厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域医療構想策定ガイドライン参考資料

※　本資料は、適宜修正する場合がありますのでご留意ください。

厚生労働省 医政局 地域医療計画課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 地域医療構想の概要
- 地域医療構想の基本事項
- 地域医療構想の具体的な協議・取組

地域医療構想について

- 地域医療構想は、都道府県が、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を確保するため、医療機関の自主的な報告等を踏まえ、地域の関係者との協議を行い地域の実情に応じて策定するもの。
- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、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、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の構築に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取組を進める。

具体的な取組

○　医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ、**構想区域を設定**。

○　**医療機関機能報告**等に基づき、都道府県及び各構想区域に設置する**地域医療構想調整会議**において、地域ごとの**医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能、専門等機能）**の確保や医療機関機能を踏まえた**医療機関間の役割分担**等について、**地域の関係者による協議を実施**。

○　地域医療構想の取組による効果等を踏まえた、構想区域別、機能区分（高度急性期・急性期・**包括期**・慢性期）別の**2040年の病床の必要量（必要病床数）を推計**。

○　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**に加え、**医療機関の連携・再編・集約化**に向けた取組を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、**医療法に定められている権限の行使を含めた役割**を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

※　**地域医療構想は、病床の削減や医療機関の統廃合ありきではなく、地域での自主的な協議を踏まえて取り組むもの**

地域医療構想及び医療計画の策定の枠組み

【医療法第30条の３第１項】厚生労働大臣は、基本方針を定める。

【基本方針（大臣告示）】医療提供体制の確保に関する基本方針

即して定める

国（厚生労働大臣）

都道府県

地域医療構想

【医療法第30条の３の３第12項】
厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法その他地域医療構想の作成上重要な技術的事項について、必要な助言をすることができる。

【地域医療構想策定ガイドライン】

【医療法第30条の３の３第１項】
都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域医療構想を定める。

【地域医療構想】

- ○将来の医療提供体制の基本的な方向
- ○構想区域
- ○将来の医療機関機能の見通し
- ○将来の病床数の必要量
- ○医療機関機能・病床の機能の分化及び連携の推進
- ○外来医療及び在宅医療に係る医療提供体制の確保、医療と介護の連携、医療従事者確保
- ○医療機関機能・病床の機能に関する情報提供の推進

即して定める

医療計画

【医療法第30条の８第１項】
厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その他医療計画の作成上重要な技術的事項について、必要な助言をすることができる。

【医療計画作成指針】

【疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針】

【医療法第30条の４第１項】
都道府県は、基本方針及び地域医療構想に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定める。

【医療計画】

- ○疾病・事業ごとの医療体制
  - ・がん / 脳卒中 / 心筋梗塞等の心血管疾患 糖尿病 / 精神疾患
  - ・救急医療 / 災害時における医療 へき地の医療 / 周産期医療 小児医療（小児救急含む）
  - ・在宅医療
  - ・新興感染症等の感染拡大時における医療
  - ・その他特に必要と認める医療
- ○外来医療の提供体制の確保（外来医療計画）
- ○かかりつけ医機能の確保
- ○医師の確保（医師確保計画）
- ○医療従事者（医師を除く）の確保
- ○医療の安全の確保
- ○二次医療圏・三次医療圏の設定
- ○医療提供施設の整備目標
- ○医師少数区域・医師多数区域の設定
- ○基準病床数　等

地域医療構想の記載事項

- 地域医療構想の構成を含めた記載内容については、都道府県において、医療提供体制の確保に関する基本方針に即して、地域の実情に応じ定める。具体的な記載内容としては概ね以下のようなものが想定される。

地域医療構想の記載事項 ※構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、基本方針に即して、それぞれの地域の実情に応じ定める

地域医療構想作成の前提・基本的事項等

基本的な考え方

- 地域医療構想に関する根拠法令
- 地域医療構想作成の趣旨
- 2040年に向けた医療提供体制のあり方　等

地域の現状等（将来推計を含む。）

- 将来の人口構造や医療需要の見込み
- 患者の流出入
- 医療提供施設等・医療従事者の状況
- 医療機関機能報告・病床機能報告の内容　等

構想区域

- 構想区域の設定に当たっての基本的な考え方
- 見直し後の構想区域と見直しの理由（維持する場合その理由）
- 見直し後の構想区域に基づく人口推計　等

病床数の必要量

- 見直し後の構想区域に基づく病床の機能区分（高度急性期・急性期、包括期、慢性期）ごとの2040年の病床数の必要量　等

医療機関機能の見通し

- 2040年に各医療機関が担う医療機関機能
- 急性期拠点機能を担う医療機関数の考え方
- 在宅医療等連携機能の報告の考え方　等

医療提供体制の確保に向けた取組等

入院医療

- 医療機関の連携・再編・集約化の取組
- 手術や救急医療等の役割分担のあり方
- 病床の機能分化・連携の取組
- 広域的な観点での医療提供のあり方　等

外来医療

- 外来医療提供体制の確保に向けた取組
- 医療機関へのアクセス確保に向けた取組
- 医歯薬連携の推進に向けた取組　等

在宅医療

- 慢性期の医療需要を踏まえた提供の方向性
- 24時間の提供体制の構築に向けた取組
- 多職種連携の推進に向けた取組　等

介護との連携

- 慢性期の医療需要を踏まえた介護保険施設の活用の方向性
- 医療機関と高齢者施設等の連携のあり方　等

人材確保

- 連携する大学病院本院の名称
- 大学病院本院との人的協力の方向性　等

医療計画の概要

※令和９年４月時点

医療計画

計画期間：６年間（中間年で必要な見直しを実施。）
※現行の第８次医療計画の期間は2024年度～2029年度。

- 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の確保
  - ５疾病
    - がん
    - 脳卒中
    - 心筋梗塞等の心血管疾患
    - 糖尿病
    - 精神疾患
  - ６事業
    - 救急医療
    - 災害時における医療
    - 新興感染症発生・まん延時における医療
    - へき地の医療
    - 周産期医療
    - 小児医療(小児救急医療を含む)
    - ※　都道府県知事が特に必要と認める医療を含む
  - 在宅医療

地域の実情に応じ、事業ごとの圏域を設定

- 外来医療の提供体制の確保（外来医療計画）
- かかりつけ医機能の確保
- 医師の確保（医師確保計画）
- 医療従事者(医師を除く。)の確保
- 医療の安全の確保
- 医療圏・基準病床数
  - ・療養病床及び一般病床　［二次医療圏単位で設定　330医療圏（2024年４月現在）］
  - ・精神病床
    ・結核病床
    ・感染症病床　［都道府県単位で設定］
- 医療提供施設の整備目標

2040年に向けた地域医療構想について

背景

○ **2040年頃**に向けて、**医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。

○ 増加する**高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持**が求められる。

- 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能**に着目した**医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

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の受入
・入院早期からのリハビリ･退院調整等の実施

急性期拠点機能

・人口20万～30万に１つを目安に確保
・手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

在宅医療等連携機能

・地域での在宅医療の提供
・他の施設等と連携した24時間対応等の実施

専門等機能

・集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

・都道府県と連携した人的協力　・広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

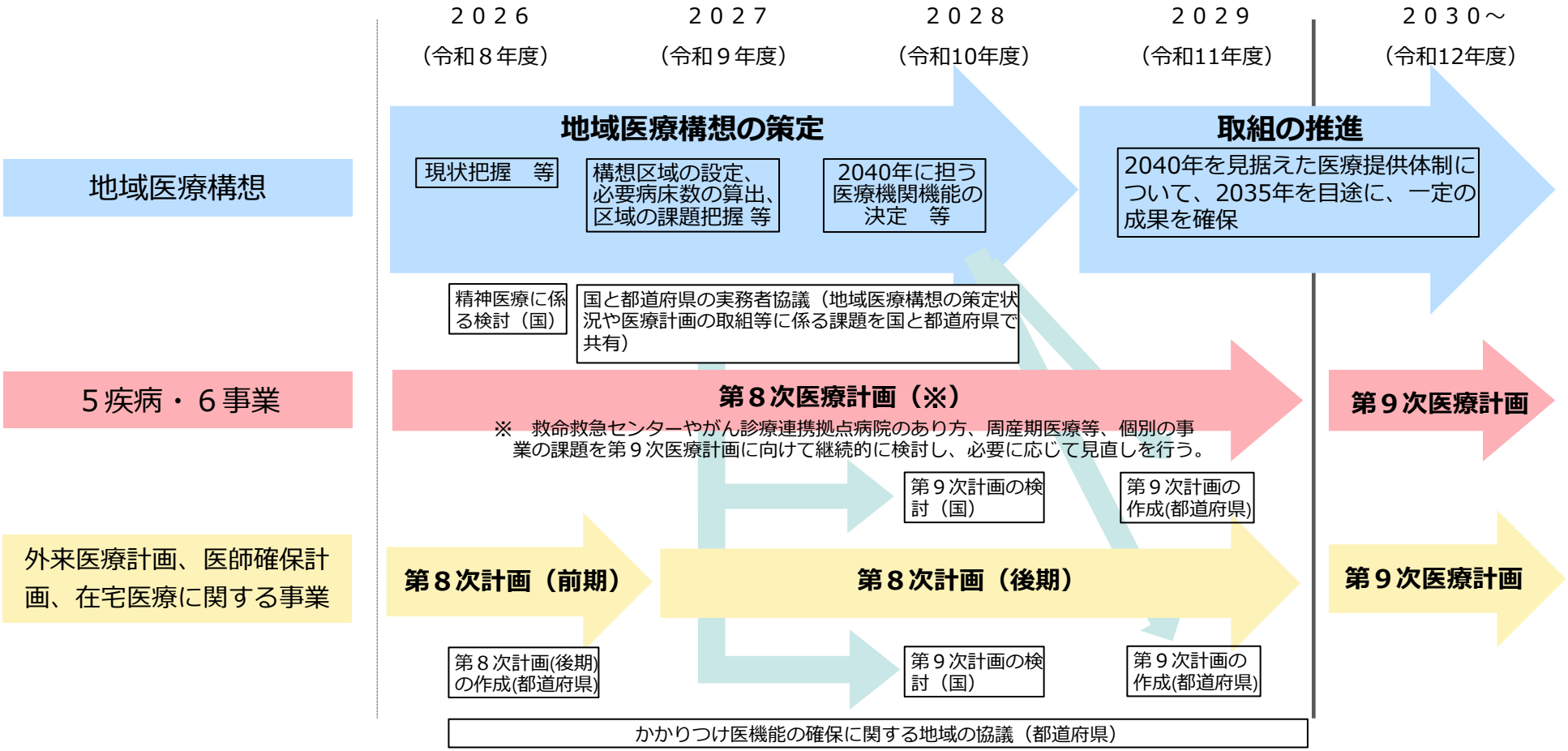
年度	地域医療構想の策定と取り組みの進め方	
～2027年度 上半期頃	現状・課題の把握	• 基本となるデータとして**人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有**する
	区域の設定	• 現在の**構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し** ➢ 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論 ⇒人口20万人以上を目安としながら検討 ➢ 必要病床数の運用 ⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定 • 設定した構想区域における必要病床数を算出する
	設定した区域の課題の把握	• 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定
～2028年度末	取組の決定	• **遅くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応案を検討・決定**する • その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する
～2035年度	取組の推進	• 2040年を見据えた医療提供体制について、**2035年を目途に、一定の成果を確保**する

※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

2040年に向けた地域医療構想と医療計画の進め方

○　人口構造の変化、医療需要の見通し、医療資源の状況等を踏まえ、地域医療構想調整会議における協議を通じて、地域の医療提供体制の方向性を整理し、2028年度末までに地域医療構想を策定する。

○　医療需要の変化や医療提供体制の状況など、策定した地域医療構想の内容を踏まえ、具体の実行計画として、2029年度頃に第９次医療計画を策定する。



第９次医療計画に向けての主な検討課題

- 第９次医療計画に向けて、５疾病６事業等における圏域設定や医療機関の類型のあり方など、引き続き検討していくべき課題も存在する。

検討事項	検討課題
二次医療圏の設定	地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第９次医療計画に向け、二次医療圏は、広域化等の見直しが行われた構想区域と原則として一致させる必要がある。
５疾病６事業等における圏域設定	５疾病６事業等における圏域設定については、一定の地域単位で整備することが考えられるものや、より広域的な単位での整備が必要となるもの等、各分野の特性を踏まえた検討が必要となる。ただし、がんの医療圏の設定については、手術を担う外科医の確保等の観点から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担と整合性を図っていくことが求められる。
医師確保計画等における区域設定	従来の二次医療圏設定を前提としている医師確保計画等における区域設定のあり方については、施策の連続性の観点を踏まえた対応を検討していく必要がある。
５疾病６事業等における医療機関類型	がん診療連携拠点病院のうち専門等機能を担うこととなる医療機関をはじめとして、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえ、５疾病６事業等における医療機関の類型の考え方について、必要に応じて整理することが求められる。
必要病床数	必要病床数について、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030 年、2036 年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて見直しを行う。
広域的な診療機能	都道府県単位又はより広域的な単位で担うべき医療提供のあり方について、各診療分野の特性等も踏まえ、都道府県や大学病院本院、関連学会等が連携しながら検討を行っていく必要がある。
在宅医療	構想区域設定を踏まえた在宅医療の圏域のあり方や、医療機関機能の確保状況等を踏まえた「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が担うべき役割について検討していく必要がある。

- 地域医療構想の概要
- **地域医療構想の基本事項**
- 地域医療構想の具体的な協議・取組

地域医療構想の検討体制

- 地域医療構想の策定に当たっては、**都道府県が主体**となり、地域医療構想調整会議等における関係者との協議を通じて、課題や対応等の検討が必要となる。**医療提供体制の構築だけでなく、介護との連携やまちづくり等の様々な観点が重要**であり、**県庁内の他部局等との連携体制の構築**等、協議に必要な体制を整備することが求められる。

地域医療構想調整会議

○　都道府県は、**都道府県単位（都道府県調整会議）**及び**各構想区域単位（区域調整会議）**で地域医療構想調整会議を設置。

○　参加者については、全般的事項については関係者全員が参加し、個別医療機関が関係する協議については特に関係する者に限って参加する等、**議題に応じて柔軟に設定する。**

（主な参加者）

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体等の医療関係者、関係医療機関、大学病院本院、保険者、市町村、介護関係団体、住民、地域医療構想アドバイザー等

○　構想区域よりも狭い単位で検討することが適当な場合等、協議内容や課題の性質に応じて、**既存の協議体の活用やワーキンググループの設置等により協議を進める。**

他部局等との連携

○　新たな地域医療構想は、医療提供体制全体の課題解決を図るものであることを踏まえ、都道府県は、例えば、以下のように**他部局等と連携を図る**ことが重要。

介護担当部局、市町村

・　介護保険事業（支援）計画の担当部局として、慢性期の医療需要への対応や退院後の生活支援の観点から、介護保険施設や居宅サービスの整備状況、高齢者施設等の協力医療機関の確保状況、療養病床の整備状況等を共有するなど、情報共有を検討。

薬務担当部局、市町村等

・　在宅医療における訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等を含む多職種連携の取組について具体的に検討。

地域交通担当部局、都市計画担当部局、市町村等

・　医療機関への通院手段等に係る課題の共有や、立地適正化計画等のまちづくり計画との連動を検討。

協議の運営

○　**住民参加の推進**に加え、**対応案の公表**や**説明会の実施**、**パブリックコメント**等により、住民からの意見を把握することが重要。

○　地域医療構想調整会議については、介護や精神保健・障害福祉、公共交通政策等といった事項や、診療報酬上要件とされている事項等について、**地域の医療提供体制に関する意見を聴く場として活用することも可能。**

地域医療構想調整会議の進め方

- 2040年に向けた地域医療構想においては、入院だけでなく、外来、在宅、介護との連携等、取り扱う議題が多岐にわたる。これまでの地域医療構想調整会議は構想区域ごとに年２～４回程度開催されていたが、今後、多くの議題について、効率的かつ実効的に協議が進められるよう、議題に応じた参加者や地域の範囲の設定や、既存の会議体の活用等を行いながら運営を行う。

（参考）これまでの地域医療構想調整会議の開催実績

	平成29年度	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
構想区域当たりの平均	3.1回	3.9回	3.0回	1.9回	1.9回	2.6回	4.1回

	議題に関係する主な医療・介護関係者の例	地域の範囲
全体的な事項	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体	構想区域 都道府県
入院医療/医療機関機能	医師会、病院団体、有床診療所団体	構想区域 都道府県
外来医療	医師会、病院団体	構想区域 市町村
在宅医療	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、介護関係団体	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、介護関係団体	構想区域 市町村
大学病院本院による人的協力	医師会、大学病院本院、病院団体	都道府県

※議題に応じて、住民代表や医療保険者を含めて参加者を選定

協議体の運営の例（入院医療）

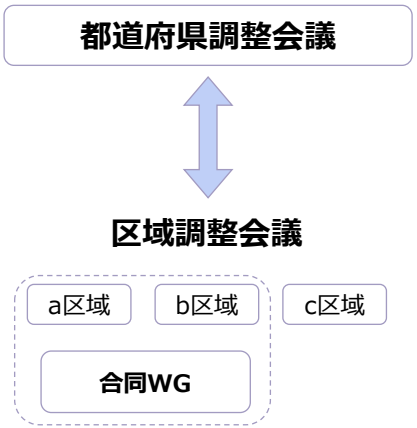
- 入院医療については、都道府県調整会議で、患者のアクセスへの支援、隣接する他都道府県との連携、大学病院本院による人的協力のあり方、広域的な医療の確保等について協議し、区域調整会議において、区域ごとの医療機関機能の確保や、医療機関間の役割分担等について協議を行う等の対応が考えられる。
- また、必要に応じて、複数の区域で合同で調整会議を実施する、病院間の意見交換の場を設ける、都道府県間で連携して協議を行う等が考えられ、柔軟な体制で協議を進める。

考えられる運営の例

隣接した区域が合同で協議

○　a区域内では急性期医療の完結が難しく、a区域と隣接し、急性期拠点機能を有するb区域と一体的に、入院医療に係る提供体制の構築を図る。

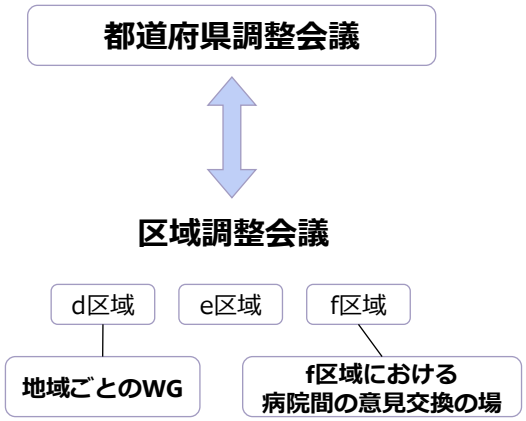
○　両区域で合同で協議を開催することとし、a区域で確保した高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の役割や、b区域の急性期拠点機能を担う医療機関への搬送のあり方等について協議を行う。



議題に応じた協議の場の設置

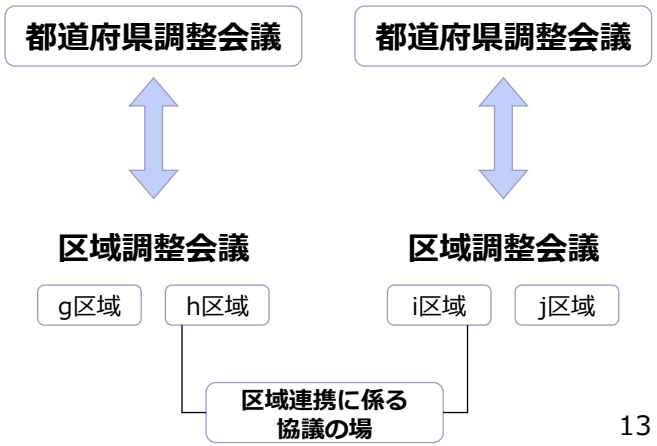
○　d区域は大都市型で人口規模が非常に大きいため、一定の地域単位でワーキンググループを設置し協議を行う。

○　f区域では、急性期医療を担う医療機関が多数存在し、地域において設定すべき数以上の医療機関が急性期拠点機能を担う意向があり、協議の円滑化のため、医療機関からの求めに応じ、都道府県が病院間の意見交換の場を設置する。



都道府県をまたいだ協議

○　h区域内では一定の医療を完結することが困難であり、他県のi区域に所在する医療機関に患者が流出していることから、都道府県間で調整し、県境を挟んで隣接しているh区域とi区域の連携に関係する主な関係者等で協議する場を設置する。



協議体の運営の例（外来・在宅医療、介護との連携）

- 2040年に向けた地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、議題や都道府県の体制に応じてあらかじめ決定した構成員で協議を行うほか、議題に応じたワーキンググループごとに参加者を設定することや、ワーキンググループを新たに設置せず既存の他の協議体の議論をもって代えること等、柔軟に体制を設定し、効率的に協議を進める柔軟な会議運営を行う。

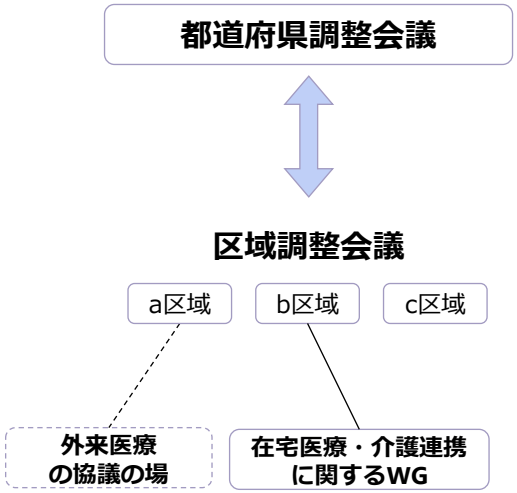
考えられる運営の例

区域ごとの課題に応じた協議

○　区域ごとの現状・課題等に応じ、a区域では、外来医療提供体制の維持について課題となっていることから、外来医療の協議の場を活用して協議を行う。

○　b区域においては、在宅医療・介護連携の個別課題については、市町村単位で在宅医療・介護連携に係るワーキンググループを設置し協議を行う。

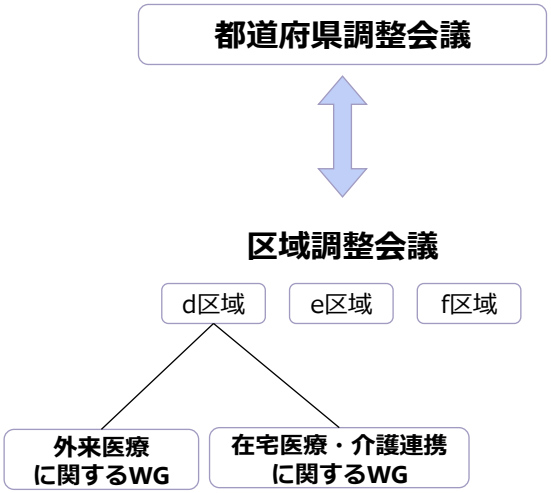
○　いずれも区域調整会議へ報告をもって、調整会議における協議に代えることとした。



同区域内でテーマ別のWG設置

○　d区域は県庁所在地を含んでおり、人口規模が大きく関係者も多いことから、テーマ別のワーキンググループを設置する。

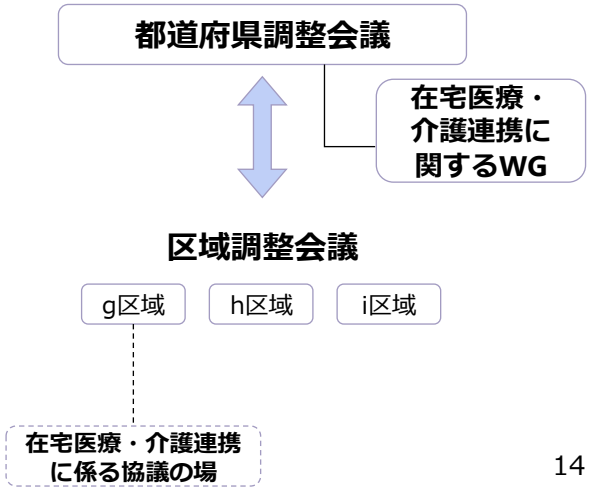
○　外来医療、在宅医療・介護連携に関するワーキンググループそれぞれにおいて、テーマに関係する参加者を設定し、柔軟に協議を進める。



都道府県単位で個別のテーマを取扱う

○　都道府県調整会議の下に設置した在宅医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、慢性期の医療需要の見込みの把握や在宅医療の提供の方向性等を協議することとした。

○　g区域では、上記方向性を踏まえ、在宅医療・介護連携の個別課題について、既存の在宅医療・介護連携に係る協議の場で協議を行い、調整会議での議論に代えることとした。



（参考）地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

都道府県

医療計画

都道府県医療審議会

・都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

【医療法第72条】

医師確保計画

地域医療対策協議会

・医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

【医療法第30条の23】

作業部会（医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置）

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

【医療計画作成指針】

地域医療構想

地域医療構想調整会議
（都道府県単位）

・各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議

・構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

医療計画

外来医療計画
（外来・かかりつけ医機能）

連携

圏域

圏域連携会議（必要に応じて設置）

・必要に応じ圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

【医療計画作成指針】

地域医療構想調整会議
（構想区域単位）

・将来の医療機関機能の見通しを踏まえた医療機関機能の分化及び連携を推進するための方策、その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議

【医療法第30条の14】

外来医療の協議の場
（二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置）

・外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議

・対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

かかりつけ医機能の協議の場
・地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討

【医療法第30条の18の５】

医療及び介護の体制整備に係る協議の場
（二次医療圏単位での設置が原則）
・医療計画及び介護保険事業（支援）計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議
・地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能

【総合確保方針】

在宅医療・介護連携推進事業に係る協議の場
・在宅医療・介護連携推進事業において、在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策について協議

【地域支援事業実施要綱】

関係者に期待される役割等

関係者に期待される役割等

都道府県	• 地域医療構想の策定及び推進の主体として、地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援を実施 • 介護担当部局との連携による介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、市町村職員に対する必要な支援の実施 • 医療へのアクセスの確保等の取組（交通担当部局や市町村との連携等） • 患者の流出入等に対する、都道府県間での連携による取組の推進
市町村	• 病院開設者、介護保険事業、住民に最も近い立場などの観点で、地域医療構想の策定及び推進に協力 • 市町村立病院に係る病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力 • 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、都道府県との連携による介護に係る課題の共有、医療と介護の連携の推進 • 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携による取組の推進
大学病院本院	• 診療の他、都道府県との連携による、人的協力や人材育成の取組の推進
医療関係者	• 医療提供の主体として、地域医療構想の策定及び推進へ積極的に関与 • 都道府県調整会議での県全体の医療提供体制に係る協議への参画、区域調整会議での関連する議題に係る協議への参画
公立・公的病院等	• 市町村と同様、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力
医療保険者	• 都道府県調整会議への参画や、区域調整会議の参加者について、保険者協議会に照会の上、選定し参加 • 地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等おいて定期的に報告する機会を設定 • 都道府県及び市町村は、後期医療広域連合や国民健康保険の保険者として、効率的な医療提供体制の構築に向けて地域医療構想を推進
介護関係者	• 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、医療機関との協力体制の構築等の体制整備への協力 • 特に介護老人保健施設、介護医療院等は、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担う • 在宅医療を担う医療機関の関係者等と地域における医療と介護それぞれの資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制を整備
地域医療構想アドバイザー	• データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化 • 医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、医療計画の策定・推進にも一貫して助言

市町村による病院事業の状況について

- 市町村は、病院事業の実施主体として地域の医療提供体制に関与している場合もある。
- 特に、市町村が病院事業を実施している場合、当該市町村は、入院医療や医療機関機能の確保に関する協議に参画し、地域における医療機関の役割分担や連携・再編・集約化の取組を積極的に進める必要があり、都道府県の協議においては、担っている政策医療の内容や繰入金等の状況も踏まえて協議が必要となる。

市町村による病院事業の実施状況（実施している市町村の割合、都道府県毎）

資料出所：都道府県ホームページ等より地域医療計画課において作成

住民の参加について

- 地域医療構想について、地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や住民参加を進めるとともに、進捗状況や取組内容を適切に公表し、理解を得ながら取組を推進することが重要。

地域医療構想調整会議等への住民参加の推進

○　地域医療構想について、地域住民の理解を深めるため、**地域医療構想調整会議への地域住民代表者の参画**等を推進することが重要。

地域医療構想の策定に向けた積極的な情報公開

○　地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の整理、対応案の検討・決定といった各段階において、検討内容や方向性を整理した**案を公表**することが求められる。

○　その際、例えば、都道府県等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、**住民に対し説明**し、**住民の意見を十分に把握**できるよう努めることが重要。

地域医療構想の取組の進捗の共有

○　PDCAサイクルに基づき、地域医療構想の取組の進捗を継続的に把握し、必要に応じて見直しを行う際、**進捗状況や取組の内容**について、都道府県や関係する医療関係者だけでなく、**地域住民とも共有**できるよう、適切に公表し、理解を得ながら進めていくことが重要。

調整会議への住民参加の例

つくば地域医療構想調整会議　委員名簿

区分		委員名		備考
		氏名	役職名	
医療関係団体	医師会		つくば市医師会長	
			茨城県きぬ医師会長	
	歯科医師会		つくば地区歯科医師会長	
	薬剤師会		つくば薬剤師会会長	
	看護協会		看護協会つくば地区理事	
	病院協会		水海道さくら病院長	
保険者			カスミ健康保険組合	
福祉関係団体			つくば市社会福祉協議会　副会長	
介護事業者			つくば特別養護老人ホーム連絡会 会長	
住民代表			つくば市区会連合会　副会長	
市町村			つくば市長	
			つくばみらい市長	
			常総市長	
基幹病院等			筑波大学附属病院長	
			筑波メディカルセンター病院長	
			筑波学園病院病院長	
			水海道西部病院病院長	
			つくば双愛病院病院長	
			いちはら病院病院長	
			医療法人社団筑波記念会理事長（筑波記念病院）	
			医療法人社団恵仁会理事長（筑波中央病院）	
			なないろレディースクリニック院長	
学識経験者	消防		つくば市消防本部消防長	
保健所			つくば保健所長	

地域医療構想推進のための主な支援

	名称	具体的内容
財政的支援	地域医療介護総合確保基金（Ⅰ－１）	地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に対する助成
	地域医療介護総合確保基金（Ⅰ－２）	（「単独医療機関」の取組に対する支援） ・病床数の減少を伴う病床機能再編を行う医療機関に対する支援 （「複数医療機関」の取組に対する支援） ・統合に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するための支援 ・統合に伴って引き継がれる残債を、より長期の債務に借り換える際の利払い費の支援
	税制上の優遇措置	･再編計画の認定に基づく地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置 ･病床再編等の促進のための特別償却制度
	独立行政法人福祉医療機構による優遇融資	医療介護総合確保法に規定する認定再編計画の実行に伴う資産等の取得に必要な資金に関して、融資条件を優遇
技術的支援	重点支援区域	都道府県からの申請に基づき、複数医療機関の再編を伴う病床の機能分化･連携に取り組む医療機関に対して、地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援に加え、再編を検討する医療機関に関するデータ分析等の技術的支援を実施
	再編等相談窓口	複数医療機関の再編を検討する都道府県を対象として、再編事例、法令、公開情報等の調査やデータ分析等に係る技術的助言を実施 ※再編検討区域や推進区域、モデル推進区域については、再編等相談窓口による支援に移行
	都道府県のデータ分析体制構築の支援	都道府県を対象に、大学病院等の有識者や医療関係団体等で構成されるデータ分析体制の構築等に要する経費を支援
	地域医療構想の推進に資するデータ提供	見える化資料の作成・公表等、地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

○　医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携･再編･集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民･患者に共有。

○　構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

	具体的な内容
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･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
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。 ※　人口20～30万人に１つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
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。 ※　在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	• 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※　有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

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

広域な観点での医療機関機能

医育及び広域診療機能	• 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前･卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ※　大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

医療機関機能報告について

医療機関機能報告制度の概要

○　医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。

○　医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

○　**2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告**し、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。

○　**在宅医療等連携機能については**、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能**や**急性期拠点機能**を担う医療機関が**併せて報告することは想定**される。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については**、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、**両機能を併せて報告しない。**

＜留意点＞

- 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。

病床機能報告について

病床機能報告制度の概要

○　病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

病床機能の報告について

○　病床の機能区分については、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併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの４区分のうち、「回復期機能」について、**「包括期機能」として位置づけを見直し**ている。

○　報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。

○　有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

病床の機能区分と目安となる入院料の例

機能区分	機能の内容	目安となる入院料の例
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、診療密度の特に高い医療を提供する機能	• 救命救急入院料 • 特定集中治療室管理料 • 小児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室管理料　等
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	• 急性期病院A、B一般入院料 • 急性期一般入院料１～６ • 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） • 小児入院医療管理料１～３　等
包括期機能 ※回復期機能を見直し	**・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** ※新たに追加 ・急性期を経過した患者に対し、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頚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の提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	• 地域一般入院料１～３ • 地域包括医療病棟入院料 • 回復期リハビリテーション病棟入院料 • 地域包括ケア病棟入院料　等
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 特殊疾患病棟入院料　等

病床機能報告における報告の目安

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
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、診療密度の特に高い医療を提供する機能	• 救命救急入院料 • 特定集中治療室管理料 • ハイケアユニット入院医療管理料 • 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 • 小児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 • 総合周産期特定集中治療室管理料 • 新生児治療回復室入院医療管理料 • 一類感染症患者入院医療管理料
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	• 急性期病院A、B一般入院料 • 急性期一般入院料１～６ • 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） • 専門病院入院基本料（7:1、10:1） • 小児入院医療管理料１～３
包括期機能	・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 ・急性期を経過した患者に対し、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頚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の提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	• 地域一般入院料１～３ • 専門病院入院基本料（13:1） • 有床診療所入院基本料１、４ • 地域包括医療病棟入院料 • 小児入院医療管理料４、５ • 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 • 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 • 特定一般病棟入院料 • 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 有床診療所入院基本料２、３、５、６ • 有床診療所療養病床入院基本料 • 特殊疾患入院医療管理料 • 特殊疾患病棟入院料 • 緩和ケア病棟入院料

※　診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

令和８年度医療機関機能報告の報告項目等について

医療機関機能報告

医療機能等

現時点で担っている医療機関機能

2040年において担う医療機関機能
※調整会議での決定以降は、決定した医療機関機能を報告

構造設備・人員配置

構造設備等	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等 標榜診療科 築年数・構造† 手術室数 災害拠点病院指定の有無 へき地拠点病院指定の有無 周産期母子医療センター指定の有無 小児救命救急センター・地域小児救命救急センター指定の有無 医療措置協定の内容 初期臨床研修の実施状況 専門研修の実施状況
人員に係る内容等	初期研修医数 診療科別の医師数 在宅医療部門の従事者数（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等） 救急外来の人的体制（医師、看護師、救急救命士等） 地域への派遣医師数、派遣医療機関数（大学病院本院のみ） 休日/夜間・時間外の救急受入体制の有無 休日/夜間・時間外の各種診療体制の有無（検体検査、CT検査、MRI検査、消化管内視鏡検査、血管造影検査、小児科診療、産科診療、全身麻酔を伴う手術）

†病床機能報告における既存の入力項目について、医療機関機能報告として入力必須とする
＊前年の実績等を入力する項目であることを踏まえ、令和９年度以降入力必須とする。

医療機関機能に関する内容

救急医療の提供状況	救急搬送の受け入れ件数（年齢区分別＊、経路区分別＊、転院搬送件数＊） ※年齢区分については、15歳、65歳、75歳、85歳で区分する ※経路区分については、既存の入棟経路区分を一部見直す
手術に関する実績	手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置）　※手術（帝王切開術を除く。）は全身麻酔を伴うものに限る 緊急手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術の時間外加算/休日加算/深夜加算併算定件数）※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む
高齢者等への医療の提供状況	退院患者数（年齢区分別）＊ 休日におけるリハビリテーション実施体制の有無 回復期リハビリテーション病棟退棟患者数（状態区分別、在棟期間区分別）＊ 外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション料等） 在宅復帰等に向けた取組（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、排尿自立支援加算、栄養サポートチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）
高齢者施設等との連携状況	協力医療機関として連携する高齢者施設等の数 高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等連携往診加算）
在宅医療の提供状況	連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先／後方支援に係る連携先） 連携する訪問看護ステーション数　訪問診療の対象としている施設等の数 在宅医療の実績（訪問診療実績（訪問診療料等算定回数）、往診実績（往診料算定回数）、訪問看護実績（在宅患者訪問看護指導料等の算定回数、訪問看護費等（介護保険）の算定回数）、併設訪問看護ステーションの訪問看護実績、訪問リハビリテーション実績（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等の算定回数、訪問リハビリテーション費等（介護保険）の算定回数）、看取り実績＊） 在宅療養患者の受入状況（緊急入院受入件数＊、在宅患者緊急入院診療加算）

期間・時点　□ ７月１日時点　□ １年分（前年の実績等）

病床機能報告

見直し前

■一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
■リハビリテーションの状況（回リハ病棟入院料を算定する病棟、有床診）
■看取りを行った患者数（在支診/病）、往診･訪問診療等患者延べ数（在支診）等
■各報告項目における月別報告

⇒

見直し後（令和９年度以降）

■（削除予定）
■（削除予定）
■（医療機関機能報告に統合した上で、削除予定）
■（削除予定）

令和８年度病床機能報告の報告項目について

医療機能等

医療機能（現在/2040年の方向）
※介護施設に移行する場合は移行先類型

構造設備・人員配置等

病床数・人員配置・機器等

設置主体　　主とする診療科

部門別職員数　（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、救急救命士等）

DPC群の種類
承認の有無(特定機能病院・地域医療支援病院)
診療報酬届出状況　（急性期総合体制加算、包括期充実体制加算、医療提供機能連携確保加算、看護・多職種協働加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院）
第三次救急医療機関、第二次救急医療機関、救急告示病院の有無
施設全体の最大・最小使用病床数
医療機器の保有状況　（CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、マンモグラフィ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)）
退院調整部門の設置状況
退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)
許可病床数　稼働病床数(一般・療養別)

算定する入院基本料・特定入院料

入院患者の状況

入院患者数の状況　　リハビリテーションの状況
入棟前の場所・退棟先の場所別入院患者の状況
退院後に在宅医療を必要とする患者の状況
一般病棟用の重症度、
医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
分娩件数
看取り件数　（在宅療養支援病院/診療所である場合）
救急医療の実施状況
（休日・夜間/時間外患者数、救急車受け入れ件数）

入院患者に提供する医療の内容

幅広い手術の実施	手術総数	全身麻酔の手術件数
	人工心肺を用いた手術	胸腔鏡下手術件数
	腹腔鏡下手術件数	内視鏡手術用支援機器手術数
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	悪性腫瘍手術件数	病理組織標本作製
	術中迅速病理組織標本作製	放射線治療件数
	化学療法件数	がん患者指導管理料
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
	超急性期脳卒中加算	t-PA投与
	経皮的冠動脈形成術	入院精神療法
	精神科リエゾンチーム加算	認知症ケア加算
	精神疾患診療体制加算	精神疾患診断治療初回加算
重症患者への対応	ハイリスク分娩管理加算	ハイリスク妊産婦共同管理料
	地域連携分娩管理加算	救急搬送診療料
	観血的肺動脈圧測定	持続緩徐式血液濾過
	大動脈バルーンパンピング法	経皮的心肺補助法
	補助人工心臓・植込型補助人工心臓	頭蓋内圧持続測定
	人工心肺	血漿交換療法
	吸着式血液浄化法	血球成分除去療法
救急医療の実施	院内トリアージ実施料	夜間休日救急搬送医学管理料
	救急医療管理加算	在宅患者緊急入院診療加算
	救命のための気管内挿管	体表面ペーシング法／食道ペーシング法
	非開胸的心マッサージ	カウンターショック
	心膜穿刺	食道圧迫止血チューブ挿入法算
	早期栄養介入管理加算	
	処置・手術の休日加算、時間外加算、深夜加算	
急性期後・在宅復帰への支援	入退院支援加算・小児加算　入院時支援加算	
	救急在宅等支援病床初期加算・在宅患者支援療養病床初期加算・有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算・有床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算	
	急性期患者支援（療養）病床初期加算・在宅患者支援（療養）病床初期加算	
	地域連携診療計画加算	退院時共同指導料
	介護支援等連携指導料	退院時リハビリテーション指導料
	退院前訪問指導料	二次性骨折予防継続管理料

全身管理	中心静脈注射	呼吸心拍監視
	酸素吸入	観血的動脈圧測定
	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	人工呼吸
	人工腎臓、腹膜灌流	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
疾患に応じた／早期からのリハビリテーション	疾患別リハビリテーション料	
	障害児（者）リハビリテーション料	
	がん患者リハビリテーション料	
	認知症患者リハビリテーション料	
	急性期リハビリテーション加算	
	早期リハビリテーション加算	
	早期離床・リハビリテーション加算	
	初期加算	
	摂食機能療法	
	休日リハビリテーション提供体制加算	
	入院時訪問指導加算	
長期療養患者・重度の障害者等の受入	褥瘡対策加算	
	重度褥瘡処置	
	重症皮膚潰瘍管理加算	
	難病等特別入院診療加算	
	特殊疾患入院施設管理加算	
	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	
	強度行動障害入院医療管理加算	
有床診療所の多様な機能	有床診療所の病床の役割	
	往診・訪問診療患者延べ数	
	看取り患者数	
	分娩件数	
	救急医療実施状況	
医科歯科連携	歯科医師連携加算	
	周術期口腔機能管理後手術加算	
	周術期等口腔機能管理料	

期間・時点　　７月１日時点　　１年分（前年４月～報告年３月分）

データを用いた協議について

- 医療提供体制の協議に当たっては、将来の人口や地域における医療資源を把握した上で、医療需要の変化や医療従事者の減少等の課題について共有することが重要であり、データに基づき客観的・多角的に検討を行う。

基本的な考え方

○　地域医療構想は、**2040年とその先を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指すもの**であり、構想区域や医療機関機能に係る協議を含め、協議の前提とする構想区域の人口規模は、**2040年時点における推計人口を用いることが基本**となる。

○　協議を進めるに当たって用いる各種実績等のデータについては必要に応じて、**構想区域単位や都道府県単位での把握**や、**全国や他地域の実績等との比較**も重要。

留意点

○　医療機関機能の確保等に係る協議においては、医療機関機能報告・病床機能報告等において把握可能な項目だけでなく、がん診療連携拠点病院等や、診療報酬上の各種要件に係る診療実績実績、診療科ごとの診療実績についても把握し、2040年に向け、地域全体としてどの程度の診療実績が見込まれるかを検討することが望ましい。

○　急性期医療の実績の把握のため、**手術件数**や**救急搬送受入件数**を用いる場合には、以下の点に留意が必要。

・**手術件数**
全身麻酔を伴う手術も、高度な技術を要する手術、高齢者救急に関連する手術（大腿骨近位部骨折に対する手術等）、頻度の高い手術、外来でも実施可能な手術等様々であること等を踏まえ、地域ごとに急性期拠点機能を担う医療機関に求められる役割に応じた詳細な把握、検討が望ましい。

・**救急搬送受入件数**
救急搬送された症例の中でも、緊急性や重症度は様々であり、自宅や高齢者施設から医療機関までのアクセスに課題があるために、他の地域よりも相対的に多く救急車が利用される場合、医療機関と高齢者施設との間で救急車を利用して搬送する取り決めを行っている場合等も存在する。救急搬送受入件数にはこうした様々な実態が反映されることから、地域における救急搬送受入状況の把握や、地域の高齢者施設における救急要請の実態の確認等、様々な取組が求められる

地域医療構想の取組の推進に向けたデータ活用支援

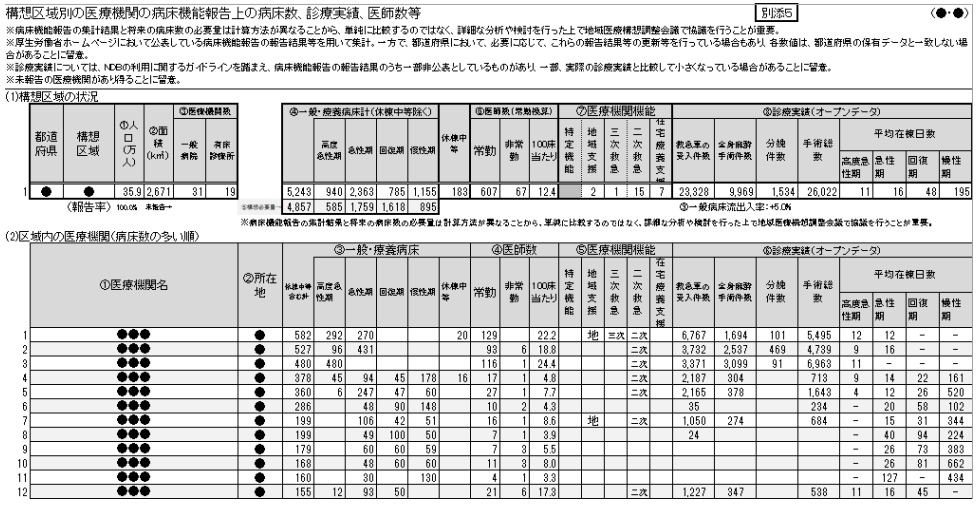
- 都道府県及び医療機関の連携のもと、地域医療構想の取組が地域の実情に応じて推進されるよう、地域別の病床機能等の見える化や病床機能報告等のデータの公開、データ分析支援等を行っている。

地域別の病床機能、将来の需要推計等の見える化、公表

○　都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績、医師数等を見える化しホームページで公表。

○　構想区域別に、患者の流出入率、将来の医療需要推計（在宅（訪問診療）需要推計、外来需要推計）について、ホームページで公表。

【構想区域の医療機関の病床数、診療実績等】


構想区域別の医療機関の病床機能報告上の病床数、診療実績、医師数等　別添5　（●・●）

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。
※厚生労働省ホームページにおいて公表している病床機能報告の報告結果等を用いて集計。一方で、都道府県において、必要に応じて、これらの報告結果等の更新等を行っている場合もあり、各数値は、都道府県の保有データと一致しない場合があることに留意。
※診療実績については、NDBの利用に関するガイドラインを踏まえ、病床機能報告の報告結果のうち一部非公表としているものがあり、一部、実際の診療実績と比較して小さくなっている場合があることに留意。
※未報告の医療機関があり得ることに留意。

(1)構想区域の状況

	都道府県	構想区域	①人口（万人）	②面積（km²）	③医療機関数 一般病院	③医療機関数 有床診療所	④一般・療養病床計（休棟中等除く） 高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	⑤医師数（常勤換算） 常勤	非常勤	100床当たり	⑦医療機関機能 特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	⑧診療実績（オープンデータ） 救急車の受入件数	全身麻酔手術件数	分娩件数	手術総数	平均在棟日数 高度急性期	急性期	回復期	慢性期
1	●	●	35.9	2,671	31	19	5,243	940	2,363	785	1,155	183	607	67	12.4		2	1	15	7	23,328	9,969	1,534	26,022	11	16	48	195
（報告率）			100.0%	未報告＋			4,857	585	1,759	1,618	895																	

※集団応募数

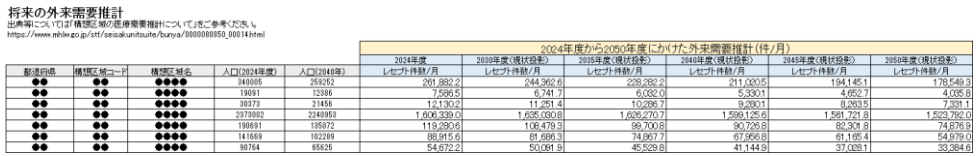
③一般病床流出入率：+5.0%

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

(2)区域内の医療機関（病床数の多い順）

	①医療機関名	②所在地	③一般・療養病床 休棟中等含む計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等	④医師数 常勤	非常勤	100床当たり	⑤医療機関機能 特定機能	地域支援	三次救急	二次救急	在宅療養支援	⑥診療実績（オープンデータ） 救急車の受入件数	全身麻酔手術件数	分娩件数	手術総数	平均在棟日数 高度急性期	急性期	回復期	慢性期
1	●●●	●	582	292	270			20	129		22.2		地	三次	二次		6,767	1,694	101	5,495	12	12	－	－
2	●●●	●	527	96	431				93	6	18.8				二次		3,792	2,537	469	4,739	9	16	－	－
3	●●●	●	480	480					116	1	24.4				二次		3,371	3,099	91	6,963	11	－	－	－
4	●●●	●	378	45	94	45	178	16	17	1	4.8				二次		2,187	304		713	9	14	22	161
5	●●●	●	360	6	247	47	60		27	1	7.7				二次		2,165	378		1,643	4	12	26	520
6	●●●	●	286		48	90	148		10	2	4.3						35			234	－	20	58	102
7	●●●	●	199		106	42	51		16	1	8.6		地		二次		1,050	274		684	－	15	31	344
8	●●●	●	199		49	100	50		7	1	3.9						24				－	40	94	224
9	●●●	●	179		60	60	59		7	3	5.5										－	26	73	383
10	●●●	●	168		48	60	60		11	3	8.0										－	26	81	662
11	●●●	●	160		30		130		4	1	3.3										－	127	－	434
12	●●●	●	155	12	93	50			21	6	17.3				二次		1,227	347		538	11	16	45	－

【将来の医療需要推計】

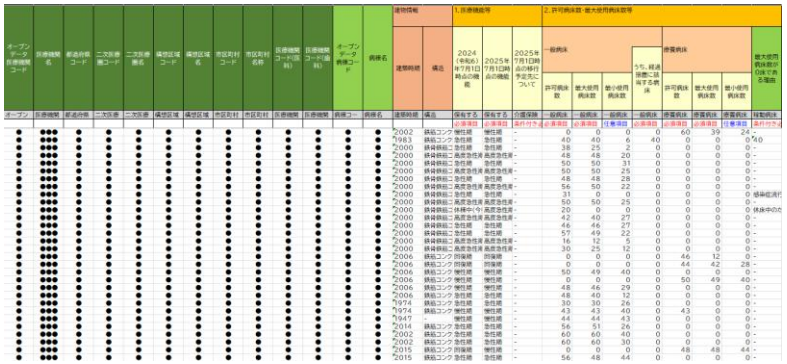

将来の外来需要推計
出典等については構想区域の医療需要推計について」をご参考ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

都道府県	構想区域コード	構想区域名	人口(2024年度)	人口(2040年)	2024年度から2050年度にかけた外来需要推計（件/月） 2024年度 レセプト件数/月	2030年度(現状投影) レセプト件数/月	2035年度(現状投影) レセプト件数/月	2040年度(現状投影) レセプト件数/月	2045年度(現状投影) レセプト件数/月	2050年度(現状投影) レセプト件数/月
●●	●●	●●●●	340005	259252	261,882.2	244,362.6	228,282.2	211,020.5	194,145.1	178,549.3
●●	●●	●●●●	19091	12386	7,586.5	6,741.7	6,032.0	5,330.1	4,652.7	4,055.8
●●	●●	●●●●	30370	21456	12,130.2	11,251.4	10,296.7	9,280.1	8,263.5	7,331.1
●●	●●	●●●●	2373802	2249953	1,606,339.0	1,635,030.8	1,626,270.7	1,596,125.6	1,561,721.8	1,523,792.0
●●	●●	●●●●	190691	135072	119,280.6	108,479.3	99,700.8	90,726.8	82,301.8	74,876.9
●●	●●	●●●●	141669	102289	88,915.6	81,686.3	74,867.7	67,956.8	61,165.4	54,979.0
●●	●●	●●●●	90764	65626	54,672.2	50,091.9	45,529.8	41,144.9	37,028.1	33,384.6

病床機能報告等のオープンデータの公表

○　病床機能報告及び外来機能報告により報告された各医療機関のデータについて、オープンデータとして整理し、公表。

○　病床機能報告及び外来機能報告のデータは、主として、各地域における医療提供体制に関する議論の基礎資料として活用。



データ分析支援

○　都道府県において地域の現場感覚とマッチしたデータ分析が可能となるよう、データ分析体制の構築を支援。

○　分析事例を集積し、分析体制のベストプラクティスを検討・実践し、都道府県が自立的に分析・企画・立案できる体制を整備。

重点支援区域等に対する技術的支援

○　地域医療構想における医療機関単位での連携・再編・集約化等や重点支援区域等における再編統合の協議を支援する観点から、再編事例、法令、公開情報等の調査、データ分析等の技術的支援を実施。

協議にあたって基本となるデータ①

項目	確認するデータ	観点の例	データの出典
人口	・現在の人口 ・将来推計（特に2040年人口）	・将来の人口規模が小さくなる区域については、当該区域のみで医療提供体制を維持することが困難となっていないか／将来そうした状況にならないか。 ・人口規模を踏まえ、地域において急性期拠点機能を何か所程度確保することが適当か。 ・高齢者救急はどの程度増加することが見込まれるか。	・国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」
患者の流出入	・入院患者の流出入状況	・実際の医療提供体制と構想区域の設定の考え方が概ね一致しているか。	・患者調査
医療機関の配置	・医療機関数、病床数、病床機能及び医療機関機能の状況	・区域内で必要な医療機能が確保できているか、将来確保できなくなる状況とならないか。 ・特定の医療機関に機能が集中していないか。	・医療施設調査 ・医療機関機能報告・病床機能報告
医療従事者	・医師を含めた医療従事者数（入院、外来、在宅別） ・診療科別医師数	・地域で医療提供体制を維持できる人材が確保されているか。	・医師・歯科医師・薬剤師統計 ・医療施設調査 ・医療機関機能報告・病床機能報告 ・衛生行政報告例
医療へのアクセス	・医療機関までの移動時間、交通状況	・患者の医療機関へのアクセスがどの程度確保されているか。	・GIS（地理情報システム）データ ・地域公共交通計画
必要病床数	・機能区分ごとの必要病床数	・区域において、高度急性期・急性期・包括期・慢性期の各病床機能がどの程度必要と見込まれるか。 ・現在の区域における病床機能との間にどの程度の乖離があるか。	（都道府県が算出）

協議にあたって基本となるデータ②

項目	確認するデータ	観点の例	データの出典
医療機関機能	・各医療機関が報告した医療機関機能、診療実績	・各医療機関が2040年において担うことを予定している医療機関機能について、将来見込まれる医療需要との整合が確保できているか。 ・各医療機関が2040年において担うことを予定している医療機関機能について、現在の当該医療機関が担っている医療機関機能や診療実績、有している施設等を踏まえ、客観的に住民等も含めて地域の理解が得られる内容であるか。	・医療機関機能報告・病床機能報告
手術件数	・手術件数、全身麻酔手術件数、緊急手術件数等	・地域単位での手術件数がどの程度か、他地域や全国と比べてどの程度差があるか。 ・急性期拠点機能を担う医療機関の検討に向け、手術件数がどの医療機関に集積しているか、手術件数が分散しすぎていないか。	・NDBオープンデータ ・DPCの評価・検証等に 係る調査「退院患者調査」の結果報告について ・医療機関機能報告・病床機能報告
救急搬送件数	・救急搬送件数、高齢者救急の受入件数等	・地域単位での救急搬送件数がどの程度か、他地域や全国と比べてどの程度差があるか。 ・急性期拠点機能を担う医療機関の検討にあたり、救急搬送の受入がどの医療機関に集積されているか。 ・高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と急性期拠点機能を担う医療機関との間で、救急車による救急搬送の受入に関する役割分担についてどのように対応すべきか。	・医療機関機能報告・病床機能報告
病床稼働率	・医療機関別又は機能区分別の病床稼働率	・現在の病床の利用状況は適切か。特定の機能の病床が過剰又は不足していないか。 ・急性期病床の運用効率や包括期・慢性期病床の活用状況がどのようになっているか、適切であるか。	・医療機関機能報告・病床機能報告
医療機関の建築物の状況	・築年数	・急性期拠点機能をはじめとした地域における医療機関機能の議論にあたり、建物の老朽化を考慮しているか。	・医療機関機能報告・病床機能報告

協議にあたって基本となるデータ③

項目	確認するデータ	観点の例	データの出典
外来医療の需要	・外来受療率、外来患者数、初診・再診の状況 ・オンライン診療の活用状況 ・医療提供状況の地域差（SCR）	・地域において将来の外来需要がどの程度見込まれるか。 ・他の区域と比較したときに外来医療の需要が多いのか少ないのか。	・患者調査 ・NDBオープンデータ ・外来機能報告 ・国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」
外来医療を担う医療機関	・病院数、診療所数	・将来見込まれる外来医療の需要を踏まえ、地域における外来医療を引き続き診療所中心で担うことが可能か。診療所が少ない地域では病院による外来医療への対応が必要か。	・医療施設調査
休日・夜間の診療体制	・輪番制、休日夜間急患センター等の状況	・休日・夜間も含めた外来医療提供体制が確保されているか。診療所のみで維持できるか、病院による一次救急の充実が必要か。	・医療機関機能報告・病床機能報告 ・救急医療提供体制の現況調べ
オンライン診療	・オンライン診療の実施状況	・通院困難地域等において、対面診療と組み合わせた効率的な外来医療提供体制が構築できているか、将来構築が可能か。 ※オンライン診療の実態は多様であり、データの解釈には留意が必要	・NDBオープンデータ ・医療施設調査 ・外来機能報告
歯科医療機関	・歯科診療所数	・歯科医療を必要とする患者に必要な歯科医療が提供できる体制が確保されているか。	・医療施設調査
薬局	・薬局数	・外来患者に対する継続的な服薬指導が提供できる体制が確保されているか。 ・医科・歯科との情報共有体制が確保されているか。	・衛生行政報告例 ・在宅医療にかかる地域別データ集

協議にあたって基本となるデータ④

項目	確認するデータ	観点の例	データの出典
在宅医療の需要	・在宅医療の需要の将来見込み、訪問診療件数等	・地域において、将来の在宅医療の需要をどの程度受け止める必要があるか。	・NDBオープンデータ ・将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）
在宅医療を担う医療機関	・在宅医療を提供する医療機関数	・地域において在宅医療の担い手が十分に確保されているか。 ・将来見込まれる在宅医療の需要を踏まえ、地域における在宅医療を担ってきた診療所や在宅療養支援病院等で引き続き担うことが可能か。他の病院等も在宅医療を担う必要があるか。	・医療機関機能報告・病床機能報告 ・在宅医療にかかる地域別データ集
在宅医療の後方支援体制	・夜間・休日対応の状況、急変時の入院体制、バックベッドの確保状況	・在宅療養患者の急変時に、地域で24時間切れ目なく対応できる体制が確保されているか。	・医療機関機能報告・病床機能報告
訪問看護	・訪問看護ステーション数、看護職員数、24時間対応体制の有無 ・介護SCR	・在宅医療を支える訪問看護体制が確保できているか。	・介護サービス施設・事業所調査 ・在宅医療にかかる地域別データ集
訪問歯科診療	・在宅歯科医療を担う歯科医療機関数、訪問歯科診療の実施状況	・在宅療養患者に対する口腔管理体制が確保されているか。	・歯科保健医療に関するオープンデータ ・在宅医療にかかる地域別データ集
訪問薬剤管理指導	・訪問薬剤管理指導を行う薬局数、地域連携薬局数、訪問薬剤管理指導の実施状況	・在宅療養患者に対する服薬指導の体制が確保されているか。	・在宅医療にかかる地域別データ集
介護保険サービスの見込み量	・介護保険サービスの将来の見込み ・介護SCR	・慢性期の医療需要を把握する観点から、将来の介護保険サービスがどの程度見込まれるか。	・地域包括ケア「見える化」システム
介護老人保健施設・介護医療院・介護老人福祉施設	・入居者数・定員数 ・協力医療機関の有無 ・介護SCR	・慢性期の医療需要に対し、介護側の資源がどの程度あるか。	・介護サービス施設・事業所調査 ・在宅医療にかかる地域別データ集

医療機関機能の協議のためのデータ（病床機能報告で把握可能な項目）

- 医療機関機能報告は令和８年10月以降の開始となるが、現時点においても、既に見える化資料として公開している全身麻酔手術件数や救急搬送受入件数等のほか、病床機能報告において把握可能な項目があり、協議において活用することが可能。

項目	具体的内容
建物の状況	建物の建築時期・構造（病棟単位）　※任意項目であることに留意
医療従事者数	医師以外の医療従事者等を含む職員数（施設全体/病棟部門/手術室/外来部門/その他の部門/退院調整部門）
医療機器の台数	CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、マンモグラフィ、強度変調放射線治療器（IMRT）、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)
入院基本料・特定入院料及び届出病床数	届出を行っている入院料・特定入院料とその届出病床数（病棟単位）
救急医療の実施状況	休日・夜間/時間外患者数 院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、救急医療管理加算、救命のための気管内挿管、カウンターショック、処置・手術の休日加算・時間外加算・深夜加算等
幅広い手術の実施状況	手術総数、人工心肺を用いた手術、胸腔鏡下手術、腹腔鏡下手術、内視鏡手術用支援機器手術
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	悪性腫瘍手術、放射線治療、化学療法、t-PA投与（脳梗塞に対するもの）、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術等
重症患者への対応状況	ハイリスク分娩管理加算、持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓、人工心肺、血漿交換療法等

実績等に係る要件が設定されている主な事例

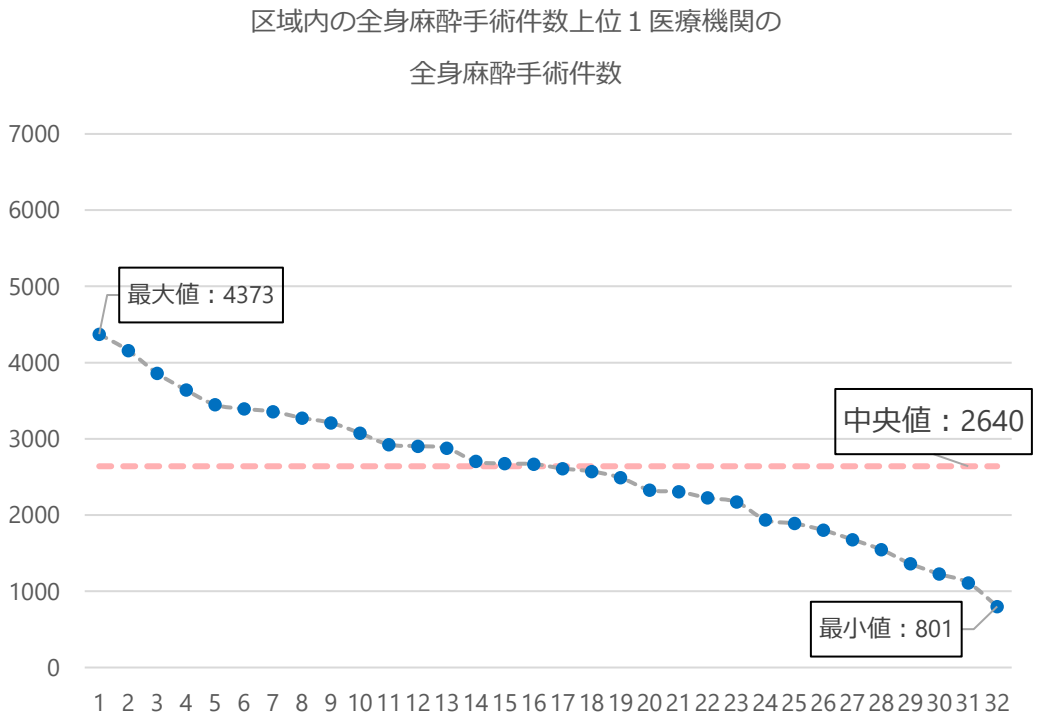
- 協議に当たっては、５疾病６事業等における医療機関類型や診療報酬上の評価に用いられている要件等を確認、把握していくことも考えられる。

<table>
<tr><th>項目</th><th>規定</th><th colspan="6">要件</th></tr>
<tr><td>地域がん診療連携拠点病院</td><td>がん診療連携拠点病院等の整備について
（令和４年８月１日付け健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）</td><td colspan="6">・①または②を概ね満たすこと。なお、同一がん医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。
①　以下の項目をそれぞれ満たすこと。
ア　院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分）年間500件以上
イ　悪性腫瘍の手術件数 年間400件以上
ウ　がんに係る薬物療法のべ患者数 年間1,000人以上
エ　放射線治療のべ患者数 年間200人以上
オ　緩和ケアチームの新規介入患者数 年間50人以上
②　当該がん医療圏に居住するがん患者のうち、２割程度について診療実績があること。</td></tr>
<tr><td>災害拠点病院</td><td>災害拠点病院指定要件の一部改正について
（令和５年２月28日付け医政発0228第１号厚生労働省医政局長通知）</td><td colspan="6">（抜粋）
・災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）を保有し、その派遣体制があること。
・診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。
・多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備等を有すること。
・原則として、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。
・ＤＭＡＴや医療チームの派遣に必要な緊急車輌を原則として有すること。</td></tr>
<tr><td rowspan="4">急性期総合体制加算</td><td rowspan="4">基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（令和８年３月５日保医発0305第７号）</td><td></td><td>加算１</td><td>加算２</td><td>加算３</td><td>加算４</td><td>加算５</td></tr>
<tr><td>全身麻酔手術</td><td colspan="3">2000件以上</td><td>1200件以上</td><td>800件以上
（地域最多救急病院除く）</td></tr>
<tr><td>要件</td><td>下記アからキのうち６つ以上及びク、ケ</td><td>下記アからキのうち４つ以上及びク又はケ</td><td>下記アからキのうち５つ以上</td><td>下記アからキのうち３つ以上及びク又はケ</td><td>下記アからク及びコのうち２つ以上</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">ア　悪性腫瘍手術400件以上　イ　腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上
ウ　心臓カテーテル法手術200件以上
エ　心臓胸部大血管手術60件以上（加算１及び３では100件）　オ 消化管内視鏡手術600件以上
カ　脳神経外科手術50件以上※　キ　放射線治療（対外照射法）200例以上
ク　分娩件数100件以上　ケ　６歳未満の手術40件以上
コ　医療提供機能連携加算の届出（地域最多救急病院が加算５を算定する場合に限る）
※地域最多救急病院が加算５を算定する場合、急性期脳卒中加算等10件以上を満たすことで差支えない</td></tr>
</table>

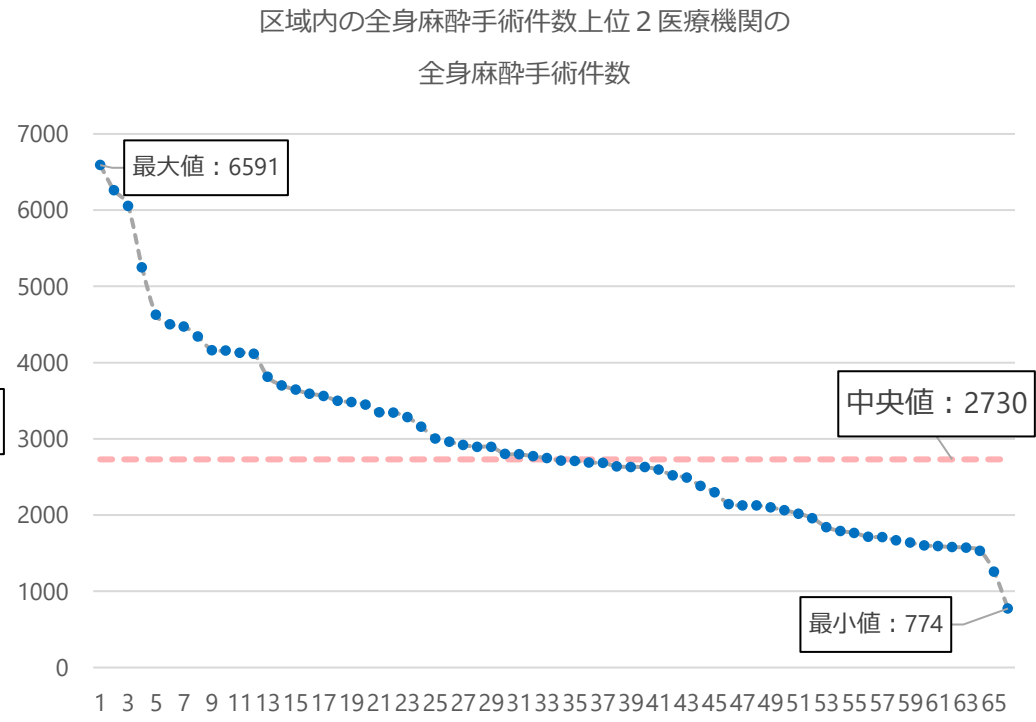
医療機関機能の協議のためのデータ（全身麻酔手術件数）

- 構想区域内で相対的に全身麻酔手術件数が多い医療機関の実績について、全国的に見た場合にはばらつきが見られることから、区域内での相対的な比較だけでなく、全国的な水準との比較も併せて行っていくことが必要。
- また、全身麻酔手術にも、高度な技術を要する手術から、外来でも実施可能な手術まで様々なものが含まれることに留意し、より詳細に把握していくことが望ましい。

【2040年の人口規模が20~30万人の構想区域（N＝32）】



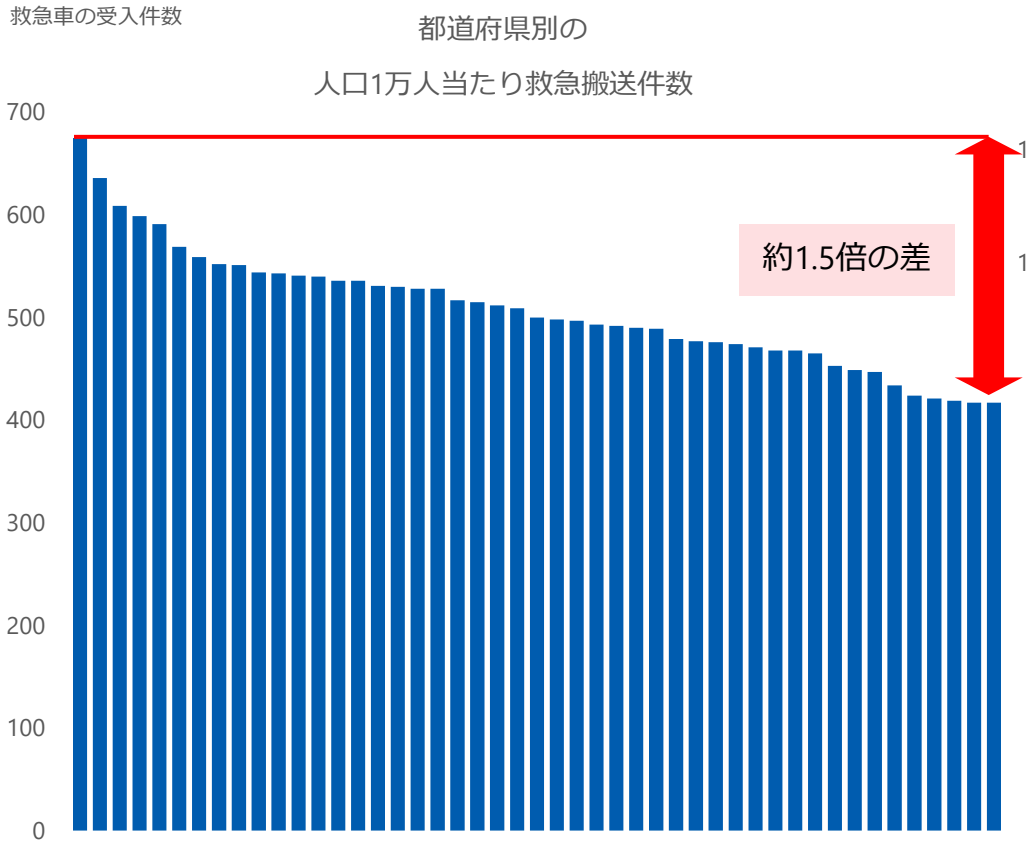
【 2040年の人口規模が40~60万人の構想区域（N＝33）】

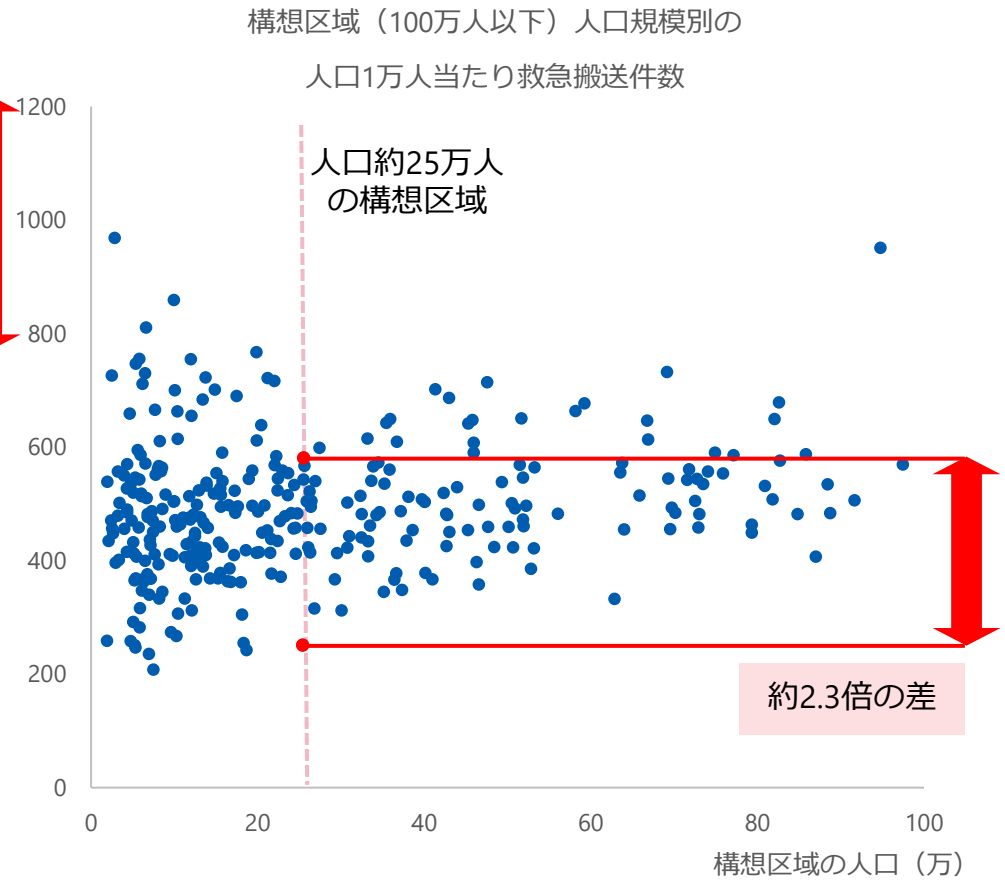


出典：令和７年度病床機能報告、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

医療機関機能の協議のためのデータ（救急搬送受入件数）

- 都道府県ごとの人口当たり救急搬送受入件数は最大1.5倍程度の差があり、同程度の人口規模の区域であっても、人口当たりの件数にはばらつきが見られる。
- まず、全国的な比較により相対的な救急搬送受入件数の多寡を把握し、相対的に多い場合には要因分析を行った上で、救急車の適時・適切な利用の推進等の取組も行いながら、医療機関間の役割分担についても検討していく。



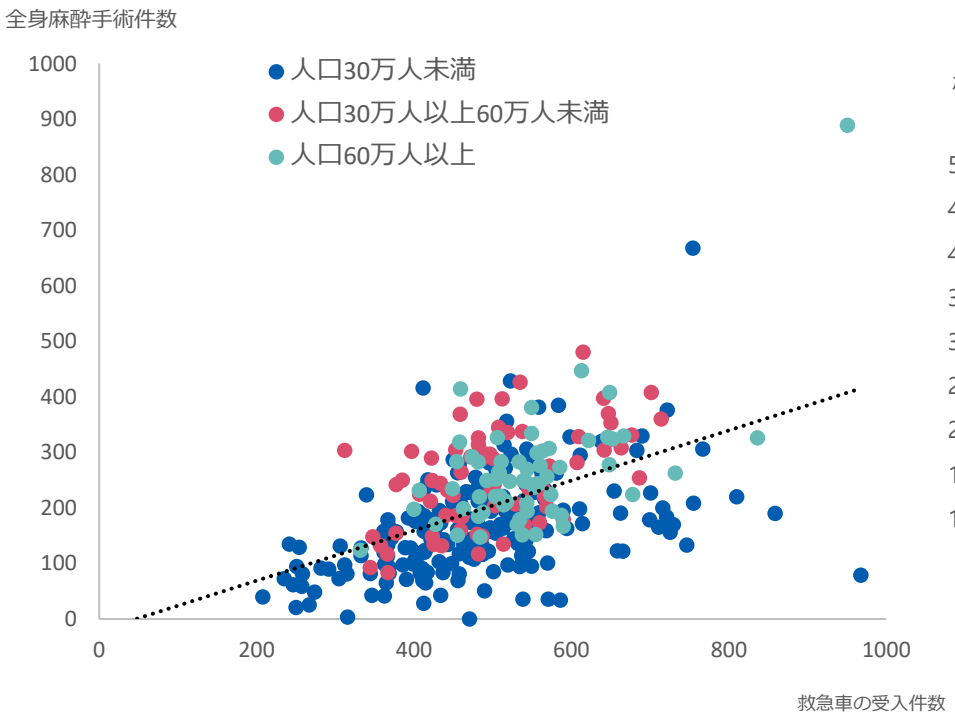


出典：令和７年度病床機能報告、令和２年度国勢調査

医療機関機能の協議のためのデータ（救急搬送受入件数×全身麻酔手術件数（区域別））

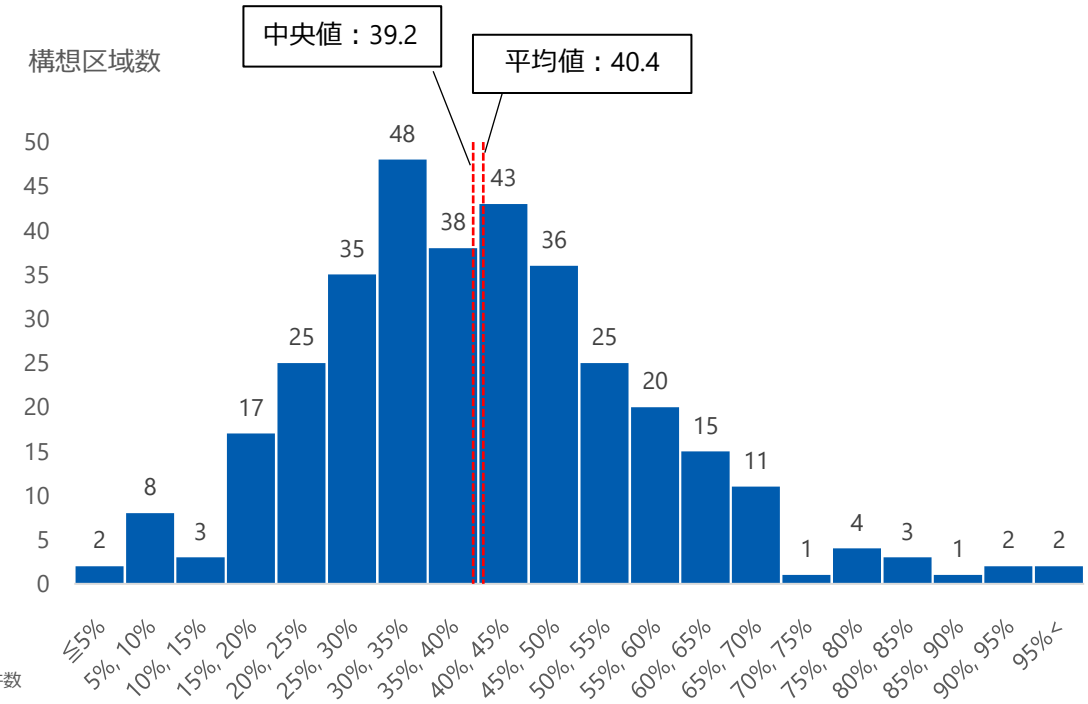
- 構想区域における救急搬送受入件数と全身麻酔手術件数には一定の相関が見られるものの、人口当たりの救急搬送受入件数に対して、人口当たりの全身麻酔手術件数が少ない区域も見られる。
- 全身麻酔手術件数／救急搬送受入件数の比率が小さい場合、全身麻酔手術症例が他区域に流出している場合や、救急搬送症例のうち高齢者救急の占める割合が高い場合、同じ疾患・状態であって相対的により多く救急車が利用されている場合等、様々な可能性が考えられ、要因分析を行った上で、課題に応じた取組を検討する。

人口1万人当たり救急搬送受入件数×全身麻酔手術件数



全身麻酔手術件数-救急搬送受入件数の比率

（全身麻酔手術件数÷救急搬送受入件数）



出典：令和７年度病床機能報告、令和２年度国勢調査

- 地域医療構想の概要
- 地域医療構想の基本事項
- **地域医療構想の具体的な協議・取組**

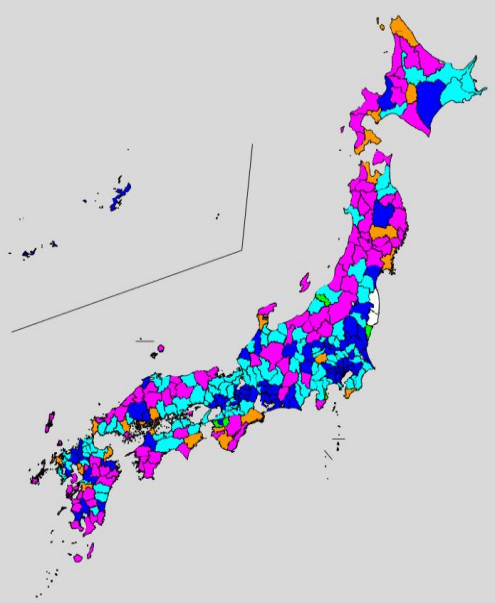
2040年頃に向けた医療の課題

Ⅰ．将来の人口構造の変化と求められる医療需要

○ 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

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

≪入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）≫



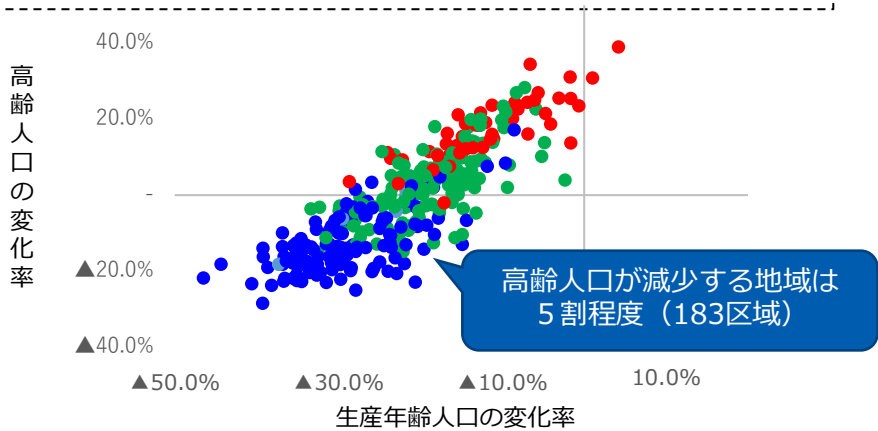
：2020年以前に最大
：2025年に最大
：2030年に最大
：2035年に最大
：2040年以降に最大

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

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

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

大都市型　：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km2以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km2以上
過疎地域型：上記以外



Ⅱ．生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

○ 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。

○ 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。

○ 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

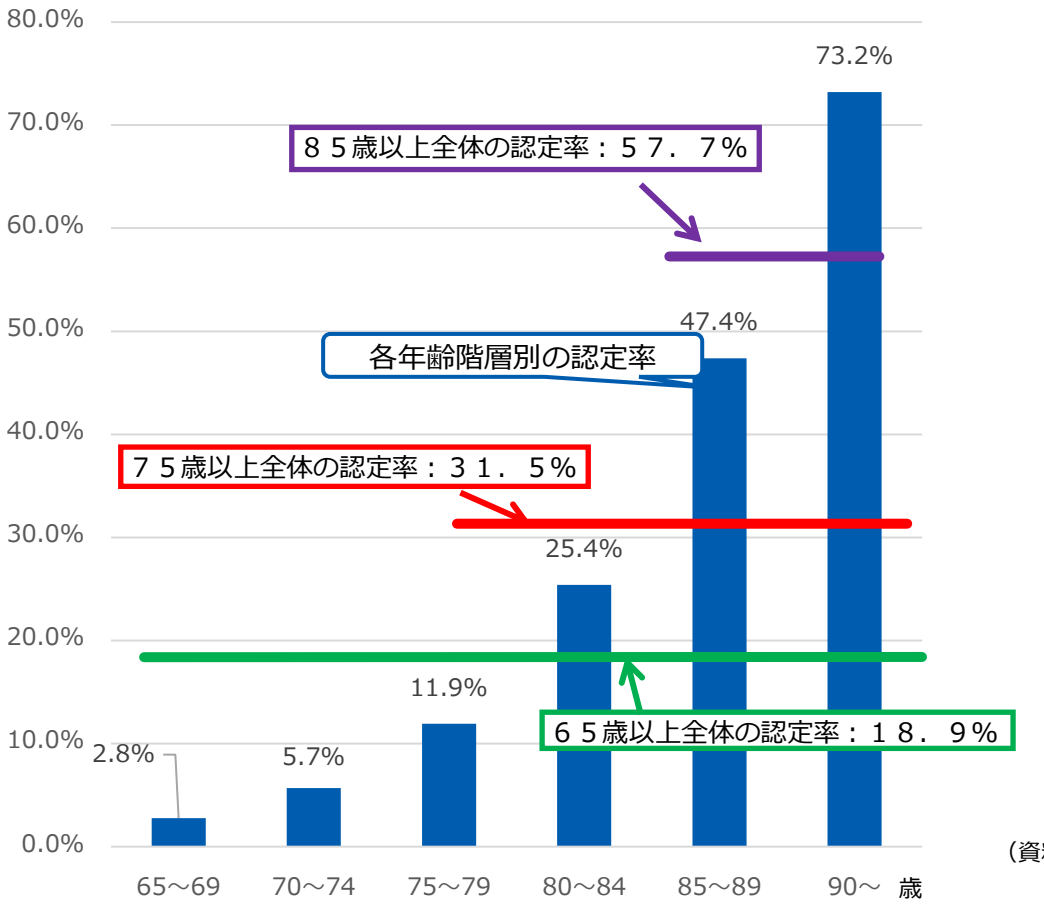
○ これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを目指す。

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

2040年の医療需要について①

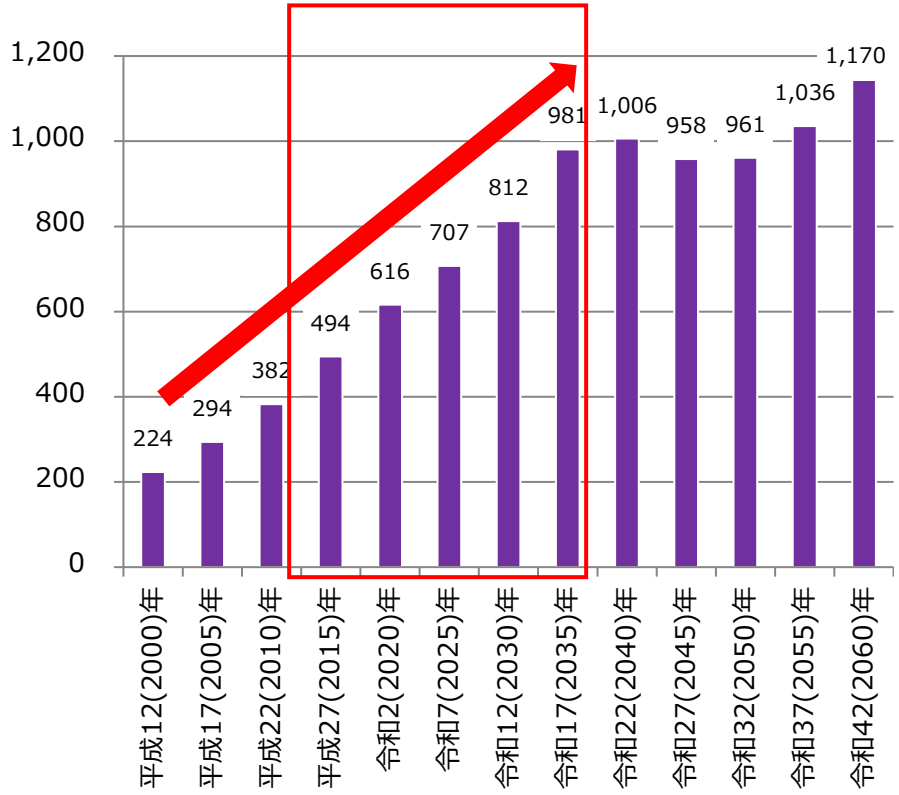
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



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

85歳以上の人口の推移



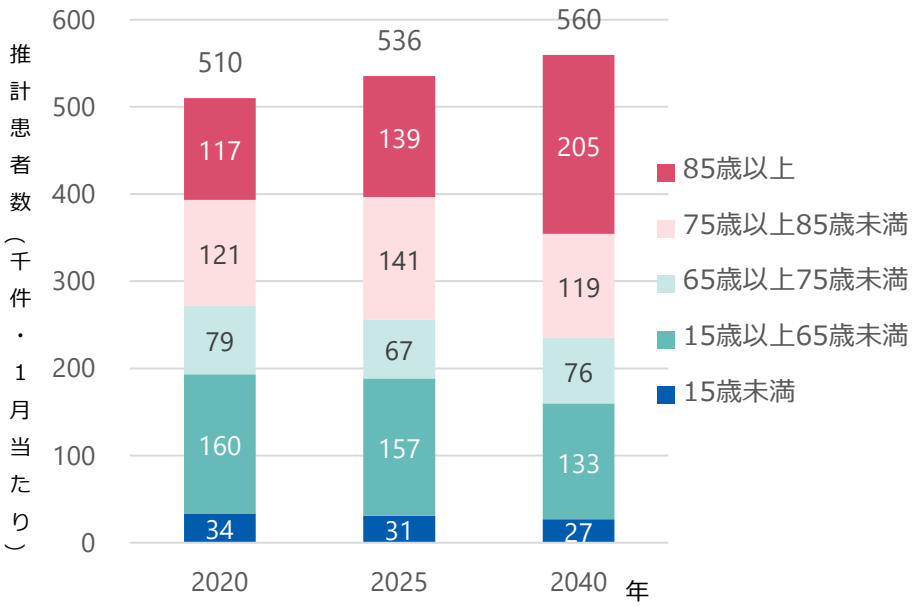
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５(2023)年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

2040年の医療需要について②

- 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中、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

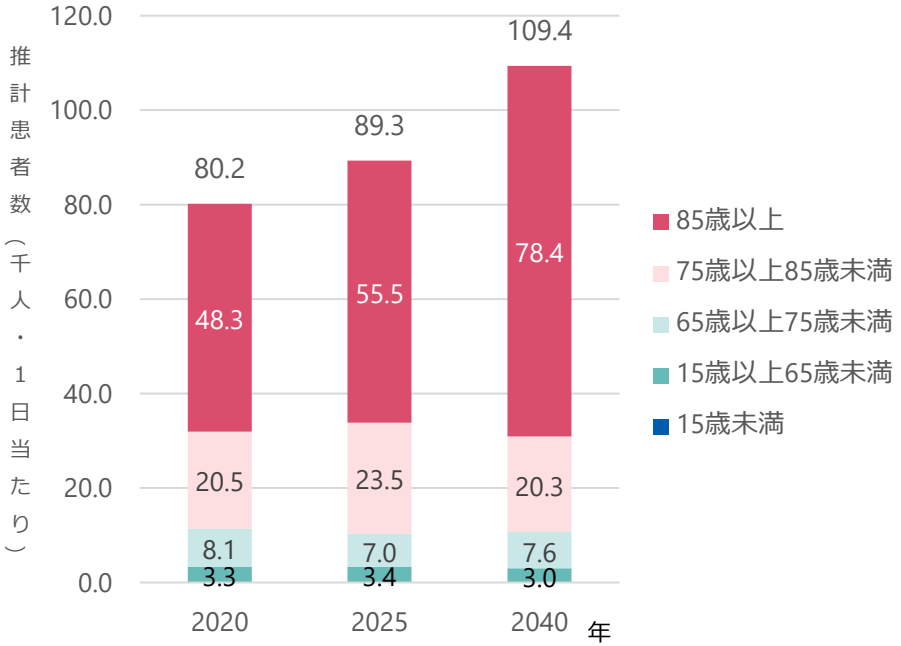


2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

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。

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。

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

医療機関の連携・再編・集約化について

- 医療需要の減少や質的変化、医療従事者の減少や地域偏在に対応し、**持続的に医療の質や医療従事者の働き方の確保**をしていくよう、**地域ごとに効率的な医療提供体制の構築が必要**。急性期拠点機能や急性期病床の集約化をはじめとして、地域の実情に応じて救急車の受入、手術、休日・夜間の対応等について、連携・再編・集約化の取組を進めていく。

連携・再編・集約化の必要性

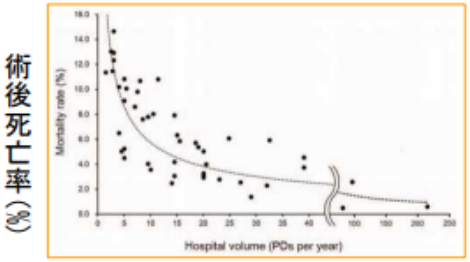
- 医療の質や医療従事者の持続可能な働き方の確保の観点も踏まえ、手術等の医療資源を多く要する医療は、急性期拠点機能を担う医療機関に集約していき、高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応するといった**連携・再編・集約化に係る基本的な方針を、都道府県全体で共有す**ることが重要。
- 医療需要の変化や医療の担い手の減少に対応した効率的な医療提供体制の構築が必要。大都市部等において、医療提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方や、結果として医師の偏在を助長する懸念などがあり、人口の少ない地域に限らず、それぞれの地域ごとに状況に応じた、連携・再編・集約化の取組が重要。
- 手術については、医療の質や医療安全の確保のため、**がんの手術、高度な手術等**は症例数や人材の集約が必要であり、地域の医療資源に応じて、構想区域内や、構想区域よりも広域な単位での集約を検討する。また、**胆嚢炎の手術等、頻度が高い全身麻酔を要する手術**については、構想区域内での提供が求められるが、医療資源が潤沢でない地域で、小規模に同じ診療科の手術を実施する複数の医療機関がある場合等は、体制の検討が必要。
- 救急については、上り搬送や下り搬送を活用しながら、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等により救急対応を確保することが必要。**上り搬送や下り搬送等の連携の取組**や、**地域医療構想の方向性を踏まえた「実施基準」の検討**が必要。
- 連携・再編・集約化を進めるに当たっては、同時に、地域住民が必要なときに**必要な医療へ適切にアクセスできる体制**の維持・確保が重要。

＜医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容＞

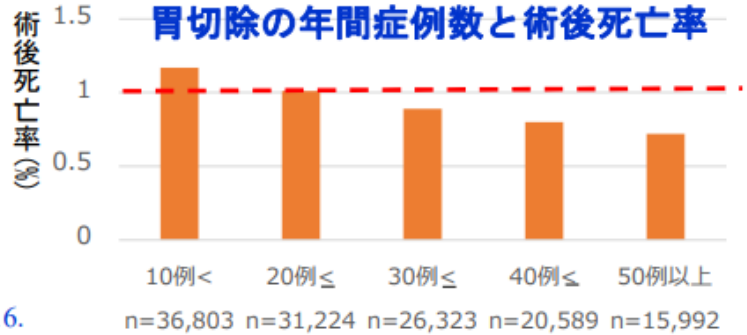
令和6年10月30日第７回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料２）

日本消化器外科学会提出資料

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
-集約化によって見込まれる短期成績の向上-



Hata T, et al. Ann Surg 2016.

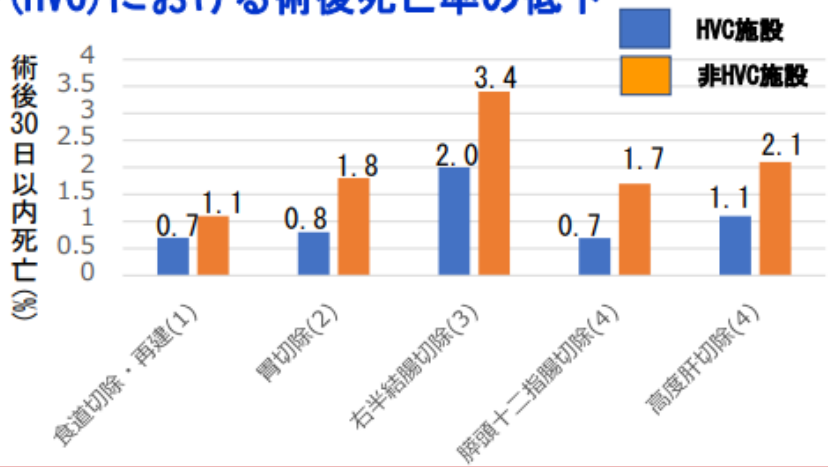


超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
（藤原俊義ら、2020）

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準 成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上



(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.

消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

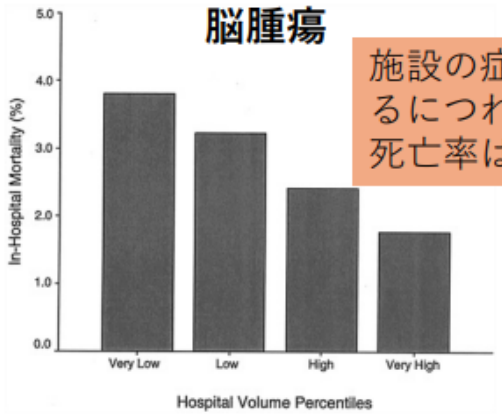
＜医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容＞

令和6年10月30日第７回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料３）

日本脳神経外科学会提出資料

脳腫瘍

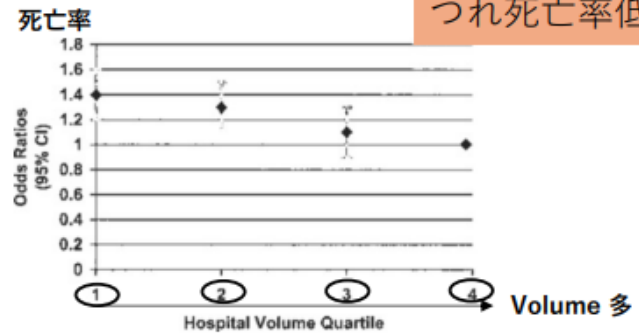
施設の症例数が増えるにつれて入院中の死亡率は低下する



Cowan JA Jr,et al. Thimpact of provider volume on mortality after intracranial tumor resection. Neurosurgery. 2003 52(1):48-53

くも膜下出血

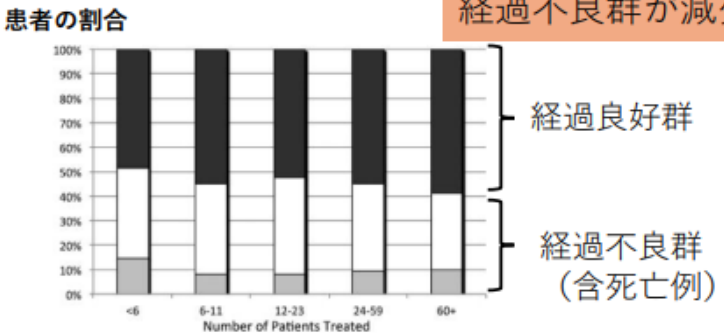
症例数が増えるにつれ死亡率低下



Cross DT 3rd,et al. Mortality rates after subarachnoid hemorrhage: variations according tohospital case volume in 18 states. J Neurosurg. 2003 99(5):810-7

頭部外傷

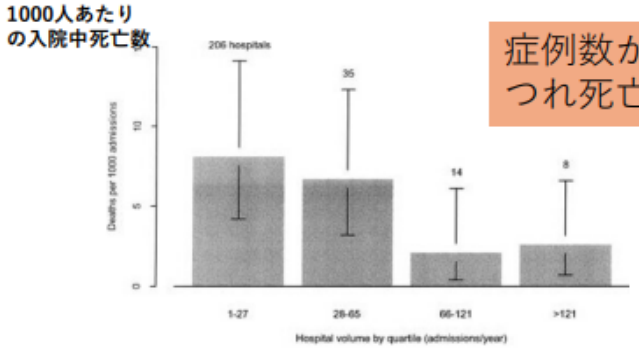
症例数が増えると経過不良群が減少



Clement RC, et al. Volume-outcome relationship in neurotrauma care. J Neurosurg. 2013 118(3):687-93

小児神経外科手術（シャント手術）

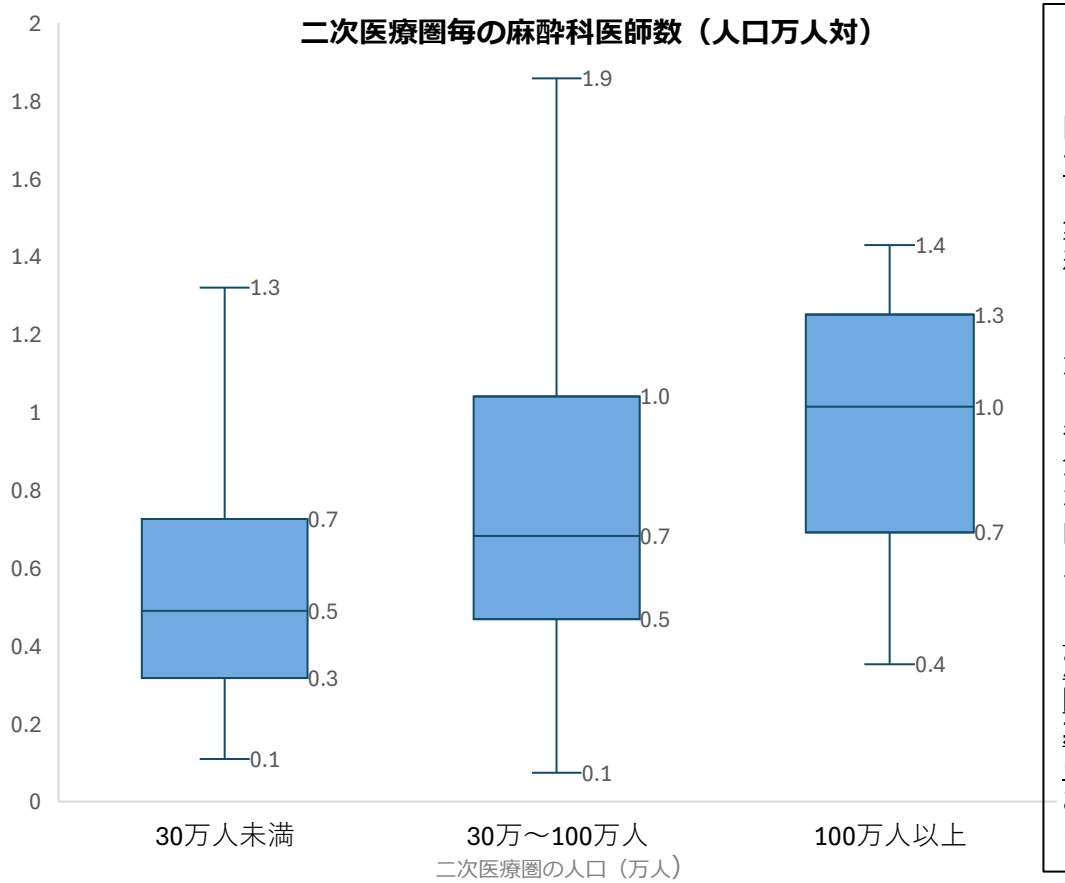
症例数が増えるにつれ死亡率低下



Smith ER,et al. In-hospital mortality rates after ventriculoperitoneal shunt procedures in the United States, 1998 to 2000: relation to hospital and surgeon volume of care. J Neurosurg. 2004 100:90-7

麻酔科医の確保について

- 全身麻酔手術等の実施に必要な麻酔科医については、人口あたり医師数で比較しても、人口が多い地域に、より多く集まる傾向にある。また、日本麻酔科学会からは、小規模な外科診療の縮小や急性期病院の集約化を進めることについて指摘されている。
- 麻酔科医をはじめとした手術等に携わる医療従事者の確保については、構想区域内の提供体制の整備という観点だけでなく、同一都道府県内の他区域における従事者の充足状況・偏在といった広域的な観点も重要であり、医療機関の連携・再編・集約化のあり方を検討していく必要がある。



資料出所：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和４年）

公益社団法人日本麻酔科学会要望書（抜粋）

この度，急激な少子高齢化ならびに人口減に伴ういわゆる2040年問題に関して，我々麻酔科医が主に勤務する急性期病院のさらなる集約化の推進について要望させていただきます。

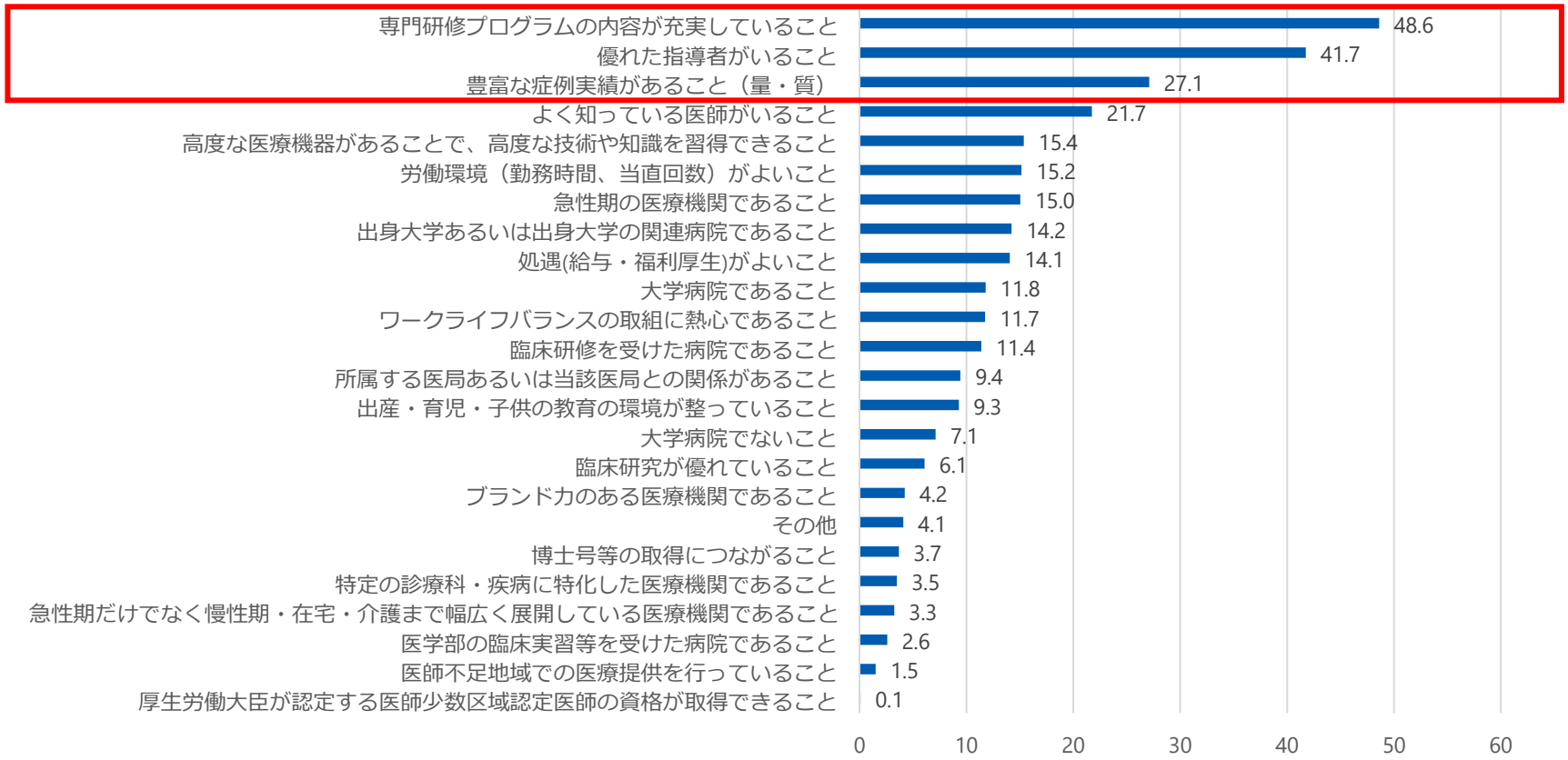
（略）　一方，麻酔科医の増加に伴い，その周辺領域，例えば救急医療，集中治療，ペインクリニック，緩和医療，無痛分娩対応，そして病院管理業務など，本来の周術期麻酔科診療以外での活躍の場が広がってきています。また，麻酔科は他診療科と比べ多様なライフスタイルへの対応を迫られることが多く，一部の麻酔科医に当直や夜間/休日緊急手術対応など負荷がかかっております。

2024年度から，医療現場でも働き方改革が法的に導入され，多職種医療者へのタスク・シフト/シェアが推進されています。国民の周術期医療の安全性を担保しながら，麻酔科医の労働環境を改善することも重要な課題となっています。一方、本邦の超少子高齢化は深刻で、コロナ禍によりこの傾向が助長されることが危惧されます 。総務省の報告では，2040年に日本の人口はピーク時より2000万人以上が減少し，高齢化率は35%以上，そして日本の50%の居住地域で人口が40%以上減少することが示されています。**ヒューマンリソースが相対的に減少する中、増加する医療ニーズに対応するためには本邦の特徴でもある小規模の外科診療を縮小し，いわゆる急性期病院の集約化・再編を進めることが喫緊の課題であると感じております。急性期病院の集約化は麻酔科医師のマンパワーを効率的に最大限に活用するためにも極めて重要**であると考えます。一方で集約化に伴い，起こりうる地域における医療アクセスも課題であり集約化と均てん化はバランスを持って進めることも重要と考えます。

専攻医等の確保について

- 専門研修プログラムの内容の充実、優れた指導者の存在、豊富な症例実績などが、専門研修を選ぶ際の重要な要素と回答されている。地域での医師の育成の観点においては、指導医レベルの医師の十分な配置や、各診療科の症例数の確保も重要と考えられる。

専門研修プログラムを選ぶ際に、重要な要素（複数回答、n=15,857）



出典：令和５年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業
「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者　渡辺毅）の報告書を基に医政局医事課において作成

構想区域と医療機関機能の一体的な検討

- 構想区域及び医療機関機能に係る協議はいずれも、2040年とその先を見据えた持続可能な入院医療提供体制を地域ごとに確保していくために行うもの。
- いずれも、形式的な決定自体を目的とするのではなく、構想区域については、2040年に向けた医療提供体制を協議・構築していくための地域単位を、医療機関機能については、基本的な役割分担の方向性を見据えた上で、入院医療提供体制の確保に向けた取組を実効的に行うことができるよう、一体的に協議を行う。

目的　**2040年とその先を見据えた持続可能な入院医療提供体制の確保**

取組　**医療機関間の役割分担、連携・再編・集約化の取組**

実効的な取組が可能となるよう一体的に検討

協議事項

医療機関機能の決定

基本的な役割分担の方向性の決定

- 急性期拠点機能について、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度を目安に確保すべき数を設定した上で、2040年に担う医療機関機能を決定。

（※）人口規模が限られるものの、広域化等の見直しを行わないこととした構想区域については、連携・再編・集約化による急性期拠点機能の確保に取り組むことは考えられるが、区域内で一定の医療の完結を見込むことは困難な場合が多いと考えられ、区域内での急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを重点的に検討する。

構想区域の設定

医療提供体制の協議・構築のための地域単位の設定

- 急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等の需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として、2040年の人口推計に基づき人口20万人以上を目安に区域の広域化等を検討。

構想区域と二次医療圏について

- 構想区域は、二次医療圏と原則一致するものとして設定してきており、2040年に向けた医療提供体制の構築の単位として、構想区域の見直しを検討するとともに、第９次医療計画に向け、二次医療圏も構想区域と原則として一致させていく必要がある。また、５疾病６事業等の圏域設定についても、各分野の特性を踏まえた検討が必要となる。

構想区域と二次医療圏について

	構想区域	二次医療圏
圏域数	**３３９構想区域**（令和７年５月現在）	**３３０医療圏**（令和７年５月現在）
定義	人口構造の変化の見通し（中略）その他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における医療機関機能の分化及び連携並びに病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域**を単位として設定。	地理的条件等の自然的条件及び（中略）社会的条件を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるもの**を単位として設定。
設定する病床数	必要病床数	基準病床数
区域の設定	二次医療圏と原則一致するものとして設定	人口規模が20万人未満で、特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合に、設定の見直しを検討

➡ ・2040年に向けた医療提供体制の構築の単位として、構想区域の見直しを検討
・第９次医療計画に向け、二次医療圏も、構想区域と原則として一致させる

５疾病６事業等での圏域設定

これまで５疾病６事業については、必ずしも二次医療圏設定を基本とせず、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。

例）周産期医療　２６３区域（令和６年４月時点）

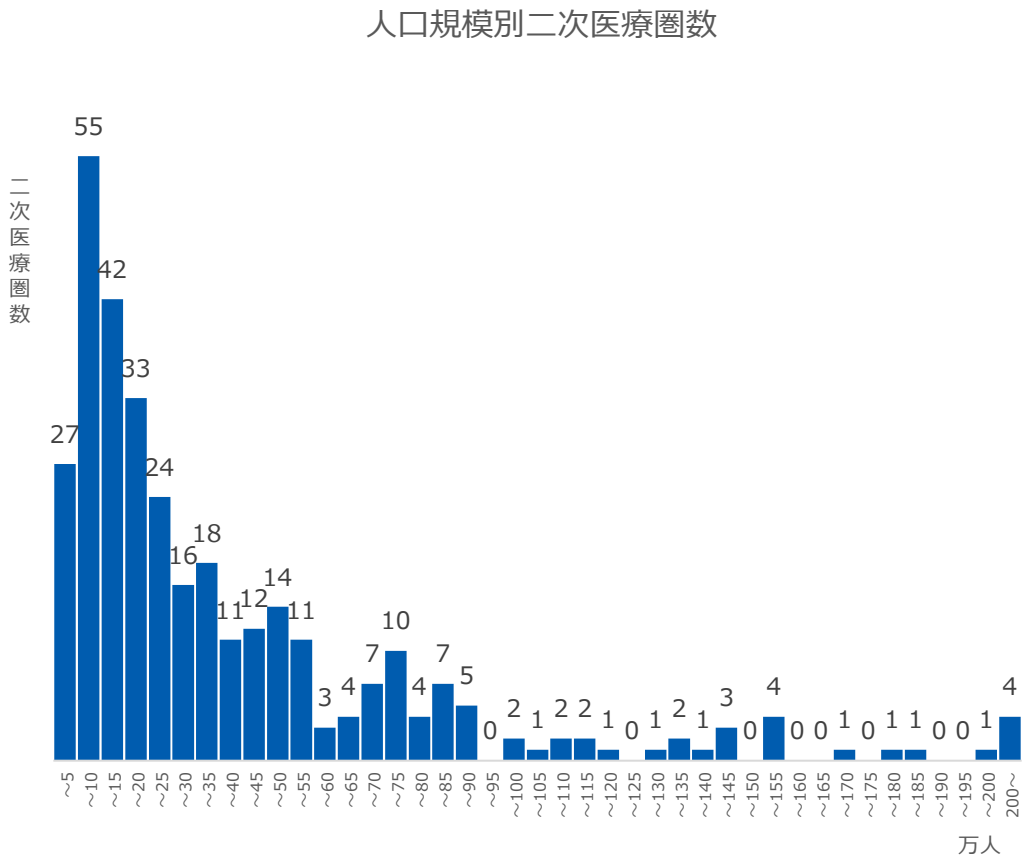
- 周産期医療については、二次医療圏にこだわらず、地域の分娩取扱施設の状況等を踏まえて、周産期医療圏を設定し、周産期医療の提供体制を構築している。

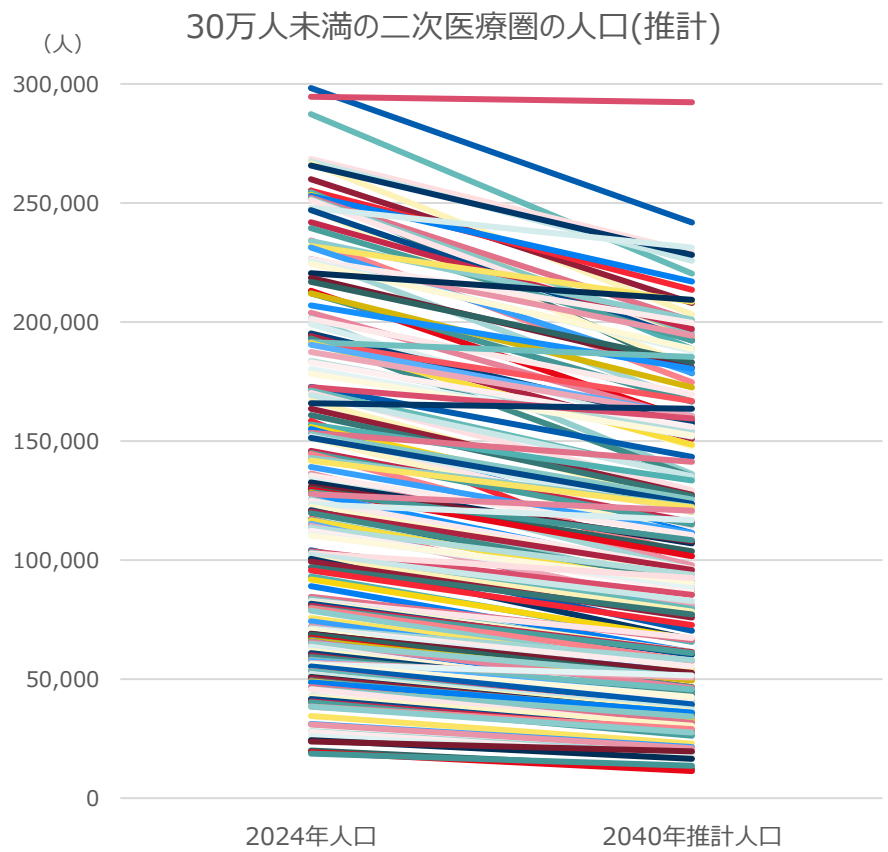
例）がん医療　３３６区域（令和６年８月時点）

- がん医療については、二次医療圏を超えて、効率的ながん医療の提供のため、集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することとされている。

二次医療圏ごとの人口規模

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

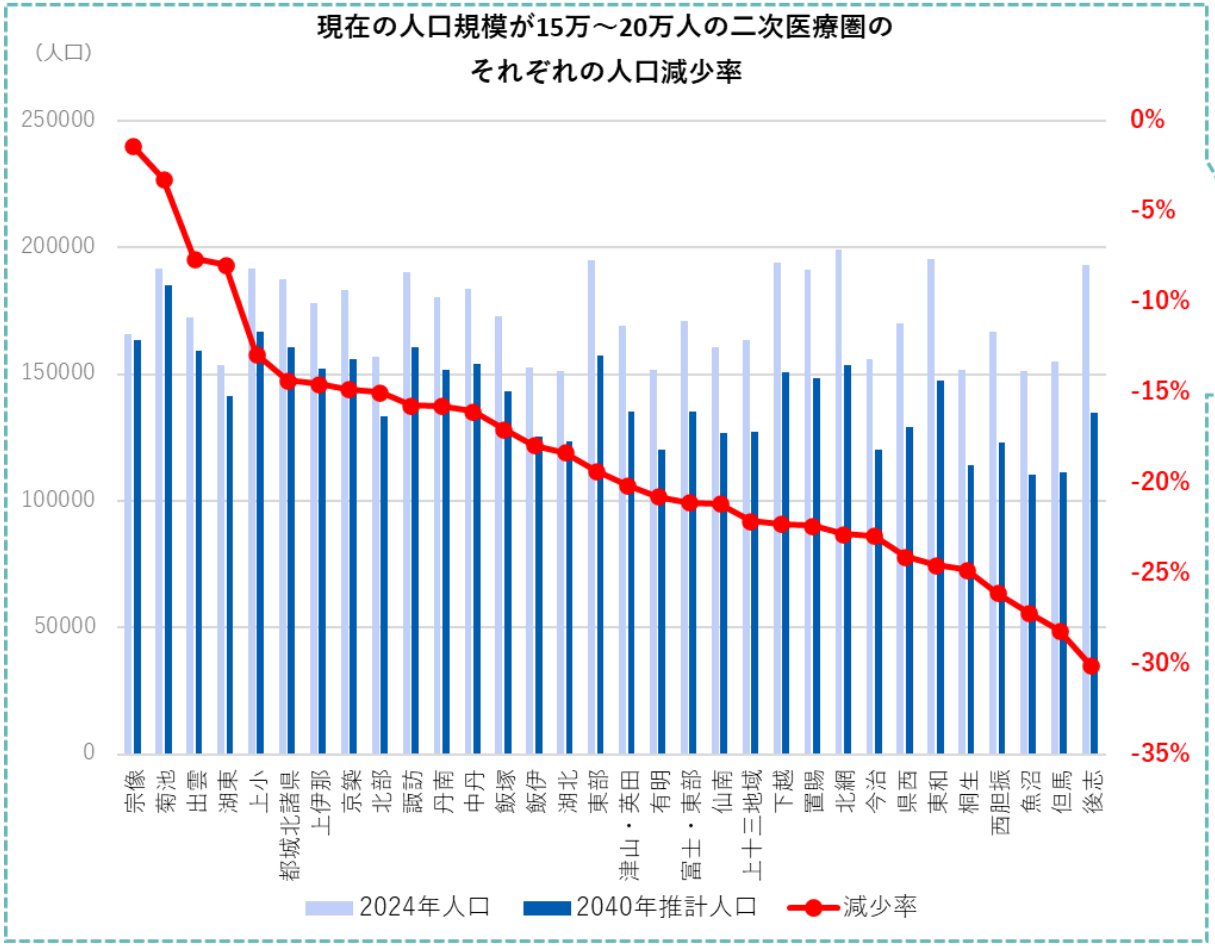


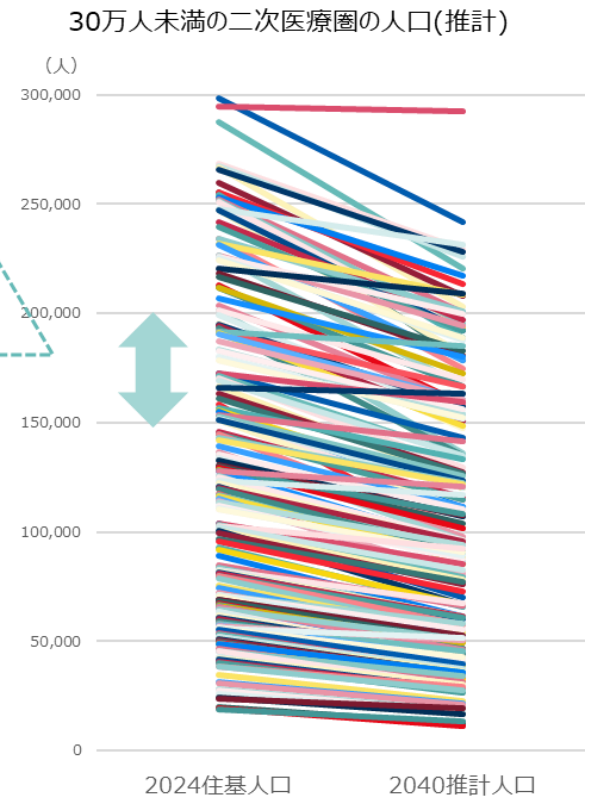


資料出所：総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」

人口減少の度合いの地域差

- 現在の人口規模が同じような地域であっても、2040年に向けた人口減少の度合いは、今後約30%減少する地域から、数%の減少の地域まで様々である。
- 地域医療構想は、2040年とその先を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指すものであり、協議の前提とする構想区域の人口規模は、2040年時点における推計人口を用いることが基本となる。





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

構想区域の役割について

- 構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のための、２つの役割がある。
- 2040年とその先を見据え、人口規模や患者の流出入割合等のデータや、地域ごとの実情を踏まえ、区域ごとの現状と課題を認識し、適切な区域設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

構想区域の役割

①　医療提供体制の構築

- 医療機関機能の確保や医療機関の連携・再編・集約化等の協議や取組を行う単位
- 将来にわたり、医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要

⇒**2040年時点の人口規模として20万人以上を目安としながら検討する必要**

②　必要病床数の運用

- 今後入院医療の需要が減少することも踏まえ、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、地域医療構想調整会議等での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位として設定する必要

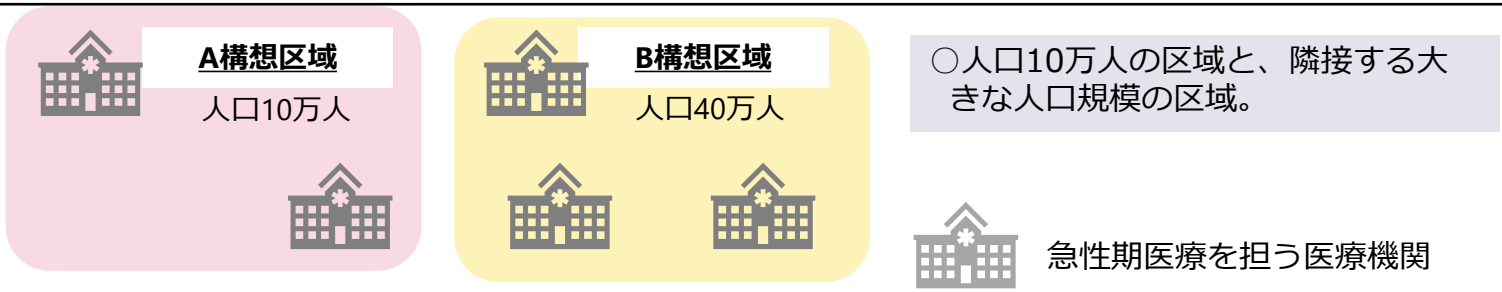
⇒**都道府県が人口規模や医療機関の配置、患者の流出入等を踏まえて設定**

構想区域の見直しの例①（構想区域の統合）

- 人口20万人未満の構想区域等、人口規模が小さい区域や医療資源が限られている区域で、隣接する構想区域に多く患者が流出しており、将来的には、当該隣接区域と一体的に医療提供体制の確保を検討することが適切な場合については、構想区域を統合する案が検討される。

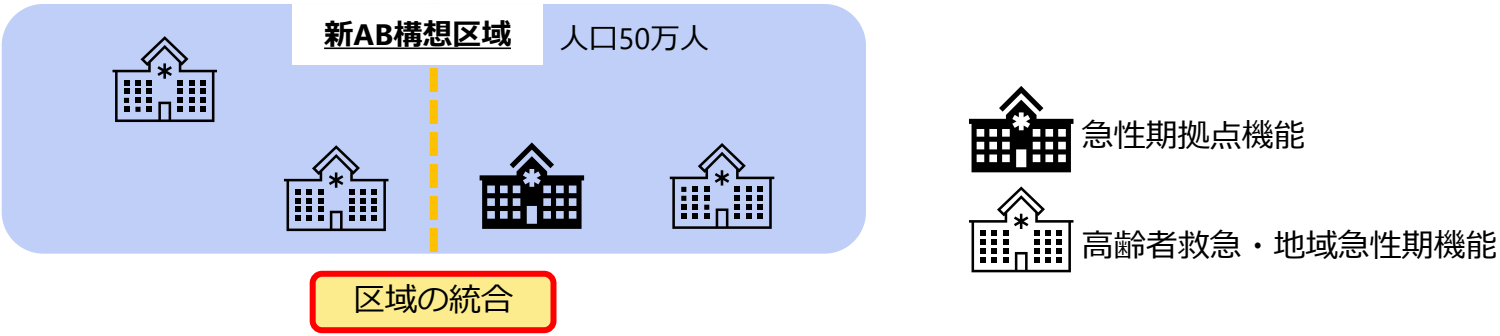
構想区域の統合による見直しのイメージ

現状



見直し後

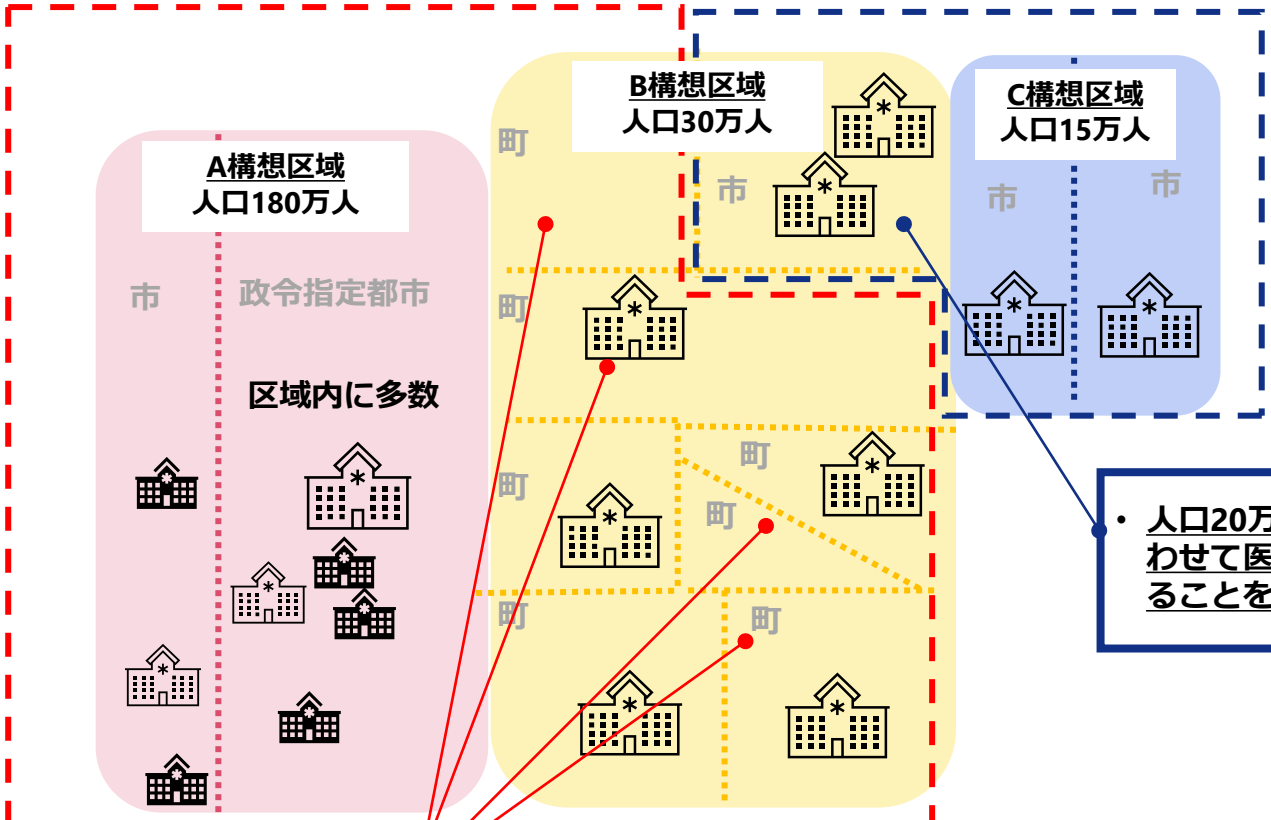
○A構想区域単独では、急性期医療の一定の完結が困難と考えられることから、B構想区域と統合し、統合した区域全体で急性期拠点機能を確保。
○急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期拠点機能を担う医療機関へ集約化するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
○旧A構想区域においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保。



構想区域の見直しの例②（構想区域の再編）

- 構想区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合には、当該市区町村を当該隣接区域に含める等、構想区域を再編する案が検討される。

構想区域の再編による見直しのイメージ



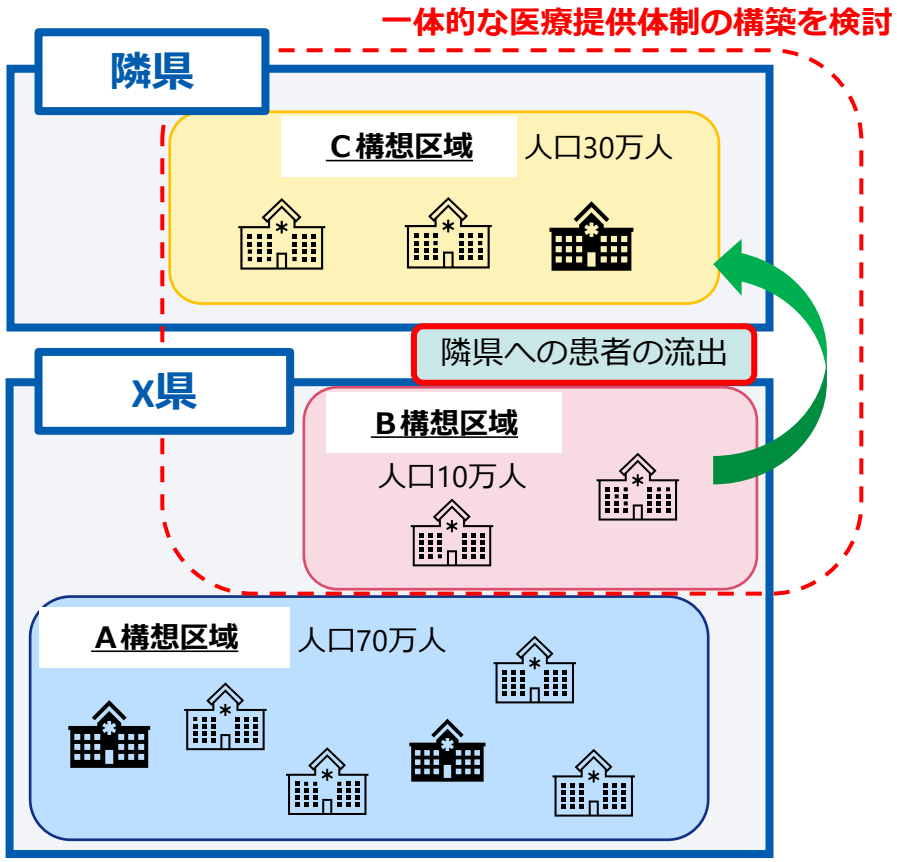
- **人口20万人以下のC構想区域とあわせて医療提供提供体制を構築することを検討**

- **政令指定都市に極めて近く、交通の便も良いため、A構想区域とあわせた区域とすることを検討**

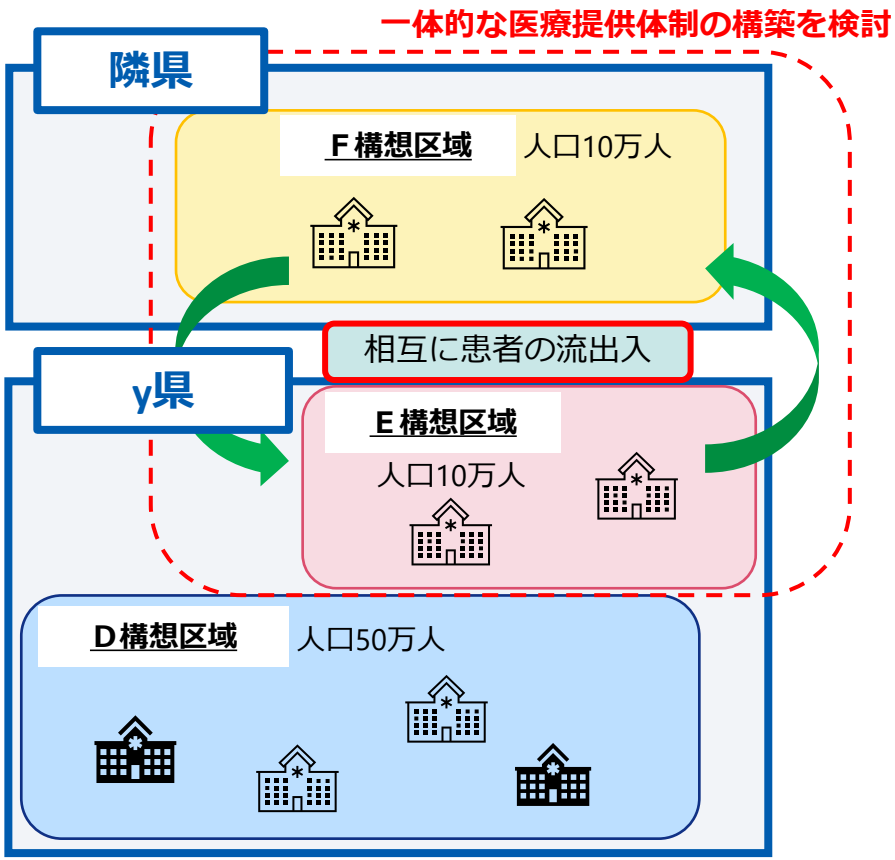
隣接する他の都道府県の区域との連携

- 都道府県境に位置する構想区域について、地理的条件や交通事情により、隣接する他の都道府県の構想区域と一体的に医療提供体制を構築していくことが適切な場合がある。
- こうした場合、両都道府県が連携体制を構築した上で、隣接する両区域で一体として、急性期拠点機能をはじめとする医療機関機能の確保していくこと等も検討する。

例①　隣接する他都道府県の区域に患者が流出



例②　医療資源の乏しい区域同士が都道府県境を接して隣接



急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保について

- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の目的は、地域における持続可能な入院医療提供体制の構築に向け、手術や救急医療等の役割分担を進めていくことにある。
- まず急性期拠点機能について確保すべき医療機関数を設定した上で、各医療機関機能を担う医療機関を決定し、医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性を踏まえ、地域での具体的な役割分担のあり方について協議を行う。

医療機関機能の確保に向けた協議

○　急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議は、地域における持続可能な入院医療提供体制の構築に向け、**手術や救急医療等の役割分担を進めていくためのもの**であり、**単に医療機関機能の形式的な決定自体を目的にするのではなく**、必要な医療提供体制の確保に資するかという観点から、**連携・再編・集約化や役割分担の方向性も見据えながら検討**を行うことが重要である。

急性期拠点機能を確保すべき数

○　**急性期拠点機能の確保の単位**としては、急性期拠点機能を担う医療機関において、待機的な手術だけでなく、休日・夜間を含めた緊急手術に対応していく必要があること、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30万人以上が多いこと等を踏まえ、**2040年の人口推計をもとに、人口20万人から30万人程度につき一か所程度**が目安となる。

○　地域の協議においては、この目安だけでなく、患者の流出入の状況や区域全体及び各医療機関の全国的な水準と比較した診療実績、2040年に向けた症例数や医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、**将来的な医療機関の役割分担に資するよう設定**する。

（※）構想区域ごとに設定することが基本であるが、都道府県全体として人口規模が限られている場合等では都道府県単位で設定することも考えられる。

医療機関機能を踏まえた役割分担

○　**急性期拠点機能**は、手術等の**急性期医療を集約して提供**するものであり、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応できる**総合性を確保**するとともに、**政策医療を含めた関連する役割を総合的に担う**ことが求められるが、こうした基本的な役割を踏まえ、具体的にどの程度の範囲の総合性や政策的役割を求めることとするかは、**同一都道府県内であっても構想区域ごとに異なりうる**。

○　**高齢者救急・地域急性期機能**は、**増加する高齢者救急を中心とした救急患者の受入**を行うとともに、**入院中のリハビリテーションや退院調整**等の機能の強化が求められるが、病床規模や医療従事者の人員数、救急搬送受入件数の規模は**相当程度幅がある**と考えられる。

○　周囲に病院が限られている地域や、高齢者救急の増加が著しい都市部等において、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急の受入を行っていくことや、大都市型の地域や一部の地方都市型の地域において、救急搬送を多く受け入れる高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、高齢者救急に関連する頻度の高い手術・処置等を行っていくことも考えられるが、**医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性は確保**した上で、**その具体的なあり方について地域で協議を行う**ことが重要である。

急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の進め方

協議の進め方

構想区域の設定

- 2040年に向けた医療提供体制の構築を見据え、急性期拠点機能の確保の観点から、急性期医療の需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定。

急性期拠点機能を担う医療機関の数の設定

- 設定した区域に基づき、急性期機能を担う医療機関について、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保。
- 人口規模のみではなく、患者の流出入の状況や区域全体･各医療機関の診療実績、医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案。

各医療機関機能を担う医療機関の決定

- 急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、連携･再編･集約化の方向性も踏まえ協議。
- その際、急性期拠点機能としての役割を満たすことができるよう、人的協力の取り決め等を併せて確認。

地域において担うべき役割や医療機関間の役割分担に係る協議

- 各医療機関機能を担う医療機関が当該地域において求められる役割に向けた具体的な取組について協議。
- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の間での、手術や救急医療に係る具体的な役割分担のあり方について協議。

急性期拠点機能を担う医療機関の役割

総合的な診療機能

○　急性期拠点機能を担う医療機関は、救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する医療について、地域の実情に応じて総合的に提供することが求められる。具体的には、消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心とした頻度の高く、救急対応や手術等を要する疾患に対応できる必要がある。

○　小児・周産期医療や精神医療等の一部の診療領域については、人口の少ない地域等において、地域の資源を集約して、急性期拠点機能を担う医療機関が担うことも考えられうるが、大都市部等において、既に他の医療機関によりこうした診療領域の体制が整備されている場合、新たに当該領域の診療機能を担う必要はない。

その他の役割

○　急性期拠点機能を担う医療機関は、地域において相対的に多くの医療資源が配置されることになることから、関連する様々な役割を担うことが求められる。

	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	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入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入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	病床確保や医療人材派遣をはじめとして、新興感染症発生時に備えた都道府県との医療措置協定を締結する。
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、医師の修練の場を提供	急性期拠点機能を担う医療機関には、手術等の急性期症例も集約され、医師も重点的に配置されることになるため、一定の症例数や適切な指導体制の整備が求められる初期臨床研修や専門研修に積極的に協力する必要がある。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	医療需要の動向に応じた病床数の整備を推進	今後、手術等の医療資源を多く必要とする医療ニーズの減少が見込まれる中、高齢者救急等の症例を必要以上に受け入れることはせず、総合的な急性期医療の提供機能を維持できる範囲で、病床数の適正化（ダウンサイズ）を行う。
地域への医師の派遣	地域の他の医療機関へ医師等を派遣し、地域の医療提供体制を維持	地域において医師が相対的に多く配置されることになるため、地域の他の医療機関への当直医や代診医の派遣等により、地域全体の医療提供体制の確保に積極的に関与する必要がある。

急性期拠点機能を担う医療機関の数について

急性期拠点機能を担う医療機関の数

○　構想区域における急性期拠点機能を担う医療機関の数は、**当該構想区域の2040年の人口規模に基づき「20万人から30万人程度につき一か所程度」**が目安となる。

○　**人口規模が100万人を超える区域や、都道府県間をまたいで患者が多く流出入している首都圏に所在する区域**については、目安を一律に適用すると、機能の異なる様々な医療機関が同じ急性期拠点機能として位置付けられることとなるため、単に人口規模に基づき設定するのではなく、**一定の総合性を有する医療機関に限り設定する**こととする。

○　**地方都市型の区域や人口の少ない区域においては**、診療実績が同程度の複数の急性期医療機関が存在する場合があるが、**現状の診療実績が同程度であることを理由として、急性期拠点機能を当該複数か所確保するといった進め方は適切でない。**診療実績等について、**他の区域の比較等、全国的に見て、当該区域内の急性期医療の提供が効率的か、将来に向けた集約化の必要性があるか等を併せて検討**する。

○　**大学病院本院**については、医育及び広域診療機能を報告し、急性期拠点機能は報告しないが、**地域における二次救急等の急性期医療も実施している場合**もあり、こうした区域においては、**当該大学病院本院の診療実態等も考慮した上で、急性期拠点機能を担う医療機関の数を検討**する。

○　構想区域の見直しの協議において、人口規模が限られた構想区域であって、**地理的な要因等により広域化等の見直しを行わないこととした場合**においては、**急性期拠点機能の確保は前提とせず**、隣接する区域と一体的に確保することを検討する。この場合であっても、**当該構想区域内で一定の急性期医療を担えるよう**、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保しつつ、近隣の区域の急性期拠点機能を担う医療機関等との連携や、**連携・再編・集約化の取組、医師の確保等の取組を検討**する。

急性期拠点機能を担う医療機関の決定

急性期拠点機能を担う医療機関の決定

○　急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、当該区域において、**急性期拠点機能として果たすべき役割を満たすことができるよう**、手術や救急医療等の急性期医療の**役割分担や人的協力の取り決め等の具体的な取組も併せて確認**しつつ、**急性期拠点機能を担う医療機関を決定**する。

○　今後の**人口構造の変化**とそれに伴う**医療需要の変化**の見込みや、**建物の老朽化・建替見込み**、**各種補助金・繰入金の活用状況**を踏まえ、従前と同様の診療機能や役割の維持を前提とせずに、**2040年において現実的に担いうる医療機関機能を検討**する。開設主体に基づき急性期拠点機能を担う医療機関を決定するといった考え方は想定されず、**設立主体によらず**、診療実態や将来の医療資源の確保の見込み等を踏まえて検討する。

○　**地方の自治体立病院**は、小児・周産期医療等をはじめとした**不採算とされる政策医療**や**人口の少ない地域での医療を担っている**場合がある。今後、**自治体財政上の制約等を背景に、医療機関の連携・再編・集約化の検討が一層求められることが見込まれる**中、具体的な収支の状況も踏まえながら、一定の急性期医療を担う近隣の公的病院や民間病院に、当該自治体立病院が担っている政策医療等を集約することも検討する必要がある。

○　**建物の状況など施設の整備状況等も踏まえて協議を行うことも重要**である。地域医療構想は2040年やその先の将来にわたって持続可能な医療提供体制の構築を目的とするものであり、単に、築年数が浅いことをもって急性期拠点機能を担う医療機関として選定するのではなく、診療実績等も含めた総合的な検討により決定し、公的医療機関や民間医療機関等であっても、設立主体の別を問わず、施設整備等に係る費用の支援も含めて検討することが求められる。

○　以下のような場合については、**急性期拠点機能以外の医療機関機能を担っていくことも検討する必要**がある。

- 診療実績等が相対的に低く、人材確保等の制約から、将来的には、手術等の急性期医療は、当該区域内の他の急性期医療機関や、隣接区域において急性期拠点機能を担う医療機関に集約して行っていくことが現実的であると考えられる場合
- 同一市内等の近接した地域に、同程度の急性期医療の実績を有する医療機関が存在し、将来的な医療ニーズや人材確保の見込みも踏まえると、将来にわたり双方の症例数を確保していくことが困難な場合

協議が調わない場合の考え方

協議が調わない場合の考え方

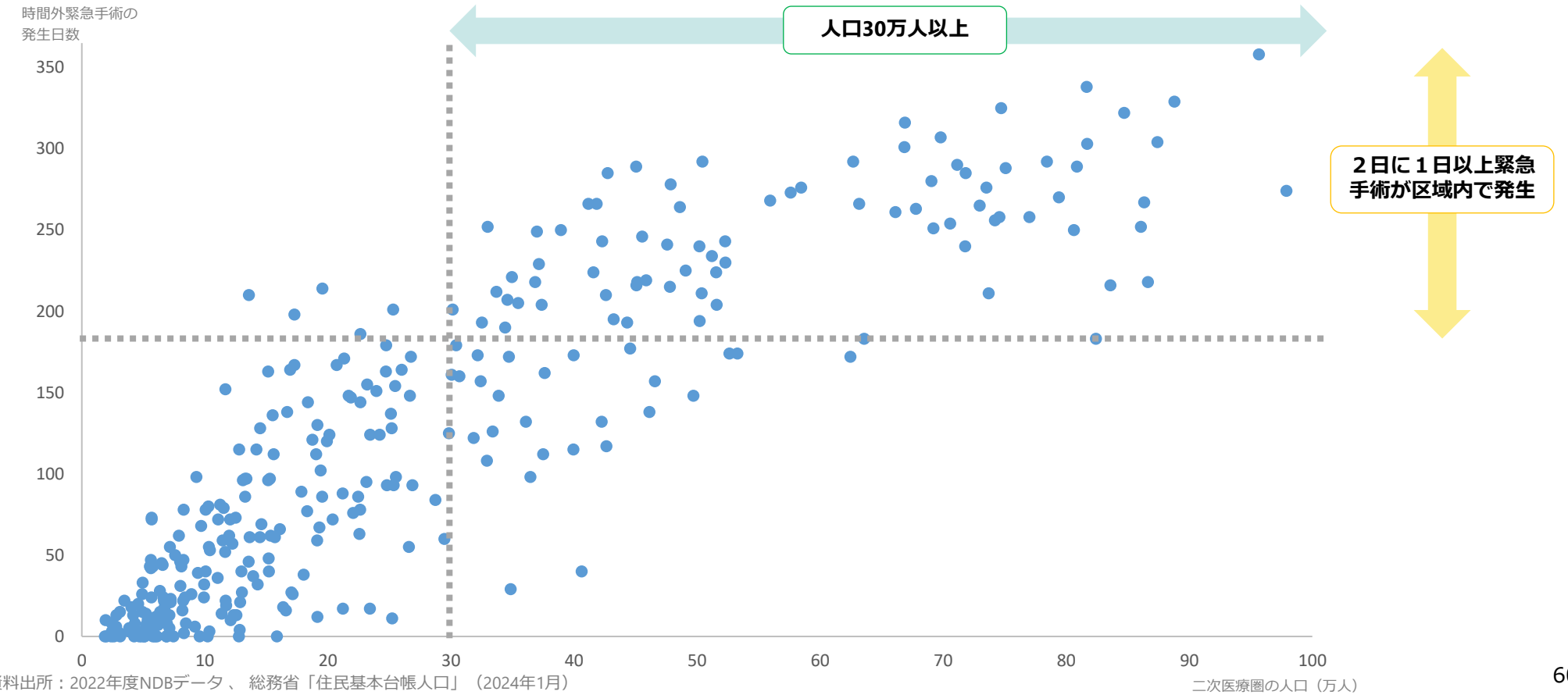
○　区域内において、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、関係者間の協議が調わない場合の考え方は以下のとおり。

- 地域において設定すべき数以上の医療機関が急性期拠点機能を担う意向があり、協議が円滑に進まない場合であって、**医療機関から求めがあった場合**や**都道府県が必要と認めた場合**等については、**都道府県が病院間での意見交換等の場を設定**する。
- 病院間での協議でも調わない場合においては、**都道府県や医師の人的協力を行う大学病院本院も交え、人材確保の見通しを踏まえた上で、協議**を行う。
- 例えば、大都市、地方都市部において、県立病院と市立病院、あるいは市立病院同士等が近接して所在し、急性期医療の役割分担について協議が必要となるような場合は、県と市の病院事業担当部局が、県の地域医療構想担当部局、医療関係者、人的協力を行う大学病院本院等の協力を得ながら、診療実態や各種補助金・繰入金の活用状況等を踏まえ協議を行い、2040年に向けた連携・再編・集約化の方針の下で、それぞれの病院がどのような役割分担を行っていくか整理する必要がある。
- その上で、なお、関係者間の協議が調わない場合には、**都道府県において、改めて各医療機関の診療実績や将来の医療需要の見通し等を客観的に勘案し、医療関係者や人的協力を行う大学病院本院等の協力も得ながら、方向性を決定**する。なお、その場合、急性期拠点機能を担わないこととなった病院についても、高齢者救急の対応や地域の初期救急の対応等、地域で必要な役割を果たすことができるよう、高齢者救急の主な受入先とする体制を構築するなど、関係医療機関との協議も踏まえ、具体的な取組を検討していく。

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。

各二次医療圏内の時間外緊急手術発生日数（年間）



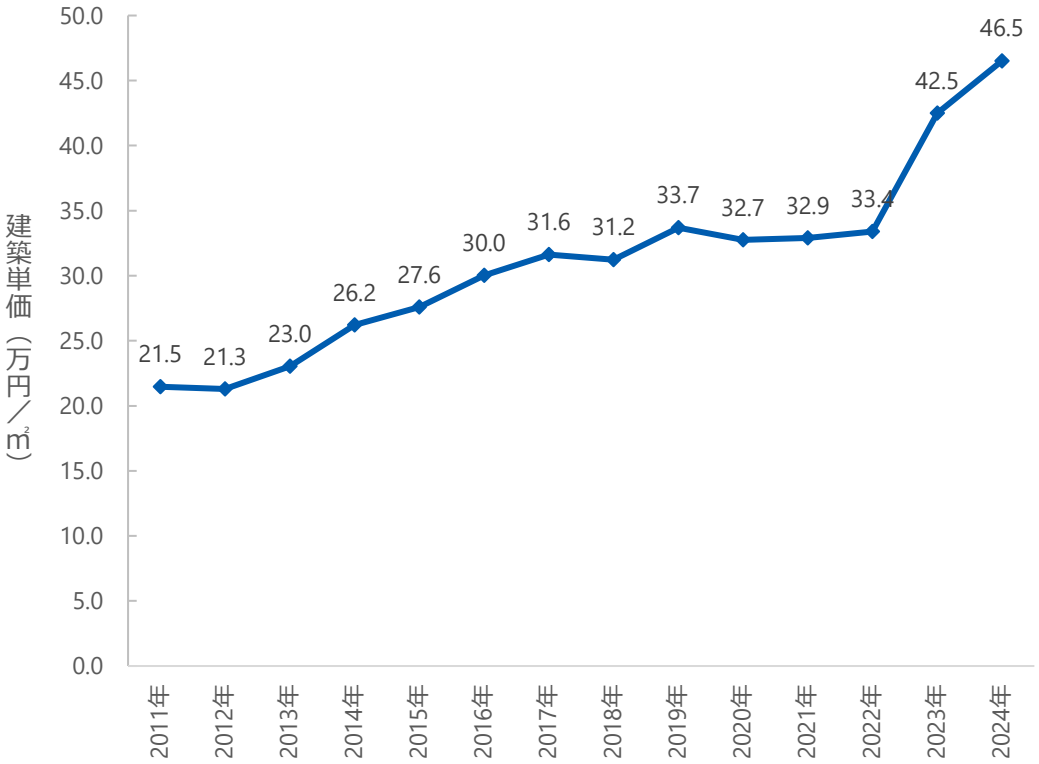
資料出所：2022年度NDBデータ 、 総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）

医療機関の建替えについて

○ 医療機関の経営が悪化している中、再編や統合の取組、老朽化のための建替えは必要であるが、医療機関の建築費は年々増加している。

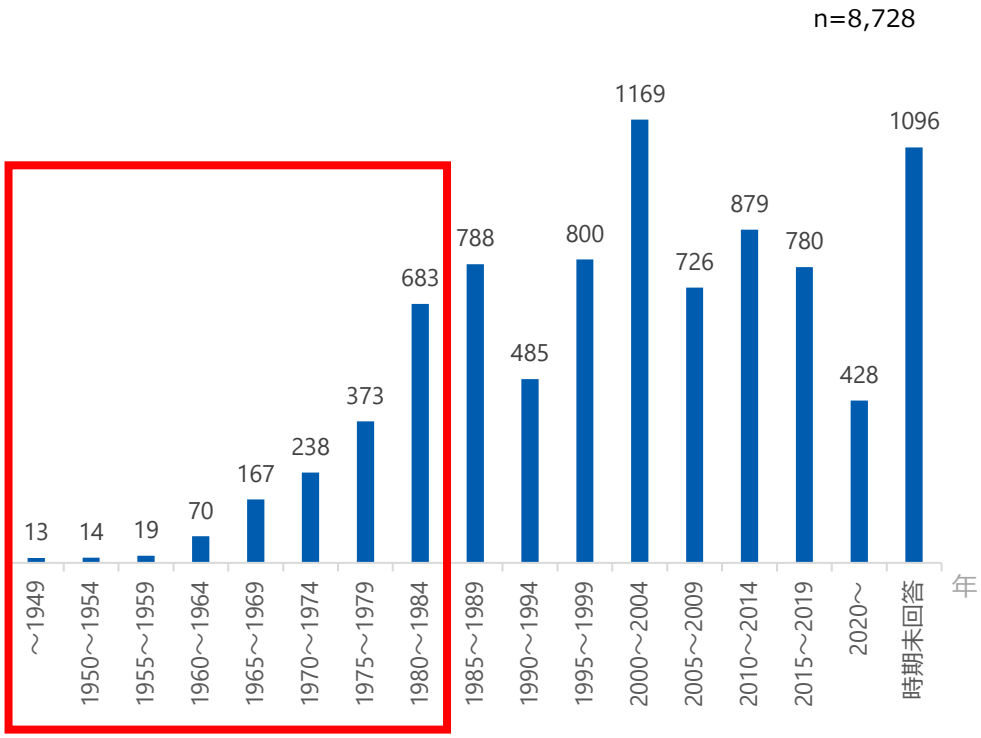
○ 現時点では約1,600病棟、約16万床分で築40年超と見込まれる。医療提供体制の確保のための協議に当たっては、建替えも含めて実現が可能か検討する必要がある。

病院・診療所の新規着工建築単価の推移



・国土交通省「建築着工統計調査」に基づき作成
・建築単価は、工事費予定額÷床面積にて算出

建築時期別の病棟数



・令和6年度病床機能報告の建築時期より集計（病床数については、許可病床数を集計）。
・同一病院内の同一建築時期の病棟を1棟として計上。
・未回答の病棟数は同一病院内に複数の建築未回答の病棟がある場合も1棟として計上
※仮に未回答分の建築時期が分布通りだとすると、約1,800病棟、約19万床分の建替えが必要

高齢者救急について

- 今後増加が見込まれる高齢者救急については、年齢や疾患による一律の区分は困難であるものの、手術や一定の処置等が必要となる割合は高齢化するほど低下し、また、治療だけでなく、在宅復帰も見据えたリハビリや退院支援等、包括的な入院医療の提供が求められる。
- こうした特徴を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との連携による受入体制や、リハビリテーションの実施体制、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要。

高齢者救急の基本的な考え方

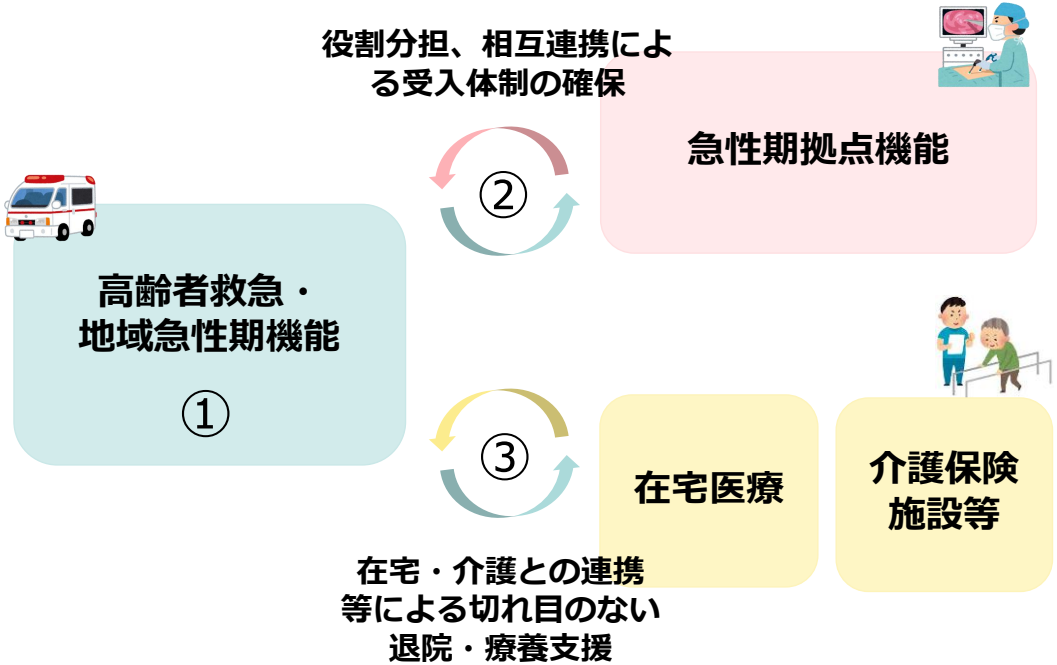
- 年齢や疾患のみで一律に区分することは困難
- 手術等を要する割合は相対的に低い
- 包括的な入院医療の提供の必要性

→

○　高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能と連携しつつ、適切な役割分担による受入体制を確保。

○　在宅医療・介護とも連携し、入院早期から退院後までの切れ目のないリハビリテーション等の提供を確保。

対応のイメージ



具体的な取組

①
- **包括期機能を有する病床**での高齢者救急の受入。
- ADL低下防止や早期の在宅復帰に向けた、**入院早期からのリハビリテーション・退院支援**等を実施。
- 休日・夜間を含む**高齢者施設等からの外来受診**への対応

②
- 地域の医療資源や医療需要も踏まえた**役割分担に係る協議**。
- 高齢者救急の特徴を踏まえた**実施基準への反映**。
- **下り搬送**や**上り搬送**を活用した**受入後の連携体制の構築**。

※救急者の適時・適切な利用に向けた取組も併せて検討

③
- **多職種連携**や**他の施設等との連携**により、**退院後のリハビリテーション**等の**切れ目のない提供体制**を確保。
- **相互理解**を前提とした、退院先としての**介護保険施設の活用**。
- **協力医療機関**として、高齢者施設との**平時からの連携**、**状態悪化時の受診及び搬送のルールの整理**。

急性期医療・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 手術等の医療資源を多く要する医療については急性期拠点機能に集約して提供していく一方、増加が見込まれる高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応していくことが考えられる。
- 地域によって、高齢者救急・地域急性期機能が高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を対応するケースや、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急についても対応していく必要があるケース等も考えられ、医療機関機能ごとの基本的な役割を確保した上で、地域の実情に応じた役割分担について協議を行う。

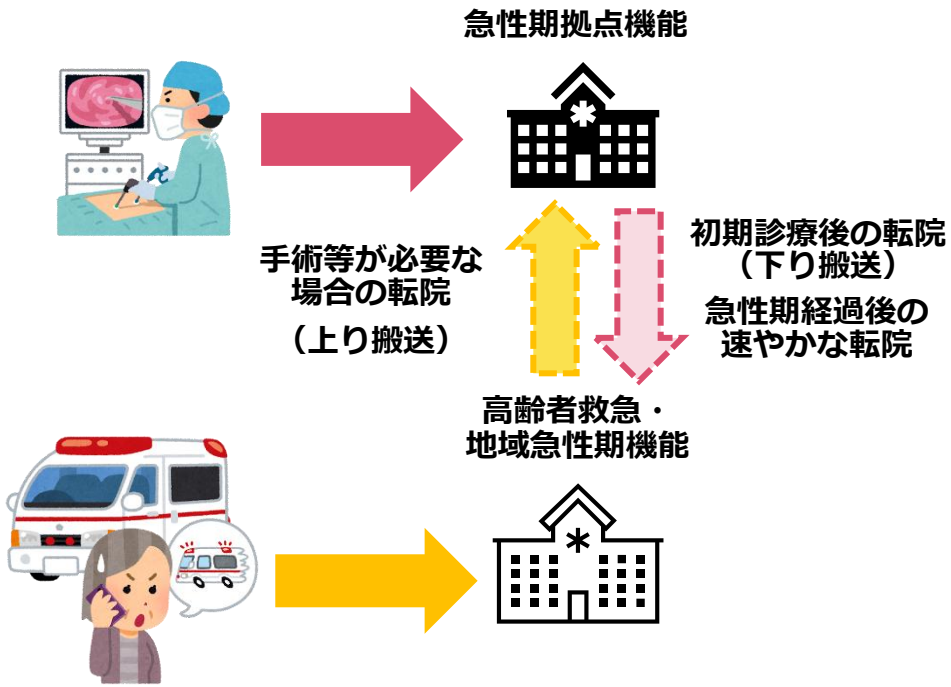
●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等や高齢者救急の役割分担（イメージ）

手術等の分担

・手術等の症例について、緊急性の高い疾患に対する緊急手術を含め、急性期拠点機能に集約して提供
・地域の需要や個別の施設の実情を踏まえ、必要に応じて、高齢者救急・地域急性期機能でも、高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を実施

高齢者救急の受入の分担

・増加する高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能とも連携した受入体制を整備
・急性期拠点機能は手術等を要する症例や緊急度・重症度の高い患者の対応を中心としつつ、地域の医療の需要等を踏まえ、必要に応じて高齢者救急の受入も行う



救急搬送受入後の取組について

- 急性期医療を中心的に担う医療機関と地域の複数の医療機関が役割分担をし、地域全体で症状安定後の患者の受入体制を整えることにより、持続可能な救急医療体制の確保に向けた取組がなされている例がある。

長野県上小構想区域での取組

地域医療を変える　地域をつなぐ医療連携　～上田スタイル～

取り組みのポイント

下り搬送を協定化して取り組み
・2024年2月　トライアル開始
・2024年5月　診療連携協定締結
→下り搬送の円滑化
→急性期機能の最大化

後に輪番病院が同調
・共通ルールでの運営
・管理運営会議の定期開催
・地域全体で支える仕組み

行政（広域連合）との協働
・顔の見える関係づくり
・信頼に基づく地域連携の強化

長野県の上小構想区域では、上田スタイルとして、急性期医療を中心的に担う信州上田医療センターと、国保依田窪病院等の10の地域の輪番病院が、協定を締結し、下り搬送・上り搬送に関する連携体制の構築等を進めることで、信州上田医療センターの救急受入体制を確保し、地域全体の救急医療体制の安定化を図っている。

実施基準（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準）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、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）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。実施基準については、こうした協議会においても高齢者救急の役割分担の重要性等、2040年に向けた地域医療構想の方向性について共有する必要がある。

（※）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
〇 構成メンバー
・消防機関、医療機関、都道府県等
〇 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
緊急性	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
緊急性	重症度・緊急度【高】	脳卒中疑い	その他	C病院、E病院
緊急性	重症度・緊急度【高】	心筋梗塞（急性冠症候群）疑い		A救命救急センター、E病院
緊急性	重症度・緊急度【高】	胸痛		A救命救急センター、B救命救急センター、D病院
緊急性	重症度・緊急度【高】	外傷	多発外傷	A救命救急センター、B救命救急センター
緊急性	重症度・緊急度【高】	外傷	その他	C病院
緊急性	重症度・緊急度【高】	…		…
専門性	重症度・緊急度【高】	妊産婦		B救命救急センター、F病院、G病院
専門性	重症度・緊急度【高】	小児		B救命救急センター、J病院、K病院
専門性	重症度・緊急度【高】	開放骨折		B救命救急センター、H病院
専門性	重症度・緊急度【高】	…		…
特殊性	急性アルコール中毒			C病院、D病院、E病院
特殊性	…			…

※ 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

高齢者救急の実施基準への位置付け

- 増加が見込まれる高齢者救急の受入体制の整備のため、高齢者救急の受入に係る考え方について、一律の基準設定は困難であるものの、手術等の実施頻度が低く、包括的な入院医療の必要性が高いという特性や、地域における医療機関間の役割分担の方向性を踏まえ、実施基準へ反映させていくことが必要。

実施基準への反映のイメージ

例）軽症～中等症と考えられる高齢者救急に対応可能な医療機関について、具体的に対応できる状態等も含め、地域で協議した上でリスト化

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
緊急性	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
緊急性	重症度・緊急度【高】	脳卒中疑い	その他	C病院、E病院
緊急性	重症度・緊急度【高】	心筋梗塞（急性冠症候群）疑い		A救命救急センター、E病院
緊急性	重症度・緊急度【高】	胸痛		A救命救急センター、B救命救急センター、D病院
緊急性	重症度・緊急度【高】	外傷	多発外傷	A救命救急センター、B救命救急センター
緊急性	重症度・緊急度【高】	外傷	その他	C病院
緊急性	重症度・緊急度【高】	…		…
専門性	重症度・緊急度【高】	妊産婦		B救命救急センター、F病院、G病院
専門性	重症度・緊急度【高】	小児		B救命救急センター、J病院、K病院
専門性	重症度・緊急度【高】	開放骨折		B救命救急センター、H病院
専門性	重症度・緊急度【高】	…		…
特殊性	急性アルコール中毒			C病院、D病院、E病院
特殊性	…			…

※ 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

例）地域の消防機関及び医療機関が、搬送・受入に当たって共通して認識しておくべき高齢者救急の特性や考え方について実施基準に記載

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。

例）高齢者救急の受入要請に当たって、伝達することが望ましい事項（生活背景、要介護度、(施設入所者の場合）施設情報等）を地域で整理し、記載

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。

例）高齢者救急の受入医療機関が決まらない場合の考え方や対応について、高齢者救急の特性等を踏まえ地域で協議し、反映

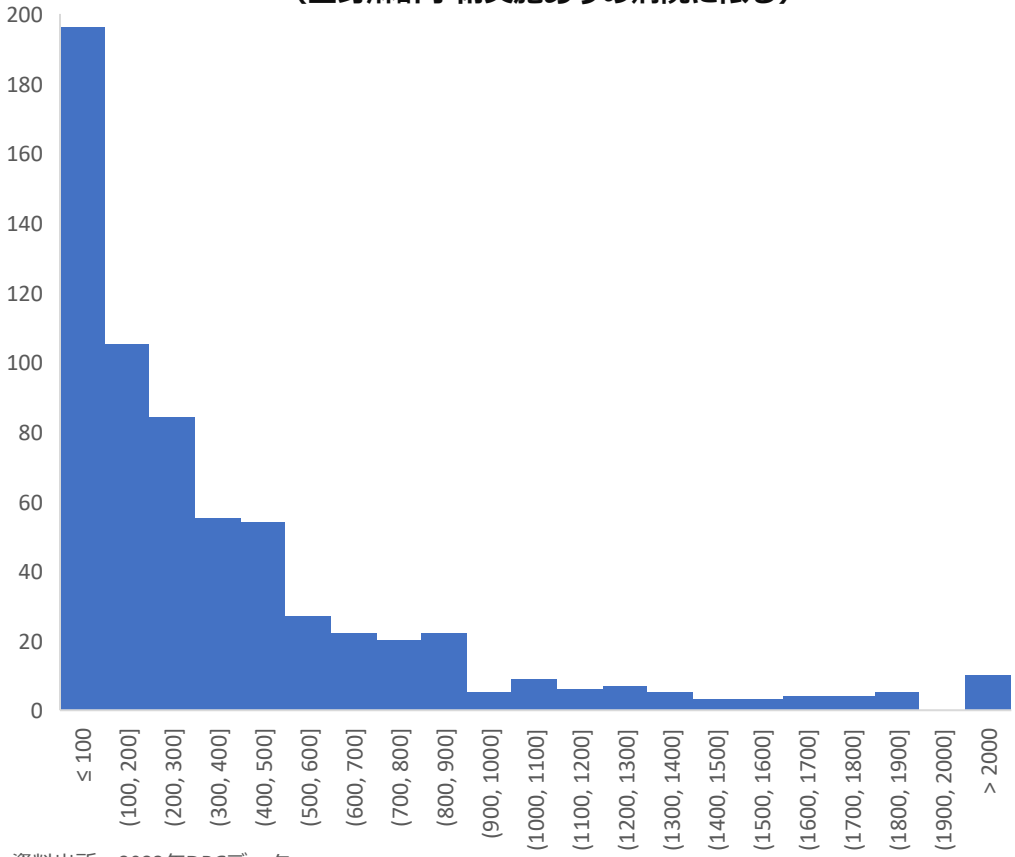
④ 受入医療機関確保基準

・ 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。

特定の診療科の専門病院について

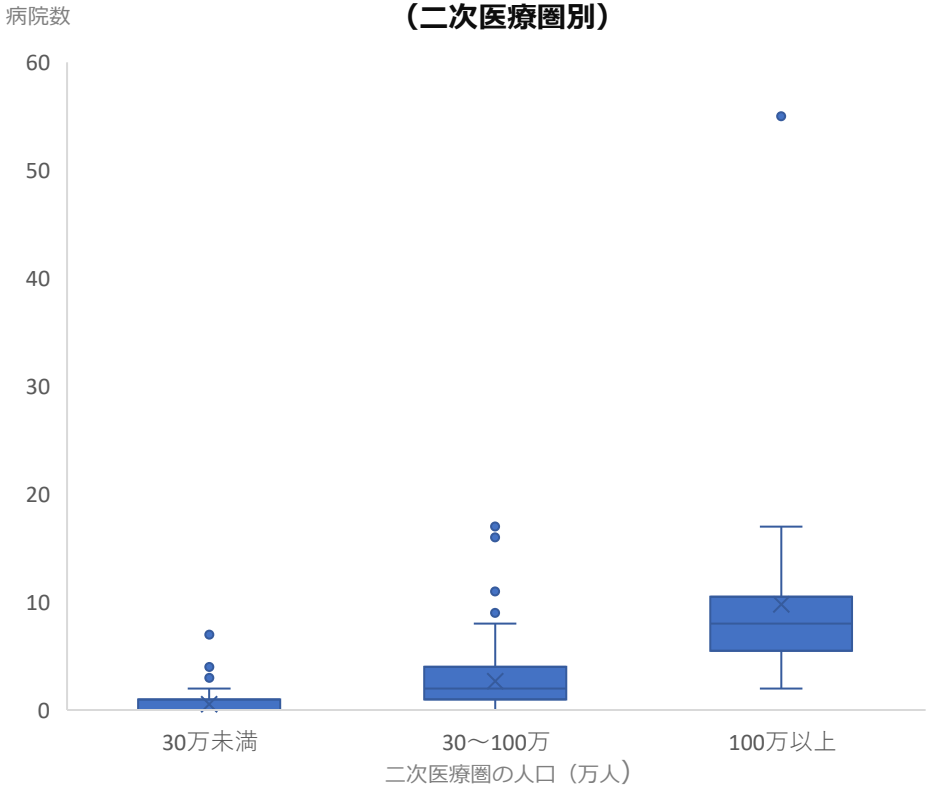
- 特定の診療科の専門病院（※）について、小規模に手術等を実施している医療機関については、今後の医療需要や術者の確保の見込みを踏まえ、効率的な医療提供を行っていくため、地域の医療需要に応じて急性期拠点機能を担う医療機関へ症例を集約していくことも検討する必要がある。
- また、大都市や地方都市等において、他区域や他都道府県からの患者も含め、相当程度の症例数を確保した上で、専門性の高い診療を行っている医療機関については、引き続き、一定程度の手術等の急性期医療を実施していくことが考えられるが、都道府県全体の医療提供体制として、偏在が生じていないか等については確認していく必要がある。

全身麻酔手術件数
（全身麻酔手術実施ありの病院に限る）



資料出所：2023年DPCデータ

全身麻酔手術の実施のある特定の診療科専門病院の数
（二次医療圏別）

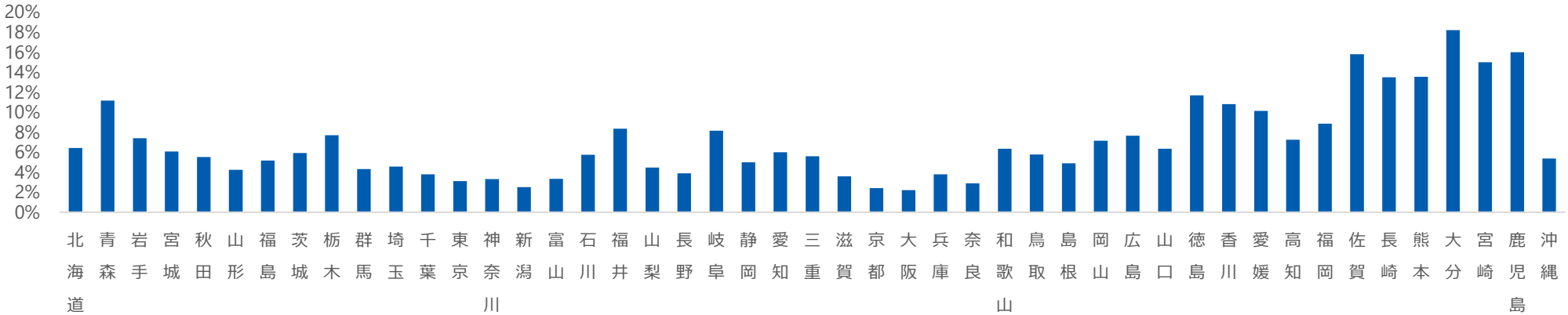


（※）データ提出加算算定病院を対象に、各病院のMDCの診断群毎に患者数を把握し、各病院のいずれかの診断群の患者の割合が全体の50%を超える病院を、「単科専門病院」として定義

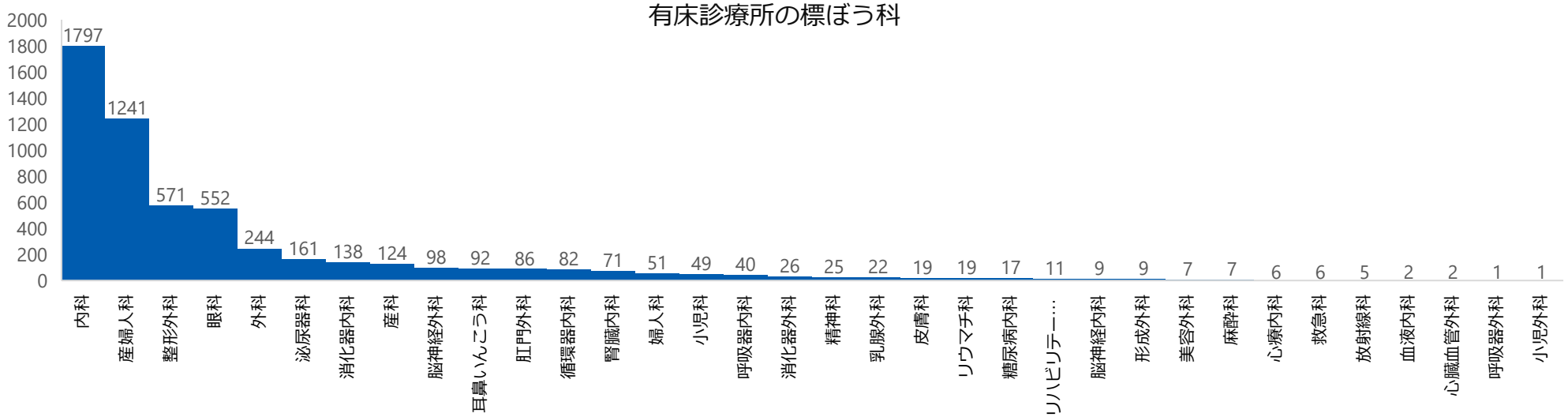
有床診療所が担っている医療

- 有床診療所について、全病床数のうち一定の割合を占めており、地域の医療資源に応じて、入院医療において一定の役割を果たしている。また、標ぼう科について見ると、内科に加え、産婦人科や整形外科など、様々な診療科において役割を担っている。

全病床（一般及び療養病床）に占める有床診療所の病床数の割合

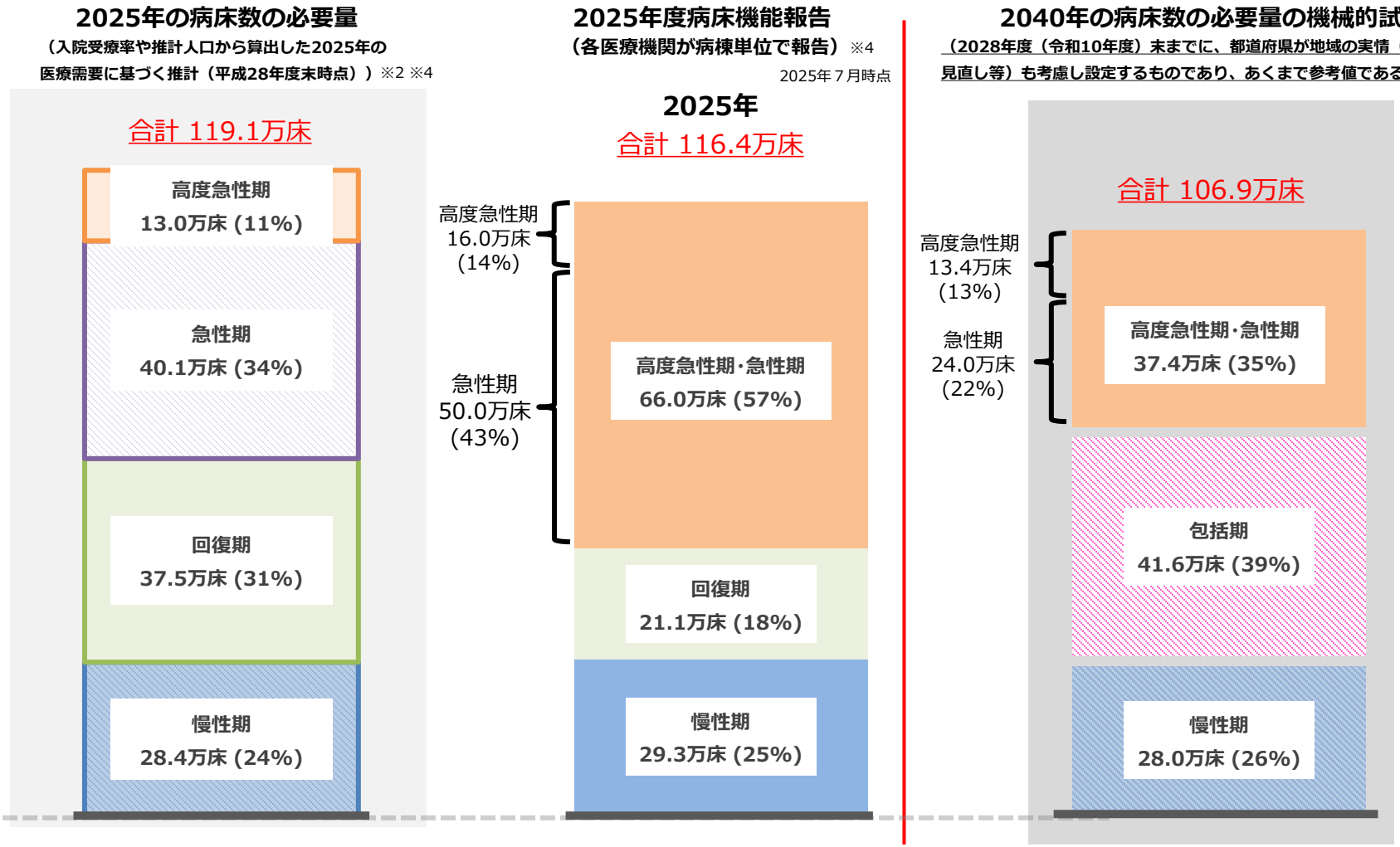


有床診療所の標ぼう科



資料出所：令和５年医療施設調査　標ぼう科について、複数を標榜している有床診療所については、主たる一科を集計

2025年度病床機能報告について



出典：2025年度病床機能報告

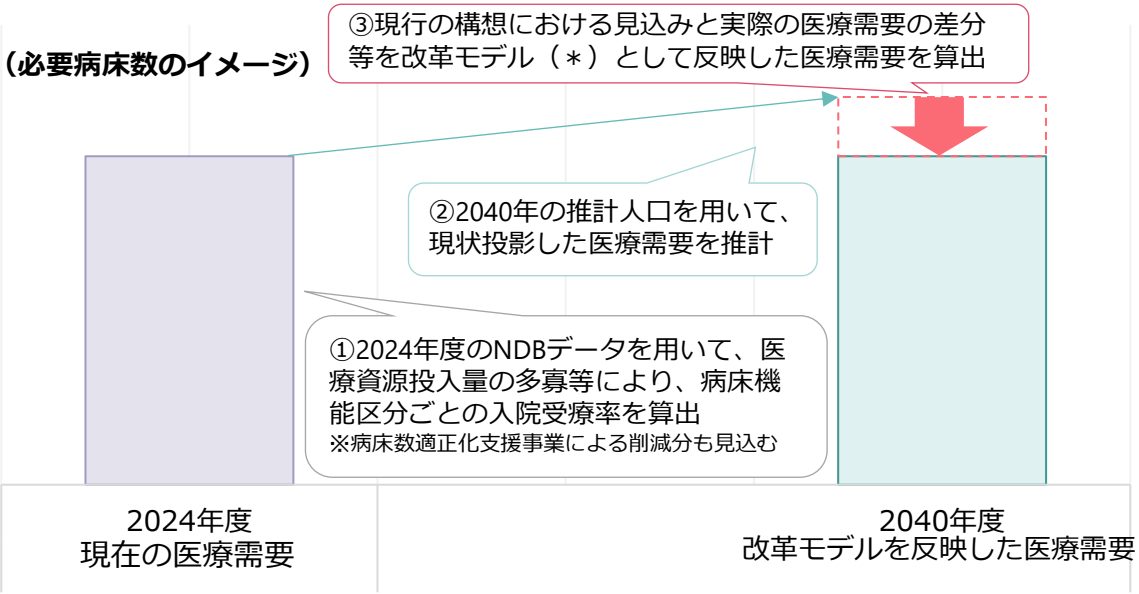
※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度) のＮＤＢのレセプトデータ 、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年) ３月中位推計）』等を用いて推計
※3：令和６年度(2024年度) のＮＤＢのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（令和５年(2023年）推計）』等を用いて、現在の構想区域（令和６年度）を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

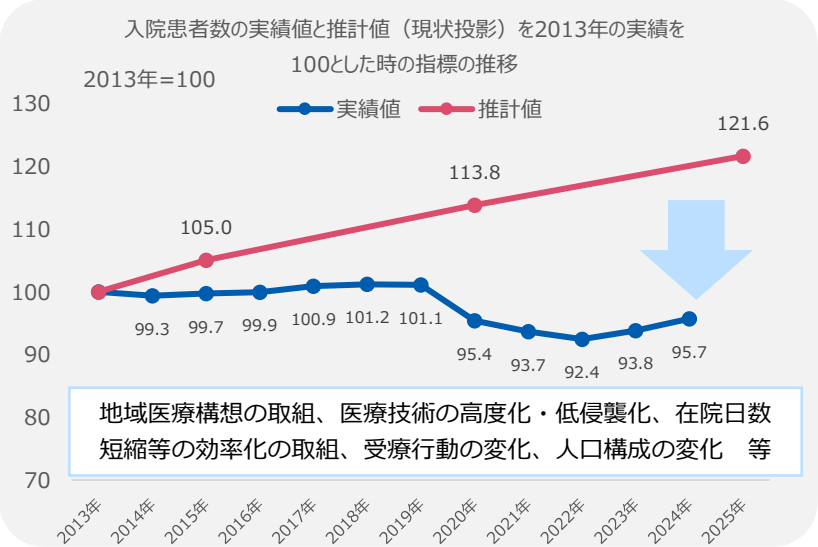
2040年の必要病床数について

必要病床数の考え方

○　2040年の病床機能区分別の必要病床数については、**①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出**し、**②2040年度の性・年齢階級別人口に乗じることで、現状投影した医療需要を推計**、**③その上で、地域医療構想の取組による効果等を改革モデル（＊）として反映した医療需要を算出**、病床稼働率で割り戻し、病床数に変換する。

（必要病床数のイメージ）





＊改革モデル

- 入院受療率の低下傾向や、現行の地域医療構想の取組等の効果を反映するため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院受入時からのリハビリ等の提供による、早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現行の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映する。
- 75歳以上の患者のうち４割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていること等に鑑み、急性期の75歳以上の入院患者の５割を引き続き急性期として、残り５割を包括期の需要として見込む 。
- 回リハ病棟入院料を算定する整形外科患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を見込む。
- 病床稼働率について、現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働を高める取組に資するよう算出し、さらに、今後の医療ＤＸ等の取組、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分を見込む。

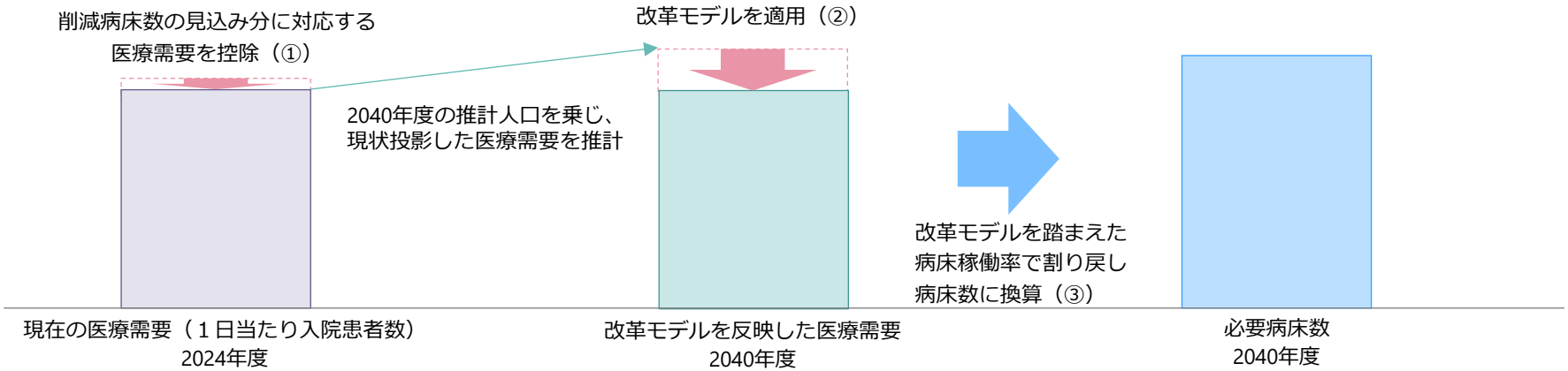
必要病床数の留意点

○　地域での協議においては、**高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。**

○　人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、**医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年と2036年で見直し**を行う。

2040年の必要病床数の算出について

必要病床数の算出のイメージ



	概要	内容
①	病床数適正化支援事業による削減病床数の見込み分の反映	・令和７年度補正予算による病床数適正化支援事業は、新たな地域医療構想の取組開始前に病床数の適正化に取り組むことを目的としており、当該事業趣旨を踏まえ、病床数削減を前提とした推計を行う。 ・一般病床・療養病床の必要病床数を超える約5.6万床のうち、稼働病床と見込まれる約3.2万床分について、一般病床・療養病床の病床利用率を乗じ、入院患者数に換算。 ・一般病床・療養病床の入院患者数から、上記患者数を控除した場合の減少率を算出し、「１－減少率」を性・年齢階級別の一般病床・療養病床の入院患者数に乗じる。
②	改革モデルの適用 （現行構想の効果の反映）	・現行構想の取組等による効果分として、現行構想策定時の2024年度の推計患者数（現状投影）と2024年度の患者数（実績値）の差分の比率を乗ずる。
	（包括期への移行）	・75歳以上の急性期の入院患者の50%を包括期に移行する。
	（回復期リハの効率化）	・回復期リハビリテーション病棟の入院患者数のうち整形外科分の平均在院日数について、地域包括ケア病棟での平均在院日数との差分の減少を見込む。
③	改革モデルを踏まえた病床数への換算	・現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期 83%、包括期87%、慢性期92%とする。 ・さらに、今後の医療ＤＸ等の取組等による、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分として、高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加える、

必要病床数と病床機能報告について

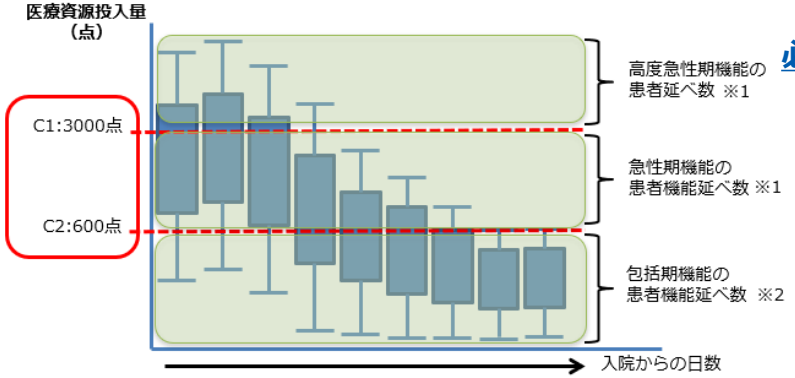
必要病床数と病床機能報告の比較

○　必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計するものであり、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、**医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出**したものとなる（下記①）。

○　一方、病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化するためのものであり、病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在することから、**病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択**することとしている（下記②）。

○　このため、**医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和**は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、**必ずしも必要病床数と一致しない。**

①必要病床数の算出のイメージ

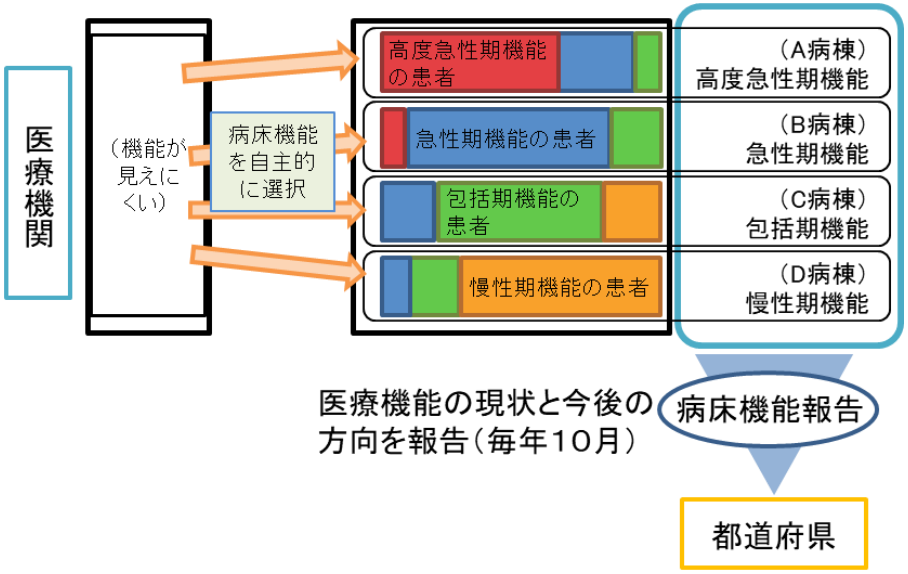


※1　包括期機能または慢性期機能に区分される入院料を算定する入院患者は除く
※2　慢性期機能に区分される入院料を算定する入院患者は除く

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

必ずしも一致しない

②病床機能報告のイメージ



病床整備の考え方について

病床整備の方向性

○　**入院医療需要が長期的に減少**していくことが見込まれる中、**全体としてはダウンサイズを進め**つつ、今後需要の増加が見込まれる**包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備**していくことが重要である。

○　構想区域ごとに、足元の病床機能報告における病床数と2040年の必要病床数の比較を、病床機能別の比較も含め行っていくとともに、**背景にある医療需要の動向**や**病床の利用実態**等を把握した上で、**医療機関機能の確保の方向性**を踏まえ、**各医療機関が担う役割に応じた形で病床の機能分化・連携を進める。**

病床整備の留意点

①病床機能報告と必要病床数の比較について

○　病床機能報告に基づく病床数と必要病床数については、それぞれ算出方法が異なり、両者の数値を比較し、マクロの病床規模を把握していくことは引き続き重要であるものの、入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、**両者に差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない。**

②既存の病床の活用について

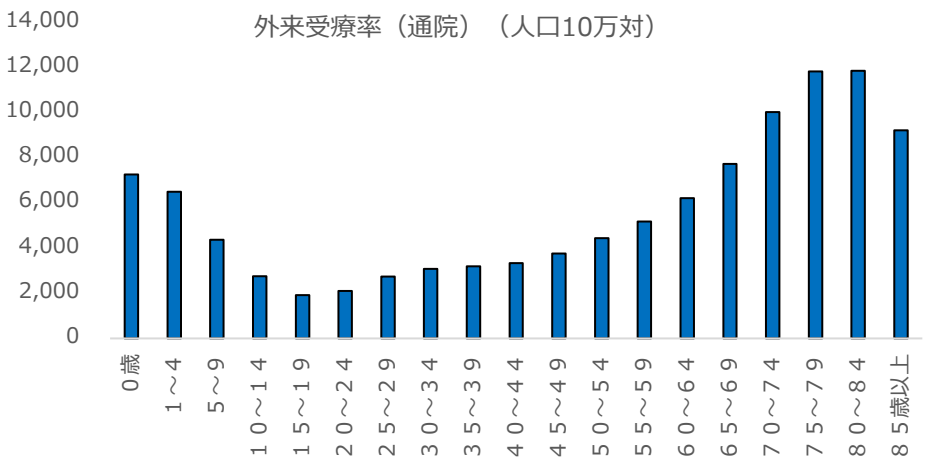
○　ある病床機能の不足が課題となる場合であっても、地域における当該病床機能を有する各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床をせずとも、**既存の病床を有効に活用することで、当該病床機能に係る患者の受入体制を確保できないか等を検討**することも重要である。

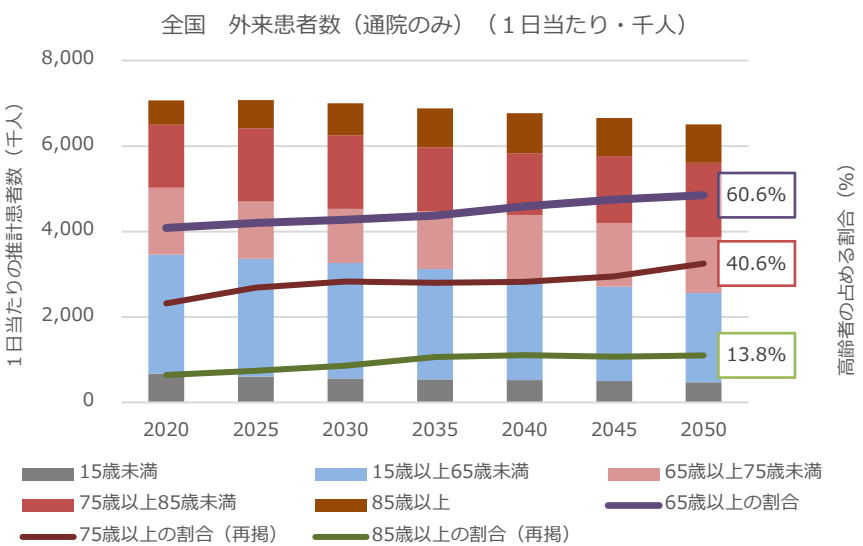
③構想区域内の地域差を踏まえた病床整備について

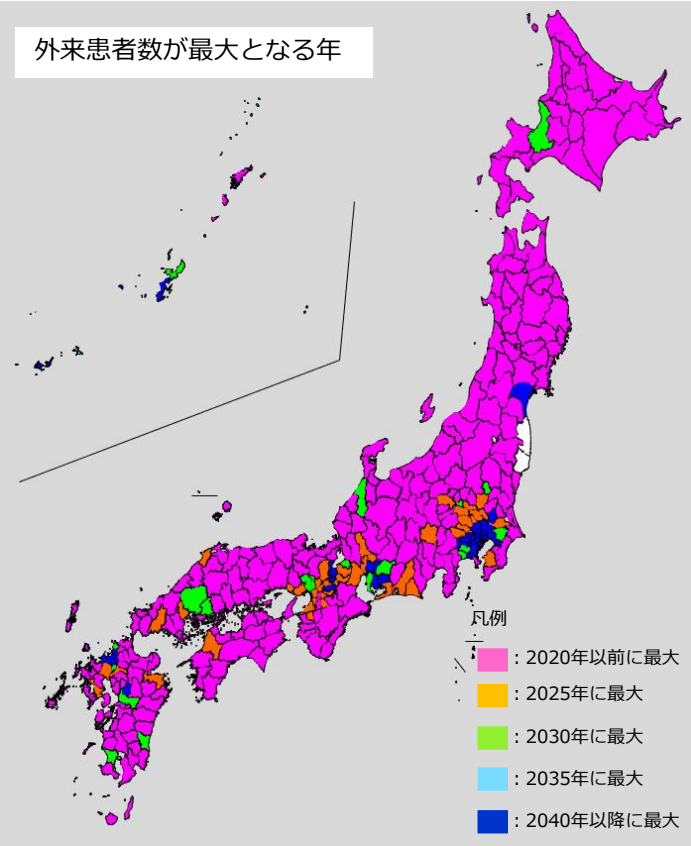
○　構想区域の広域化を行った場合等、構想区域内において医療資源の地域差が見られる場合については、あくまで、区域の中でも相対的に医療資源が少ない地域において病床を確保することが望ましい場合がある。このため、**増床等の必要性を単に構想区域全体で一体的に判断するのではなく**、市区町村単位等の一定の地域ごとに、**機能区分別の病床数や各医療機関の医療機関機能、病床稼働率等を把握・整理**した上で、**特に必要性が認められる地域において、増床等の病床整備を行うといった対応を検討する**ことが重要である。

外来医療需要の見込み

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







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

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

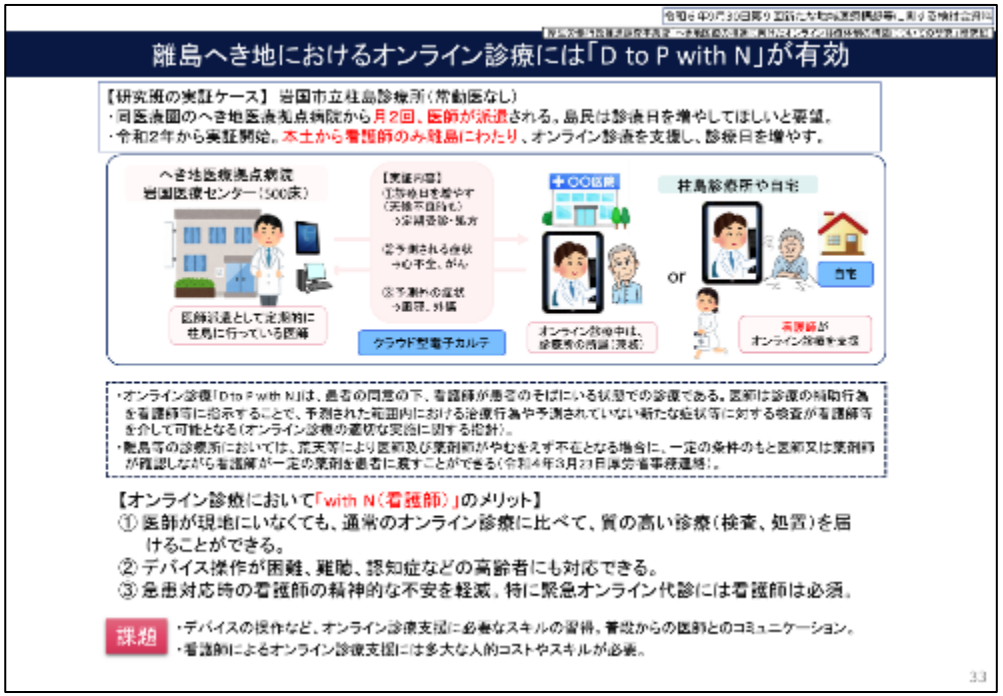
※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く328の二次医療圏について集計。

※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

アクセスの確保について

- 今後の医療需要の減少等に向け、人口の少ない地域でも効率的に一定の医療の質を確保するためには、ICTの活用も含めた取り組みが必要となる。地域ごとの特性に応じて、集約して一定の機能を有する病院を圏域で確保することのほか、日常的な診療について、D to P with Nも含めたオンライン診療の活用をすること、地域で確保が難しい医療サービスについて、通院等の負担軽減施策を講じること等が考えられる。

離島へき地におけるオンライン診療(D to P with N)の活用事例



岩国市柱島において、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。

へき地における患者の通院負担軽減に関する事業の例

へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。

人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組の例

手段	実施主体の例	具体例
オンライン診療① D to P	医療機関	• 外来・在宅医療を受けている患者について、通院の必要がない状態の場合等に、外来や在宅医療の代わりにオンライン診療を実施
オンライン診療② D to P with N	医療機関	• 例として、山口県岩国市柱島においては、本土から来た看護師が患者のオンラインによる受診を支援し、患者が受診できる機会を増やす取組が行われた。看護師が患者のそばにいる状態で行われるオンライン診療についての有用性が指摘されている。
オンライン診療③ D to D	医療機関	• 遠隔放射線画像診断、遠隔病理画像診断、遠隔コンサルテーション等により、医療資源の少ない地域等における医師の診療を支援
患者輸送車	地方自治体	• へき地の患者が、近隣の医療機関まで受診するにあたり、その負担を軽減するための事業が行われている。例として北海道では、無医地区等から、市街地へ向かう公共交通機関として「へき地患者輸送バス」の整備等が行われている。
医師の派遣	都道府県・医療機関	• へき地等へ代診医等を派遣。
巡回診療	医療機関	• 医療従事者が乗車した移動診察車が出向き、車内のテレビ会議システムを用いて診療所の医師とオンライン診療を実施。
宿泊施設の整備	医療機関	• 遠方の妊産婦や小児慢性疾患の患者が宿泊可能な設備を整備。
交通費・宿泊費補助	地方自治体	• 遠方の分娩取扱施設で出産する必要がある妊婦に、分娩取扱施設までの移動にかかる交通費および出産予定日前から分娩取扱施設の近くで待機するための近隣の宿泊施設の宿泊費を助成。
有床診療所	医療機関	• 医療需要の少ない地域等で病院を設置するほどの医療需要がない場合などに、医療需要の多寡にあわせて柔軟に医療を提供。
隣接する都道府県との連携	都道府県	• 地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県以外の場合があり、県をまたいだ連携を行う。

多職種連携について

- 2040年に向けた地域医療構想は、入院における病床の機能分化のみならず、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るためのものとして位置付けられており、外来での医歯薬連携や、在宅医療・介護との連携における多職種連携や施設間連携の取組を進めることが重要。

	基本的な考え方	具体的事項
外来医療	○　**リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、服薬指導等**を含めて外来で切れ目なく提供できる体制を整備するとともに、退院後の診療継続や外来リハビリテーション等の受け皿を確保する。	• 口腔機能の低下が疑われる患者や口腔管理を要する患者について、医科医療機関が**歯科医療機関**への受診につなげる。 • 医療機関と**薬局**が連携し、患者の服薬情報、副作用の状況、重複投薬や多剤投与の状況等を共有し、適切な服薬指導を行う。
在宅医療	○　休日・夜間を含む24時間の急変時対応、往診、緊急入院の受け入れ等を地域で切れ目なく提供するとともに、**患者の状態に応じたサービス**を適切に提供する体制を構築する。	• 患者の状態や生活の状況に応じて**、訪問診療・往診、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護や通所リハビリテーションをはじめとする介護保険サービス**を適切に提供し、地域の在宅療養患者を面で支える体制を確保する。
介護との連携	○　高齢者救急の増加に伴い、退院後の受け皿として**介護保険施設や居宅サービスを適切に活用**できる体制を整備する。 ○　高齢者施設入所者の状態悪化時に、適切な介入を行い、必要時の円滑な入院につなげられるよう、**高齢者施設と医療機関との連携**を進める。	• 介護保険施設における医療やリハビリテーション等の提供機能について地域の関係者が理解を深め、**医療と介護の相互理解**を進める。 • **医師、看護師、歯科医師、薬剤師、高齢者施設職員等**が、それぞれの役割を踏まえて連携し、必要な医療及び生活サービスが切れ目なく提供される体制を構築する。 • **ケアマネジャー**がかかりつけ医等と連携して、個々の利用者へのマネジメントを行い、適切なサービスへつなぐ。

慢性期の医療提供体制の一体的な確保について

- 高齢者人口の増加に伴い、医療と介護の複合ニーズを有する者、認知症を有する者等が増加することが見込まれており、入院医療、在宅医療、介護保険施設が、それぞれの機能に応じて役割分担しつつ、連携する体制の確保が重要。
- 慢性期の医療需要は、療養病床、在宅医療、介護保険施設のいずれかのみで受け止めるものではなく、地域に既に存在する資源を組み合わせて支えるという観点で検討する必要がある。

慢性期の医療需要の一体的な把握

○　慢性期の医療提供体制の確保に向け、慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを一体的に把握する必要。

療養病床

○　慢性期の必要病床数の見込み
○　現在の療養病床数

		2024年度から2040年度にかけた（必要）病床数推移		
		医療機能	2024年度	2040年度（改革モデル）
構想区域	構想区域名称		病床数	必要病床数
XXXX	○○	高度急性期	XXX	XXX
XXXX	○○	急性期	XXX	XXX
XXXX	○○	包括期	XXX	XXX
XXXX	○○	慢性期	XXX	XXX

在宅医療

○　慢性期、在宅医療の需要の見込み
○　在宅医療を提供する医療機関数
○　訪問看護ステーションの配置・人員の状況・サービス提供範囲、看護師の確保状況
○　訪問歯科、訪問薬剤管理指導等の提供体制
○　訪問介護員の確保状況や看多機の事業所数等

介護保険施設

○　整備の見込み量
○　介護保険施設の定員数・人口当たり定員数
○　協力医療機関の確保状況
○　提供可能な医療行為の範囲

在宅医療の提供・介護保険施設活用の方向性

在宅医療の提供

○　地域における24時間の提供体制の確保に当たり、在宅医療等連携機能を担う医療機関、在宅医療を担う他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等が協同しながら地域で面として在宅医療を支える体制を整備。

介護保険施設の活用

○　広く慢性期医療の需要について、介護保険施設を含め在宅医療や療養病床と組み合わせて対応。
○　介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。

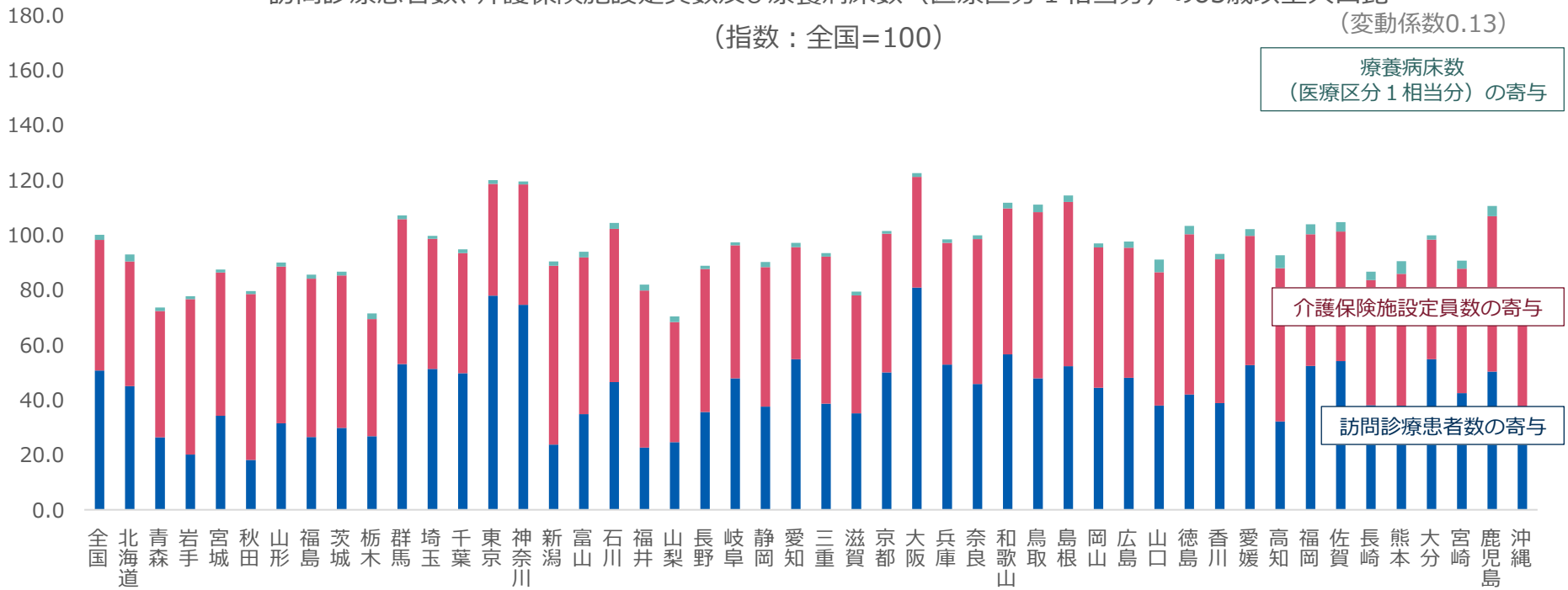
在宅医療、介護との連携に係る個別の課題の把握・協議

慢性期の需要に対応する主な医療・介護サービスの数について（訪問診療患者数、介護保険施設定員数、療養病床数の地域差）

- 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分１）については患者像が重複する場合があり、地域の資源に応じてサービス提供が行われている。訪問診療患者数に係る地域差については、介護保険施設定員数、療養病床数（医療区分１相当分）と合わせると地域差は縮小する。
- 慢性期の需要に対する医療提供体制の整備については、病院だけでなく、在宅や介護サービスの整備も含めた検討が重要。

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

（指数：全国=100）



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

※ 訪問診療患者数については、65歳以上の者に限る。

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

※ 療養病床数（医療区分１相当分）については、都道府県別に、療養病床数（病院、一般診療所及び介護療養型医療施設の合計）に対し療養病棟入院基本料の算定回数に占める医療区分１の算定回数の割合を乗じることにより算定している。

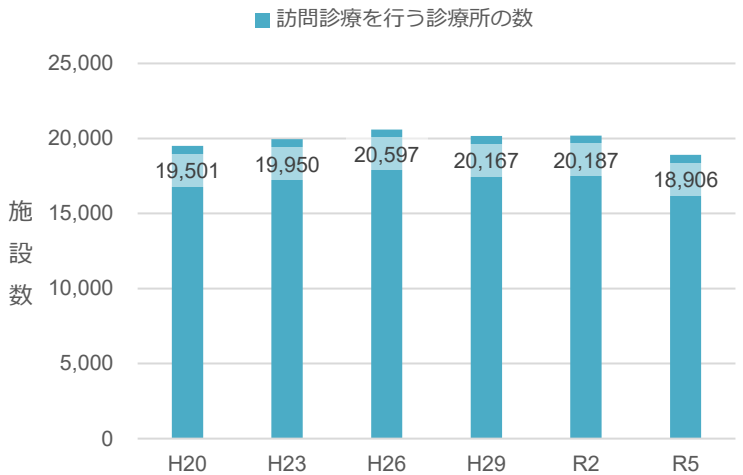
在宅医療に係る提供体制の構築について

在宅医療の現状・課題

○　2040年に向けて、在宅医療の需要の増加が見込まれる中、在宅医療を提供する診療所数は近年横ばいであり、特に人口の少ない地域ほど、在宅医療において病院が担う役割が大きくなる傾向が見られる。

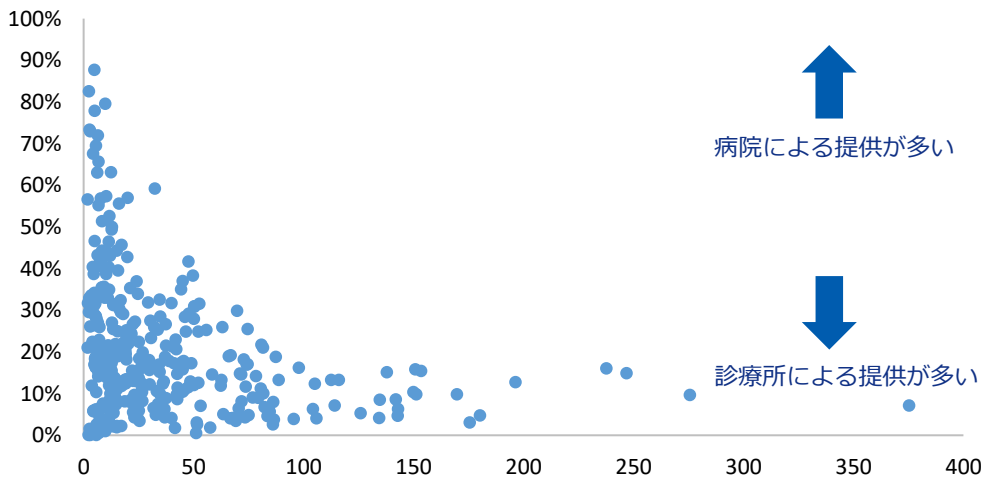
○　また、地域の在宅医療の提供体制の整備に当たっては、訪問診療・往診だけでなく、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護をはじめとする介護保険サービスの提供体制についても併せて検討が必要。

在宅医療を担う診療所数の推移



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

病院の訪問診療料算定割合（人口規模別）



※　訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計

資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

在宅医療に係る提供体制の整備の方向性

○　在宅医療については、地域の慢性期医療の受け皿の一つとして、療養病床や介護保険施設の整備と一体的に考えていくとともに、従来の体制による在宅医療の提供の維持が難しい場合には、地域の病院等が在宅医療等連携機能として新たに在宅医療を担うことも含め、地域全体として必要な在宅医療を提供できる体制を確保していく。

○　在宅医療等連携機能を担う医療機関は、 技術的支援も含めた訪問看護ステーション等との連携や、そのほか歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等との連携体制を構築していくことが重要。

在宅医療等連携機能の確保に係る協議の進め方

協議の進め方

慢性期の医療需要の一体的な把握

- 慢性期の医療需要に対応する体制として、療養病床、在宅医療及び介護保険施設について、地域の資源を踏まえ一体的に検討。
- 慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを踏まえ、将来的な需要量の傾向を把握。

慢性期の医療提供体制としての在宅医療の方向性に係る協議

- 地域における、療養病床数、在宅医療を提供する医療機関数、介護保険施設の定員数等を把握し、現在の医療・介護資源の状況を確認。
- 慢性期の医療需要の見込みに対し、療養病床や介護保険施設を活用しつつ、在宅医療をどの程度提供するかの方向性を検討。

在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割に係る協議

- これまでの在宅医療提供体制の状況や今後の需要及び提供の見込みを踏まえ、在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的に求められる役割や範囲を検討。

在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割について

- 在宅医療等連携機能を担う医療機関に具体的に求められる役割や範囲は様々であり、地域の実情を踏まえ協議を行う。
- また、具体的に担う役割に応じて、診療所や訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関、介護サービス事業所等の在宅医療を支える関係者や高齢者施設等との連携を図っていくことが重要。

自施設で担う役割の例

役割	概要
在宅医療の後方支援	急変時に入院対応が必要な患者の受入先としてバックベッドを確保した上で、必要時の入院受入を行う
往診の実施	休日・夜間等において、診療所のみでは対応が困難な場合に、必要に応じて自ら往診等の診療の補完を行う
訪問診療の実施	小児や医療的ケア児等に対する専門性の高い在宅医療も含め、在宅医療を担 う診療所と連携して、自ら訪問診療を行う
訪問看護の提供	地域の資源の状況に応じて、自施設での訪問看護の提供を行う

他の施設との連携の例

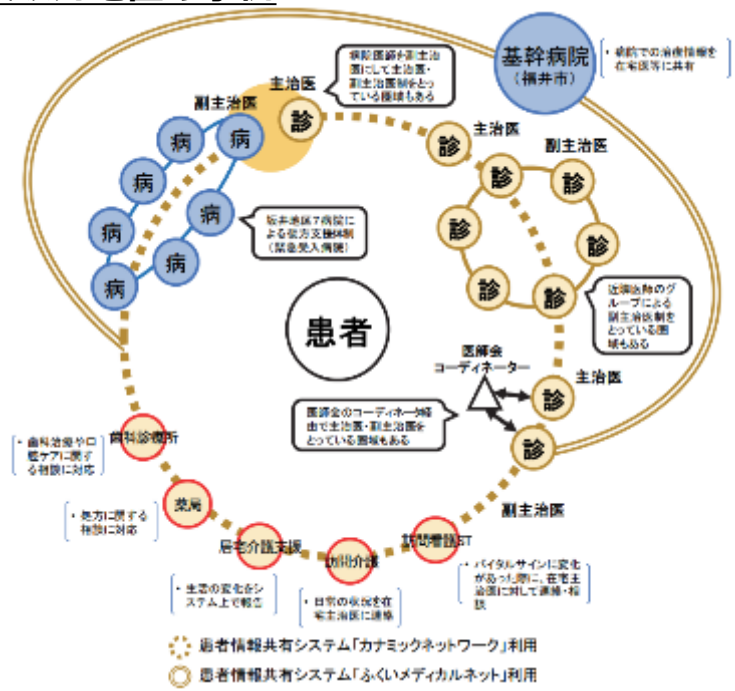
連携先	概要
在宅医療を担う診療所	連携する診療所等との定期的なカンファレンスを開催し、患者情報を共有するとともに、休日・夜間等の連携体制を構築する
歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所等	ICT 等の活用により、患者の病状、服薬状況、口腔機能、栄養状態、ADL、 介護の状況等について、必要な情報を関係者間で平時から共有できる体制の整備や、定期的なカンファレンス、急変時の連絡体制の整備等を行う
高齢者施設等	高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と同様、高齢者施設等の協力医療機関として、入所者の急変時の相談対応や診療、入院対応を行う

在宅医療の病院と診療所、医科・歯科・薬局・看護・介護・行政の連携の事例

○　在宅医療の提供体制の整備に当たって、各地域で医療資源を踏まえながら医療機関等の役割分担･連携等が行われている。

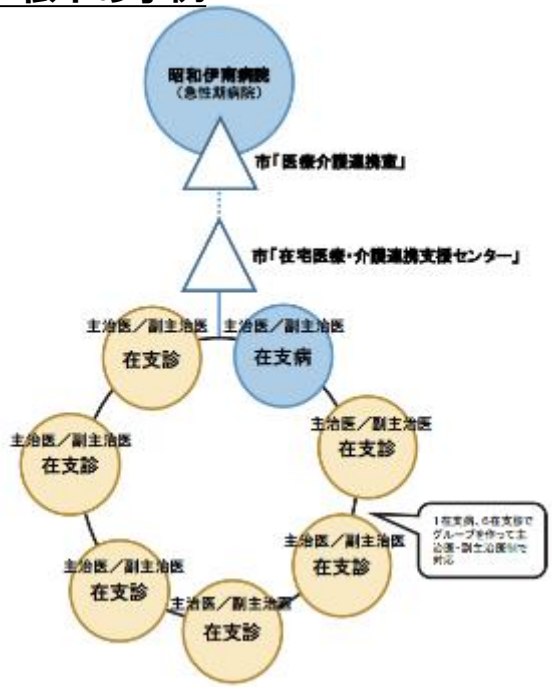
○　病院と診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護、訪問介護等がICTを活用し患者の情報を共有しながら在宅医療を協力して提供する体制を構築している例や、市が中核病院と在宅医療を担う医療機関の連携を推進して患者の在宅医療へのスムーズな移行を推進している例がある。

例）福井県坂井地区の事例



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

例）長野県駒ヶ根市の事例

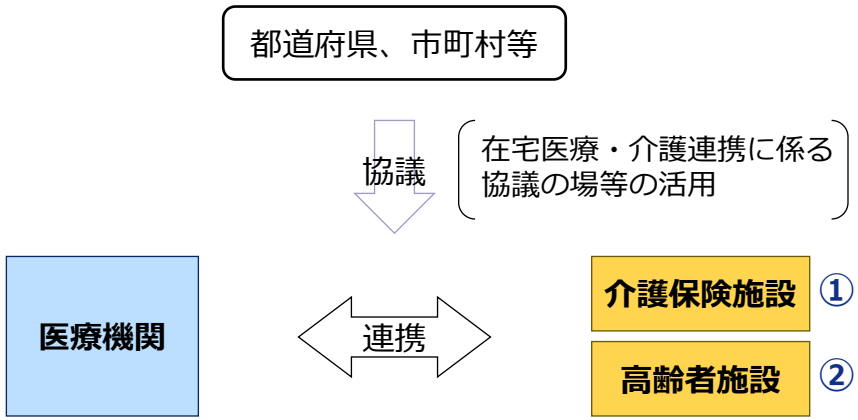


市が市内の中核病院内に「医療介護連携室」を開設、介護支援専門員を配置し、市のサテライト機能として介護・福祉サービスの相談・手続きの窓口を担っているほか、市役所内の在宅医療・介護連携支援センターと連携し、 地域の在支診につないでいる。

資料出所：在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書

医療と介護の相互理解に基づく切れ目のない退院・療養支援体制の構築

- 高齢者の増加に伴い、退院後の受け皿として介護保険施設や居宅サービスを適切に活用できる体制を整備することが重要であり、医療機関と介護保険施設との間で役割や機能の理解を共有し、退院支援及び退院後の受入れに関する連携を進める必要がある。
- また、医療と介護の複合ニーズを有する高齢者施設入所者について、状態変化が生じた際に必要な医療を速やかに受けることができる体制を確保することが重要。



①医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた取組

○　医療機関へ入院した患者について、状態に応じて適切な時期に退院し、その後の療養や生活の場に円滑に移行できるよう、入院患者の退院先として介護老人保険施設、介護医療院、特別養護老人ホームを活用していくことについて、認識を共有し、連携を推進。

【協議事項の例】
- 介護保険施設における医療提供やリハビリテーション等の機能についての理解促進
- 入院中の患者の状態像、介護保険施設での受入可能な状態の整理、共有
- 退院調整に係るタイムスケジュール、情報連携の内容の共有
- 医療機関と介護保険施設のマッチング等（協力医療機関）

②高齢者施設入所者が適切な医療を受けることができる体制の構築

○　医療と介護の双方のニーズを有する高齢者施設入所者について、日常的な健康管理、状態変化時に必要な介入を適時・適切に行い、重症化を未然に防ぐ観点から連携を推進。

【協議事項の例】
- 高齢者施設における協力医療機関の確保
- 利用者の状態変化時における相談、受診及び搬送ルールの整理
- 平時からの診療情報、服薬情報、介護の留意点等の共有
- 状態悪化等による入院後の再入所に係る運用

介護保険施設の比較

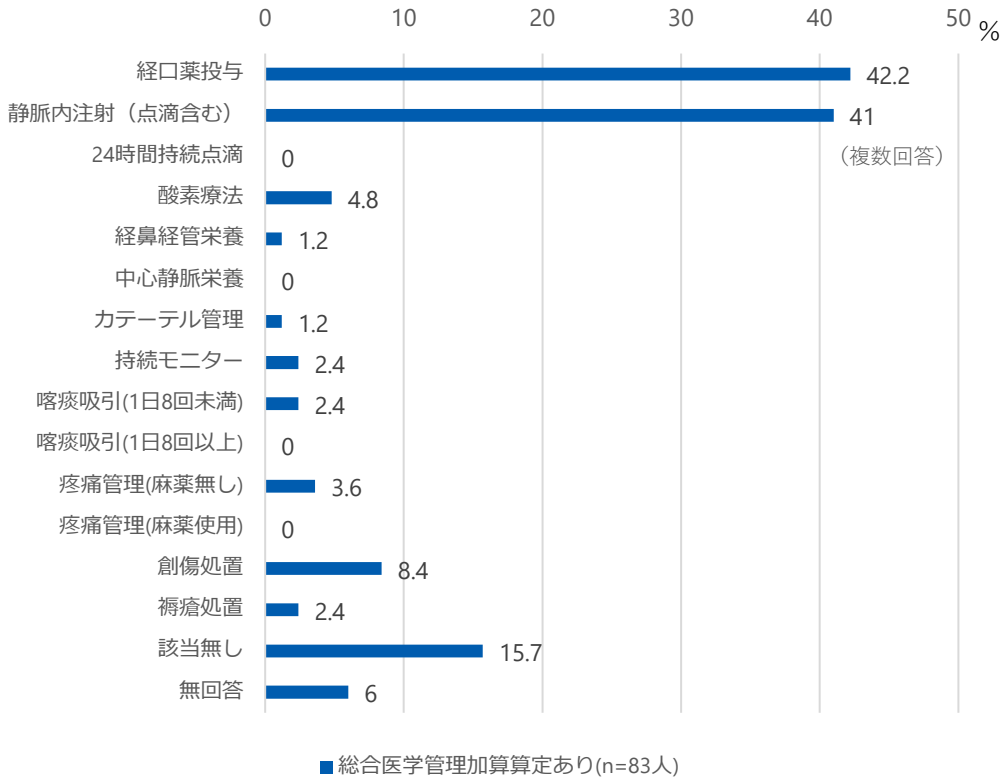
			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
基本的性格			要介護高齢者のための **生活施設** ※27年度より新規入所者は原則要介護３以上	要介護高齢者にリハビリテーション等を提供し**在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設**	要介護高齢者の**長期療養・生活施設**
定義			老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設
主な設置主体※1			社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）
施設数※2			10,982 件	4,188 件	819件
利用者数※2			641,700 人	347,800人	46,700人
居室面積・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
「多床室」の割合※3			19.6%	53.3%	72.1%
平均在所（院）日数※4			1,154日	404日	345日
低所得者の割合※4			62.1%	48.6%	46.9%
医師の配置基準			必要数（非常勤可）	1以上 ／ 100:1以上	Ⅰ型：3以上 ／ 48:1以上 Ⅱ型：1以上 ／100:1以上
医療法上の位置づけ			居宅等	医療提供施設	医療提供施設

※１ 介護サービス施設・事業所調査（令和４年）より　※２ 介護給付費等実態統計（令和６年２月審査分）より　※３ 介護サービス施設・事業所調査（令和４年）より（数値はすべての居室のうち２人以上の居室の占める割合）
※４は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より　　※２及び※３の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

介護老人保健施設等における在宅療養支援機能について

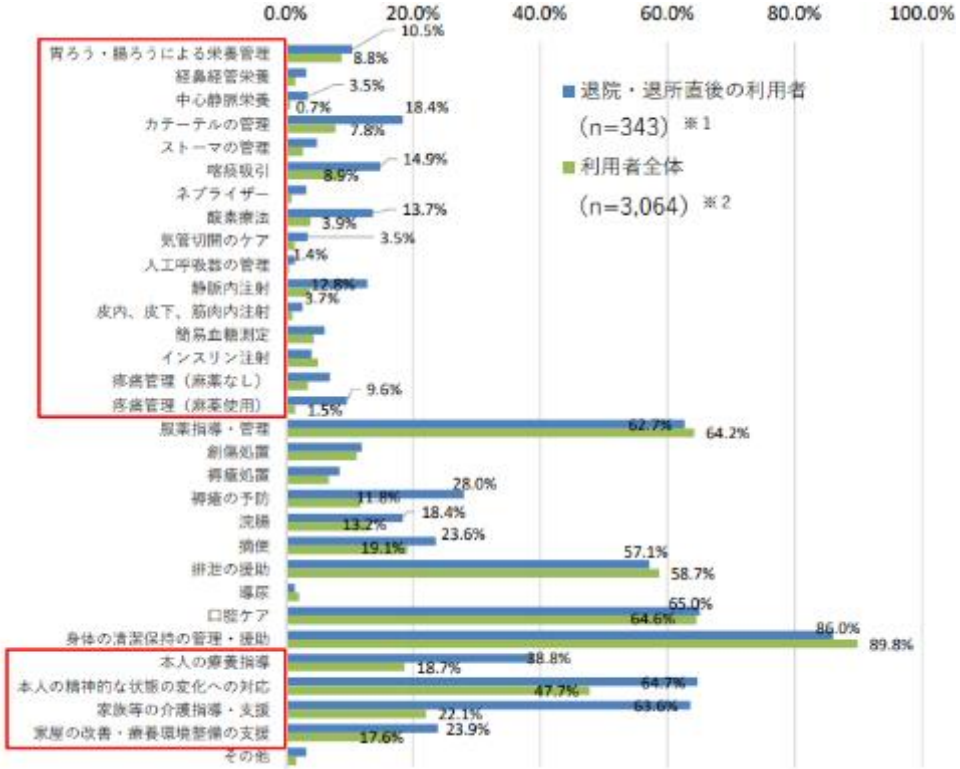
- 介護老人保健施設等における短期入所療養介護は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするための支援を行っている。
- 看護小規模多機能居宅介護における短期利用居宅介護費においても、緊急やむを得ない場合など一定要件を満たした場合、登録者以外の短期利用を可能としており、一定の処置等を実施している。
- こういった、医療処置等を実施する介護保険サービスの活用も含め、慢性期の需要に対する医療提供体制の整備が重要である。

総合医学管理加算算定者に実施した処置



資料出所：令和３年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和５年度調査）
（２）介護老人保健施設及び介護医療院におけるサービスの 提供実態等に関する調査研究事業 報告書

看多機利用者に提供したケア



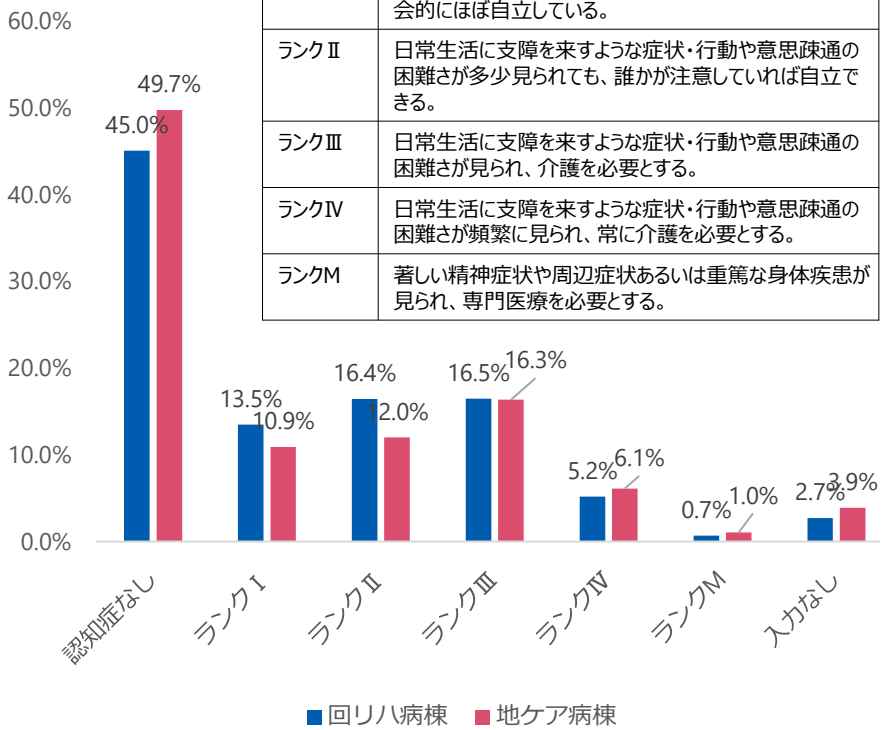
資料出所：※1平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成29年度調査)訪問看護のサービス提供のあり方に関する調査研究事業報告書　※2平成30年度老人保健健康増進等事業「看護小規模多機能型居宅介護及び療養通所介護の特性に関する調査研究事業」報告書(三菱UFJリサーチ＆コンサルティング)

介護老人保健施設における認知症を有する方への対応

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟には、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。
- 活発なBPSDを伴う認知症を有する者の入所希望があった場合、協力病院医療機関の支援を受けて対応可能という施設のほか、身体拘束を行うことなく、認知症短期集中リハビリテーション等を提供することで対応可能という施設が一定数存在しており、こういった施設の活用を検討することで、早期に急性期医療機関からの退院を進める選択肢となることが考えられる。

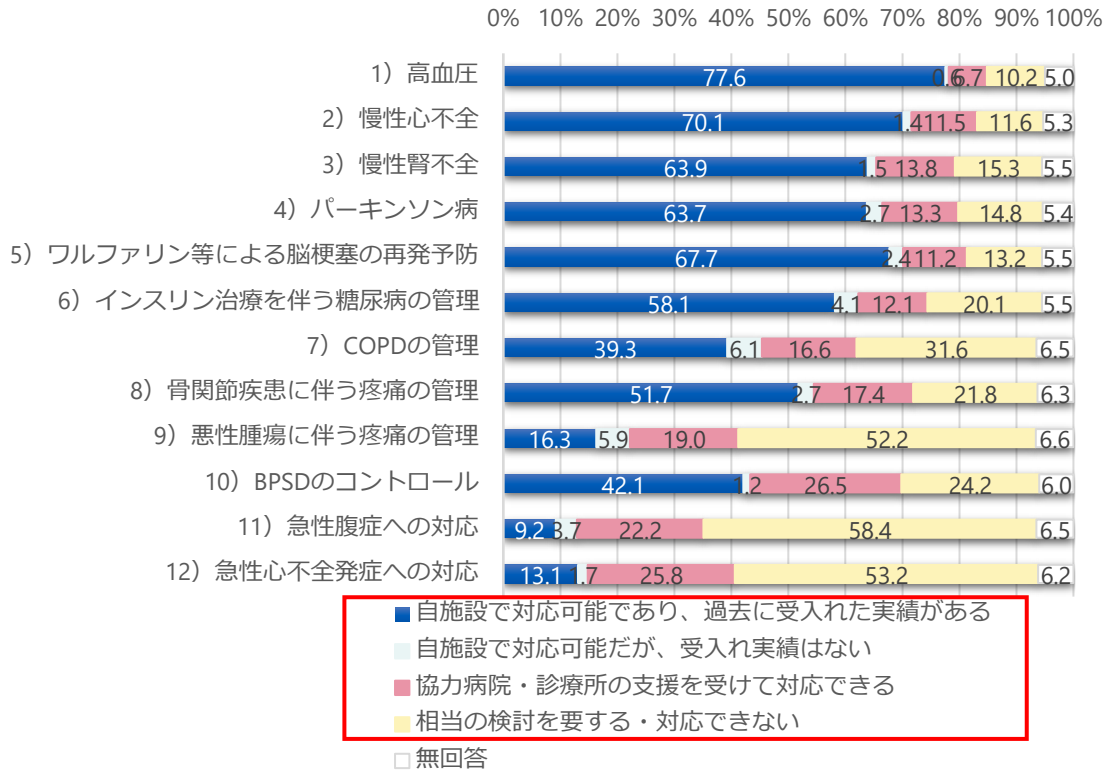
回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準
ランクⅠ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランクⅡ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
ランクⅢ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
ランクⅣ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランクM	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。



資料出所： 2023年DPCデータ

活発なBPSDを伴う認知症を有する方で、以下のような状態の方の入所希望があった場合の介護老人保健施設における対応



資料出所：令和５年度　老人保健健康増進等事業　「介護老人保健施設における医療ニーズへの対応力向上にかかる調査研究事業」

医療機関と介護保険施設の連携

- 介護保険施設において、入所者等の病状が急変した場合等に、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等の要件を満たす協力医療機関を確保することとされており、医療機関と介護保険施設の連携が推進されている。
- 高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能においては、協力医療機関の役割を担うことが求められる。

医療と介護の連携の推進－高齢者施設等と医療機関の連携強化－

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。

協力医療機関との連携体制の構築　省令改正

■　高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

ア　協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。

①　利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

②　診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。

イ　１年に１回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。

ウ　利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

増加する高齢者医療の対応に係る医療と介護の連携

- プライマリーケアの現場で適切にマネジメントすることで入院を防ぐことができる可能性のある状態はACSC（Ambulatory Care-Sensitive Conditions）と整理され、病院搬送や入院の削減に対する研究が国内外で複数示されている。※1,2,3
- ACSCを対象とした取組として、外来受診に係る基準を事前に定め、病院と診療所、介護施設の医師等が共有・連携することで、入院の回避等に努める事例もある。

※１高齢者ケア施設から急性期病院への回避可能な搬送や入院を削減する看護師主導の介入：　スコーピングレビュー（大河原敬文他）日本在宅救急医学会誌2020,4,79-89
※２Connolly MJ，Broad JB，Boyd M，et al : The ‘Big Five’．Hypothesis generation : a multidisciplinary intervention package reduces disease-specific hospitalisations from long-term care : a post hoc analysis of the ARCHUS cluster-randomised controlled trial．Age Ageing 2016 : 45 : 415-420.
※３Koda, M. et al. (2024). Nurse Practitioner Placement in A Nursing Home in Japan, The Journal for Nurse Practitioners, 20(1),104835.

■済生会熊本病院の取組

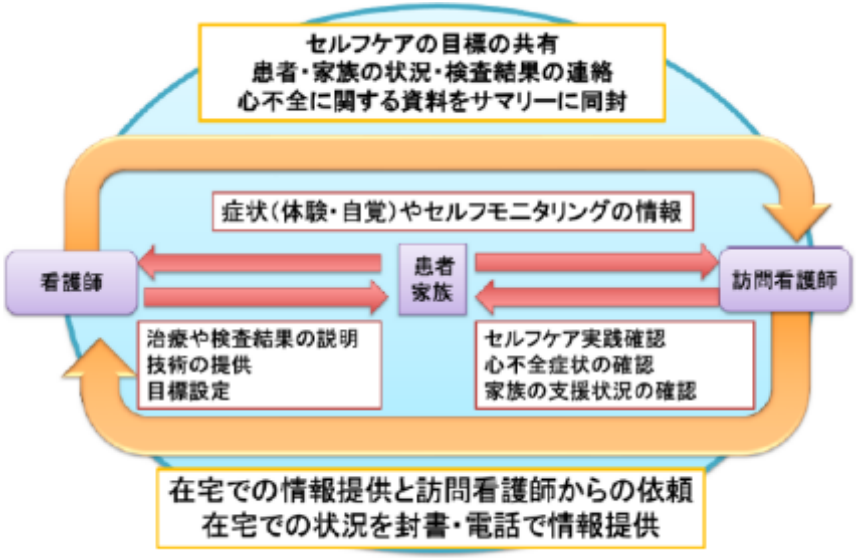
- 日本心不全学会の定義に従い、BNP値35pg/mL以上 or NT-proBNP値125pg/mL以上の場合、躊躇なく済生会熊本病院の外来に紹介。
- **診療所や介護施設の医師と共有、協力することで、多くは外来治療で軽快し、入院を回避。入院となっても短期治療で退院が可能。例えば、特別養護老人ホームの場合は短期で再入所が可能。**

図表５　済生会熊本病院を中核としたアライアンスの概要

- 入院患者数の転院先の半数を締める8病院とアライアンスを形成
- アライアンスが地域の他の医療・介護施設と連携して、継続的な医療・介護サービスを提供する体制を確立

図表６　看看連携による在宅心不全患者の支援

- セルフケアのための教育を、病棟と施設、在宅で、継続的かつ一貫性をもって行う事が必要
- そのため、病院と施設等の看護職間の連携とそれを効果的に行うための共同研修を実施

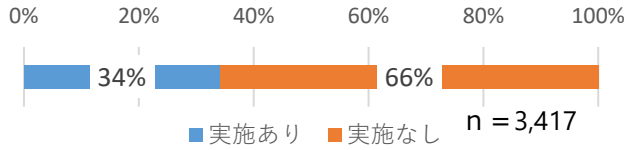


出所：病院83巻10号 2024年10月 (67)819 – (73)825

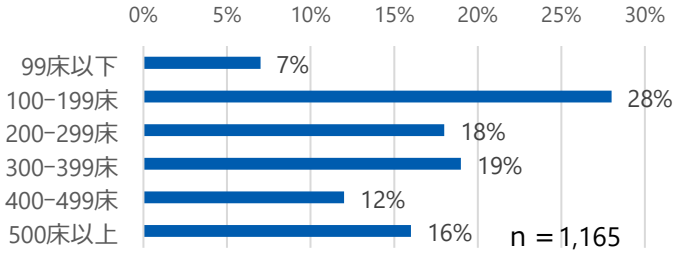
病院と介護保険施設等との連携

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

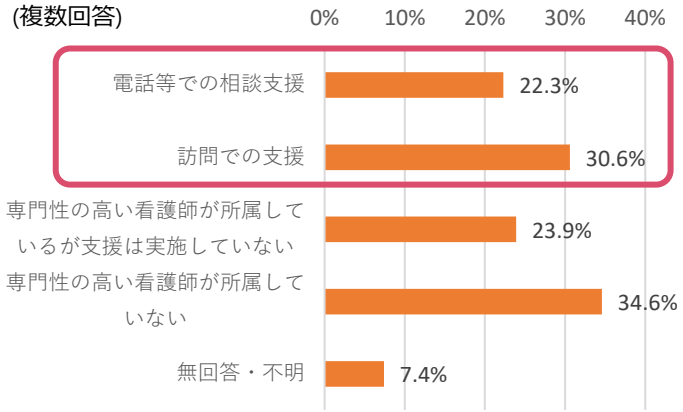
■看護師による介護施設等への支援を実施している病院



■支援実施病院の病床規模割合



■特定行為研修修了者等による地域の介護施設等での活動状況
(複数回答)



■看護師による支援内容別の実施病院割合（複数回答）

調査対象：全国8,079病院　回収数：3,417病院

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

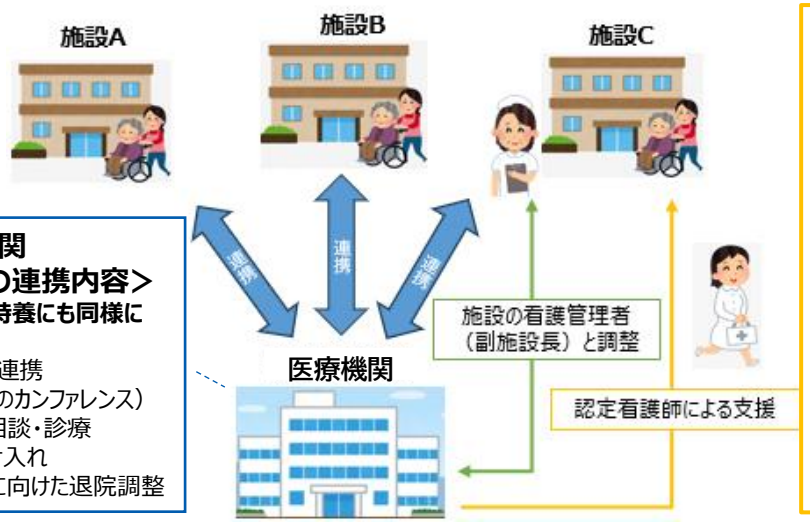
出所：2024病院看護実態調査（日本看護協会）

看護師による平時からの特別養護老人ホーム支援の取組事例

- 特別養護老人ホームの看護管理者と調整し、看護師による情報共有（カンファレンスの実施）等の支援を平時から行っている取組事例がある。
- 本取組事例では、施設の看護管理者から「利用者の穏やかな生活を支え看取り等にも対応可能な体制整備に向け、専門性の高い看護師からの支援を受けたい」との相談を受け、継続的に緩和ケア認定看護師及び、認知症看護認定看護師による、相談・支援を行っている。

＜医療法人社団協友会　吉川中央総合病院の取組＞

対象施設（特別養護老人ホーム：3施設）



＜医療機関としての連携内容＞
※いずれの特養にも同様に実施
・平時からの連携
（月に一度のカンファレンス）
・急変時の相談・診療
・入院の受け入れ
・早期退院に向けた退院調整

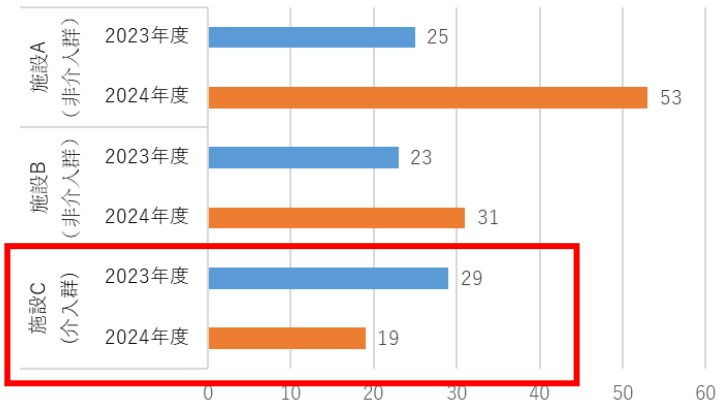
＜支援内容＞
施設からの求めに応じ、看護師が下記支援を実施
※2023年から施設Cに介入開始

緩和ケアCN
・施設内での看取り体制の構築
（マニュアル整備、知識・技術研修等）
・看取りが予想される利用者のケア
・痛みや苦痛に対する緩和ケア
・実施した看取りの振り返り

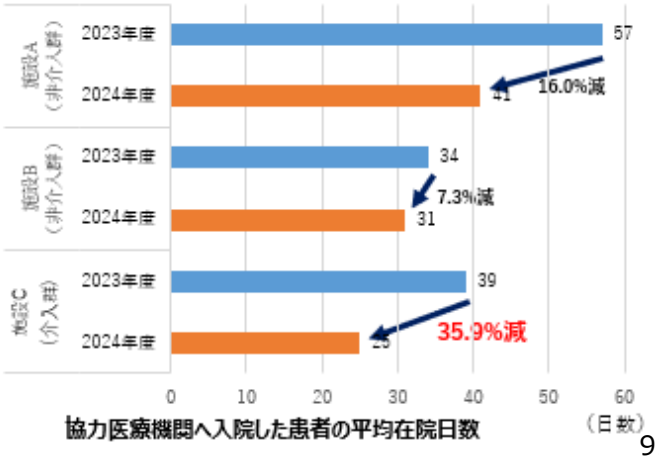
認知症看護CN
・認知症の利用者の困り事に関する相談
・職員や家族・地域に向けた研修
・ケースカンファレンス

○看護師による支援を行った施設では、施設からの搬送患者数が減少した。
○施設から入院した患者の平均在院日数は、いずれの施設からの入院患者も、前年度から減少しているが、なかでも、認定看護師が支援を実施した施設Cは、平均在院日数の減少率が最も大きかった。
○看護師の支援により、応需件数が減少していること、入院しても速やかに施設で受け入れることができている。
○看護の連携によってがんや認知症の症状があっても環境調整を行うことができ、施設で最期まで過ごすことができている。

○施設からの搬送患者数



○施設からの入院患者の平均在院日数



出典：吉川中央総合病院資料「認定看護師による高齢者施設への支援を行った効果～医療と介護の連携を目指して～」

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

- 新たな地域医療構想において、大学病院本院の機能として、医師等に係る人的協力が求められる。地域医療構想に沿った派遣が行われるよう、例として、以下のような取組が考えられる。

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

○大学病院本院は、当該大学病院の医局に属する医師数等を整理し、医局から医師を派遣している都道府県に対して情報を共有する。

- 各大学医局に属する医師数（診療科毎）
- 地域枠医師数
- 構想区域・医療機関別の医師配置状況　等

② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

○地域医療構想調整会議において、以下のような情報を踏まえながら、各医療機関において必要となる医師数を整理する。

- 構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- 上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠の医師数）
- 各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- 構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み　等

③ 都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整

医師を除く各職種の養成・確保等に係る検討状況

- 職種ごとに需給の状況や確保のための対策が異なることから、各職種の検討会等において、需給推計や偏在指標等、実情を踏まえた検討が進められている。

	需給推計、養成・確保等に係る検討状況
歯科医師	• 「歯科医療提供体制等に関する検討会」及び「歯科医師の適正配置に関するワーキンググループ」において、歯科医師の偏在対策を含め今後の歯科医療提供体制のあり方等について検討中 • 歯科医師の需給推計及び診療所歯科医師偏在指標を公表（2026年）
薬剤師	• 2020年～2045年の需給推計を公表（2021年） • 薬剤師偏在指標を含む「薬剤師確保計画ガイドライン」を発出（2023年） • 都道府県が薬剤師偏在指標に基づく薬剤師確保計画を策定（2023年度）し、計画に基づく偏在対策を開始（2024年度～） • 「病院薬剤師の確保及び業務改革推進事業」において、病院薬剤師の確保に係る医療計画への記載事項等を調査（2025年度） • 最新のデータに基づき、薬剤師の需給推計と偏在指標の見直しを行い公表予定（2025～2026年度）
看護職員	• 「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」において、2025年の需給推計を含む、とりまとめを公表（2019年） • 2040年に向けた養成・確保、需給見通し等については、「2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会」において現在検討中
その他	• 「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士分科会」において、2040年の需給推計を含む、理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性を公表（2019年） • 「医療関係職種の安定的な養成・確保に関する検討会」において、医療関係職種の養成・確保の在り方について検討中

看護職員の確保等のための大学病院本院等における取組事例

- 看護師確保等が困難な施設（主に京都府北中部、南部など）へ、京大病院から交流出向する「京大病院から他の医療機関等への交流プログラム」に取組み、当該事業を京都府看護協会に移行、2024年から京都府全域に発展。
- 京都府内の全ての医療・介護・福祉施設等に在籍している看護職に対して、在籍による他施設等への出向の機会を提供するシステムで、センターは、施設間マッチング、出向者支援、人材交流プログラム登録施設拡大を行う。

■ 京都府看護協会京都府看護職連携キャリア支援センター

希望施設は出向希望または受け入れ希望をセンターに申し込む

▼

センターが、希望にマッチする施設等を選定・依頼し出向先を調整する

▼

施設間のマッチング成立

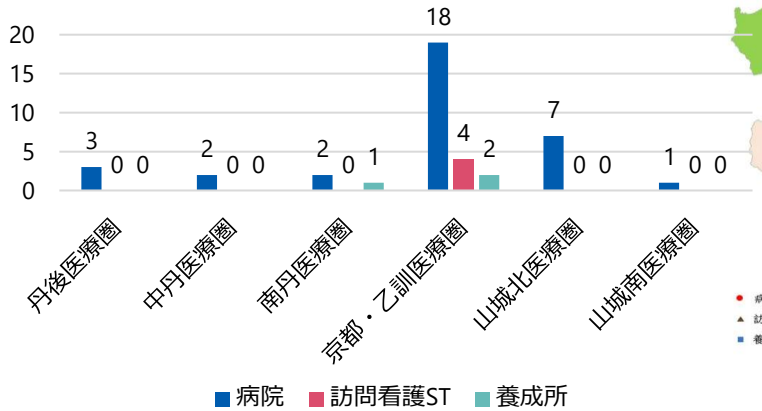
▼

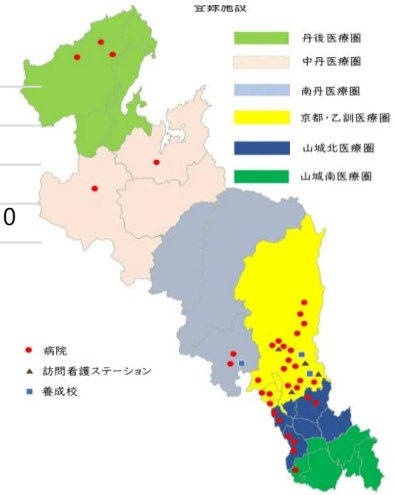
両施設間で詳細を調整し、契約成立
出向開始

▼

出向者は月１回自施設へ戻り面談等を行う
出向中はセンターが状況を把握し、必要に応じてアドバイス及び支援を行う

【登録施設数（二次医療圏別）】





【実績】

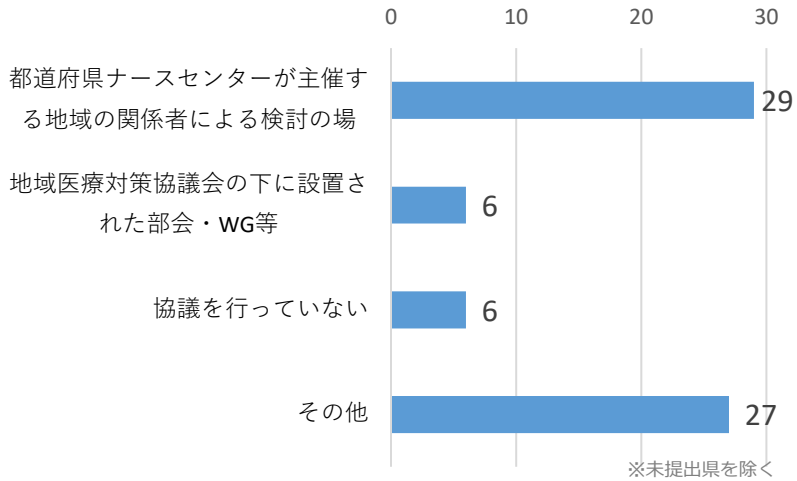
出向元	出向先	部署	出向期間
京大病院	日本パブテスト病院	産婦人科・小児科・内科	2024年4月～11月 ※2023.9からの継続
京大病院	がくさい病院	回リハ病棟	2024年7月～12月
京大病院	京都田辺中央病院	一般病棟	2024年7月～12月
日本パブテスト病院	京大病院	NICU	2024年9月～11月
がくさい病院	京大病院	脳神経外科	2024年10月～12月
学研都市病院	京大病院	呼吸器外科	2025年1月～3月
福知山市民病院	京大病院	呼吸器内科	2025年1月～12月
京大病院	日本パブテスト病院	産婦人科・小児科・内科	2025年3月～2026年2月

資料出所：京都府看護協会京都府看護職連携キャリア支援センター、京都大学医学部附属病院看護職キャリアパス支援センターホームページより作成

看護職員の確保対策に関する都道府県と大学等との連携について

- 都道府県における看護職員の確保対策については、都道府県ナースセンターの主催する会議や、地域医療対策協議会に基づくWG等で実施されている。
- 病院と連携した看護職確保に取り組む必要があると考えている都道府県が一定数あり、大学と連携した取組を協議・検討したいと考えている都道府県も存在する。

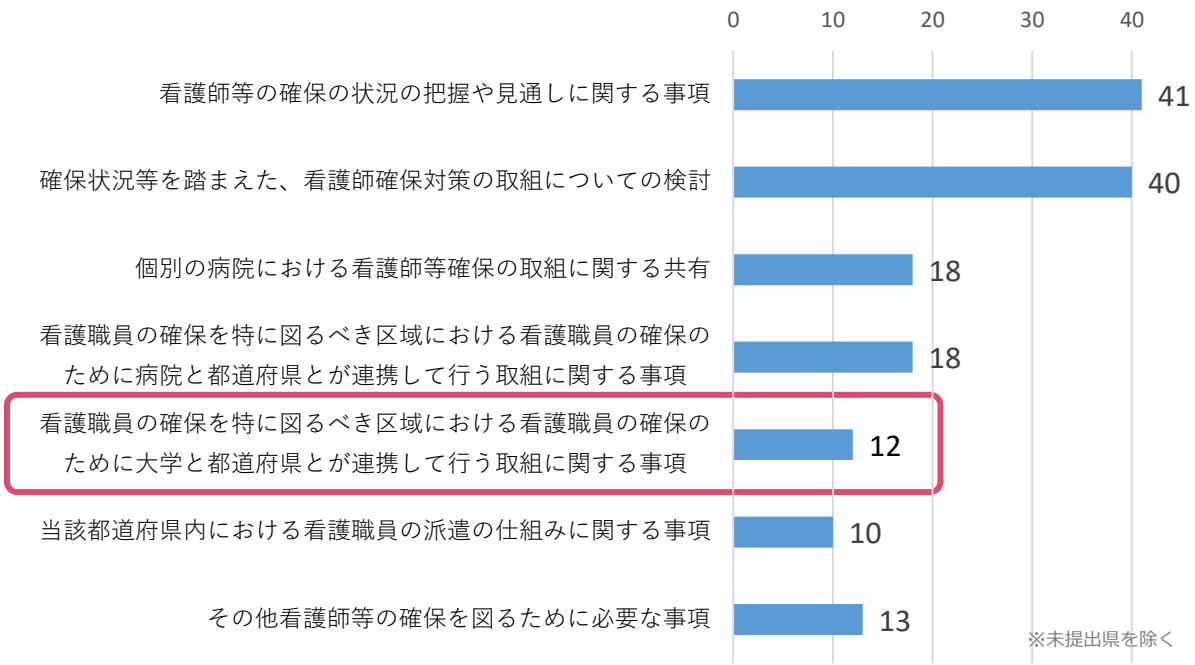
■看護職等の確保対策等に関する協議体の設置状況



<協議を行ってない理由>

- 協議会ではなく、関係団体と意見交換を行っているため
- 看護団体等との連携のもとで、取組を進めているため
- 第8次医療計画策定時に看護職員部会にて協議実施
- 既存病床数が必要病床数を超過しており、病床の機能分化・再編に注力しており、看護師等の確保対策については、調整会議に諮る形では行っていないが、個別施策として対策を行っている。
- 検討中

■今後、協議・検討したい事項



資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

医療計画における医療人材の確保に関する事例

事例①　大阪府　＜１日看護師体験＞

○看護職員の確保・資質向上に向け、府内の高校生等を対象とした１日看護師体験事業を実施し、看護学校への進学者確保につなぐ。

＜実施実績＞※R2～4は新型コロナウイルスの影響で中止

年度	協力病院等数	参加学校数	参加生徒数
R1	143	97	949
R5	122	98	1157
R6	112	77	669

・第８次大阪府医療計画　第９章「保健医療従事者の確保と資質の向上」より抜粋

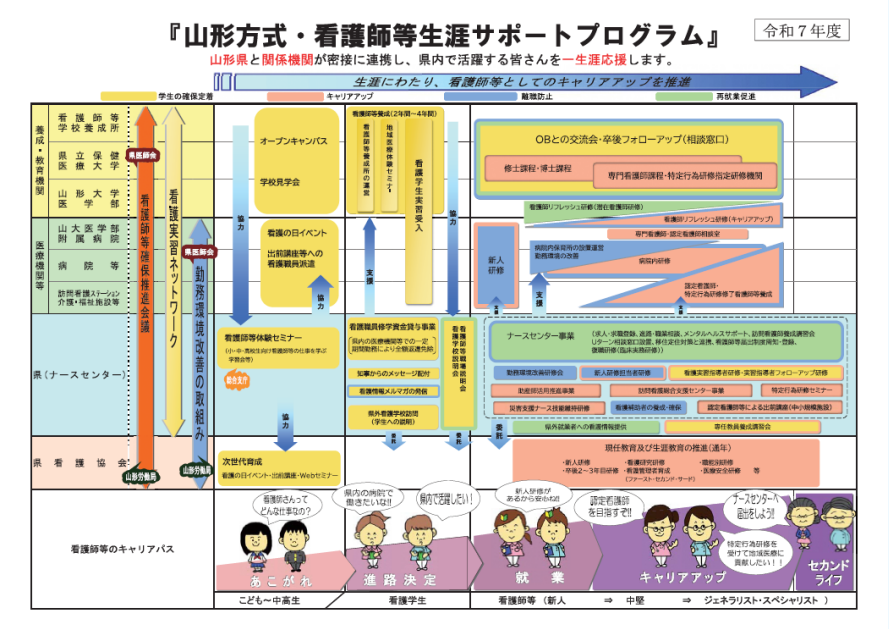
・大阪府HP：【報道機関向け見学会のご案内】一日看護師体験を実施中です。／大阪府（おおさかふ）ホームページ [Osaka Prefectural Government]

事例②　山形県　＜山形方式・看護師等生涯サポートプログラム＞

○学生の確保定着・キャリアアップ・離職防止・再就職支援を施策の柱とした総合的な看護職員の確保対策を推進。

例）・看護学生へのメールによる情報提供や看護師等職場説明会の開催

・院内保育所運営への支援などにより、子育てと仕事が両立できる環境の整備



・第８次山形県医療保健計画　第２部第５章「保健医療従事者の確保と資質の向上」より抜粋（URL：8jihontai.pdf）

大学による潜在看護師の復職支援の取り組み

関西医科大学(大阪府枚方市)では、医療現場を離れた潜在看護師の知識と技術を習得・実践する「学び直しの場」としてリカレントスクールを開講。潜在看護師のスキルアップと不安軽減により、これまで修了生86名中53名が復職し活躍している(令和７年度)。

特徴

1）講師は、看護学部、リハビリテーション学部の教員、附属病院に勤務する医師、専門・認定看護師など
2）講義は、リモートでeラーニングによる多様な学習が自宅で可能（受講用の端末機器は大学より貸与）
3）演習・実習は、対面で最新の医療や看護の知識と技術の習得が可能
4）家事・子育ての両立が可能な講義スケジュール、就職相談および個人面談の実施、修了後に修了生が集まれる場を提供

研修内容

約２ヶ月間　週２～３回
ヘルスアセスメント、感染管理、採血・注射、救急処置、排泄管理、褥瘡ケア、摂食・嚥下ケア、在宅酸素療法などの看護技術に加え、訪問看護、在宅看護、地域連携、多職種連携、認知症看護、がん看護、心不全看護、精神看護、小児看護、エンドオブライフケア、災害看護、医療倫理、最新の薬剤知識などを学ぶ。

実績

1. 修了者数

期	開講時期	定員	受講者数	修了者数
第1期	2019年6月～7月	10	7	7
第2期	2019年10月～12月	10	7	6
第3期	2020年10月～12月	10	5	5
第4期	2021年6月～7月	10	中止	
第5期	2021年10月～12月	30	32	30
第6期	2022年10月～12月	10	9	9
第7期	2023年10月～12月	10	8	8
第8期	2024年10月～12月	10	10	10
第9期	2025年10月～12月	10	11	11
		合計	89	86

2. 就職施設

施設	人数
訪問看護ステーション	9
関西医科大学系列　訪問看護ステーション	8
中小病院(100～499床)	8
公的機関	3
クリニック	5
関西医科大学附属4病院	5
老人介護・デイサービス	4
北河内メディカルネットワーク参加医療機関	1
その他	10
合計	53

職員の知人等の復職希望者へ声かけや**沿線での広報**など、受講生の確保を工夫している

研修修了者**86名のうち、これまで53名**が復職
関西医科大学の**関連施設だけでなく、地域の医療機関や施設への就職実績**あり。

修了生の声

復職するきっかけとなるので、**より多くの方に受講していただきたい**

e-learningは学びが詰まっていて、自宅で**何度も見直すことができた**

学び直しだけでなく、**就職支援のサポート**までしてくれた

演習では採血などの**練習が十分できたので、自信に**つながった

出典：関医・看護師リカレントスクール　https://www.kmu.ac.jp/recurrent/index.html