三重県
Mie Prefectural Government

資料４



新たな地域医療構想の策定に向けて（ガイドライン概要、分析事業）

資料出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
厚生労働省ホームページ：https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001735510.pdf

三重県医療政策課

- **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

- 地域医療構想の記載内容

- まとめと今後のスケジュール



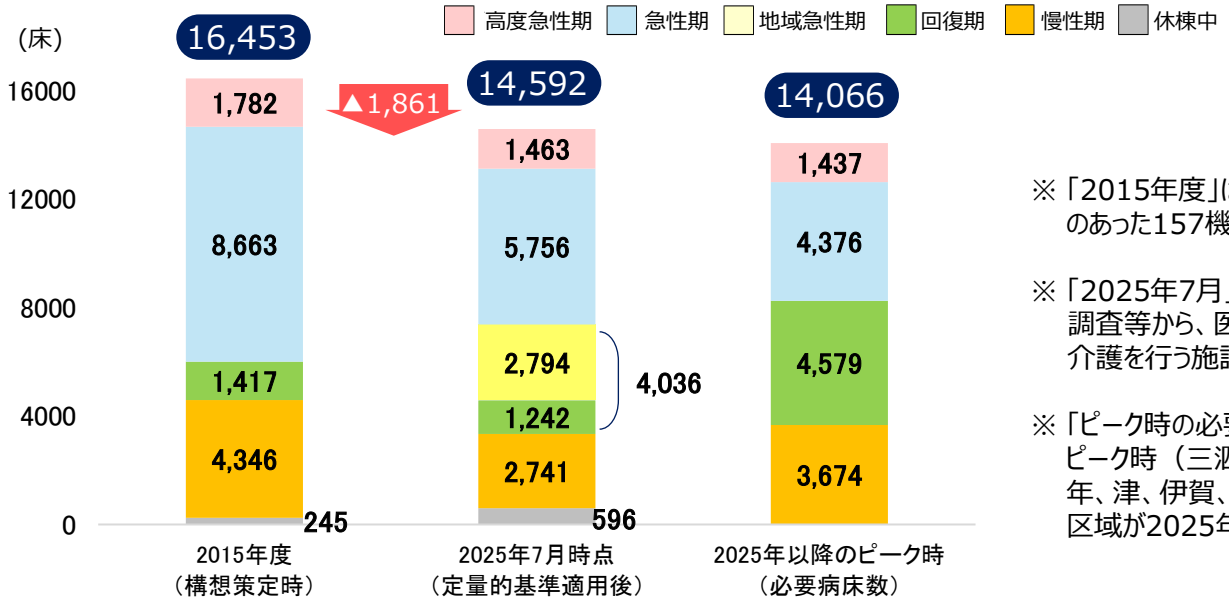
これまでの経緯と達成状況

これまでの経緯

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を適切に推進するために、平成29年３月に地域医療構想を策定。
- これまで2025年における各医療機関の役割・機能別病床数に関する具体的対応方針について、繰り返し協議を行うとともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、医療機能の分化・連携の取組に対する支援を実施。
- また、2025年だけではなく各地域の医療需要のピーク時もふまえた観点や病床機能報告を実際の病床機能に即したものとして補正するための三重県版定量的基準の導入等により、関係者との議論を進め、県内の各医療機関の具体的対応方針を協議するとともに、在宅医療の市町の取組等について協議。

地域医療構想の達成状況

- 各医療機関において病床の機能転換や規模適正化の取組が進んだ結果、2025年７月時点における県全体の総病床数は構想策定時と比較して、1,861床減少。
- 定量的基準適用後の各機能別病床数を2025年以降のピーク時の必要病床数と比較すると、機能別病床のバランスは必要病床数に近づいている。



※「2015年度」は、対象となる171の医療機関のうち、報告のあった157機関の数値。未報告の病床数は152床。

※「2025年7月」は、令和7年７月１日時点のアンケート調査等から、医療型障害児入所施設及び障がい者の療養介護を行う施設の病床数（366床）を除外している。

※「ピーク時の必要病床数」は、2025年以降の医療需要のピーク時（三泗、鈴亀区域が2040年、桑員区域が2035年、津、伊賀、松阪区域が2030年、伊勢志摩、東紀州区域が2025年）の必要病床数。

区域別人口推計（ 現状 → 2040年 ）

中勢伊賀医療圏

人口約41.9万人 →**36.7万人**

津構想区域

（人口約26.5万人） →**23.8万人**

伊賀構想区域

（人口約15.4万人） →**12.9万人**

北勢医療圏

人口約81.4万人 →**75.0万人**

桑員構想区域

（人口約20.9万人）→**19.1万人**

三泗構想区域

（人口約36.5万人） →**34.2万人**

鈴亀構想区域

（人口約23.9万人） →**21.7万人**

東紀州医療圏

人口約5.8万人 →**4.1万人**

東紀州構想区域

（人口約5.8万人） →**4.1万人**

南勢志摩医療圏

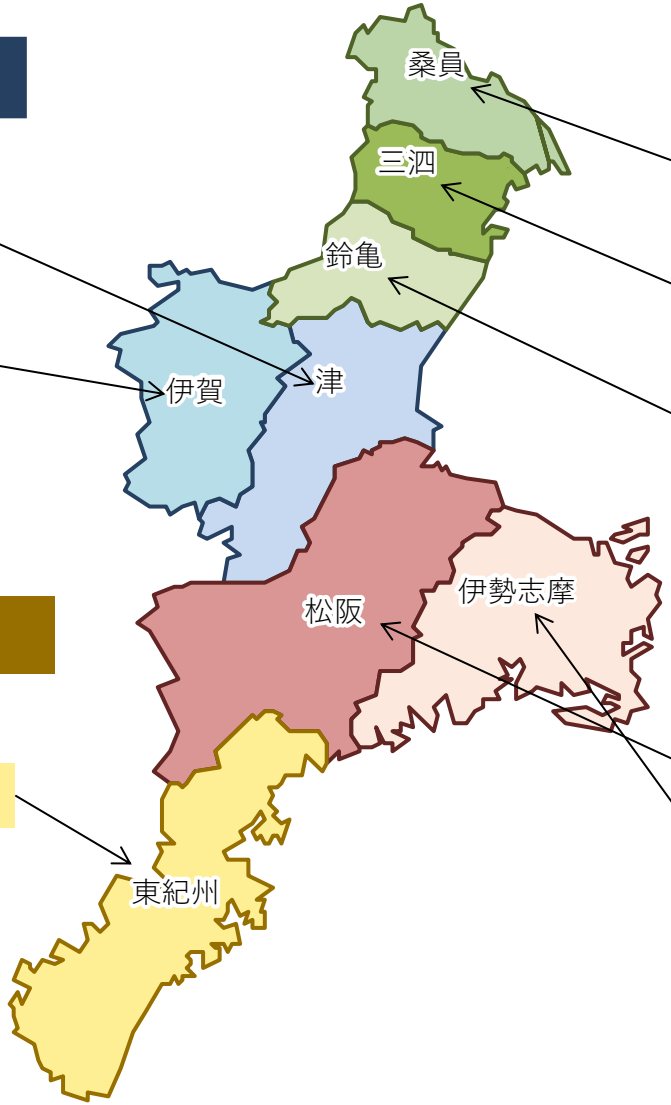
人口約40.5万人 →**33.4万人**

松阪構想区域

（人口約20.1万人） →**17.2万人**

伊勢志摩構想区域

（人口約20.3万人） →**16.2万人**



出典：三重県人口調査結果（令和７年９月１日現在）

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年推計）

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、構想区域ごとに、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）

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】

都道府県

地域医療構想

【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

これまでの地域医療構想は医療計画の一部として位置付けられていたが、
令和７年度改正医療法により、地域医療構想が医療計画の上位概念へと変わった。

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。

- 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
- 地域医療構想の記載内容
- まとめと今後のスケジュール



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。**

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、後期高齢者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

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。

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
- 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
- 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。

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）

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 ・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

これまで「回復期」とされていた病床機能区分は、高齢者等の急性期患者の受入れや早期在宅復帰に向けた医療の提供を含む機能として見直され、名称も「包括期」に変更された

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・薬剤投与用力テーテル交換法

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）

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。

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**

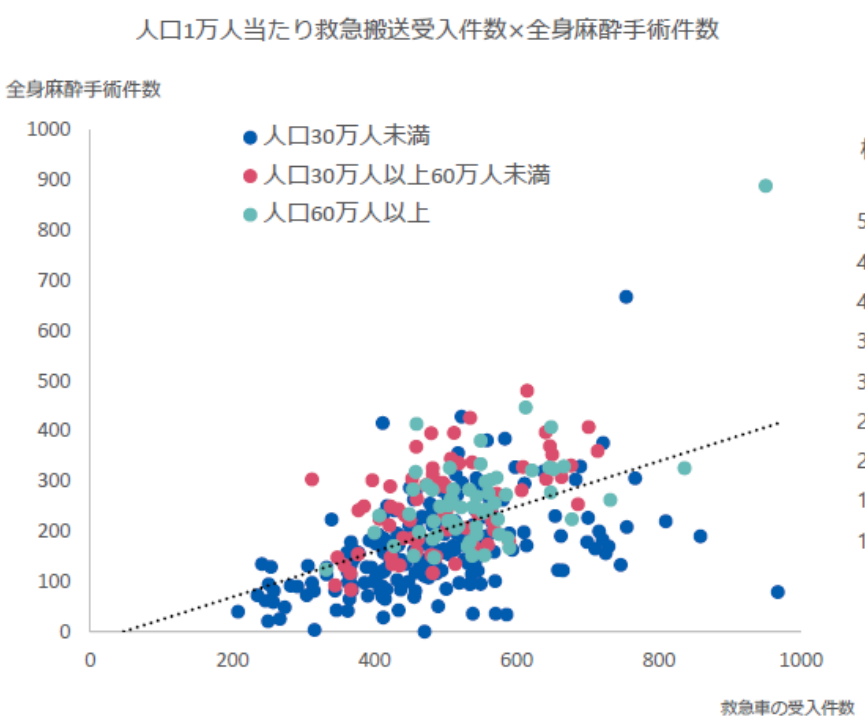
全身麻酔を伴う手術も、高度な技術を要する手術、高齢者救急に関連する手術（大腿骨近位部骨折に対する手術等）、頻度の高い手術、外来でも実施可能な手術等様々であること等を踏まえ、地域ごとに急性期拠点機能を担う医療機関に求められる役割に応じた詳細な把握、検討が望ましい。

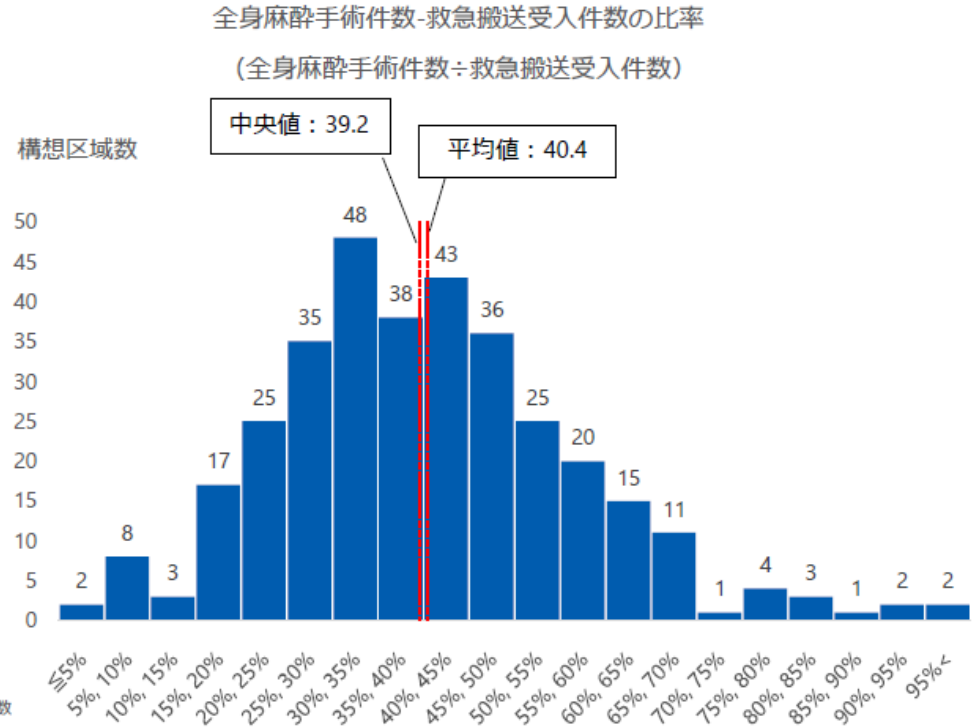
・**救急搬送受入件数**

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

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。





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**
- 地域医療構想の記載内容
- まとめと今後のスケジュール

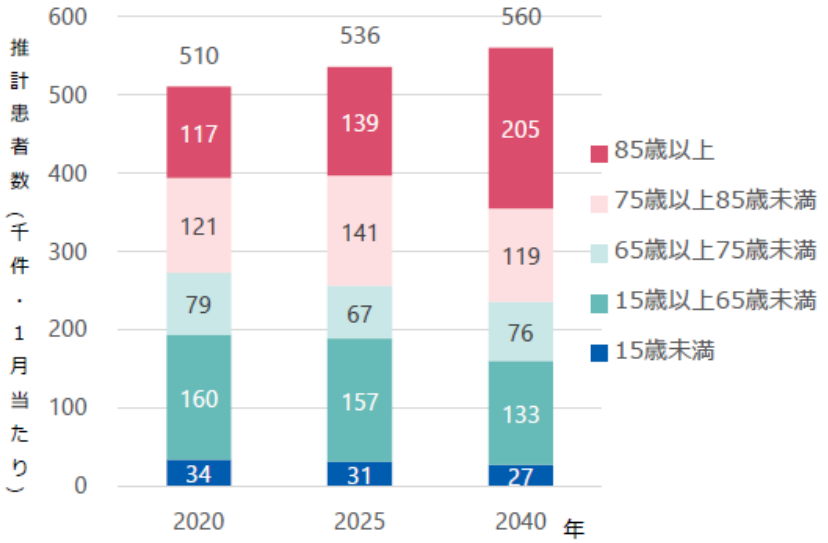


2040年の医療需要について

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる中、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

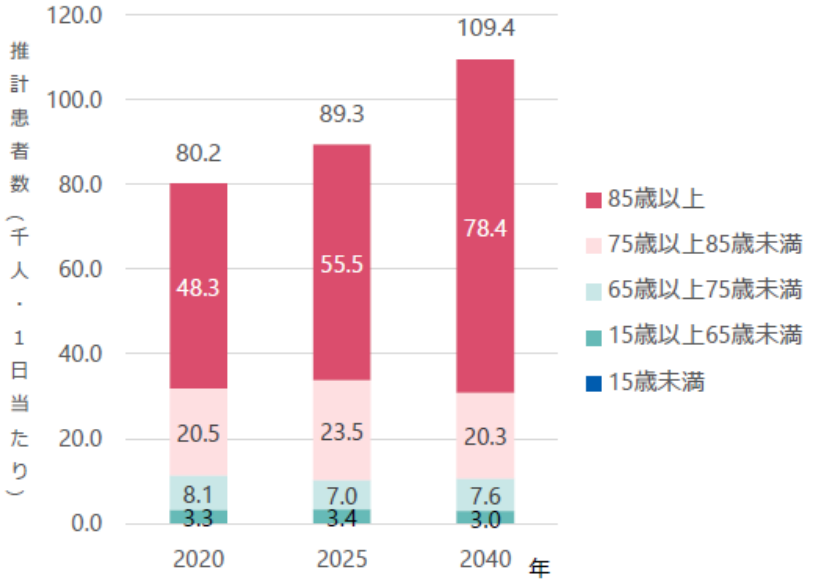


2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

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。

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。

構想区域の見直しの例 （ 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



○人口10万人の区域と、隣接する大きな人口規模の区域。

急性期医療を担う医療機関

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。



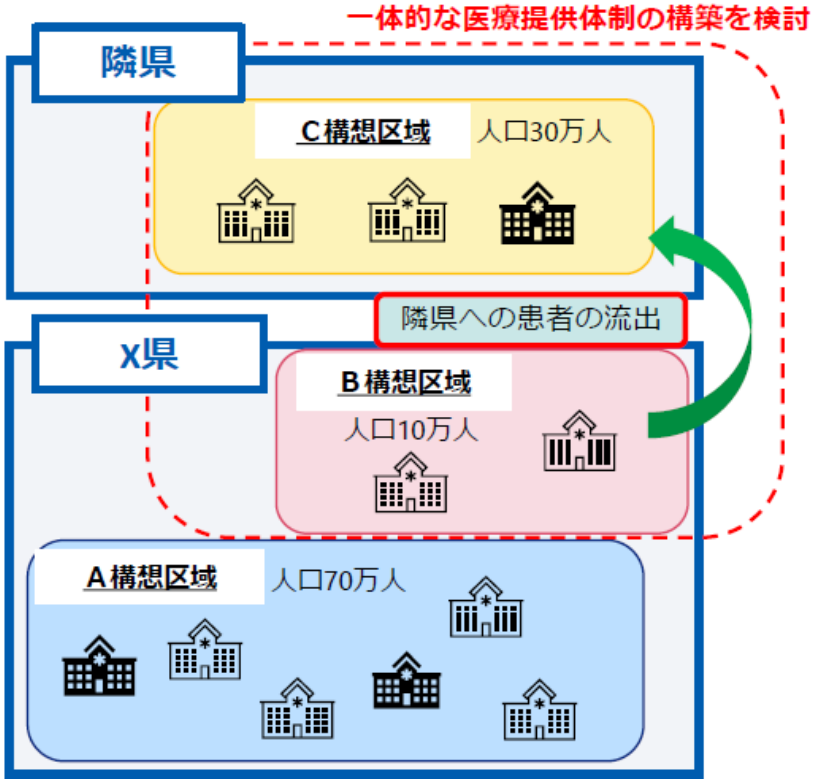
急性期拠点機能

高齢者救急・地域急性期機能

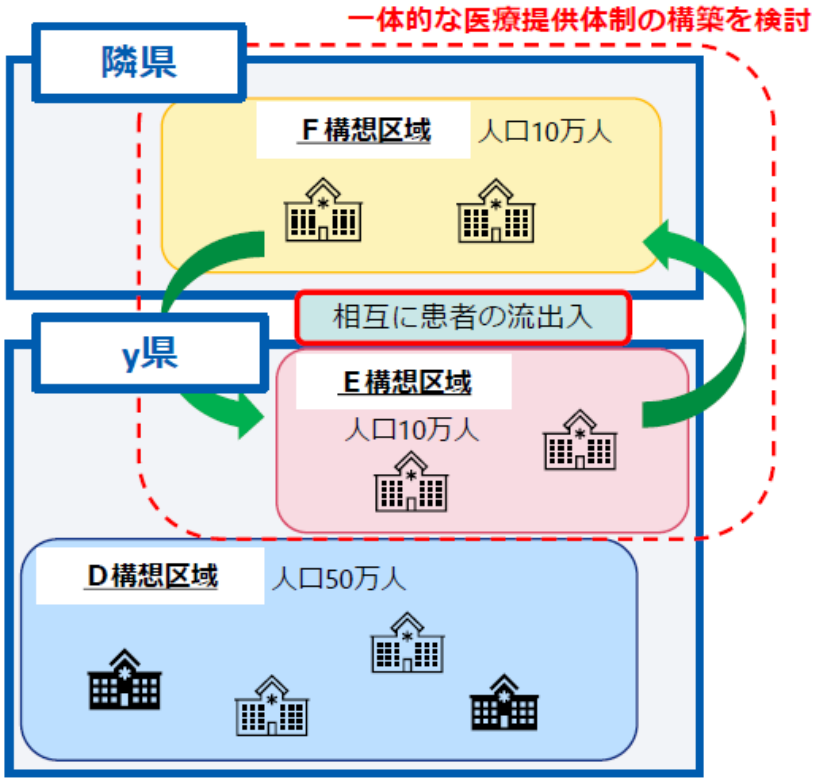
隣接する他の都道府県の区域との連携

- 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。

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>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="2">2000件以上</td><td></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>

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。

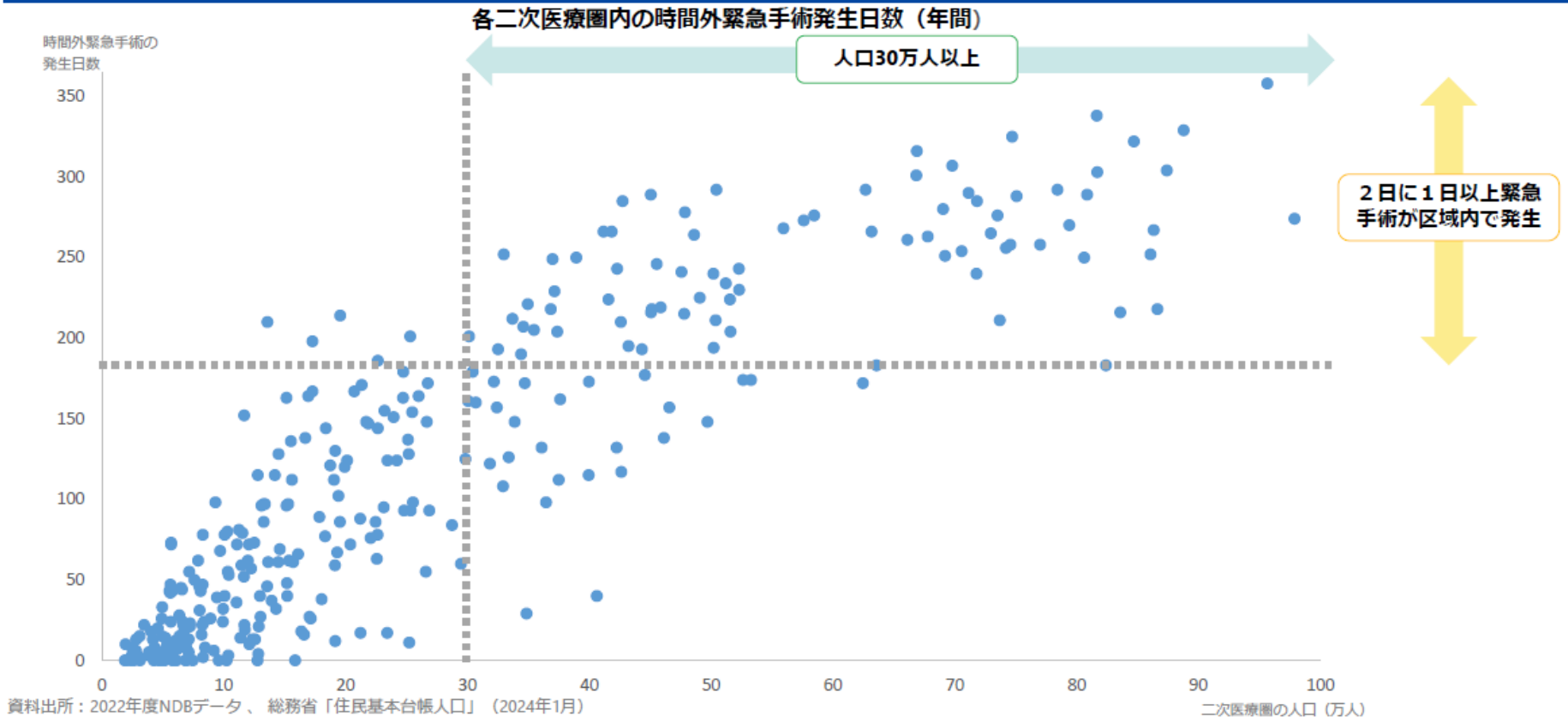
○　**建物の状況など施設の整備状況等も踏まえて協議を行うことも重要**である。地域医療構想は2040年やその先の将来にわたって持続可能な医療提供体制の構築を目的とするものであり、単に、築年数が浅いことをもって急性期拠点機能を担う医療機関として選定するのではなく、診療実績等も含めた総合的な検討により決定し、公的医療機関や民間医療機関等であっても、設立主体の別を問わず、施設整備等に係る費用の支援も含めて検討することが求められる。

○　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

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。



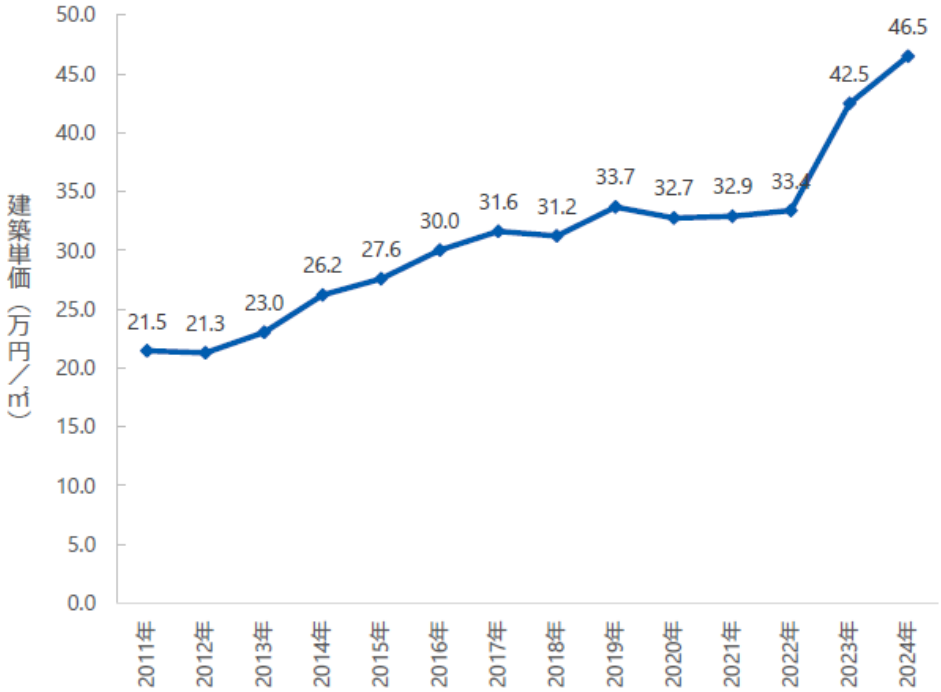
資料出所：2022年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）

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。

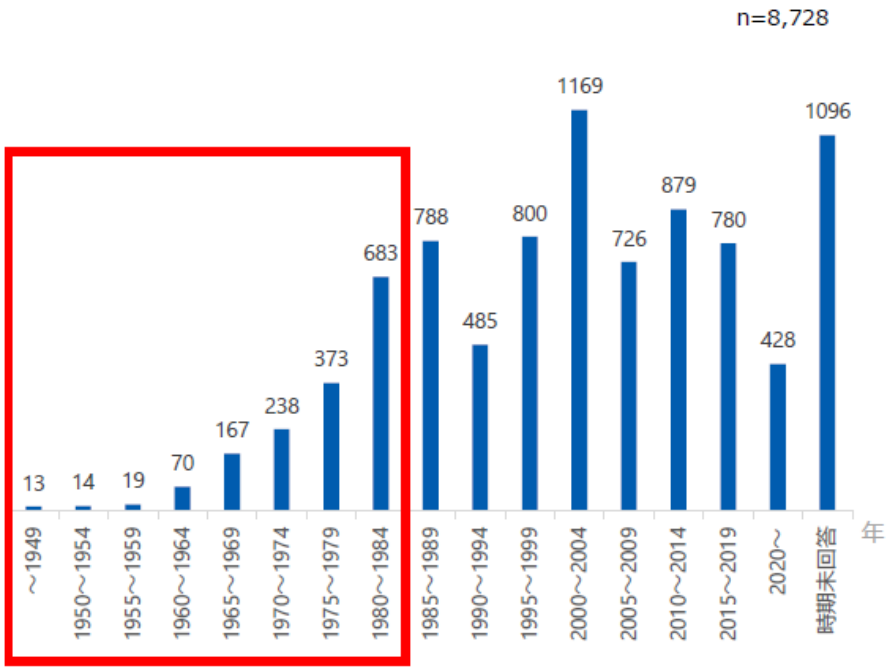
○ 現時点では約1,600病棟、約16万床分で築40年超と見込まれる。医療提供体制の確保のための協議に当たっては、建替えも含めて実現が可能か検討する必要がある。

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

医療機関機能報告で2040年に急性期拠点機能を選択する医療機関（想定）

ガイドラインの内容をふまえると、医療機関機能報告で2040年に急性期拠点機能を担う医療機関は、基本的に、以下の機能を持つ、またはその方針であることが想定されます。

※　あくまでも想定ですので、実際の報告にあたっては、国が示す報告マニュアル等に基づき、ご対応いただきますようお願いします。

- 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っている。
  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い、救急対応や手術等を有する疾患に対応できる機能を有している。

  ⇒　ある分野に特化した急性期機能を担っている医療機関については、「専門等機能」を選択することが想定される。

  ⇒　将来に向けて、地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟等を整備している、または整備する予定の医療機関は「高齢者救急・地域急性期機能」を選択することが想定される。

- 地域で相対的に多くの医療資源が配置されることから、**災害拠点病院**、感染症対応（医療措置協定）、臨床研修及び専門研修の実施、**地域への医師の派遣**などの役割を担っている。

  ⇒　一定の救急受け入れ機能を有するものの、臨床研修等を実施する予定がない場合や、区域内での医療機関に対する医師の派遣を行うことが難しい場合は、「高齢者救急・地域急性期機能」を選択することが想定される。

医療機関機能報告では、現在と2040年の機能をそれぞれ選択することとされており、必ずしも両者が一致している必要はない。

例えば、現在急性期拠点機能を選択する医療機関が、今後の地域の医療需要や人材確保の見通し、建替え等の様々な要因をふまえ、2040年時点では急性期拠点機能以外の機能を選択することも考えられる。

選択された内容と分析データに基づき、地域での方向性について、令和９年度に具体的な協議を行う。

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

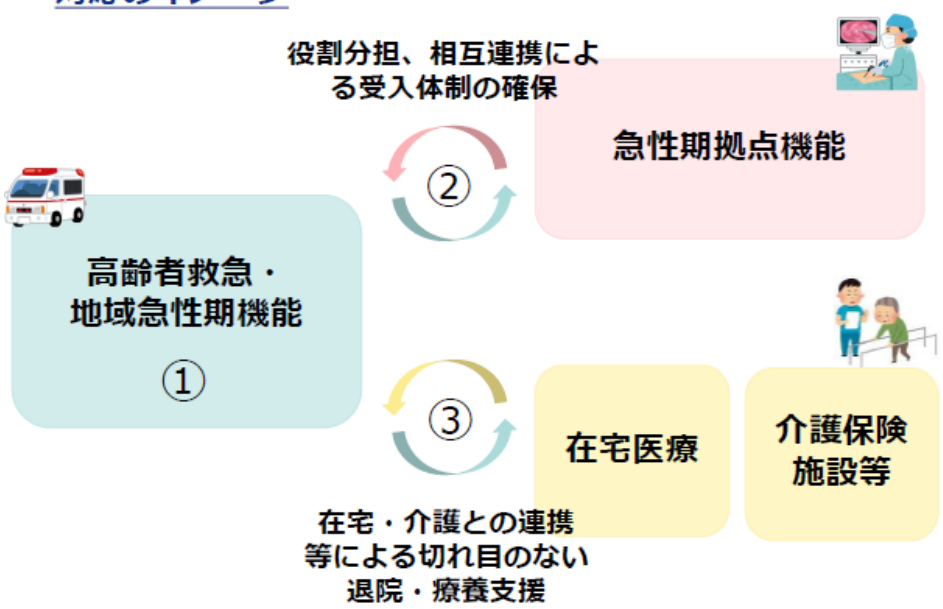
- 年齢や疾患のみで一律に区分することは困難
- 手術等を要する割合は相対的に低い
- 包括的な入院医療の提供の必要性

→

○ 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。

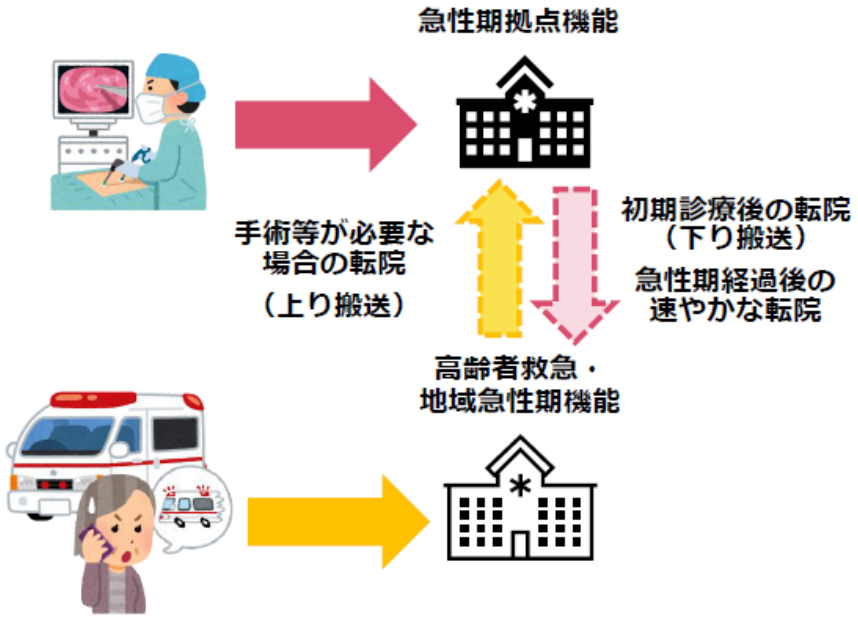
●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等や高齢者救急の役割分担（イメージ）

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



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

基準策定時に意見聴取

実施基準

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

① 医療機関リスト(例)

傷病者の状況			医療機関のリスト
緊急性	重篤（バイタルサイン等による）		A救命救急センター、B救命救急センター
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

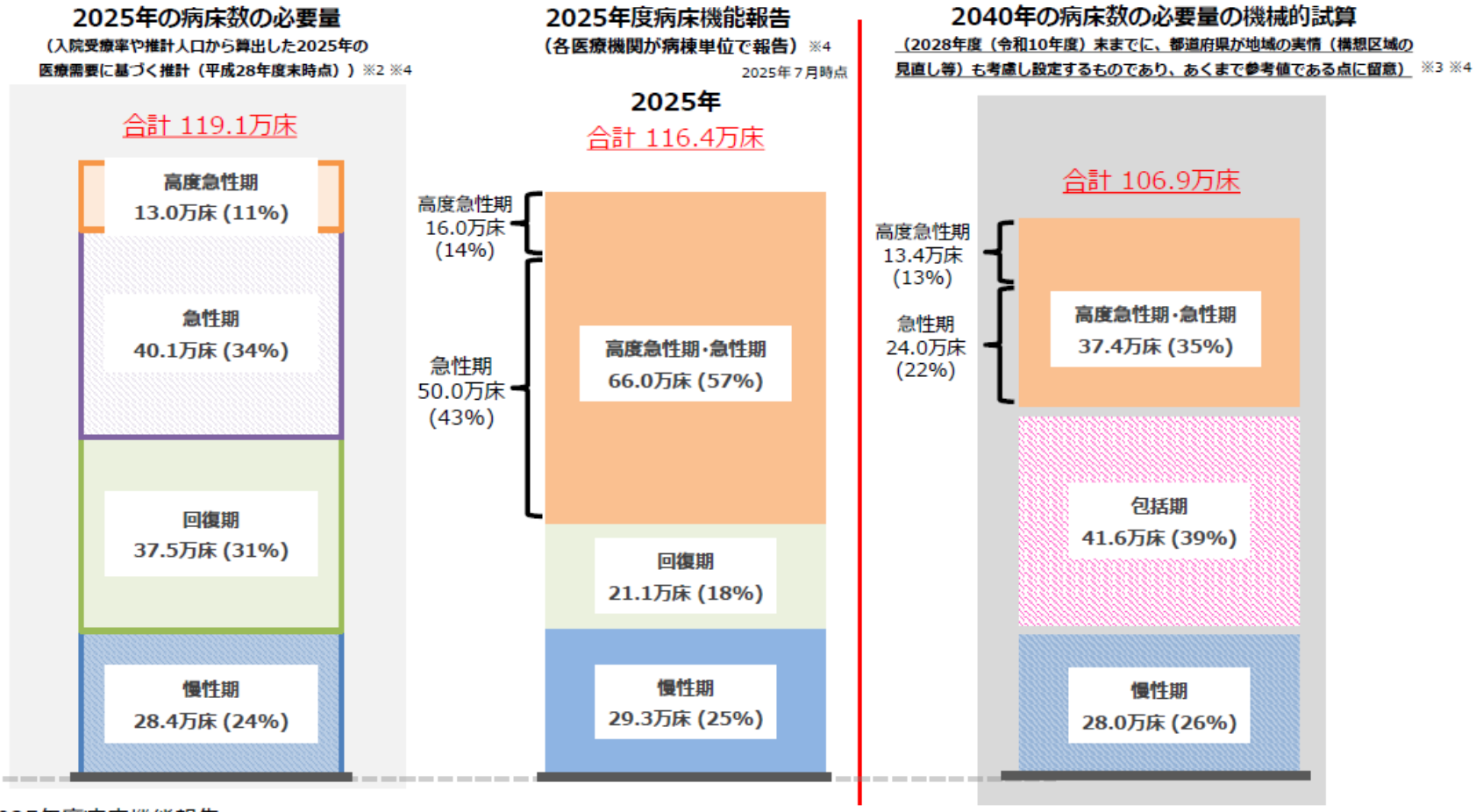
・ 搬送先医療機関を選定する判断材料となった事項を優先して伝達することなどを定めることが考えられるが、どのような事項を伝達基準とするかについては、地域の実情に応じて定める。

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

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が、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。

2025年度病床機能報告について



出典：2025年度病床機能報告

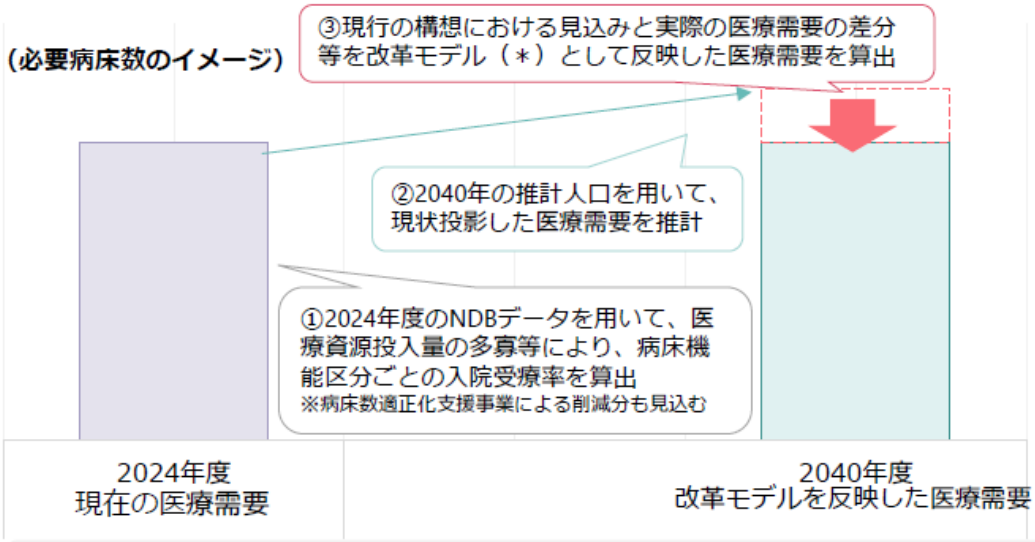
※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度) のＮＤＢのレセプトデータ 、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年） ３月中位推計）』等を用いて推計
※3：令和６年度(2024年度) のＮＤＢのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（令和５年(2023年）推計）』等を用いて、現在の構想区域（令和６年度）を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に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。

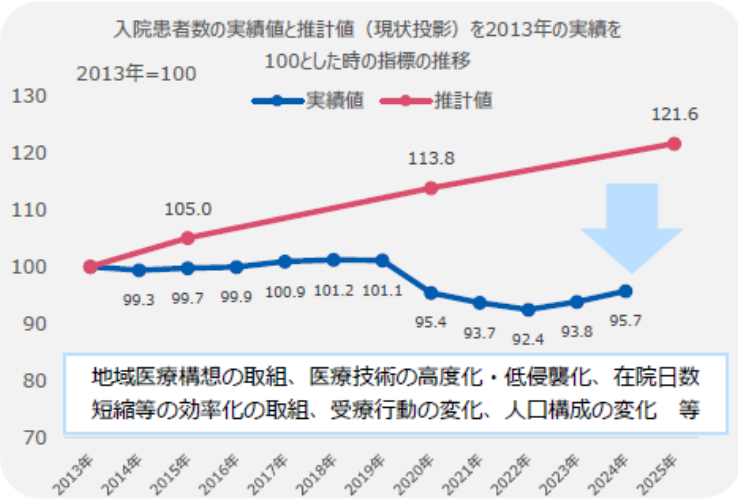
2040年の必要病床数について

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。

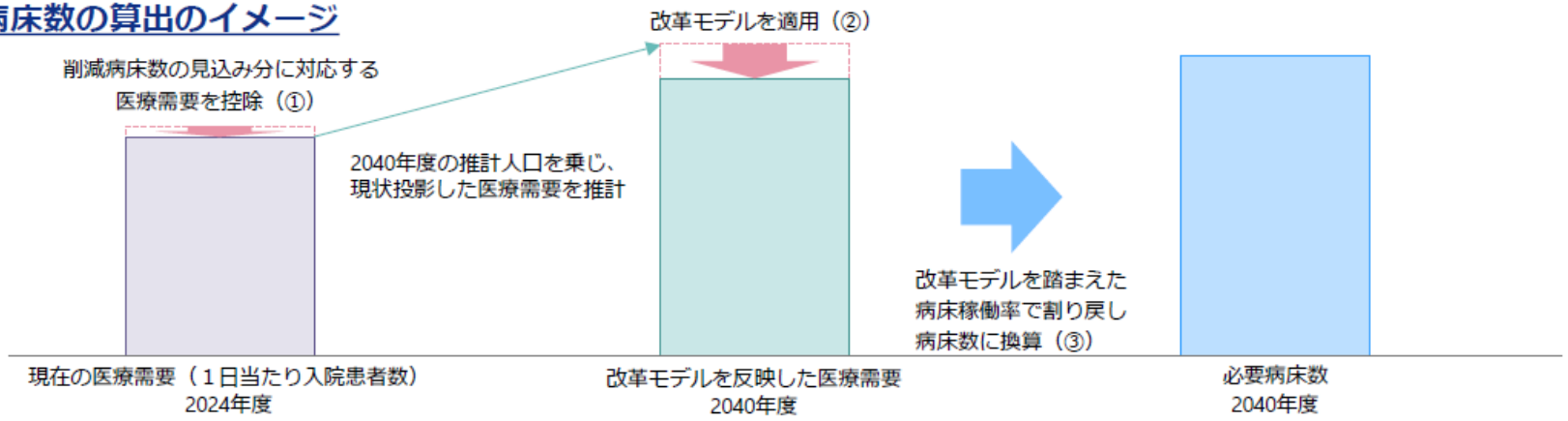
必要病床数の留意点

○　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。

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

構想区域	構想区域名称	医療機能	2024年度 病床数	2040年度（改革モデル） 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

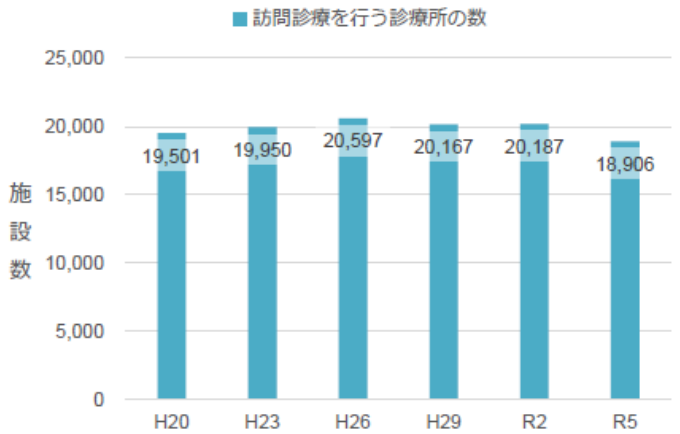
在宅医療に係る提供体制の構築について

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。

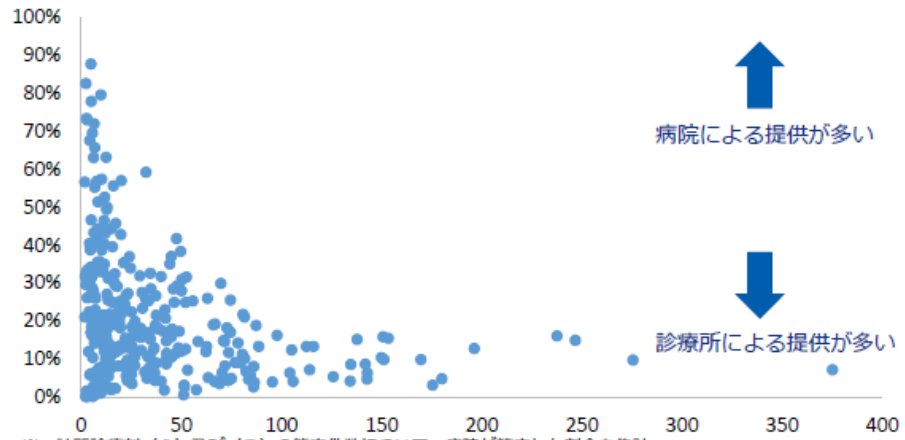
○　また、地域の在宅医療の提供体制の整備に当たっては、訪問診療・往診だけでなく、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護をはじめとする介護保険サービスの提供体制についても併せて検討が必要。

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

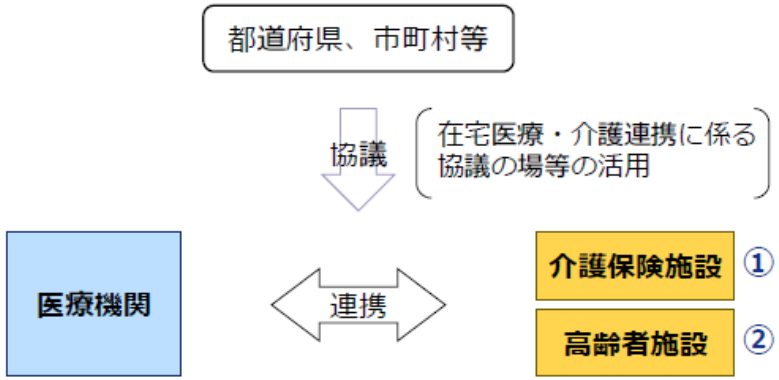
- 地域における、療養病床数、在宅医療を提供する医療機関数、介護保険施設の定員数等を把握し、現在の医療・介護資源の状況を確認。
- 慢性期の医療需要の見込みに対し、療養病床や介護保険施設を活用しつつ、在宅医療をどの程度提供するかの方向性を検討。

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。

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

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

- 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
- **地域医療構想の記載内容**
- まとめと今後のスケジュール



地域医療構想の記載内容について①

記載事項	内容
地域医療構想の作成に当たっての基本的な考え方	地域医療構想に関する根拠法令と作成の趣旨を明示するとともに、2040年とその先に向け、都道府県において目指す医療提供体制のあり方等を記載する。
地域の現状や課題	見直し前の構想区域設定を前提とした、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、直近の医療機関機能報告・病床機能報告の内容等、地域医療構想の作成の前提条件となる地域の現状や課題等（将来推計を含む。）を記載する。
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、見直し後の構想区域設定を前提とした人口推計等を記載する。なお、現行の構想区域を維持する場合であっても、見直しを行わず、維持することに決定した理由等を記載する。
2040年の病床数の必要量	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を記載する。
2040年の医療機関機能の見通し	2040年において、各医療機関が担う医療機関機能を記載する。特に、急性期拠点機能については、当該機能を担う医療機関数の設定の考え方及び当該機能を担う医療機関が各構想区域において担う具体的な役割を記載するとともに、在宅医療等連携機能については、当該機能を報告するに当たっての各構想区域における考え方を記載する。
入院医療に係る医療提供体制の確保	2040年の病床数の必要量や医療機関機能の見通し等を踏まえた医療機関の連携・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・連携の取組の他、大学病院本院の役割を含めた広域的な観点での医療提供のあり方等を記載する。特に、区域内での一定の医療の完結が困難である等により、急性期拠点機能を複数の区域（都道府県境をまたぐ場合を含む。）で一体的に確保することとした場合については、区域間の具体的な連携体制のあり方を記載する。また、救急医療の役割分担については、高齢者救急の受入に係る消防機関を含めた地域での協議の結果や方向性（実施基準への反映を行っている場合については、その内容も含む。）を記載する。

地域医療構想の記載内容について②

記載事項	内容
外来医療に係る医療提供体制の確保	外来医療の需要の見込みを踏まえた休日・夜間の初期救急体制を含む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の確保に向けた具体的な取組、医歯薬連携の推進に向けた取組等を記載する。
在宅医療に係る医療提供体制の確保	慢性期の医療需要の見込みを踏まえた在宅医療の提供の方向性、在宅医療等連携機能を担う医療機関のあり方を含む24時間の提供体制の構築に向けた取組、在宅医療における多職種連携の推進に向けた取組等を記載する。
介護との連携に係る取組	慢性期の医療需要の見込みを踏まえた、介護保険施設等の地域に既に存在する資源の活用の方向性、医療機関と高齢者施設等との具体的な連携のあり方等を記載する。
人材確保に向けた取組	医療機関機能の見通し等を踏まえた人的協力のあり方について、実際に連携する大学病院本院の名称や具体的な連携の方向性等を記載する。
医療機関機能及び病床の機能に係る情報提供	医療機関機能報告及び病床機能報告の公表のあり方等について記載する。

整合性の確保を図る計画

三重県医療計画（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第４条第１項）
三重県介護保険事業支援計画（介護保険法（平成９年法律第123号）第118条第１項）
三重県感染症予防計画（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第10条第１項）
三重県新型インフルエンザ等対策行動計画（新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）第７条第１項）

- 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
- 地域医療構想の記載内容
- **まとめと今後のスケジュール**



まとめ：策定に係る主な検討項目について

- 本県の地域医療構想の策定に係る検討項目については、国のガイドラインに準拠しつつ、地域の特性や課題をふまえて検討・策定を行う。
- 主な検討項目は以下のとおりとするが、このほか、関係者の役割分担や精神医療、取組の推進方法等についても、国のガイドラインを踏まえ検討する。

構想区域の見直し　R８

- 現行の構想区域について、必要病床数の議論や医療機関機能の確保を行う単位としての観点に加え、地域の実情を踏まえ、見直しを行う。
- 県境をまたぐ患者の流出入がある場合等には、区域の統合に限らず、都道府県間で調整会議を一体的に運用するなど、区域間連携のあり方を検討する。

医療機関機能の確保　R８：全体の方向性／R９～：具体的な協議

- 医療機関機能は、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、医育及び広域診療機能の５区分。
- 医療機関の役割について、医療機関機能報告や基準となるデータの他、地域の実情も考慮して検討する。急性期拠点機能病院は、R９年度中の決定を目指す。

必要病床数の推計　R８～R９上半期

- 病床機能区分のうち、回復期は包括期として名称・定義が見直される。
- 必要病床数は、設定した構想区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、基準となるデータに基づき算出・設定する。

R８：全体の方向性／R９～：具体的な協議

入院医療

- 急性期・包括期の医療需要や手術・救急搬送の役割分担を協議し、持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。

外来・在宅医療

- 地域の診療体制やかかりつけ医機能、医歯薬連携の実態を確認し、外来医療体制や休日・夜間診療の確保、オンライン診療の活用を推進する。
- 在宅医療の需要を把握し、介護施設や療養病床と一体的に受け皿を整備。

介護との連携

- 介護保険計画との整合も図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備と人材確保を進めるとともに、市町村・介護関係者の役割を明確化し、医療と介護の機能把握や連携強化、協力医療機関の確保等を継続的に進める。

人材確保

- 医師の確保は医師確保計画の内容を反映、看護師等についても将来の人材確保の方向性を反映する。また、大学病院からの人的協力も協議。

検討スケジュール（主項目）	2026（令和８）年度	2027（令和９）年度	2028(令和10)年度	2029(令和11)年度	2030(令和12)年度
区域の点検・見直し	構想区域の見直し	新区域での検討体制・会議運営の検討		第９次医療計画策定作業	第９次医療計画
必要病床数	必要病床数の算出				
医療機関機能の確保	医療機関機能報告開始 全体の方向性検討	急性期拠点機能病院決定 連携・再編・集約化の議論	策定完了 （具体的な協議が整い次第）	新たな地域医療構想の取組の推進	
外来・在宅医療・介護との連携等		ガイドラインに準拠し検討			
医療従事者の確保	医師　医師確保計画 その他の従事者	ガイドラインに準拠し検討			

将来の方向性の設定

策定スケジュールについて

◆ 策定までの全体スケジュール

2026（R８）年度

策定着手

構想区域の見直し
必要病床数の算出
地域医療提供体制全体の方向性　等

2027（R９）年度

医療機関機能に着目した機能分化・連携協議
病床機能分化・連携等の具体的な協議

2028（R10）年度

策定完了
（具体的な協議が整い次第）

改正医療法では、新たな地域医療構想に係る規定は、R9.4.1施行とされているが、改正法の附則により、R10年（2028）年度中までは新構想の取組を猶予する経過措置が設けられている。

◆ R８年度スケジュール（予定）

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療審議会		構想区域の見直し案の検討				第１回 ・構想区域の見直し ・構想全体の方向性 ・基礎調査分析進捗			第２回 ・構想区域の見直し ・必要病床数 ・基礎調査分析進捗	
意見交換会		**具体的な論点** ・医療圏との整合 ・構想区域の統合、維持（伊賀、東紀州） ・急性期拠点機能との整合 ・県境をまたぐ圏域			第１回 ・構想ガイドライン ・構想区域の見直し ・基礎調査分析内容		第２回 ・構想区域見直し ・必要病床数 ・医療機関機能報告 ・基礎調査分析進捗			
調整会議						第１回 ・構想GL ・構想区域の見直し ・基礎調査分析内容			第２回 ・構想区域見直し ・必要病床数 ・医療機関機能報告 ・基礎調査分析進捗	
その他		7/3 国ガイドライン発出							東紀州・新宮意見交換会	
	(株)日本経営による基礎調査・分析									

株式会社日本経営による基礎調査業務について

- 令和８年度は新構想策定に向けた検討着手年度となるため、基礎調査業務にかかる委託契約のための予算を取っており、企画提案コンペの結果、株式会社日本経営との契約が決まったところ。

契約期間　令和８年６月（契約日）～令和９年３月３１日まで

業務内容

2040 年を見据えた新たな地域医療構想を円滑かつ的確に策定するために必要となる、県内の医療機関・医療機能の現状や患者の受療動向等の実態を把握するとともに、これらの結果を分析し、地域の人口構造等を踏まえつつ、必要となる医療機能とその連携体制を明らかにした上で、地域の医療提供体制の課題の抽出や構築のための具体的施策を提案すること等により、三重県地域医療構想の策定を支援する。
以下の１及び２を主たる業務内容とし、三重県と事前に内容を十分協議した上で最新データの収集、分析等を行い、調査報告書を作成すること。

1 地域医療構想に関する最新データの収集・分析等

主担当課：医療政策課

- 入院医療に加え、外来・在宅医療や介護との連携を含む、2040年を見据えた地域の医療提供体制に係る課題の整理及び今後の方向性の検討に資する基礎資料として、以下①～④のデータ分析・検証、報告資料の作成を行うこと。なお、これらの分析・検証は、新たな構想に係る国の策定ガイドライン（以下「策定ガイドライン」という。）を踏まえた内容とすること。
- 分析結果は、図表・地図等を使用した視認性・判読性の良いものにすること。
  - ① 地域の現状について
  - ② 人口動態に基づく医療需給推計等についての検討
  - ③ 必要病床数のシミュレーション及び構想区域の点検・見直しにかかる分析
  - ④ 在宅医療・介護連携についての検討

2 医療従事者等の確保に係るデータの収集・分析等

主担当課：医療人材課

- 各地域の医療従事者の需給を把握するため、以下の①～⑤について、国が提示する計算式を用いるほか、医療機関への実態調査及びヒアリングを通じ、需給状況の把握と関連データの収集・分析を行う。
  - ① 医療需要算出業務
  - ② 医師・看護師の不足に関する実態調査
  - ③ 医療機関ヒアリング支援
  - ④ 若手医療人材等の就業意識に関する調査
  - ⑤ 医師・看護師確保対策の分析

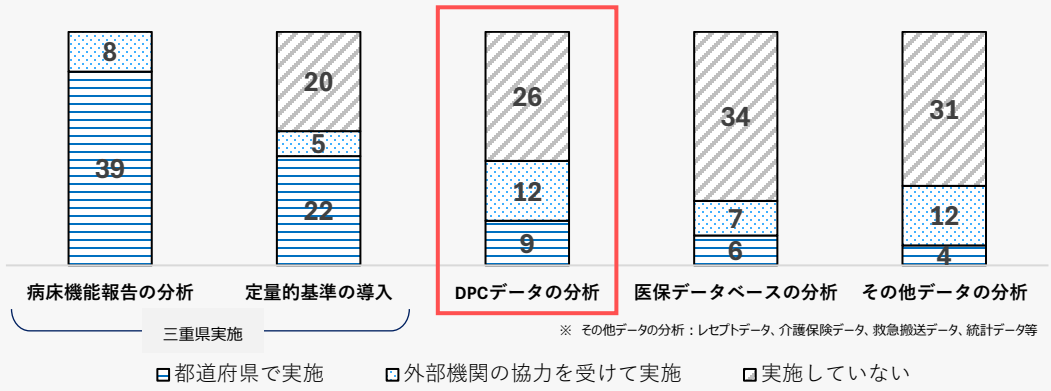
上記により分析した上で、各二次医療圏、各構想区域、疾病・事業ごとの圏域等に必要となる医療機能とその連携体制を明らかにし、課題を抽出すること。さらに、把握した課題を克服するための具体的施策について、可能な限り複数案を挙げて提案すること。また、提案に当たっては、課題について原因分析を行い、施策の結果（アウトプット）が課題に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしうるかという観点を踏まえるものとする。
また、上記内容について協議する県実施の会議等について、県と事前相談の上、議事概要等の作成支援を行うこと。

新たな地域医療構想の策定に向けた基礎調査分析（DPC分析）

新構想策定にあたっての課題

- 現構想において本県では、病床機能報告およびアンケート調査に加えて、定量的基準を導入することにより、地域ごとの機能別病床数と必要病床数とを比較し、将来必要な病床機能の整備に向けた協議を行っているところ。
- 一方で、これらのデータでは、地域の患者の動向を詳細に把握することが困難であり、上り搬送や下り搬送等を考慮した機能分担に関する議論が難しいといった課題がある。
- さらに、国の新構想の検討会では、都道府県ごとに、DPC等を活用したデータ分析を進めていく必要性について指摘されている。

地域医療構想調整会議におけるデータに基づく議論の状況（令和４年度）



DPC分析によるメリット

- 病床機能報告などのオープンデータでも、地域全体の医療提供体制の概況を把握することはできるが、個別医療機関のDPCデータを活用することで、「**どの疾患の患者を、どの病院が、どの程度、どのような経路で受け入れ、どこへ退院させているのか**」まで把握できる。
- これにより、地域医療構想調整会議において、**医療機関ごとの役割分担や連携のあり方について、より具体的に議論することが可能**となる。
- 例えば、病床機能報告は、病棟単位で高度急性期・急性期・回復期・慢性期を報告する仕組みであるが、同じ「急性期」と報告している病棟であっても、実際に担っている疾患、救急患者の受入状況、手術の実施状況、紹介入院の状況、高齢者の急性期患者への対応状況は、病院によって大きく異なる。
- DPCデータを活用し、患者単位で診療実績を把握することで、各医療機関が実際に担っている医療機能を可視化できる。
- また、疾患ごとの緊急性や専門性を踏まえ、「地域で完結すべき医療」と「広域連携により対応すべき医療」を分けて議論することも可能となる。

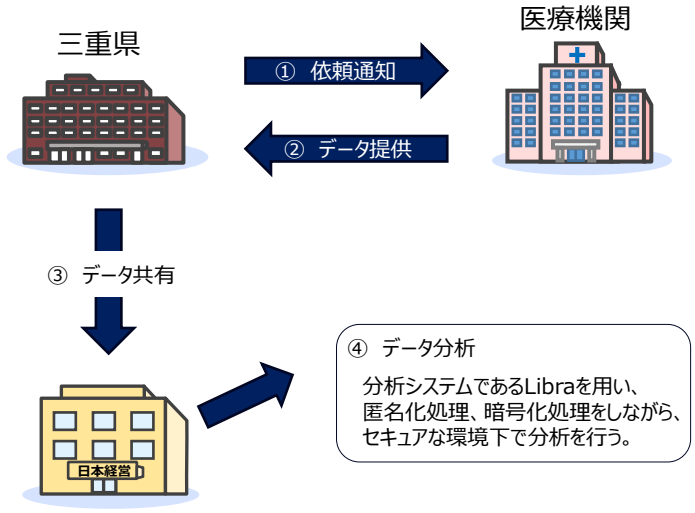
対象医療機関および作業期間



救急告示、二次救急、三次救急を担う医療機関（54病院）を収集対象とする。

7月	8月	9月	10月	11月	12月
通知発出	データ回収	DB構築		深堀分析・資料作成等	
		初期分析・三重県に初期報告			適宜修正

分析は（株）日本経営に委託



- 日本経営は、地域医療構想、医療提供体制の分析、医療機関再編等に関する全国的な支援実績を有している。また、厚生労働省の新たな地域医療構想に係る検討会におけるDPC分析をはじめ、各自治体における医療提供体制分析の実績を有しており、DPCデータ等を用いた分析ノウハウや、大量データを迅速に処理する体制を備えていることから、本業務を委託するもの。