

新たな地域医療構想について

1. 新たな地域医療構想の記載事項
2. 国の検討状況
3. 今後のスケジュール

医療政策課

1. 新たな地域医療構想の記載事項

1-1 R6.12 新たな地域医療構想に関するとりまとめ

令和6年12月18日 厚労省資料

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

1-2 新たな地域医療構想の記載事項

令和6年12月18日 新たな地域医療に関するとりまとめ 16頁より抜粋

- 地域医療構想の具体的な記載事項としては、以下の事項を盛り込んだ上で、新たな地域医療構想の実現に向けて、データに基づき、PDCAサイクルに沿って医療機関機能及び病床機能の確保に向けた取組を推進することが適当である
 - ・ 地域の医療提供体制全体（入院医療、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等）の将来のビジョン・方向性
 - ・ 構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
 - ・ 構想区域における将来の病床数の必要量
 - ・ 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
 - ・ 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
 - ・ 医療機関機能の情報提供の推進
 - ・ 病床機能の情報提供の推進
- なお、これらの具体的な記載内容等については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

1-3 現行構想と新たな地域医療構想（医療法の文言の観点）

新（改正後の医療法第30条の3の2各号※）	現行（医療法第30条の4第2項第7号～9号）
将来の医療提供体制の基本的な方向に関する事項	—
構想区域 ＝地域における医療機関機能及び病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域	構想区域 ＝地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域
構想区域における将来の医療機関機能の見通し	—
構想区域における将来の病床数の必要量	構想区域における将来の病床数の必要量
地域医療構想の達成に向けた医療機関機能の分化及び連携の推進に関する事項	—
地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項	地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項
医療機関機能又は病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項	構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項
医療機関機能に関する情報の提供の推進に関する事項	—
病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項	病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項

※ 令和7年12月12日に公布の医療法等の一部を改正する法律第2条による改正後の文言。



- 具体的に記載すべき内容は、
実務的には、令和7年度中に国が策定予定の「新たな地域医療構想策定ガイドライン」
法的には、改正後の厚生労働省令等（現状、改正案に関する情報無し）
により明確化される

2. 国の検討状況について

2-1 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の開催状況

第1回 (R7.7.24)	・地域医療構想及び医療計画等に関する検討会及びワーキンググループの議論の進め方等について
第2回 (R7.8.8)	・新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（医療機関機能・医療従事者の確保）
第3回 (R7.8.27)	・新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方）
第4回 (R7.9.11)	・医師偏在対策について
第5回 (R7.10.15)	・新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（構想の策定・取組の進め方、病床等の医療需要の見込み）
第6回 (R7.10.31)	・新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（医療機関機能、構想区域、地域医療構想調整会議等）
第7回 (R7.11.14)	・医師確保計画の見直しについて
第8回 (R7.12.12)	・新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（高齢者救急、医療機関機能） ・医師確保計画の見直し等について
第9回 (R8.1.16)	・新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（医療需要の推計等、医療機関機能報告・病床機能報告） ・医師確保計画の見直し等について
第10回 (R8.1.28)	・新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（地域での協議、構想区域に関する協議、医療機関機能に関する協議、地域医療構想調整会議のあり方、精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制（報告））
第11回 (R8.2.20)	・地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 新たな地域医療構想とりまとめ（案）について



○ 新たな地域医療構想策定ガイドラインの策定等の時期は、令和8年3月末と予想される。
⇒ 県としては、上述の検討会やWGでの議論をフォローアップすることで、令和8年度以降の検討に備えているところ

2-2 記載事項と検討事項等の関係の概観

令和7年10月15日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想の進め方 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進 	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進 	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

構想区域について（案）

- 構想区域を大きく設定する場合及び小さく設定する場合のいずれであっても留意点が存在し、構想区域の設定については、都道府県が地域の実態を踏まえながら柔軟に設定することが重要。
- 構想区域については、①医療提供体制構築、②必要病床数運用、の2つの大きな役割があるところ、それぞれの観点を踏まえながら実態にあわせて設定されることが必要。
- 構想区域の見直しに当たっては、単に2つ以上の区域を1つにする以外に、例えば、区域の交通の状況や現に存在する急性期を担う医療機関の分布状況等を踏まえて2つに分割し、それぞれ別の区域と統合することも考えられる。



- 大都市においても大きな圏域として運用することが実効的な場合もあるとの指摘も踏まえ、区域の設定にあたっては、急性期拠点機能の確保等の提供体制の協議として適切な範囲か、必要病床数の運用として適切な範囲かといった観点を踏まえて、都道府県が地域の協議を通じて、適切な規模となるよう点検し、見直すこととしてはどうか。
- また、異なる都道府県間で隣接する区域であって、相当の流出や流入が存在する場合、医療機関機能の確保やアクセスの確保等、都道府県間で協議することが望ましいことについてガイドラインにおいて位置づけることとしてはどうか。
- 区域の設定にあたって、地理的な線引きをする際、区域の境界部に医療機関が存在し、患者が隣接区域から流入している場合や当該区域には病床が少ないものの隣接する区域に医療機関が存在する場合等が想定される。こうした場合に、必要病床数や基準病床数の観点では、当該区域においては増床が可能であっても、隣接する区域や当該都道府県全体等では、病床数が既に十分に存在する場合も考えられる。このため、増床にあたっての地域での取扱いについて、例えば、広域な区域のうち特定の地域で病床が既に十分に存在するような場合等においては、当該区域内で増床が望ましい地域を整理することや隣接する区域の病床の状況も合わせて増床を検討する等の運用方法を、地域医療構想調整会議等で議論することとして位置づけてはどうか。
- 二次医療圏や5疾病6事業において設定されている各領域ごとの圏域については、個別の領域ごとに適切な範囲で設定されているが、がんや循環器、周産期において麻酔科医や周術期の看護師のように共通して確保が必要な医療資源を将来にわたって確保する観点も踏まえて、第9次医療計画において検討することとしてはどうか。

構想区域の役割について

- 構想区域については、①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のための、大きく2つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

構想区域 の 役割

① 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

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒人口20～30万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

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、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、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

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

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

2-4 構想区域における将来の医療機関機能の見通しに関する議論

令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

医療機関機能について

R7.10.31 第6回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1から抜粋

医療機関機能の考え方

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

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の实情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の实情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の实情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>※ 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</p>

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

- 「新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ」において、急性期拠点機能について【報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。】、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能については、【地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定】とされている。
- 急性期拠点機能は、地域において急性期医療に係る症例や医療資源等を集約することが必要。地域で急性期の拠点として必要な機能の数については、人口規模等を踏まえながら検討する必要があり、また、どの医療機関が当該機能を担うかについては、手術件数、救急車の受入台数などの診療実績をもとに、建築時期や地理的条件なども踏まえながら、地域において協議する必要がある。
- 人口の少ない地域においては、当該地域内で急性期拠点機能を確保することが考えられるが、一定の人口規模のある地方都市型においては、複数の急性期拠点機能を確保することが考えられる。
- 消化器外科や整形外科など、高齢者に限らず頻度の高い全身麻酔手術の実施体制は地域で確保する必要があり、そのための麻酔科医を効率的に確保するためには、手術を提供する医療機関において複数の診療科、一定の症例数に対応することが求められる。一方で、特に人口の少ない地域では麻酔科医を確保していくことが困難。
- 地域において急性期拠点機能に関する協議を行う際には、救急車の件数、全身麻酔の手術件数、緊急手術の件数、高度急性期及び急性期の病床数・稼働率医師数等の医療の提供状況等に関するデータの他、医療機関の築年数や医療機器の状況等も参考とすることが考えられる。
- その際、救急車受入れ件数のような、機械的な要件を満たした場合に当該機能を選択するといった制度設計にすると、医療機関にとって目標値のような扱いになり、適切な機能分化に影響を与えることも懸念されることには留意が必要。
- 高齢者救急・地域急性期機能は、地域における一次救急等の機能が求められるほか、在宅医療等連携機能とともに、高齢者施設等との協力体制が求められる。
- 急性期拠点機能の数については、人口の少ない地域については一つ、地方都市型等における拠点機能の数は人口規模に応じて設定することとしてはどうか。東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く地域格差是正や医師偏在などの課題が指摘されていることも踏まえ、その取扱いについては例外的に定めることとしてはどうか。
- 急性期拠点機能について、地域で協議する際には、救急車の件数、全身麻酔の手術件数、緊急手術の件数、急性期を担う病床数・稼働率、医師数等の医療の提供状況等に関するデータの他、医療機関の築年数等、今後必要となる施設整備などの観点も参考にすることとしてはどうか。なお、それらの値については、絶対的な基準とした場合の留意点も踏まえて整理することとしてはどうか。
- 高齢者救急・地域急性期機能について、高齢者救急を受け入れ、入院早期からのリハビリ等の実施が可能なこと、高齢者施設等の協力医療機関となることに加え、地域によって救急搬送等の受入れ実態、求められる役割が様々であることを踏まえ、その機能として、救急の受入れ件数の他、例えば、施設等からの受入れを地域で開放して、平日日中の救急車を受け入れるような地域間での合意・連携体制がとられていること、また、診療所が少ない一部の地域では、一次救急等の外来医療を提供していることを求めることとしてはどうか。
- 在宅医療等連携機能について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や高齢者施設等の協力医療機関となることや、協力状況を地域の医療機関、高齢者施設、消防などとの間で共有することを求めることとしてはどうか。さらに、地域において在宅医療の提供が少ない場合は、訪問看護ステーションを有する等、常時在宅医療や訪問看護を提供すること等が考えられる。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

R7.8.27 第3回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1から抜粋

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<p>100万人以上</p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	<p>50万人程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	<p>～30万人</p> <p>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる <p>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能の役割分担について（案）

- 救急搬送件数は、年々総数が増加しており、人口あたり救急搬送件数も増えている。また、都道府県ごとにも人口あたりの救急搬送件数はばらついており、救急搬送の件数は地域性等の社会的要因によっても増減する。
- 高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関や包括期機能の病床では、高齢者救急についての受入やリハビリの提供等を担うことが求められる。
- 高齢者の急性期患者については、大学病院本院や手術件数の多い医療機関でも一定の役割を担っている。
- 今後は急性期拠点に手術は集約化する中で、増加する救急搬送は高齢者救急・地域急性期機能を有する医療機関での受入が期待され、それに応じた搬送体制の協議が必要。
- 症例や診療体制の集約による医療従事者の働き方の確保や医療の質の担保に向けた術者の症例数の確保等の観点から、急性期拠点機能を有する医療機関には、外科医や麻酔科医等についての人的協力が行われることが見込まれる。
- 地域においては、例えば災害時に医療を提供する災害拠点病院や、新興感染症発生時に必要となる病床を予め確保する取組等が行われており、こうした取組等との整合性の確保も必要。



- 救急搬送の増加が見込まれる中で救急医療提供体制の確保に向けては、都市部等で見込まれる高齢者救急の増加分は高齢者救急・地域急性期機能が主として対応する等の役割分担等による受入体制の構築・強化とともに、患者・市民や介護等との連携による救急の適正利用の推進も重要。特に、医療機関の役割分担については、地域において、医療需要の変化に関するデータや診療実態を踏まえながら、手術等の役割分担や救急搬送先について協議事項として位置づけてはどうか。
- 急性期拠点機能を有する医療機関については、一定の人員や症例を集約することとなるため、手術等に限らず、医療計画で定められた事項や災害時の対応や新興感染症発生時の対応等、人口規模や地域の実情に応じた役割を担うことが期待される。具体的に担うことが期待される役割について整理し、急性期拠点機能の確保に向けた協議事項として位置づけてはどうか。

急性期拠点が担うことが考えられる役割の例（案）

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

概要		考え方等
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院)	災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う病院を確保	<ul style="list-style-type: none"> ・地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 ・24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保	都道府県と医療措置協定を締結し、病床確保、発熱外来の実施、自宅療養者への医療の提供、後方支援、医療人材派遣へ協力。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医育を実施	例として、臨床研修については、臨床研修を行うために必要な症例があることや適切な指導体制を有していること等が求められる。医師として一定の診療能力を身につけるに当たっては一定の症例数が必要であることから、特に急性期拠点は医育に協力することが求められる。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する	今後、生産年齢人口を含めた人口が減少する中、手術等の医療資源を多く必要とする医療へのニーズの減少が続く。こうした中、効率的かつ持続的な急性期医療提供体制の確保のため、一定の病床は確保しつつも、必要に応じ、病床の適正化（ダウンサイズ）等を行う。
地域への医師の派遣	相対的に医療資源の多い急性期拠点から、地域のそ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する	大学病院本院は、急性期拠点へ医師を派遣し、急性期拠点は、地域の医療機関に医師を派遣する

高齢者救急の制度的な位置づけについて（案）

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



救急搬送先の選定

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

必要病床数における位置づけ

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

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

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

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

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

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

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

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

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

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

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保

2-5 構想区域における将来の病床数の必要量に関する議論

令和6年12月3日第13回新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

病床機能について（案）

R7.10.31 第6回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1から抜粋

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

必要病床数について（案）

- 2025年に向けた地域医療構想において、必要病床数は、機能別の病床数の必要量を推計した上で、将来における病床の機能分化・連携の推進を目的に活用してきた。足元の性・年齢階級別の入院受療率や病床稼働率が変わらないと仮定し、必要となる病床数の推計（現状投影）した。
- 他方、がんをはじめとする急性期の入院医療の提供は効率化が進み、在院日数の減少や、外来治療への移行等の取組が進んでいる。また、地域医療構想の取組等により入院受療率は低下し、実際の入院患者数は推計よりも減少している。
- 回復期リハビリテーション病棟における疾患は、脳血管疾患と整形外科が多い。脳血管疾患の患者数は、年々減少してきており、急性期を経過し、ADLの向上や在宅復帰を目的とした集中的なリハビリテーションを受ける患者数も減少することが考えられる。整形外科疾患について、地域包括ケア病棟と比較して、同じ疾患であっても平均在院日数が長い。大腿骨近位部骨折については、急性期の入院後、自院で急性期以外の病棟に転棟して退院するより、他の医療機関に転院した場合の方が在院日数は長い傾向がある。
- 今後包括期を担うと期待される病棟が整備されており、急性期の病院から他院でリハビリテーションのため入院される場合でも個別の協力・連携体制が構築されている事例がある。
- 病床機能報告について、県ごとに独自の基準が設定され、報告実態にばらつきがある。



- 必要病床数の算定に当たっては、医療技術の進歩や医療提供の効率化の取組等の複数の要因から受療率は低下してきていることを踏まえ、改革モデルとして受療率の低下を組み込んで計算することとしてはどうか。また、包括期機能について急性期機能の病床にかわって高齢者等の急性期患者を受け入れることや回復期リハビリテーションの効率的な提供、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組による効率化等を、改革モデルとして組み込むこととしてはどうか。
- 病床機能報告において、病床機能区分の選択にあたって客観的な報告に資するよう、入院料の種類ごとに対応する機能区分の目安を整理することとしてはどうか。

2-6 介護との連携について

R7.8.27 第3回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1から抜粋

介護との連携について (案)

- ・ 在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部（医療区分1）については患者像が重複する場合があります、地域の医療・介護資源に応じた受け皿の検討が必要。
- ・ 地域での協議に向けて在宅医療、療養病床、介護保険施設、訪問看護等の資源や提供実態については、県や市町村で把握している情報、公開されたデータによりおおよそ把握可能である。
- ・ 療養病床や介護施設においては、病床数や定員数等の都道府県で把握できる情報を踏まえると、提供可能な量を一定程度把握可能であるが、在宅医療については、在宅医療を提供する病院・診療所ごとに提供可能な量にばらつきがあること等から、都道府県での把握には課題がある。
- ・ これらの需要を把握するにあたり、必要な情報は病床機能報告やNDB等を活用して国から提供することも必要であるが、在宅医療については、訪問看護のレセプトで把握している「訪問した場所」の情報がない等の課題がある。
- ・ 区域内において、在宅医療が多く実施されているところと、あまり実施されていないところが存在する。
- ・ 第8次医療計画においては、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況など踏まえて、地域での在宅医療の協議に当たって、二次医療圏に限らず弾力的な圏域の設定が可能とされている。
- ・ こうした在宅医療等の需要が見込まれる患者については、療養病床や介護保険施設も併せて考えることが適当であるため、二次医療圏ごとに把握・市町村と協議することが求められてきたが、効果的になされていないケースも存在する。
- ・ 全ての小さな地域を設定して追加的な会議体を設けることにより、都道府県等の負荷が高まり、結果として実効性のある協議を行えない等の懸念があるため、これらの協議については、構想区域内の特に課題のある地域を抽出して重点的に議論を行うこと、既存の会議体を活用すること等が考えられる。
- ・ 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。
- ・ 地域の介護施設等に対して、医療ケア等に関する支援を行う病院が多数存在しており、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考えられる。

介護との連携について (案)

R7.10.31 第6回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1から抜粋

- 患者像の重複しうる在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部の提供体制の検討にあたっては、それぞれの提供実態等のデータを踏まえてそのあり方の検討が必要。療養病床は構想区域、二次医療圏単位で確保を検討されるものであることや、小さな単位での検討の場を多数作るとは、運営上の課題が懸念されることを踏まえると、構想区域単位等の範囲で都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者等が将来の提供について検討することとし、圏域内において提供体制について特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、具体的に検討することとしてはどうか。
- 検討にあたっては、療養病床の病床数、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等をあわせて検討することが考えられる。こうしたデータについて、都道府県で把握しているもの、データとして公開されているものだけでは、在宅医療の提供実態の把握に課題がある場合があるので、必要なデータについては国が都道府県に提供することとし、そのために必要なデータについては国で把握すること等の対応を検討してはどうか。
- 医療と介護との連携は、協力医療機関と介護保険施設・高齢者施設等の間のみならず、急性期医療を担っている病院を中心とした連携など、様々な類型が考えられる。救急搬送について、今後、85歳以上の高齢者の増加に伴い、更に件数が増加することが見込まれる中、効率的かつ持続可能な救急の維持のため、可能な限り日中の時間に外来を受診する等の取組も重要となる。そういった前提のもと、介護保険施設の協力医療機関としての役割については、例えば、介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく等の地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められる。
- 具体的な事項については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで検討することとしてはどうか。なお、その際、介護との連携については、関係者が連携の参考とできるよう、知見を集積し共有できるようにすることとしてはどうか。

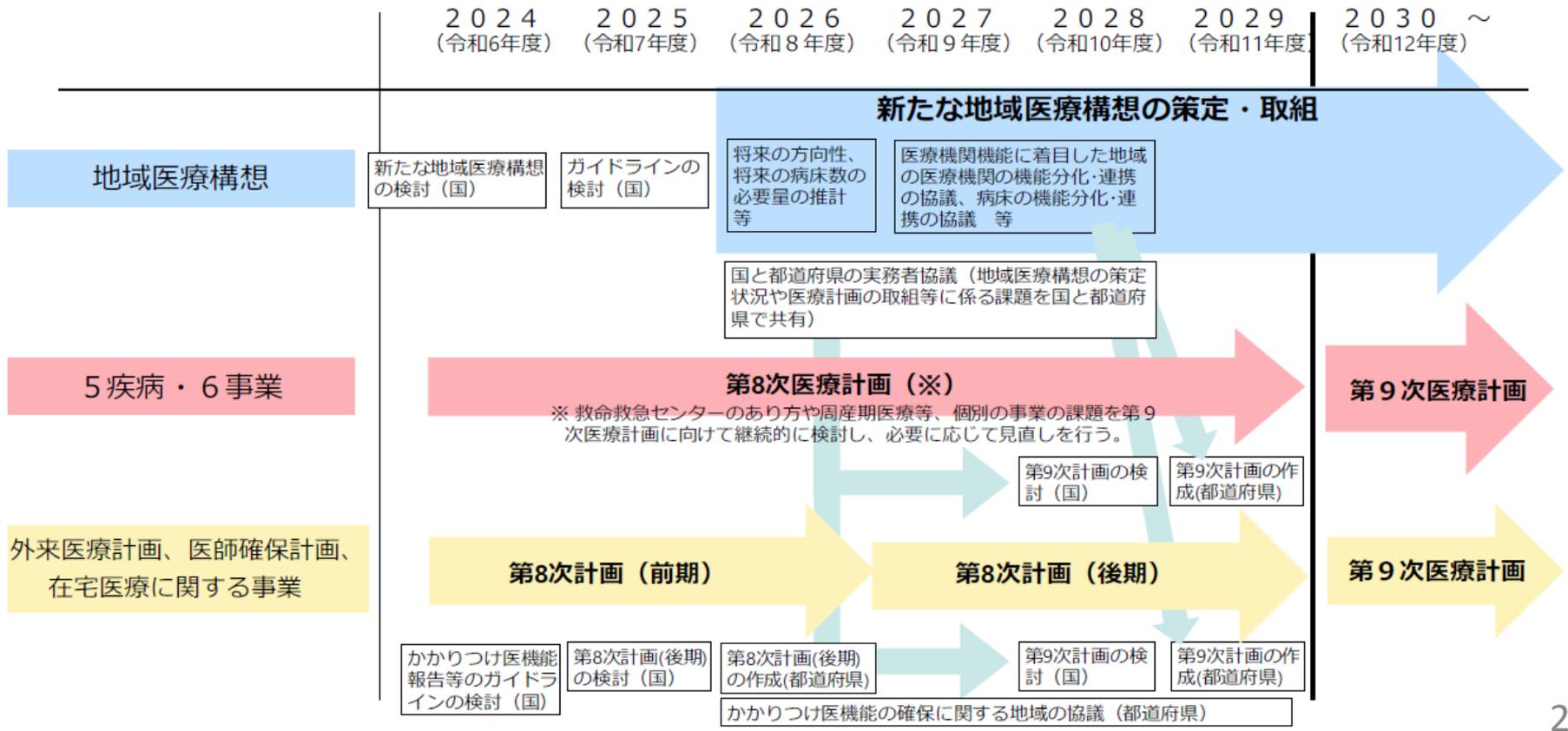
3. 今後のスケジュール

3-1 国の資料における記載の状況

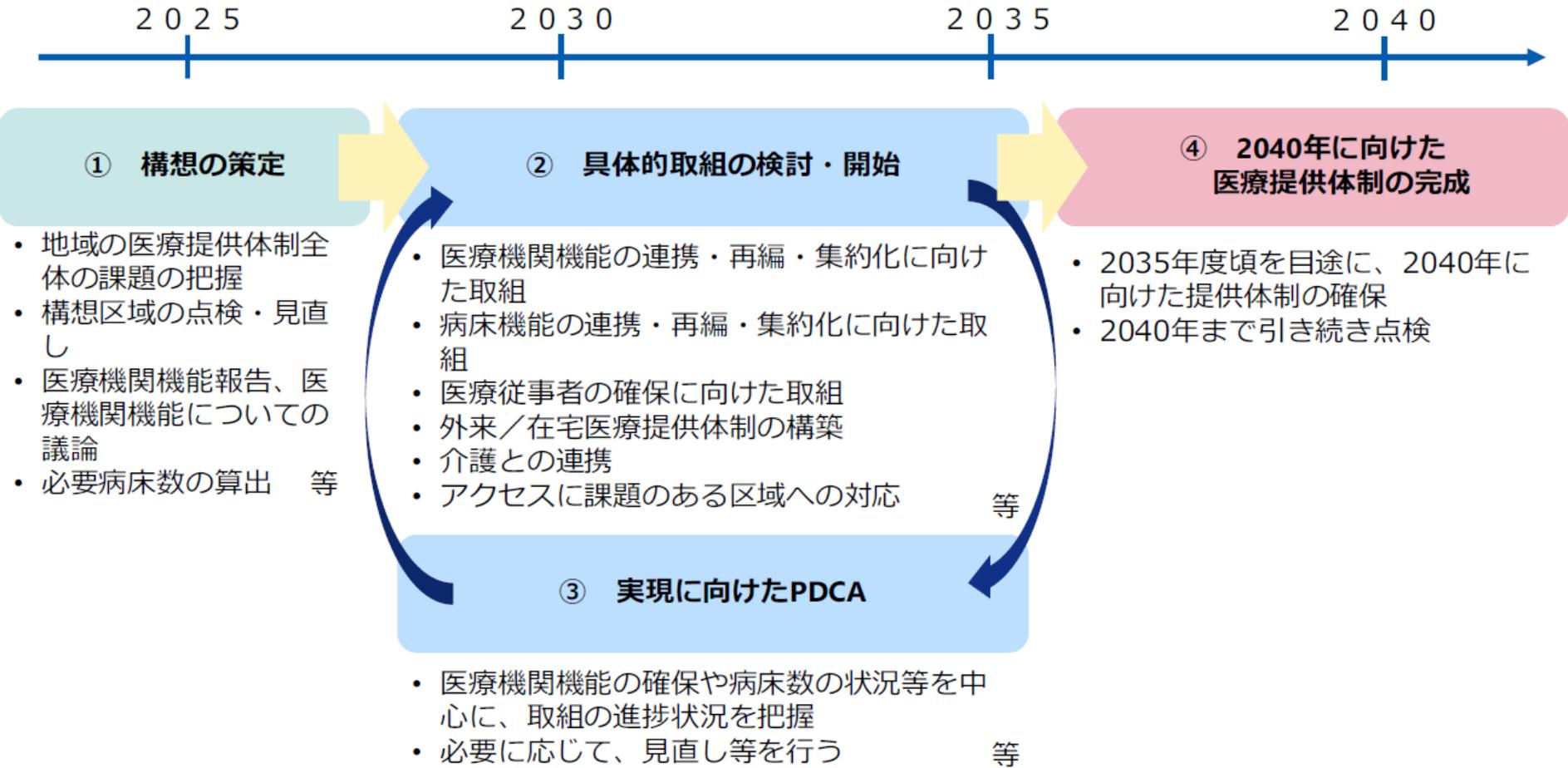
令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料(一部改)

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



都道府県における2040年に向けた構想の進め方（イメージ）



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

構想策定の具体的なスケジュール（案）

- 例として、入院医療に係る構想策定のスケジュールとして、今年度以降速やかに検討等を開始できる内容と、来年度以降開始される予定の医療機関機能報告など、順次検討すべき内容がある。

	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年	2030年
区域点検・見直し		区域の点検 構想区域の見直し				
必要病床数			必要病床数の算出 機能分化連携の議論			
医療機関機能の確保			医療機関機能の確保 連携・再編・集約化の議論			
外来・在宅介護との連携等			慢性期需要等の見込みの共有 介護との連携等に係る議論			
医療従事者の確保	これまでの医師偏在対策等の 取組の推進					
			各職種の新たな確保対策も 踏まえた取組			

取組の推進

3-2 改正後の医療法中、地域医療構想関係の施行日と経過措置の概要

<改正概要>

	基本の施行日	摘要
第2条 による改正	R9.4.1	・ 地域医療構想を医療計画から抽出し格上げ ・ 地域医療構想の規定事項を4頁記載のとおり追加、拡大
第3条 による改正	R10.4.1	・ 精神病床について、将来の医療機関機能の見通し及び将来の病床数の必要量として規定する。



令和9年4月1日までに新構想を策定せねば、本県に地域医療構想が存在しないことに？



<経過措置：附則第3条関係>

○ 改正後医療法に基づく地域医療構想が未策定でも、令和11年3月31日までは、現行の医療計画や地域医療構想が、改正後医療法の医療計画や地域医療構想とみなされる

等



各記載事項に係る検討をどの年度に実施し、取りまとめるかについては、策定ガイドライン等に係る国の検討状況を見つつ、今後検討