

## 新たな地域医療構想

厚生労働省医政局地域医療計画課長

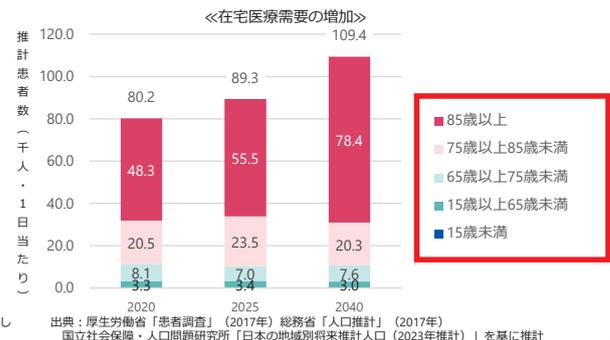
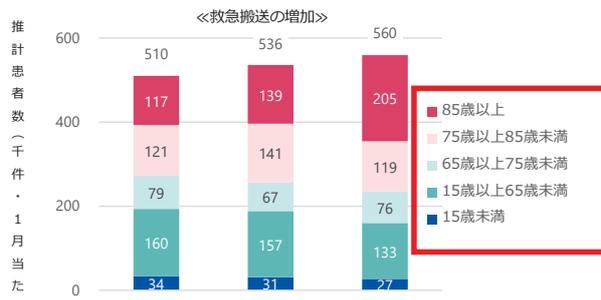
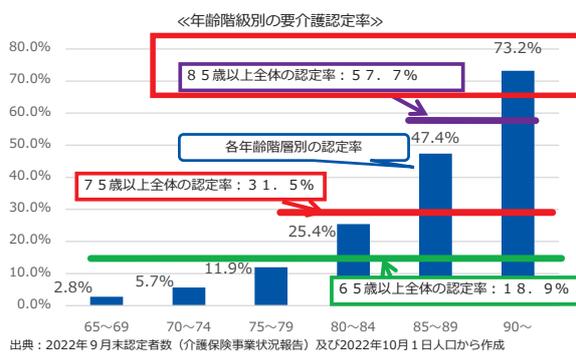
西嶋 康浩

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

### 2040年頃に向けた医療の課題①

#### I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要①

- 人口は、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加見込み。
- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者の増加に伴い、85歳以上を中心に高齢者の救急搬送は増加、在宅医療の需要も増加。

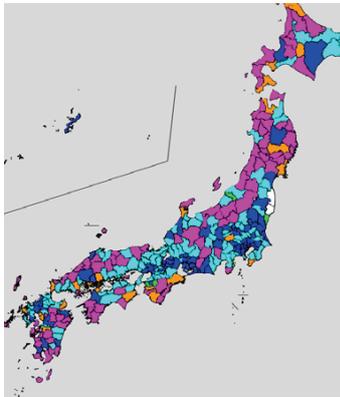


# 2040年頃に向けた医療の課題②

## I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

- 地域ごとにみると、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。
- こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

《入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）》



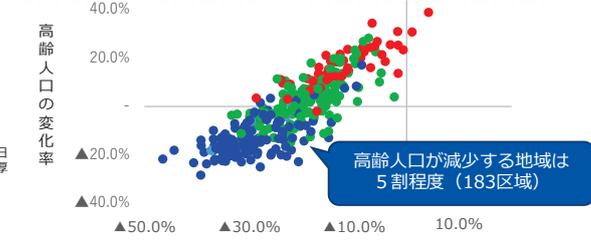
- : 2020以前に最大
- : 2025年に最大
- : 2030年に最大
- : 2035年に最大
- : 2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2016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。

《2025年～2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）》

	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



## II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

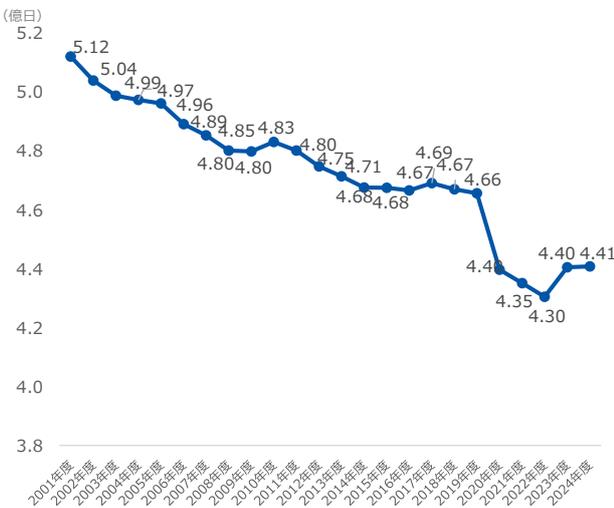
- 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。
- 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。
- 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。
- これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

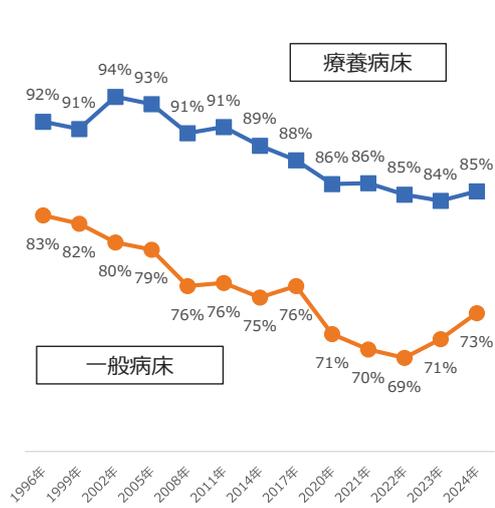
# 近年の入院受療の推移について

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」（2024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

# 2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革

※「●」は法律事項

## 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 入院医療だけではなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る新たな地域医療構想の策定
- 病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について「回復期機能」を「包括期機能」として位置付け
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能、医育及び広域診療機能）の報告制度の創設
- 二次医療圏を基本とした地域での協議のほか、都道府県単位での協議、在宅医療等のより狭い区域での協議を実施
- 新たな構想の取組を推進するための総合確保基金の見直し
- 都道府県知事の権限（医療機関機能報告の創設に伴う必要な機能の確保、基準病床数と必要病床数の整合性の確保等）
- 厚労大臣の責務明確化（データ分析・共有、研修等の支援策）
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付ける

## 医療DXの推進

- 電子カルテ情報共有サービスの構築・普及、次の感染症危機に備えた電子カルテ情報の利用等
- マイナ保険証1枚で医療費助成を受けられる仕組みの整備等
- 公的DBの利用促進などの医療等情報の二次利用の推進
- 社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに係るシステム開発・運用主体として抜本的に改組 等

## オンライン診療の推進

- オンライン診療の法定化・基準の明示
- オンライン診療受診施設の設置者による届出 等

その他、下記の措置を行う

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

## 医師偏在対策

### <医師確保計画の実効性の確保>

- 「重点医師偏在対策支援区域」の設定
- 「医師偏在是正プラン」の策定

### <地域の医療機関の支え合いの仕組み>

- 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の公的医療機関等への拡大等
- 外来医師過多区域における、新規開業希望者への地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請・勧告・公表と、保険医療機関の指定（6年から3年等への短縮）を連携して運用
- 保険医療機関の管理者要件

### <経済的インセンティブ等>

- 重点医師偏在対策支援区域における支援を実施
  - 診療所の承継・開業・地域定着支援
  - 派遣医師・従事医師への手当増額
    - 保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える
  - 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関への支援
- ※ 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討
- 全国的なマッチング機能の支援
- 医師養成過程を通じた取組

## 美容医療への対応

- 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入（報告事項）
  - 安全管理措置の実施状況/専門医資格の有無/相談窓口の設置状況等
- 関係学会によるガイドライン策定 等

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

# 医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第87号）の概要

令和7年12月12日公布

## 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・在宅医療に関し、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. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総務法等】

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

### 3. 医療DXの推進【総務法、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匿名化情報の利用・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 医師手当事業に関し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

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、一部の規定は公布日（1①-2及び1③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1②）、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）

# 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処遇の確保【速やかに】

令和8年4月

公布日

公布日

7

## 病床数の適正化に対する支援

令和7年度補正予算 3,490億円

### 施策の目的

- ・ 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

### 施策の概要

- ・ 「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。  
（概要）医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。  
（交付対象・交付額）病院（一般・療養・精神）・有床診：4,104千円/床（ただし、休床の場合は、2,052千円/床）

### 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

（イメージ図）



- ・ 医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
- ・ 基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する（10/10）

### 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。人口減少等により不要となると推定される、約11万床（※）の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数（厚生労働省調べ）。

※約11万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

8

# 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"> <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。</li> <li>※ 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。</li> <li>※ 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。</li> <li>※ 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。</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、集中的なりハビリテーション、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た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

- 医療及び広域診療機能
  - ・ 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。

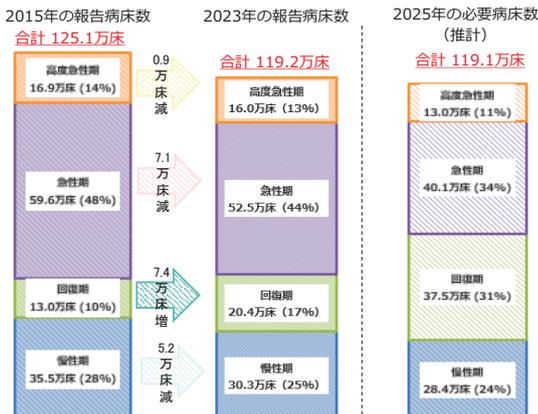
## 1. 地域医療構想の見直し等① 新たな地域医療構想の概要

### 現行の地域医療構想

#### 病床の機能分化・連携

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

<全国の報告病床数と必要病床数>



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

### 新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。

- 病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めたあるべき医療提供体制の実現に資する新たな地域医療構想を策定。

- 2040年やその先を見据えて、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要。このため、病床の機能分化・連携に加え、
  - ・ 地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）
  - ・ 広域な観点の医療機関機能（医療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）

## 地域における協議の進め方について

- 改正医療法において、地域医療構想の策定は2028年度末までに行うこととされている。新たな地域医療構想においては、入院医療に加え、外来・在宅医療等についても対象とする中、都道府県が効果的に協議を運用するため、協議の内容、協議の場、スケジュールについてガイドラインにおいて整理が必要。
- 協議の内容について、検討開始直後はまず現状の把握をし、地域ごとの課題を共有するフェーズ、より詳細なデータの分析などを踏まえながら区域の設定や医療機関機能の確保といった議論を進めるフェーズ、いくつかの対応案の作成及び協議を行うフェーズ、地域医療構想として策定し取組を推進するフェーズ等、多段階で行うことが想定される。

### 協議の進め方にあたり整理が必要な事項

- ① 協議する事項 ②地域医療構想調整会議のあり方 ③スケジュール

#### 協議する事項

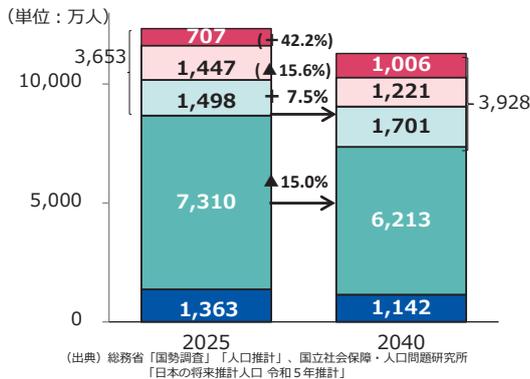


- 人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等の基本的なデータを用いて、現状や今後の課題を共有する。
- 区域の見直しや医療機関機能の確保その他の地域で特有の課題について、詳細なデータの分析などを行いながら協議、検討を行う。
- 働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等のさまざまな要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。
- 地域医療構想を策定し、取組を本格的に進める。

## 2040年に向けた課題

- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

#### <日本全体の課題（人口構造の変化）>



#### <地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



### 大都市型

<b>医療需要</b> ○ 地域の人口：横ばい → ○ 高齢者人口：増 ↑ ○ 在宅医療需要：増 ↑ ○ 外来医療需要：横ばい →	<b>生産年齢人口</b> ○ 一部の地域で増 ↑ ○ 多くは0～30%程度減 ↓
<b>課題</b> ○ 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備等	

### 地方都市型

<b>医療需要</b> ○ 地域の人口：減 ↓ ○ 高齢者人口：増 ↑ ○ 在宅医療需要：増 ↑ ○ 外来医療需要：減 ↓	<b>生産年齢人口</b> ○ 0～40%程度減 ↓
<b>課題</b> ○ 支え手の減少に対応できる提供体制の構築等	

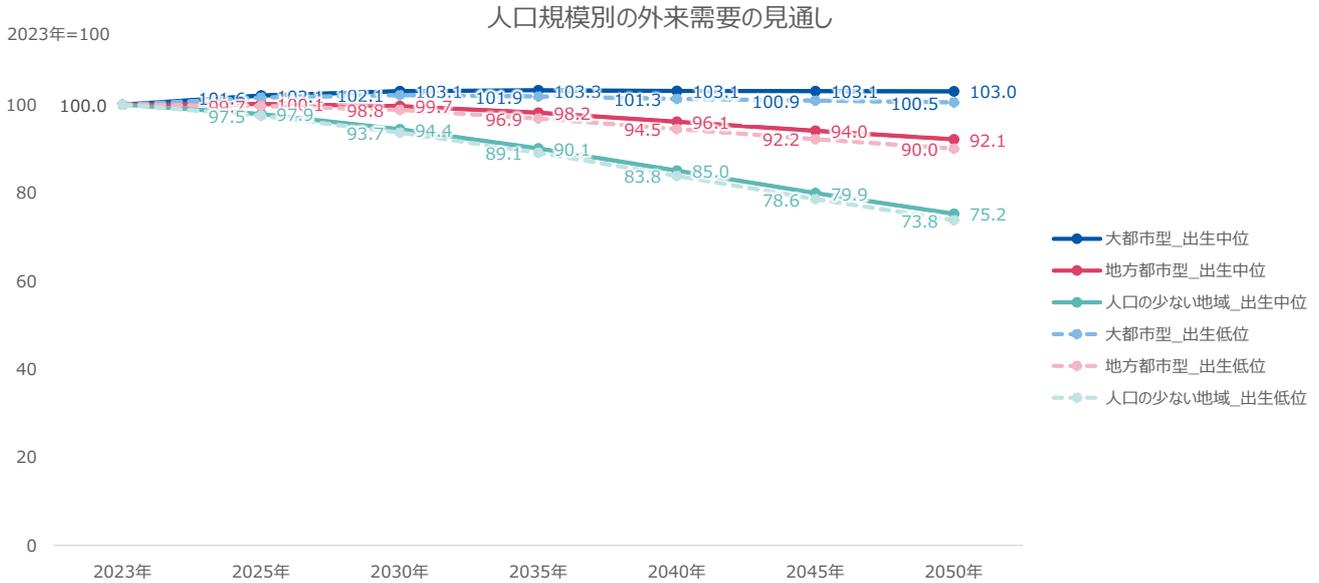
### 人口の少ない地域

<b>医療需要</b> ○ 地域の人口：減 ↓ ○ 高齢者人口：減 ↓ ○ 在宅医療需要：増 ↑ ○ 外来医療需要：減 ↓	<b>生産年齢人口</b> ○ 10～50%程度減 ↓
<b>課題</b> ○ 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持等	

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

## 外来医療の需要について

- 外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少することが見込まれる。



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）」、「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推計。

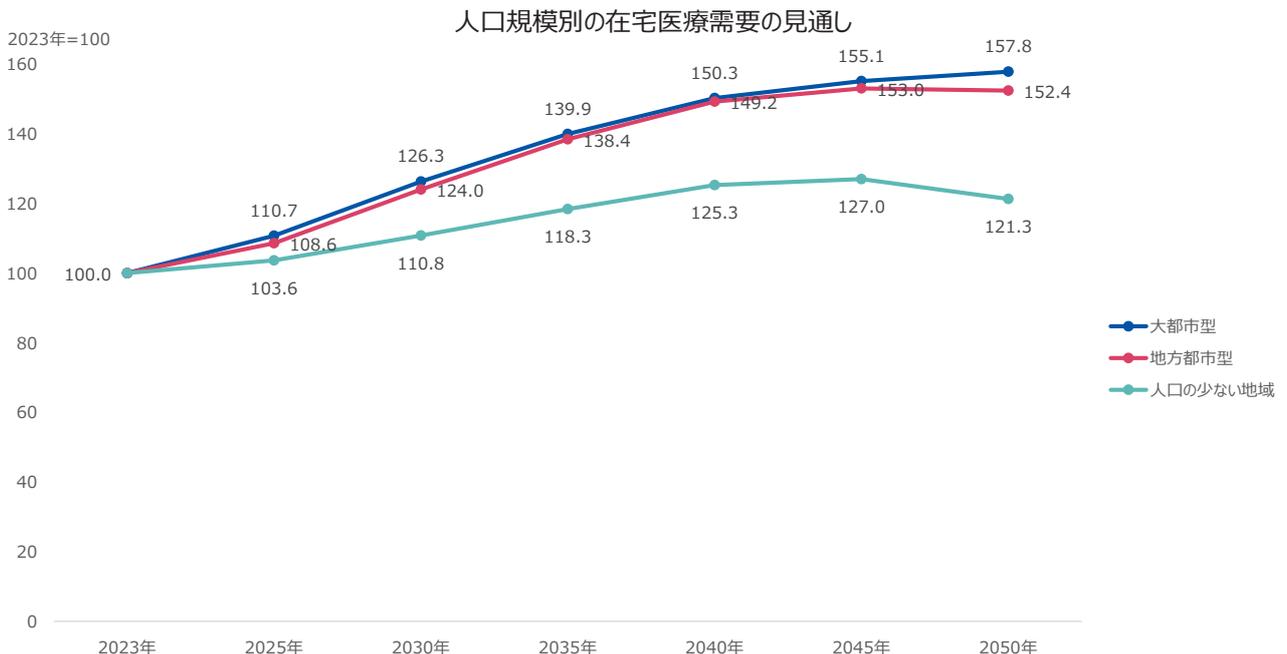
※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

※外来需要は通院患者に限る。

※出生低位人口については、2025年から2050年までの地域別将来推計人口の全国計が全国推計の出生低位（死亡中位）推計に一致するように、性別・年齢階級別に定率を乗じて補正することにより作成。

## 在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。

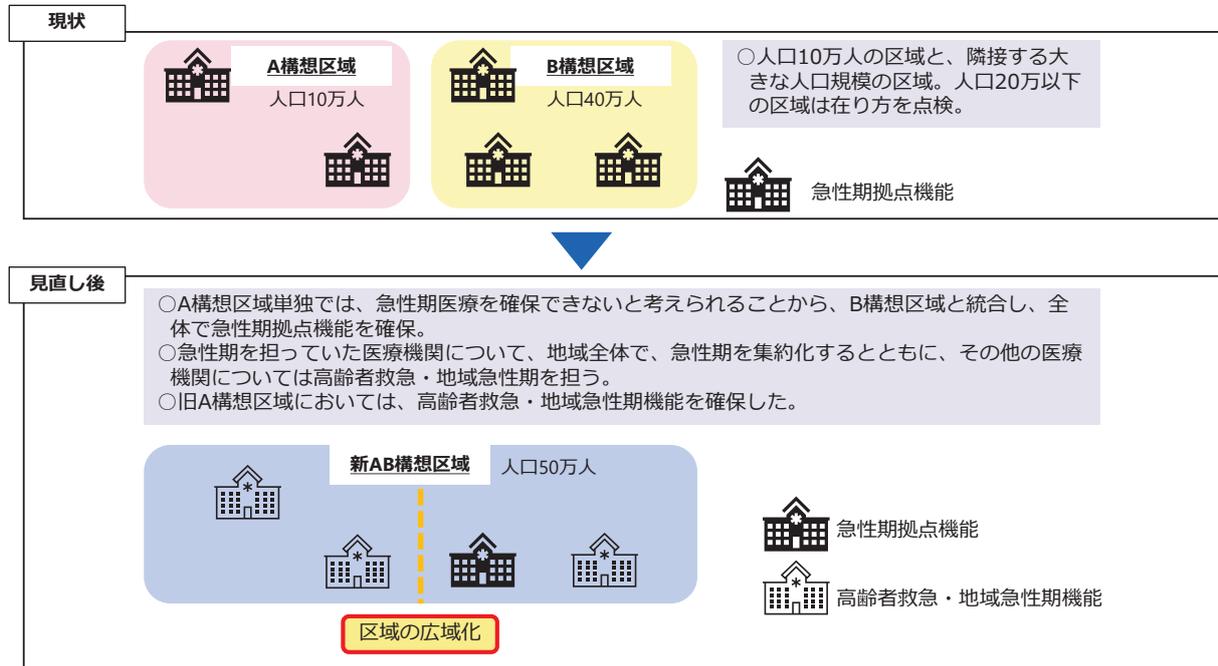


資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※二次医療圏（330圏域）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

## 人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。



## 包括期機能について

包括期機能は、これまでの回復期機能に加え、「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」が追加されており、必要病床数の推計に当たっては、この機能の変化も踏まえて、適切なデータを活用し、設定することが必要。

### 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"> <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、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）</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>



## ② 改革モデルについて（医療機関機能に係る取組等）（案）

### 論点

#### 包括期機能について

- 増加が見込まれる高齢者救急のうち、一定割合の患者については医療資源投入量が高くとも、包括期機能を有する病床に対応することが必要である。これまでの必要病床数の算定においては、年齢にかかわらず医療資源投入量の多寡に応じて病床数の推計を行ってきたところ、これまでの検討会での議論において、今後の必要病床数の算定に当たっては、75歳以上の患者について、急性期と見込まれる患者のうち、一定割合を包括期として算出することと整理してきた。75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、**これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む**こととしてはどうか。
- 包括期機能を新たに位置付け、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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の確保を推進することとしている。こうした中、回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込んで推計することとしてはどうか。あわせて、患者の状態に応じた適切なリハビリテーションを推進する観点から、介護老人保健施設について、リハビリテーションを提供することができること等の介護との連携や退院後のリハビリテーションの提供についても、ガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

#### 医療機関機能に係る取組について

- 医療機関機能の確保のための取組を推進し、医療機関の連携・再編・集約化を進めることとしており、また、昨今の医療需要の変化を踏まえ、新たな地域医療構想に向けて、病床数の適正化を支援する事業を実施することとしている。必要病床数の算出にあたり、医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。今後の医療機関機能の確保のための取組や病床数適正化の取組により、病床利用率が上昇する可能性があることを踏まえ、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率については、現構想と同様に高度急性期75%、急性期78%、包括期90%、慢性期92%とすることとしてはどうか。

17

令和7年10月3日第119回社会保障審議会医療部会資料（一部改）

## 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	（急性期の総合的な診療機能） <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> （急性期の提供等にあたっての体制について） <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>	○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。 <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> 等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） <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体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急車受け入れ台数</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> 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） <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> （地域との連携機能） <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入れ体制の確保等、平時からの協体制</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> 等
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> 等

18

# 1. 地域医療構想の見直し等② 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

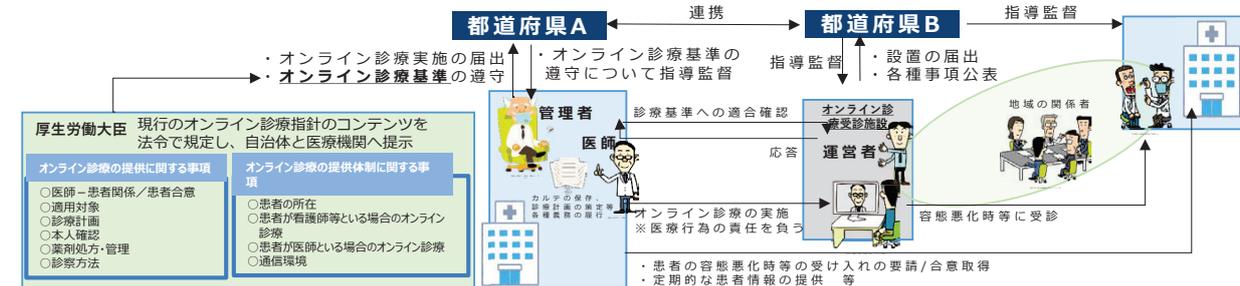
### オンライン診療を行う医療機関

- 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付け、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。



## 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
オンライン診療① D to P	医療機関	• 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
オンライン診療② D to P with N	医療機関	• 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。
オンライン診療③ D to D	医療機関	• 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
巡回車	地方自治体	• 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。
医師の派遣	都道府県・医療機関	• へき地等へ代診医等を派遣。
巡回診療	医療機関	• 医療従事者が乗車した移動診療車が出向き、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。
宿泊施設の整備	医療機関	• 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。
交通費・宿泊費補助	地方自治体	• 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。
有床診療所	医療機関	• 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。
隣接する都道府県との連携	都道府県	• 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。

# 地域医療構想策定ガイドラインについて

- 地域医療構想の策定については、地域医療構想策定ガイドライン（平成29年）において、主に構想の策定に向けて①議論を行うための区域の設定、②必要病床数等、地域における関係者間の議論を行うためのデータ共有、③対応案の作成と、④策定後に取組を推進するための事項について定められている。

## 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PDCA

### 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

### ① 区域の設定

次期GLにおいても、二次医療圏をベースに整備。医療需要、医療資源、医療機関機能の確保等のため、適切となる区域を設定することが必要。

相互に関連

### ② データの共有

次期GLにおいても、人口等の基礎的なデータの他、必要病床数等の将来の医療需要や医療資源の確保等、地域での議論に資するデータを収集し、関係者間で認識の共有を図ることが必要。

### ③ 対応案の作成

次期GLにおいても、現状を維持した場合や連携・再編・集約化した場合等の複数の案を比較衡量して、関係者間で将来像を共有することが必要。

### ④ 取組の推進

次期GLにおいても、地域医療構想策定後の取組の推進に向けて、地域医療構想調整会議の運営等に関する検討が必要。

21

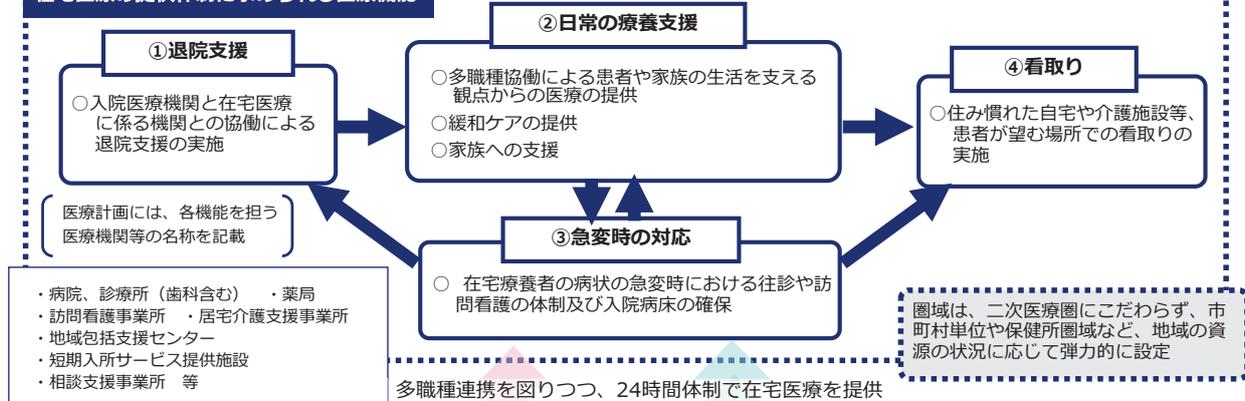
# 在宅医療の体制について

令和5年度第2回医療政策研修会  
第1回地域医療構想アドバイザー会議  
令和5年9月15日  
資料4

- 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 ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能



## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

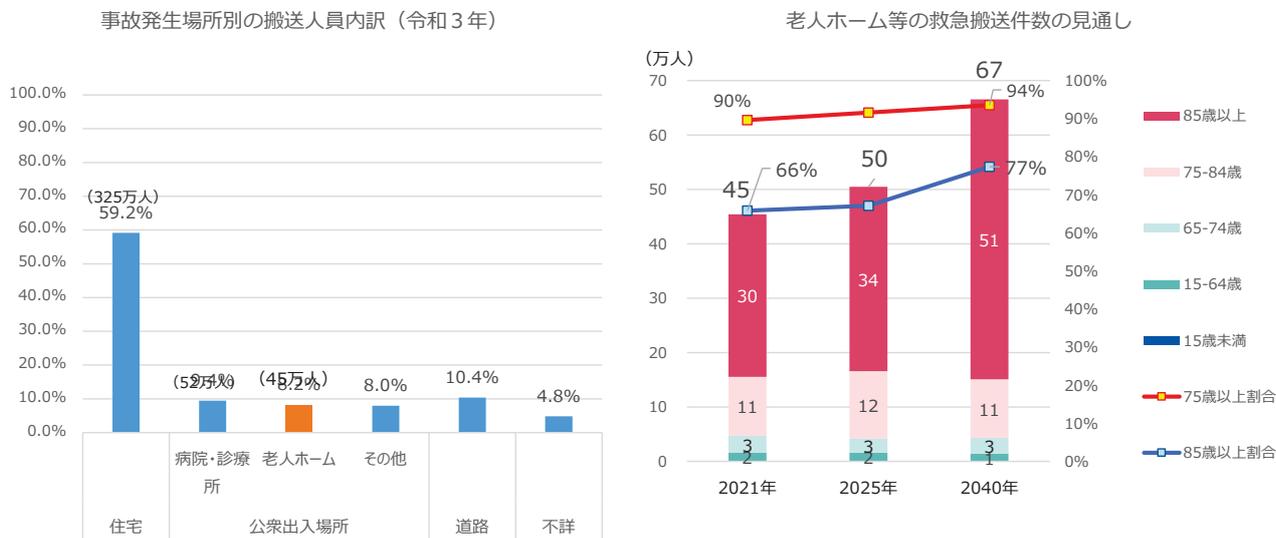
・在宅療養支援診療所  
・在宅療養支援病院 等

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築 等

・市町村 ・保健所  
・医師会等関係団体 等

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。



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

## 救急医療提供体制に係る主な課題と取組

- ・ 高齢人口の増加による都市部を中心とした救急搬送の増加や、生産年齢人口の低下に伴う医療従事者の減少に対応するため、医師や医療従事者の確保等の体制強化や、患者や介護従事者等の医療従事者以外も含めた取組が重要となる。

### 救急医療提供体制に係る主な課題

- ・ 高齢人口が増えると見込まれる大都市等での搬送件数の増加
- ・ 人口が少ない地域等での生産年齢人口の低下による担い手の減少
- ・ 救急要請のあり方の変化

### 主な取組

#### ① 受入体制の構築・強化

- ・ 包括期機能を有する病床の整備や役割分担等による入院受入体制の強化
- ・ 初期救急等を担う医師や専門職種の確保、タスクシフト 等

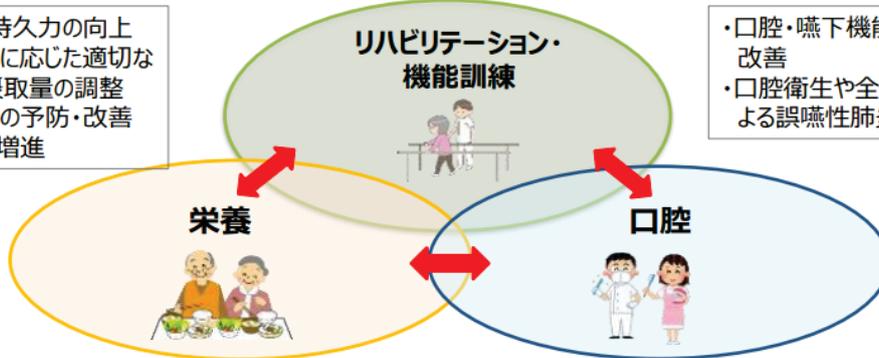
#### ② 救急の適正利用

- ・ # 8000、# 7119等の患者・市民へのサポート
- ・ 介護保険施設等との平時からの連携体制の確保、重症化に未然に対処し適切な受診につなげる取組 等

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながる事が期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

・筋力・持久力の向上  
・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整  
・低栄養の予防・改善  
・食欲の増進



・口腔・嚥下機能の維持・改善  
・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

## 介護施設等において提供可能な医療処置

- ・ 介護施設等においては一定の医療処置が可能である。
- ・ 「経鼻経管栄養」について提供可能と答えた施設は、介護老人福祉施設では32.1%、介護老人保健施設では42.5%、介護医療院では97.8%であった。
- ・ 「静脈注射(点滴含む)」について提供可能と答えた施設は、介護老人福祉施設では50.3%、介護老人保健施設では70.6%、介護医療院では94.7%であった。
- ・ 「ターミナルケア」について提供可能と答えた施設は、介護老人福祉施設では78.4%、介護老人保健施設では77.8%、介護医療院では95.7%であった。

### 介護施設等において提供可能な医療処置の割合 (外部医療機関の支援を受けて対応するものを含む)

	介護老人福祉施設 825	介護老人保健施設 320	介護医療院 323	養護老人ホーム		軽費老人ホーム		特定施設入居者生活介護 545	認知症対応型共同生活介護 569
				(特定施設)	(特定施設以外)	(特定施設)	(特定施設以外)		
1) 胃ろう・腸ろうによる栄養管理	80.6%	90.0%	97.8%	12.9%	8.8%	20.7%	3.6%	66.1%	7.0%
2) 経鼻経管栄養	32.1%	42.5%	92.3%	5.2%	4.0%	6.9%	1.5%	30.8%	4.6%
3) 中心静脈栄養	5.0%	9.7%	52.3%	1.3%	0.7%	1.4%	0.9%	19.4%	3.3%
4) カテーテル(尿管カテーテル・コンドームカテーテル)の管理	93.3%	95.0%	97.8%	65.9%	52.2%	56.6%	15.4%	91.9%	41.7%
5) ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	82.4%	89.7%	89.2%	65.1%	52.6%	57.9%	19.0%	88.4%	32.5%
6) 喀痰吸引	78.9%	93.8%	98.0%	37.5%	27.2%	29.7%	2.4%	61.8%	22.0%
7) ネブライザー	45.9%	59.1%	85.4%	25.4%	21.3%	31.7%	7.1%	53.0%	17.6%
8) 酸素療法(酸素吸入)	73.1%	71.3%	95.7%	56.5%	48.9%	57.9%	23.7%	87.9%	41.7%
9) 気管切開のケア	7.4%	23.4%	61.6%	2.2%	3.3%	4.1%	0.9%	16.7%	2.1%
10) 人工呼吸器の管理	2.1%	2.2%	11.1%	0.4%	2.2%	2.1%	1.5%	7.5%	1.4%
11) 透析	20.1%	10.6%	10.8%	28.4%	22.4%	26.2%	19.6%	56.3%	11.4%
12) 静脈内注射(点滴含む)	50.3%	70.6%	94.7%	42.2%	30.1%	31.7%	10.7%	52.7%	26.0%
13) 皮下、皮下及び筋肉注射(インスリン注射を除く)	57.3%	64.7%	93.5%	44.8%	30.5%	30.3%	13.1%	60.0%	23.7%
14) 微量血糖測定	81.0%	93.4%	96.9%	71.1%	62.9%	60.0%	28.5%	88.1%	34.1%
15) インスリン注射	78.9%	89.7%	94.7%	60.8%	55.5%	55.2%	28.8%	85.9%	24.8%
16) 疼痛管理(麻薬なし)	70.3%	79.1%	88.9%	58.6%	51.5%	60.7%	15.7%	83.7%	40.8%
17) 疼痛管理(麻薬使用)	32.5%	25.6%	58.8%	25.0%	19.5%	27.6%	7.1%	54.9%	13.4%
18) 創傷処置	92.4%	93.4%	96.6%	82.4%	83.4%	83.4%	31.5%	95.2%	68.0%
19) 褥瘡処置	95.3%	95.0%	97.5%	88.8%	73.9%	82.1%	20.2%	97.6%	67.3%
20) 洗濯	92.4%	94.1%	96.6%	85.8%	75.7%	78.6%	24.9%	95.8%	64.7%
21) 排便	94.5%	97.8%	98.1%	91.4%	80.5%	82.1%	22.6%	97.4%	61.0%
22) 尿意	71.9%	88.8%	95.0%	50.9%	34.2%	42.8%	11.0%	71.0%	27.6%
23) 膀胱洗浄	52.4%	64.4%	86.4%	31.5%	18.8%	22.8%	5.0%	50.1%	14.1%
24) 持続モニター(血圧、心拍、酸素飽和度等)	10.4%	30.9%	85.1%	7.3%	10.7%	9.7%	6.2%	21.8%	8.6%
25) リハビリテーション	46.1%	96.3%	93.5%	40.5%	19.5%	51.0%	19.3%	60.4%	28.5%
26) ターミナルケア	78.4%	77.8%	95.7%	42.2%	22.8%	45.5%	8.0%	81.7%	64.0%

## 在宅医療を担う医療機関

- 医療計画や診療報酬において、それぞれ、在宅医療を担う医療機関について類型が設けられている。
- 在宅医療の提供においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関は「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」であることや、在宅医療等連携機能、高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関は、高齢者施設などの協力医療機関として、在宅療養患者の入院等の受け入れを行うなど、介護施設との連携を図ることが考えられる。

	診療報酬上の類型	医療計画上の類型	医療機関機能	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所</li> <li>在宅療養支援病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療において積極的役割を担う医療機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療等連携機能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急・地域急性期機能</li> <li>急性期拠点機能</li> </ul>
在宅医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>単独又は連携により、24時間体制で在宅医療を提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自ら24時間対応体制の在宅医療を提供</li> <li>夜間や急変時の対応等、他の医療機関の支援</li> <li>災害時に備えた体制構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自院による在宅医療の提供や地域の訪問看護ステーション等の支援が求められる</li> <li>加えて、地域によっては、在宅の後方支援として在宅相当患者の受け入れなどが求められる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特に人口の少ない地域等においては、在宅医療等連携機能も担い、自院が在宅医療の提供を行うことも想定される</li> </ul>
在宅療養患者の入院等の受け入れ	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院機能を有する場合には、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院機能を有する場合には、患者の病状が急変した際の受け入れを行う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養患者の入院の受け入れを行う</li> <li>高齢者施設等の協力医療機関となる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>それぞれの機能に応じた入院医療を提供</li> <li>また、高齢者救急・地域急性期機能においては、高齢者施設等の協力医療機関となる</li> </ul>
病床規模	病院は200床未満 (医療資源の少ない地域では280床未満)	特になし	特になし	

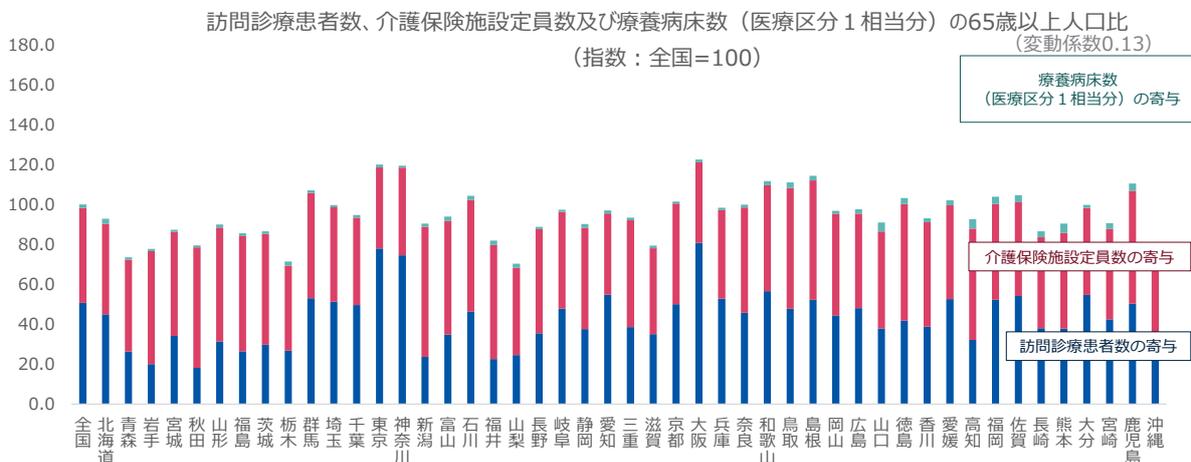
27

\*在宅療養支援病院については、当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと半径4km以内に診療所が存在しない又は200床未満が要件とされている

## 慢性期の需要に対応する主な医療・介護サービス（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）

令和6年11月8日 新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

- 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。
- 慢性期の需要に対する医療提供体制の整備については、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。

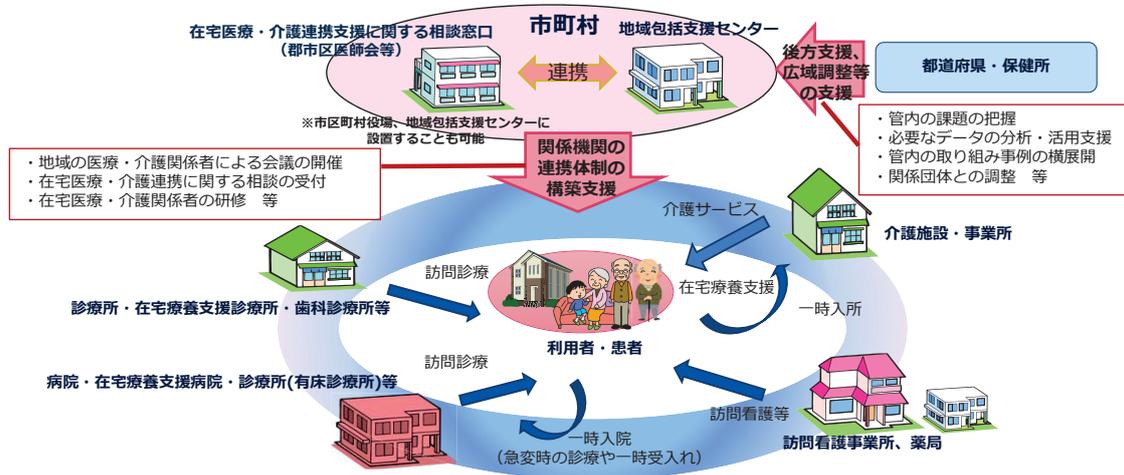
※ 介護保険施設定員数については、介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

※ 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）に対し療養病床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。

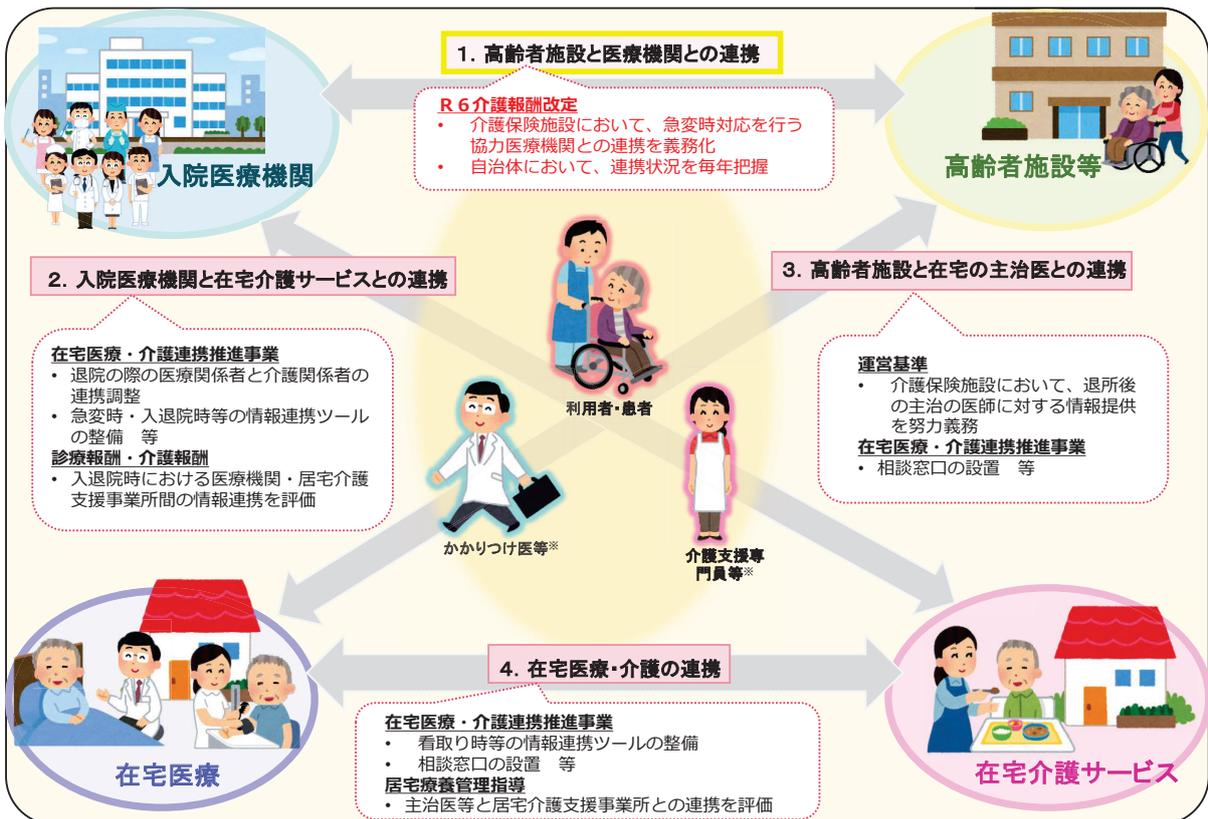
28

## 在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
  - （※）在宅療養を支える関係機関の例
    - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
    - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
    - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
    - ・介護施設・事業所（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



## 医療・介護連携の主な取組について



※医療と介護に係る多職種が関わっていることに留意が必要。

協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
<p>■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。</p>	
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院	
<p><b>【基準】</b></p> <p>ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。「経過措置3年間」</p> <p>① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。</p> <p>② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。</p> <p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。</p>	
協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
<p>■ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。</p>	
特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★	
<p><b>【基準】</b></p> <p>ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。</p> <p>① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。</p> <p>② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。</p>	

## 協力医療機関の役割について

中医協 総-2  
7. 8. 27

- 令和6年度介護報酬改定において、介護保険施設（介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、より適切な対応を行う体制を確保する観点から、協力医療機関との実効性のある連携体制に資する要件が定められた。
- 令和6年度診療報酬改定において、在宅病、在宅診、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院について、求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこととされた。

協力医療機関との連携体制の構築	省令改正
<p>■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。</p>	
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院	
<p><b>【基準】</b></p> <p>ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。「経過措置3年間」</p> <p>① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。</p> <p>② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。</p> <p>イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。</p> <p>ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。</p>	

### 医療機関と介護保険施設等の連携の推進

- ▶ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院及び地域包括ケア病棟を有する病院において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

## 新たな地域医療構想における検討事項と協議の場（案）

- 新たな地域医療構想において各検討する事項の協議の場については、都道府県ごとの既存の協議体と一体的に実施することや主な既存の協議体の議論を調整会議に報告するといった、都道府県の体制に応じて柔軟に設定できることとしてはどうか。

	具体的な検討事項	主な既存の協議体
全体的な事項・広域的な連携に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療提供体制についての都道府県の方針、大学病院との連携に関する事項等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療審議会</li> <li>都道府県単位の地域医療構想調整会議</li> </ul>
構想区域の見直し、地域ごとの医療機関機能、病床機能に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療構想調整会議</li> </ul>
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来医療の協議の場、かかりつけ医の協議の場（二次医療圏その他の当該都道府県知事が適当と認める区域）</li> </ul>
在宅医療、介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床）</li> <li>患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携</li> <li>不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備）</li> <li>DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>作業部会</li> <li>医療及び介護の体制整備に係る協議の場（二次医療圏※）</li> <li>※二次医療圏と老人福祉圏域が一致していない場合や二次医療圏単位での開催が適当でない場合は、都道府県が適当と認める区域</li> <li>在宅医療・介護連携推進事業に関する協議の場（市町村、都道府県）</li> </ul>
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む）</li> <li>※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医療対策協議会等の各職種の確保対策に係る協議体（都道府県）</li> </ul>

33

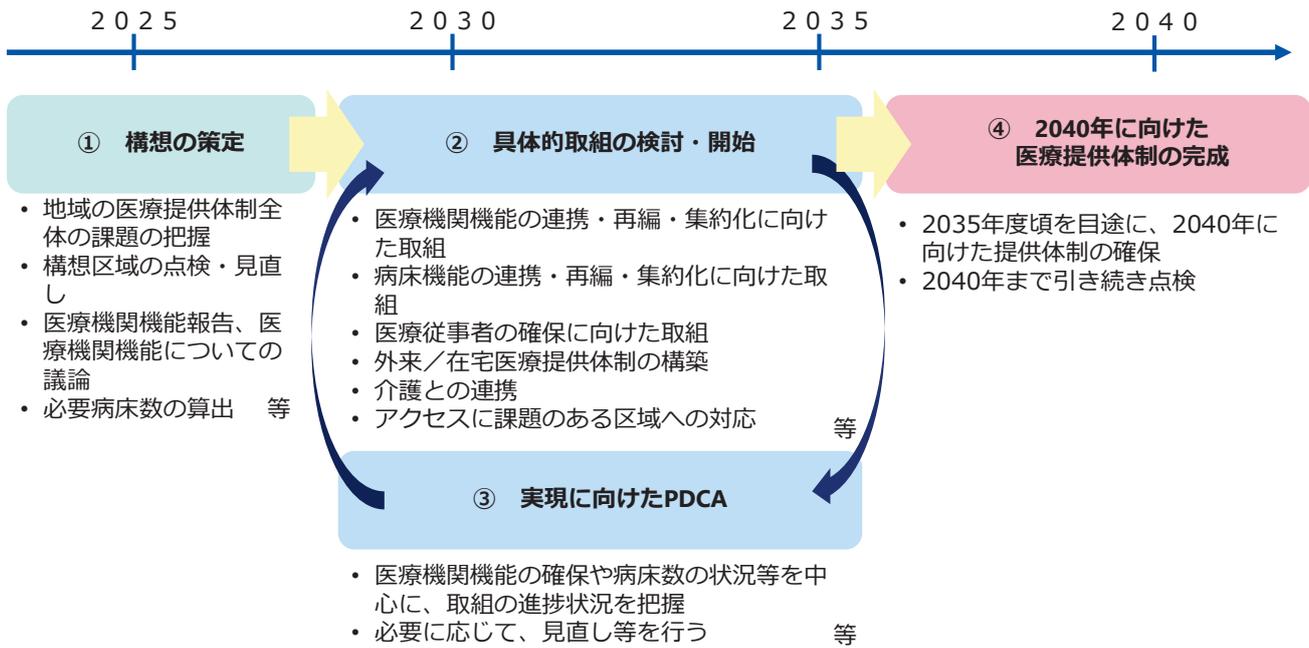
## 調整会議に参加する関係者の役割について（案）

- 地域医療構想調整会議に参加する関係者として位置付けることとなる市町村及び介護関係者について、以下のような役割についてガイドラインにおいて位置付けることとしてはどうか。

	主な役割
市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村立病院の開設者としての観点だけではなく、将来にわたって、地域全体での医療提供を確保するといった観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の提供体制の構築・維持や医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。</li> <li>介護保険事業の実施主体として、介護側の課題を調整会議において共有するとともに、医療側の課題を理解し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。</li> <li>隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。</li> </ul>
介護関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組への協力が求められる。</li> <li>介護施設における入所者の重症化予防に向けた取組や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組を推進することが求められる。</li> </ul>

34

# 都道府県における2040年に向けた構想の進め方（イメージ）



※ 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。

35

## 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とりまとめより作成

### 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、地域の実情に応じて、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

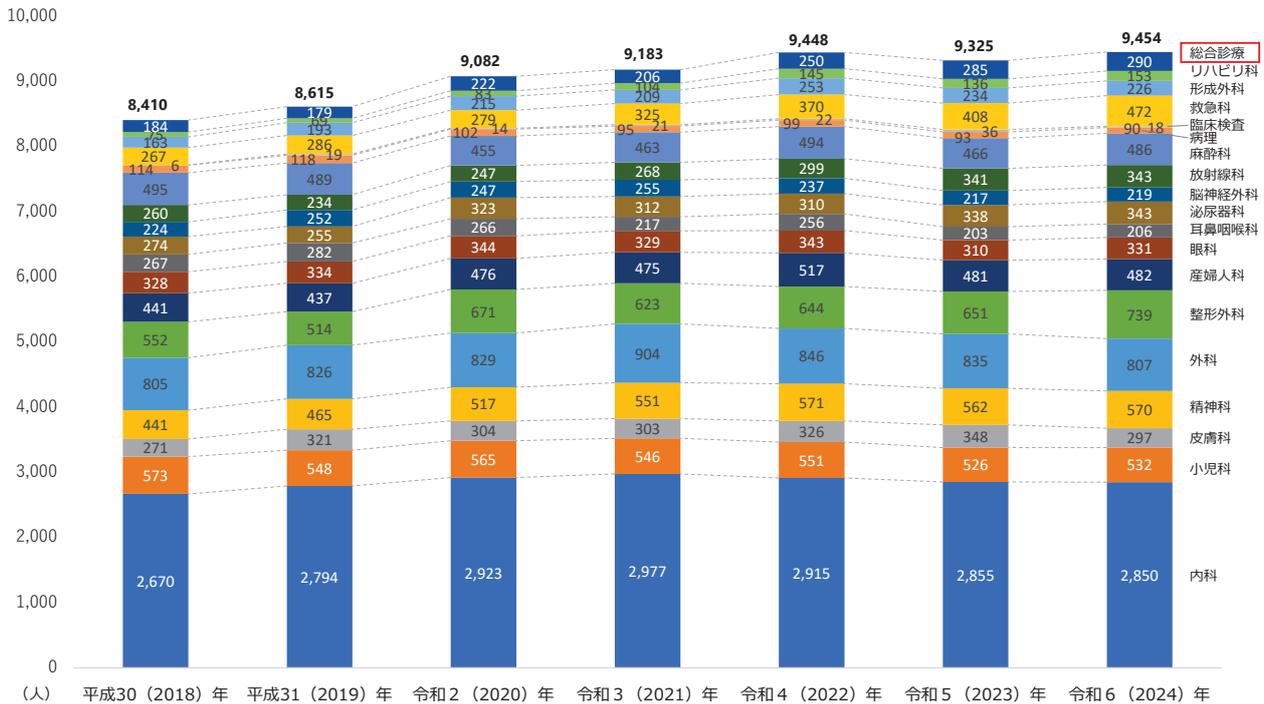
#### （6）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 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

36

# 診療科別専攻医採用数の推移

○ 総合診療を選択する専攻医の数は、経時的に増加傾向にある。



# 総合的な診療能力を持つ医師養成に関する取組【大学・大学病院における取組】

○ 総合的な診療能力を持つ医師の養成を地域で推進するための事業について、令和7年度採択大学を決定し、取組を進めている。

## 総合的な診療能力を持つ医師養成拠点の形成事業

令和7年度当初予算額 4.5億円 (3.0億円)

※ ( ) 内は前年度当初予算額

### 1 事業の目的

○ 医師の地域偏在と診療科偏在の解消に向けた取組のひとつとして、幅広い領域の疾患等を総合的に診ることができる総合診療医の養成を推進することを目的としている。

### 2 事業の概要・スキーム

#### 総合診療医センター(仮称)の設置

- 総合診療科医師を責任者とするいわゆる総合診療の医局・講座をブロック毎に設置し、経験豊富で指導力がある指導医を集約する
- 主に地域枠学生を対象としたシームレスな実習・研修プログラムの策定
- 地域枠学生の選考時から、卒後のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する。
- 医師少数区域等、地域医療を担う医療機関でのバックアップ等体制整備
- 医学生・医師の総合診療医(家庭医や病院総合医など)の多様なキャリアパスを構築支援

ブロック毎の総合診療研修施設ネットワークの確立  
総合診療医センターはハブとして機能  
学術的な側面は、地域における実習や研修において支援

ブロック内医師少数地域等

#### 補助事業内容 各過程横断項目

- 総合診療医センターの医師が自らキャリアパスのモデルを提示
- 総合診療医を目指す医師(特に地域枠入学者)の専門研修へ向けたキャリアに関するサポート
- 研修後の勤務先の提供、調整

#### 補助事業内容 医学教育

- 総合診療科の講座構築のための講師派遣
- ネットワークを用いて指導体制が充実した地域実習(総合診療)を提供し、地域枠学生の医師少数地域等での実習促進

#### 補助事業内容 臨床研修

- 広域ネットワーク化した地域重点型研修プログラムの整備・提供(医師少数区域を含む充実した研修)

#### 補助事業内容 専門研修とその後

- 診療内容の相談対応、診療時対応の際の指導医・上級医のサポート
- 医師少数区域で診療する際のバックアップ機能

### 3 実施主体等

◆実施主体：医師養成課程を有する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条の規定に基づく大学

◆補助率：定額 ◆事業実績：令和7年度交付対象大学数→12大学

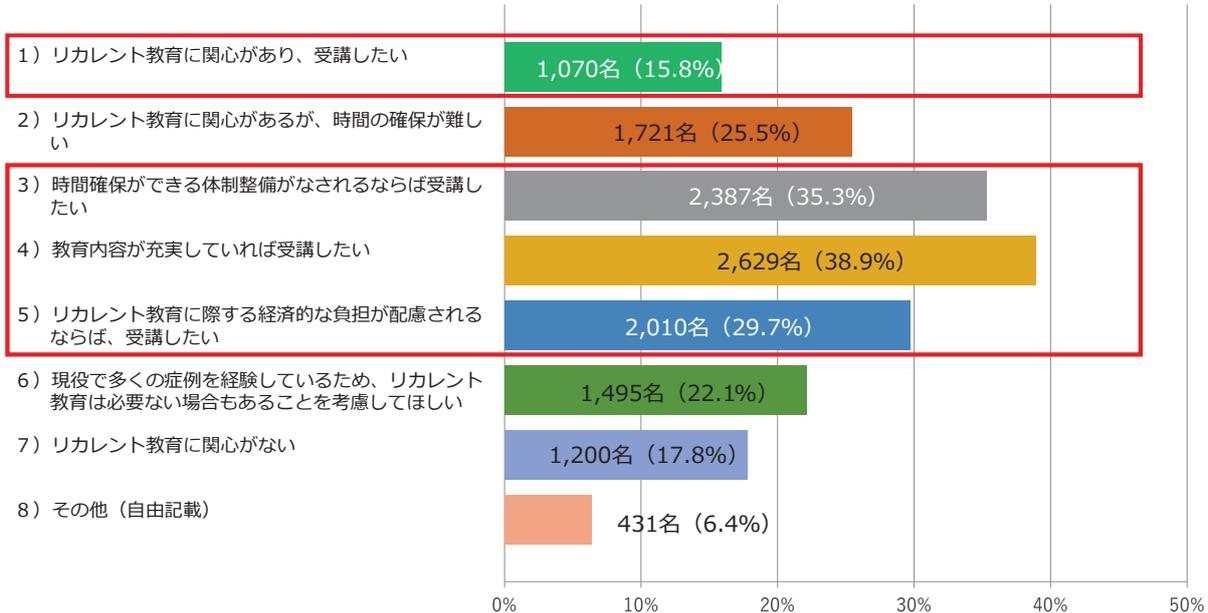
秋田大学、福島県立医科大学、新潟大学、金沢大学、福井大学、三重大学、島根大学、広島大学、山口大学、香川大学、愛媛大学、大分大学

# 参考：（一社）日本医学会連合 アンケート調査結果

調査結果① リカレント教育について、あなたはごどう思いますか。（複数選択可）



回答者数：6,760名



調査対象：日本医学会連合加盟学会のうち臨床系の学会会員\*を対象にしたアンケート調査  
 (\*）臨床内科部会、臨床外科部会、基礎部会、社会部会のうち臨床系の学会  
 調査期間：令和6年11月27日～12月9日

出典：地域医療の向上と研究力の向上に関する意識調査（中間報告）  
 （一般社団法人日本医学会連合（令和6年12月12日））

令和7年12月8日

第122回社会保障審議会医療部会

資料2-2

## 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

- 2040年に向けて高齢者人口がピークを迎える中で、生産年齢人口（15歳～64歳人口）はさらに減少していき、医療従事者の確保はますます困難となっていくことが見込まれる。また、こうした人口減少のスピードは、地域によって大きく異なるため、早晚、これまでと同じ医療提供が難しくなる地域も出てくる。
- 政府としては、本年6月には、「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」において、サービス業を中心に、人手不足が取り分け深刻と考えられる12業種については、その生産性を向上させる必要性が一層高いとされ、「省力化投資促進プラン（医療分野）」を策定した。
- 2040年に向けて、医療従事者を安定的に確保し、質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、医療機関の業務効率化・職場環境改善による生産性向上、タスク・シフト/シェアの推進、地域における医療職種の養成体制の確保や養成課程を含めた環境整備等について、必要な制度的対応を含め、取り組むことが必要である。

### 1. 医療機関の業務のDX化の推進について

➤ 既に業務効率化に取り組んできた医療機関がその取組を加速化させるとともに、業務効率化に取り組む医療機関の裾野を広げ、医療界全体の実効ある取組とするため、以下の対応を行う。その際、全ての医療機関が直ちにDX化に対応できるわけではないことを考慮し、拙速な進め方とならないよう、現場の理解を得ながら丁寧に進める。

#### （国・自治体による支援等）

- これまでの試行的・先進的な取組への支援だけでなく、業務のDX化に取り組む多くの医療機関を支援するため、令和7年度補正予算案において、200億円を計上。  
 さらに、業務のDX化による効果の発現には一定の期間を要することを踏まえ、継続的な支援の在り方を検討する。
- 業務のDX化を推進するに当たっては、効果等のエビデンスを蓄積することが重要であるため、統一的な基準により、労働時間の変化、医療の質や安全の確保、経営状況に与える影響等に関する必要なデータを医療機関から収集し、分析する。その際、医療機関の負担が過度なものにならないように留意するとともに、できるだけ簡便な形で収集できる方法を検討する。また、医療機関の情報システムと連携できるよう、医療情報の標準化に留意しながら進めることが必要。
- こうしたエビデンスの蓄積を行いながら、医療の質や安全の確保と同時に、持続可能な医療提供体制を維持していくことが重要という視点から、業務の効率化を図る場合における診療報酬上求める基準の柔軟化を検討する。
- 医療機関が業務効率化に資する機器やサービスの価格や機能、効果を透明性をもって把握できる仕組みを構築する。また、業務効率化に資する新たな技術開発等を推進する。
- 業務のDX化等の業務効率化に取り組む医療機関の伴走支援のため、都道府県の医療勤務環境改善支援センターの体制拡充・機能強化を図り、医療勤務環境改善支援センターが労務管理等の支援に加え、業務効率化の助言・指導等も行うことを明確化する。地域医療介護総合確保基金を活用した医療勤務環境改善支援センターへの支援をさらに促進するとともに、国から都道府県への技術的助言を行う。

# 医療機関の業務効率化・職場環境改善の推進に関する方向性について（案）

## 1. 医療機関の業務のDX化の推進について（前頁の続き）

- 業務効率化・職場環境改善に積極的に取り組むことが、医療従事者の職場定着にプラスとなり、労働市場における医療従事者の確保面でより有利になるよう、計画的に取り組む病院を公的に認定し、対外的にも発信できる仕組みを地域医療介護総合確保法に創設する。認定の仕組みは透明性がある分かりやすいものとし、医療従事者の視点を入れることも検討する。

### （医療機関の責務の明確化）

- 医療法上、現在、病院又は診療所の管理者は医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に取り組む措置を講ずるよう努めることとなっている。今後は、これらに加え、業務効率化にも取り組むよう努める旨を明確化する。  
また、併せて、健保法上の保険医療機関の責務として、業務効率化・勤務環境改善に取り組むよう努める旨を明確化する。

## 2. タスク・シフト/シェアの推進等、医療従事者の養成体制の確保、医療従事者確保に資する環境整備等について

- 医療機関におけるタスク・シフト/シェアの取組がさらに定着するよう、医療機関が業務のDX化に取り組む際には、併せてタスク・シフト/シェアの実施や業務プロセス自体の見直しを進める。
- 医療関係職種の養成校の定員充足率は近年低下傾向にあり、地域差も大きい状況。今後とも、地域において医療関係職種を安定的に確保できるよう、各地域の人口減少の推移や今後の地域医療構想等を踏まえた各医療関係職種の需給状況を見通しつつ、地域や養成校の実情に応じて、遠隔授業の実施やサテライト化の活用などをはじめ、地域における安定的な養成体制を確保するため国・都道府県等が取り組むべき事項について検討を進める。
- 医療水準を維持しつつ、より少ない人員でも必要な医療が提供できたり、医療関係職種が意欲・能力やライフコースに合わせた働き方・キャリアの選択が可能となって地域において活躍の場が広がることなどにより、若者・社会人にとって医療関係職種がより魅力あるものとなるよう、その養成課程も含めて、例えば以下の対応を行う。
  - ・ 医療関係職種の各資格間において現在でも可能となっている既修単位の履修免除の活用や、養成に係る修業年限の柔軟化など若者・社会人にとっても参入しやすい養成課程とするとともに、医療関係職種の更なる質の向上を図るため、まずは、課題等を把握し、各職種の状況に応じた支援の在り方を検討する。
  - ・ 意欲・能力やライフコースに合わせて、更なるキャリア・スキルの向上を目指す者や、育児・介護等の事情を抱えて働く者への支援や、そうした者が地域や職場でより能力を発揮できる環境整備やセカンドキャリアとして働く上でのマネジメントに関するリカレント教育等の在り方について、具体的に検討を進める。
  - ・ 歯科衛生士・歯科技工士の業務範囲や、歯科技工の場所の在り方については、現在進めているそれぞれの業務のあり方等に関する検討会において具体的に検討を進める。

41

## 複数のICT機器等を導入して看護業務の効率化に取り組んでいる事例

### 転倒・転落予測システムAI

（「看護業務効率化先進事例収集・周知事業」の表彰事例）

- 電子カルテに記載された看護記録をAIが解析し入院患者の転倒転落リスクを評価し、リスクの高い患者の要因を一目で把握する。

#### <主な効果>

- 転倒転落リスク判定に係る時間  
患者1人につき5分 ⇒ 0分へ削減
- 転倒・転落インシデント報告件数  
導入前460件 ⇒ 導入後 284件



### スマートグラスと見守りカメラ

（令和6年度 看護現場におけるデジタルトランスフォーメーション促進事業）

- 病室にカメラを設置し、看護師が装着しているスマートグラスから病室の状況を確認する。



#### <主な効果>

- 夜勤帯の看護師の訪室回数の比較  
導入前後での看護師の訪室回数を同一患者で比較  
導入前16.3回 ⇒ 導入後は13.0回へ削減

### スマートフォン

- スマートフォンのチャット機能、ビデオ通話、ファイルの共有などを1対1だけでなくグループで使用する。

#### <主な効果>

- 移動距離の減少(4~5km/日)  
⇒看護師1人当たり1日100分の時間を創出⇒看護師(200名)の時間外労働が年間6000時間減少
- 日勤から夜勤への申し送りの時間が短縮された。
- 医師からの指示待ちの減少と指示が明確化された。



### 多職種協働セルケアシステム®

- スタッフステーションではなく、より患者に近い廊下を基地として多職種職員（看護職員、理学療法士、看護補助者等）を配置する。



病室前でのセルカンファレンス  
患者の個別性に合わせた質の高い看護やリハビリ提供を目指す

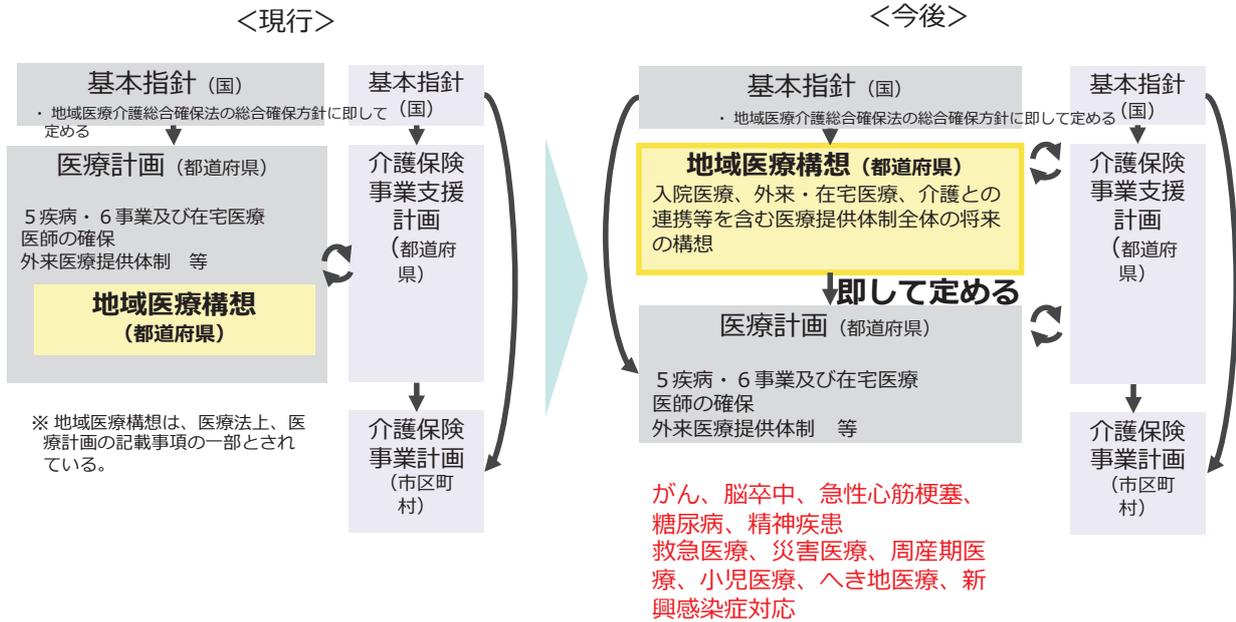
#### <主な効果>

- ベッドサイド滞在時間の増加
- 患者の個別性に合わせたより質の高い看護やリハビリの提供が可能となり不安が軽減された。

複数の取組の結果として、ベッドサイドで患者に寄り添える時間がこれまで以上に創出でき、安全性にも留意しつつ、患者の個別性に合わせた看護やリハビリの提供が可能になった。

出典：HITO病院からの提供資料を基に医政局看護課で作成。

# 新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理



# 新たな地域医療構想と医療計画の進め方

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(一部改)

- 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。

