

医療機関機能報告に向けた 事前意向調査について（案）

令和 8 年 8 月 医療政策課

医療機関機能報告制度について

1 制度概要

医療機関は、各医療機関が現に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、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を都道府県に報告（遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040年において担う医療機関機能等を決定）

2 報告対象となる医療機関

病床機能報告の対象医療機関

3 制度開始時期

令和8年秋頃予定

4 4つの主な医療機関機能について

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
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
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
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

5 病床機能報告との相違点

	病床機能報告	医療機関機能報告
主な報告内容	高度急性期など、病床の機能区分	急性期拠点など、医療機関が地域で担う役割
報告単位	病棟ごと	医療機関単位
制度のねらい	地域で病床の機能分化と連携を進めるための基礎データの収集	地域での病院の役割を明確化し、医療資源の配置や連携の最適化

令和8年度医療機関機能報告の報告項目について

策定GL P25

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

専攻医数

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）

医療機関機能に関する内容

救急医療の
提供状況

救急車受け入れ件数（年齢区分別*、経路区分別*、転院搬送件数（下り搬送、上り搬送を含む。）*）

※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院患者数（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、嚥下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

協力対象施設入所者の受入のための確保病床数

高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の外来診療件数*、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のための確保病床数

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）

+ 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。

※ 入力負担の軽減等の観点から以下の対応を行う

・ 下線部の項目については、厚生労働省において確認や集計等を行い、結果をG-MIS上に表示する

・ 外来医療の提供状況については、外来機能報告の内容を踏まえ新たな報告は求めない

期間・時点

7月1日時点

1年分（前年の実績等）

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

国資料

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

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	（急性期の総合的な診療機能） - 救急医療の提供 - 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 （急性期の提供等にあたっての体制について） - 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 - 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 - 救急車受け入れ件数 - 各診療領域の全身麻酔手術件数 - 医療機関の医師数 - 急性期を担う病床数・稼働率 - 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） - その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） 等
高齢者救急・地域急性期機能	（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能） - 高齢者に多い疾患の受入 - 入院早期からのリハビリテーションの提供 - 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 - 高齢者施設等との平時からの協力体制	- 救急車受け入れ台数 - 医療機関の医師等の医療従事者数 - 包括期の病床数 - 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 - 医療機関の築年数 - 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	（在宅医療・訪問看護の提供） - 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 - 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 （地域との連携機能） - 地域の訪問看護ステーション等の支援 - 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制	- 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 - 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 - 医療機関の築年数 - 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療	- 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 - 有床診療所の病床数・診療科 等

事前意向調査を行う意図

1 事前意向調査を行う意図

- ①令和 8 年秋頃開始とされる本制度について、各医療機関が円滑に報告できるよう前準備とするため
- ②構想区域の設定に必要とされる急性期拠点機能について、希望する医療機関を早期に把握するため
- ③医療機関機能を選択するにあたっての課題等を共有し、基礎資料とするため

2 事前意向調査の対象医療機関

救命救急センター※又は病院群輪番制病院である医療機関（33病院）
※ 山口大学医学部附属病院は対象外
（ガイドライン上、「医育及び広域診療機能」が医療機関機能となるため）

3 手続き及びスケジュール（予定）

現時点で、4つの医療機関機能（急性期拠点／高齢者救急・地域急性期／在宅医療等連携／専門等）をご検討いただき、別添回答様式を9月中旬に県に提出

R8.8（本日）	R8.9中旬	R8.9下旬	R8.秋頃
調査趣旨説明	回答×切	調査結果の展開	本制度開始

4 備考

- 本調査の回答結果は、医療機関機能報告を拘束するものではありません
- 医療機関の事務負担軽減のため、R7病床機能報告をベースに定量的データは入力済

医療機関機能について

国資料

医療機関機能の考え方

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

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、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。

※ 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必要

広域な観点の医療機関機能

- 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。
- ・ 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。

Ⅱ. 地域医療構想の策定について

1. 医療機関機能報告・病床機能報告

(1) 医療機関機能報告

- 医療機関は、地域における医療機関機能を都道府県知事に報告することとしており（医療法第30条の13）、各医療機関が現に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、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を報告する（別添2）。
- 具体的には、毎年の医療機関機能報告において、各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年において担う医療機関機能、診療実績等を報告する。また、協議において、遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040年において担う医療機関機能を決定し報告した上で、当該報告以降については、決定された医療機関機能等を報告する。
- 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。
- 報告を行う医療機関機能は、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い。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医療機関機能に係る協議を行うことは考えられるが、特定の診療報酬項目の届出の有無を各医療機関機能の必要条件や十分条件のように取り扱うことは適切ではなく、地域における診療実態等を総合的に検討し、協議すること。
- 医療機関機能の報告にあたり、在宅医療等連携機能については、地域の医療資源や医療需要等の実情を踏まえ、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、在宅医療や在宅医療の後方支援についても担う場合、複数の医療機関機能を報告することは差し支えない。ただし、医療機関機能は、医療機関間の役割分担を明確化するためのものであり、在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れうる医療機関が全て当該機能を報告することはこの趣旨にそぐわない。在宅医療の提供を行う、あるい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た上で、そうした役割を担う医療機関が在宅医療等連携機能を報告する。
- 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、両機能を一つの医療機関が報告することはしない。

において求められる医療提供体制の課題や、必要に応じて医療機関の経営状況等を踏まえながら、地域ごとに把握し協議を行い、地域全体で取り組むことが重要となる。

- また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。
- まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040 年において担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行い、遅くとも 2028 年度までに、各医療機関が 2040 年において担う医療機関機能を決定した上で、以降は、決定された医療機関機能と診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028 年度以降に、医療機関の取組状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、医療機関機能の見直しが行われることも想定されるため、そうした変更があった場合は、必要に応じて、地域医療構想調整会議において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ことが求められる。
- 在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が、高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っている場合にそれぞれで複数の医療機関機能を報告する中でも、将来の役割分担に資するよう、例えば、2040 年に向けて医療機関が複数の機能を担う場合に、それぞれの機能に加えて主たる機能にも着目しながら協議することも考えられる。

る医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。

- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。
- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、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や、人口20万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、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一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口20万人から30万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。

④ 専門等機能

- 専門等機能は、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にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所が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ものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来医療や在宅医療においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受入を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として医療機関機能を報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨近位部骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域において、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。

⑤ 医育及び広域診療機能

- 医育及び広域診療機能は、大学病院本院が担うものであり、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ものである。
- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。
- 具体的には、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し、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

必要な病院を調整し、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、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することが考えられる。その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を担う医療機関に対する医師派遣を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。

- 急性期拠点機能を担う医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を大学病院本院が行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として就業契約を締結した上で、地域の自治体立病院において勤務するといった取組が見られている。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域的な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療の提供について、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る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の観点を踏まえて、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取組を進めることが重要である。
- なお、大学病院本院は、地域ごとに確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

3. 構想区域

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

- 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。
- 医療提供体制の構築に向けては、将来にわたっても、当該区域の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、当該地域で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がある。
- また、必要病床数の運用に向けては、今後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、特に、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が、地域医療構想調整会議や都道府県医療審議会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する必要がある。
- これまで、二次医療圏については、人口規模が20万人未満、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見