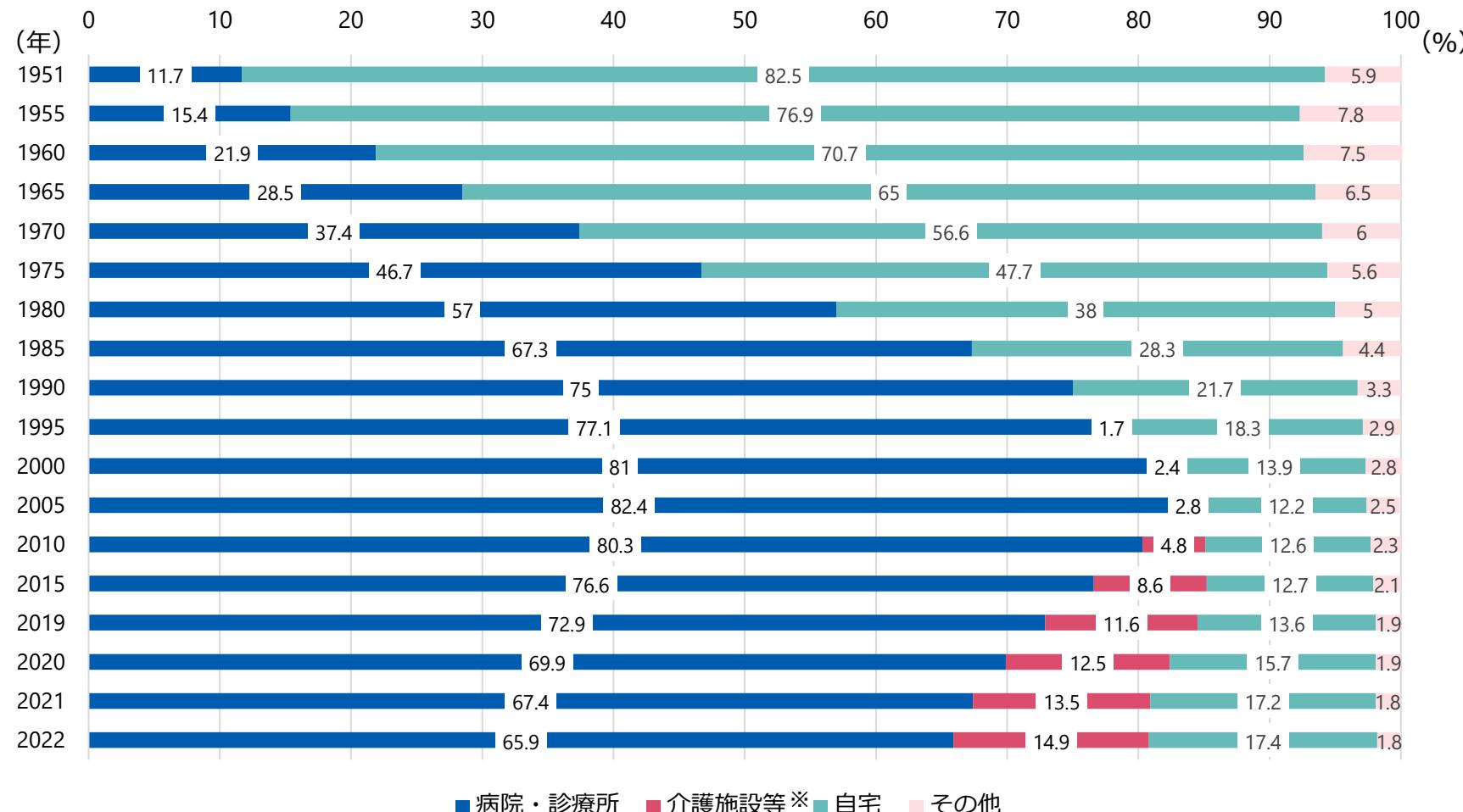
資料出所：NDBオープンデータ（令和5年）

※ 療養病棟入院基本料については、医療区分1の点数の算定回数を足し上げ、12で除して掲示。

# 死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。

死亡場所の割合の推移



資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態

※ 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）

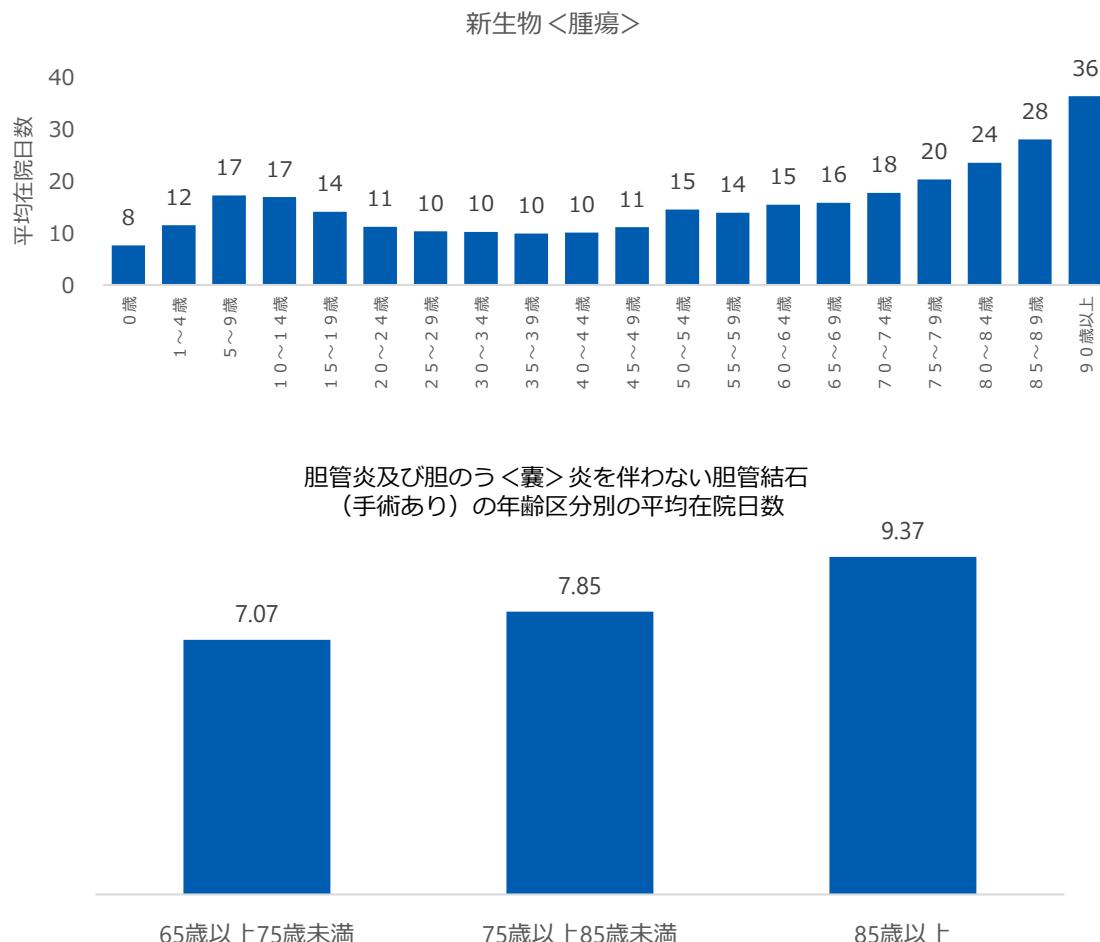
※ その他には助産所を含む

※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

# 高齢者の退院に向けた課題

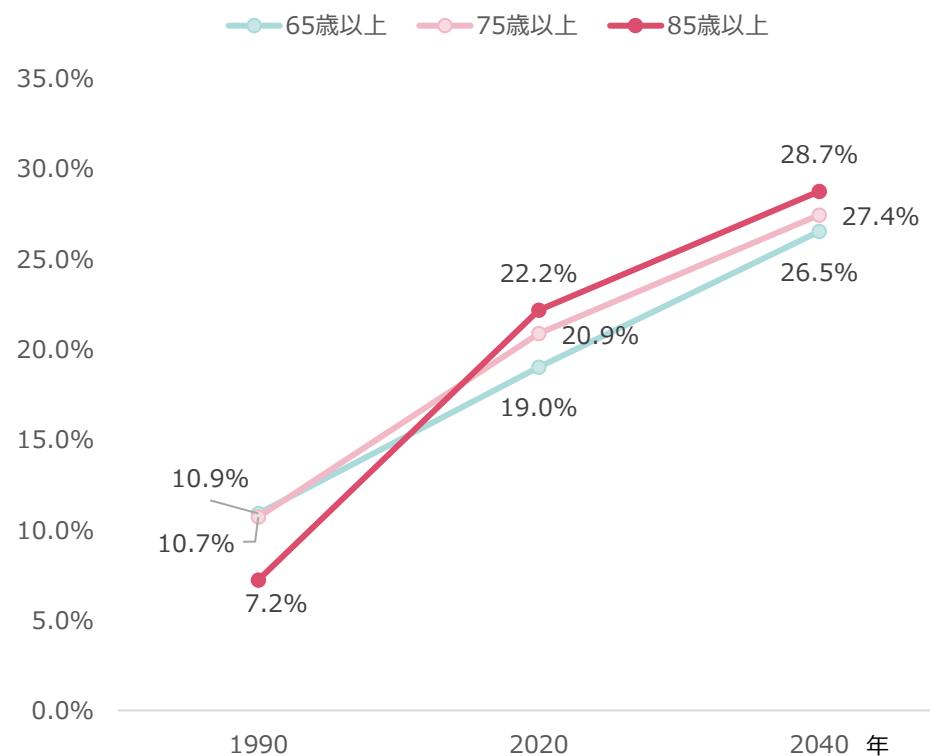
- 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

＜退院患者の平均在院日数＞



資料出所：厚生労働省「患者調査」（2020年）

年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）



資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成  
※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したもの。

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

## ■Ambulatory Care Sensitive Conditions(ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019  
高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

## ■老健施設における治療管理などの対応の評価

### 単位等

- 所定疾患施設療養費（I） 239単位/日
- 所定疾患施設療養費（II） 480単位/日

注1 所定疾患施設療養費（I）（II）は、いずれか一方のみ算定可能。

注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（I）もしくは10日（II）を限度とする

注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

### 算定要件等

#### 対象疾患

- 肺炎、尿路感染症、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

#### 所定疾患施設療養費（I）

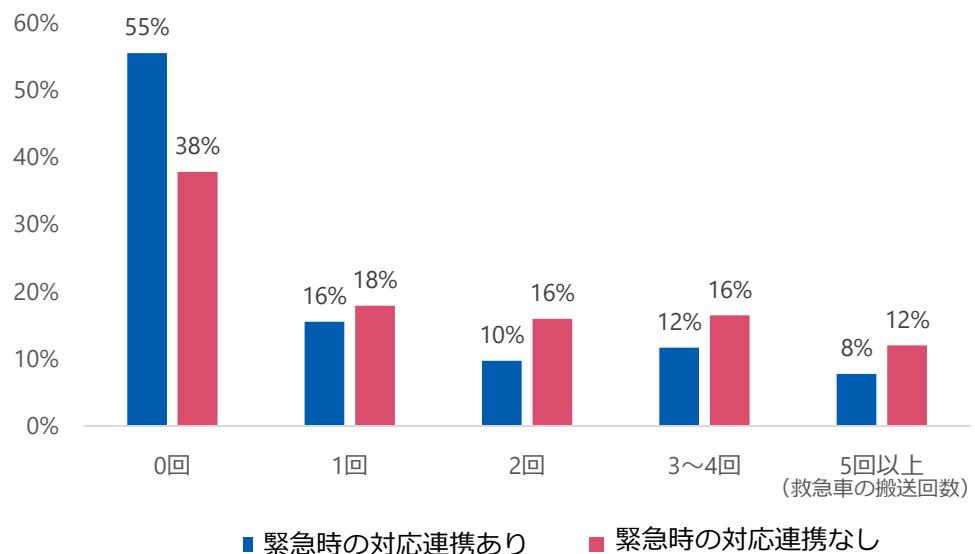
- 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

#### 所定疾患施設療養費（II）

- 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載していること
- 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

## ■介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

### 介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数



資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

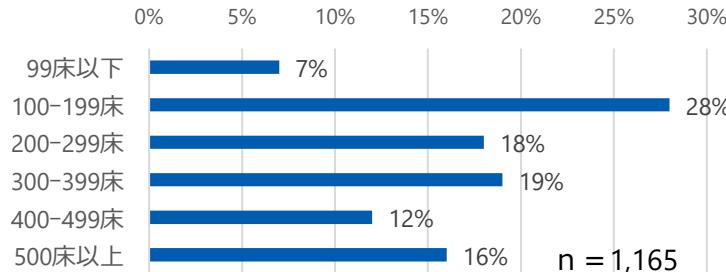
# 病院と介護保険施設等との連携

- 地域の介護保険施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が一定存在しており、病院規模に関わらず、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師が訪問による支援等を実施している。
- 今後、このような取組を推進していくためには、医療機関独自の取組だけでなく、都道府県単位での調整等、効率的な実施に係る体制を整備することが重要。

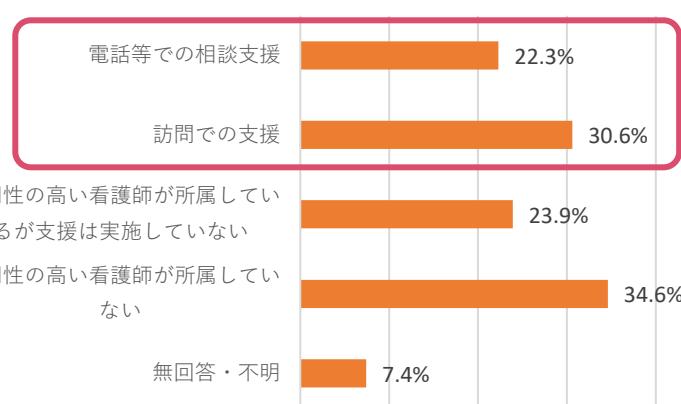
## ■看護師による介護施設等への支援を実施している病院



## ■支援実施病院の病床規模割合



## ■特定行為研修修了者等による地域の介護施設等での活動状況 (複数回答)



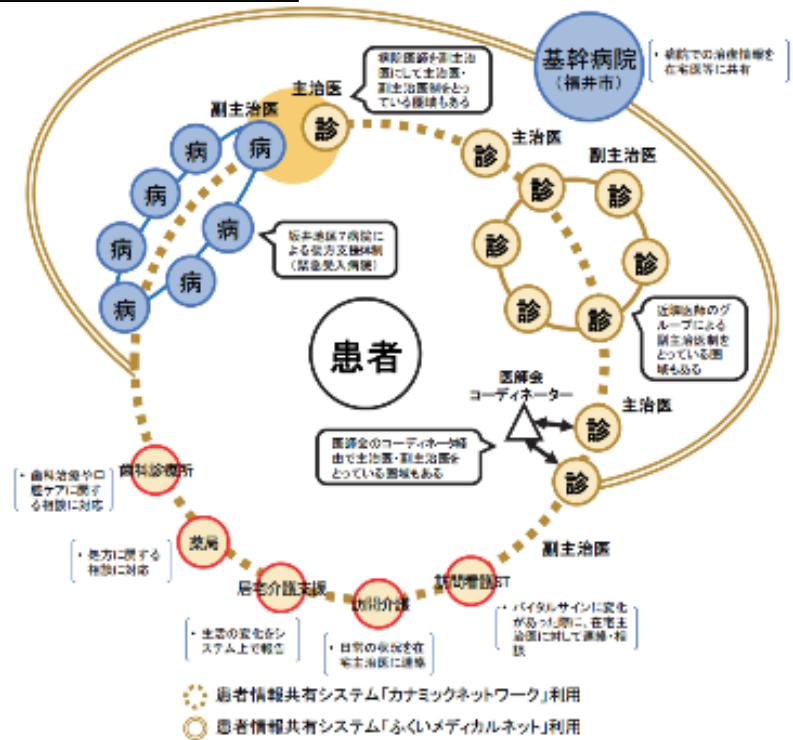
## ■看護師による支援内容別の実施病院割合 (複数回答) 調査対象：全国8,079病院 回収数：3,417病院

回答 病院数	認知症グ ループ	特養・老 人ホーム	訪問ST・ 高住・有 料老人 ホーム	看多機・ 小多機	通所施設	学校 保育施設	その他	無回答 不明
感染症予防や発生時の対応	856	<b>86.2%</b>	38.0%	25.6%	26.4%	19.7%	16.6%	0.7%
皮膚・排泄障害への対応	539	<b>58.8%</b>	18.7%	<b>60.7%</b>	10.9%	3.9%	17.1%	1.7%
認知症のBPSD（行動・心理症状）やせん妄への対応	276	<b>57.6%</b>	29.7%	29.7%	17.4%	10.1%	39.1%	1.1%
看取りのケア	168	44.0%	18.5%	<b>51.8%</b>	7.1%	8.9%	23.2%	3.0%
摂食・嚥下障害への対応	160	<b>57.5%</b>	21.3%	40.6%	12.5%	12.5%	22.5%	2.5%
その他	146	24.0%	8.9%	19.2%	4.1%	26.7%	27.4%	24.7%
呼吸器ケア（在宅人工呼吸療法等）	64	20.3%	10.9%	<b>65.6%</b>	9.4%	10.9%	31.3%	3.1%
非がん疾患の緩和ケア（慢性心不全等）	63	25.4%	17.5%	<b>58.7%</b>	6.3%	3.2%	31.7%	7.9%
小児（医療的ケア児）への対応	53	—	—	35.8%	20.8%	<b>67.9%</b>	20.8%	1.9%
精神疾患（認知症以外）に伴う症状の対応	48	27.1%	27.1%	31.3%	18.8%	27.1%	31.3%	8.3%

# 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

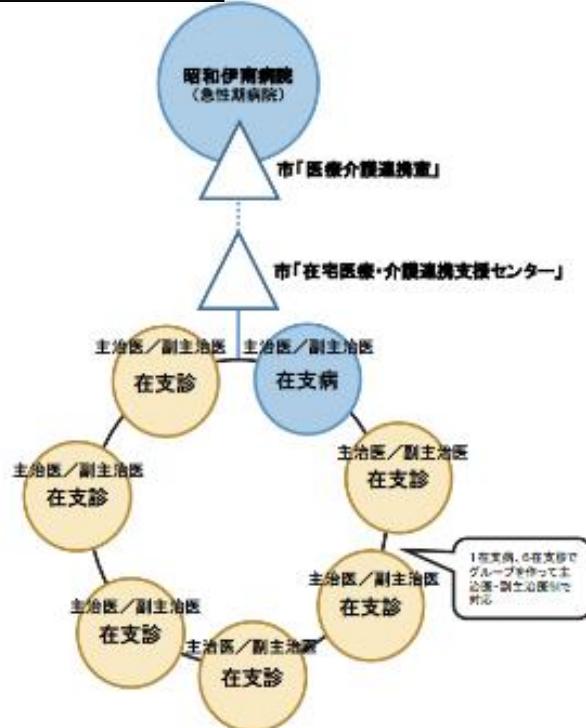
- 在宅医療の提供体制の整備に当たって、各地域で医療資源を踏まえながら医療機関等の役割分担・連携等が行われている。
- 病院と診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護、訪問介護等がICTを活用し患者の情報を共有しながら在宅医療を協力して提供する体制を構築している例や、市が中核病院と在宅医療を担う医療機関の連携を推進して患者の在宅医療へのスムーズな移行を推進している例がある。

## 例) 福井県坂井地区の事例



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。

## 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、地域の在支診につないでいる。

# 人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組

- これまで人口の少ない地域においても、医療資源を多く必要とする手術等の医療や診療所による外来医療などの提供が行われてきたが、2040年を見据え、区域の見直し、急性期医療の連携・再編・集約化を進めていく必要がある。
- そういった中、患者の医療へのアクセスを維持する観点から、地域の医療資源の状況や以下のような取組事例を把握し、地域医療構想調整会議で検討を行うことが重要。

手段	実施主体の例	具体例
<b>オンライン診療① D to P</b>	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施</li> </ul>
<b>オンライン診療② D to P with N</b>	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>例として、山口県岩国市柱島においては、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。</li> </ul>
<b>オンライン診療③ D to D</b>	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援</li> </ul>
<b>巡回車</b>	地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> <li>へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。例として北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。</li> </ul>
<b>医師の派遣</b>	都道府県・医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>へき地等へ代診医等を派遣。</li> </ul>
<b>巡回診療</b>	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療従事者が乗車した移動診察車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施。</li> </ul>
<b>宿泊施設の整備</b>	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>遠方の妊産婦や小児慢性疾患の患者が宿泊可能な設備を整備。</li> </ul>
<b>交通費・宿泊費補助</b>	地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> <li>遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に、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を助成。</li> </ul>
<b>有床診療所</b>	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療需要の少ない地域等で病院を設置するほどの医療需要がない場合などに、医療需要の多寡にあわせて柔軟に医療を提供。</li> </ul>
<b>隣接する都道府県との連携</b>	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> <li>地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県以外の場合があり、県をまたいだ連携を行う。</li> </ul>

# オンライン診療に関する総体的な規定の創設

## 1 現状

- 医事法制上、オンライン診療は解釈運用によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきた。
- 法制上の位置づけを明確化し、適切なオンライン診療を更に推進していくため、現行制度の運用を活かす形で、医療法にオンライン診療の総体的な規定を設ける。

## 2 改正の内容

### オンライン診療を行う医療機関

- 医療法にオンライン診療を定義づけ、オンライン診療を行う医療機関はその旨を届け出る（都道府県Aへの届出）。
- 厚生労働大臣は、オンライン診療の適切な実施に関する基準（オンライン診療基準）を定め、オンライン診療は同基準に従って行うこととする。
- オンライン診療を行う医療機関の管理者は、オンライン診療基準を遵守するための措置を講じることとする。

### オンライン診療受診施設

- 患者がオンライン診療を受ける専用の施設として、医療法に「オンライン診療受診施設」を創設する。

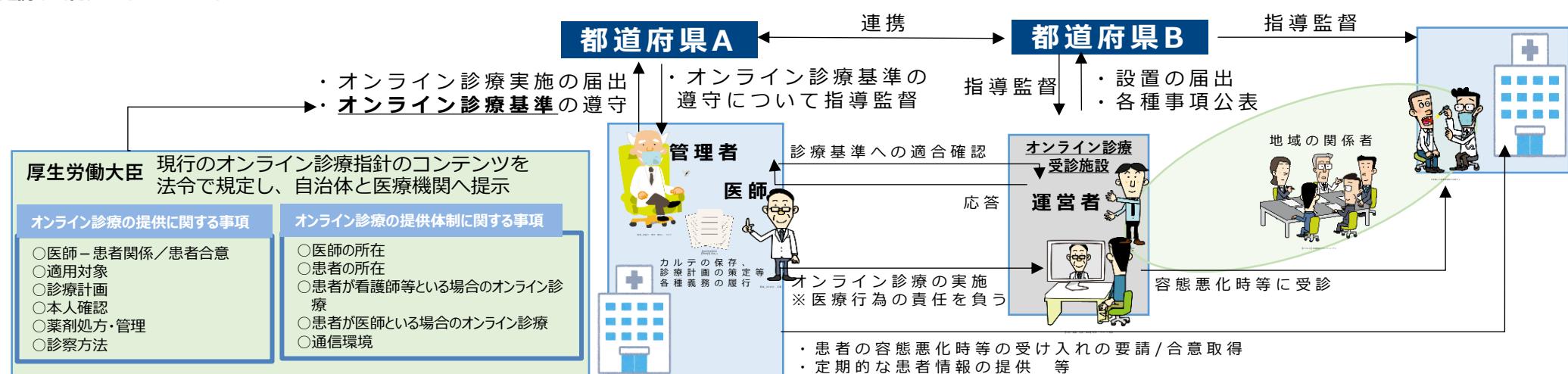
（定義）施設の設置者が、業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設

- オンライン診療受診施設の設置者は、設置後10日以内に届け出る（都道府県Bへの届出）。

- オンライン診療を行う医療機関の管理者が、オンライン診療受診施設の設置者に対して、オンライン診療基準への適合性を確認することとする。

- オンライン診療受診施設の広告・公表事項等は省令で定めることとする。

（※）オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取得し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。



# 法改正により可能になること

- ① 医療法に、患者がオンライン診療を受ける専用の施設として「オンライン診療受診施設」（以下「オンライン施設」）が位置付けられ、診療所と比較して簡素な要件・手続等のもと整備が可能になる。
- ② 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が省令に引き上げられ、違反に対しては都道府県知事等の是正命令等が可能になる。

## 【オンライン診療が可能な場所の類型】



定義・要件等	・医師が公衆・特定多数人のため医業を行う場所（≥20床・≤19床）	・ <u>必要性を認めた場合（特例的）</u>	・ <u>無医地区の医療確保等のために必要な巡回診療</u> ※県内の医療機関の事業として行う場合	・ <u>オンライン診療受診場所を提供する施設</u>	・ <u>居宅と同様、療養生活を営む場所であって患者が長時間にわたり滞在</u> ※個々の患者の事情で異なる。医師の確認必要。	・ <u>医療法施行規則第1条に規定</u>	・ <u>居宅</u>
	・開設許可or届出（10日以内）が必要 ・管理医師（原則、勤務時間中常勤）が必要	・ <u>開設申請等の際、住民の受診機会が不十分と考える理由の提出</u>	・ <u>診療所届出不要</u> ・ <u>実施計画（3~6ヶ月毎）等の提出</u>	・ <u>設置届出（10日以内）</u>	なし	なし	なし
行政手続	一定の条件下で認められる一定の書類等の作成が必要				※ 車両自体をオンライン診療受診施設として届け出ることも可能	受診可能かは個別判断	

（注1） 診療所は歯科診療所を含む。また、以降の取扱いは歯科におけるオンライン診療の場合も同じ。

（注2） 都道府県等において必要性があると認めた場合に、特例的に開設を可能とする医師が常駐しないオンライン診療のための診療所。以下同じ。

## (4) オンライン診療基準、オンライン診療指針等について

- 法第14条の3において、厚生労働大臣は「オンライン診療の適切な実施に関する基準」（オンライン診療基準）として、①オンライン診療を行う医療機関の施設/設備・人員、②患者がオンライン診療を受ける場所、③患者に対する説明、④患者急変時の体制確保、⑤その他に関する事項を定めることとされている。
- このオンライン診療基準は、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（オンライン診療指針・局長通知）の「最低限遵守する事項」を基本として規定する【省令】。
- また、改正法の施行に合わせ、オンライン診療指針、チェックリスト（※）についても見直しを行う。

※「オンライン診療の利用手順を示した手引書等について」（令和6年3月29日付け医政局総務課事務連絡）の3等。オンライン診療受診施設についても作成予定。

※1：下線部はオンライン診療指針の見直しによるもの

※2：赤字はオンライン診療基準に具体的に規定するもの（対面診療でも当然に求められる事項は必ずしも規定していない）

※3：（＊）はオンライン診療施設にも関係する事項であり、オンライン診療施設の設置者は、（法人の場合は管理・運営の責任者を置いて）これらを確保するものとする。

### オンライン診療指針（見直し後）

項目	記載内容
基本理念	<ul style="list-style-type: none"><li>・オンライン診療の目的</li><li>・基本理念：医師-患者関係、医師の責任、正確な情報提供、患者の求めに基づく提供 等</li></ul>
1. オンライン診療の提供	
(1) 医師-患者関係／患者合意	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・オンライン診療は、患者希望の確認と必要な説明の上、合意がある場合に行う</li><li>・医師は、オンライン診療の適否を判断し、適切でない場合は中止し、速やかに適切な対面診療につなげる 等</li></ul>
(2) 適用対象	<p>【考え方】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・かかりつけ医以外の医師が初診からオンライン診療を行うときは、診療前相談を行う</li></ul> <p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・緊急性が高い症状の場合は、速やかに対面受診を促す</li><li>・かかりつけ医以外の医師は、オンライン診療の実施後、<u>適切に</u>対面診療につなげられる体制の確保が必要（具体例）<ul style="list-style-type: none"><li>・患者の地域の医療機関と対面診療への移行に関する連携体制を整備</li><li>・対面受診が必要な場合は、対面受診可能な医療機関へ医師から連絡・診療情報の提供等を行い、患者を確実に対面診療へつなぐ</li><li>・緊急時の相談体制の案内等を患者等に対して行い、確実に対面診療へつなぐ</li></ul></li><li>・診療前相談で対面受診が必要と判断した場合、他院に必要な情報提供を行う</li><li>・診療前相談の結果オンライン診療を行えない可能性や費用等を予めHP等で周知する</li></ul> <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・心身の情報の伝達に困難がある患者に対しオンライン診療の適用は慎重に判断すべき 等</li></ul>

## (4) オンライン診療基準、オンライン診療指針等について

項目	記載内容
(3) 診療計画	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師はオンライン診療を行う前に、患者の心身の状態を対面診療により診断し、その評価に基づき診療計画を定め、2年間保存する</li> <li>・初診からオンライン診療を行う場合、診察後にその後の方針を患者に説明。<u>オンライン診療の継続見込みがある場合、速やかに診療計画を定め、保存する</u></li> <li>・映像等を保存する場合は事前に医師・患者間で取り決めを明確にし、合意しておく 等</li> </ul> <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療計画は文書・電磁的記録により患者が参照できることが望ましい 等</li> </ul>
(4) 本人確認	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、医師・患者双方が身分確認書類で本人確認を行う (※)</li> <li>・医師は医師資格の保有を患者が確認できる環境を整える 等</li> </ul>
(5) 薬剤処方・管理	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診の場合は、①麻薬・向精神薬の処方、②基礎疾患等を把握できない患者に対する特に安全管理が必要な薬品の処方、③当該患者に対する8日分以上の処方を行わない</li> <li>・医師は患者に対し、現在服薬している医薬品を確認する 等</li> </ul> <p>【推奨される事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ薬剤師・薬局のもと、医薬品の一元管理を行うことが望ましい</li> </ul>
2. オンライン診療の提供体制	
(1) 医師の所在	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は、医療機関に所属し、所属・問合せ先を明らかにする (※)</li> <li>・適切な判断を害する場所でオンライン診療を行ってはならない</li> <li>・第三者に患者の心身の情報が伝わらないよう、物理的に隔離された空間で行う</li> <li>・医療機関は、指針遵守の旨をHP等で公表する (チェックリストの公表も考えられる) 等</li> </ul>
(2) 患者の所在	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診場所は、清潔かつ安全で、物理的に隔離された空間でなければならない (*) 等</li> </ul>
(3) 患者が看護師等といいる場合	<p>【最低限遵守する事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療の補助行為は、診療計画or/and訪問看護指示書に基づき予測された範囲で行う</li> <li>・看護師等は、医師と同一医療機関の者又は訪問看護の指示を受けた者である</li> </ul>
(4) 患者が医師といいる場合	<p>※対象が「希少性の高い疾患等」に制限されないよう修正、 診療継続のニーズがあり、オンライン診療の必要性が認められる患者も適用対象に追加</p>
(5) 通信環境 (情報セキュリティ・プライバシー・利用端末)	<p>・医療機関は、十分な情報セキュリティ対策を講じる (医療情報システムの安全管理に関するGLに沿った対策を含む) (*) ※災害時は研修未受講可と通知、暗号強度の更新 等</p>
3. その他関連する事項	<p>・医師／患者教育、質評価／フィードバック、エビデンスの蓄積</p>

※ 特に、オンライン診療にいる患者にオンライン診療を行うときは、医師は、患者が事後的に確認できる形で、所属する医療機関の名称、担当した医師の氏名、問合せ先等を通知するものとする。また、協定・契約によりオンライン診療に連携する場合には、医療機関は、当該施設を診療録に記載するなど適切な方法で記録することが望ましい旨を通知等で示すこととする。31

# 急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1～2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目指すこととしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20～30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

## 急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

### 【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

### 【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定**し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

### 【医療提供体制の構築】

- 2035年を目指して、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

# 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。

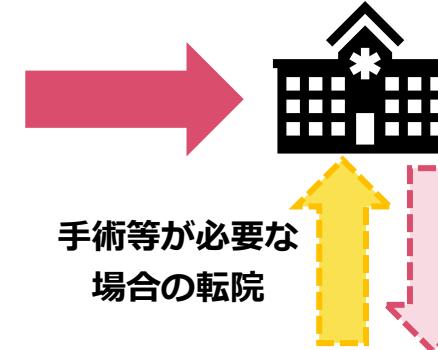
## ●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等と高齢者救急の分担のイメージ

### 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



### 急性期拠点機能

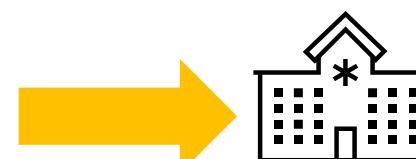


### 増加する高齢者救急の受け入れの分担

- 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



### 高齢者救急・地域急性期機能



※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。

# 地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

都道府県

圏域

## 都道府県医療審議会

- 都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要な事項を調査審議

## 作業部会

(医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置)

- 5疾病・6事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議

連携

## 圏域連携会議

(必要に応じて設置)

- 必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

## 医療計画

### 医師確保計画

#### 地域医療対策協議会

- 医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

## 地域医療構想

### 地域医療構想調整会議 (都道府県単位)

- 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
- 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

支援

報告

### 地域医療構想調整会議 (構想区域単位)

- 将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議

## 外来医療計画

(外来・かかりつけ医機能)

## 外来医療の協議の場

(二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置)

- 外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
- 対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

## 医療及び介護の体制整備に係る協議の場

(二次医療圏単位での設置が原則。地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能)

- 医療計画及び介護保険事業(支援)計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議

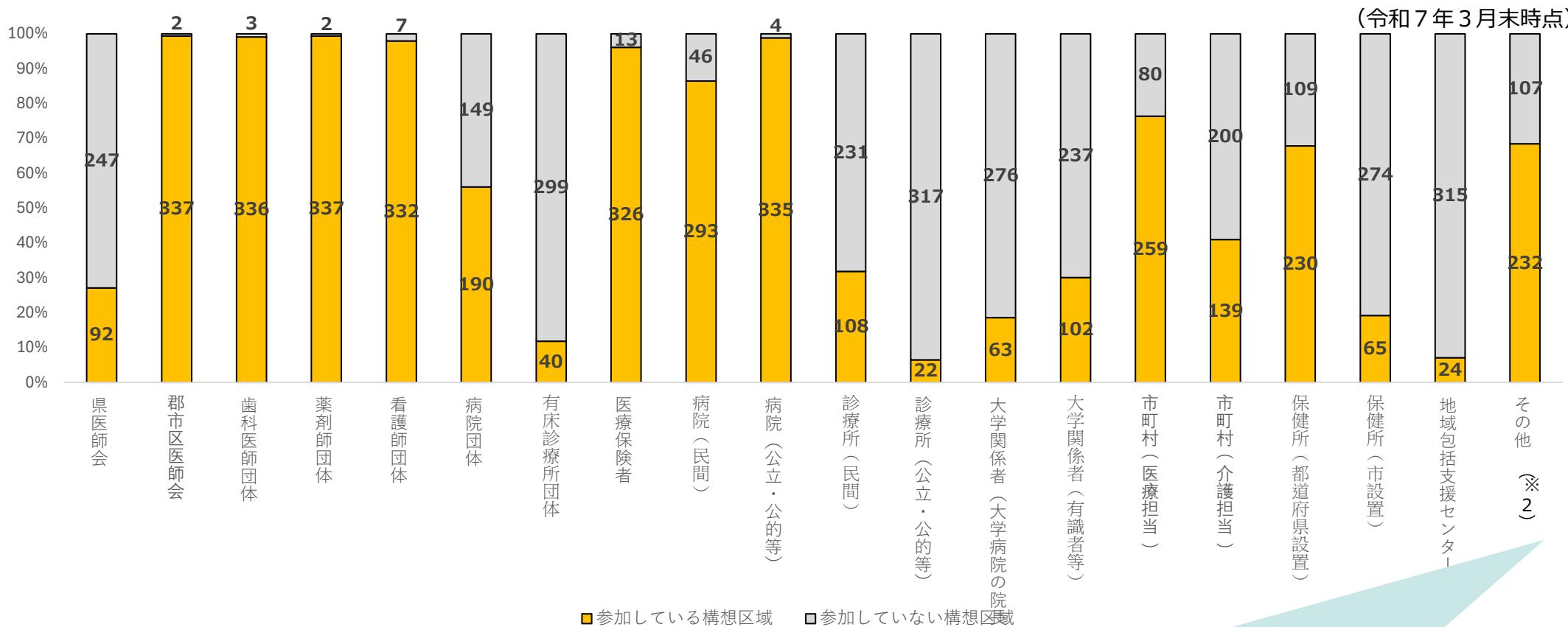
## かかりつけ医機能の協議の場

- 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討

# 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 第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1（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。



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）

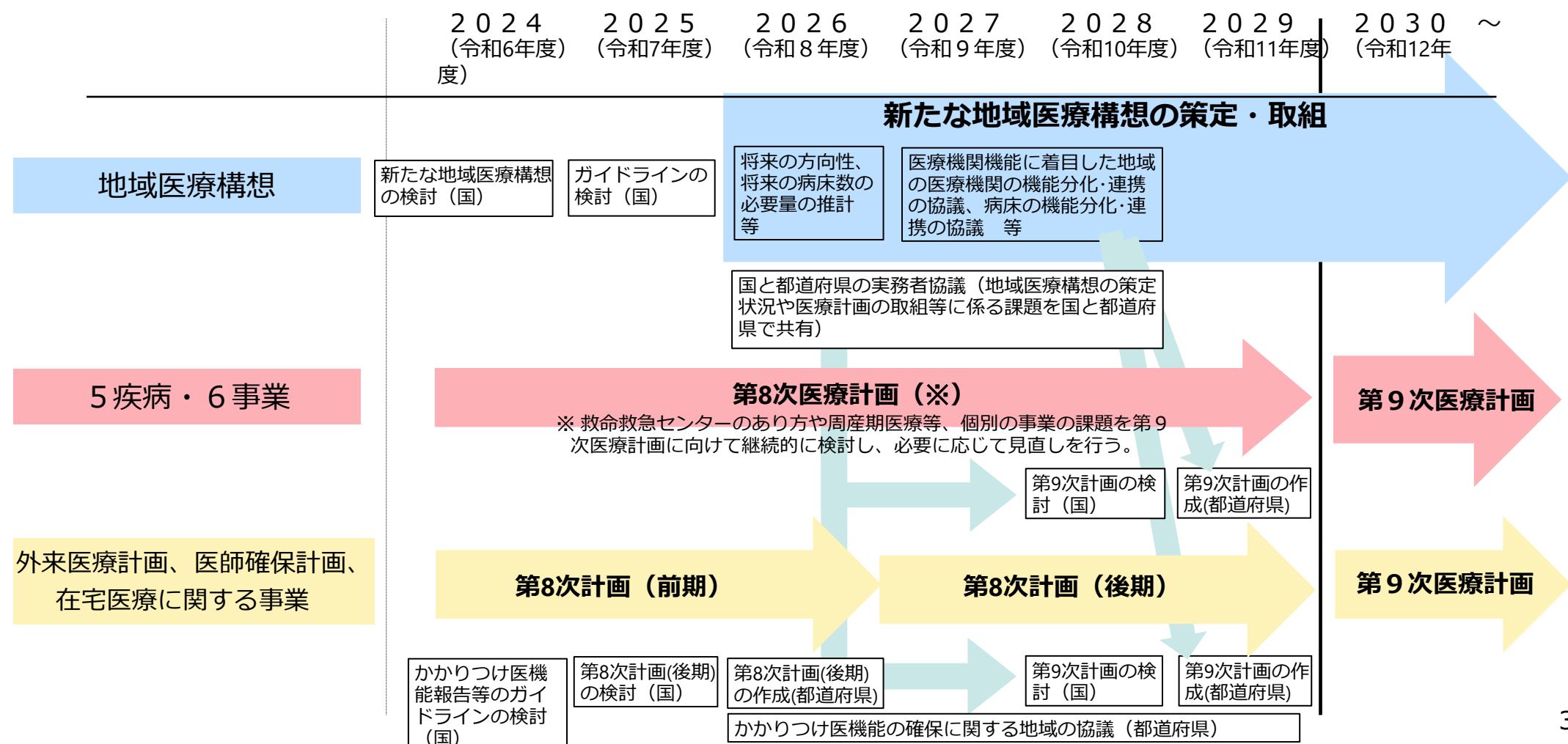
※1 令和6年3月末時点は、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置していたため、母数は341となっている。

※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。

# 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。



# 都道府県における2040年に向けた構想の進め方（イメージ）

2025

2030

2035

2040

## ① 構想の策定

- ・地域の医療提供体制全体の課題の把握
- ・構想区域の点検・見直し
- ・医療機関機能報告、医療機関機能についての議論
- ・必要病床数の算出 等

## ② 具体的取組の検討・開始

- ・医療機関機能の連携・再編・集約化に向けた取組
- ・病床機能の連携・再編・集約化に向けた取組
- ・医療従事者の確保に向けた取組
- ・外来／在宅医療提供体制の構築
- ・介護との連携
- ・アクセスに課題のある区域への対応

## ④ 2040年に向けた医療提供体制の完成

- ・2035年度頃を目途に、2040年に向けた提供体制の確保
- ・2040年まで引き続き点検

## ③ 実現に向けたPDCA

- ・医療機関機能の確保や病床数の状況等を中心に、取組の進捗状況を把握
- ・必要に応じて、見直し等を行う 等

※ 医療法改正法案において、新たな地域医療構想の取組は令和9年（2027年）4月1日施行とされている。  
なお、改正法案の附則において、令和10年（2028年）度中までは新構想の取組を猶予する旨の経過措置が設けられている。

# 医療法等改正法の各施行日について

※下線部分は衆議院での修正によるもの

※公布日が確定日付でないものは別途政令で定める

## 1. 地域医療構想の見直し等

### 【地域医療構想等】

- ・5疾病・6事業・在宅医療に関するロジックモデル
- ・病床数削減支援事業
- ・医療機関機能報告制度の創設
- ・新たな地域医療構想の策定
- ・地域医療構想への精神医療の追加

### 公布日

公布日（～令和9年4月廃止）

令和8年10月

令和9年4月

令和10年4月等

### 【オンライン診療】

- ・オンライン診療の法定化等

令和8年4月

### 【美容医療】

- ・美容医療を行う医療機関による定期報告等

公布後2年以内

## 2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策

- ・重点医師偏在対策支援区域の設定
- ・医師手当事業
- ・外来医師過多区域の無床診療所への対応強化、保険医療機関の管理者要件

令和8年4月

公布後3年以内

令和8年4月

## 3. 医療DXの推進

- ・電子カルテ情報の共有、発生届の経由提出
- ・政府による電子カルテ情報の提供の実現
- ・2030年末までの電子カルテ普及率約100%を達成するよう、クラウド技術等の活用も含む、医療機関の業務における情報の電子化の実現
- ・仮名化情報の利用・提供
- ・支払基金の組織見直し・医療DX方針の策定、公費負担医療等の規定整備

公布後1年以内・3年以内

公布後1年以内

公布後1年以内

公布後3年以内等

公布後1年6月以内・2年以内等

## 4. その他（検討規定）

- ・外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方【施行後3年目途】
- ・医師手当事業に関して保険者等が意見を述べる仕組みの構築
- ・介護・福祉従事者の適切な待遇の確保【速やかに】

令和8年4月

公布日

公布日