

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見案

令和6年12月18日
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、医療提供体制の改革について審議を重ねて来たところであり、これまでの議論を踏まえ以下のとおり意見を取りまとめた。

厚生労働省においては本部会の意見を踏まえ、医療提供体制の改革に必要な事項について更に所要の検討を進め、医療法等の改正を行うなど改革に取り組み、着実にその実施を図られたい。

1. 基本的な考え方

- 将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められている。
- 人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。
- 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し、在宅医療の需要も増加することが見込まれる。
- 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。
- さらに、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ことが見込まれ、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア等を着実に推進していくことが重要となる。
- 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、薬剤師、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して、医療提供体制を整備していく必要がある。

- こうしたことを踏まえ、新たな地域医療構想の策定を進め、医師偏在の是正を総合的に推進し、医療分野のデジタル・トランスフォーメーションを確実に着実に推進することで、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していくことが必要である。

2. 具体的な改革の内容

(1) 新たな地域医療構想について

- 本部会における審議も踏まえ「新たな地域医療構想等に関する検討会」においてとりまとめた、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（別添 1）の通りとする。

(2) 医師偏在対策について

- 本部会における審議も踏まえ「新たな地域医療構想等に関する検討会」においてとりまとめた、「医師偏在対策に関するとりまとめ」（別添 2）の通りとする。

(3) 医療 DX の推進について

① 電子カルテ情報共有サービス

- 少子高齢化・人口減少が進展し、医療・介護の担い手確保が厳しくなる中で、より質が高く安全な医療を効率的に提供していくために、医療機関・薬局等で電子的な情報共有が不可欠である。

そのため、必要な電子カルテ情報を医療機関・薬局等で共有する電子カルテ情報共有サービス（以下「共有サービス」）を法律に位置づけ、令和 7 年度（2025 年度）中に本格稼働を行うべきである。

- 具体的には、

- i) 医療機関等が電子カルテ情報（3 文書 6 情報¹）を社会保険診療報酬支払基金等に対して電子的に提供することができる旨を法律に位置づける。法令に根拠を設けることにより、個人情報保護法²の第三者提供に係る本人同意取得の例外として、3 文書 6 情報を提供する都度の患者の同意取得を不要とする。他の医療機関等が、登録された 3 文書 6 情報を閲覧する際には患者の同意を必要とする。

¹ 3 文書：健康診断結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー

6 情報：傷病名、感染症、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、検査、処方

² 個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）

- ii) 支払基金等に提供された 3 文書 6 情報については、共有サービスによる医療機関等への共有以外の目的には使用してはならないこととする。
 - iii) 共有サービスの速やかな普及推進のため、地域医療支援病院、特定機能病院、その他救急・災害時における医療提供を担う病院等の管理者に対する体制整備の努力義務を設けることとする。
 - iv) 次の感染症危機に備えた対応として、医師等が感染症の発生届等を共有サービスを経由して感染症サーベイランスシステムに届け出ることができるようにするとともに、感染症対策上必要な時は、厚生労働大臣から社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」）等に対して必要な電子カルテ情報等の提供を求めることができることとする。
- 共有サービスは、患者（被保険者）、医療機関、保険者、国等に一定のメリットがもたらされることを踏まえ、サービス全体に要する費用をそれぞれが一定程度負担する。国においては、共有サービスに係るシステム・DB 等の開発・改修費用や医療機関の電子カルテシステムの標準化対応の改修費用への財政補助など、サービスの立ち上げに要する費用を負担する。医療機関においては、電子カルテシステムの標準化対応の改修を行うとともに、未導入の医療機関においては標準型電子カルテ等の導入を進める。システムの必要な運用保守を行いながら、電子カルテ情報を登録する。保険者等においては、制度として一定程度確立した後³において、共有サービスに係るシステム・DB 等の運用費用を負担する。
 - 医療機関の電子カルテシステムの改修について、国は十分な支援を行うとともに、電子カルテシステム未導入の医療機関への標準型電子カルテの普及を速やかに進めるべきである。また、国は、電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援について検討すべきである。
 - 今後、透析情報や蘇生処置に関する情報、看護や歯科に関する情報等を共有対象に追加することについて、医療関係者の意見を聴きながら速やかに検討を進めるべきである。

また、電子カルテ情報の利用停止等を求める患者の要望がある場合には、その対応について検討を行うべきである。
 - 電子カルテシステムに記録される情報の保存期間の在り方について、関係者の意見や技術的課題等を踏まえて、検討すべきである。

³ 共有サービスに係るシステム・DB 等については、3 文書 6 情報の共有開始以降も、共有する情報の追加や感染症発生届との連携など必要な機能追加にともなう開発が一定期間継続する見込みである。また、共有サービスが一定程度普及するまでには一定期間を要する。

- 保険者の負担については、共有サービスが一定程度普及し、その効果を見極め、保険者に確実にメリットが生じるようになってからにすべきとの意見も踏まえ、速やかな普及に向けて国としてあらゆる方策を講じるべきである。

- ②マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化（公費負担医療・地方単独医療費助成のオンライン資格確認）について
 - 現状において患者が公費負担医療又は地方単独医療費助成（以下「医療費助成」）を受給するためには、マイナ保険証に加えて、医療費助成に係る紙の受給者証を医療機関・薬局に提示することが必要である。その結果、患者にとっては紙の受給者証を持参する手間が生じるとともに、医療機関・薬局にとっては正確な資格確認が行えないために、資格過誤請求が生じやすいなどの課題が発生している。
 - このため、マイナ保険証 1 枚で医療費助成のオンライン資格確認を実施できるようにすることで、患者にとっては紙の受給者証を持参する手間を軽減できるとともに、正確な資格確認による資格過誤請求の減少を通じて、自治体や医療機関・薬局の医療費の支払・請求に係る事務負担を軽減できるようになるなど、患者、自治体及び医療機関・薬局において様々なメリットが生じることになる。
 - 医療費助成のオンライン資格確認については、令和 5 年度及び 6 年度に 183 自治体（22 都道府県、161 市町村）が先行実施事業に参加しているところ、メリットを全国規模で広げていくため、全国展開の体制を構築することが重要である。このため、自治体システムの標準化の取組の状況等を踏まえつつ、令和 8 年度以降、公費負担医療におけるオンライン資格確認を制度化するとともに、支払基金又は国保連において関連システムの管理・運用等の業務を全国規模で実施するための法的整備を行うべきである。
 - 全国展開の体制の構築以後の関連システムの管理・運用等の業務に要する費用については、福祉事務所が実施主体である生活保護のオンライン資格確認の費用負担等を勘案し、自治体システムの標準化の取組の状況や地域における医療機関・薬局の対応状況を踏まえつつ、医療費助成の実施主体である自治体等が負担する方向で調整を進めることが妥当と考えられる。
 - あわせて、全国展開の体制の円滑な構築に向けて、国は、自治体及び医療機関・薬局のシステム改修が進むよう、環境整備を進めるとともに、自治体や医療機関・薬局に対する十分な情報提供を行うべきである。
 - なお、自治体と医療機関・薬局をつなぐ情報連携基盤（Public Medical Hub（PMH））については、医療費助成のほか、予防接種、母子保健及び自治体検診の分野もあることから、国においては、PMH 全体に係るシステム及び費用負担の全体像を示すとともに、自治体の過度な負担にならないよう配慮すべきである。

③医療等情報の二次利活用の推進

○ 医学・医療分野のイノベーションを進め、国民・患者にその成果を還元するためには、医療等情報の二次利用を推進することが重要であるが、我が国においては、いくつかの課題があることが指摘されている。そのため、以下の対応を進めるべきである。

i) 電子カルテ情報の二次利活用

現在構築中である共有サービスで共有される電子カルテ情報について、氏名等を削除するなどして個人が特定できない形にして、二次利用を可能とする。その際、匿名化・仮名化情報⁴の利活用を可能とする。具体的な制度設計については、医療関係団体等の関係者や利活用者の意見を踏まえながら検討する。

ii) 医療・介護の公的 DB⁵の仮名化情報の利活用

公的 DB について、仮名化情報の利活用を可能とし、他の公的 DB の仮名化情報や次世代医療基盤法⁶に基づく認定作成事業者の DB の仮名加工医療情報との連結解析を可能とする。仮名化情報を提供する DB については、個人情報保護法上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置や不適正利用の禁止、職員の義務等の措置を講ずる。仮名化情報を利用は「相当の公益性がある場合」に認めることとし、利用目的や内容に応じて必要性やリスクを適切に審査する。さらに、仮名化情報の利用に当たっては、クラウドの情報連携基盤上で解析等を行いデータ自体を相手に提供しないことを基本にするとともに、匿名化情報よりも厳格な管理を担保するため、厚生労働大臣による利用者に対する措置要求の義務や、利用者に対する従業者の監督の義務、罰則等を上乗せで設ける。

iii) 公的 DB 等の利用手続・利用環境の整備

公的 DB 等に研究者・企業等がリモートアクセスし、一元的かつ安全に利用・解析を行うことができるクラウドの情報連携基盤を構築する。情報連携基盤のセキュリティ要件や必要な機能等については、有識者の意見を聞きながら引き続き検討する。

公的 DB 等の利用申請の受付、利用目的等の審査を一元的に行う体制を整備する。

⁴ 氏名等の削除等によりそれ単体では個人の識別ができない加工した情報

⁵ 厚生労働大臣が保有する医療・介護関係でのデータベース

⁶ 医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報及び仮名加工医療情報に関する法律（平成 29 年法律第 28 号）

- 電子カルテ情報の二次利用に当たっては、電子カルテに入力された病名の取扱い等、留意すべき点があるため、今後のガイドライン等の作成においては、医療関係者等の意見を十分に聴いて検討を進めるべきである。
- 医療等情報は機微な情報であるため、二次利用に当たって、特定の個人が識別されることや情報漏洩が生じないように、情報セキュリティ対策に万全を期すとともに、利用・提供に当たっては、研究目的の公益性や研究内容、利用者のセキュリティ対策等を適切に審査するなど、十分な対策を講じるべきである。また、医療等情報を用いて行われた研究の成果についての適切な評価・フォローアップの在り方について検討を行うべきである。
- 医療等情報の二次利用については、現状、国民・患者に十分理解されていない。国は、医療等情報の二次利用の意義や情報セキュリティ対策等について、国民・患者に十分周知するとともに、医療現場や介護現場の理解を得ながら、丁寧に進めるべきである。

④社会保険診療報酬支払基金の抜本改組

- 「医療 DX の推進に関する工程表」（令和 5 年 6 月 2 日医療 DX 推進本部決定）に基づき、支払基金について、審査支払機能に加え、医療 DX に関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組する。
- 改組に当たっては、審査支払機能を適切に維持することを基本的な考え方とした上で、法人の名称、目的、業務及び組織体制について、以下の見直しを行うこととする。

i) 名称

法人の業務（診療報酬の審査支払業務と医療 DX 関連業務）を適切に表現した名称を検討する。併せて、医療 DX に関する有能な技術者を確保できるよう、医療 DX の実施主体として相応しい名称を検討する。

ii) 目的・業務

法人の目的に、医療 DX の推進及び医療 DX に関する基盤の整備・運営を位置づけるとともに、法人の本来の業務として、医療 DX 関連業務を位置づける。

iii) 組織体制

（「運営会議」（仮称）の設置）

現行の理事会に代えて、新たな意思決定機関として、「運営会議」（仮称）を設置する。運営会議は、学識経験者、被保険者、地域行政、保険者、診療担当者で構成する。保険者には地域保険の立場を代表する者を加える。

運営会議は、理事長等の役員の選任、予算・決算の作成・変更、定款・事業計画等の作成・変更、医療 DX 中期計画の策定、その他の重要事項の議決を所掌するものとする。

（「審査支払運営委員会」（仮称）の設置）

審査支払業務については、新たに「審査支払運営委員会」（仮称）を設け、これまでの理事会と同様の 4 者構成 16 人の体制で運営し、運営委員は法人の役員とする。

審査支払に関する予算・決算や事業計画等については、審査支払運営委員会の専決事項とする。

（医療 DX の推進体制）

現在の常勤役員である理事長・理事の中に、情報通信技術に関する高度かつ専門的な知識を有する理事（CIO）を加えることとする。医療 DX 関連業務については、運営会議における全体方針の決定を受けて、理事長・CIO 等が中心となって、執行していく体制とする。

- 支払基金が実施する医療 DX 関連業務に対する国のガバナンスを適切に発揮するため、国が「医療 DX 総合確保方針」（仮称）を定め、それに基づき、支払基金が「医療 DX 中期計画」（仮称）を策定することとする。
- また、支払基金のサイバーセキュリティ対策の強化として、重大なサイバーセキュリティインシデントや情報漏洩等の発生時に、厚生労働大臣への報告を義務づけることとする。
- こうした改組に当たっては、支払基金が特別民間法人であるという点や審査支払業務に従事する職員の心情等に十分配慮すべきである。また、改組後の組織運営に要する費用の負担の在り方については、審査支払業務と医療 DX 関連業務の両方を担っていくこと等を踏まえて、検討すべきである。

（4）美容医療の適切な実施について

- 本部会における審議も踏まえ「美容医療の適切な実施に関する検討会」においてとりまとめた、「美容医療の適切な実施に関する報告書」（別添 3）の通りとする。

（5）オンライン診療について

- オンライン診療については医事法制上、オンライン診療指針⁷等によって法令の解釈運用により、機動的かつ柔軟にその実施が図られてきた。
- 他方、法令の解釈でオンライン診療の適切な実施を図るには課題があるところであり、法制上の位置付けを明確にした上で、適切なオンライン診療を推進していくべきである。
- その際、現行制度の運用を活かす形で、医療法にオンライン診療に関する規定を設けるべきである。

⁷ オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成 30 年 3 月（令和 5 年 3 月一部改訂））

- 具体的には、オンライン診療を定義し、オンライン診療を行う医療機関はその旨を所在地の都道府県知事に届け出ることとした上で、現行のオンライン指針の内容を基に、厚生労働大臣はオンライン診療を行う医療機関の管理者が講ずべき措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るための基準を定め、オンライン診療を行う医療機関の管理者は、当該基準を遵守することとする。
- 加えて、オンライン診療の受診の場を定義し、当該場の設置者は所在地の都道府県知事に届け出ることとした上で、オンライン診療の受診の場の設置者は必要な事項を公表することとする。
- その上で、引き続き実態把握を進めつつ、オンライン診療の実施における遵守事項（医薬分業の観点、地域医療に与える影響の把握等）を検討するべきである。加えて、今後、医師と医師の間で実施する形態（D to D）等の論点についても検討を進めるべきである。

（6）その他

- ① 認定医療法人制度の延長について
 - 認定医療法人制度の活用は進んできているものの、医療法人全体としては、「持分なし医療法人」への移行が十分に進んでおらず、多くの「持分あり医療法人」が存在することから、認定医療法人制度を延長し、移行をさらに促進すべきである。
- ② 一般社団法人が開設する医療機関の非営利性の徹底について
 - 医療法では、医療機関の開設者は営利を目的としてはならないこととされているところ、昨今、一般社団法人による医療機関の開設事例が増加しており、非営利性の観点で疑義が生じている。
 - 一般社団法人立の医療機関の非営利性について、医療法人と同程度の確認が可能となるよう、開設時などにおいて新たに各種事項の届出を求めるべきである。あわせて、自治体に対して、非営利性の確認のポイントを示すべきである。
 - こうした見直しを行った上で、一般社団法人が開設する医療機関について必要に応じて引き続き対策を検討すべきである。

以 上

2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革（案）

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、在宅医療等に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おける届出 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(仮称)」の設定
- ・ 「医師偏在是正プラン(仮称)」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

その他、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の措置を行う。

※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

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

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

目次

1. はじめに
2. 2040年頃の医療をとりまく状況と課題
 - (1) 医療需要等
 - (2) 医療従事者
 - (3) 地域性
3. 現行の地域医療構想の評価と課題
 - (1) これまでの取組
 - (2) 評価と課題
4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性
 - (1) 新たな地域医療構想における基本的な方向性
 - (2) 外来医療・在宅医療
 - (3) 高齢者救急
 - (4) 救急・急性期医療
 - (5) その他
 - ① リハビリテーション
 - ② 慢性期医療
 - (6) 医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療
 - (7) 構想区域のあり方
5. 新たな地域医療構想
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) 新たな地域医療構想の位置付け
 - (3) 医療機関機能・病床機能
 - ① 基本的な考え方
 - ② 医療機関機能報告
 - ③ 病床機能

④ 構想区域

⑤ 調整会議

(4) 地域医療介護総合確保基金

(5) 都道府県知事の権限

① 医療機関機能の確保

② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

(6) 国・都道府県・市町村の役割

① 国

② 都道府県

③ 市町村

(7) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

6. おわりに

1. はじめに

- 地域医療構想については、平成 26 年 6 月に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）により、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）が改正され、平成 27 年 4 月から、医療計画の一部として位置付けられた。現行の地域医療構想においては、2025 年の医療需要を踏まえた病床数の必要量（以下「必要病床数」という。）を定めた上で、病床機能報告、地域医療構想調整会議における協議、地域医療介護総合確保基金の活用、都道府県知事の権限等を通じて、病床の機能分化・連携の取組が進められてきた。
- 現行の地域医療構想は 2025 年に向けた取組であり、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和 5 年 12 月 22 日閣議決定）においては、「2026 年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、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、中長期的課題を整理して検討を行う。こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。」こととされている。
- また、令和 6 年 6 月 21 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2024」において、「2040 年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024 年末までに結論を得る」とされたところである。
- こうした中、新たな地域医療構想等に関する検討会において、令和 6 年 3 月から、関係団体・有識者へのヒアリングを行いながら検討を進めてきたところであり、今般、2040 年頃の医療をとりまく状況と課題、新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療提供体制、新たな地域医療構想に関する制度改革の内容等についてとりまとめを行うものである。

2. 2040年頃の医療をとりまく状況と課題

(1) 医療需要等

- 人口については、全国的に、生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれる。地域ごとにみると、高齢者人口については、大都市部を中心に増加し、過疎地域を中心に減少する一方、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少することが見込まれる。
- 2040年の医療需要については、85歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニーズを有するケースが多く、85歳以上人口の増加に伴い、2020年と比較して、85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療の需要は62%増加することが見込まれる。また、認知症の人の数は増加している。
- このうち、高齢者救急については、自宅以外の高齢者施設等からの救急搬送の増加も見込まれるほか、発症後の生活機能を維持するためのリハビリテーションや、退院後の生活環境等も踏まえた退院調整がさらに重要となる。
- 在宅医療については、大半の地域で需要が増加することが見込まれる一方で、在宅医療の提供の主体は診療所であるが、近年、在宅医療を提供する診療所の数は横ばいとなっている。また、外来医療については、全国的にすでに需要が減少傾向にある。
- 入院医療について、病床利用率は低下傾向にあり、病院の医業利益率は低下している。また、多くの医療資源を要する手術については、全ての診療領域で、2020年から2040年にかけて、半数以上の構想区域において手術件数が減少することが見込まれている。

(2) 医療従事者

- 医師や看護師等の医療従事者の確保が困難となっている中、2040年に向けて、さらなる生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者確保の制約が増す中で医療提供体制の確保が必要となり、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進が重要となる。
- 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平均年齢が60代以上と高齢化し

ており、人口が少ない二次医療圏では診療所数は減少傾向、人口の多い二次医療圏では診療所数は増加傾向にある。

- 歯科医師、薬剤師、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。

(3) 地域性

- 2040年頃を見据えると、人口動態の変化に伴い、医療の需要や提供体制等の地域差が拡大していく。過疎地域を中心にすでに高齢者も減少し、医療需要が減少している地域があれば、大都市部を中心に高齢者等の医療需要の増加が見込まれる地域もある。
- 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異なっていく。例えば、都市部においては、増加する高齢者救急や在宅医療の受け皿を整備すること等が課題となり、過疎地域においては、患者や医療従事者の減少に対応しながら地域の実情に応じて必要な医療機能を維持することが特に課題となる。

3. 現行の地域医療構想の評価と課題

(1) これまでの取組

- 現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして位置付けられ、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、主に入院医療を対象として、病床の機能分化・連携を推進するものである。
- 具体的には、各都道府県において、二次医療圏を基本とする構想区域を単位として、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に着目し、2025年の必要病床数を定め、地域医療構想を策定している。2015年時点の推計では、病床の機能分化・連携を進めない場合、2025年の時点で152万床程度の病床が必要とされていたところ、一般病床において医療資源投入量の少ない患者（C3基準未満の患者）の在宅医療等への移行等を通じて、2025年に119.1万床となることを目標としてきた。

- また、毎年度、病床機能報告により、医療機関は病棟単位で現在の病床機能と今後の方向性等の報告をしてきた。これらの報告等をもとに、各構想区域の地域医療構想調整会議において、データに基づき、病床機能の転換、再編等についての協議を行い、地域の実情に応じて取組を進めてきた。その際、都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を支援するとともに、必要に応じて医療法に定められた権限の行使を含めた役割を發揮するなど、地域医療構想の実現に向けた重要な役割を担ってきた。
- 国においても、地域医療介護総合確保基金による財政支援を行うほか、重点支援区域、地域医療構想アドバイザー、データ分析チーム構築支援事業、モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援等により、都道府県による取組への支援を進めてきた。

(2) 評価と課題

- 病床機能報告上の病床数について、2015年から2023年にかけて、125.1万床から119.2万床になり、2025年の必要病床数である119.1万床と同程度の水準となっている。また、機能別の病床数をみると、急性期と慢性期が減少し、回復期が増加するなど、2025年の必要病床数の方向性に沿って、全体として地域医療構想の進捗が認められる。
- また、療養病床における医療区分1の入院患者の70%に該当する患者、一般病床における医療資源投入量の少ない患者（C3基準未満の患者）及び療養病床の受療率の地域差解消による減少分をあわせて、約30万床について、入院から在宅医療等に移行することとしていたが、介護医療院の創設等の取組が進み、以下のとおり、概ね達成しているといえる。
 - ・ 療養病床の医療区分1入院患者に係る病床について、2025年に12.8万床（病床の機能分化・連携を進めない場合）と推計されていたところ、2022年度の診療実績データに基づく2025年時点の推計によると、3.0万床程度となり、76%減少している。
 - ・ 一般病床における医療資源投入量の少ない患者（C3基準未満の患者）について、2025年に11.8万床（病床の機能分化・連携を進めない場合）と推計されていたところ、2022年度の診療実績データに基づく2025年時点の推計によると、4.3万床程度となり、64%減少している。
 - ・ 療養病床の受療率の地域差解消により、療養病床が上記以外で2025年までに11.9万床減少すると推計していたところ、2022年度の診療実績デー

々に基づく 2025 年時点の推計によると、11.0 万床の減少となる。

- 他方、現行の地域医療構想については、以下のような課題が指摘されている。
 - ・ 病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされにくい。また、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていない。
 - ・ 病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい。
 - ・ 機能別の必要病床数は患者単位のデータから設定され、病棟単位で報告される実際の病床数との間で差異が生じている。
 - ・ 必要病床数と基準病床数の関係がわかりづらい。

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

(1) 新たな地域医療構想における基本的な方向性

- 医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む 2040 年、さらにその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、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て、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する必要がある。このため、新たな地域医療構想において、以下の 4 点を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「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、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要がある。
- 1 点目は、増加する高齢者救急への対応である。高齢者救急について、その受入体制を強化するとともに、ADL の低下を防止するため、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保することが求められる。その際、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療DXの推進等による在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医療機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められる。
- 2 点目は、増加する在宅医療の需要への対応である。在宅医療について、地域の実情に応じて、医療機関や訪問看護ステーション等の連携により、地

域での 24 時間の提供体制を構築するとともに、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等を通じて、効率的かつ効果的に提供体制を強化することが求められる。あわせて、外来医療についても、時間外対応等のかかりつけ医機能を発揮して必要な提供体制を確保することが求められる。

- 3点目は、医療の質や医療従事者の確保である。地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要である。また、今後、多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築することが求められる。
- 4点目は、地域における必要な医療提供の維持である。人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中で、医療DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持することが求められるとともに、すでに人口減少がより進んでいる過疎地域等においては、拠点となる医療機関からの医師の派遣や巡回診療、ICTの活用等が一層求められる。

(2) 外来医療・在宅医療

- 外来医療の需要については、多くの二次医療圏ですでに減少している。診療所については、医師は全体として高齢化しており、都市部では診療所数は増加傾向にあり、人口が少ない地域では減少傾向にある。
- 外来受診の多い疾患は高血圧等の内科疾患であり、診療所においては診療科のうち内科を標榜する診療所が最も多く、ほぼ全ての二次医療圏において半数以上の診療所が内科を標榜している。
- 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 程度増加することが見込まれる。
- こうした中、地域で必要な外来医療を提供するため、内科医療の提供体制とともに、他の診療科を需要に応じて効率的に提供するための連携体制の確保が求められる。また、医師偏在や診療所医師の高齢化のほか、生産年齢人

口の減少による医療従事者確保の制約等に対応することが求められる。

- このほか、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来医療計画による外来の機能分化・連携等を推進することが求められる。
- また、内科やその他の診療科について、需要に応じながら効率的な医療が提供できるよう、地域の実情に応じて、診療所と中小病院等の連携や、医療関係団体、医師派遣を行う医療機関、都道府県、市町村等が連携し、オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、医師派遣、巡回診療等を推進することが求められる。また、外来医療の医科・歯科連携、薬局・薬剤師、看護師等の役割の検討、介護や福祉サービス等との連携を進めることが求められる。
- 多くの地域で外来医療の需要は減少する見込みである一方、在宅医療については、2013年から2022年にかけて患者数は増加しており、2040年に向けても、在宅医療や訪問看護について、大半の地域で需要は増加する見込みである。
- 在宅医療については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等の在宅医療に係る医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等が多職種で協働して対応している。
- 在宅医療の提供体制をみると、人口規模の大きい二次医療圏において、65歳以上人口あたりの在宅訪問患者数が多く、人口規模が小さくなると在宅訪問患者数は少ない。
- 在宅医療について、医療機関によって1か月あたりの在宅訪問患者数に幅がある。無床診療所を中心とした一部の医療機関では1か月あたり200人以上の患者に在宅医療を提供している等、在宅医療を提供する医療機関全体の中で1か月あたりの在宅訪問患者数が多い医療機関の割合は増加している。特に人口規模の大きい地域では、多数の在宅訪問患者に在宅医療を提供する医療機関が増加している。在宅医療を受ける患者の場所（施設等の同一の建物への訪問か否か）については、人口規模別に大きな差はない。
- また、二次医療圏ごとに病院が対応する在宅訪問患者の割合が異なり、地域によって在宅医療に係る病院の役割は異なる。病院における在宅医療の提

供は、急性期や回復期に係る病棟を有する医療機関が中心であり、後方支援を行う医療機関は急性期に係る病棟を有する医療機関が中心となっている。

- 訪問看護ステーションについては、人口規模の小さな市町村では存在しないところもある。多くの事業所が常勤換算7人未満で運営されており、常勤7人以上の体制等を有する機能強化型訪問看護管理療養費の届出のある訪問看護ステーション数は全体の5.6%である。
- また、病院・診療所での死亡の割合は2005年をピークに減少し、近年は看取りへの対応力を強化していることもあり、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。人口規模が大きい二次医療圏ほど、75歳以上の死亡数に占める在宅等での看取りの割合が高い二次医療圏が多い。また、こうした医療機関と介護施設の日ごろからの連携による対応力を強化し、状態悪化を防ぐことで、救急搬送の減少や円滑な入院につながることも期待される。
- このほか、介護老人保健施設等の介護施設や在宅医療等での適切な管理、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有、ACPの取組の推進等により、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水等の適切な管理を通じて患者の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ていくことが取り組まれている。訪問看護においても、ICTの活用等により、効率的な提供の事例があり、こうした取組は今後ますます重要になる。
- こうした中、2040年に向けて、在宅医療の需要の増加に対応するため、実効性のある体制整備を進めるためには、医療機関だけでなく、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等も含め、多職種・多機関が連携して、地域の需要と資源に応じて供給力を高めることが求められる。在宅医療を行う医療機関のICTの活用や連携等による対応力強化、これまで在宅医療を行っていない医療機関の参入促進、D to P with N等のオンライン診療の活用、訪問看護ステーションの機能強化等が求められる。特に、人口規模の小さい地域においては、移動時間や担い手不足等の課題を踏まえ、D to P with N等のオンライン診療の積極的な活用等に加えて、高齢者の集住等のまちづくりの取組とあわせて体制を構築していくことが求められる。
- このような中、外来医療・在宅医療についても、地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来の外来医療・在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することが重要であり、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、介護連携等も対象とすることが適当であり、その際、以下のように対応することが考えられる。

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

(3) 高齢者救急

- 85 歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されるものが多い。

- また、高齢者は 10 日程度のベッド上での安静により筋力が低下（下肢筋力の 15.6%低下等）することが知られている。入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要である。また、入院でのリハビリテーションよりも通所でのリハビリテーションが有用な可能性やリハビリ専門職以外による早期の離床の介入の有用性が示されており、必要な場でリハビリテーションを提供し、早期に自宅等の生活に戻ることが重要である。
- 高齢者の入院の 4%を占める大腿骨近位部の骨折については、早期の手術が推奨されているが、欧米よりも待機時間が長いとされており、手術までの期間が長い二次医療圏がある。術後は早期離床・早期荷重が重要で、周術期以降は、外来・在宅でのリハビリテーションが有用との報告もある。また、自宅からの入院症例について、手術を実施する施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向にある。
- 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病による A D L 低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の社会的な背景も考えられる。こうした課題を有する患者の割合は 2040 年に向けてさらに増加することが見込まれる。
- こうした状況を踏まえ、増加する高齢者救急に対応するため、医療機関において、救急搬送を受け入れるだけでなく、入院早期からのリハビリテーション等の離床のための介入をできることが必要である。必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者の抱える背景事情も踏まえた退院調整等による早期退院、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリテーションを継続できるような体制の確保が求められる。

（４）救急・急性期医療

- 近年、一般病床や療養病床の病床利用率は低下しており、二次救急医療施設においても病床利用率は低下傾向にある。2040 年に向けて、手術について、全ての診療領域で、半数以上の構想区域において減少が見込まれる等、高齢者救急以外の多くの医療資源を要する急性期の医療需要は減少することが見込まれる。
- 緊急手術の実施にあたっては、手術の主たる診療科や救急部門、麻酔に関

わる医師、看護師のほか、検査や薬剤等の様々な部門のスタッフが必要となる。年間 300 日以上休日や夜間において緊急手術が発生する二次医療圏は 31 であり、毎日発生しない二次医療圏が数多くある。また、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも 1～4 件程度である二次医療圏が多い。一方、こうした二次医療圏においても、複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。

- 一定の手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。また、二次医療圏ごとに日中に手術を行うが、時間外等に手術を行わない医療機関が一定数存在する。
- 医師の働き方については、脳神経外科や外科、産婦人科等で時間外・休日労働が多いが、臨床研修医等は少ない傾向にある。例えば、分娩については、休日対応等が多く発生するが、常勤換算医師数が 2 人未満の医療機関が多い等の実態があり、施設の人員体制に応じて一部の医師の負担となっている可能性がある。
- 救急医療については、救急搬送は高齢者（65 歳以上）の割合が増加しているが、30%程度は成人（18 歳以上 65 歳未満）が占めている。
- 二次救急医療施設は、現在、約 3,200 医療機関、三次救急医療施設は約 300 医療機関となっており、二次救急医療施設においては、全体として救急車の受入件数の約 7 割を受け入れている。二次救急医療施設においては、年間 5,000 件以上の救急車（三次救急医療施設の中央値）を受け入れる医療機関数は 132 である。一部の二次救急医療施設においては、二次医療圏で救急医療の中心的な役割を担っている。一方、半数近い二次救急医療施設で救急車の受入件数が年間 500 件未満となっている。
なお、三次救急医療施設のあり方について検討する必要があるとの意見があった。
- また、全ての二次医療圏の半数以上に三次救急医療施設があり、三次救急医療施設がない二次医療圏の方が少ない。三次救急医療施設がない二次医療圏のうち半数以上の医療圏で、圏域の 5 割以上の救急車受入シェアを占める二次救急医療施設が存在する。

- 人口 100 万人超の二次医療圏においては、生産年齢人口の減少が緩やかなところが多く、二次救急医療施設が一定以上の救急車の受入れを行っている圏域が多い。
- こうした状況を踏まえ、緊急対応を含む救急・急性期医療については、地域の医療需要や医療資源等を踏まえながら、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、搬送体制の強化等に取り組みつつ、地域ごとに必要な連携・再編・集約を進め、二次救急医療施設も含めた医療機関において一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関を確保することが求められる。

(5) その他

① リハビリテーション

- 急性期の患者の多くは自宅に退院し、回復期等の療養のため、他の病院や診療所に転院する患者は6－8％程度である。こうした中、高齢者については、急性期の治療後の速やかな在宅復帰が重要であり、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要である。
- 回復期を担う主な病床としては、複数のリハビリ専門職が専従し、集中的にリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）、急性期を経過した患者の受入とともに、在宅で療養している患者等の対応を行う地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）がある。
- 回リハ病棟と地ケア病棟については、入院患者の半数以上が80歳以上となっており、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。回リハ病棟については、大腿骨近位部の骨折、脳卒中、胸腰椎の骨折、膝関節症等の疾患が多く、地ケア病棟については、高齢者救急に関連する肺炎等や白内障等の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折、腰椎の骨折等の回リハ病棟で見られる疾患の患者も入院している実態がある。
- 回リハ病棟と地ケア病棟の二次医療圏別の平均在院日数については、回リハ病棟の平均在院日数の中央値は56日、最大の二次医療圏で98日、地ケア病棟の平均在院日数の中央値は20日、最大の二次医療圏で32日である。

- リハビリテーションについては、入院での早期のリハビリテーションや集中的なリハビリテーションが効果的な場合は入院でのリハビリテーションを提供しつつ、それ以外の場合には、介護老人保健施設等の他施設とも連携しながら、外来医療・在宅医療等におけるリハビリテーションの提供を含め、患者の身体機能等に応じて、適切な場でリハビリテーションを提供することが求められる。

② 慢性期医療

- 療養病床については、地域医療構想の取組等に伴い、医療区分1の患者をはじめとして入院患者が減少し、療養病床数も減少している。一方、介護施設・高齢者向け住まいの利用者数は増加している。また、在宅医療と介護施設、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ます。都道府県別の療養病床数について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。
- こうした中、慢性期の医療提供体制については、今後増加する在宅医療の需要に対応する観点からも、限りある資源を活用することが重要であり、地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要である。

(6) 医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療

- 医師派遣機能については、都道府県が関与し、地域医療支援センターを通じた派遣が行われているほか、大学病院から直接派遣されているケースも多く、大学病院は医師派遣について一定の役割を担っている。
- 医育機能については、大学病院本院では、卒前教育に加えて、多くの専門研修プログラム、看護師等の医療従事者への教育等を通じて、地域において幅広く質の高い医療人材の育成を担っている。
- 移植医療や難病に係る医療等は、大学病院本院が主体的な役割を担っている。一方、大学病院本院以外であっても、腎移植、三次救急医療施設、総合周産期母子医療センター等を担っている医療機関が存在する。
- 大学病院の関係者は半数程度の地域医療構想調整会議に参画している等、都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想に関して様々な形で連携して

いる。

- こうした広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育や看護師等の医療従事者の育成及び広域な観点が求められる診療について、大学病院本院は総合的に担うことが期待される。

(7) 構想区域のあり方

- 現行の地域医療構想においては、構想区域は、地域における病床の機能分化・連携を推進するため、二次医療圏を基本としており、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を開催し、地域での協議等の取組を進めてきた。
- 一方、第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏や100万人以上の二次医療圏については、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療等の提供等のため、基本的に都道府県の単位を区域として設定している。
- 現在でも、人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術の実施がない二次医療圏も一定数存在する。人口20万人未満の構想区域においては、2040年には、生産年齢人口が3割程度減少、高齢人口が1割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、現在の二次医療圏を基本とする構想区域では医療提供体制の確保が困難となる可能性がある。
- 在宅医療については、第8次医療計画における在宅医療の圏域の設定に当たっては、市町村単位や保健所圏域等、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こととされているほか、介護保険事業計画を作成する市町村において在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療圏より狭い区域において取組が行われている。
- 新たな地域医療構想における構想区域については、人口規模、医療需要の変化、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の見直しを検討することが求められる。

5. 新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- 2040年頃をとりまく状況と課題、現行の地域医療構想の評価と課題等を踏まえ、2040年に向けて、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、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう、新たな地域医療構想を策定・推進するべきである。

- 2040年やその先を見据えて、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、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である。このため、新たな地域医療構想を通じて、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）及び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するべきである。

- このため、新たな地域医療構想について、(2)から(7)までの対応を行うよう、法律改正を含む必要な措置を講ずるべきである。

- 新たな地域医療構想については、2025（令和7）年度に国で新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを検討・作成し、都道府県において、医療機関からの報告データ等を踏まえながら、2026（令和8）年度に地域の医療提供体制全体の方向性、必要病床数の推計等を検討・策定、2027（令和9）年度から2028（令和10）年度までに医療機関機能に着目した地域の医療機関の連携・再編・集約化の協議等を行うことが考えられる。このため、現行の地域医療構想の取組について、2026（令和8）年度も継続することとし、新たな地域医療構想については、2027（令和9）年度から順次取組を開始することとし、円滑な移行を図ることが適当である。

(2) 新たな地域医療構想の位置付け

- 新たな地域医療構想については、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的として、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ものとして位置付けることが適当である。

○ 具体的には、現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして、病床の機能分化・連携に向けた取組を進めてきたが、新たな地域医療構想においては、医療提供体制全体を対象として、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等に関する事項を定めるものとするのが適当である。

○ これに伴い、新たな地域医療構想については、医療計画の上位概念として位置付け、医療計画については、その実行計画（6年間、一部3年間）として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者確保等の具体的な取組を定めることとし、救急医療施設の役割分担・連携、医師や看護師等の医療従事者確保も含め、医療提供体制の確保に向けた取組について中長期的な需要等を踏まえて計画的に進めるのが適当である。その際、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業支援計画等の各種計画との整合性を図ることが適当である。

なお、高齢化が進み、生産年齢人口が減少する中、今後の医療従事者の育成・確保についての検討が重要であるとの意見があった。

○ 地域医療構想の具体的な記載事項としては、以下の事項を盛り込んだ上で、新たな地域医療構想の実現に向けて、データに基づき、PDCAサイクルに沿って医療機関機能及び病床機能の確保に向けた取組を推進することが適当である

- ・ 地域の医療提供体制全体（入院医療、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等）の将来のビジョン・方向性
- ・ 構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
- ・ 構想区域における将来の病床数の必要量
- ・ 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
- ・ 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- ・ 医療機関機能の情報提供の推進
- ・ 病床機能の情報提供の推進

なお、これらの具体的な記載内容等については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

(3) 医療機関機能・病床機能

① 基本的な考え方

- 新たな地域医療構想を通じて、医療機関機能・病床機能に着目した医療提供体制の構築を進めるためには、医療機関から都道府県への報告制度、必要病床数の推計、地域における関係者の協議、取組を推進するための支援等について必要な見直しを図ることが必要である。病床機能に加えて、医療機関機能を報告することとし、地域の医療提供体制の確保に向けて関係者による医療機関の役割分担・連携に関する協議を促進するとともに、医療機関機能や病床機能について、医療機関が適切に報告することができ、国民・患者を含め、その意味を理解することができるよう丁寧に説明・周知することが重要である。このため、これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすることが適当である。

② 医療機関機能報告

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能に着目して地域医療構想を策定・推進することに伴い、新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設することが適当である。具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、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、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能を位置付け、医療機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告することが考えられる。報告に当たっては、医療機関が将来に向けて主たる医療機関機能を選択していくことも重要と考えられ、一方で、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

また、高齢者救急に係る報告にあたっては、救急搬送だけではなく、医療機関と介護施設等の連携の推進等による、救急搬送ではない緊急入院の評価等の観点にも留意することが重要である。

<医療機関機能の名称と定義>

・ 高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門

病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ **在宅医療等連携機能**

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

※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ **急性期拠点機能**

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

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

・ **専門等機能**

上記の機能にあてはまらないが、集中的なりハビリテーション、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、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要である。

・ **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。

○ 高齢者救急・地域急性期機能については、地域ごとに救急搬送件数が異なり、相対的には少ない救急搬送件数であっても地域の相当な割合の救急搬送を受け入れている場合があること等を踏まえ、地域の実情に応じて、一定の

幅を持った水準に該当する場合に報告を行うこととする。同様に、在宅医療等連携機能については、在宅医療の提供の中心が地域によって診療所であったり、病院であったりするなど、地域ごとに在宅医療を担う病院等が果たすべき役割が異なる場合が考えられるため、地域の実情に応じて、一定の幅を持った水準に該当する場合に報告を行うこととする。

- 急性期拠点機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保するための医師や症例等の集約化に資するよう、地域シェア等の地域の実情を踏まえた一定の水準を満たす役割を有する場合に報告を行うこととする。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することとする。これらの報告の水準等については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。
- このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等においては、広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療等について一定の役割を有する場合が考えられることから、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ることとし、地域全体での機能確保に向けた協議に活用することとする。

③ 病床機能

- 機能区分ごとの必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体として医療需要を捉えて病床の機能分化・連携を推進する仕組みとして一定の役割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当である。
- 一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、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、これまでの【回復期】に代えて、「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テーション等を行い、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」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、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）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。

また、病床機能報告が医療機関から適切に行われるよう、報告方法等について分かりやすく周知することが重要である。

- また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、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年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。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べきである。

④ 構想区域

- 構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を基本としつつ、人口規模が20万人未満の構想区域や100万人以上の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持、アクセス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見直すことが適当である。なお、二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分割等を先行して行うことも考えられる。
- また、広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定することが適当である。
- 在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することが適当である。
- 具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を含めて、ガイドラインを検討する際に検討するべきである。

⑤ 調整会議

- 地域医療構想調整会議には、議題に応じて、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が参画して、医療機関の経営状況等の地域の実情も踏まえながら、実効性のある協議を実施することが重要である。一方、地域においては、調整会議を含む多くの会議が開催されている

ことを踏まえ、既存の会議の活用や合同で開催するなど、都道府県や参加者に過重な負担が生じないように効率的に開催することが適当である。

- 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や効率的な運用に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者を明確化する等について、ガイドラインを検討する際に検討するべきである。

※ 新たな地域医療構想における外来医療・在宅医療に関する方向性については、4.(2)に記載しており、具体的な内容はガイドラインで検討

(4) 地域医療介護総合確保基金

- 地域医療介護総合確保基金については、都道府県ごとに執行状況に差異がみられるものの、地域医療構想に基づく病床の機能転換・再編等に一定の役割を果たしてきたものと評価できる。
- 地域医療介護総合確保基金について、現在、2026年度（令和8年度）まで現行の病床の機能分化・連携の支援を行うこととしているが、2027年度（令和9年度）から、新たな地域医療構想の取組を推進するため、病床の機能分化・連携の支援に加え、医療機関機能の確保に向けた取組を支援することが適当である。具体的には、地域医療介護総合確保基金の対象に、医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化に向けた施設・設備整備の支援を追加することが適当である。
- また、病床の機能分化・連携を更に推進するため、引き続き、病床の機能分化・連携のための施設・設備整備の支援、病床減少を伴う病床機能再編や病床減少を伴う医療機関の統合等の支援を行うとともに、都道府県における地域医療介護総合確保基金の活用に向けた好事例の周知等の方策を講じることが適当である。

(5) 都道府県知事の権限

- 都道府県知事の権限について、医療機関の自主的な取組が進まない場合の措置として、不足する医療機能への転換促進等のための権限を設けている。

① 医療機関機能の確保

- 医療機関機能報告の創設に伴い、医療機関機能の報告内容が実態に合わない医療機関に対して、都道府県は報告の見直しを求めることができることとすることが適当である。
- また、医療機関機能のうち急性期拠点機能を担うべき医療機関が役割を発揮するため、必要に応じて医療機関の経営状況等も踏まえながら調整会議で協議を行うこととし、都道府県は、協議が調った事項について、医療機関に対して取組を求めることができることとすることが適当である。

② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

- 人口減少が加速する中で、将来を見据えて、地域の需要・医療資源の状況等を踏まえながら、病床整備を行い、地域の実情に応じて、不足する医療機能への転換、病床の減少等を図る必要がある。
- 基準病床数制度は、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保するためのものであるが、第8次医療計画においては、病床利用率の変化等に伴い、多くの都道府県で基準病床数が増加している。また、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、必要病床数を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。
- こうした中、必要病床数と基準病床数の関係性が分かりづらいとの指摘もあり、基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保するとともに、近年の病床利用率の低下等を踏まえ、効率的な病床整備を進めることが重要である。
- このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、医療計画の基準病床数について、必要病床数も勘案した算定を検討するとともに、必要病床数を超えて増床等を行おうとする場合には、都道府県は、地域医療構想調整会議において増床等の必要性が認められた場合に限り、基準病床数の範囲内で増床等の許可を行うことができることとすることが適当である。
- また、都道府県は、既存病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床及び療養病床の許可病床数が必要病床数を上回る場合は、地域の実情に応じて、病床の機能転換・減少等に向けて、必要な医療機関に対し、調整会議への出席を求めることができることとすることが考えられる。

(6) 国・都道府県・市町村の役割

① 国

- 国においては、これまで、地域医療構想策定ガイドラインを策定するとともに、病床機能再編支援事業を含む地域医療介護総合確保基金、重点支援区域の選定、データ分析チーム構築支援事業、地域別の病床機能等の見える化、都道府県等の取組のチェックリストの作成、モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援等を進めてきた。
- 新たな地域医療構想については、対象範囲を医療提供体制全体に拡大すること等を踏まえると、国による役割が重要となることから、国において、都道府県による地域の実情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働大臣の責務を明確化し、データ分析・共有、研修等の支援策を講じることが適当である。
- 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

② 都道府県

- 各都道府県における地域医療構想の取組状況をみると、例えば、地域医療構想調整会議の開催回数や構成員の参加、データに基づく議論、地域医療介護総合確保基金の活用等の状況にばらつきが見られる。
- 都道府県ごとの取組状況に差違がある中で、都道府県の取組の底上げを図る観点から、ガイドラインにおいて、調整会議について区域ごとに議論すべき内容、議題に応じた主な参加者や議論の進め方等、データ分析・共有、地域医療介護総合確保基金の活用など、都道府県の望ましい取組を示すとともに、都道府県の取組状況を見える化することが適当である。
- 医療関係者や医療保険者等の関係者には調整会議で協議が調った事項の実施に協力する努力義務が定められている中で、都道府県についても、調整会議で協議が調った事項の実施に努めることとすることが適当である。

③ 市町村

- 新たな地域医療構想においては、新たに在宅医療、介護との連携等が対象に追加される中で、在宅医療・介護連携推進事業を実施するとともに、介護保険事業を運営している市町村の役割が重要となる。

- このため、市町村に対して、議題に応じて調整会議への参画を求め、在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に努めることとすることが適当である。

- 一方、これまで医療提供体制の確保は都道府県が中心となり医療計画に基づき取り組んできたことから、市町村にとってノウハウや体制が不十分であることが考えられる。市町村の地域医療構想の理解を促進するため、国による研修や都道府県から市町村への調整会議に関する情報提供等の取組を推進することが適当である。また、地域医療介護総合確保基金の活用により、市町村による在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等の取組を推進することが適当である。

(7) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 我が国の精神保健医療福祉においては、精神病院法（大正8年法律第25号）により、公的精神病院を設置する考え方が初めて示されたが、公立精神病院の設置が進んでいない状況もあり、民間の代用精神病院制度が設けられた。その後、精神衛生法（昭和25年法律第123号）に基づく、非営利法人が設置する精神病院等の設置・運営に要する経費の国庫補助等により、民間主体で病院・病床の整備が急速に進められたこともあり、精神科医療機関は、必ずしも医療提供基盤が十分とはいえないなか民間主体で入院医療を提供するとともに、退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた経緯がある。

- 近年では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を掲げた上で様々な施策が行われており、今後、こうした方向性に基づき、2040年頃を見据えた更なる取組の推進が求められる。

- 現行の地域医療構想では精神病床は必要病床数の推計や病床機能報告の対象となっていないが、「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」において、これまでの精神医

療に関する施策等を踏まえ、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について検討が行われ、報告書が取りまとめられた。

○ 同検討プロジェクトチームの報告書も踏まえ、以下の観点から、新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当であると考えられる。

- ・ 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護・障害福祉との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めており、地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当である。
- ・ 新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の意義が考えられる。
 - － 2040年頃の精神病床数の必要量を推計することにより、中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制を推進する。
 - － 病床機能報告の対象に精神病床を追加することにより、データに基づく協議・検討が可能となる。
 - － 精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画により、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等を推進する。
 - － 地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使により、精神病床等の適正化・機能分化を推進する。

○ 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが適当である。

※ 精神病床の必要病床数の推計方法、精神病床の機能区分、精神科医療機関の医療機関機能、医療機関機能・病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者等

6. おわりに

○ 都道府県における新たな地域医療構想の策定等においては地域における関係者との協議等の十分な検討・調整の期間が必要であることから、厚生労働省においては、新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、上記の内容を踏

まえ、速やかに法律改正を行った上で、政省令の整備、ガイドラインの策定を行うべきである。さらに、新たな地域医療構想を実現するためには、地域医療介護総合確保基金等の財政支援が必要であり、厚生労働省においては、引き続き、必要な検討を行った上で、予算の確保に努めるべきである。

- 政省令の整備、ガイドライン等の検討に当たっては、新たな地域医療構想の取組が地域の実情に応じた実効性のある取組となるよう、都道府県や医療機関等の業務負担にも配慮しつつ、都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民等の関係者の意見を十分に聞きながら検討を行うべきである。
- 2040年頃に向けて、人口動態の変化に伴い、医療の需要や提供体制等の地域差が拡大し、地域ごとに将来を見据えた取組が求められる。新たな地域医療構想を通じて、国、都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民の協働のもと、中長期的に質の高い効率的な医療提供体制が確保されることを期待する。

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

- ・医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ

- ・若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

- ・人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(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(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

- ・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早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」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、地对協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- ・医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」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
- ・是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(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

- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、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。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

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の仕組みの実効性の確保

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、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に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・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

③ 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、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3) 経済的インセンティブ

- ・診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- ・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)※保険給付と関連の乏しい用途に当たらないかとの意見あり
- ・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、診療報酬の対応をさらに検討。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- ・医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5) リカレント教育の支援

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

医師偏在対策に関するとりまとめ

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

目次

1. はじめに
2. 医師偏在対策のこれまでの取組
3. 現状と課題
4. 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方
5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組
 - (1) 医師確保計画の実効性の確保
 - (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の仕組みの実効性の確保
 - ③ 保険医療機関の管理者要件
 - (3) 経済的インセンティブ
 - (4) 全国的なマッチング機能の支援等
 - (5) リカレント教育の支援
 - (6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
 - (7) 医師偏在指標のあり方
 - (8) 医師養成過程を通じた取組
 - (9) 診療科偏在の是正に向けた取組
6. おわりに

1. はじめに

- 医師偏在対策については、令和6年6月21日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2024」において、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師養成過程での取組、経済的インセンティブ、規制的手法等を組み合わせた総合的な対策のパッケージを令和6年末までに策定することとされている。
- 厚生労働省において、令和6年8月30日に近未来健康活躍社会戦略が公表され、その中で、①医師確保計画の深化、②医師の確保・育成、③実効的な医師配置を柱として、医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージの骨子案が示された。また、令和6年9月3日には、厚生労働大臣を本部長とする「厚生労働省医師偏在対策本部」が設置され、主な論点が示された。
- 新たな地域医療構想等に関する検討会（以下「本検討会」という。）においては、こうした政府の方針を踏まえつつ、持続可能な医療提供体制を確保するため、医師養成過程を通じた対策を除く医師偏在対策について、新たな地域医療構想とあわせて検討を進めてきた。医師養成過程を通じた取組については、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会において検討が進められてきた。
- 今般、政府が医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージを策定するに当たり、本検討会において、これまでの議論の内容を踏まえ、今後の医師偏在対策の考え方、取組の進め方等について整理し、とりまとめを行うものである。

2. 医師偏在対策のこれまでの取組

- 医師確保及び医師偏在是正に向けた対策については、累次の制度改革を経て、医師養成過程における取組、医師確保計画に基づく取組、医師の働き方改革を柱として、相互に連携を図りながら、地域の実情に応じた取組が進められてきた。
- 医師偏在対策については、医師養成過程における取組として、特定の地域等で診療を行うことを条件とした医学部定員の地域枠の設定に加えて、臨床研修における都道府県別の募集定員上限数の設定、専門研修における都道府県別・診療科別の専攻医採用数の上限（シーリング）の設定を行い、若手医師を中心とした偏在対策が進められている。

- また、医師確保計画に基づく取組としては、都道府県において、地域医療対策協議会を通じた医師の派遣や、専門医の取得など本人のキャリアパスに配慮しつつ、医師不足地域等で診療に従事できるようにするためのキャリア形成支援等の取組が進められている。小児科・産科については、別途、医師確保計画を策定した上で、医師の派遣等の取組が進められている。
- 国においては、こうした都道府県の地域の実情に応じた取組に対して、地域医療介護総合確保基金等による財政支援や、データの分析・提供等の技術的支援が行われている。

3. 現状と課題

- 医師養成については、平成20年度から、特定の地域等での勤務を条件とした地域枠を中心に、医学部定員を臨時的に増員しており、医師数は、令和4年までの10年間で、全国で約30万3千人から約34万人3千人へ、約4万人増加してきている。
- こうした中、医師養成過程の取組を進めており、地域偏在については、医師少数都道府県・医師少数区域の若手医師の数は医師多数都道府県・医師多数区域と比較して増加しており、若手医師の地域偏在は縮小してきている。他方、全年齢の医師で見ると、地域偏在は縮小しているとは言えず、中堅・シニア世代を対象とする取組が課題となっている。
- また、第7次医師確保計画（令和2～5年度）では、当該計画期間中に医師偏在指標が下位1/3である医師少数都道府県や医師少数区域が当該下位1/3基準値に達することを目標としていたところ、16の医師少数都道府県のうち6都道府県（38%）が目標を達成し、105の医師少数区域のうち43区域（41%）が目標を達成しているが、依然として一部の都道府県・地域では地域偏在が解消されていない。都道府県における取組とともに、都道府県域を超えた全国的な医師偏在対策の基盤となる取組を行うことが求められている。
- 診療所については、診療所医師の高齢化が進行している中で、診療所医師が80歳で引退し、承継がなく、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が170程度増加すると推計されており、診療所の地域偏在への対応も求められる。

- 診療科偏在については、平成20年度から令和4年度までの診療科別の医師数の推移をみると、総数は約1.2倍に増加している中、診療科別の増加幅は様々であり、リハビリテーション科、形成外科、麻酔科、放射線科で約1.4～1.6倍に増加しているが、外科等の一部の診療科は横ばいとなっている。また、近年、特に若手医師において、美容医療に従事する医師が増加傾向にある。
- さらに、診療科別の時間外・休日労働時間について、年1,860時間を超えている医師の割合をみると、脳神経外科、外科等で高く、一部の診療科で長時間労働により医師の負担が大きくなっている。このような中、診療科偏在の是正に向けて、地域医療構想を通じた医療機関の機能分化・連携の推進や、働き方改革の推進による医師の負担軽減とあわせて、対策を強化する必要がある。

4. 医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

- 医師少数の地域や診療科における医師の配置は、これまで基本的に職業選択の自由・営業の自由に基づき医師が働く場所や診療科を自由に選択することができるという考え方の下、へき地保健医療対策とともに、医師養成過程での取組を中心に進めてきた。
- しかしながら、今後、地域ごとに人口構造が急激に変化していく中で、地域や診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない状況にある。また、日本の人口減少が進み、人材制約が大きくなる一方、医師数は毎年増加しており、医師の需要と供給は2029年頃に均衡する推計もある中、医師確保対策について、総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある。
- こうした中、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、3の現状と課題を踏まえ、次の3つの観点から、実効性のある医師偏在対策を進めていく必要がある。
- 一点目は、医師偏在対策を総合的に実施することである。医師偏在は一つの取組で是正が図られるものではなく、医師の価値観の変化、医師の意向や地域の実情等を踏まえながら、様々な取組を幅広く実施することが必要であり、医師確保計画に基づく取組を進めるとともに、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進めるべきである。

- 二点目は、全ての世代の医師にアプローチすることである。若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチが求められる。アプローチに当たっては、医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮することが求められる。
- 三点目は、へき地保健医療対策を超えた取組を行うことである。へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあることから、医師偏在指標だけではなく、可住地面積あたりの医師数、住民の医療機関へのアクセス状況、医師の高齢化の状況、今後の人口動態等の地域の実情を十分に踏まえ、都道府県において、支援が必要な地域を明確化した上で、従来のへき地保健医療対策を超えた対策を進めていくべきである。
- さらに、人口減少が進む中で、定住人口が見込まれる地域であっても、「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があることから、将来にわたって国民皆保険を維持し、こうした地域を守るため、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、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ことが重要である。

5. 今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

- 医師確保計画に基づく取組の更なる実効性を確保するためには、国によるサポートを行いながら、都道府県の地域の実情に応じた医師偏在対策を促進することが必要である。
- ① 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」
 - 早急に医師確保を要する地域については、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、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もある。このため、まず早急に取り組む地域の対策として、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることが適当である。

○ 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定に当たっては、厚生労働省において候補区域を提示することとし、都道府県において、この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が考えられる。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ことが適当である。

○ 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ことが考えられる。

② 「医師偏在是正プラン(仮称)」

○ 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(仮称)」を対象とした「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定することが適当である。

○ 「医師偏在是正プラン(仮称)」においては、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」、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ことが適当である。また、「医師偏在是正プラン(仮称)」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ことが考えられる。

(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

○ 平成30年の医療法改正により、医師少数区域等で勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度が創設された。その際、一定の医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献を含めた幅広いマネジメント能力が求められるため、地域医療支援病院の管理者については、医師少数区域等での勤務経験を要件とすることとされ、令和2年4月から施

行された。

- 医師確保等の地域への貢献が求められる医療機関においては、地域の状況等を踏まえながら、行政や医育機関、他医療機関、多職種等と連携して、地域全体の医療提供における役割を一層発揮する観点から、管理者が医師少数区域等での勤務を行い地域医療等の実情を経験していることが一つの重要な要素として考えられる。このため、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ことが考えられる。
- 医師少数区域等での勤務の実効性を確保するためには、全ての医療機関を対象とするべきとの意見があったが、上記の病院を対象に追加し、その効果等を検証することが適当である。
- 対象医療機関の拡大に際しては、管理者には医師少数区域等での勤務のみでない幅広い経験が求められることや、若い医師を中心に管理者となることを避ける傾向があり、対象医療機関の管理者の確保に課題が生じるおそれがあることを踏まえ、施行に当たっては柔軟な対応も必要である。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、その後に医師少数区域等の勤務を経験することとなるため、対象から除外することが考えられる。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（例えば医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ことも考えられる。
- こうした見直しの適用に当たっては、管理者の確保等に配慮する観点から、現行の地域医療支援病院の管理者と同様、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ことが適当である。
- また、医師少数区域等での勤務経験期間について、医師少数区域等での勤務をさらに促進し、地域における安定的な医療提体制を確保する観点から、現行の「6か月以上」から「1年以上」に延長することが適当である。
- あわせて、医師少数区域等で勤務する医師の意向や出産、育児、介護等の

ライフプランを考慮するため、

- ・ 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、
- ・ 医師免許取得後 9 年以上経過していない場合、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ことが適当である。

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の仕組みの実効性の確保

- 外来医療については、地域で中心的に外来医療を担う診療所の開設状況が都市部に偏っているほか、初期救急医療提供体制の構築等の医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている。例えば、在宅当番医制については、外来医師偏在指標が高い二次医療圏は、その他の二次医療圏と比べて、在宅当番医制に参加している診療所の割合が少ない。
- こうした中、国が定める「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」（以下「ガイドライン」という。）において、都道府県は、外来医療機能に関する協議の場を設置し、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとしている。都道府県において、ガイドラインに基づき、地域で不足する医療機能の要請がなされているが、対応していない新規開業者が一定数存在すること等を踏まえ、要請やフォローアップの仕組みを強化することが求められる。
- このため、地域で不足している医療機能の確保によってより適切な医療提供体制を構築する観点から、現行のガイドラインによる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の仕組みについて、実効性を確保することが必要である。
- 具体的には、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のが適当である。

- 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、事前に公表することが適当である。また、要請に当たっては、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。

- 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ことが適当である。

- その上で、要請等の実効性を確保する観点からの意見として、
 - ・ これまでの医師不足対策で十分な成果が得られなかったことを踏まえ、過多区域で特に厳しい規制をかけるべきであり、都道府県からの要請に応じず、勧告にも従わない新規開業者に対して、勧告等の基準を明確にした上で、保険医療機関の指定の可否について、開業時だけではなく、更新時にも厳しく判断すべき、
 - ・ 要請・勧告後にどうなるか意識しながら外来医師過多区域での開業を判断いただくことが重要であり、要請・勧告を行った場合の牽制効果という意味でも、保険医療機関の不指定や取消を規定すべき、との意見があった。

- 一方で、保険医療機関の指定をしない、又は保険医療機関の取消を行うことについては、
 - ・ 保険医療機関の不指定や指定取消については、診療所の経営に関わる強い規制であり、憲法上の職業選択の自由や営業の自由と抵触するおそれがあるもので、認める余地はない、
 - ・ 健康保険法上の保険医療機関の不指定や指定取消は、医療保険制度を著しく毀損するような場合に認められるものであり、一方、今回検討している医療法上の不足する医療機能の要請等は、医療保険制度の外にある学校医、公衆衛生上の貢献を含めたもので、そうした貢献をしないからといって著しく医療保険制度を損なうことにはならず、不指定や指定取消の議論

に論理的に結びつかない、

- ・ 診療所の新規参入に対する過度な抑制を行った場合、その地域の新規開業が減少し、競争原理が働かず、医療の質の低下を招きかねない、
- ・ 駆け込み開業が発生し、診療所医師の年齢構成にひずみが出るなど、地域医療をゆがめる可能性があり、慎重に検討するべき、との意見もあった。

- これらの意見も踏まえ、今般の制度改正に当たっては、要請等の実効性を確保するため、下記の見直しを行うことが適当である。その上で、この見直しも含めて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が検討されるべきである。
- 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などは、有限な保険料財源を原資とする保険医療機関として、より効率的な医療提供を行うよう、その提供内容の見直しを促す観点から、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定については、その指定期間を6年でなく3年とすることが考えられる。これによって、医療法に基づく都道府県知事の要請・勧告・公表と、健康保険法に基づく厚生労働大臣の保険医療機関の指定を連携して運用することが可能となる。
- 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ことも考えられる。
- 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ことが考えられる。
- なお、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ことが適当である。

③ 保険医療機関の管理者要件

- 2040年頃に向けて、複数疾患や医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加及びこれによる医療費の増加が見込まれるところ、当該高齢者を支える中心となる保険医療機関については、適正な保険医療を効率的に提供することが求められる。このためには、地域内の他の医療機関や他職種との連携の強化、自機関内におけるチーム医療の推進をより一層求めていくことが必要であり、これを担う適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要である。
- 適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要であることを踏まえ、保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、保険診療に一定期間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ことが考えられる。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ことが考えられる。

(3) 地域偏在対策における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。
- このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」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(仮称)」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(仮称)」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ことが適当である。
- 具体的には、診療所医師が高齢化し、人口規模が小さい二次医療圏等で診療所数が減少傾向にある中、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」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を行うことが考えられる。この支援については、緊急的に先行して取り組むことが考えられる。

また、急激な人口構造の変化や医師の高齢化により医療提供体制の維持に課題が生じる地域を下支えする観点から、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における一定の医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行うことが考えられる。あわせて、当該区域内の一定の医療

機関に対して、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を行うことが考えられる。

さらに、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において、中核病院等からの医師派遣により医師を確保するため、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を行うことが考えられる。

- 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が適当である。
- また、地域の医療提供体制の確保は、国と都道府県が連携して取り組んできた。一方、国民皆保険制度において「保険あってサービスなし」とならないよう、保険者においても、医師少数地域における適正な給付の維持・確保の一定の役割を果たしてきたと考えられる。このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における支援のうち、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の医師への手当増額の支援については、医師の人件費は本来診療報酬により賄われるものであるが、特定の地域に対して診療報酬で対応した場合、当該地域の患者負担の過度の増加をまねくおそれがあることから、診療報酬の対応でなく、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ことも考えられる。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ことも考えられる。
- なお、①地域に必要な医療提供体制の確保は国・都道府県の責務であり、公的責任において負担するものであること、②そのための地域医療介護総合確保基金が消費税財源により措置されていること、③医師の人件費は医療費の一部であり、保険者は現に診療報酬を通じて必要な負担をしていること等の理由から、医師偏在対策にかかる費用を保険者の拠出財源に求めることには合理性がなく、保険給付と関連性の乏しい使途に保険料を充当することは、著しく妥当性を欠くとの意見もあった。
- 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ことが考えられる。

なお、診療報酬による対応を検討する場合でも、補助金や税制との役割分担を明確にした上で、医療の適正化も念頭に、最低限、財政中立を前提としてメリハリを付けるべきであるとの意見があった。

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

- これまで中堅・シニア世代の医師を対象とした対策が十分には行われていない一方、中堅・シニア世代の医師の中には、地域医療への関心を示す者が一定程度存在することから、これらの人材を医師不足地域における医療ニーズに上手くつなげていくことが求められる。また、これまでの都道府県内の医師確保計画に基づく取組だけではなく、都道府県域を超えた全国的な地域偏在の是正につなげる取組が求められる。

- 中堅・シニア世代等の医師を希望に応じて医師不足地域における医療ニーズにつなげるため、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ことが適当である。これらの取組は地域において不足する診療科への対応にも一定程度資するものと考えられる。

(5) リカレント教育の支援

- 総合的な診療能力を有する医師の養成については、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ことが適当である。具体的には、学会や病院団体等が協力して、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ことが考えられる。

(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

- 地域における医師確保・医師派遣の取組を進める上で、都道府県と大学病院等との連携は重要であり、一部の都道府県においては、大学病院等との連携パートナーシップ協定の締結を通じ、医師確保のための取組を推進している例がみられるが、当該協定の内容は都道府県によって様々であり、医師確保に向けた実効性の観点から課題がある。

- こうした状況を踏まえ、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ことが適当である。あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するためには、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化し、医師の確保に向けた取組を進めることが重要である。

(7) 医師偏在指標のあり方

- 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に、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ことが適当である。

(8) 医師養成過程を通じた取組

- 医学部臨時定員、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化等の医師養成過程を通じた取組については、医師確保計画策定ガイドラインに沿った取組のほか、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会等における議論を踏まえ、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ことが適当である。

(9) 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作り等、処遇改善に向けた必要な支援を実施することが適当である。
- なお、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、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会等における議論を踏まえつつ、別途、必要な議論を行うことが適当である。

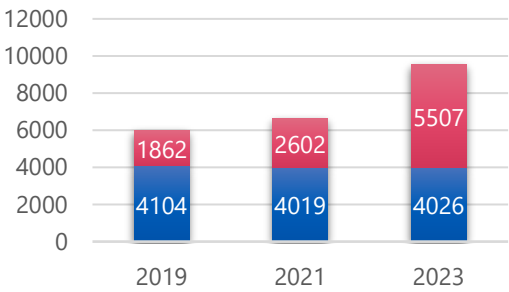
6. おわりに

- 今後の医師偏在対策については、4. の基本的な考え方にに基づき、5. の具体的な取組を進めることが重要であり、厚生労働省においては、医師偏在

是正に向けた総合的な対策のパッケージに反映した上で、制度改正を含め、必要な対応を行うべきである。また、今後の対策の実施に当たっても、引き続き、医療関係者、保険者、都道府県、市町村等の意見を真摯に受け止め、実効性のある取組が行われることを期待する。

1. 美容医療を取り巻く状況

医療の相談件数の推移



■ その他医療サービス(件数) ■ 美容医療(件数)

出典：PIO-NET（※）へ2024年3月31日までに登録された相談データ



患者

「シワを取るはずが顔面麻痺が残った…」
 「医師ではない人に治療方針を決定された…」
 「オンラインで無診察処方された…」
 「強引に高額な契約を結ばされた…」
 「SNS広告を見て受診しトラブルに…」



医療機関



医師

「関係法令&ルールを知らない…」
 「提供した医療の内容や契約内容について患者とトラブルになる…」
 「研修・教育体制が不十分…」
 「問題が起こっても対処できない…」



保健所等

「安全管理の状況・体制等を把握しにくい…」
 「通報を受けたが立入検査に入っ
 てよいケースかどうか分からない…」
 「カルテを見ても診療の実態がわからず、指導ができない…」

2. 美容医療がより安全に、より高い質で提供されるに当たっての課題と対応策

課題

- ・美容医療を提供する医療機関における院内の安全管理の実施状況・体制等を保健所等が把握できていない
- ・患者側も医療機関の状況・体制を知る手段がなく、医療機関における相談窓口を知らない
- ・関係法令&ルール（オンライン診療に係るものを含む。）が浸透していない
- ・合併症等への対応が困難な医師が施術を担当している
- ・安全な医療提供体制や適切な診療プロセスが全般的・統一的に示されていない
- ・アフターケア・緊急対応が行われない医療機関がある
- ・保健所等の指導根拠となる診療録等の記載が不十分な場合がある
- ・悪質な医療広告が放置されている

対応策

- **美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入**
⇒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について都道府県等に対する報告を求め、そのうち国民に必要な情報を公表
- **関係法令&ルールに関する通知の発出**
⇒保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化
- **医療機関による診療録等への記載の徹底**
- **オンライン診療指針が遵守されるための法的整理**
- **関係学会によるガイドライン策定**
⇒遵守すべきルール/標準的な治療内容/記録の記載方法/有害事象発生時の対応方針/適切な研修のあり方/契約締結時のルール等を盛り込んだガイドラインを策定
- **医療広告規制の取締り強化**
- **行政等による周知・広報を通じた国民の理解の促進等**

美容医療の適切な実施に関する検討会
報告書

令和6年11月22日

目次

第1. 検討の経緯及び基本的な考え方	2
1. 検討の経緯・観点	2
2. 美容医療の特徴と考え方	2
第2. 美容医療の現状と課題	5
1. 医療の質を向上させるための対応について	5
2. 違法・違法疑い事例への対応について	7
3. 契約面の不適切事例への対応について	10
第3. 課題に対する対応策	12
1. 適切な美容医療が安全に提供されるようにするための対応策	12
(1) 基本的な考え方	12
(2) 具体的な対応策	12
ア 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入	12
イ 医師法や保助看法等への違反疑いのある事例に対する保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化	12
ウ 美容医療に関して必要な内容の診療録等への記載の徹底	13
エ オンライン診療のルールの整理	13
2. 美容医療の質をより高め、質の高い医療機関が患者に選ばれるようにするための対応策	13
(1) 基本的な考え方	13
(2) 具体的な対応策	13
ア 関係学会によるガイドラインの策定	13
イ 医療広告規制の取締り強化	14
ウ 行政、関係団体、報道機関等関係者による周知・広報を通じた国民の理解の促進等	14
第4. 今後に向けて	15

第1. 検討の経緯及び基本的な考え方

1. 検討の経緯・観点

- 美容医療については、近年、治療の幅が広がるとともに心理的ハードルも低くなり、広く国民の需要が高まってきていると考えられる。これに伴って美容医療を提供する医療機関が増加している一方で、美容医療が提供される件数の増加に伴い、患者による相談件数や、身体に危害を受けた相談事例も増加している。
- このため、美容医療に関する有害事象等を防止し、質の高い医療の提供が行われるために必要な方策等について検討を行うことを目的として、令和6年6月以降、「美容医療の適切な実施に関する検討会」(以下「本検討会」という。)を開催し、4回にわたって検討(以下「本検討」という。)を行ってきた。
- 本検討に当たっては、美容医療の患者や医療機関等を対象とした実態調査を行うとともに、関係学会その他の関係者からヒアリングを行った。
- これらの実態等を踏まえて、特に、いわゆる美容を目的として行われる治療を美容医療として、美容医療の診療の場面における課題に関して、美容医療の特徴を踏まえ、「医療の質の向上」、「違法・違法疑い事例に対する対応」、「契約面の不適切事例への対応」についての3つの観点から本検討を行った。

2. 美容医療の特徴と考え方

- 本検討においては、美容医療の特徴を踏まえた検討が重要であるため、以下のとおり美容医療の特徴をまとめた。

【治療の目的・内容の観点】

- 美容医療は、以下の点で傷病に対する治療を目的とした医療(以下「一般的な医療」という。)とは異なる。

(治療の目的)

一般的な医療は、傷病の予防や治癒、症状の軽減や機能回復等を最終的な目標とし、主に傷病の治療を目的として行われる。

一方で、美容医療は、主に患者の個人的・抽象的なコンプレックスの解消、満足を得ること、及び希望を叶えることを最終的な目標としている。そのため、傷病の治療の必要はないが、自己の容貌に対する劣等感や不満を抱く者に対して、精神的負担の除去効果も考慮して、身体各部の形状や表面を、より美しくすることを目的として治療が行われる。

(治療の内容)

一般的な医療において提供される治療の内容は、専ら患者等の主訴や状態を踏ま

えて医師(歯科医療の場合は歯科医師。以下同じ。)が診察、検査等を行い、その客観的な結果を踏まえて緊急性、必要性、医学的妥当性等を考慮した上で、医師による医学的な判断に基づき、患者等と相談の上で決定される。

一方で、美容医療において提供される治療の内容は、医学的妥当性等を考慮した上で行われるべきであるが、患者の個人的・抽象的な要望やコンプレックスの内容に基づいて決定されるものであり、医師にはこれらを正確に把握した上で治療の到達点を具体的に定め、これを安全に実現するための十分な知識・手技が求められる。

- 以上より、美容医療は、身体各部の形状や表面を美しくする目的で行うものであるため、患者としては、基本的にはその治療の結果、合併症や後遺症等によりかえって健康を害することを想定していないところ、合併症や後遺症等の治療のリスクに関する医師の説明が不十分であると、患者が認識しているリスクと実際のリスクとの間にギャップが生じやすい。そのため、通常考えられる合併症や後遺症等の治療のリスクも含めて患者に正確な説明を行った上で、患者の同意を取得し、治療を行うことが必要である。
- また、美容医療において治療を提供する医師に求められる知識・手技や、その知識・手技を担保するための研修実施や指針策定などの医療機関の安全管理措置等の実施が不十分であった場合には、患者が想定しているリスクの範囲を超えた合併症や後遺症等を負うなどの問題が生じるおそれがある。

【第三者による監査等の観点】

- 美容医療は、保険適用されない自由診療として提供されることから、医学的に有効性・安全性が認められた医療行為が診療報酬算定要件に沿って提供され、その内容や体制の届出が審査、指導・監査の対象となる保険医療機関の保険診療と比べて、指導・監査等の範囲が限定的である。

【診療契約の観点】

- 美容医療は、自由診療として提供されるため、診療報酬算定要件や標準的な治療方法にとらわれずに患者の多様なニーズを具体的な治療方法に落とし込んで診療契約を締結する特徴がある。また、当該診療契約の内容は、医師が患者の要望に応じて医学的妥当性のある治療内容を提案した上で、その価格も含め、患者との間で自由に取り決められるものである。
- こうした特徴も背景として、法令上、診療やその補助を行う資格を所持しない者(以下「無資格者」という。)が、いわゆるカウンセラー(患者への内容説明や契約の締結の補助を行う者)として介在し、患者からの要望の聴取や、治療メニューの紹介・推奨

などを行いつつ、契約を締結することが行われていると考えられる¹。

【専門性の観点】

- 美容医療に関連する診療科としては形成外科、皮膚科、内科等が存在する。美容医療については、美容医療に関連する学会がこれらの診療科におけるサブスペシャリティの一部に位置づけており、分野毎に様々な学会が存在することや、一般的な医療における治療行為と比較して、専門医の取得が美容医療に従事する医師のキャリア形成における前提になっていないという指摘がある。

¹ なお、無資格者は、医師法上、医学的判断を伴う診断行為等ができない。

第2. 美容医療の現状と課題

1. 医療の質を向上させるための対応について

【把握された問題事例】

- 美容医療の提供に当たり、患者が健康被害を受けたり、不安・不信感を抱いている事例について、本検討会では、以下の事例の報告を受け、議論を行った。
 - 患者がいわゆるカウンセラーのみと相談し決定した治療内容をそのまま医師が実施しており、医師と治療内容、副作用、合併症に関する相談を行っていない事例
 - 治療内容や、通常起こりうる副作用や合併症に関する医師の説明が不十分であったことにより、患者が不安・不信感を抱いている事例
 - 医師の知識、技能、経験不足に起因すると考えられる健康被害が生じている事例
 - 治療結果が患者のイメージどおりにならず、再治療等が必要となった場合や、合併症や後遺症等が発生した場合に、その対応について当該治療を実施した医療機関で行うことができない、あるいは対応を拒絶する、他医療機関の紹介も行わないという事例
- さらに、脂肪吸引術といった特定の治療に起因して、死亡に至った事例や、ショック症状や重篤な感染症、失明など患者の生命・健康が大きく脅かされた事例も報告されたほか、周術期における循環器系及び呼吸器系管理の経験が少なく術中出血や呼吸不全等の緊急事態に対応できない医師が(全身麻酔下での)手術を行ったり、緊急時の対応ができる病院等との連携体制が構築されていない状態で侵襲性が高い治療が行われている事例など、生命・健康に対するリスクが非常に高い事例についても報告された。

【課題の分析】

ア 全般的かつ統一的なガイドラインが存在しない

- 一般的に医療行為は、身体に対する一定の侵襲性のある行為で、結果の不確実性を含むものであることから、必ずしも患者の期待する結果とならず、通常発生する範囲で副作用や合併症が発生することを完全に避けることは性質上困難である。
- 他方で、美容医療を受ける患者は、前述第1の2のとおり、本来傷病の治療の必要のない者であるため、自己の要望を満たす期待値と治療に伴うリスク等を比較衡量の上で当該治療についての同意が行われるべきであり、医師によるリスクの説明を含め患者が医療行為を受けるか否かの判断材料を十分に提供された上で同意することは、一般的な医療と同様に患者にとって重要である。さらに、本来傷病の治療の必要のない患者に提供される美容医療が、患者の健康を害することはあってはならず、医師による説明や禁忌等に関する患者の医学的情報の把握の重要

性が高いと考えられる。

- また、美容医療の治療は医学的な緊急性や必要性が低いことも考えれば、性質上避けられない副作用や合併症の発生に関しても、その可能性を低くするための知識や技能の修得や、発生時の事後対応体制の構築は極めて重要である。
- 上記の点については、医師の専門性及び医療機関における体制の構築に委ねられているところ、美容医療については、各種関係学会による研修等の取組や、医療機関独自の医療提供の基準の設定等の取組が行われている一方で、それらが十分に機能・普及していないと考えられる。
- その要因として、専門医の取得が美容医療に従事する医師のキャリア形成における基本になっていないという指摘があり、関係学会の取組が普及しづらいほか、美容医療を行う上での、適切な治療法の選択、患者への説明内容・説明方法、診療契約の締結プロセス(不当な手法等を用いて契約を締結してはならないことのみならず、かかる不当な手法等を用いる動機につながるインセンティブ制度のあり方を含む。)、後遺症対応・アフターケア(治療を実施した医療機関で適切に事後対応できる体制を整備することのみならず、他の医療機関との連携体制の整備も含む。)、提供体制、研修・教育体制等が示された指針や業界におけるガイドラインがないことが考えられる。

イ 医療の質を向上させる取組を積極的に行わせる仕組みがない

- また、美容医療において、現状、医療の質を向上させる取組を積極的に行わせる仕組みがないことも、医療の質にばらつきがある要因と考えられる。特に、上記ガイドラインの策定により適正化を図るためには、ガイドラインの策定後、中長期的には医療機関においてそれを自律的に遵守させる仕組みを整備する必要がある。
- 加えて、患者に対して、ガイドラインを遵守し、質の高い適切な美容医療を提供する医療機関が周知されることも重要と考えられる。

ウ 医療の安全確保のための実態の把握ができていない

- また、前述第1の2のとおり、美容医療は本来傷病の治療の必要がない患者に対して行うものであり、それによって健康被害が生じている一方で、都道府県等による医療機関への立入検査等の実施には体制上の限界があり、美容医療を提供する医療機関に網羅的かつ定期的に立入検査等を行って安全管理措置を確認することは困難である。
- そこで、美容医療の需要が今後も増加することが見込まれる中で、重大な有害事象の防止や事象発生時の実態把握に資するよう、美容医療を提供する医療機関の安全管理措置の実施状況等について、定期的に行政に対する報告を求める仕組みが必要である。

- 加えて、患者からのチェック機能が働くように、報告された内容について公表する必要がある。

エ 患者が質の高い医療機関を選択するための仕組みがない

- 患者は美容医療に関する情報を十分に保有し、正しく理解していないことに加え、患者の多くはインターネットや SNS 等の手段により情報を取得しており、患者に質の高い医療機関を適切に選択するための正しい情報が行き渡っていない。
- そこで、医療広告のネットパトロールを強化するとともに、医療機関が最低限遵守しなければならない事項、美容医療のリスク、上記ガイドラインの内容など、適切な医療機関の選択に資する情報について、国民向けに周知・広報する必要がある。
- また、上記ウの報告内容について公表することは、患者への情報提供にも資するものであると考えられる。

オ 問題発生時に患者が医療機関に対して相談できない

- 合併症や後遺症等が発生した際には、当該治療を行った医療機関において、当該事例の迅速な把握に努めるとともに、必要なアフターケアの対応をするべきであるが、現在、そのような対応を行わせる仕組みが存在せず、各医療機関に委ねられており、また、患者側にも相談先の情報が十分に提供されていない。
- そこで、美容医療を提供する医療機関においては、問題発生時に患者の抱える問題を的確に聞き取り、医師の判断の下に必要な受診勧奨等を行う等の適切な対応が可能な窓口の連絡先等を設けた上で、その情報を患者に提供させることが必要である²。

2. 違法・違法疑い事例への対応について

【把握された違法・違法疑い事例】

- 美容医療の提供に当たり、既存の法令への違反やその違反が疑われる事例として、本検討会では、以下の事例の報告を受け、議論を行った。
- 医師法(昭和 23 年法律第 201 号)第 17 条との関係で、無資格者による医行為の実施が疑われる事例として、具体的には、以下の事例が報告された。
 - 医療機関において、無資格者による医療脱毛や HIFU(高密度焦点式超音波)等の医行為が行われている事例
 - 医療機関において、いわゆるカウンセラーが、無資格者であるにもかかわらず

² 当該医療機関において、自院が提供した美容医療に係る合併症や後遺症等であるかを判断し、当該医療機関で対応できるのであれば当該医療機関で対応し、対応が困難である場合には、適切な治療が可能な、事前に連携することについて合意済みの連携先医療機関に責任をもって紹介を行うといった対応が想定される。

- 実質的に治療内容の決定等を行っている事例
 - 医師以外の者がオンライン診療(薬の処方含む。)を実施している事例
 - エステサロン等、医療機関ではない場所で、無資格者により医療脱毛やアートメイク等の医行為が行われていると考えられる事例
- また、医師法第 20 条との関係で、無診察治療等が疑われる事例として、具体的には、以下の事例が報告された。
 - 医療機関において、医師が不在であるなど、実態として医師の診察を経ずに、医療脱毛や各種の治療が行われている事例
 - オンライン診療や電話診療という建前で、実態として医師の診察を経ずに投薬等の行為が行われている事例
 - 医師が、初回の診療のみオンラインで行い、以降は無診察で点滴が実施される等、オンライン診療を用いるとしているが、実質的に無診察で治療を行っている事例
- また、医師法第 24 条との関係で、診療録の作成義務違反、記載不備が疑われる事例として、具体的には、以下の事例が報告された。
 - 保健所が対応するに当たって、医師法上診療録に記載する必要のある事項が記載されていない事例
 - 保健所が他の法令違反の疑いの対応をするに当たって、十分な記録が残されていない事例
- また、保健師助産師看護師法(昭和 23 年法律第 203 号。以下「保助看法」という。)第 37 条との関係で、医師の指示のない診療の補助行為が疑われる事例として、具体的には、以下の事例が報告された。
 - 医療機関において、医師の指示がない状況下で、看護師が脱毛等の医行為を実施している事例

【課題の分析】

ア 行政機関が違法疑いのある美容医療の実態の把握ができていない

- 前述第2の1のウのとおり、美容医療を提供する医療機関に網羅的かつ定期的に立入検査等を行って実態を把握することは困難であるところ、違法行為が疑われる医療機関について患者から相談等を受けた際に、その調査や指導の手がかりとなる情報について、定期的に医療機関から行政に対する報告を求める仕組みが必要である。
- 加えて、報告内容については、患者からのチェック機能が働くように、公表する必要がある。

イ 医事法制の解釈や立入検査・指導のプロセス等が不明確³

- 保健所等が美容医療に関する専門的知識を必ずしも持ち合わせておらず、また、医師法や保助看法等に違反する行為か否かの判断基準やどのような場合に保健所が立入検査できるのか明確ではないことから、効果的な指導や取締りが困難なケースがある。
- そこで、厚生労働省として、これらを明確化するための解釈通知や事務連絡を発出する必要がある。

ウ 診療録等の記載が不十分

- 保健所等の指導や立入検査が行われた場合であっても、医療機関において、診療録その他の診療に関する記録(以下「診療録等」という。)の記載が十分になされていないケースが多く、保健所等による問題事例の把握が困難であることも、実効的な指導や取締りの妨げとなっている。
- そこで、美容医療の現場においていかなる診療行為が行われているか、その実態を確認するために必要な内容を診療録等に記載させる必要がある。

エ 医療機関における法制度の理解が不十分

- 当事者である医療機関側において、医事法制や消費者保護法制等、美容医療を提供する上で遵守すべき法制度への理解が必ずしも十分ではない。
- そこで、遵守すべき法制度について関係学会が作成するガイドラインにとりまとめ、医療機関の理解を促進する必要がある。

オ 国民における法制度の理解が不十分

- 美容医療を受ける患者自身も、医事法制や消費者保護法制等に理解が不十分な場合が多く、違法な診療行為等を未然に察知して利用を拒否する等の対策が困難であると考えられる。また、その根底には、患者が情報を得ている SNS 等の情報サービスの発信者やマスコミにおいても、美容医療に適用される法制度に関する正しい理解が十分になされていないことが考えられる。
- そこで、美容医療を提供するに当たって医療機関側が遵守すべき法制度について、国民向けにも周知・広報する必要がある。

カ オンライン診療指針の法的位置づけが不明確

- 特にオンライン診療については、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成 30 年3月(令和5年3月一部改訂)厚生労働省)に基づいて提供されることとさ

³ 医事法制とは、医師法、医療法、保助看法等の医事に関する法制度をいう。

れているにもかかわらず、その法的な位置づけが不明瞭であることもあり、必ずしも遵守されていない事例が存在する。

3. 契約面の不適切事例への対応について

【把握された問題事例】

- 美容医療に係る契約について、本検討会では、以下の事例の報告を受け、議論を行った。
 - 医療機関において治療内容に関する相談(初回相談)をする中で、ホームページ等で掲載されている金額と異なる金額のメニューが提示されたり、患者が当初希望していたメニュー以外のメニューを推奨されて、結果的に契約金額が当初の想定よりも大幅に大きくなった事例
 - 当日中に契約すれば、モニター料金で割引が適用される等の説明を受けて、当初の想定とは大きく異なる金額での契約を行っている事例
 - 治療の開始後に、解約をしようとしたが拒否された事例
 - 解約料が高額であり、解約することが難しいという事例
 - 診療契約を締結するまで長時間(医療機関内の)個室に拘束する、医師以外による強引なカウンセリングを行う、保険証を返却しない等の手法を用いて契約させる事例

【課題の分析】

ア 高額な契約が行われやすい

- 前述第1の2のとおり、美容医療に係る診療契約は、診療内容や金額について医療機関と患者との間で自由に取り決め、締結されるものである。
- そして、美容医療は、患者の主観的な要望に基づき、医療機関側において具体的な治療行為を選択・提案して患者の同意に基づき行われるものであるが、患者と医療機関との間では治療内容やその費用・難易度等についての情報の格差が大きい。加えて、治療内容が一人一人異なり価格の比較が難しい場合がある。
- そのため、美容医療の診療契約において、その代金が高額になる契約が締結されやすい。

イ 消費者保護法制に関する理解が不十分

- 消費者契約法(平成 12 年法律第 61 号)においては、消費者と事業者との間の情報の質及び量並びに交渉力の格差に鑑み、損害賠償責任を免責する条項等が無効となることや、不当な勧誘を受けて締結した契約を取り消すことができること等が定められている。
- また、特定商取引に関する法律(昭和 51 年法律第 57 号。以下「特定商取引法」と

いう。)においては、特定継続的役務提供等、トラブルを生じやすい特定の取引形態については、威迫行為等の禁止行為、書面交付義務、中途解約やクーリング・オフについてのルールが定められている。

- それにもかかわらず、契約における不適切事例が存在する要因として、医療機関や患者が正しく法制度を理解できていない可能性が考えられる。

ウ 患者が適切な公的相談窓口にアクセスすることが困難

- 現行制度上、医療機関における医療行為に関する問題があった場合には、患者は当該医療機関を所管する保健所や、都道府県、保健所を設置する市及び特別区等に設置の医療安全支援センターに対して相談を行うこととなる。他方で、契約に関する問題については、保健所や医療安全支援センターにおいて対応することが困難であり、各自治体に設置の消費生活センター等に対して相談を行うことが適切であるところ、相談内容に相応しい窓口スムーズにアクセスできていない可能性が考えられる。

第3. 課題に対する対応策

1. 適切な美容医療が安全に提供されるようにするための対応策

(1) 基本的な考え方

- 本検討において、経験の浅い医師による侵襲性の高い治療、全身管理の経験がない医師による全身麻酔下での手術や、緊急時の対応ができる病院等との連携体制が構築されていない事例等、安全な医療を提供する上での最低限の医療の質が担保されているかさえ疑わしい事例が存在し、美容医療に起因する死亡事例が起きていることも報告された。
- 現状では、美容医療について安全管理措置が適切に実施されているか等の実態を網羅的かつ定期的に把握することが困難であるため、かかる問題を解消する必要がある。
- 違法行為の疑いのある事例については、必要な場合に取締りが適切に行われるよう、保健所等による指導・監視を実効的なものとする必要がある。その上で、違法行為の事実を確認した場合は、警察に通報する等厳正に対処する。加えて、同様の事例を未然に防止するための取組を実施するべきである。

(2) 具体的な対応策

ア 美容医療を行う医療機関等の報告・公表の仕組みの導入

- 厚生労働省において、美容医療に係る報告・公表の仕組みを導入し、美容医療を提供する医療機関の管理者を対象として、当該医療機関における安全管理措置の実施状況等について、年1回の頻度で、都道府県知事等に対して定期的な報告を求めるとし、また、その報告内容のうち患者が相談できる連絡先など必要な内容を都道府県知事等が公表することを検討すべきである。
- 具体的な報告内容としては、医療法(昭和23年法律第205号)に基づく安全管理措置の実施状況等に加え、医師の専門医資格の有無、合併症や後遺症等の問題が起こった場合に患者が相談できる連絡先(連携先の医療機関を含む。)等を含むものとすべきであり、治療に伴うリスクの程度も踏まえ、引き続き検討を行うべきである。
- 報告・公表の具体的な方法は、例えば、医療機能情報提供制度等の仕組みも参考としつつ、関係者の意見も聞きながら実務的に検討すべきである。

イ 医師法や保助看法等への違反疑いのある事例に対する保健所等による立入検査や指導のプロセス・法的根拠の明確化

- 厚生労働省において、医師法や保助看法等への違反疑いのある事例や、それらの事例に対する医療法に基づく立入検査等の可否・法的根拠や、立入検査の実施プロセス、調査の観点について明確化を行い、解釈通知の発出等を行うべきである。
- その際には、各自治体における裁量の範囲も考慮し、現場での対応に支障がないよ

う配慮すべきである。

ウ 美容医療に関して必要な内容の診療録等への記載の徹底

- 厚生労働省において、保健所等が立入検査等を行った際に指導等に実効性を持たせる観点から、診療録について、患者の主訴や希望する処置といった各診療の実態を確認するために必要な内容を記載させる必要がある。
- また、その他診療に関する記録については、後述2(2)アの関係学会によるガイドラインも活用しつつ、必要な記録が残されるよう対策を講ずる必要がある。

エ オンライン診療のルールの整理

- 厚生労働省において、オンライン診療指針が厳格に遵守されるよう、その法的な位置付けを整理する必要がある。

2. 美容医療の質をより高め、質の高い医療機関が患者に選ばれるようにするための対応策

(1) 基本的な考え方

- 美容医療の提供に当たっては、
 - 患者への説明不足による治療内容・治療結果への不安・不満
 - 医師の基本的技能の欠如や経験不足により発生する(通常であれば起こらない)合併症・後遺症等や、合併症・後遺症等が発生した場合に適切に対応できないことにより二次的に発生する有害事象
 - 合併症や後遺症等の有害事象等の問題が起こった場合のアフターケアの欠如
 - 不適切な診療・契約プロセスによる契約締結やそれに起因する契約トラブルを防ぎ、適切な美容医療が提供されるようにしなければならない。
- また、遵守すべきルール等に則り質の高い医療を提供している医療機関が患者に選ばれるようにすることで、市場の競争原理を通じて、そうでない医療機関が改善せざるを得ない環境とすることを目指すべきである。

(2) 具体的な対応策

ア 関係学会によるガイドラインの策定

- 本検討で明らかとなった問題事例を防止できるよう、以下の内容を盛り込んだガイドラインを策定すべきである。
 - 医事法制や消費者保護法制等の遵守すべき関係法令の内容、明確な解釈(医師法上禁止されている事項、医療法上求められている事項(広告に関する事項を含む。)、特定商取引法上禁止されている事項、特定商取引法や消費者契約法上の消費者保護のための諸制度等)
 - 治療内容及び質の標準化(標準的な治療内容・手技、医療機関における医師数

や経歴・専門性に関する事項、副作用や後遺症に関するリスクの説明方法、同意の取得方法、再治療や後遺症治療の方法、使用する医薬品、医療機器に関する事項等)

- 診療に関する記録として残しておくべき事項やその記載方法(患者の要望、医師による提案内容、治療のリスクも含む説明内容、それを受けた患者の同意内容、実施した検査や手術・投薬等の内容・結果等の事項を含む。)
 - 有害事象発生時の対応(アフターケアの内容、紹介先医療機関との事前の合意・連携、(侵襲性の特に高い治療を行う場合について)急変時の体制の構築)
 - 医師の指導・教育体制(経験・年次・専門性等に応じた治療の実施や、研修制度、指導担当医師による教育システム、学会主催の研修を受けること等)
 - 契約締結時において最低限遵守すべきルール(契約書面に記載すべき内容、医師による説明内容、いわゆるカウンセラーとの役割分担、即日治療の原則禁止、不当な手法等を用いて契約を締結してはならないことのみならず、かかる不当な手法等を用いる動機につながるインセンティブ制度のあり方等)
- 上記のガイドラインを作成するに当たっては、公益社団法人日本美容医療協会といった業界団体に加え、一般社団法人日本美容外科学会(JSAS)、一般社団法人日本美容外科学会(JSAPS)等の関係学会、さらに必要に応じて公益社団法人日本医師会や公益社団法人日本歯科医師会等の医療関連団体が主体的に検討に参画し、多面的かつ広範に課題を検討した上で、全ての美容医療の領域において汎用的かつ統一的なガイドラインとなるように努めるべきである。
 - ガイドラインの具体的な内容の検討については、本とりまとめ後、速やかに行うものとする。
 - また、中長期的な課題として、上記ガイドラインの策定により適正化を図るため、ガイドラインの策定後、医療機関が自律的にガイドラインを遵守する枠組みについても検討していくべきである。

イ 医療広告規制の取締り強化

- 医療広告のネットパトロールを強化し、違法な広告により患者が医療機関に誘引されないように取り組むべきである。

ウ 行政、関係団体、報道機関等関係者による周知・広報を通じた国民の理解の促進等

- 厚生労働省及び消費者庁は、患者が美容医療の特徴やリスクを正しく理解した上で、質の高い医療機関を適切に選択することができるように、国民に対する周知・広報を実施するべきである。その際、以下のような内容を盛り込むべきである。
 - 美容医療に関する医事法制(いわゆるカウンセラーによる治療内容の決定の違法性等)

- 美容医療に関する消費者保護法制(契約の中途解約・クーリング・オフ制度、書面交付義務等)
 - 上記ガイドラインの存在及び内容、学会における専門医制度
 - 美容医療において発生しうる問題事例やリスク(副作用や合併症・後遺症、契約トラブル等)
- また、厚生労働省及び消費者庁は、例えば、引き続き、美容医療のトラブルに係る公的相談窓口を周知・広報するなど、患者が適切な相談窓口等に速やかにたどり着けるようにするための取組等を行うべきである。
 - さらに、関係学会等においても、ホームページ等により、推奨される治療方法や安全性の高い治療方法等に関する国民向けの情報提供を行ったり、相談窓口の設置等を行い、美容医療に関する国民の理解を促進するための取組を行うべきである。
 - その他関係者においても、国民に対して正しい情報を伝達するための取組を行うべきである。

第4. 今後に向けて

- 本検討会は、美容医療全般について問題点と課題、その解決の方向性を議論する初の検討会として、特に美容医療の診療の場面における課題を中心に、対応策の検討を行った。
- 厚生労働省は、一般社団法人日本美容外科学会(JSAS)、一般社団法人日本美容外科学会(JSAPS)等の関係学会、美容医療の質の向上を目指す事業者とともに、まずは、本検討会で提言されたそれぞれの対応について、消費者庁等の関連省庁等の協力も得ながら、かつ必要に応じて実態を把握しながら、取組を進めるべきである。
- なお、本検討会においては、医師の偏在是正の観点から臨床研修修了直後であるなど若手の医師が美容医療の領域に流れていること等の諸課題について指摘されたところ、かかる問題については、本検討会の議論の対象ではないものの、引き続き、厚生労働省において別途必要な検討をしていく必要がある。
- 取組を進め、また、実態を把握する中で、取組における課題や新たな課題が見つかった場合には、その要因を分析しつつ、更に踏み込んだ対応を検討するべきである。

美容医療の適切な実施に関する検討会 開催要綱

1. 目的

- 近年、美容医療の実施件数が増加するとともに、国民からの相談事例も増加しており、また医師法等の医事関係法令に違反する疑いのある事例があるとの指摘もある。
- 美容医療には、医事関係法令が適用され、保健所による指導・監査の権限も及んでいるが、健康保険が適用されない、いわゆる「自由診療」であり、一般に、保険診療と比べてその診療・施術や契約の内容が標準化されておらず、保険診療におけるルールも適用されないため、不適切な診療があっても潜在化しやすく、また、患者側も適切な医療機関や施術を選択することが難しい状況にある。
- 併せて、不正確な説明や即日施術によるトラブルなど、医療行政と消費者行政の双方に関連する事例も報告されている。
- 上記現状を受け、医政局に、美容医療の適切な実施に関する検討会を開催し、自由診療で行われる美容医療について、不適切な事例に対する対応や、質の高い医療機関が患者に選ばれるための取り組みについて検討することとする。

2. 検討事項

- (1) 違法・不適切な診療に対する適切な指導等の対応について
- (2) 美容医療に関する専門医の活用や美容医療に関する実態の調査等、質の向上や国民の選択に資する対応について
- (3) 消費者庁と連携した、消費者保護の仕組みの周知等について

3. 構成員

- (1) 構成員は、別紙のとおりとする。構成員の任期はなし。
- (2) 座長は、構成員の互選により選出する。座長は座長代理を指名することができる。

4. 検討会の運営

- (1) 本検討会は、医政局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
- (2) 本検討会においては、必要に応じ、関係者の参加を求めることができる。
- (3) 本検討会の議事、資料及び議事録は、公開することにより個人等に不利益を及ぼす恐れがあるなど、特段の事情がある場合を除き、公開とする。なお、非公開とした場合には、座長が認める範囲において議事要旨を公開する。
- (4) 本検討会の下に、検討会で議論される内容について、より専門的かつ技術的な事項について具体的に検討を行うワーキンググループを設けることができる。
- (5) 本検討会の庶務は、医政局医事課において処理する。
- (6) この要綱に定めるもののほか、本検討会の運営に関し必要な事項は、座長が医政局長と協議の上、これを定めるものとする。

美容医療の適切な実施に関する検討会 構成員名簿

(敬称略、五十音順)

氏 名	所 属・役 職
あおき りつ 青木 律	グリーンウッドスキンクリニック立川 院長
いっか つなくに 一家 綱邦	国立がん研究センター研究支援センター生命倫理部 部長
いもと ひろこ 井本 寛子	日本看護協会 常任理事
うみの ゆりこ 海野 由利子	美容・医療ジャーナリスト
おの たいち 小野 太一	国立大学法人政策研究大学院大学政策研究科 教授
かまくら たつろう 鎌倉 達郎	日本美容外科学会(JSAS) 理事長
くじめ あきひと 久次米 秋人	共立美容外科 理事長
たかしば としひと 高芝 利仁	高芝法律事務所 弁護士
たけだ あきら 武田 啓	日本美容外科学会(JSAPS) 理事
みやかわ まさあき 宮川 政昭	日本医師会 常任理事
みやざわ ひろあき 宮沢 裕昭	新宿区保健所 主査

<参考人>

いえやす ひでたか 家保 英隆	全国衛生部長会 会長 (高知県理事) (第4回)
てらしま たみこ 寺島 多実子	日本歯科医師会 常務理事 (第3回、第4回)

<オブザーバー>

消費者庁

美容医療の適切な実施に関する検討会 開催経緯

- 第1回（令和6年6月27日）：美容医療に関する現状について
本検討会のスコープと検討の進め方について
- 第2回（令和6年8月26日）：美容医療の適切な実施に関する関係団体・有識者ヒアリング（第1回）
違法・違法疑い事例の対応について
- 日本形成外科学会、日本皮膚科学会、グリーンウッドスキンクリニック立川よりヒアリング
- 第3回（令和6年10月18日）：美容医療の適切な実施に関する関係団体・有識者ヒアリング（第2回）
医療の質の向上に関する問題について
- 日本美容外科学会(JSAPS)、日本美容外科学会(JSAS)、共立美容外科よりヒアリング
- 第4回（令和6年11月13日）：美容医療の適切な実施に関する報告書（案）について