



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて (高齢者救急、医療機関機能)

- 1. 高齢者救急について**
- 2. 医療機関機能について**

1. 高齢者救急について

都道府県との意見交換会 2 回目（令和 7 年 11 月）

【調整会議について】

- 現在多くの県庁で調整会議を担当する職員が数名程度という体制であり、増員も容易でない中、協議することとなっている議題の全てを別々に・細部に協議することは難しい。会議の運営は、都道府県が地域の実情や体制に応じて柔軟に出来ることとしてほしい。
- 構想区域の点検・見直しに向けて、国から提供が必要なデータについて、提供いただけないか。
- 医療・介護連携や在宅医療について、市町村単位の会議体を作って調整会議として県庁が運営することは不可能。市町村事業との関連や市町村の役割を明確にし、連携できる方策が必要。

【医療機関機能について】

- 急性期拠点病院等の医療機関機能を具体的にどういった医療機関が担うかを決定していくにあたり、基準とする数値を決める、あるいは考え方の目安を示すなど、地域で議論する際の検討の方向性をガイドライン等で示せないか。
- 大学病院本院からの人的協力について、原則は、県内の医療資源の乏しい構想区域の急性期拠点病院を対象とすることになると思われるが、必要な場合には急性期拠点機能病院以外への人的協力についても必要な場合がある。
- 大学病院本院からの医師派遣について、県外に所在する複数の大学医局の影響が大きいため、県内の大学病院本院との連携だけでは地域医療提供体制の維持・確保が難しく、県外の大学病院本院との連携も重要。
- 大学病院本院における人事制度の都合も踏まえながら、地域枠制度の趣旨について大学病院と都道府県が共通理解をもって連携することが重要。
- 都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定の具体的項目等について、参考となる例を共有いただきたい。

これまでの意見（高齢者救急）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

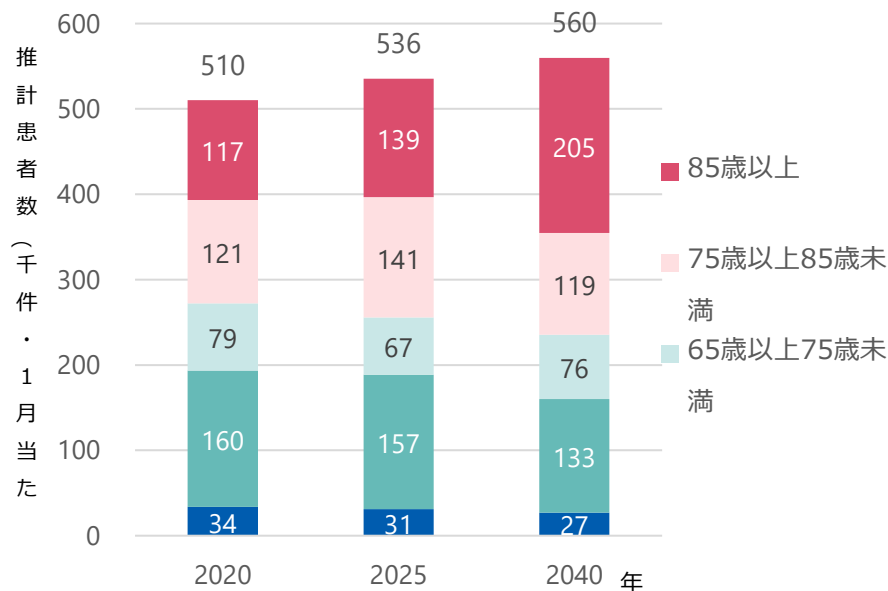
- ・ 高齢者救急については、共有する概念であるが、定義がない。年齢で区切るなどは困難であるが、救急の搬送先の参考となるような定義づけが必要。
- ・ 包括期機能の病床を有しているところが高齢者救急を中心的に担っていくと考えているが、急性期拠点機能を担うような医療機関が実際の主体となっているのではないか。
- ・ 現在は、急性期の病床で高齢者救急を受けていることが多いので、年齢や疾患で決めてしまうなどの定義づけは難しいが、考え方の整理を丁寧にする必要があるのではないか。
- ・ 必要病床数を推計するに当たっても、高齢者救急は包括期と考えるか等の考え方の整理が必要ではないか。
- ・ 包括期機能を有する医療機関であっても、回復期リハビリテーション等の機能を中心とした医療機関であっても、対応することは難しいのではないか。
- ・ 急性期の病床を有するから高齢者救急を受けてはいけないとか、包括期の病床を有するから高齢者救急を受けなければならないということではなく、医療機関の役割等を踏まえながら地域ごとに体制構築していくことが必要なのではないか。
- ・ 高齢者救急について、75歳以上、85歳以上など、どの年齢を指すのか、明確にする必要があるのではないか。
- ・ 85歳以上の高齢者が増えることが見込まれる中で、85歳以上の頻度の高い傷病名の高齢者救急、具体的には誤嚥性肺炎とか体動困難とか脱水等について、地域でどのように分担するかということがこれから重要になってくるのではないか。
- ・ 高齢者救急の需要の増加が見込まれる中、医療機関と介護施設との協力によって重症化を防ぎ、救急車を減らす取組が重要。また、#7119、#8000について、更なる周知をお願いしたい。
- ・ 高齢者救急のうち、軽度の医療ニーズに対しては、今後、有床診療所や老健の医療ショートを活用することにより、高齢者救急の負担軽減に資するのではないか。

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

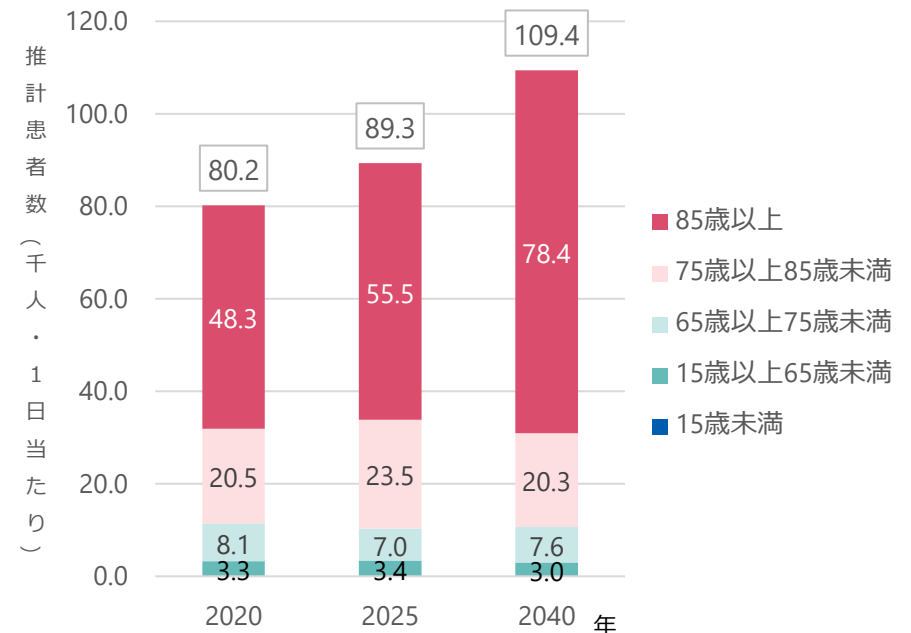
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



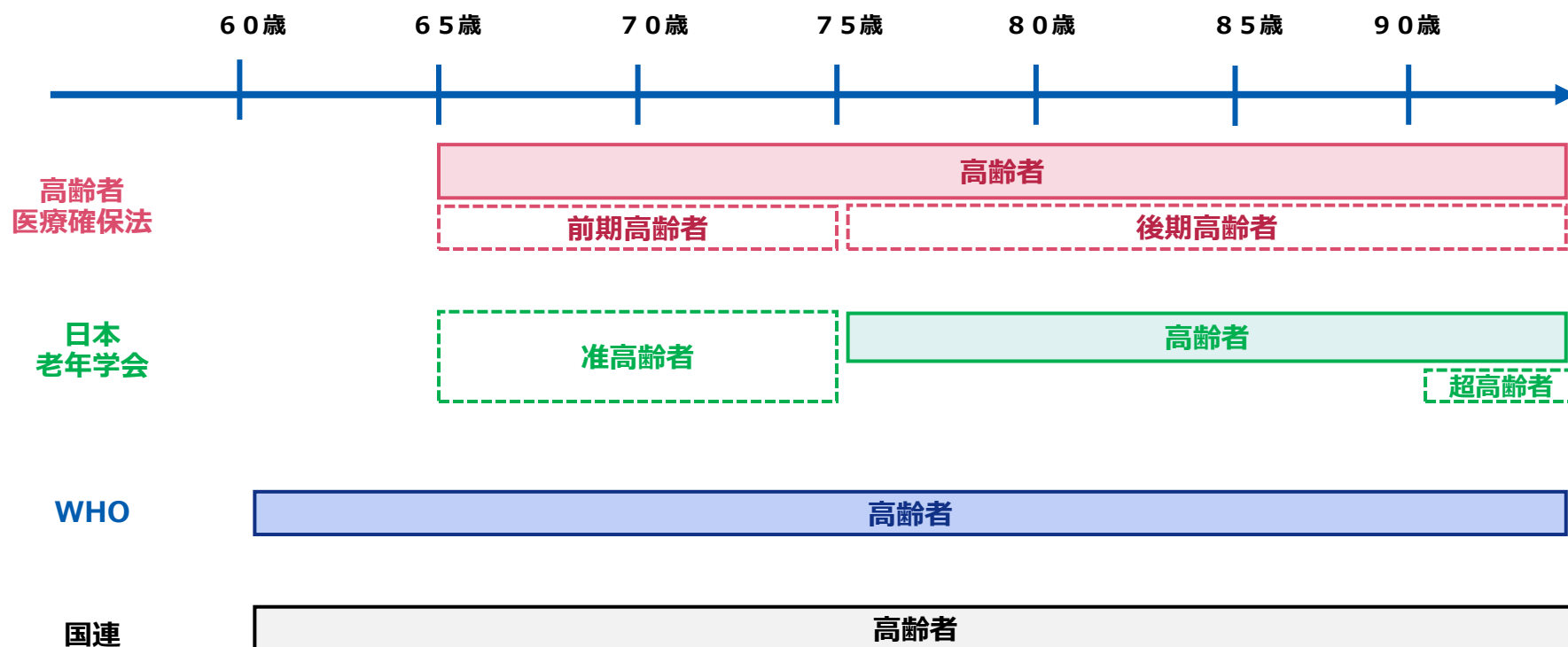
2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に地域医療計画において推計。

高齢者救急の定義について

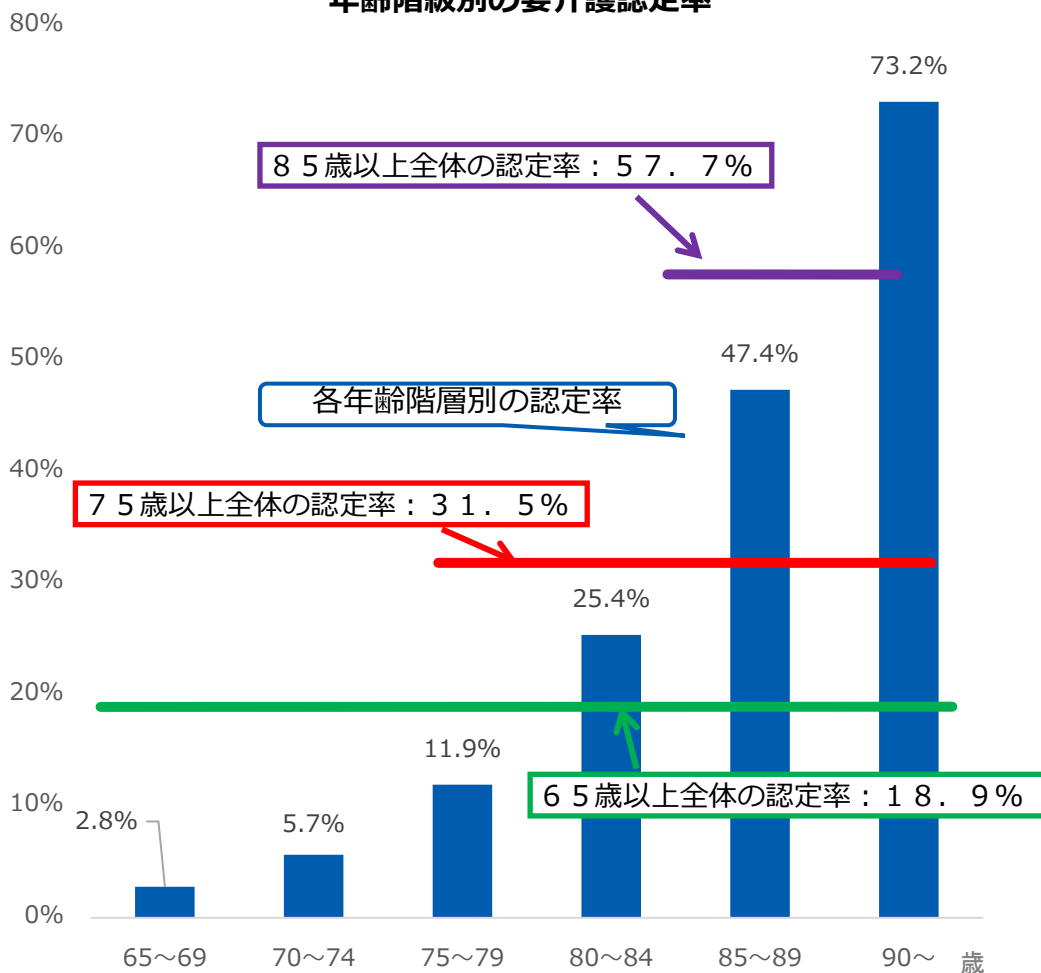
- 高齢者を定義する年齢は様々であり、例えばWHOでは、60歳以上としているが、同時に、暦年齢だけで高齢者を位置づけることは困難としており、身体・認知機能、社会的役割等も踏まえて検討されるべきことが示唆されている。



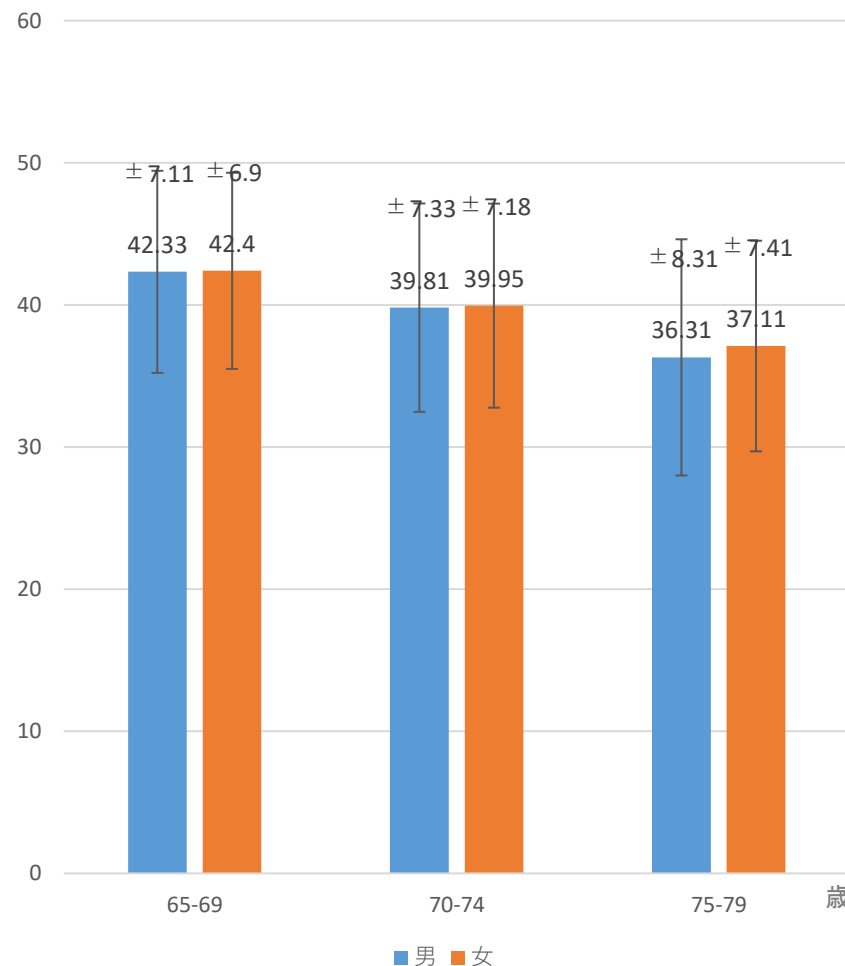
高齢者の年齢ごとの特徴

- 年齢ごとの要介護認定率は高まる。
- 体力等は年齢階級とともに低下し、個人差が大きくなる。

年齢階級別の要介護認定率



年齢階級別新体力テスト合計点



疾患の特徴

- 85歳以上高齢者に多い疾患は、手術を要さないものが多いが、一部では手術も必要である。
- 頻度の高い手術の一部は緊急的に行われるもの、全身麻酔により行われるものもある。

85歳以上の入院数上位の疾患

傷病名	手術
食物及び吐物による肺臓炎	なし
うっ血性心不全	なし
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの	なし
肺炎, 詳細不明	なし
転子貫通骨折 閉鎖性	あり
尿路感染症, 部位不明	なし
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり
細菌性肺炎, 詳細不明	なし
体液量減少 (症)	なし
腰椎骨折 閉鎖性	なし

85歳以上の件数上位の手術

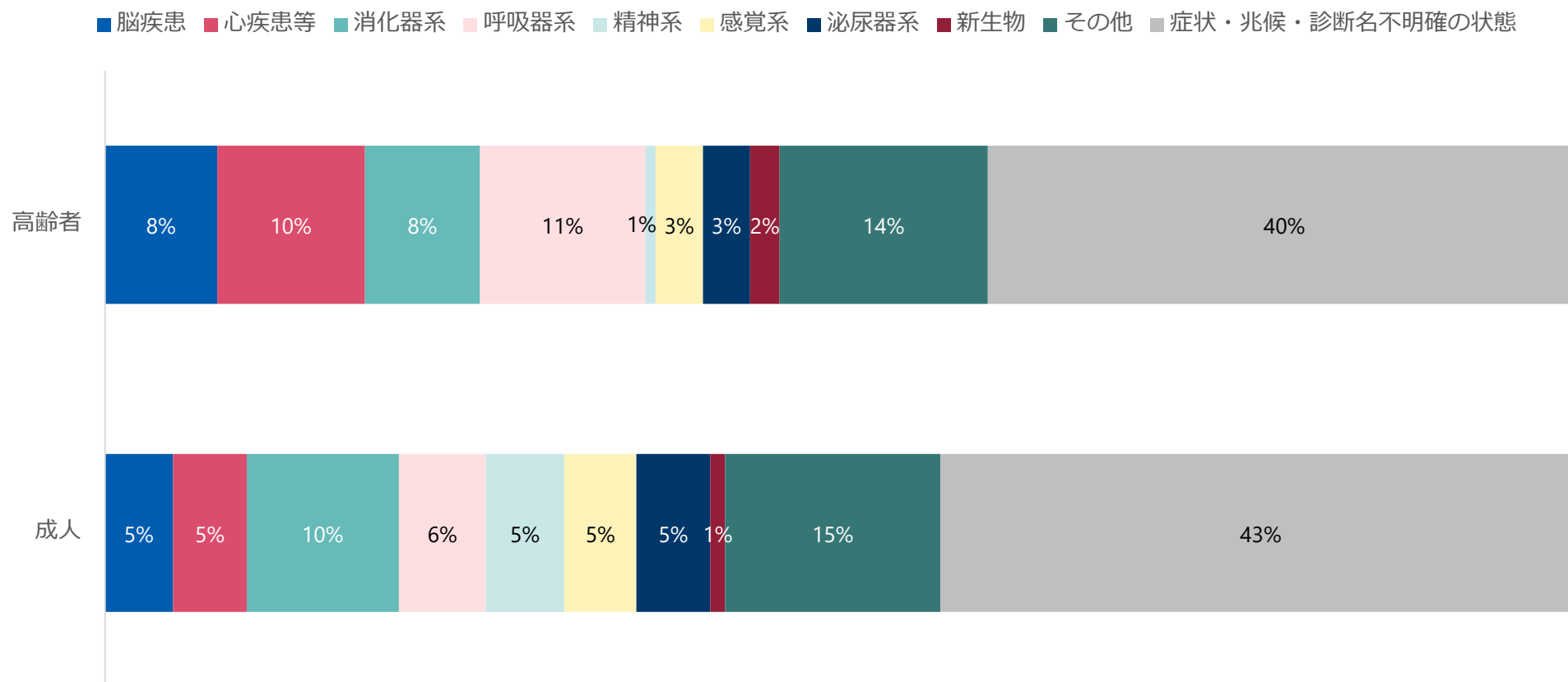
手術名
骨折観血的手術 (大腿)
水晶体再建術 (眼内レンズを挿入する場合) (その他のもの)
内視鏡的胆道ステント留置術
人工骨頭挿入術 (股)
創傷処理 (筋肉、臓器に達しないもの (長径 5 センチメートル未満))
内視鏡的消化管止血術
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 (長径 2 センチメートル未満)
胃瘻造設術 (経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術
経尿道的尿管ステント留置術

赤字は主に全身麻酔によって行われる手術

疾患分類別の搬送人員

- 高齢者（65歳以上）は成人と比較し、脳疾患、心疾患等、呼吸器系による搬送が多い。

疾患分類別搬送人員の構成



高齢者に多い手術

- 高齢者について、水晶体再建術、大腸ポリープ・粘膜切除術、骨折観血的手術（大腿）が多い。

高齢者に多い手術（入院）

65歳以上

手術名	算定回数	割合
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	514,918	11%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	206,515	4%
内視鏡的胆道ステント留置術	126,791	3%
骨折観血的手術（大腿）	125,739	3%
人工関節置換術（膝）	101,502	2%
経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）	88,853	2%
人工骨頭挿入術（股）	83,112	2%
内視鏡的消化管止血術	79,851	2%
経皮的カテーテル心筋焼灼術（心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの）	70,610	1%
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用のもの）	68,406	1%

75歳以上

手術名	算定回数	割合
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	330,270	11%
骨折観血的手術（大腿）	113,293	4%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	112,908	4%
内視鏡的胆道ステント留置術	93,658	3%
人工骨頭挿入術（股）	72,207	2%
人工関節置換術（膝）	64,385	2%
内視鏡的消化管止血術	56,172	2%
経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）	54,191	2%
創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満））	50,299	2%
膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術）（電解質溶液利用のもの）	45,323	2%

85歳以上

手術名	算定回数	割合
骨折観血的手術（大腿）	79,278	9%
水晶体再建術（眼内レンズを挿入する場合）（その他のもの）	77,777	8%
内視鏡的胆道ステント留置術	41,722	5%
人工骨頭挿入術（股）	41,253	4%
創傷処理（筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満））	25,847	3%
内視鏡的消化管止血術	21,373	2%
内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術（長径2センチメートル未満）	19,800	2%
胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	17,967	2%
慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	15,208	2%
経尿道的尿管ステント留置術	14,447	2%

上位10の件数 累積割合

1,466,297 30%

上位10の件数 累積割合

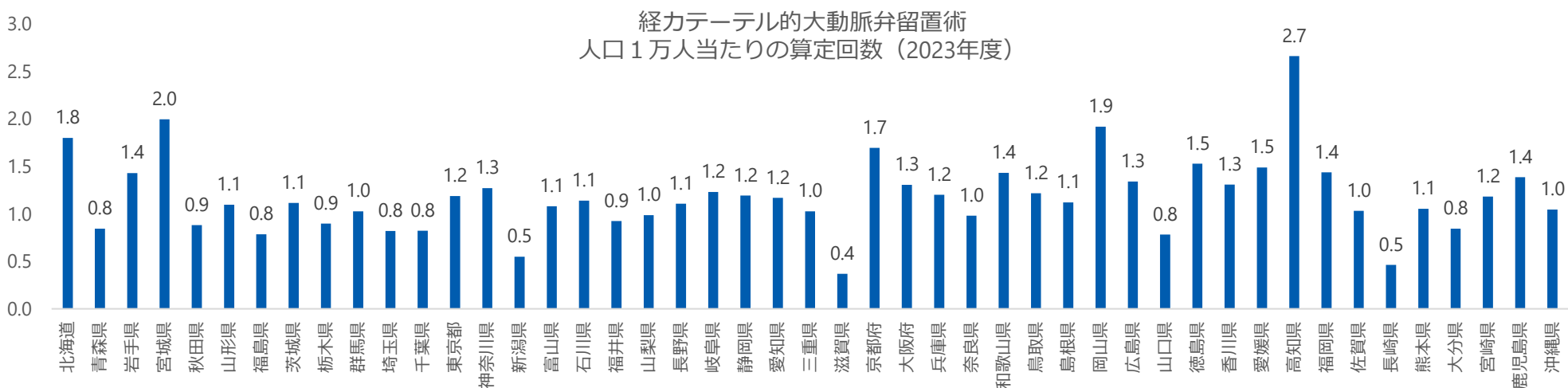
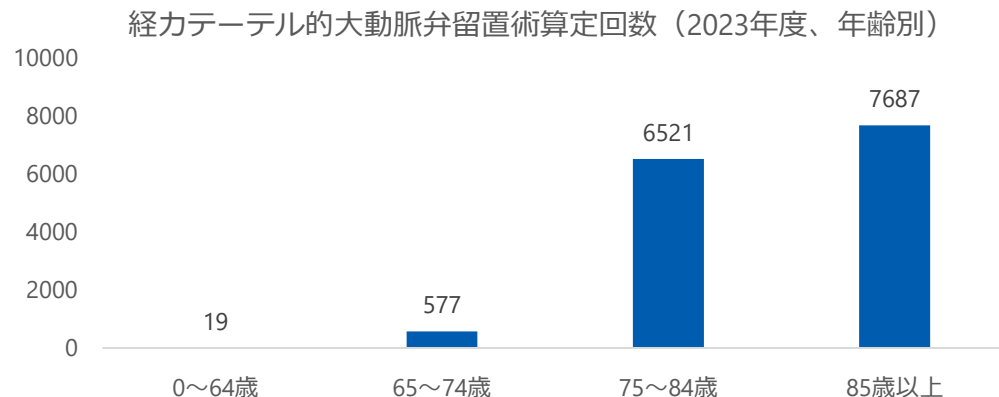
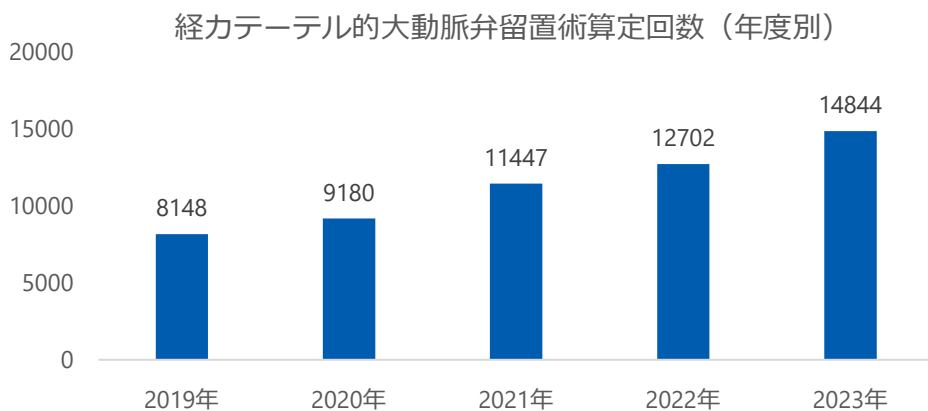
992,706 33%

上位10の件数 累積割合

354,672 38%

高齢者における手術について

- 高齢者においては、骨折などの緊急で対応する手術だけでなく、待機的に実施される手術も多い。特に近年高齢者に増加している手術もある。
- 経カテーテル的大動脈弁留置術（TAVI）の算定回数は年々増加しており、その多くを高齢者が占めている。人口1万人当たりの算定回数は都道府県毎によりばらつきが大きい。



包括期機能について

- 包括期機能は、「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」等とされており、「救急患者を受け入れる体制を整備」「一定の医療資源を投入し急性期を速やかに離脱」等の役割を担うこととされている地域包括医療病棟や、「在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」等が役割の地域包括ケア病棟を有する医療機関での対応が重要となる。

病床機能区分

機能の内容

- | 機能区分 | 機能の内容 |
|---------|---|
| 高度急性期機能 | 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 |
| 急性期機能 | 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能 |
| 包括期機能 | <ul style="list-style-type: none">高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能） |
| 慢性期機能 | <ul style="list-style-type: none">長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 |

地域包括ケア病棟・病室の役割



地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ

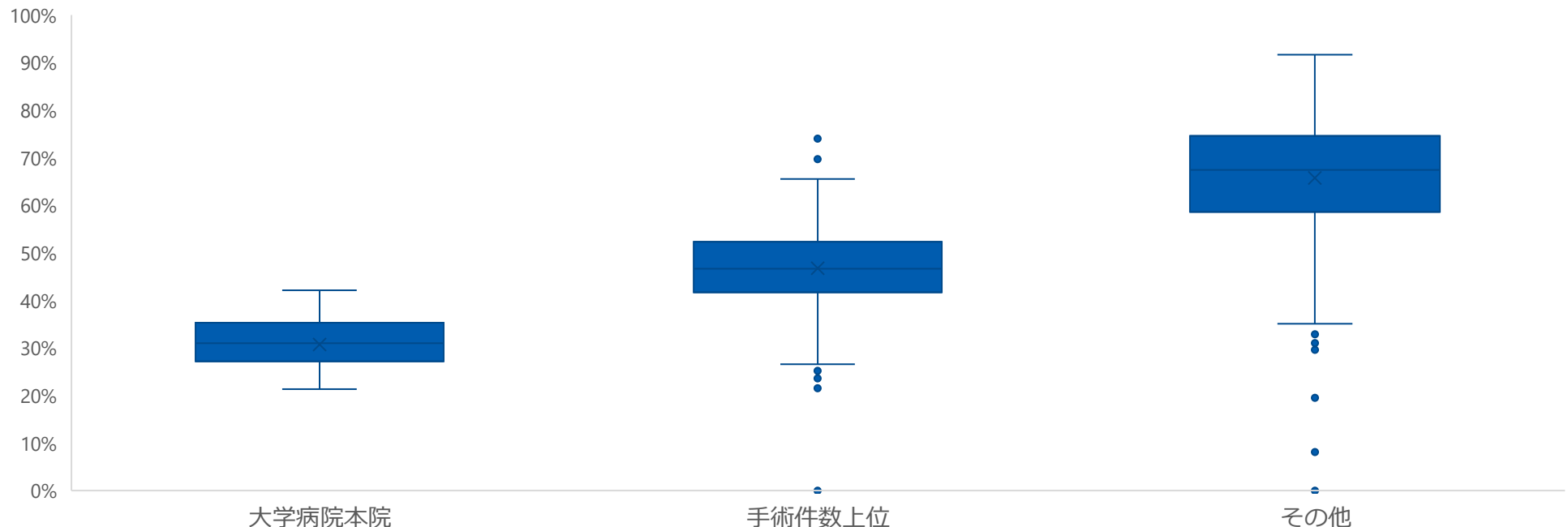


急性期医療を担う医療機関における高齢者入院患者について

- 大学病院本院や一定の救急医療を担う医療機関における75歳以上の入院患者が占める割合について、大学病院本院が最も低く、次いで手術件数上位の医療機関が低く、それ以外の医療機関が高い。（※）
- 手術件数上位の医療機関であっても、入院患者の40～50%程度は75歳以上患者であり、一定の高齢者救急を受け入れていると考えられる。

※手術件数上位：大学病院本院を除く医療機関のうち、手術件数が上位330（二次医療圏と同数）までの医療機関

救急医療機関における医療機関ごとの75歳以上入院患者の割合



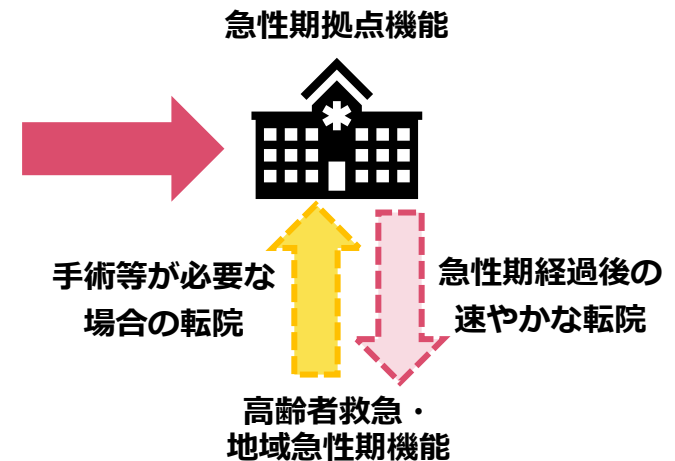
急性期・救急医療の役割分担について（イメージ）

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

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

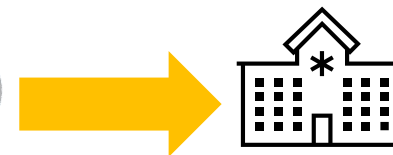
手術等の分担

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



増加する高齢者救急の受け入れの分担

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



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

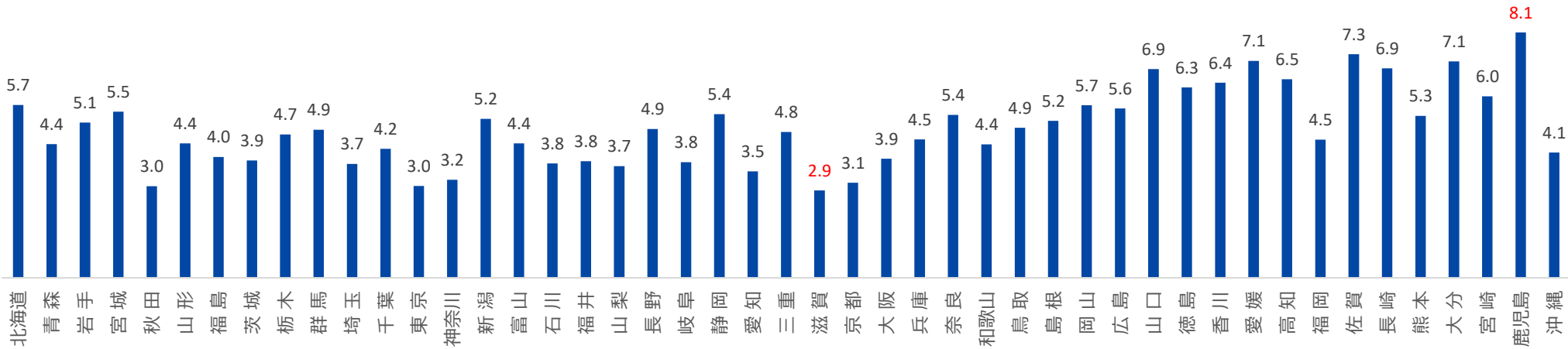
救急自動車による転院搬送

- 令和5年中の救急自動車による搬送人員全体のうち、転院搬送は約8%を占める。
- 都道府県ごとの人口あたりの救急自動車による転院搬送人員にはばらつきがある。

事故種別の搬送人員



人口千人あたりの救急自動車による転院搬送の搬送人員



傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施基準について

- 都道府県は、消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）を定めるとともに、実施基準に関する協議等を行うための協議会を設置することとなっている。

（※）都道府県メディカルコントロール協議会を当協議会に位置づけている都道府県もある

協議会
都道府県に設置 ○ 構成メンバー ・ 消防機関、医療機関、都道府県等 ○ 役割 ・ 実施基準に関する協議 ・ 実施基準に基づく搬送及び受入れの実施に関する連絡調整

基準策定時に意見聴取

実施基準
都道府県が策定・公表 ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト ② 消防機関がリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準 ③ 医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準 ④ 受入医療機関を確保するための消防機関と医療機関の合意形成基準 等 ※ 都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める

① 医療機関リスト(例)

傷病者の状況				医療機関のリスト
緊急性	重篤（バイタルサイン等による）			A救命救急センター、B救命救急センター
	重症度・緊急度高	脳卒中 疑い	t-PA適応疑い	B救命救急センター、D病院
			その他	C病院、E病院
		心筋梗塞（急性冠症候群）疑い		A救命救急センター、E病院
		胸痛		A救命救急センター、B救命救急センター、D病院
		外傷	多発外傷	A救命救急センター、B救命救急センター
			その他	C病院
		...		...
		専門性	妊産婦	
	小児		B救命救急センター、J病院、K病院	
開放骨折			B救命救急センター、H病院	
...			...	
特殊性	急性アルコール中毒			C病院、D病院、E病院
	...			...

※ 上記の基準は例示であり、分類基準をどう策定するかは地域の実情に応じて決定されるものである

（参考）「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定について」（平成21年10月27日 消防救第248号 医政発第1027第3号）等より作成

② 選定基準

- 当該傷病者に適した区分に属する医療機関の中から最も搬送時間が短いものを選定することを基本とし、あわせて地域の実情や傷病者のかかりつけ医療機関の有無等を考慮して選定することなどを定めることが考えられる。

③ 伝達基準

- 搬送先医療機関を選定する判断材料となった事項を優先して伝達することなどを定めることが考えられるが、どのような事項を伝達基準とするかについては、地域の実情に応じて定める。

④ 受入医療機関確保基準

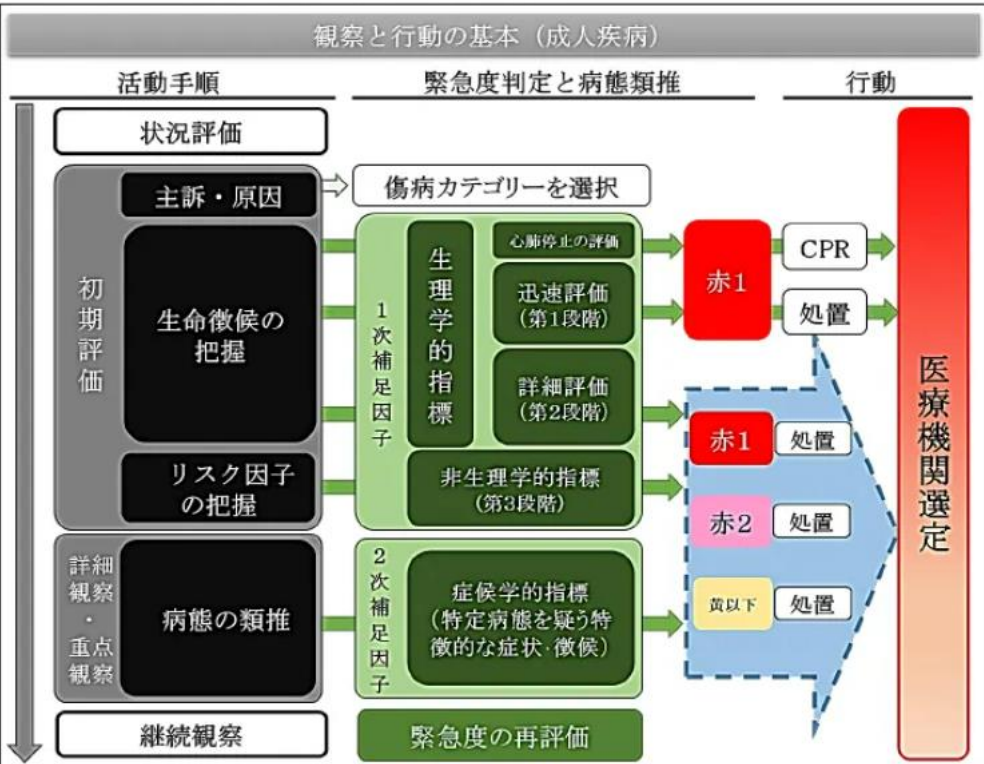
- 各基準によって受入医療機関が速やかに決まらない場合において、受入医療機関を確保するための方法を定める。
 - 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合の設定（当該ルールを適用すべき場合を設定）
 - 受入医療機関を確保する方法の設定例
 - ・ コーディネーター、基幹病院による調整
 - ・ 一次受入れ・転送
 - ・ 機能別に最終的な受入医療機関をあらかじめ設定

実施基準の例

- 都道府県ごとに、有する医療資源に応じて、救急の搬送及び受入のための具体的な実施基準を定めている。
- バイタルサインなどの生理学的指標や症候等を踏まえ、緊急度等に応じて、重症例は救命救急センター等の重症対応が可能な医療機関で受け入れ、比較的緊急度の低いものについて、その他の医療機関で受け入れる等の役割分担をしている。

実施基準の例（大阪府）

（図表5） 観察と行動の基本（成人疾病）



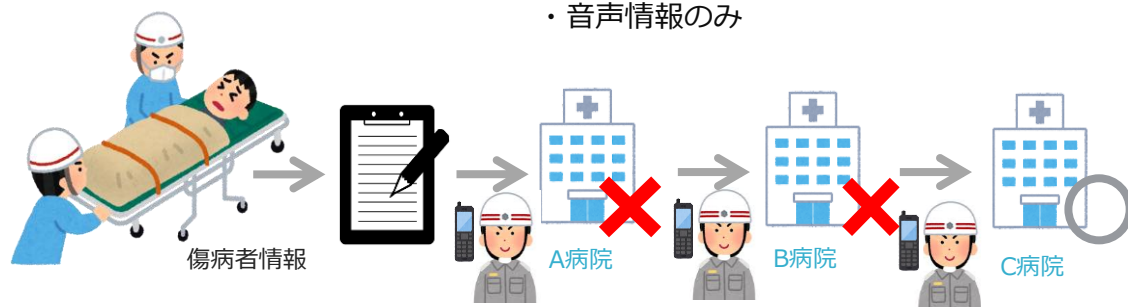
（図表12） 「呼吸困難」における階層2の症状・徴候と対応医療機関選定

1次補足因子	階層1	2次補足因子 階層2	緊急度	対応医療機関選定
赤1		ACSを疑う □突然発症し、数分以上続く胸痛 □境界不明瞭な（指で指し示すことのできない）胸痛／胸部違和感 □心電図上ST-T変化 □心電図上wide QRS □致死性不整脈 □ACS等の既往	赤1	特定機能対応医療機関（PCI等） 救命救急センター
赤2			赤2	特定機能対応医療機関（PCI等） 救命救急センター
黄以下			赤2	特定機能対応医療機関（PCI等）
赤1		心不全を疑う ☑頸静脈の膨張 ☑起坐呼吸かつ喘鳴 ☑起坐呼吸かつ四肢浮腫 ☑起坐呼吸かつ心疾患／心不全の既往 ☑起坐呼吸かつ高血圧	赤1	重症初期対応医療機関 救命救急センター
赤2			赤2	重症初期対応医療機関 救命救急センター
黄以下			黄以下	初期対応医療機関（内科／循環器内科）
赤1		肺炎患／気道異物を疑う □喀血 □著明な喘鳴 □広範囲ラ音 □膿性痰／咳嗽／発熱 □アレルギー／喘息／慢性閉塞性肺疾患（COPD）の既往 □呼吸音の左右差	赤1	重症初期対応医療機関 救命救急センター
赤2			赤2	重症初期対応医療機関 救命救急センター
黄以下			黄以下	初期対応医療機関（内科／呼吸器内科）
赤1			赤1	重症初期対応医療機関 救命救急センター
赤2		□上記症状のない呼吸困難	赤2	重症初期対応医療機関
黄以下			黄以下	初期対応医療機関（内科／呼吸器内科）

「救急医療機関と消防機関との連携」に関する背景と課題

- 救急患者の搬送先選定において、救急隊は1つの医療機関に電話で傷病者の情報を説明し、収容不可の場合には別の医療機関へ再度同様の傷病者情報を繰り返し説明する必要がある等、従来の搬送先選定フローでは、現場滞在時間が延伸する要因の1つとなっている。

従来の搬送先選定フロー



電話(口頭)による傷病者情報の繰り返し説明

- 従来、救急隊は医療機関に対して電話(口頭)で傷病者情報を伝達する
- 収容不可の場合には、別の医療機関に再度電話し、傷病者情報を説明する

現場滞在時間の延伸

- 搬送先医療機関が決定するまで電話を繰り返すため、現場滞在時間も延伸する

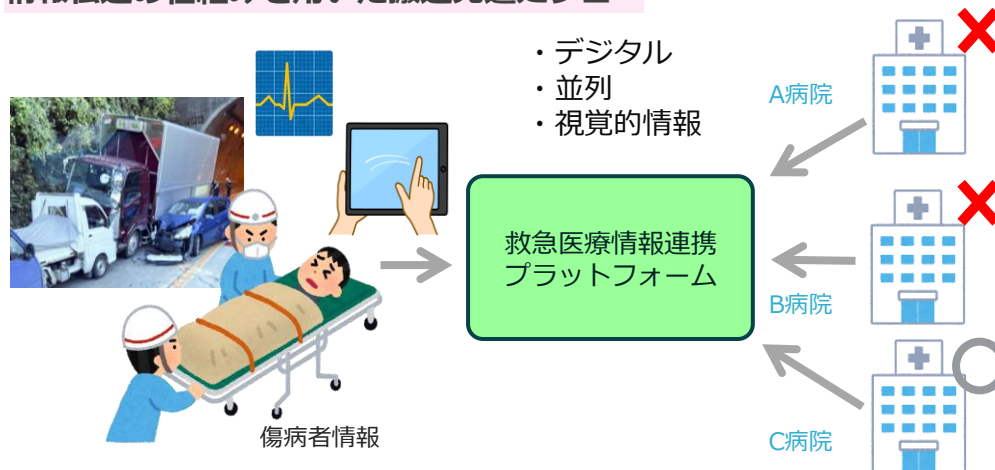
文字及び画像等の視覚的情報を含む傷病者情報の同時参照

- 傷病者情報を文字及び写真等の視覚的情報として伝送し、複数の医療機関で同時に参照可能

搬送先選定に要する時間の短縮

- 搬送先選定に要する時間の短縮や、伝達する情報の質・量ともに改善することが期待される
- 受け入れ先医療機関では傷病者到着前に必要な準備を進められるため、早期の治療着手に繋がる可能性もある

情報伝達の仕組みを用いた搬送先選定フロー

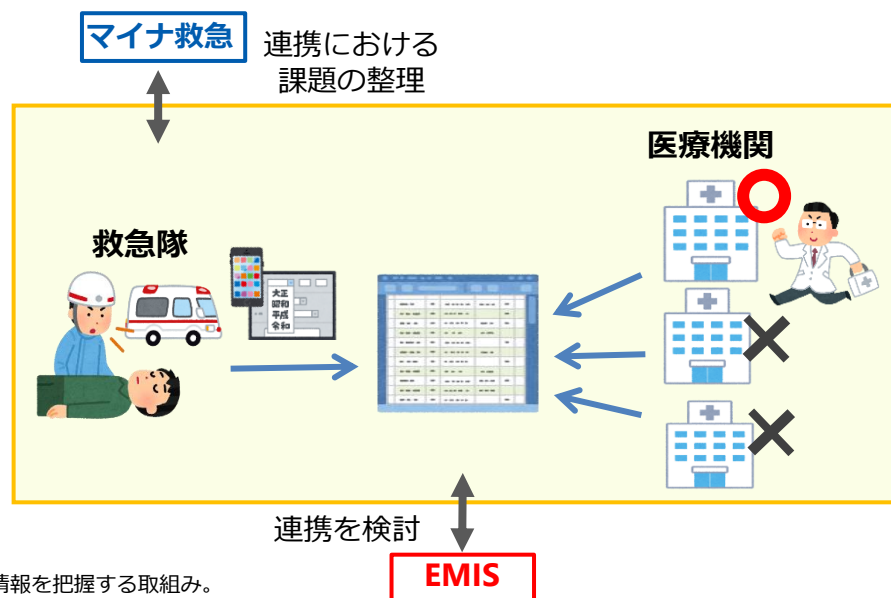


災害時活用も視野に入れた救急医療機関と消防機関のワンストップ連携

- ✓ 今後も救急搬送件数の増加が見込まれる中、搬送調整の更なる効率化等が求められる。
- ✓ 救急隊が、傷病者情報（主訴、バイタルサイン、負傷部位の画像等）を一斉に医療機関と共有するシステムにより、搬送調整にかかる時間の短縮や、適切な医療機関への搬送が期待できる。
- ✓ 県境の地域などでは自治体の区域を越えた搬送も多くあることから、全国で共通したシステム構築が望ましい。

R6補正新しい地方経済・生活環境創生交付金（デジタル実装型TYPES）を活用した「災害時活用も視野に入れた救急医療機関と消防機関のワンストップ連携」プロジェクト

- 救急現場で得た傷病者情報（主訴、バイタルサイン、負傷部位の画像等）を複数の搬送先候補医療機関と迅速かつ安全に共有でき、応需状況のタイムリーな把握も可能なプラットフォームを構築する。
- すでに民間企業の救急システム等を採用している自治体もあることから、そのようなシステムとの連携も可能とする。
- 本プラットフォームのより効率的な運用に係る以下項目について課題の整理等を行う。
 - ・ 医療機関において、プラットフォーム上の傷病者情報を簡便に電子カルテへ転記する方法
 - ・ 災害時活用も視野に入れたEMIS（広域災害・救急医療情報システム）との連携
 - ・ 消防庁で取り組む「マイナンバーカードを活用した救急業務（マイナ救急）※」との連携 等



※ 救急業務の円滑化を図るため、救急隊員が傷病者のマイナ保険証を活用し、病院選定等に資する情報を把握する取組み。

- ・ 内閣官房デジタル行財政改革会議事務局において、TYPES事業実施自治体の選定を進め、5月30日に交付決定。
- ・ 今後、自治体で開催する事業運営検討会に厚労省も参加しながら、プラットフォーム等の構築およびシステム利用の効果検証を進めていく。

協力医療機関の役割について

中医協 総-2
7. 8. 27(一部改)

- 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、在支病、在支診、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

- 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。

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

【基準】

- 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＞
- 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。
 - 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。
 - 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。
- 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。
- 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。

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。



救急安心センター事業（＃7119）の展開拡大



＃7119は住民の安心安全を守る

＃7119ってなに？

救急安心センター事業（＃7119）とは、住民が急な病気やケガをしたときに、「救急車を呼んだほうがいいのか」、「今すぐ病院に行ったほうがいいのか」などで迷った際の相談窓口として、**専門家から電話でアドバイスを受ける**ことができる仕組み。

電話相談窓口では、相談を通じて病気やケガの症状を把握した上で、以下をアドバイス。

○ 救急相談

例）緊急性の有無※¹、応急手当の方法、受診手段※²

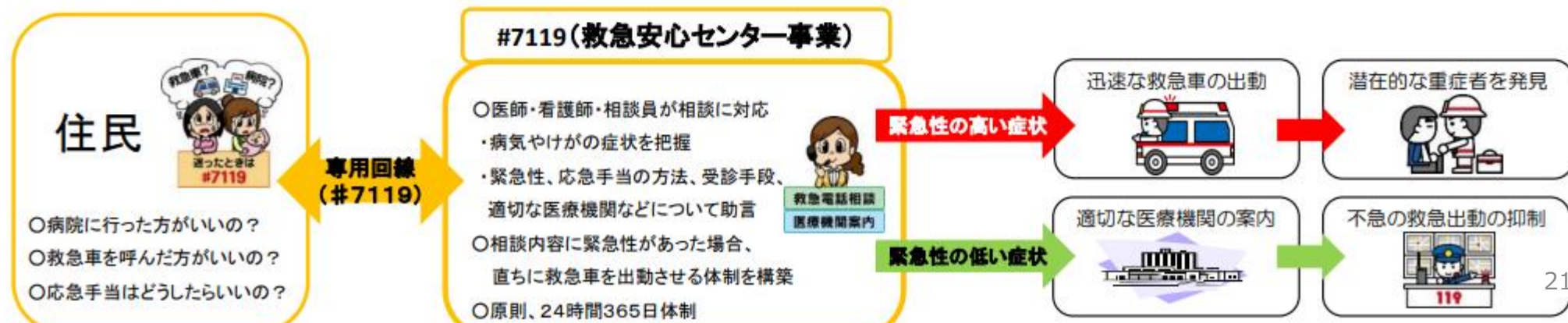
○ 適切な医療機関を案内※³

※¹ 直ちに医療機関を受診すべきか、2時間以内に受診すべきか、24時間以内か、明日でも良いか等。

※² 救急車を要請するのか、自分で医療機関に行くのか、民間搬送事業者等を案内するのか。

※³ 適切な診療科目及び医療機関等の案内を行う。

【イメージ図】



子ども医療電話相談事業（＃8000）

事業概要

平成16年に13都道府県から開始 → 平成22年には47都道府県へ

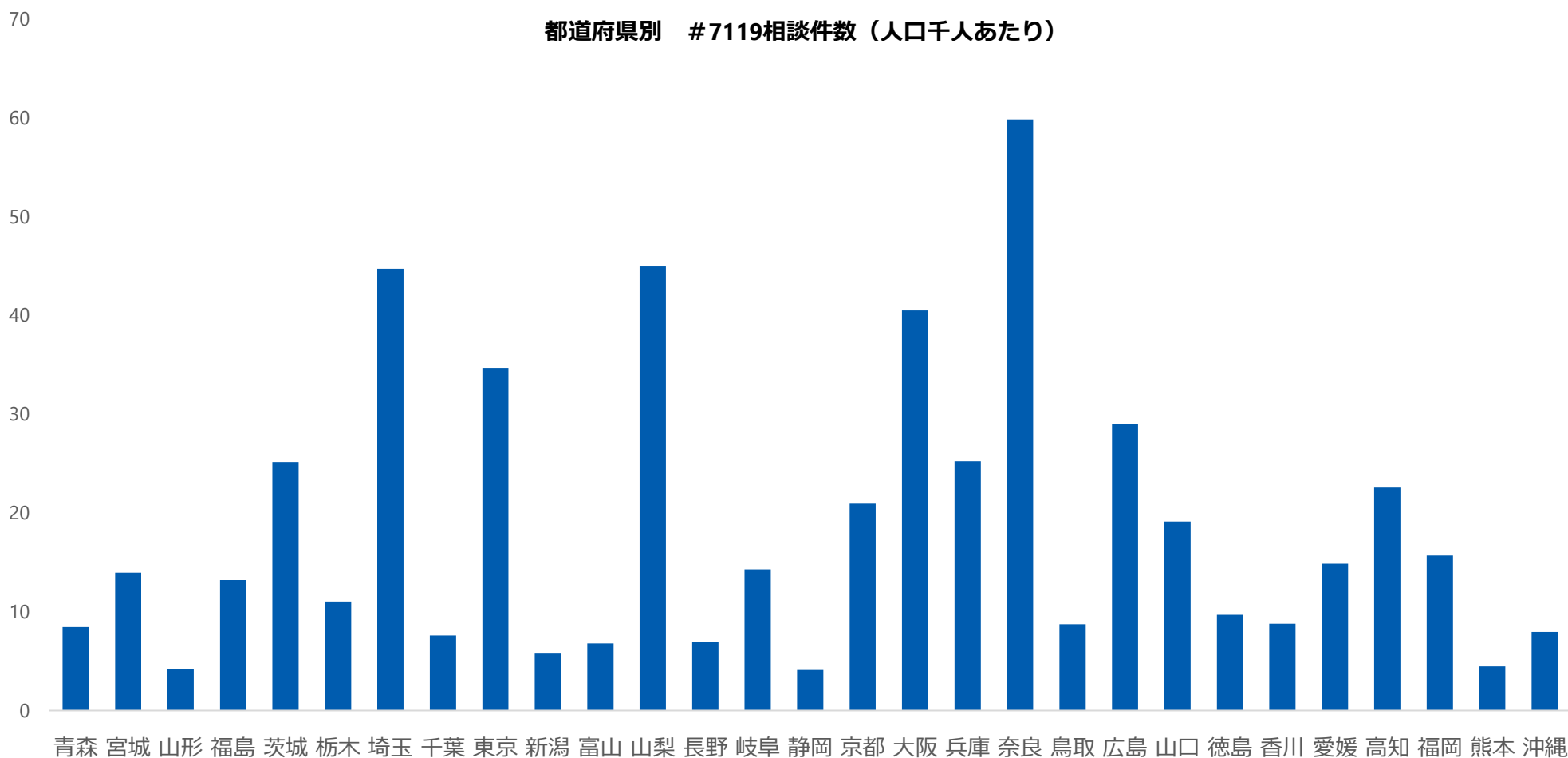
- 地域の看護師や小児科医等による小児患者の保護者等向けの電話相談
- 全国どこでも患者の症状に応じた適切なアドバイスが受けられる
 - ・ 小児患者の症状に応じた迅速な対応、家庭看護の方法や薬に関する相談等
 - ・ 緊急性の有無を伝えることによる保護者の不安解消
- 平成16年に「小児救急電話相談事業」として開始
→救急医療のみならず小児医療全般において活用され、平成30年に「子ども医療電話相談事業」へ呼称変更
- 地域の小児医療体制の補強と医療機関の機能分化の推進
- 地域医療介護総合確保基金により支援（平成26年度～）

実施状況（令和7年4月1日現在）

- 実施時間帯は深夜帯も含めてカバー（47都道府県において深夜0時以降も実施）
- 携帯電話からも短縮番号「＃8000」への接続が可能

#7119の活用状況について

- #7119の活用状況は都道府県毎に差がある。



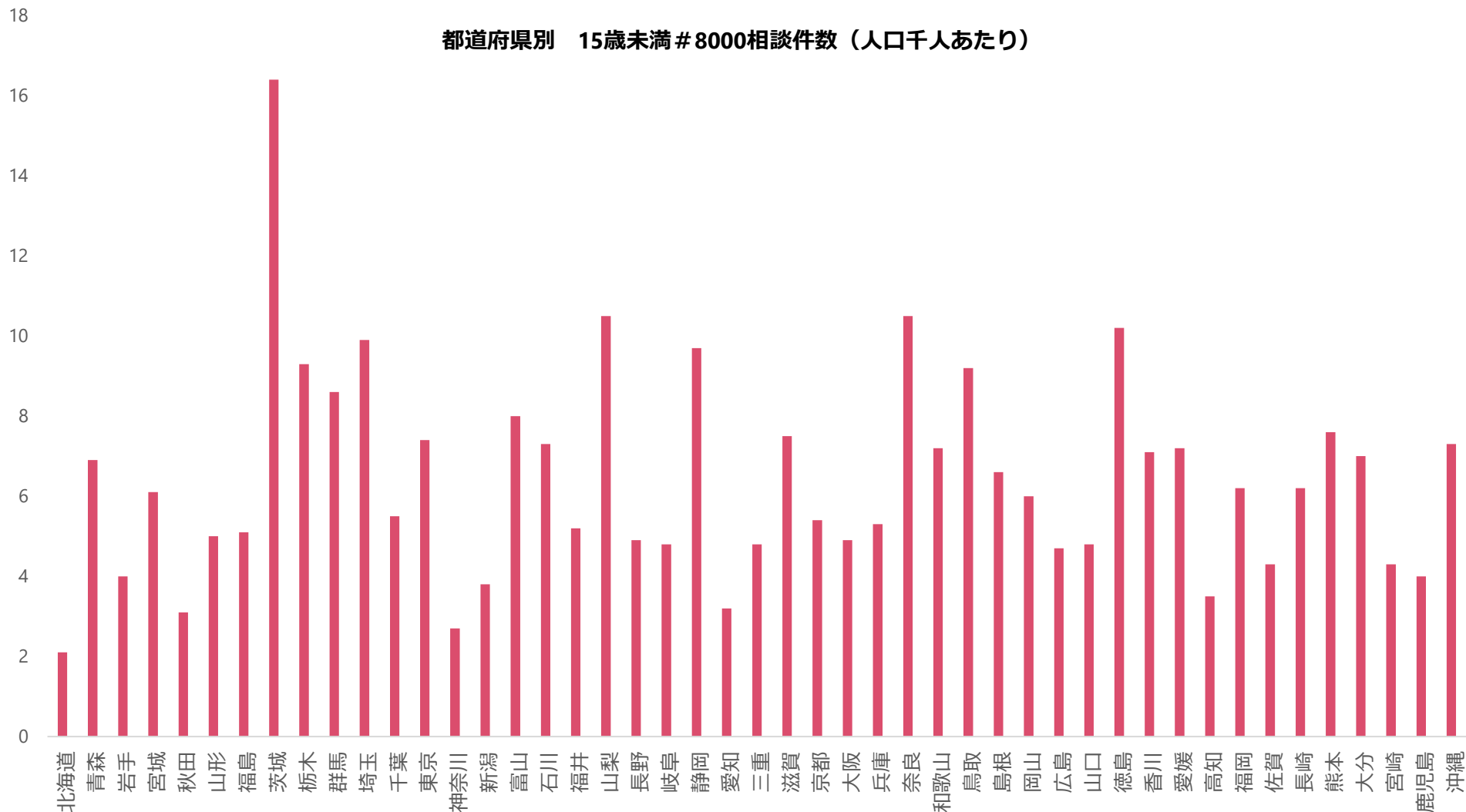
・ #7119について、都道府県等が実施主体となり都道府県内全域を対象としているもののうち、開始直後のため実績なしのものや1年間の実績値がないものを除いて揭示。上記以外にも、例えば北海道札幌市や和歌山県田辺市等の市町村が実施主体となり都道府県の一部地域を対象としているものがある。また、相談件数は、入電総数のうち応答できた件数を揭示。
・ 令和6年度の実績。ただし、青森県は令和6年8月～令和7年7月の1年間。

資料出所：消防庁#7119事業実施に係る基本情報（令和7年7月）、令和7年住民基本台帳

#8000の活用状況について

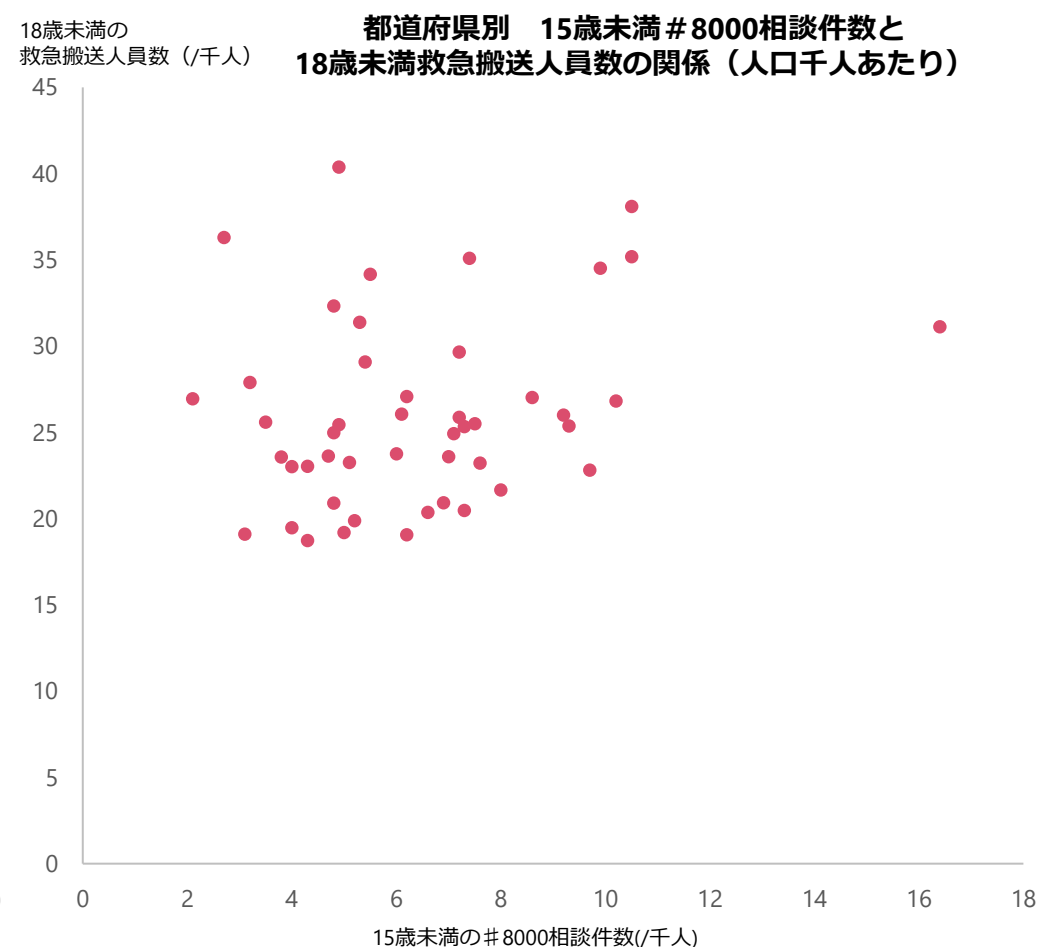
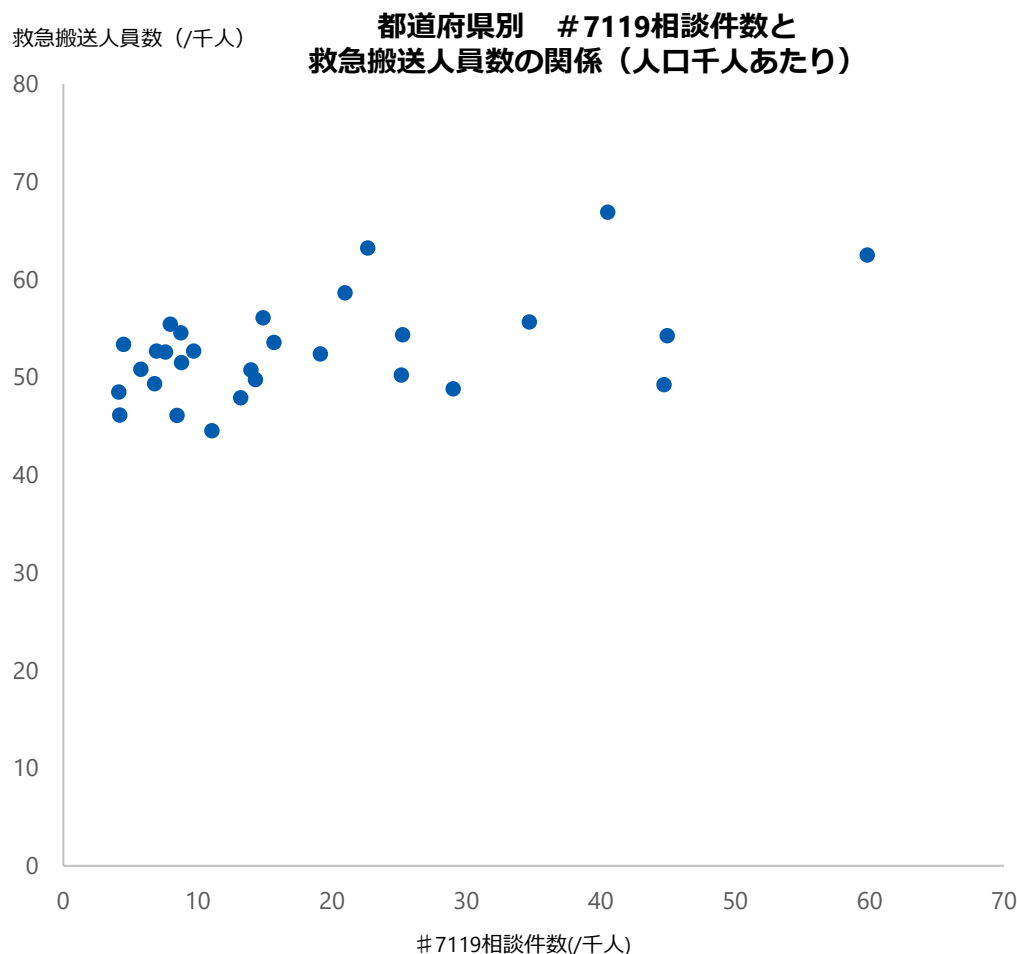
- #8000の活用状況は都道府県毎に差がある。

都道府県別 15歳未満 #8000相談件数（人口千人あたり）



#7119と#8000の活用状況について

- 人口千人あたりの救急搬送人員数と#7119及び#8000相談件数について、救急搬送が多いが相談件数が少ない地域や、救急搬送は少ないが相談件数が多い地域がみられるなど、活用状況は都道府県毎に差がある。



(※) #7119について、都道府県等が実施主体となり都道府県内全域を対象としているもののうち、開始直後のため実績なしのものを除いて揭示。上記以外にも、例えば北海道札幌市や和歌山県田辺市等の市町村が実施主体となり都道府県の一部地域を対象としているものがある。また、相談件数は、入電総数のうち応答できた件数を揭示。

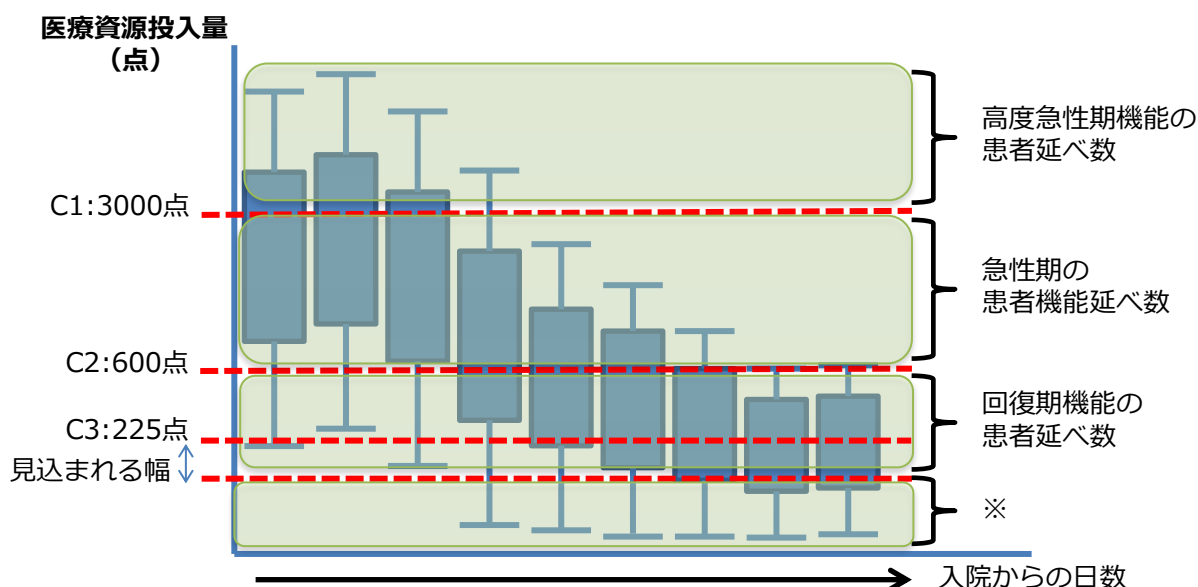
・ #7119は、令和6年度の実績。ただし、青森県は令和6年8月～令和7年7月の1年間。#8000は令和6年9～11月の実績を揭示。

・ 18歳未満救急搬送人員数の関係（人口千人あたり）は、18歳未満の搬送人員数を20歳未満の人口で除して揭示。

資料出所：消防庁#7119事業実施に係る基本情報、消防庁令和6年版救急救助の現況、#8000情報収集分析事業報告書、令和7年住民基本台帳

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	〇〇〇〇人／日
急性期機能	□□□□人／日
回復期機能	△△△△人／日
慢性期機能	▽▽▽▽人／日

病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

・高度急性期75% ・急性期78%
・回復期90% ・慢性期92%

医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■ ■ ■ ■ 床
回復期機能	▲ ▲ ▲ ▲ 床
慢性期機能	▼ ▼ ▼ ▼ 床

高齢者救急の基本的な考え方

① 単純に年齢や疾患で区切ることは困難

- 高齢者の年齢に関する定義は、機関等によりさまざまであり、高齢者に適した医療を提供する観点からも、年齢だけでなく、身体・認知機能等も含めた検討が求められる。

② 手術等の必要な症例の割合が少なく、対応可能な医療機関が多い

- 若年者と比較して、高齢者は手術や処置等が必要となる疾患の頻度は限定的であり、**医療資源を多く必要とする医療を必要とする症例の割合が少ない。**
- 高齢者救急について、現在でも、対応している医療機関の数は多い。

③ 包括的な入院医療の提供の必要性

- 入院により、ADLが低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、**入院早期からリハビリテーションを提供し早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携**を包括的に行うことが求められる。

高齢者救急の制度的な位置づけについて（案）

- 高齢者救急については、後期高齢者である75歳以上や、要介護認定率が高く今後増加する85歳以上等において、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られるといった特徴が見られる。高齢者の定義としてこういった年齢を区切りとするかもさまざまであり、手術等の医療資源を要する骨折だけでなく、肺炎や心不全であって、医療資源を多く投入し、救命される場合も想定される。
- 地域医療構想の検討においては、①救急搬送先の選定の目安として、②必要病床数の検討に当たって、一定のボリュームをしめる高齢者救急の取扱について整理が必要といった点について、それぞれについて高齢者救急の位置づけを以下のように整理してはどうか。



救急搬送先の選定

- 救急搬送先については、緊急度や症候等に応じて搬送先が決定されており、高齢者救急として多く見られる肺炎や心不全であっても、緊急度等が異なることや選定時点では診断行為が困難である。このため、例えば、高齢者救急であることをもって搬送先を包括期の病床とするといったような一律な対応は困難であり、個別に患者の状態に応じて搬送先が選定されることが必要。
- 救急DX等の取組により、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携が進んでおり、こうした取組を踏まえながら地域ごとの実施基準に反映させていくことが必要。

必要病床数における位置づけ

- 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。今後の算定に当たっては受療率を反映させること等が議論されてきたが、高齢者救急のうち、一定割合の患者は医療資源投入量が高くとも、包括期機能を有する病床で対応することが望まれる。このため、機能別の病床数の算定にあたっては、75歳以上の高齢者について、医療資源投入量からは急性期と見込まれる患者であっても、一定割合は包括期機能として必要病床数の算出をすることとしてはどうか。

2. 医療機関機能について

これまでの主な意見（急性期拠点機能等）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

【急性期拠点が担うことが考えられる役割】

- 地域によっては、急性期拠点の役割として挙げられている機能を医療機関が相互に担っている場合がある。もともとこれらの機能を担っていた病院が急性期拠点とならなかった場合に（役割を）やめてしまい、地域に影響を与えることが懸念される。また、医療機関機能が決まることで、担っている内容はこれまでと変わらなくとも、患者の受療行動や医療従事者の意識等に大きな影響を与えることが想定される。
- 一定の症例及び人員の集約に伴い、単に手術等の急性期医療の提供に限らず、災害時や新興感染症における医療提供体制の確保と対応、平時からの準備等の様々な役割が期待される。必要な人員を確保し、急性期拠点を確実に確保・運営できるよう、具体的な役割についてガイドラインに明記いただきたい。
- 新興感染症の機能を急性期拠点のみが担っているような場合、拠点病院においてクラスターが発生した際等には受け入れられる病院がなくなってしまうということが起きていた。また、臨床研修や専門研修も、実際には多くの市中病院で行っている。これらの役割を、急性期拠点のみが担うとするわけではないことに留意。また、その場合には急性期拠点と地域急性期拠点を分けるのかについても整理が必要。
- 人口減少の中において、急性期拠点病院においても規模の縮小を原則とすべきと考えるが、救急の手術を拠点病院で受け入れるという記載では緊急の手術を含めた全年代の多くの疾患が拠点病院に集まるように見え、巨大病院化し非効率となる懸念がある。
- 医師派遣機能について、派遣余力がある医療機関は非常に限られている点に留意。派遣元の財源をどう確保していくかについても検討が必要。
- 大学病院における人的協力に関しては、外科や麻酔科のような急性期医療に直結する診療科だけでなく、リハビリテーション科、総合診療科等への協力により、包括期・慢性期を含む幅広い地域医療も支えており、あり方も異なるため、今後の制度設計においては診療科の特性についても考慮が必要。

地域における急性期拠点の協議にあたっての目安となる水準等について

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（2024.12.18）における整理

5. 新たな地域医療構想

（3）医療機関機能・病床機能

②医療機関機能報告

<医療機関機能の名称と定義>

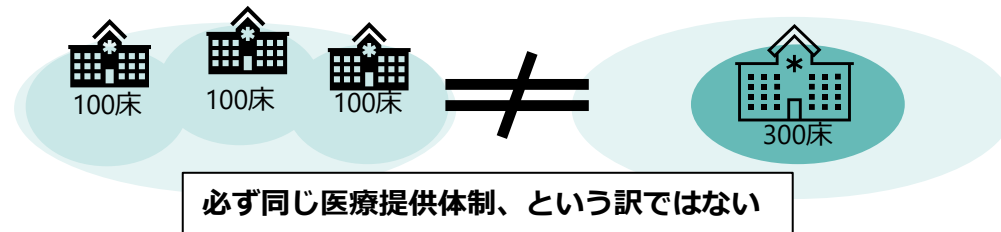
- 急性期拠点機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保するための医師や症例等の集約化に資するよう、地域シェア等の地域の実情を踏まえた一定の水準を満たす役割を有する場合に報告を行うこととする。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、**構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定**することとする。これらの報告の水準等については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

（「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における主な意見）

- ・ 2040年以降も含め将来にわたって急性期医療を維持できるよう、現在の人口が概ね30万人までの小規模な地域については、1か所に集約に向けて取り組んでいくことが重要。
- ・ 人口の少ない地域における急性期拠点機能について、20～30万人の規模であれば、やはり1つの医療機関に集約をしていくということが原則と考える。大学病院本院が存在するような区域であっても、基本的には可能な限り1か所に集約すること、あるいはカバーする地域を拡大することを検討した上で、人口の少ない地域でも2か所の拠点が必要な場合に、例外的な対応をするべき。
- ・ 人口30万人あたりの地域では、設立母体の違う病院が3～4つ存在しており、急性期拠点機能を一つにする議論を拙速に進めることは難しいのではないかと。
- ・ 20～30万人の規模で拠点1つを目指すことは賛成だが、目標として定める話と、現実問題としてどこに落とし込んでいくのかは分けて考える必要がある。

医療機関の連携・再編・集約化の必要性について

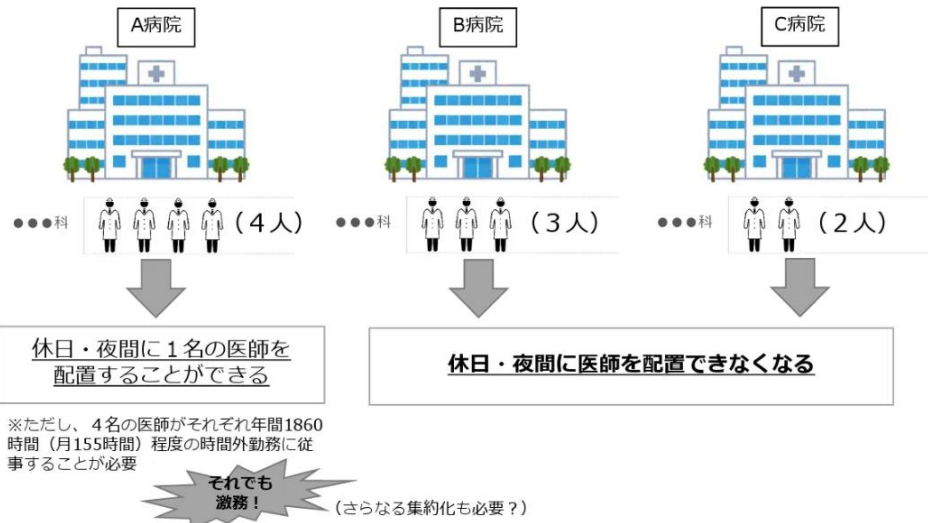
- 救急体制等の維持に必要な人員は医療機関数にも相関するところ、地域において適切な医療提供体制を確保する観点から踏まえると、同じ病床数であっても、複数の病院が少しずつ病床を有している状態と、医療機能が1つないし少数の病院に集約している状態では、地域で提供できる医療機能は必ずしも同等ではない。こうしたことから、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するため、医療機関の連携・再編・集約化が重要。



地域医療構想の必要性 ～医師の働き方改革への対応～

補足1-6

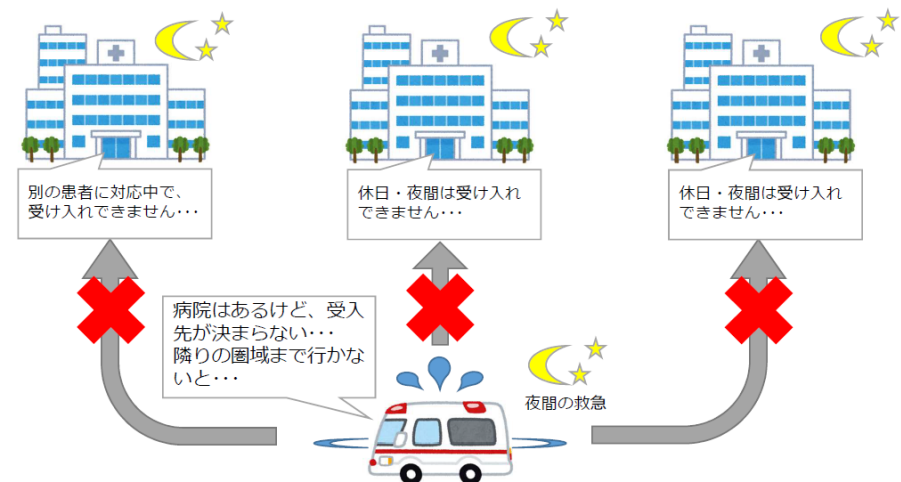
- 時間外勤務の上限を年間1860時間とした場合でも、医師が4人以上いない診療科では、2024年度以降、休日・夜間（時間外）の診療体制（＝救急体制）を確保することができなくなる



今から手を打たないと...

補足1-8

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



どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

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） ● 救急医療の提供 ● 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 （急性期の提供等にあたっての体制について） ● 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 ● 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	○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。 ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） 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） ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受け入れ件数（人口の多い地域のみ） ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 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 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護 ST を有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 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、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 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 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

急性期拠点が担うことが考えられる役割の例（案）

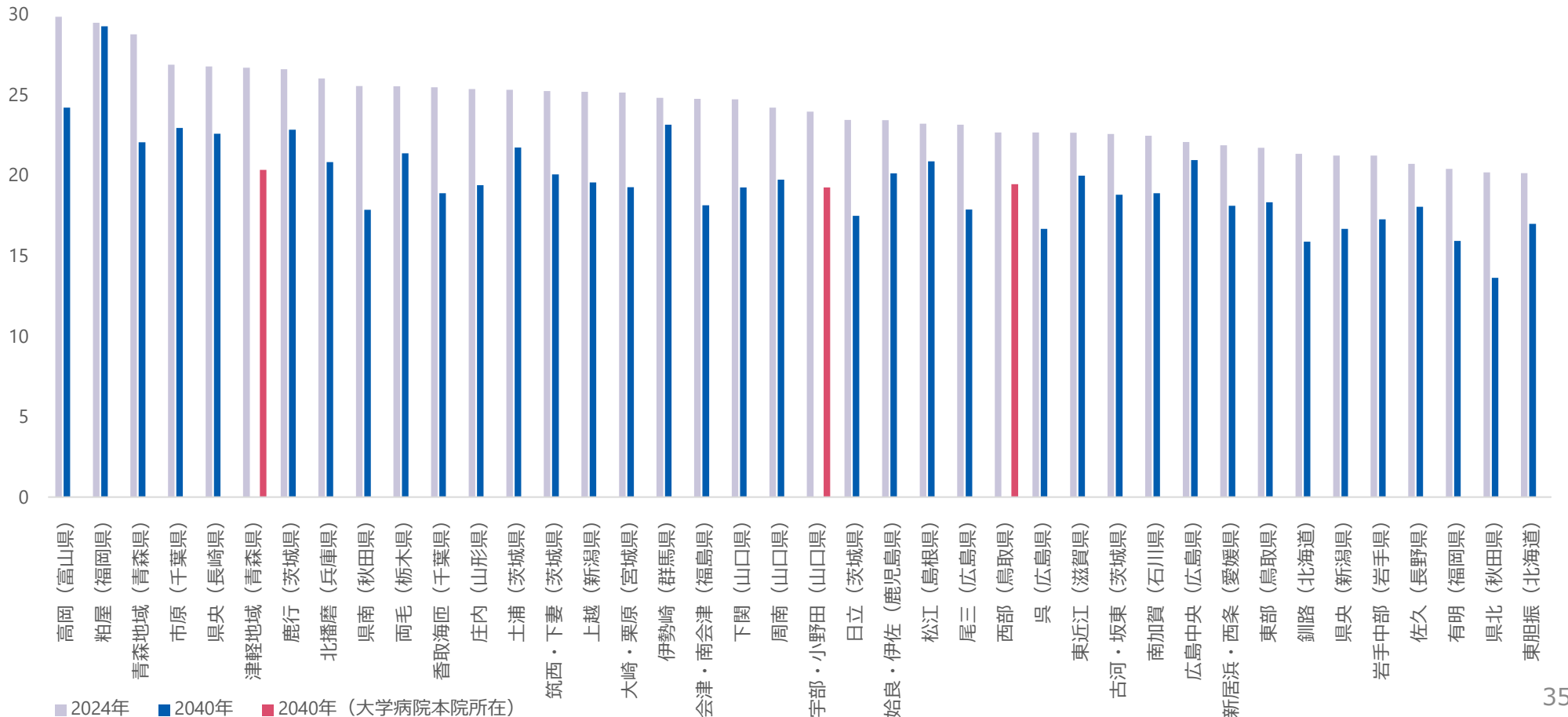
- 急性期拠点機能は、医師等の医療資源に加えて、手術等の症例を集約して対応することとなる。単に手術の提供といった急性期医療のみならず、関連する様々な役割を担うことが重要。

概要		考え方等
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院)	災害時における医療提供体制の中 心的な役割を担う病院を確保	・地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 ・24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提 供体制を確保	都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修 基幹施設等として、医育を実施	例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。
地域における必要な病床の確保のた めの積極的な役割	今後の医療需要にあわせた病床数 の整備を推進する	今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。
地域の医療機関への人的協力	地域の医療機関への診療体制確保 のための協力を実施。	大学病院本院は、急性期拠点への人的協力を行うとともに、急性期拠点は、地域の医療機関における代診医や当直医の確保等に協力する。

※個々の役割については、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも担うことが想定される。

人口規模が20～30万人の二次医療圏

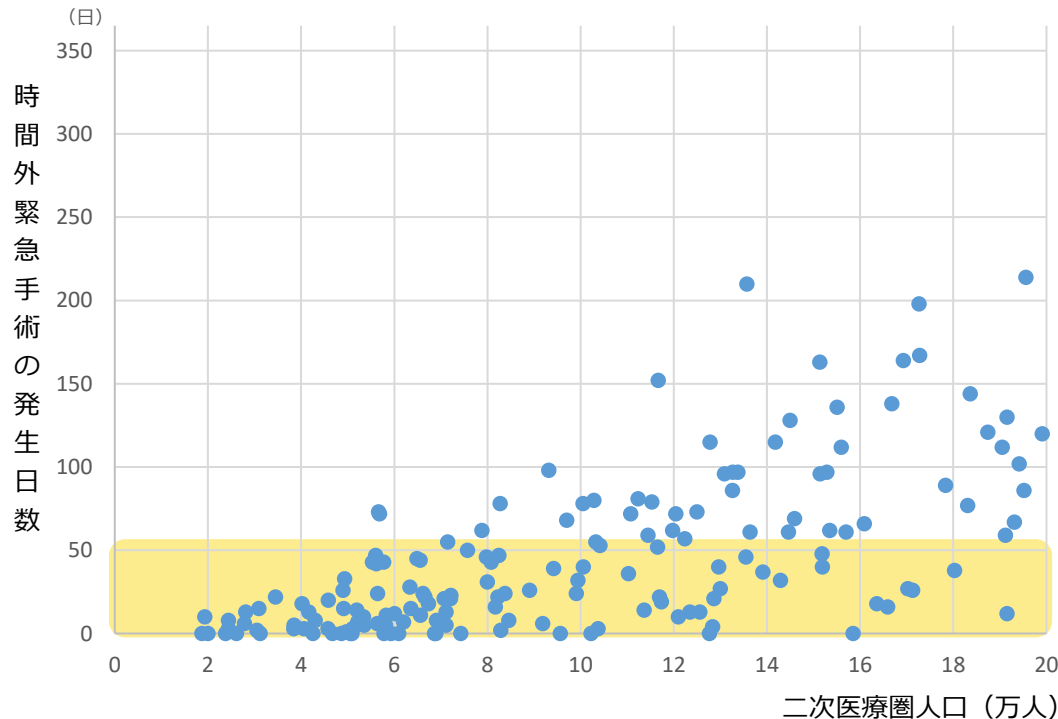
- 現在の人口規模が20～30万人の二次医療圏について、半数以上が人口20万人以下となることが見込まれているが、一部には大学病院本院が所在する医療圏も存在する。
- こうした地域において、大学病院本院が当該地域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、当該大学病院本院が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、大学病院本院のほか、急性期拠点機能を有する医療機関を確保すること考えられる。



二次医療圏の現状と課題

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

人口20万人未満の二次医療圏における時間外緊急手術発生日数（年間）



「医療計画について」

（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

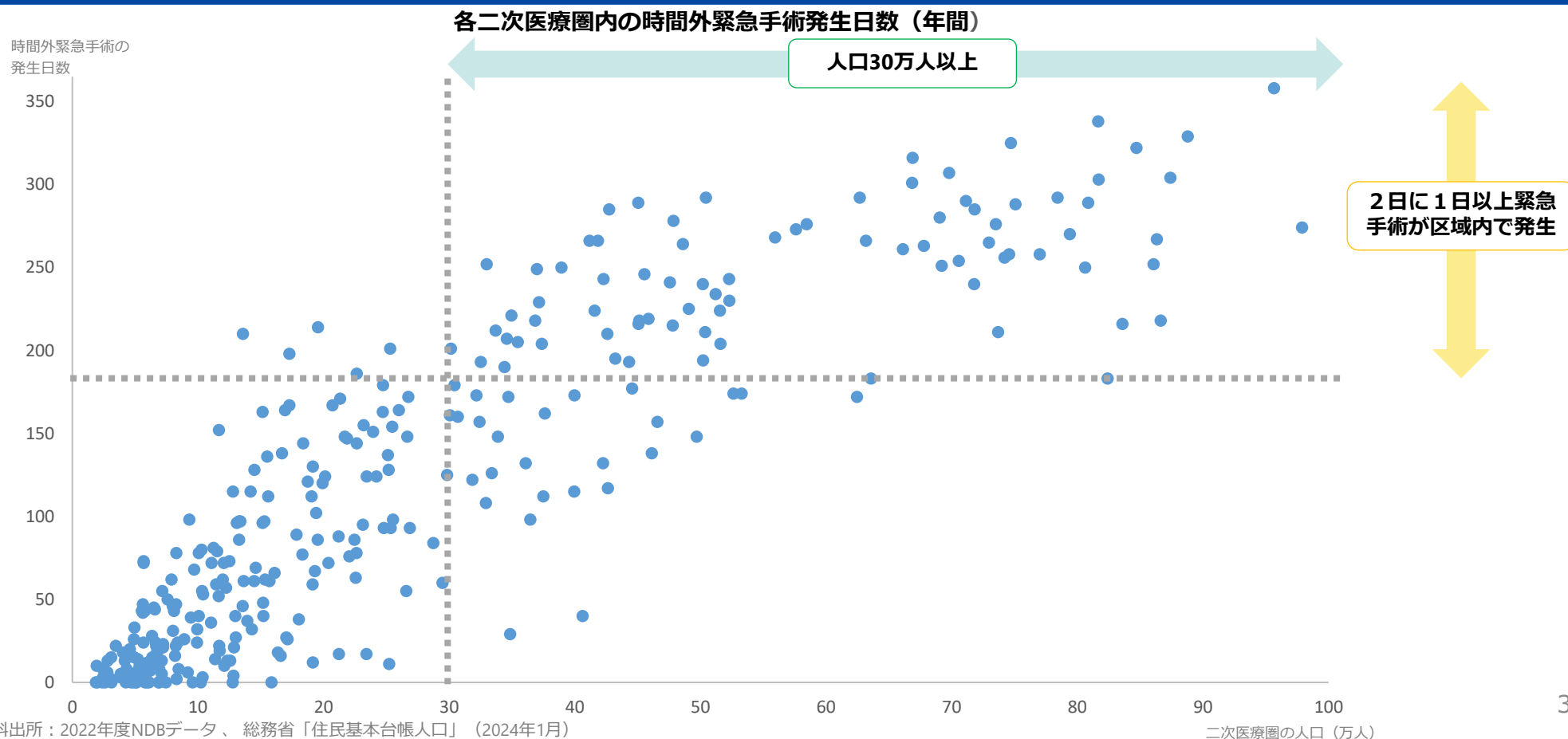
人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。（略）人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討すること。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹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

※ 時間外等緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

資料出所：2022年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）

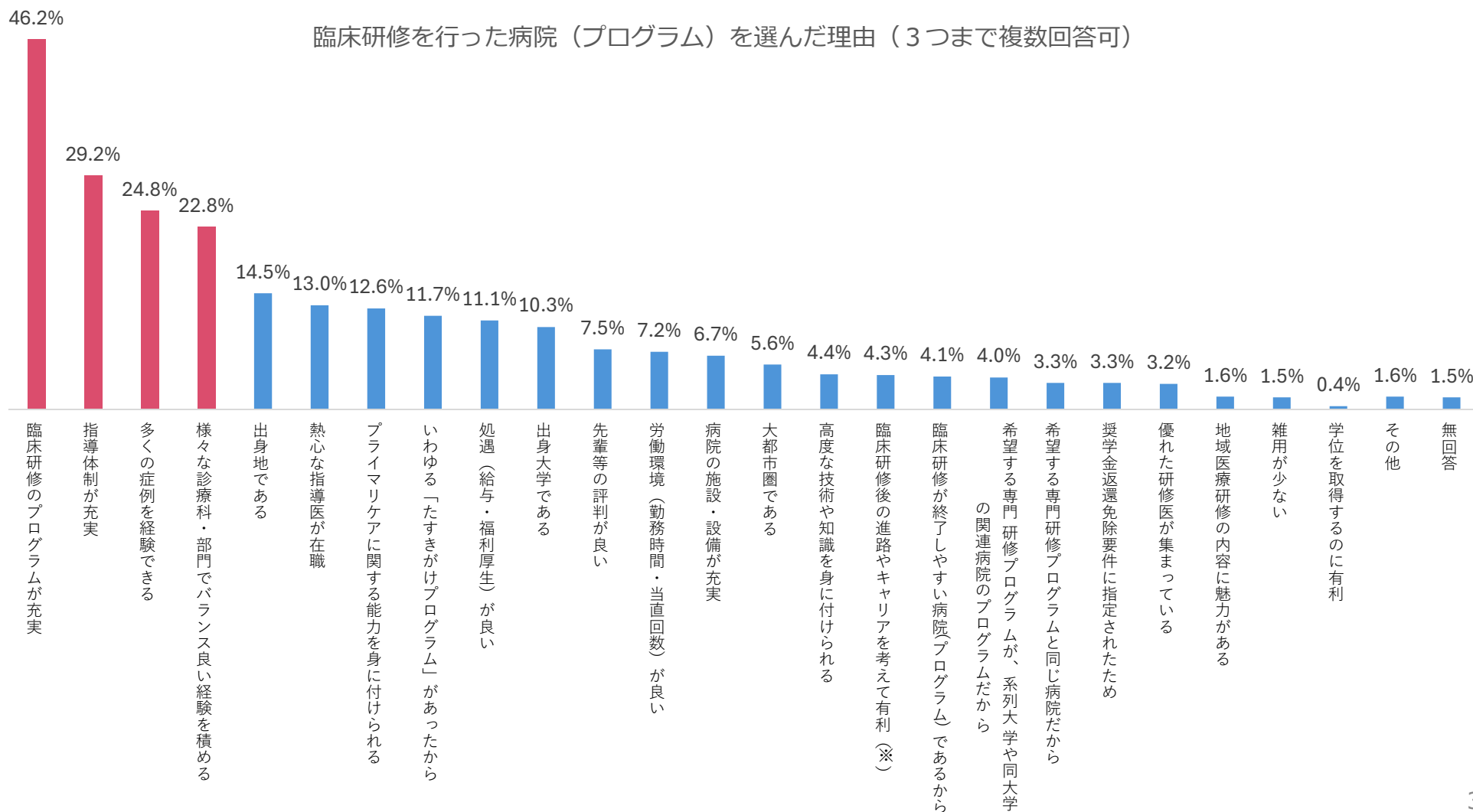
人口規模に応じた急性期拠点機能の医療機関の数

- 効率的な急性期医療の提供体制を構築することが重要であるところ、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多く、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を1つ確保することが必要。
- 他方、人口30万人未満の二次医療圏であっても緊急手術が多い場合や、人口が30万人超であっても少ない場合も存在する。急性期拠点機能の数の検討にあたっては人口規模に加え、医療の需要の状況や患者の流出入等の地域の実情を踏まえることも必要。



臨床研修について

- 臨床研修を行った病院を選択した理由として「指導体制が充実」「多くの症例を経験できる」といった理由が多く、医育において、症例が多数経験できることや、上級医の体制が充実していることが重要と考えられる。急性期拠点機能においては、手術等の症例が集約されることとなるところ、医師の教育が可能かといった観点も重要。



急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

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

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

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

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

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

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保

参考（現在の地域医療構想の取組状況）

ひと、くらし、みらいのために



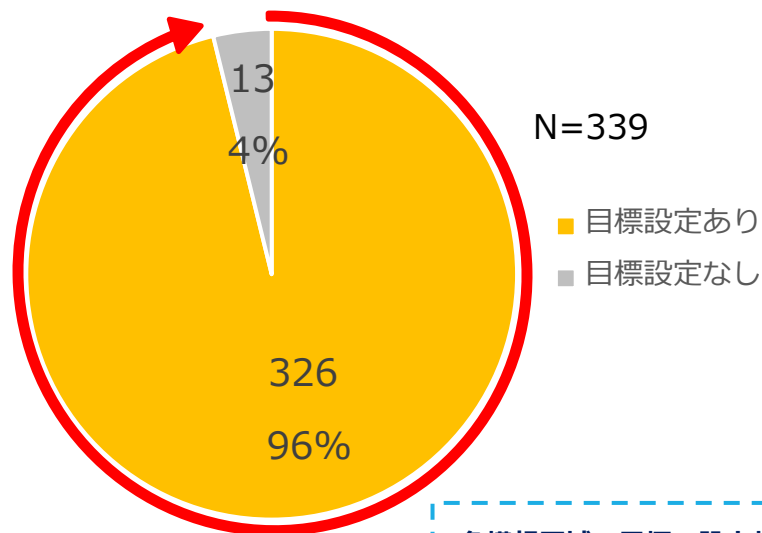
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域医療構想の推進に係る年度目標の設定状況

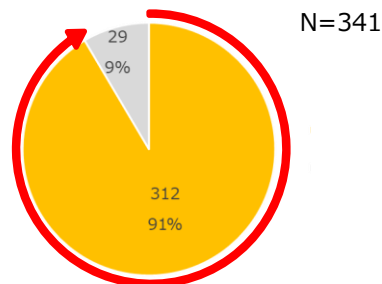
- 令和6年度において、各構想区域で地域医療構想の推進に係る目標は、全構想区域のうち326区域(+14区域)で設定しており、そのうち、対応方針の策定率を目標としている構想区域は190区域(△19区域)、対応方針の実施率を目標としている構想区域は88区域(+35区域)、その他の目標を設定している構想区域は48区域(△2区域)であった。
- 目標を設定していない主な理由としては、「医療機関個々の実情を踏まえて進める必要があり、目標設定は困難」「病床数の目標を概ね達成しているため」といった理由があった。

※括弧書きは令和6年3月末時点からの増減

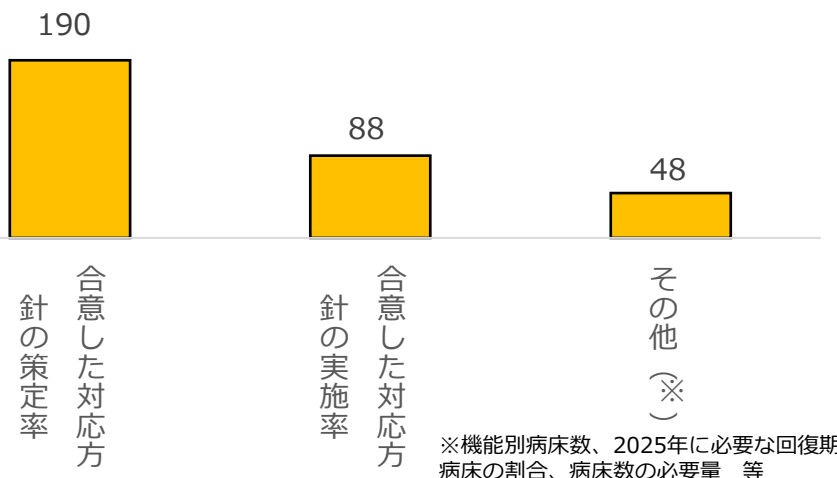
各構想区域の目標の設定状況（令和7年3月末時点）



各構想区域の目標の設定状況（令和6年3月末時点）



設定している目標について



目標を設定していない主な理由

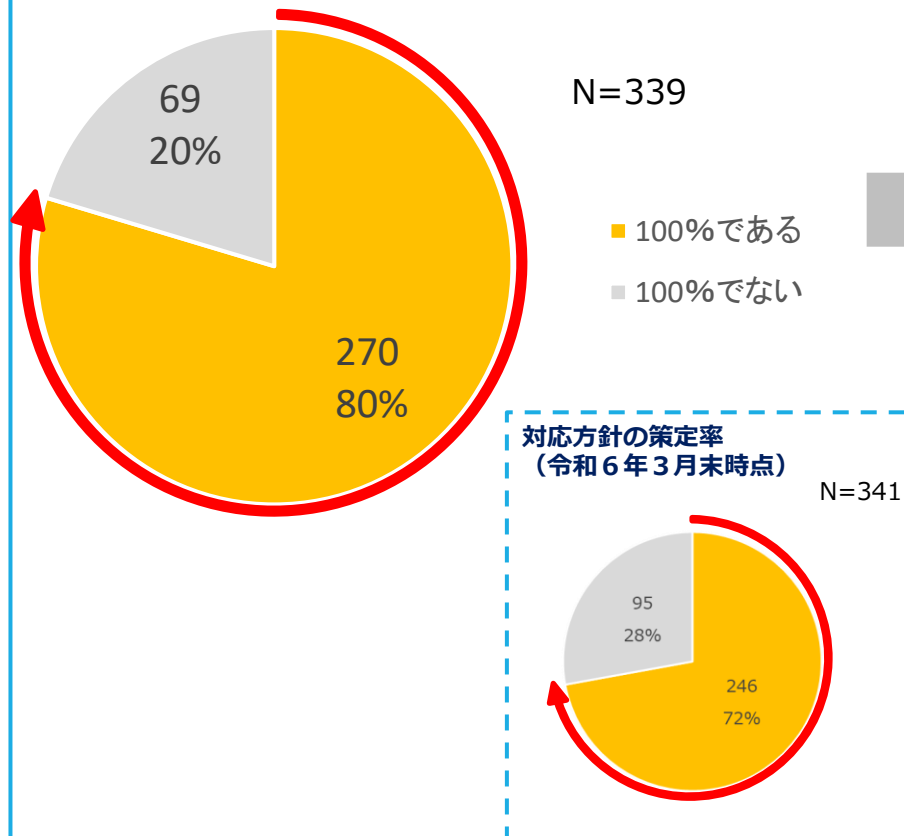
- 病床機能の転換や病床削減等は、医療機関の経営にも関することであり、個々の実情を踏まえながら進める必要があることから、目標を設定することは困難。
- 病床数の目標を概ね達成しているため。
- 既に対応方針について合意済みであるため。

地域医療構想調整会議で合意した医療機関の対応方針の策定率

- 令和6年度までに医療機関の対応方針の策定率が100%となった構想区域は、270区域(+24区域)となっている。
- 対応方針の策定率を100%にできない主な理由としては、「対応方針の策定依頼や督促を行っても策定しない医療機関があるため」、「継続協議となっている医療機関があるため」といった理由があった。

※括弧書きは令和6年3月末時点からの増減

医療機関の対応方針の策定率（令和7年3月末時点）



対応方針の策定率を100%にできない主な理由

- 医療機関に策定依頼の督促を行ったが、未策定の医療機関があるため。
- 継続協議となっている医療機関があるため。
- 昨年度、有床診療所に対して対応方針の策定依頼を行い、現在未策定の医療機関に対して提出を呼び掛けている最中であるため。
- 民間病院等が協力する理由がないため。

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

地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

○ 令和6年度の都道府県単位の地域医療構想調整会議の開催回数は、多い県で4回の開催であった一方、開催していない県は8県、地域医療構想調整会議を設置していない県は5県あった。

■ 令和6年度 地域医療構想調整会議（都道府県単位）の開催状況

令和5年度開催回数	地方・都道府県					
	北海道・東北地方	関東信越地方	東海北陸地方	近畿地方	中国・四国地方	九州・沖縄地方
4回 (1)		栃木県				
3回 (4)		埼玉県 神奈川県			島根県 愛媛県	
2回 (14)	青森県※	茨城県 群馬県※ 東京都	静岡県※ 愛知県	京都府 兵庫県	鳥取県※ 広島県 山口県※ 高知県	佐賀県 沖縄県
1回 (15)	北海道 岩手県 秋田県※ 山形県※	千葉県※	富山県 岐阜県 三重県※	大阪府		福岡県 長崎県※ 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県
開催せず (8)		新潟県 長野県	石川県	福井県 滋賀県 奈良県	岡山県 徳島県	
設置せず (5)	宮城県 福島県	山梨県		和歌山県	香川県	

※医療審議会等の既存の会議体で議論を行っている

■ 議論の内容等

■ 議論の内容

- 各構想区域の病床機能の分化・連携に向けた具体的な取組に関する議論
- 構想区域における課題の共有（不足する医療機能等）
- 各種支援策の活用に関する合意（地域医療介護総合確保基金、モデル推進区域、重点支援区域等）
- 各調整会議での議論の進捗状況や圏域を超えた広域での調整が必要な事項等に関する情報共有・協議等
- 区域対応方針の策定
- 第7次医療計画の評価及び第8次医療計画の進捗状況

■ 設置していない主な理由

- 県医師会長が全ての構想区域の議長となっており、各構想区域の課題の共有や進捗等の摺合せが一定可能であるため。
- 構想区域単位での議論が中心となるため、現状では必要性が低いため。

「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成30年6月22日付け医政地発0622第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）【抜粋】

1. 都道府県単位の地域医療構想調整会議について

(1) 協議事項等

都道府県は、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むように支援する観点から、**都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置し、次の事項について協議すること。**

- 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用に関すること（地域医療構想調整会議の協議事項、年間スケジュールなど）
- 各構想区域における地域医療構想調整会議の議論の進捗状況に関すること（具体的対応方針の合意の状況、再編統合の議論の状況など）
- 各構想区域における地域医療構想調整会議の抱える課題解決に関すること（参考事例の共有など）
- 病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること（定量的な基準など）
- 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること（高度急性期の提供体制など）

(2) 参加の範囲等

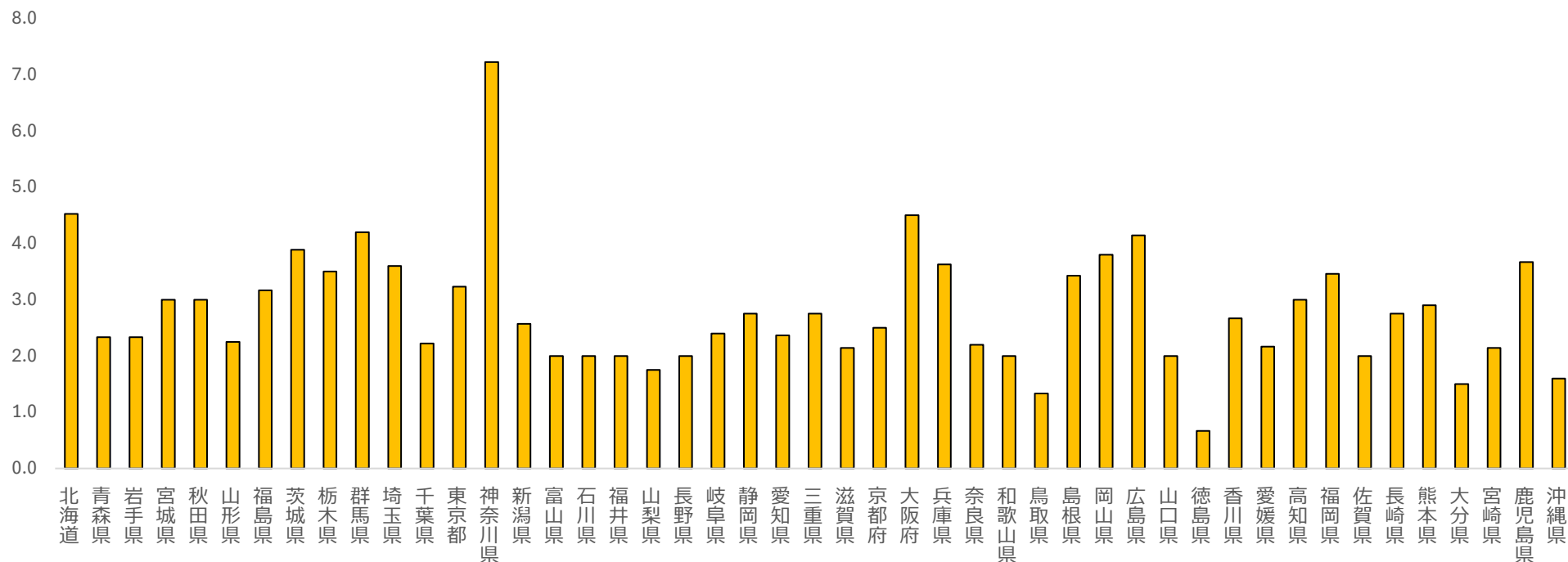
都道府県単位の地域医療構想調整会議の参加者は、各構想区域の地域医療構想調整会議の議長、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者とする。なお、会議の運用に当たっては、既存の会議体の活用等、効率的に運用することとして差し支えない。

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の開催状況

○ 令和6年度の地域医療構想調整会議（※）の開催回数は、構想区域当たり平均3.0回であった。

※地域医療構想調整会議の下に設置された部会等を含む。

■ 令和6年度 地域医療構想調整会議（構想区域単位）の開催状況（開催延べ回数／全構想区域）

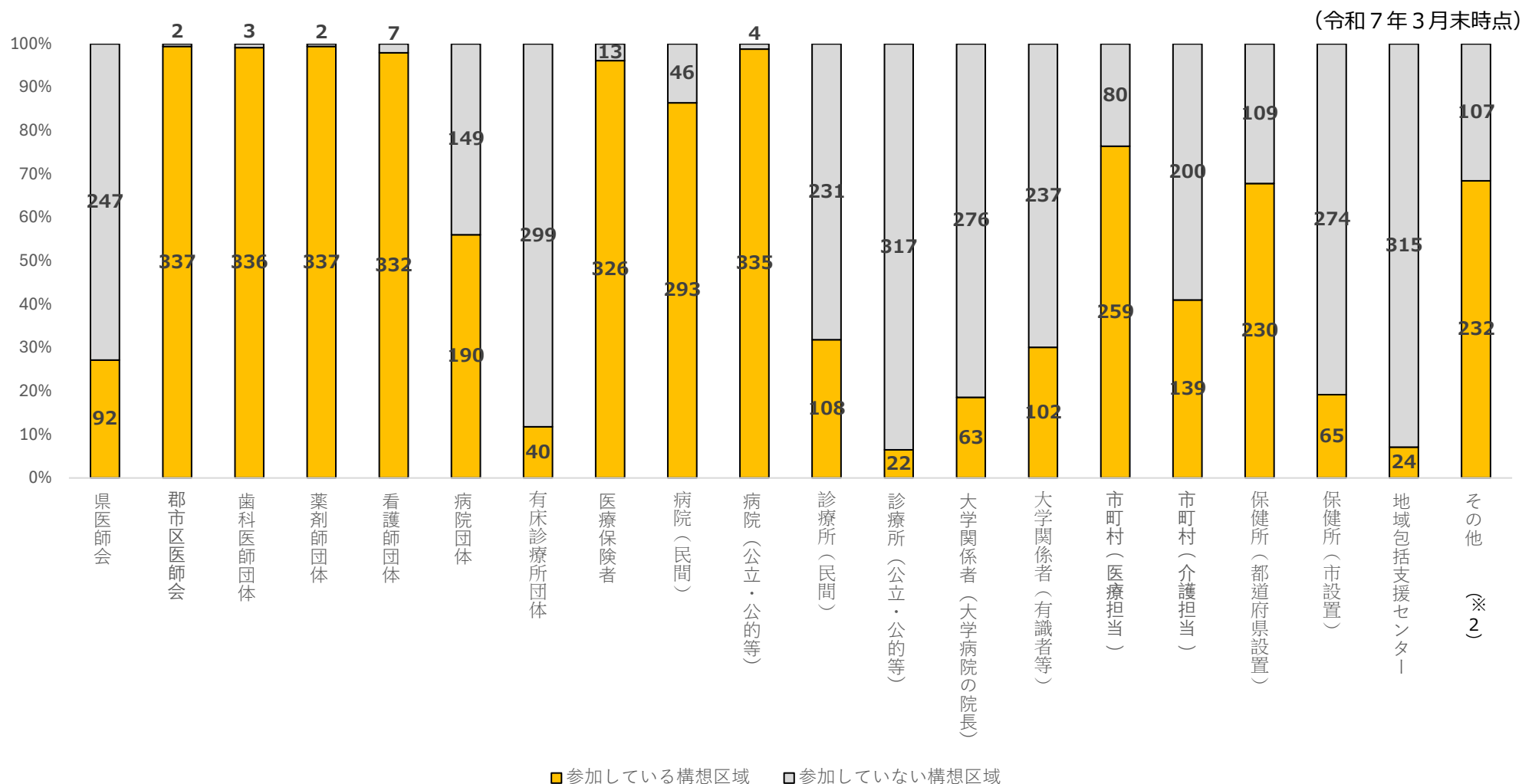


（参考）地域医療構想調整会議の開催実績のまとめ

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
開催延べ数	1,327回	1,035回	652回	656回	882回	1,378回	1,024回
構想区域当たりの平均	3.9回	3.0回	1.9回	1.9回	2.6回	4.1回	3.0回

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

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



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

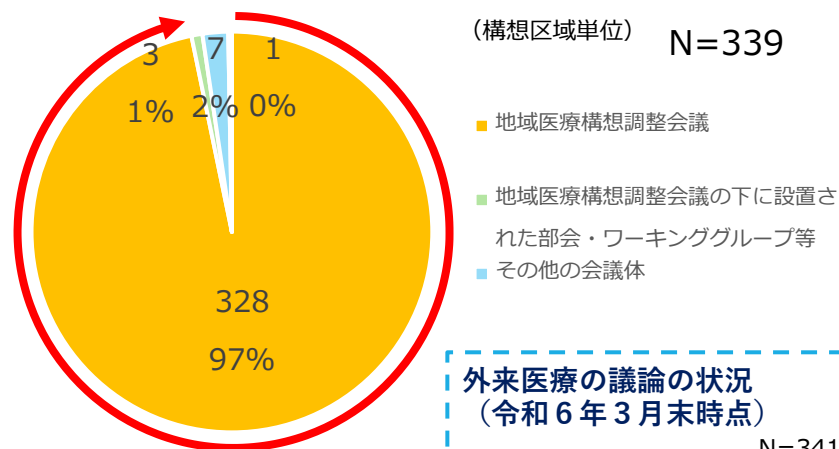
※2 社会福祉協議会、消防本部、訪問介護ステーション協議会、介護・福祉関係団体、住民代表 等

外来医療の議論の状況

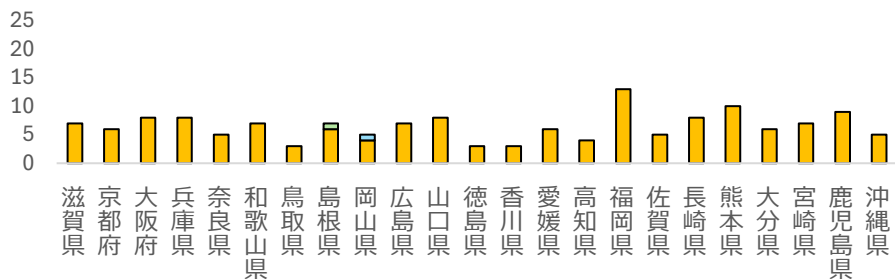
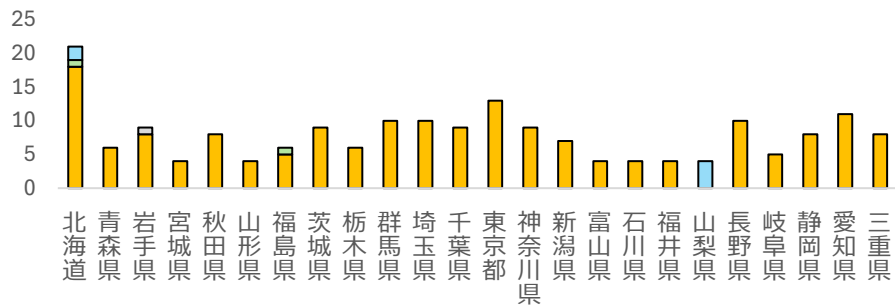
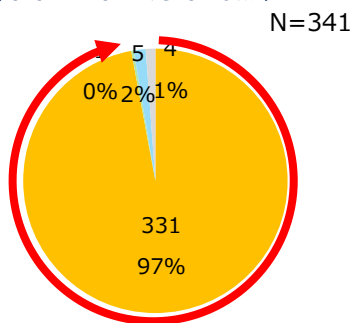
○ 外来医療について、地域医療構想調整会議において議論を行っている構想区域は97%（±0%）であった。

※括弧書きは令和5年9月末時点からの増減
都道府県別区域数

外来医療の議論の状況（令和7年3月末時点）



外来医療の議論の状況（令和6年3月末時点）



■ 議論を行っていない
■ その他の会議体
■ 地域医療構想調整会議の下に設置された部会・ワーキンググループ等
■ 地域医療構想調整会議

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

（外来医療に係る協議の場）

○医療法【抜粋】

第三十条の十八の四 都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(第三項において「対象区域」という。)ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者(以下この項及び次項において「関係者」という。)との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項(第二号から第四号までに掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第三項において同じ。)について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

2 (略)

3 都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該対象区域における第一項の協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、同項各号に掲げる事項について協議を行うことができる。

医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

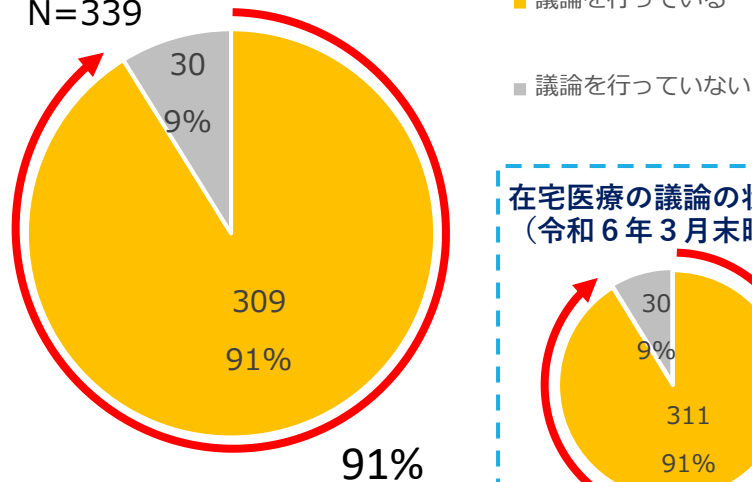
在宅医療の議論の状況

- 在宅医療について、議論を行っている構想区域は91%（±0%）あり、その内、地域医療構想調整会議において議論を行っている構想区域は155区域（△14区域）であった。

※括弧書きは令和6年3月末時点からの増減

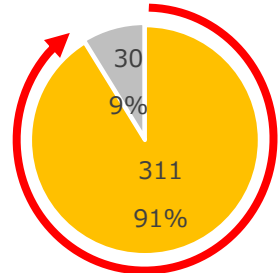
在宅医療の議論の状況（令和7年3月末時点）

N=339



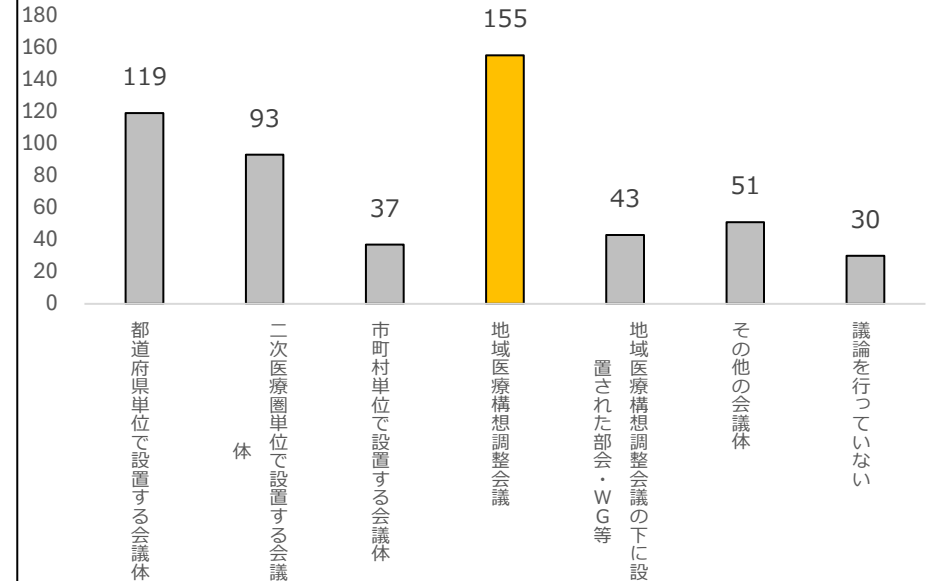
在宅医療の議論の状況（令和6年3月末時点）

N=341



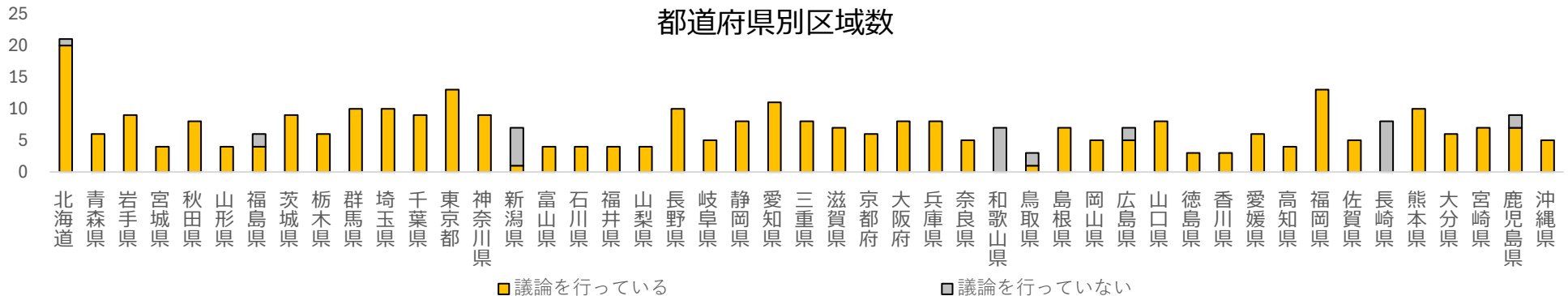
在宅医療の議論の会議体

複数選択可



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

都道府県別区域数

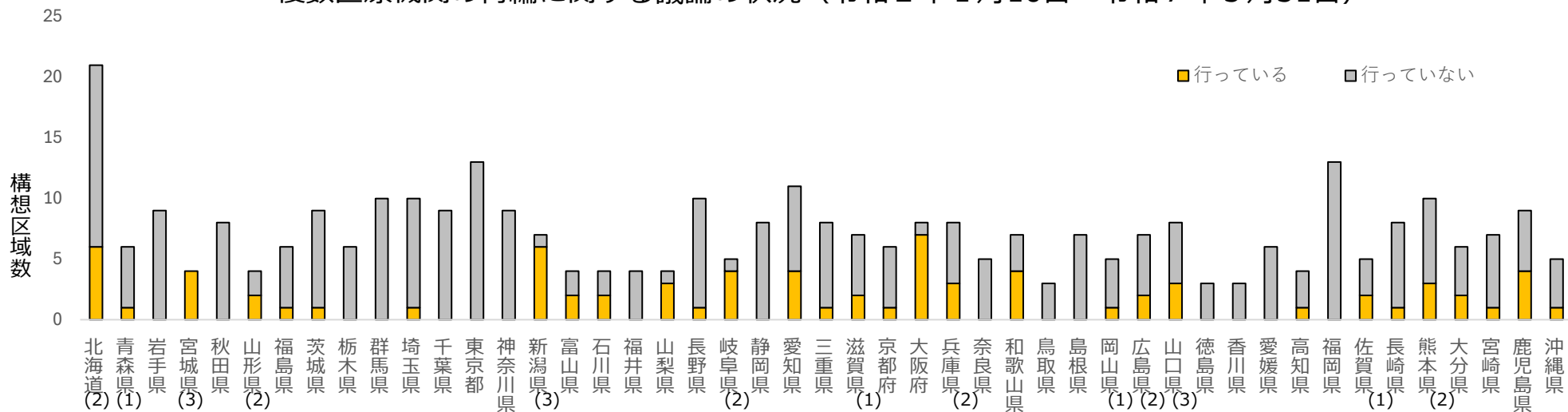


地域医療構想調整会議における複数医療機関の再編に関する議論の状況

- 地域医療構想調整会議において、複数医療機関の再編に関する議論は、全構想区域のうち77区域（+3区域）で行われている。全都道府県のうち31都道府県（±0都道府県）で行われている。
- 複数医療機関の再編に関する議論が行われている都道府県・構想区域のうち、13道県・25区域では、重点支援区域の選定を受けている。

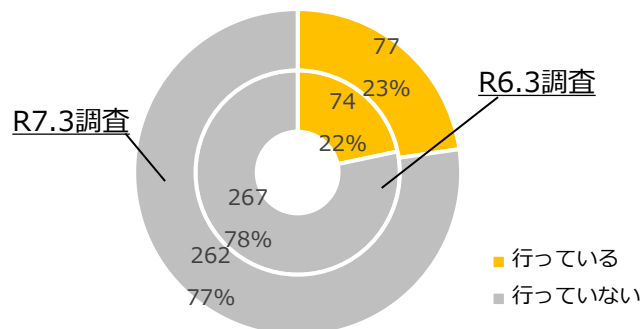
※括弧書きは令和6年3月末時点からの増減

複数医療機関の再編に関する議論の状況（令和2年1月10日～令和7年3月31日）

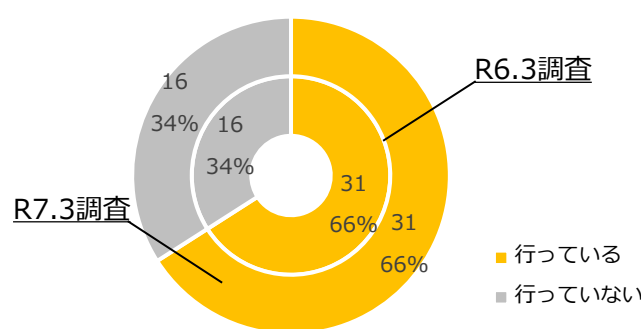


() : 重点支援区域数 合計 : 25

構想区域単位の状況



都道府県単位の状況



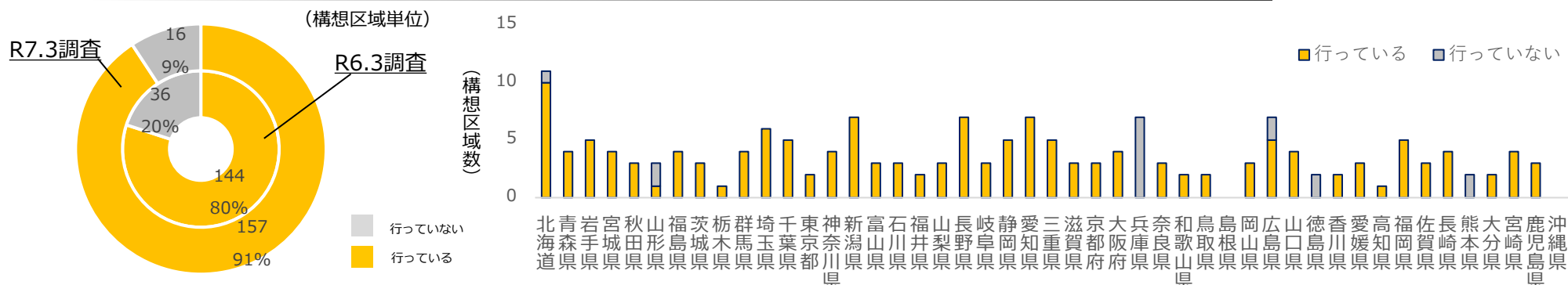
※ 令和6年3月末時点は、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置していたため、母数は341となっている。

各構想区域における2025年の医療提供体制に関する議論の状況

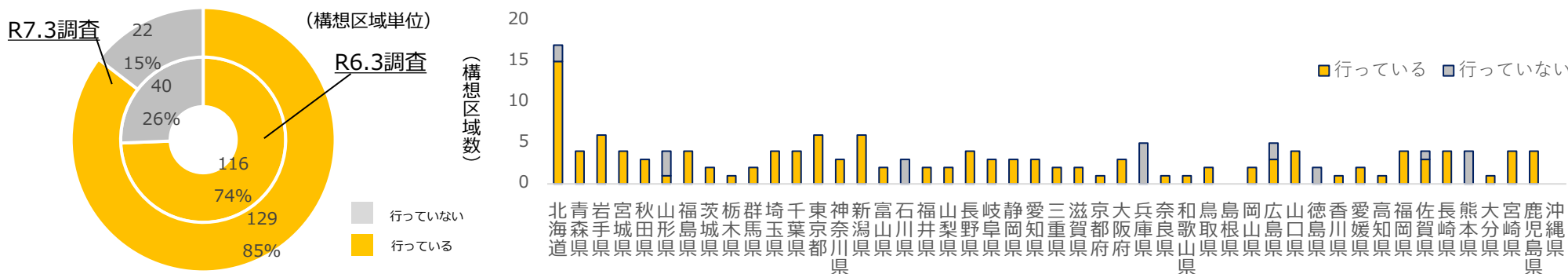
○ 再検証に係る協議を行う際には、構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議することとしていたが、「類似かつ近接」による再検証対象医療機関を有する構想区域の91%（+11%）、「診療実績が特に少ない」による再検証対象医療機関を有する構想区域の85%（+11%）の区域で医療提供体制の議論が行われている。

※括弧書きは令和6年3月末時点からの増減

● 「類似かつ近接」による再検証対象医療機関を有する構想区域の議論の状況（令和2年1月17日～令和7年3月31日）



● 「診療実績が特に少ない」による再検証対象医療機関を有する構想区域の議論の状況（令和2年1月17日～令和7年3月31日）



「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（令和2年1月17日付け医政発0117第4号厚生労働省医政局長通知）【抜粋】

1. 具体的対応方針の再検証等について

(3) 構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証について

(略)

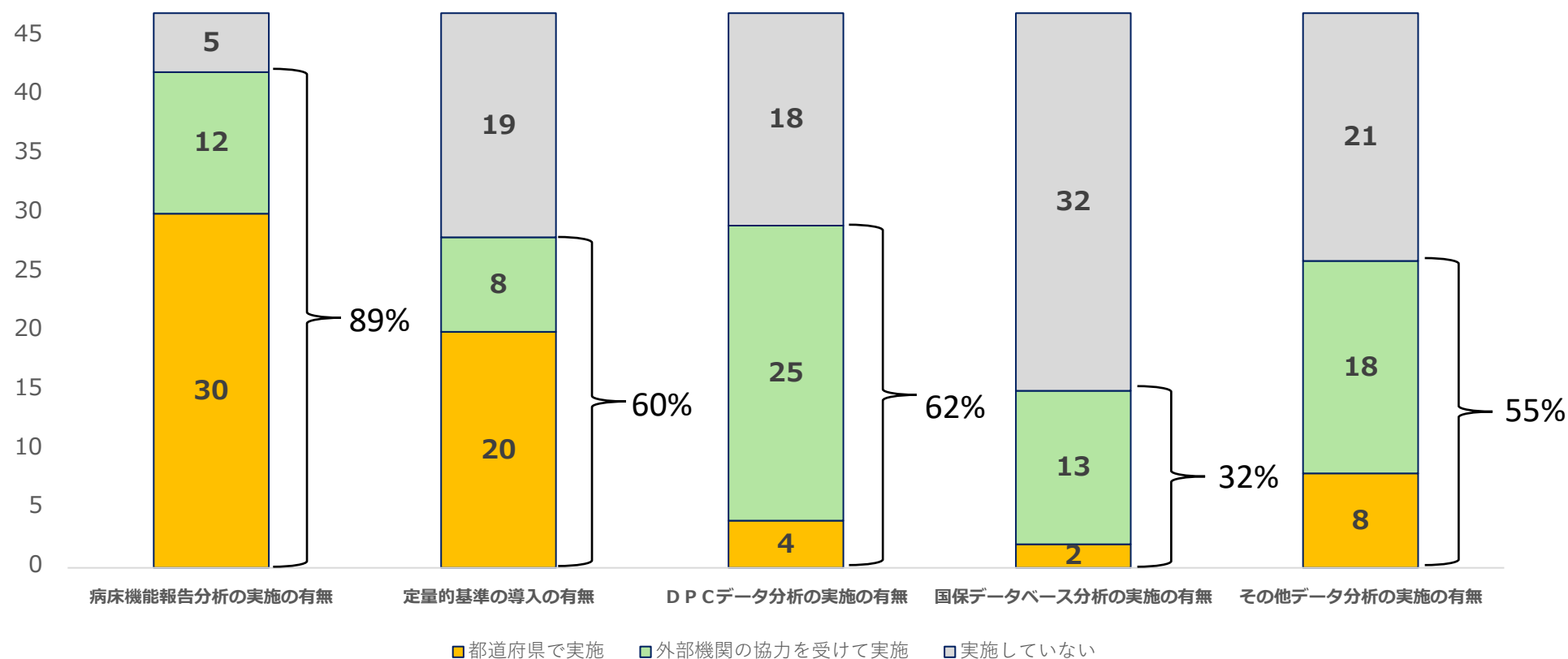
このため、都道府県は、当該構想区域の地域医療構想調整会議において、「**類似かつ近接**」の要件に6領域全て（人口100万人以上の構想区域を除く。）該当している**公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証**に係る協議を行うとともに、構想区域全体における、領域（今般分析対象とした6領域を必ず含むものとし、必要に応じて他の領域を含めるものとする。）ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について検討し、**構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議すること。**（略）

なお、都道府県は、「**診療実績が特に少ない**」の要件に9領域全て該当している**公立・公的医療機関等を有する構想区域においても**、当該医療機関の周辺にある医療機関との役割分担等を改めて整理する観点から、構想区域全体における2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）について検討する必要があると判断する場合には、**構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議すること。**

地域医療構想調整会議におけるデータに基づく議論の状況

- 病床機能報告の分析は89%、定量的基準の導入は60%の都道府県で実施されている。
- DPCデータの分析を実施している都道府県は6割程度であり、実施している都道府県の多くが外部機関の協力を得ている。

地域医療構想調整会議におけるデータに基づく議論の状況（令和6年度）



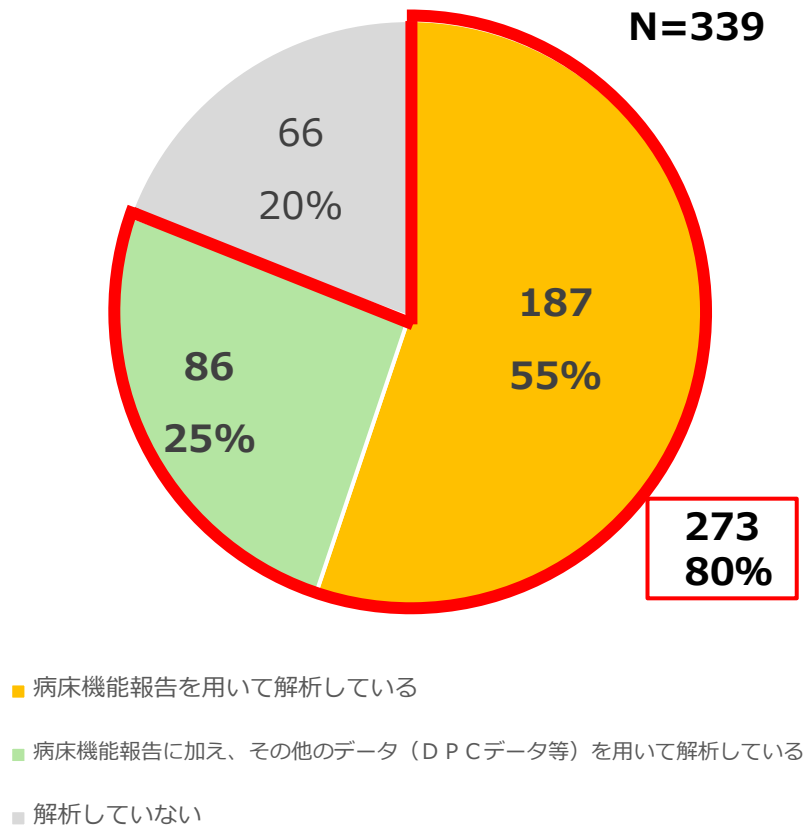
※その他データの分析

レセプトデータ、介護保険データ、救急搬送データ、統計データ、独自調査（患者調査、診療実態調査、アンケート等） 等

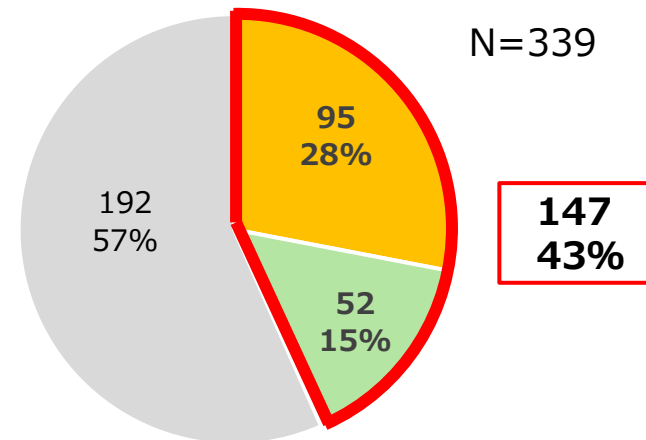
将来の病床数の必要量との差異の解析

- 「2025年の病床数の見込み」と「病床数の必要量」に生じている差異について、解析している区域は273区域、このうち、「病床機能報告を用いて解析している区域」は187区域、「病床機能報告に加え、その他のデータ（DPCデータ等）を用いて解析している区域」は86区域。
- 一方、「解析していない区域」は66区域あり、解析していない主な理由としては、「解析中」、「有床診療所を含む各医療機関の対応方針の策定を今年度中に行い、その内容を踏まえて解析予定のため」、「今年度にデータ分析構築支援事業により解析できる体制を構築し、来年度に本格的な解析を実施する予定のため」であった。

各構想区域の差異の解析状況（令和7年3月時点）



各構想区域の差異の解析状況（令和5年11月時点）



解析していない主な理由

- ー 現在検討中であるため。
- ー 病床機能報告と必要病床数は算定方法が異なり、同列で比較することができないため。
- ー 大学へデータ分析依頼を検討しているが、現在依頼内容等について調整中のため。
- ー どのように解析したらよいか判らないため。

都道府県知事の権限行使の状況

①非稼働病床への対応
※令和5年度病床機能報告

調整会議での協議

251 (514)

命令(§7の2③) 0 (0)

要請
(§30の12①)
0 (0)

勧告
(§30の12②)
0 (0)

②不足する医療機能への転換
の促進の対応(病院の開設
等の許可申請)

条件付き開設許可
(§7⑤)
132 (121)

勧告
(§27の2④)
0 (0)

命令
(§27の2②)
0 (0)

③未報告医療機関への対応
※令和5年度病床機能報告

督促

1,123 (923)

命令
(§30の13⑤)
117 (116)

④未報告医療機関への対応
※令和6年度病床機能報告

督促

618 (1,123)

命令
(§30の13⑤)
0 (117)

⑤必要病床数を超える医療
機能への転換が予定され
ている場合の対応
※令和5年度病床機能報告

書面提出
(§30の15①)
78 (85)

調整会議で
の協議
(§30の15②)
18 (34)

医療審議会
で協議
(§30の15④)
0 (0)

命令(§30の15⑥) 0 (0)

要請
(§30の15⑦)
0 (0)

勧告
(§30の17)
0 (0)

⑥不足する医療機能への転換
の促進の対応(地域医療構
想調整会議)

指示(§30の16①) 0 (0)

要請
(§30の16②)
4 (4※3)

勧告
(§30の17)
0 (0)

(括弧書きは令和6年3月末調査)

※1 令和7年3月末時点 ①③⑤については、令和5年度病床機能報告後から調査日までの累計。④については、令和6年度病床機能報告後から調査日までの累計。

②及び⑥については、制度施行から調査日までの累計。

※2 ③の命令に従わなかった際の公表は28件実施、過料は0件。①②④⑤⑥の命令等に従わなかった際の公表・過料等は0件。

※3 いずれも過剰となっていた急性期の増床の申し出に対し回復期の増床を要請。うち3件は要請に従い回復期を増床、1件は増床の申し出を撤回。