

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

1. 医療需要の推計等について
2. 医療機関機能報告・病床機能報告

1. 医療需要の推計等について



これまでの主な意見（必要病床数、医療需要の推計）

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

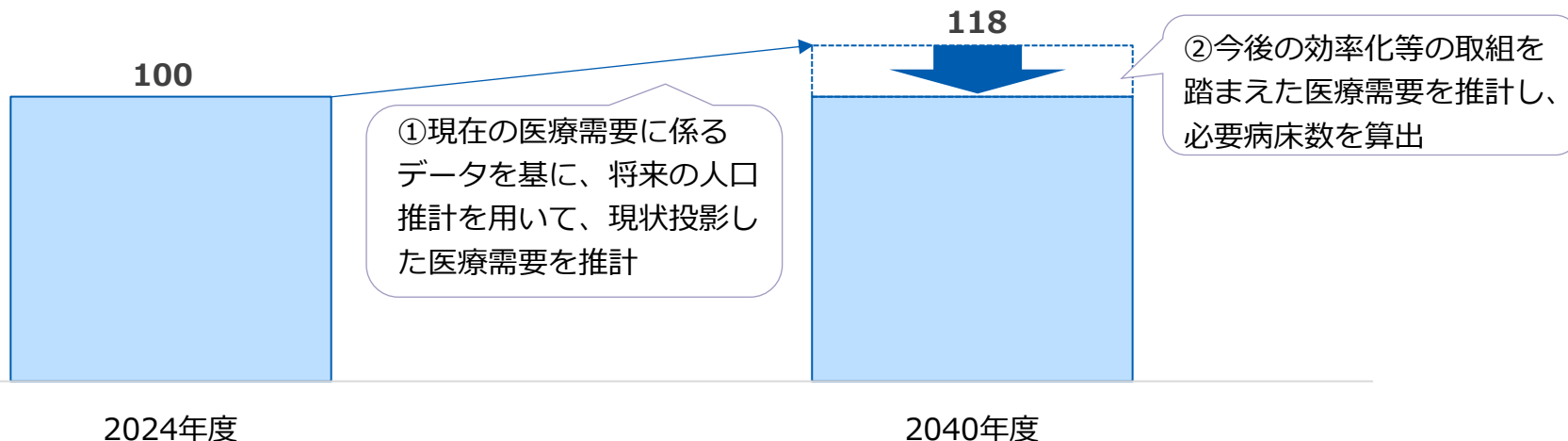
【必要病床数】

- 必要病床数の算出には、包括期機能で見るべき高齢者救急の患者数を反映することを検討してはどうか。
- 必要量の算出が曖昧にならないよう、データに基づき、包括期機能の必要量を算出することが重要。
- 高齢者救急の患者に対する、臨床上の医療資源投入量の観点と、地域医療構想での必要量の算出の観点が混同しないよう、国民や医療・介護関係者等に正確に伝わるようにしていただきたい。
- 必要病床数については、医療ニーズの推計だけでなく、進行管理の対象や、地域における病床規制に用いる数字でもあり、必要病床数の積算基礎と、対応させる病床機能報告の制度的な対応関係が重要。
- 必要病床数の算定に当たっては、受療率の低下を組み込んで計算することは賛成。一方、医療技術の進歩や受療数には、2040年に向けて予想以上に変化することも想定され、必要病床数と実績値に大きな乖離が認められるようなことも考えられるため、定期的な見直しや算出した必要病床数を修正することも考慮いただきたい。
- 必要病床数の推計について、都道府県側で地域の実情に応じた調整ができる余地、仕組みが必要。
- 7対1の一般入院患者、急性期入院料1のばらつきについて、高度急性期と急性期のすみ分けが非常に難しい。医療資源投入量で見るとすべて高度急性期に見えたとしても、実態としては病棟の半分が高度急性期、残りの半分が急性期の場合等があり、計算の仕方と各病院の認識に差があり、全体としてばらつきが生じている。

必要病床数の検討における論点の整理

■ 必要病床数の算出のイメージ

医療需要の見込み（2024年度=100とした場合）



資料出所：2024年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2025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、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※全国推計は二次医療圏（330圏域）別推計の合計値。二次医療圏ごとの入院需要は医療機関所在地ベースであり、一般病床及び療養病床に入院する者に限る。

■ 医療需要の推計における論点

推計にあたっては、

- ①医療需要の設定：現在の医療需要に係るデータをもとに将来の人口推計を用いて現状投影した将来の医療需要を推計
- ②改革モデルの反映：効率化の取組や受療率の変化等を踏まえた改革モデルを反映させ、必要病床数を算出

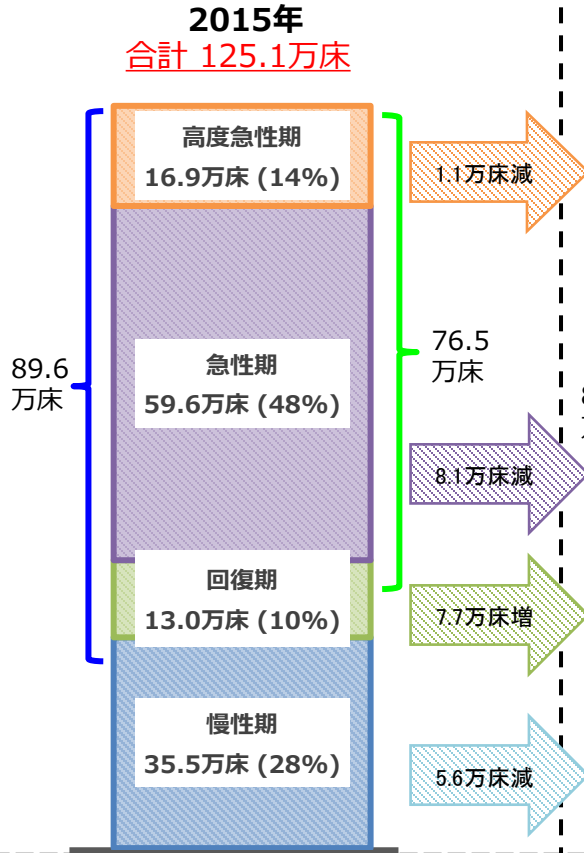
のそれぞれにおける対応と、

- ③必要病床数の定期的な見直し等、これまでの議論において検討が必要とされるその他の事項

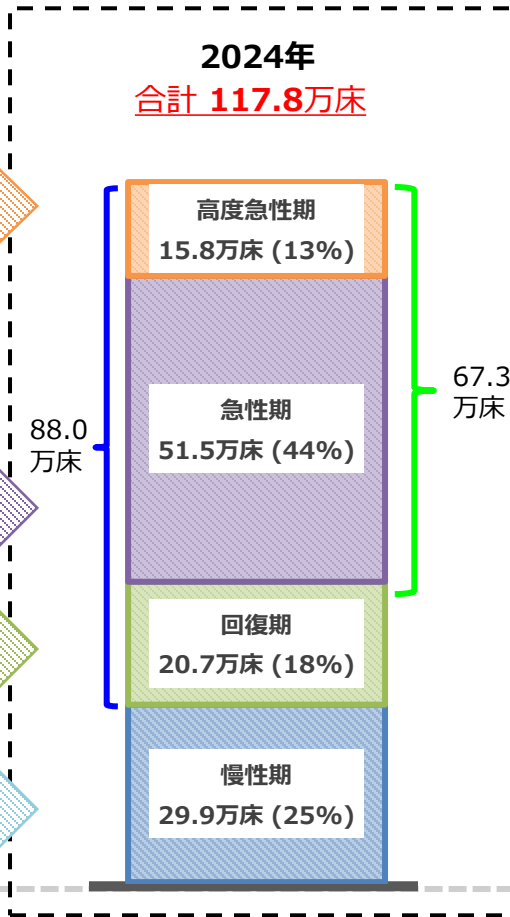
について整理が必要。

2024年度病床機能報告について

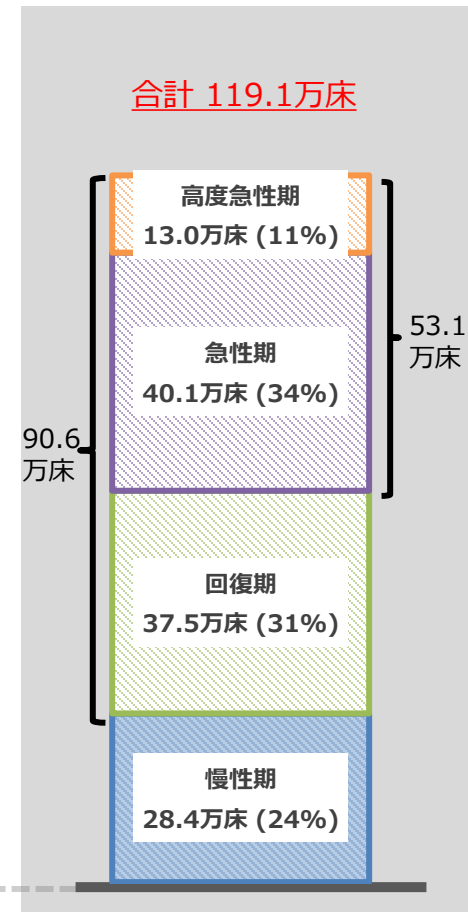
2015年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告) ※5



2024年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告) ※5



地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計 (平成28年度末時点)) ※3 ※5

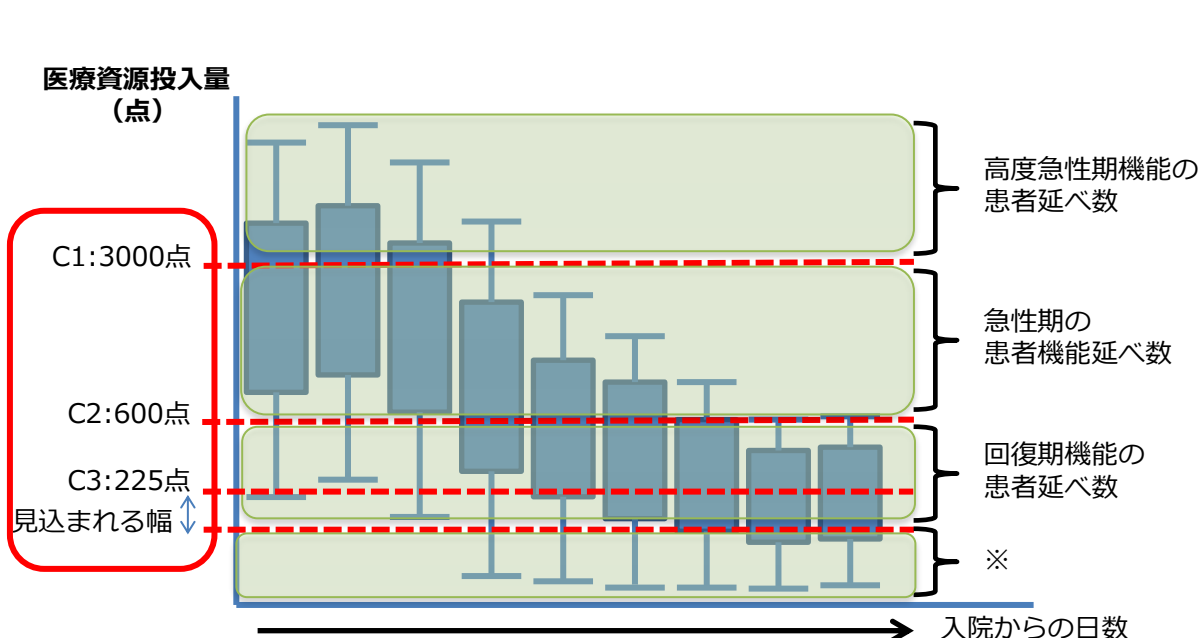


出典: 2024年度病床機能報告

- ※1: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538 (95.4%)、2024年度病床機能報告: 11,846/12,064 (98.2%)
- ※2: 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
- ※3: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPC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
- ※4: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,274床(参考 2023年度病床機能報告: 18,423床)
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~6、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
- ※5: 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。

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

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



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

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

都道府県が構想区域ごとに推計

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



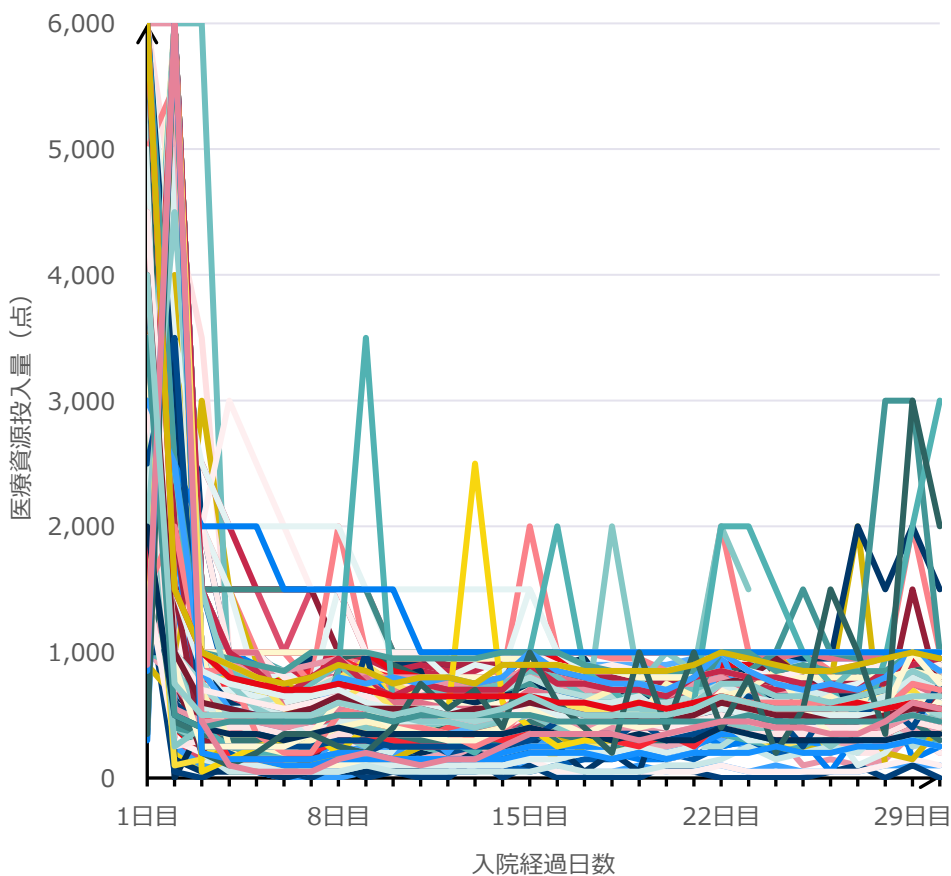
病床稼働率で割り戻して、病床数に変換
 ・高度急性期75% ・急性期78%
 ・回復期90% ・慢性期92%

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

入院後の医療資源投入量の推移

急性期で入院後の医療資源投入量は、基本的に入院初期に大きく、入院後数日で一定となる。前回の構想策定当時（2016年頃）と比較しても、こうした傾向は進んでおり、また、入院後数日してから医療資源を投入するケース等が減少し、在院日数短縮などの効率化の取組が進んでいる。

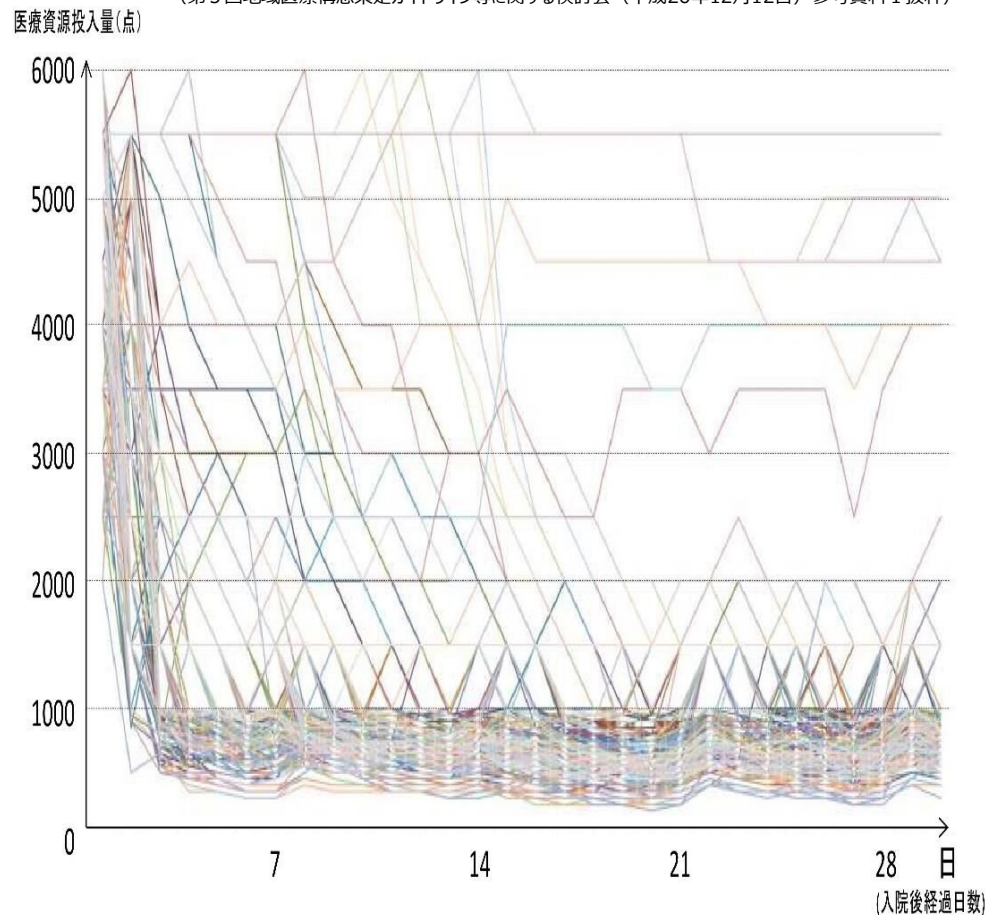
DPC(上位255分類)別 医療資源投入量の中央値の推移



資料出所：DPCデータ（2023年）

※DPC上位255：患者毎に付与されたDPCを用いて、DPC毎の患者数が多い上位255DPCの患者を対象。（平成26年資料については、平成23年患者調査における患者数上位255のDPCを対象。）
 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計。6000点以上の場合、6000点として表示。（平成26年資料についても同様。）

(参考) 現構想策定時のDPC（上位255分類）別 医療資源投入量の中央値の推移
 （第5回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（平成26年12月12日）参考資料1抜粋）



入院日ごとの医療資源投入量の推移（入院後の経過日数別）

医療資源投入量は、入院後3日以降は600点程度に収斂する傾向がみられる。

医療資源投入量（点）	入院後経過日数																														
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	15日目	16日目	17日目	18日目	19日目	20日目	21日目	22日目	23日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目	29日目	30日目	
5,000 ~	70	78	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 5,000	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 4,800	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 4,600	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 4,400	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 4,200	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 4,000	8	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 3,800	6	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 3,600	8	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 3,400	9	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
~ 3,200	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
~ 3,000	6	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 2,800	8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
~ 2,600	4	2	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
~ 2,400	12	10	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
~ 2,200	5	5	3	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	1	1
~ 2,000	8	11	5	2	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
~ 1,800	5	4	8	3	3	3	3	7	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
~ 1,600	4	9	11	7	2	3	4	2	6	4	4	3	2	3	1	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	3	2	2
~ 1,400	13	4	12	3	4	1	0	3	6	6	5	5	6	5	5	5	4	4	3	4	3	5	5	6	3	4	4	1	4	3	3
~ 1,200	8	15	16	12	6	5	5	9	11	2	3	2	1	2	16	8	6	5	7	6	7	13	6	6	8	5	5	6	12	8	8
~ 1,000	17	24	30	27	25	17	16	28	22	22	18	15	13	22	21	20	22	17	12	10	17	20	23	16	14	11	12	18	21	24	
~ 800	15	31	45	37	38	31	35	57	37	30	30	32	32	34	64	57	28	33	38	33	44	80	67	42	44	50	32	49	92	72	
~ 600	6	27	65	67	66	79	82	82	96	97	106	101	106	112	111	108	126	126	130	130	128	110	118	129	129	129	141	129	96	107	
~ 400	2	6	40	63	74	70	74	48	57	71	68	78	78	65	29	47	63	63	59	62	50	17	29	49	50	48	52	41	14	30	
~ 200 (未満)	0	4	10	29	32	43	33	16	16	22	20	18	15	11	6	7	6	6	6	9	5	4	3	4	4	5	5	5	5	3	

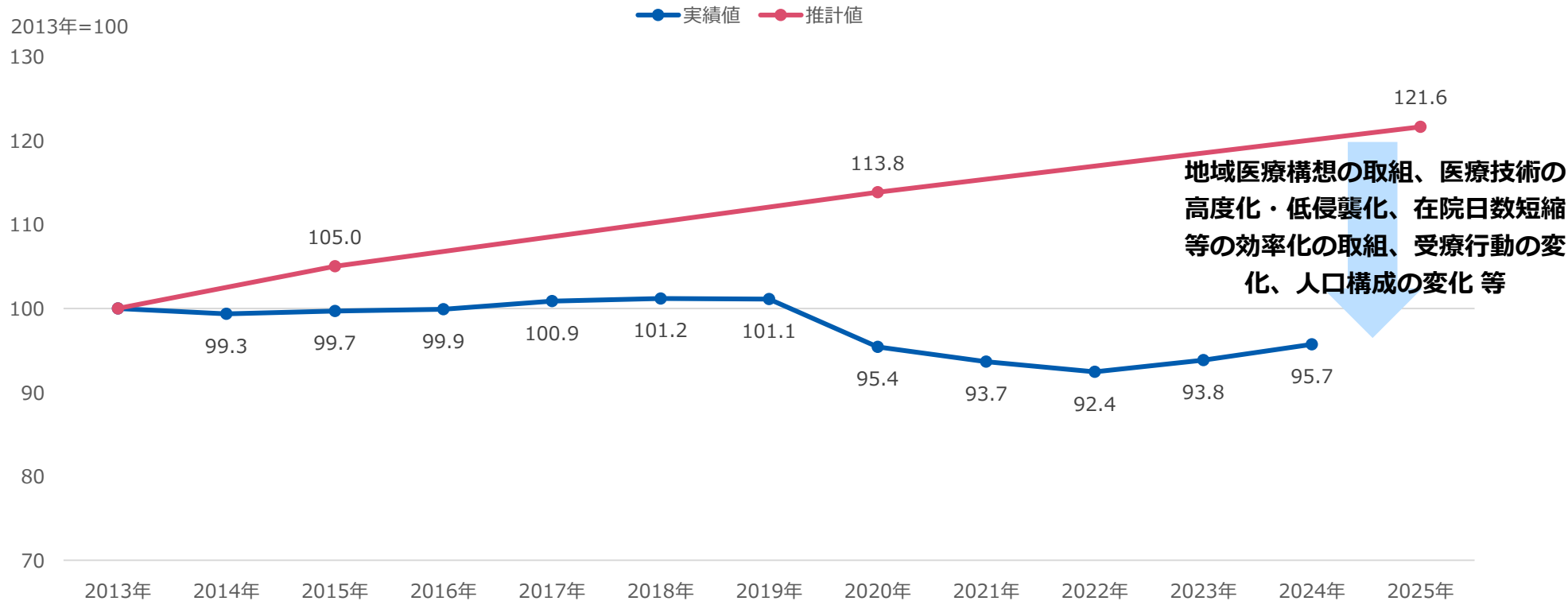
資料出所：DPCデータ（2023年）

※患者毎に付与されたDPCを用いて、DPC毎の患者数が多い上位255DPCの患者を対象に、DPC別・入院経過日数別に中央値を算出している。

入院患者数の推計と実績について

現行の地域医療構想策定当時に、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した入院患者数**（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014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」（2013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。

※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

病床機能について

- 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

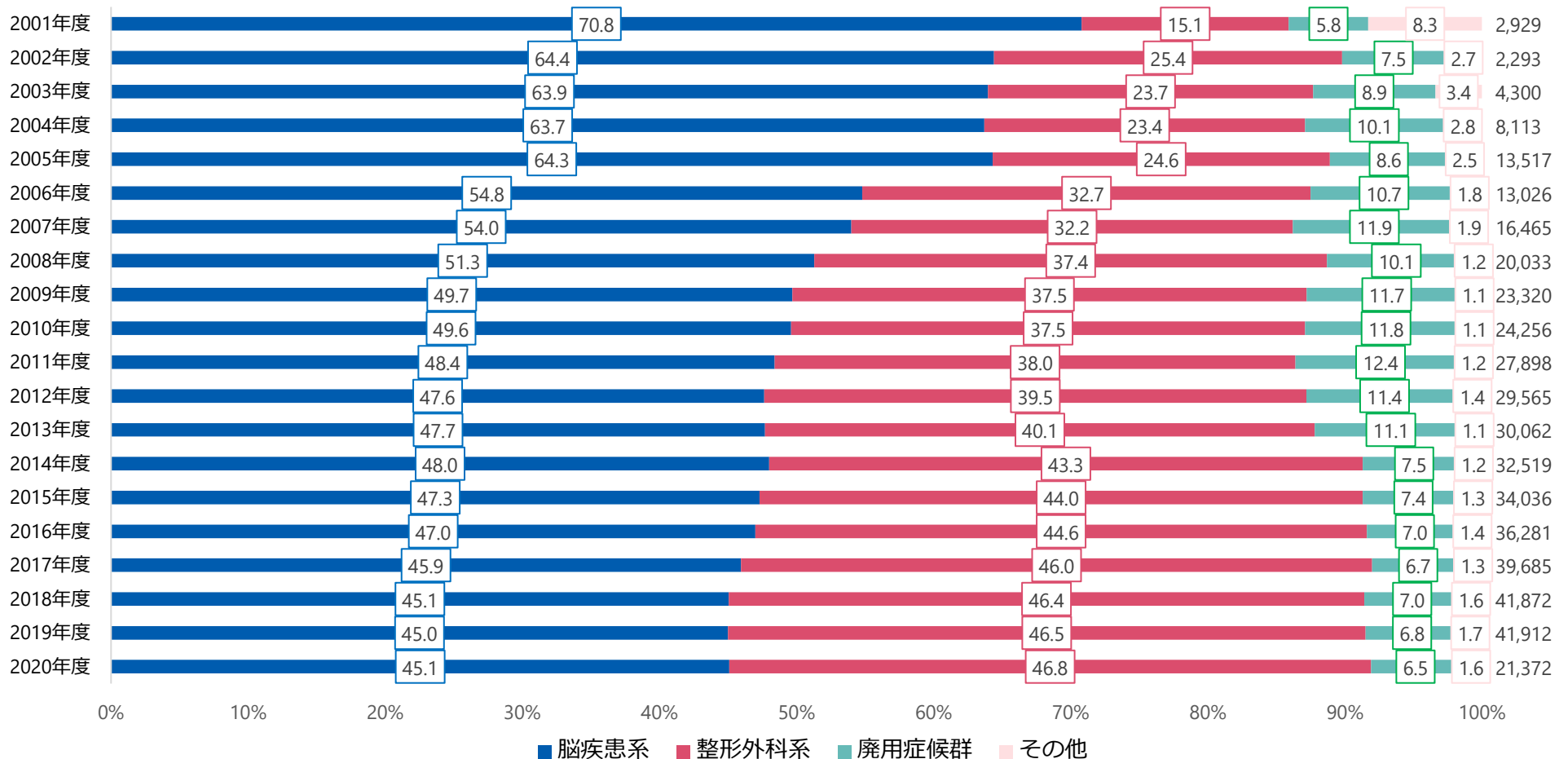
機能の内容

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

回復期リハビリテーション病棟における疾患について

○ 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。脳血管疾患は年々割合が減少している一方、整形外科疾患の割合が上昇している。

回復期リハビリテーション病棟における疾患構成の変動(2001-2020,N=463,454)



回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で整形外科疾患が共通する傾向が見られる。患者の入院元・退院先・年齢・退院時ADLについて、最も多い患者の層について在院日数を比較すると、いずれの疾患についても回復期リハビリテーション病棟の在院日数が高い。

回リハと地ケアにおける在院日数の違い

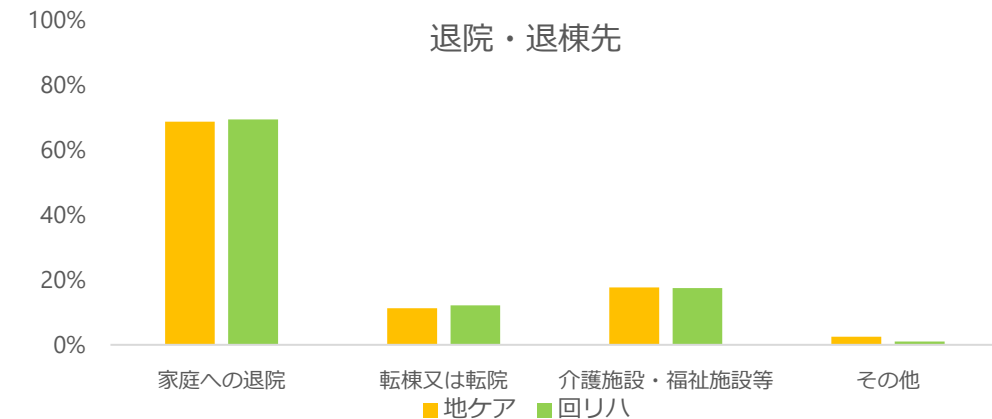
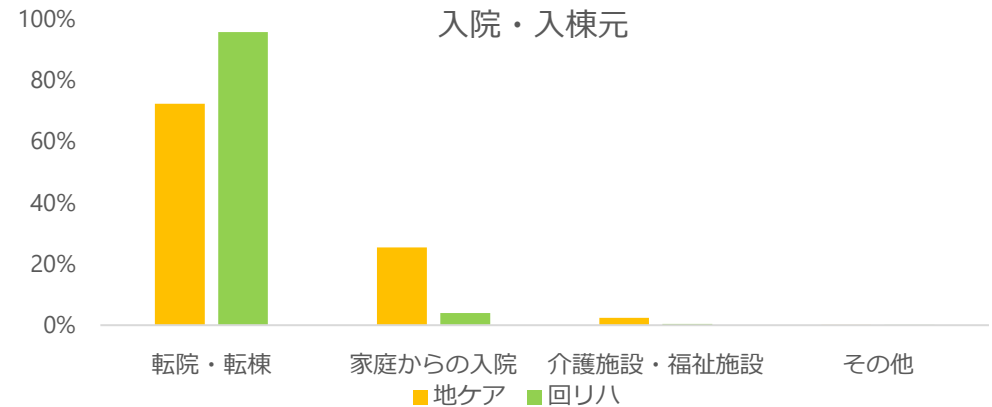
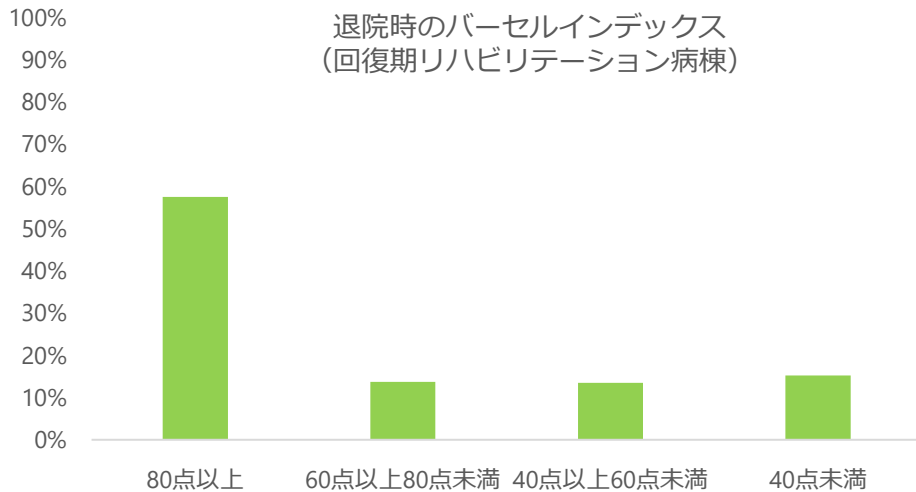
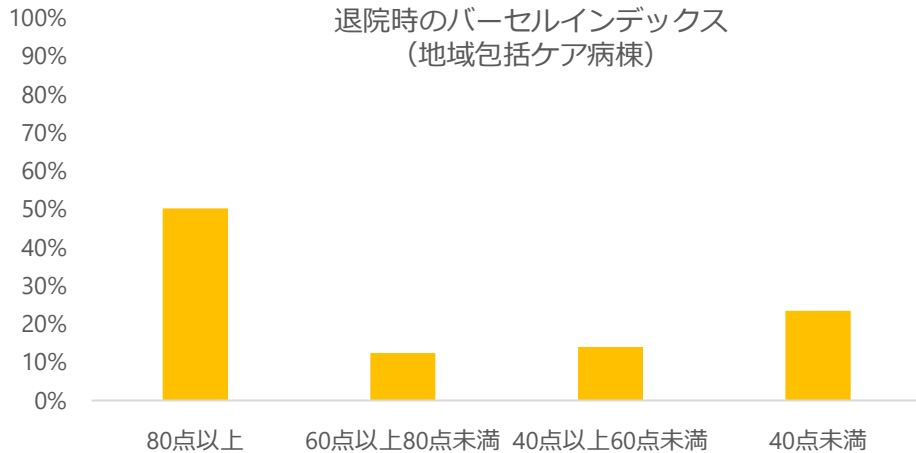
(入院経路が転棟又は転院/退院先が家庭/退院時ADLが20点中16点以上(バーセルインデックス80点以上相当)の患者について分析)

疾患名		回復期リハビリテーション病棟	地域包括ケア病棟	疾患名		回復期リハビリテーション病棟	地域包括ケア病棟
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	65歳未満	41.1	22.5	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	65歳未満	51.5	29.1
	65歳以上75歳未満	42.0	23.6		65歳以上75歳未満	53.5	30.9
	75歳以上85歳未満	47.8	28.0		75歳以上85歳未満	55.2	32.9
	85歳以上	54.9	33.1		85歳以上	57.2	33.7
		N=16155	N=6020			N=3378	N=2761
転子貫通骨折 閉鎖性	65歳未満	44.4	24.7	その他の原発性 膝関節症	65歳未満	28.8	20.3
	65歳以上75歳未満	47.8	27.4		65歳以上75歳未満	28.1	18.9
	75歳以上85歳未満	53.6	32.2		75歳以上85歳未満	32.2	20.3
	85歳以上	60.1	36.2		85歳以上	37.7	23.7
		N=10701	N=3555			N=11461	N=12112
腰椎骨折 閉鎖性	65歳未満	38.0	19.5	胸椎骨折 閉鎖性	65歳未満	33.6	19.3
	65歳以上75歳未満	42.2	24.1		65歳以上75歳未満	40.4	21.9
	75歳以上85歳未満	48.1	27.2		75歳以上85歳未満	45.9	26.3
	85歳以上	53.1	30.6		85歳以上	52.0	29.4
		N=10987	N=7142			N=5556	N=3608

※入院経路が転棟・転院(「院内の他病棟からの転棟」又は「他の病院・診療所の病棟からの転院」)、退院先が「家庭への退院」、退院時ADLが20点中16点以上(バーセルインデックス80点以上相当)の患者について集計

(参考) 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で共通する大腿骨頸部骨折等の疾患で入院した患者について、退院時バーセルインデックスは80点以上、入院・入棟元は「転院・転棟」、退院・退棟先は「家庭への退院」が最多であった。



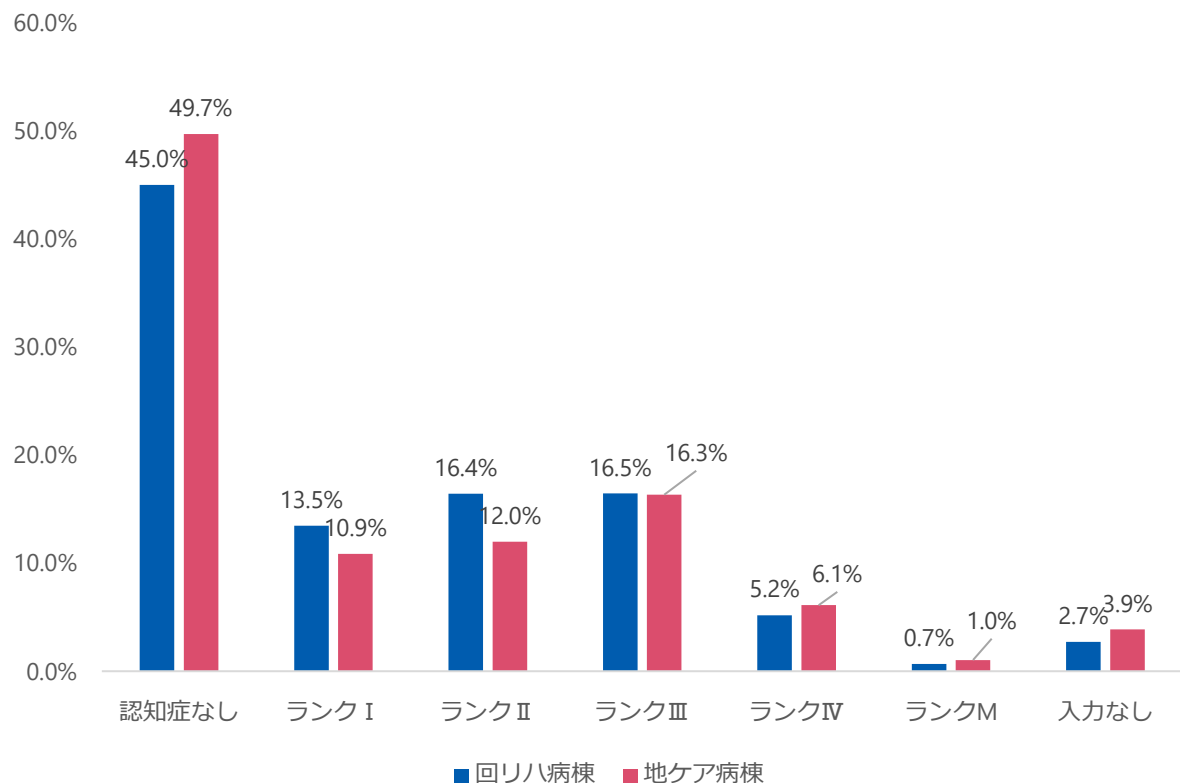
※入院・入棟元について、DPCデータにおける「院内の他病棟からの転棟」「他の病院・診療所の病棟からの転院」は転院・転棟、「その他」「院内で出生」はその他として掲示。また、退院・退棟先について、DPCデータにおける「他の病院・診療所への転院」「院内の他病棟への転棟」は転院・転棟、「介護医療院」「介護老人福祉施設に入所」「介護老人保健施設に入所」「社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所」は介護施設・福祉施設等、「終了(死亡等)」「その他」はその他として掲示。

※DPCデータのADLスコアを100点満点に換算しバーセルインデックス (ADLを評価する指標、100点満点。)として掲示。ADLスコアに、不明が含まれる患者は集計から除外。
資料出所：2023年DPCデータ

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の認知症の状況

- 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。

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



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。

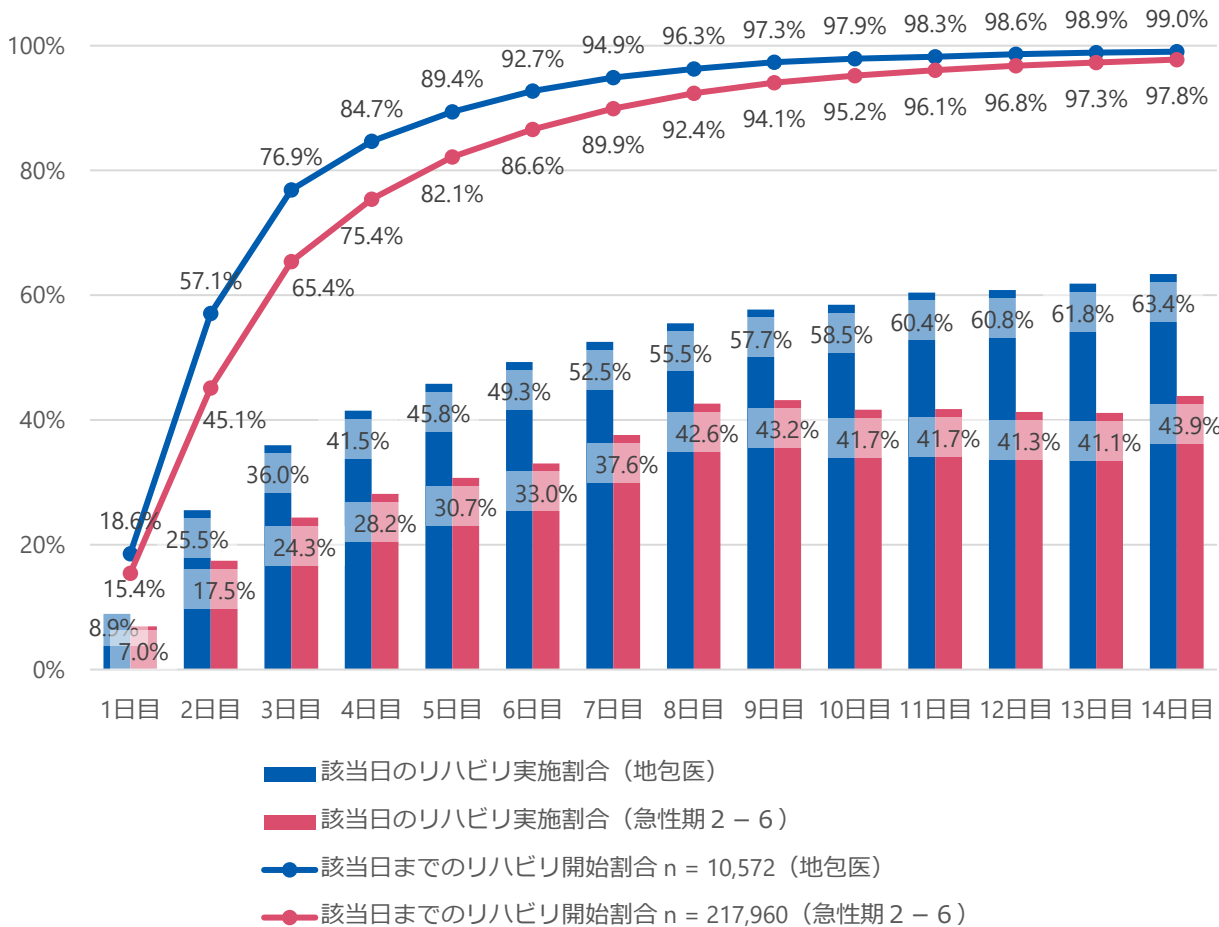
資料出所：2023年DPCデータ

地域包括医療病棟におけるリハビリテーション実施状況

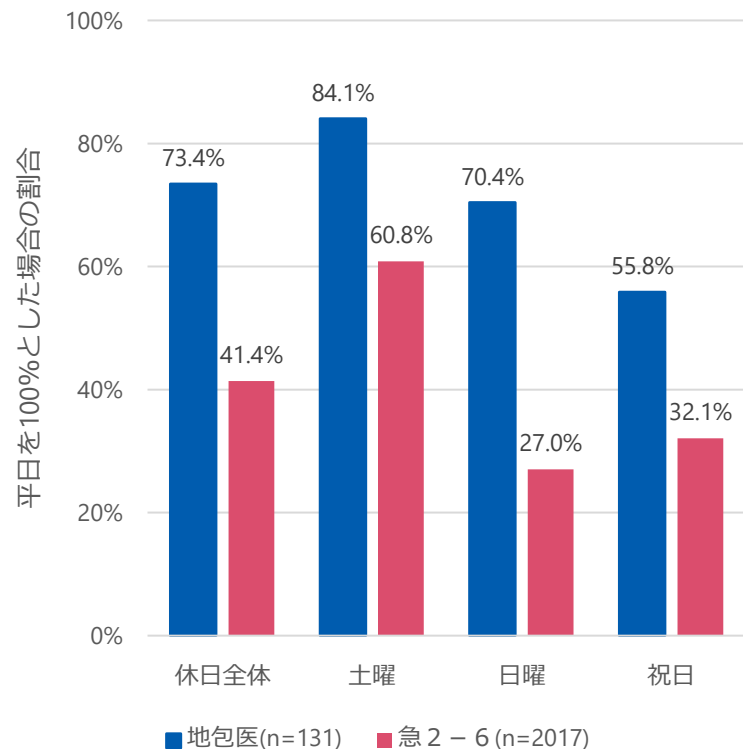
中医協 総 - 7
7 . 1 1 . 5

○ 地域包括医療病棟では、急性期一般入院料 2 - 6 の病棟と比較して、リハビリテーションはより早期に、多くの症例に実施されている。また、休日のリハビリテーション提供量が多い。

リハビリテーションの実施状況



平日に対するリハビリテーション提供単位数の割合

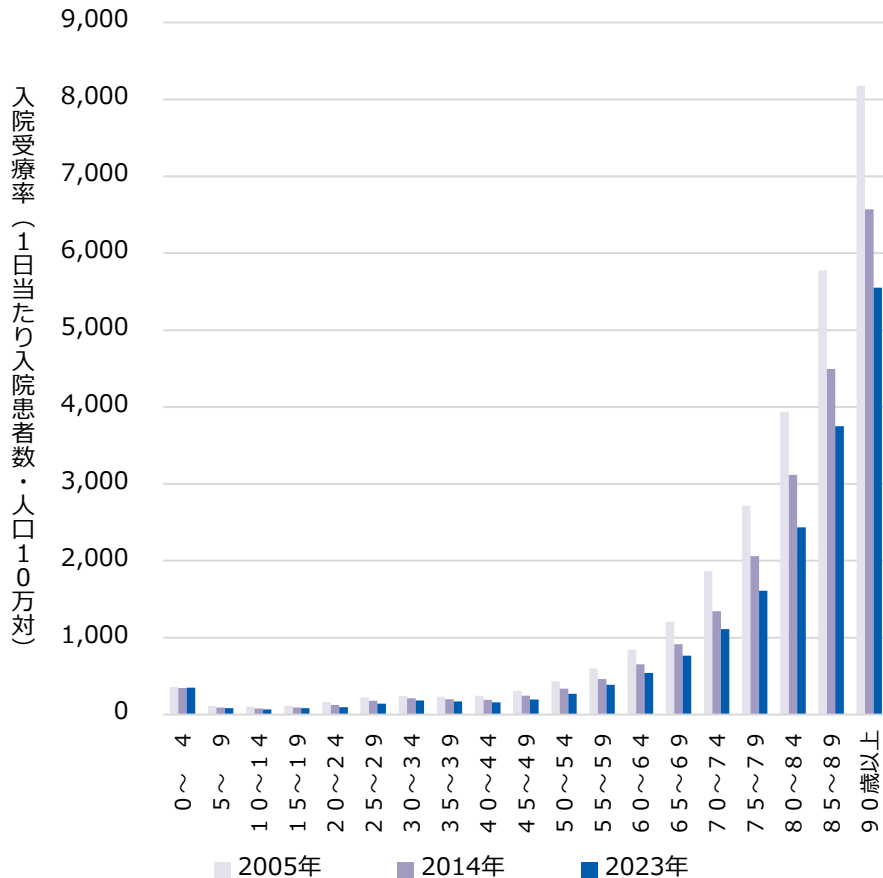


出典：DPCデータ（2024年10月-12月）各入院料を算定し、期間中に入退院が完結している症例を対象とした。

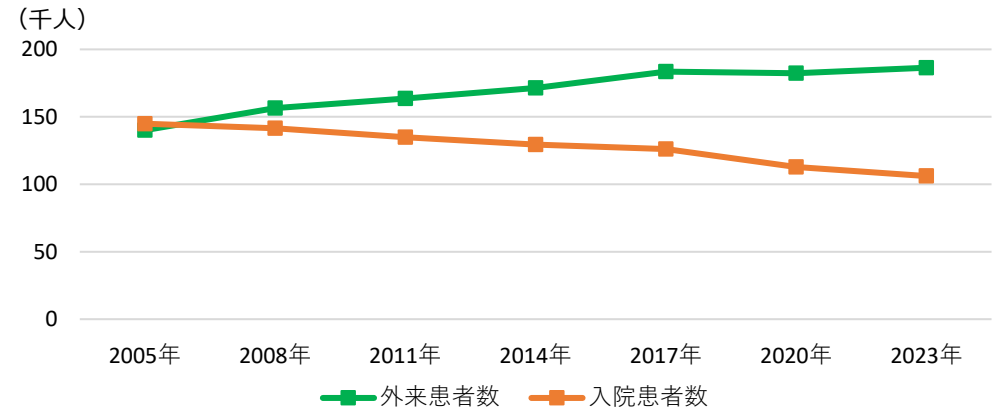
入院受療率の低下について

- 例えばがん患者は入院患者数が減少し、外来患者数が増加する等、**医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等**を背景に、年齢階級別の入院受療率は低下傾向にある。

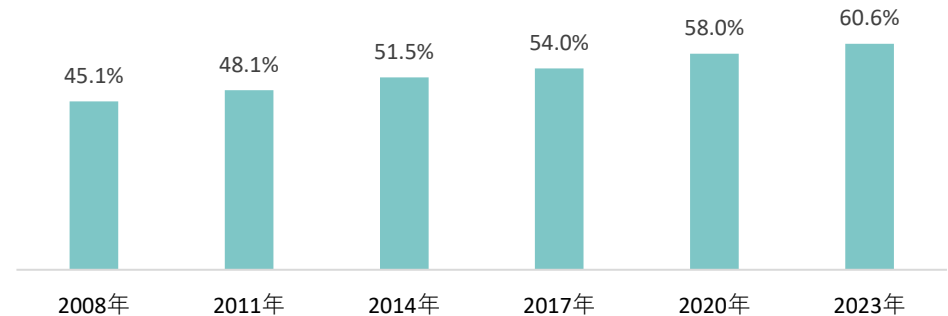
一般病床・療養病床における入院受療率の推移



がん患者数の推移



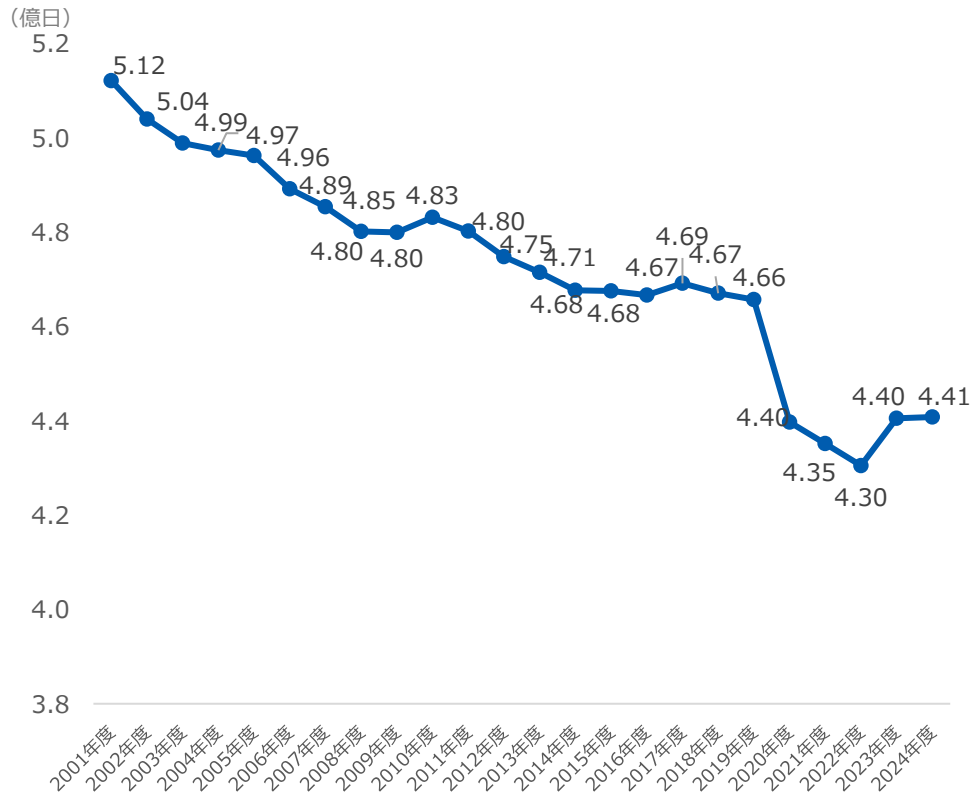
がん入院患者のうち、入院期間が2週間未満の患者の割合



近年の入院受療の推移について

入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。

入院受診延日数の推移

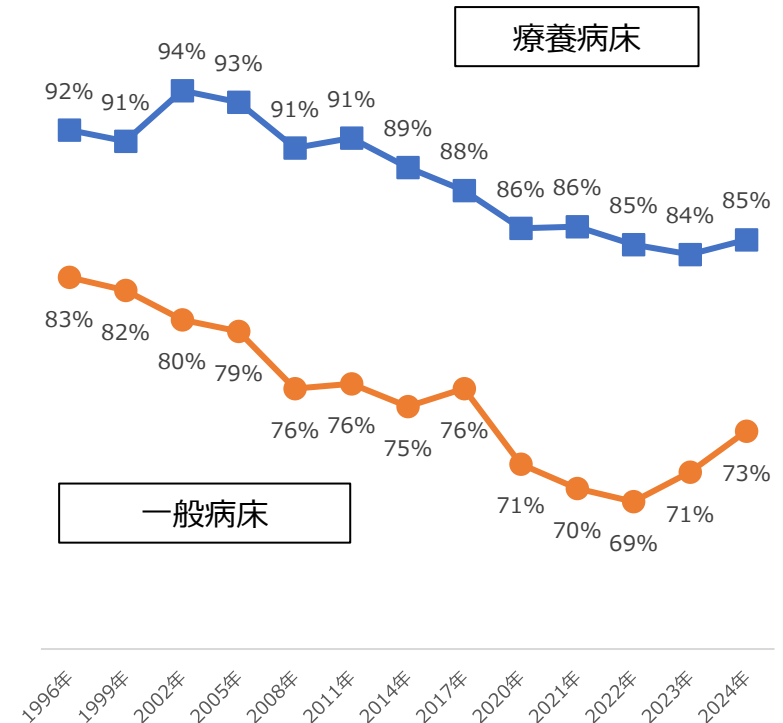


資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2024年度）

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

病床利用率の推移



資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

高齢者の急性期における疾病の特徴等

- 85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。
- 高齢者においても、年齢が上がるほど入院中に手術や処置が発生していた患者の割合は下がり、65歳以上、75歳以上では40%程度であるが、85歳以上では30%程度となる。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

年齢	入院中手術有	入院中1000点以上処置有	入院中手術又は1000点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	<u>41%</u>
75歳以上	35%	6%	<u>37%</u>
85歳以上	27%	4%	<u>29%</u>

資料出所：DPCデータを用いて2023年6月30日時点の入院患者を対象に算出。救命救急入院料、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、新生児治療回復室入院医療管理料、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、小児入院医療管理料、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者を対象とした。

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

【〇病床数の適正化に対する支援】

令和7年度補正予算 3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
(内線4095、2665)

施策名:才 病床数の適正化に対する支援

① 施策の目的

・効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

② 対策の柱との関係

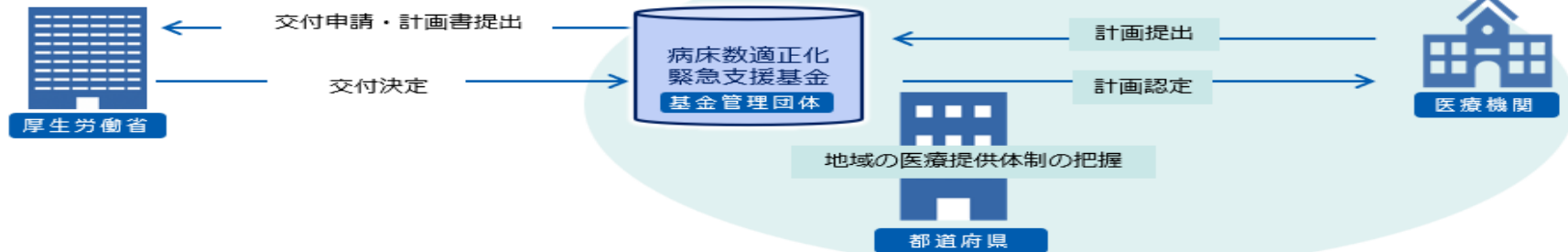
I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

・「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
(概要) 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
(交付対象・交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診:4,104千円/床(ただし、休床の場合は、2,052千円/床)

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(イメージ図)



- ・ 医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
- ・ 基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する(10/10)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。
人口減少等により不要となると推定される、約11万床(※)の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。
※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

外来・在宅にかかる医療需要の推計について

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

(3) 外来医療・在宅医療

- このような中、**外来医療・在宅医療についても、地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来の外来医療・在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することが重要**であり、新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護連携等も対象とすることが適当であり、その際、以下のように対応することが考えられる。

(略)

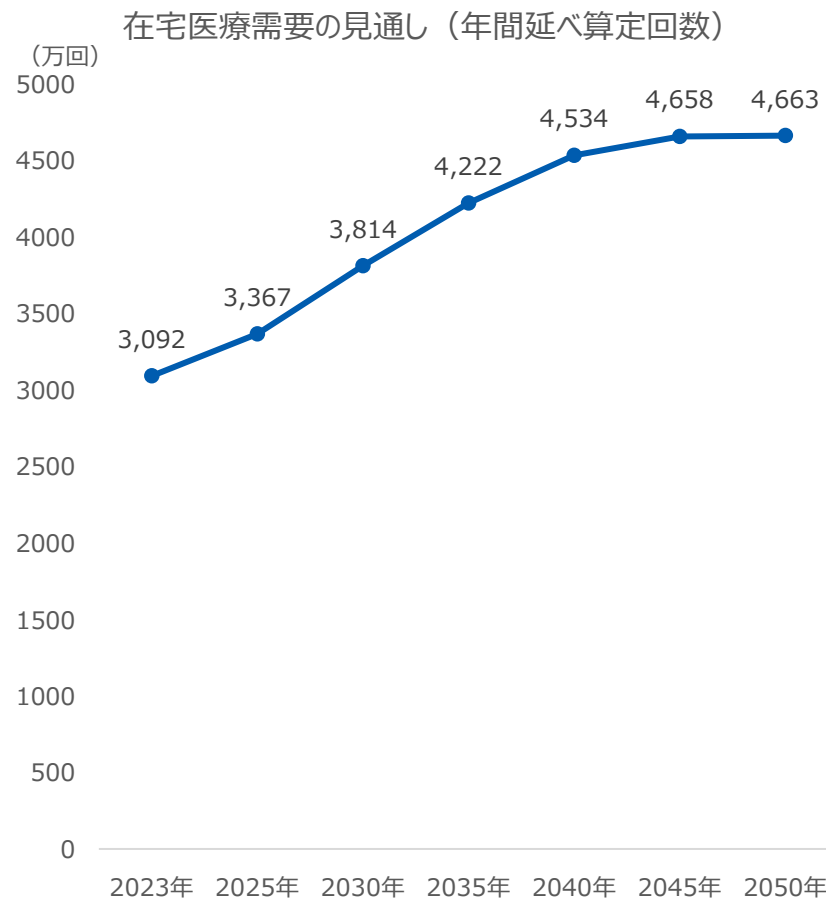
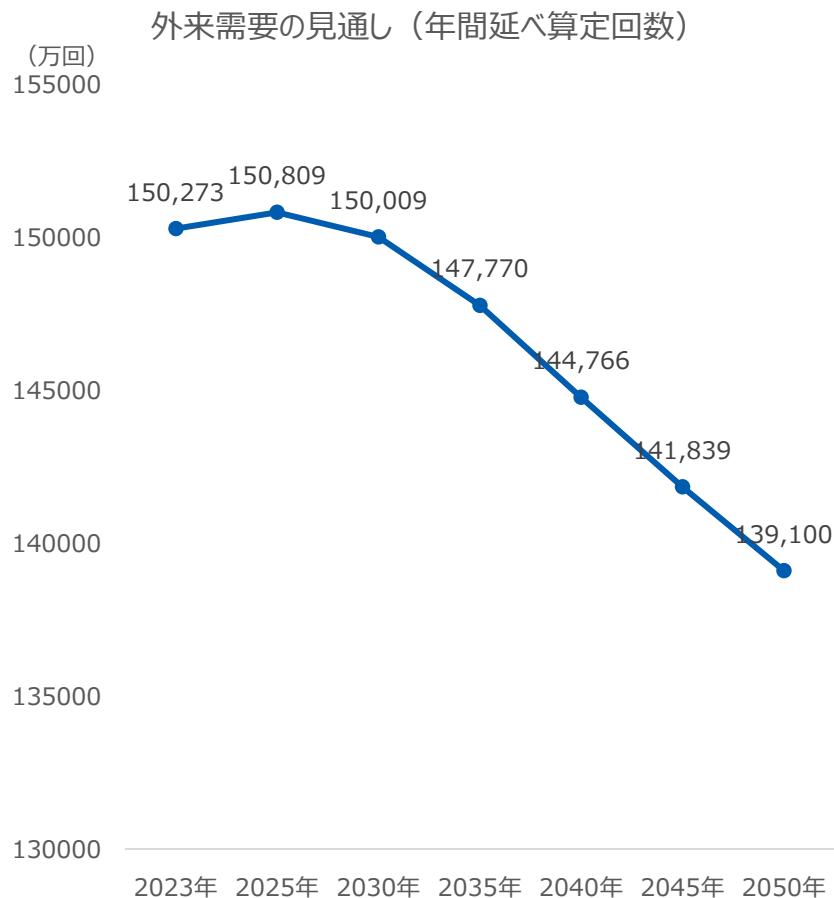
• かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来・在宅・介護連携等に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有する。

(例) 共有するデータや課題等の例（ガイドラインで検討）

- 医師数や診療領域ごとの診療体制
- 時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況
- 慢性期・在宅需要と在宅医療提供量・療養病床・介護施設・高齢者住まい等の状況
- 医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況 等

外来医療・在宅医療の需要について

- 日本全体で見ると、外来医療の需要については今後減少、在宅医療は増加することが見込まれている。こうしたデータを地域ごとに確認し、将来の提供体制の確保について検討することが重要。



資料出所：2023年度NDBデータ、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）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

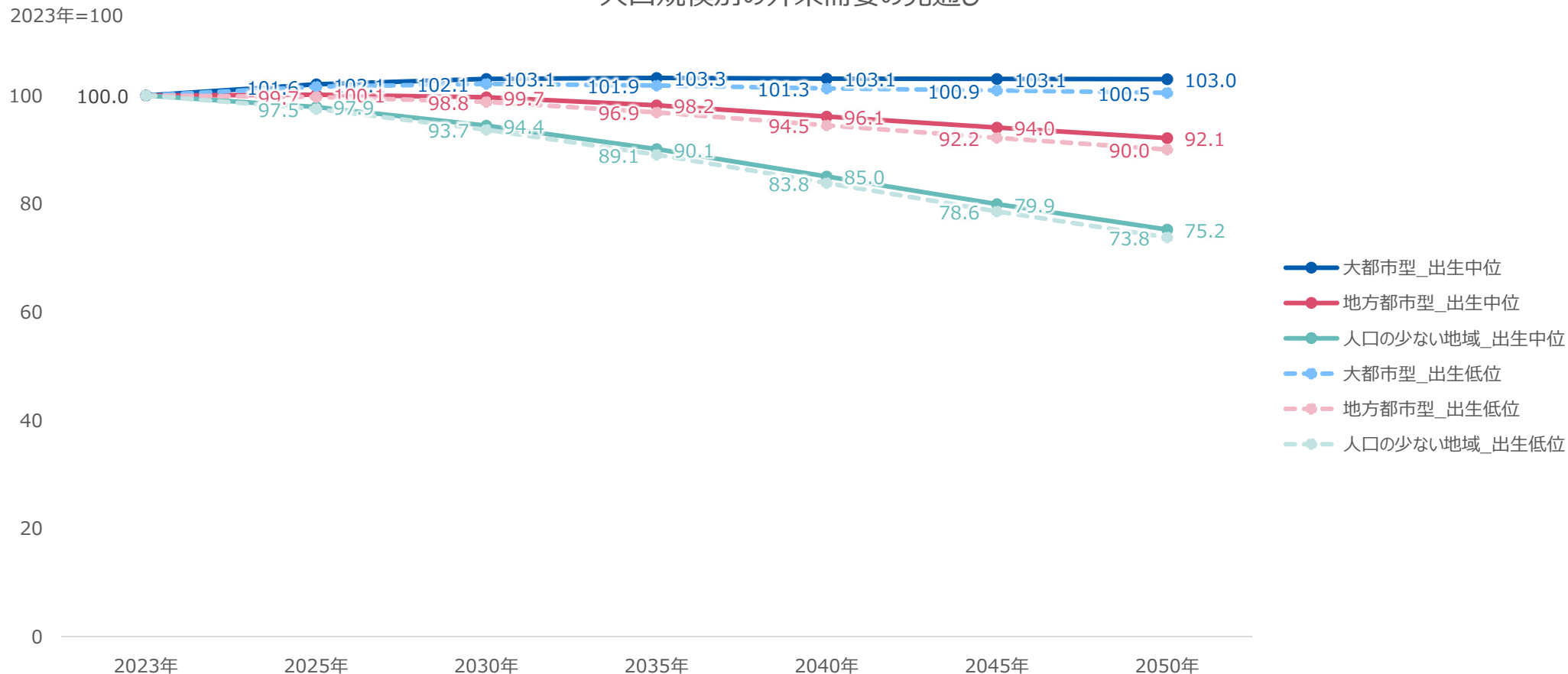
※二次医療圏（330圏域）ごとの外来・在宅需要は医療機関所在地ベース。

※外来需要は通院患者に限る。

外来医療の需要について

- 外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少することが見込まれる。

人口規模別の外来需要の見通し



資料出所：2023年度NDBデータ、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）」、「日本の将来推計人口（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。

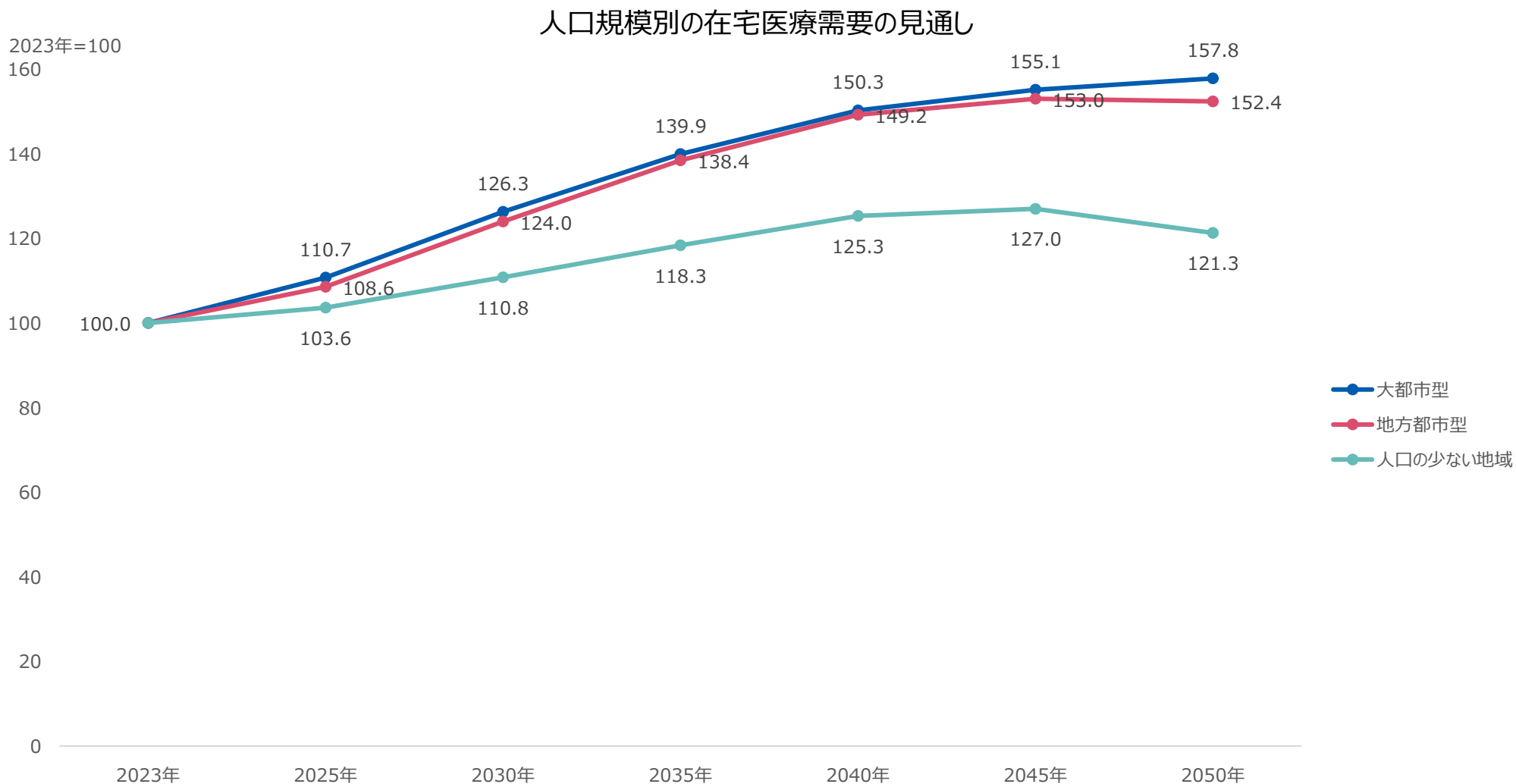
※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

※外来需要は通院患者に限る。

※出生低位人口については、2025年から2050年までの地域別将来推計人口の全国計が全国推計の出生低位（死亡中位）推計に一致するように、性別・年齢階級別に定率を乗じて補正することにより作成。

在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。



資料出所：2023年度NDBデータ、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）」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（330圏域）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

① 医療需要の推計・医療需要の設定について（案）

改定後の医療法

第三十条の三の三（略）

3 都道府県は、地域医療構想を作成するに当たっては、第三十条の十三第一項、第三十条の十八の二第一項、第三十条の十八の三第一項及び第三十条の十八の四第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

(3) 医療機関機能・病床機能

③ 病床機能

- 病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、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、これまでの【回復期】に代えて、「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」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。
- また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、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年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。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べきである。

論点

- 医療需要の推計にあたっては、現在の地域医療構想における考え方を基本とすることとしており、医療需要の設定にあたっては、構想区域ごとに、診療実績データに基づき患者単位の日ごとのデータを用いて、人口推計を活用し、病床機能区分ごとに推計することとしてはどうか。その際、最新の医療需要を反映させる観点から、2024年度のNDBデータを用いることとしてはどうか。
- NDBに含まれない、自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者については、医療保険の患者に比べて僅少ではあるものの、精緻な推計を行う観点から、NDBデータの高度急性期、急性期、包括期の医療需要に比例するよう按分して推計（自然分娩は急性期として推計）を行うこととしてはどうか。
- 必要病床数については、患者単位で、将来の推計人口に受療率を乗じて算出するものであり、需要に基づくものである一方、病床機能報告において報告される病床数については、供給側である医療機関がサービスの提供単位となる病棟ごとに役割を明確化し、機能分化を推進するために病棟単位で報告されるといった構造的な違いがある。こうした算出方法や目的の違い等について、関係者が理解できるよう、ガイドラインに記載することとしてはどうか。

② 改革モデルについて（包括期機能に係る取組を踏まえた推計）（案）

改定後の医療法

第三十条の三の三（略）

3 都道府県は、地域医療構想を作成するに当たっては、第三十条の十三第一項、第三十条の十八の二第一項、第三十条の十八の三第一項及び第三十条の十八の四第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を勘案しなければならない。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

- 病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、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、これまでの【回復期】に代えて、「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」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。
- また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、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年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。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べきである。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（抜粋）

<必要病床数について>（第8回（令和7年10月15日））

- 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。

<高齢者救急の制度的な位置付けについて（必要病床数における位置付け）>（第8回（令和7年12月12日））

- 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。

論点

受療率や現行の地域医療構想の取組等の反映について

- 病床利用率については、2022年頃の落ち込みと比べると病床の削減等の取組により上昇しているが、長期的に見ると低下傾向にある。また、これまでの地域医療構想の取組開始以降に行われてきた医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等に係る取組について、今後も同様に推進することが必要。こうした受療率の変化や現構想開始以降の地域医療構想の取組等による効果を必要病床数に反映するため、現在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等について、改革モデルとして反映することとしてはどうか。

② 改革モデルについて（医療機関機能に係る取組等）（案）

論点

包括期機能について

- 増加が見込まれる高齢者救急のうち、一定割合の患者について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必要である。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ところ、これまでの検討会での議論において、今後の必要病床数の算定に当たっては、75歳以上の患者について、急性期と見込まれる患者のうち、一定割合を包括期として算出することと整理してきた。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や、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込むこととしてはどうか。
- 包括期機能を新たに位置付け、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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の確保を推進することとしている。こうした中、回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、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進めることを見込んで推計することとしてはどうか。あわせて、患者の状態に応じた適切なリハビリテーションを推進する観点から、介護老人保健施設について、リハビリテーションを提供することができること等の介護との連携や退院後のリハビリテーションの提供についても、ガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

医療機関機能に係る取組について

- 医療機関機能の確保のための取組を推進し、医療機関の連携・再編・集約化を進めることとしており、また、昨今の医療需要の変化を踏まえ、新たな地域医療構想に向けて、病床数の適正化を支援する事業を実施することとしている。必要病床数の算出にあたり、医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。今後の医療機関機能の確保のための取組や病床数適正化の取組により、病床利用率が上昇する可能性があることを踏まえ、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率については、現構想と同様に高度急性期75%、急性期78%、包括期90%、慢性期92%とすることとしてはどうか。

③ その他の論点（案）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（3）医療機関機能・病床機能

③ 病床機能

- また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、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年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。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べきである。

（6）国・都道府県・市町村の役割

① 国

- 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

改正後の医療法

第七条の二 都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができる。

「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和7年6月13日閣議決定）（抜粋）

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

（1）全世代型社会保障の構築

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、（略）2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

（※）人口減少等により不要となると推定される一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、**調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。**

③ その他の論点（案）

論点

定期的な見直しについて

- 来年度以降、各都道府県において2040年に向けた必要病床数の推計を行い、取組を開始することとなる。今後、地域医療構想を踏まえた具体の計画として医療計画の策定・取組を推進するところ、必要病床数についても、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必要に応じて見直しを行うこととしてはどうか。

病床数適正化事業等を踏まえた対応について

- 令和7年度補正予算において、病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業については、新たな地域医療構想の取組開始前に病床の適正化に取り組むことを目的としており、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計にあたっては、病床が削減されることを前提として検討することが必要である。このため、当該事業において削減が見込まれる病床について、病床利用率を乗じて入院患者数に換算し、NDBデータから算出される医療需要のデータから、これらを控除した場合の減少率を算出し、「1－減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乗じることで反映することとしてはどうか。

高度急性期及び急性期に係る推計とそれを踏まえた取組について

- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合でも高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告にあたってはこれまでどおり、高度急性期・急性期として行うが、地域での協議においては、高度急性期機能と急性期機能の病床数を一体として検討することとしてはどうか。

入院医療以外に係る推計について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療や在宅医療についても医療需要を確認し、提供体制の確保のための取組を進めることとしている。このため、こうした目的に向けた協議のため、地域毎に将来人口を踏まえた需要等に関する推計を行い、地域医療構想における外来医療や在宅医療の確保の議論に資するデータについて都道府県に提供することとしてはどうか。

データの提供について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療以外も対象とするため、協議にあたり必要となるデータも多岐にわたるが、NDBを用いたデータについては作成に一定の期間を要する。地域における地域医療構想の協議に資するデータのうち、国から提供可能なものについて、今後は毎年提供できるよう、2026年中から準備できるものから順次提供を開始することとし、活用状況を踏まえ提供データを追加、削除しながら、都道府県がこうしたデータ分析をできるための基盤の整備を行うこととしてはどうか。

2. 医療機関機能報告・病床機能報告

これまでの主な意見（医療機関機能報告・病床機能報告）

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

【医療機関機能報告・病床機能報告】

- 必要病床数について、病床機能報告の病床機能区分と入院料の種類が対応できるよう目安を整理することは、地域医療構想の進捗管理の観点、医療機能を適切に評価する観点からも重要。
- 医療資源投入量は必要病床数の推計に使っていることは理解できるが、地域の調整会議で医療資源投入量によって病床機能を報告するなど、混乱を招くこともあった。医療資源投入量による区分はあくまでも必要病床数の算定に用いるものであることについて、周知をお願いしたい。
- 病床機能報告について客観性を持たせることは重要であり、一定の目安は必要であるが、医療機関が納得して報告できるよう、機能の報告に当たっては自主的に報告することが重要ではないか。

病床機能報告における客観性を有する報告について

- 医療機関機能・病床機能については、医療機関や国民・患者がその意味を理解できるよう丁寧に説明・周知するとともに、これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とすることが重要。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

5. 新たな地域医療構想

(3) 医療機関機能・病床機能

① 基本的な考え方

- 新たな地域医療構想を通じて、医療機関機能・病床機能に着目した医療提供体制の構築を進めるためには、医療機関から都道府県への報告制度、必要病床数の推計、地域における関係者の協議、取組を推進するための支援等について必要な見直しを図ることが必要である。病床機能に加えて、医療機関機能を報告することとし、地域の医療提供体制の確保に向けて関係者による医療機関の役割分担・連携に関する協議を促進するとともに、**医療機関機能や病床機能について、医療機関が適切に報告することができ、国民・患者を含め、その意味を理解することができるよう丁寧に説明・周知することが重要**である。このため、**これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすることが適当**である。

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

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

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

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

回復期機能

- 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

- 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
- 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

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

急性期一般入院料1の病床機能報告

- 急性期一般入院料1を算定する病床について、急性期として報告されている病床の割合を都道府県別にみると、約100%の都道府県から約55%の都道府県まで、ばらつきがみられる。

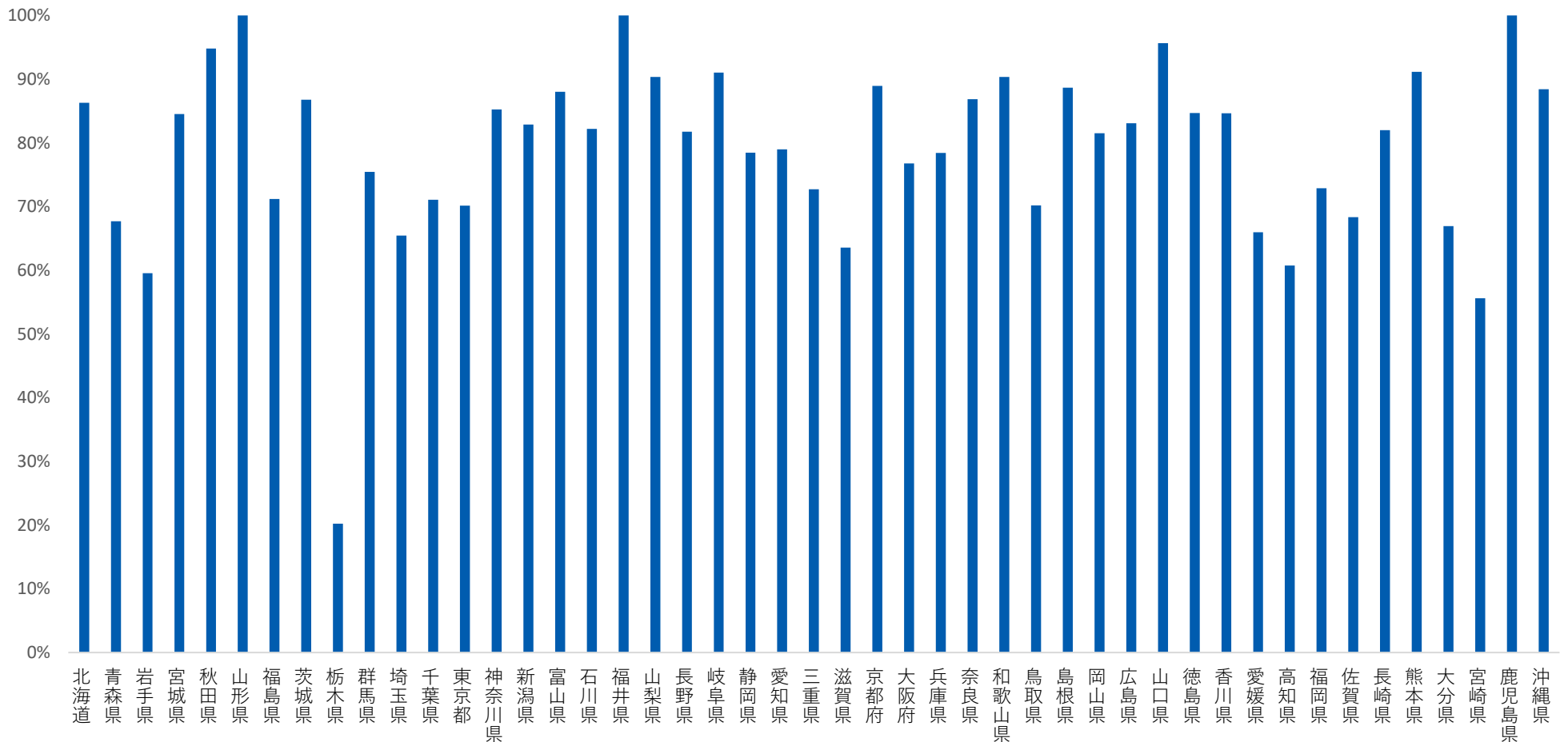
急性期一般入院料1を算定する病床について、急性期として報告されている割合



地域包括ケア病棟の病床機能報告

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する病床について、回復期として報告されている病床の割合を都道府県別にみると、100%の都道府県から約20%の都道府県まで、ばらつきがみられる。

地域包括ケア病棟入院料を算定する病床について、回復期として報告されている割合（※）



病床機能報告のデータ分析の検討の例

- 病床機能報告の報告実態がさまざまであり、地域によっては、病床機能報告のデータ分析や定量基準の導入に向けた検討に相当の時間を要した例がある。

目的

客観的な基準により地域の医療機能の現状を分析し、各医療機関が、自機関の立ち位置を確認し、地域で医療機能の分化と連携を議論するための「目安」を提供する。

4つの入院医療機能(高度急性期/急性期/回復期/慢性期)について、地域医療構想で推計した将来の病床の必要量と病床機能報告の機能別病床数は、算出方法が異なるため、単純比較することができない。

【地域医療構想調整会議の委員からの意見】

- ・医療機能の捉え方は各病院によってかなり差がある。報告上の機能と実際の機能が異なり、構想に関する議論が困難である。
- ・医療機能の区分について、本来は国で客観的な基準を示すべきであるが、県独自でも検討するべきではないか。



各医療機関の自主的な判断により報告された内容を尊重しつつ、別の観点として、算定している入院料や具体的な医療提供状況から客観的な基準を作成し、「4機能」が指す具体的な内容について、共通認識を持ちやすくする。

なお、基準は「絶対の閾値」ではなく、ある程度の幅をもたせて考えることが必要。

検討の経緯

病床機能報告のデータ分析では、本県の地域医療構想の推進について、専門的な視点から助言、提言を行う有識者会議である「埼玉県地域医療構想推進会議」で意見を伺いながら検討を行った。

- 平成29年6月～7月 データ分析に係る委託業者の公募・業者決定
- 平成29年8月～10月 データ分析方針の検討
- 平成29年10月～11月 県内医療関係有識者からの意見聴取
- 平成29年11月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析方針説明・意見聴取
- 平成30年2月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析結果中間報告・意見聴取
- 平成30年4月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析結果報告・意見聴取

※ 「埼玉県地域医療構想推進会議」の構成員
県医師会、県内医療機関院長(高度急性期～慢性期)、介護福祉施設関係者、学識経験者、市町村行政関係者、保健所長

病床機能について

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

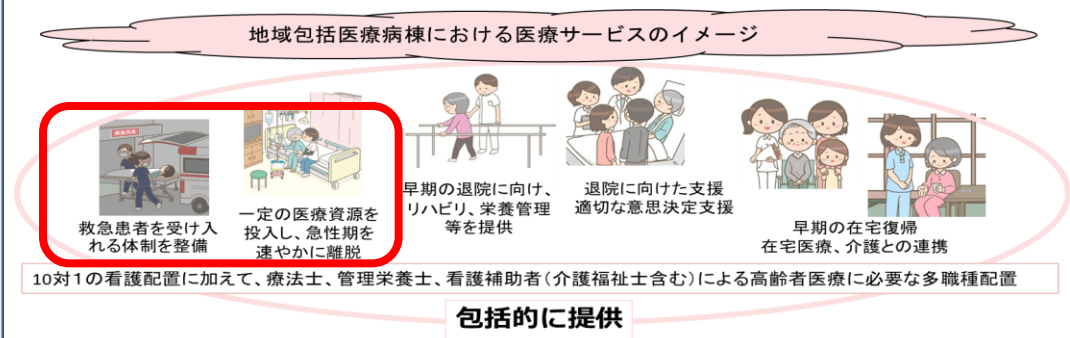
包括期機能について

- 包括期機能は、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」等とされており、「救急患者を受け入れる体制を整備」「一定の医療資源を投入し急性期を速やかに離脱」等の役割を担うこととされている地域包括医療病棟や、「在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」等が役割の地域包括ケア病棟を有する医療機関での対応が重要となる。

病床機能区分

機能の内容

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



病床機能報告における報告の目安（案）

各入院料の要件や期待される役割等を踏まえ、以下のように整理してはどうか。

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、診療密度が特に高い医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 1～6 特定機能病院入院基本料 (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	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能） 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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が変更された場合は適宜見直しを行う。

令和6年度病床機能報告の報告項目について

医療機能等

入院患者に提供する医療の内容

医療機能（現在/2025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・地域支援病院）
診療報酬届出状況（総合入院体制加算、急性期充実体制加算、精神科充実体制加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院）
三次救急医療施設、二次救急医療施設、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）

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

全身管理	中心静脈注射 酸素吸入 ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工腎臓、腹膜灌流	呼吸心拍監視 観血的動脈圧測定 人工呼吸 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
	疾患に依じたリハビリテーション	疾患別リハビリテーション料 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	
多様な診療所の機能	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	
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）

※ 外来機能報告の開始に伴い、令和4年度病床機能報告より報告期間を2ヶ月間（10月1日から11月30日）に延長している。

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、患者の流出入の状況等） ● 個別の医療機関の医療提供実態 ● その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）
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あるか。 等 	
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あるか。 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 <p style="text-align: right;">等</p>

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"> ● 救急車受け入れ台数（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>

慢性期の需要等の把握について

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床の一部については、患者像が重複する場合があります、一体的に需要等を把握し、提供体制を確保していくことが重要。地域においては、医療部局で病床数や介護部局で介護施設の定員数等の供給力に関するデータを保持しているほか、NDBオープンデータや患者調査など、地域で把握・活用しうるデータが入手可能。
- 他方、需要の把握について、例えば、在宅医療がどういった施設等で提供されているかを定量的に把握することは現時点では困難である等、地域のこうした検討に資するデータの把握には課題があり、病床機能報告の見直し等も含め、整理が必要。

提供の場

サービス

需要等の把握について

病院・有床診療所

入院医療

- 入院料の算定回数や入院患者数により提供実態を把握可能であるほか、入院料の算定病床数により提供可能量を把握可能
- データの把握にあたっては、地域において、病床機能報告やNDBオープンデータ、患者調査等が活用可能
- その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要

自宅

在宅医療
訪問看護

施設等（自宅以外。例として、社会福祉施設、身体障害者施設、グループホーム、特定施設など）

- 病床機能報告においては、主に入院医療に関するデータを収集しており、看取り件数等の一部を除き在宅医療の提供等（訪問看護STを有しているか等）の情報は収集していない
 - 提供実態について、総数については訪問診療料等の算定回数により把握可能であるが、どういった施設等において提供されているか、訪問先の把握は現時点では困難
- ※訪問先種別の把握に関して、訪問看護については医療保険給付分の一部について、一定把握可能だが、訪問診療については把握不可

コード	施設等
01	社会福祉施設及び身体障害者施設
02	小規模多機能居宅介護
03	複合型サービス
04	認知症対応型グループホーム
05	特定施設
06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設

（抜粋）訪問看護療養費請求書等の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）
18「訪問した場所」欄について
訪問した場所が自宅の場合は「1自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2施設」を、上記に該当しない場合は「5その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2施設」に該当する場合にあつては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5その他」に該当する場合にあつては、その場所を記載すること。

- データの把握にあたっては、地域において、NDBオープンデータ、患者調査等が活用可能
- 訪問歯科診療や薬剤管理の検討に当たっては、**歯科訪問診療料や訪問薬剤管理指導料等の算定回数についての検討も有用**
- その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要

介護老人保健施設
介護医療院等入所中の患者への医療
(原則介護報酬)

- 受給者数で提供実態を把握可能であるほか、施設定員数で提供可能量を把握可能

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**

医療機関機能報告・病床機能報告について（案）

- 医療機関機能報告について、地域における医療機関機能の議論に向けては以下のような内容を中心に報告を求めることとしてはどうか。なお、報告にあたっては、病床機能報告と一体的に運用する。

報告を求める内容

医療機関機能

【現在の機能】

- ・ 現在担っている機能のうち最も近いものを報告

【2040年に担う機能】

- ・ 2040年において担う機能
※2028年以降は調整会議で調整が整ったものを報告

【構造設備等】

- ・ 入院対応や時間外対応可能な診療科
- ・ 医療機関の築年数
- ・ 手術室数
- ・ ICU数
- ・ 医療措置協定等の状況

【人員に係る内容等】

- ・ 医師数（診療科別、常勤医師、非常勤医師、専攻医数等）
- ・ その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）
- ・ 医局に属する医師数や地域への派遣医師数（大学病院本院のみ）
- ・ 休日夜間等の体制等（診療科、手術対応の有無等）

医療の内容

【医療機関機能に関する内容】

- ・ 救急医療の提供状況（救急車受入件数、下り搬送件数等）
- ・ 急性期医療の提供状況（患者数、手術件数、時間外の手術件数等）
- ・ 高齢者施設等との連携状況（連携している施設数、施設からの受入患者数、施設への往診件数等）
- ・ 手術に関する実績（緊急手術や全身麻酔の状況等）
- ・ 在宅医療の提供状況（訪問診療や往診等の実績等）
- ・ 高齢者への医療の提供状況

構造設備・人員

※ 既に現在の病床機能報告において報告されているものも含めて揭示。

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

1. 地域での協議について
2. 構想区域に関する協議について
3. 医療機関機能に関する協議について
4. 地域医療構想調整会議のあり方について
5. 精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について（報告）

1 . 地域での協議について



これまでの主な意見（地域での議論について）

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

【地域での協議】

- 地方の現場が円滑に検討・推進していくために、多岐にわたる項目の関係性や連携のあり方、議論の視点、ステップなどについて、地域類型を踏まえて整理いただきたい。
- 新たな地域医療構想では医療と介護の連携が非常に重要になってくるので、市町村の関与はさらに進めていただく必要がある。
- 地域における効果的・効率的な医療提供体制の構築は、医療保険者が引き続き関係者としての進捗状況を把握して、患者側の視点といった医療保険加入者の立場に立った意見発信をしていくことが重要であり、ガイドラインにおいて医療保険者の役割を工夫していただきたい。
- 地域医療構想調整会議とその他の会議体の関係について、各地に過重な負担を課さないよう会議体も上手に連携し、整理することが必要。
- 調整会議について、議長、保健所長、首長等が議論に参加する中、うまくデータを活用して丁寧な議論ができることが重要。
- 地域医療構想の策定プロセスにおいては医療の受益者である患者の視点を常に意識していただくことが重要。推進のプロセスにおいても、その課題を地域住民と共有し、理解を得た上で建設的に意見を交換できるような仕組みが必要。
- 地域の中で合意形成を図っていく際に、医療・介護の多様なステークホルダーで議論を行うということは重要であるが、地域医療構想の改革の必要性について、地域住民に分かりやすく伝え、理解してもらうことも重要。

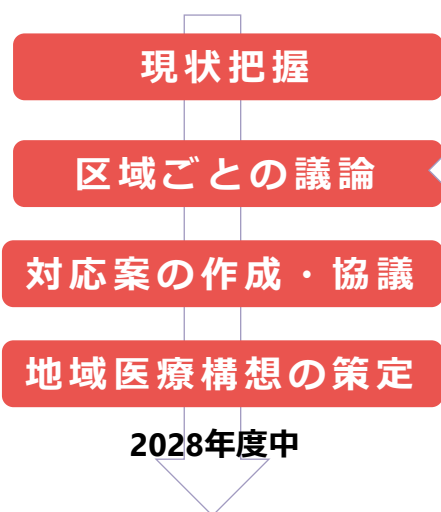
地域における協議の進め方について

- 改正医療法において、地域医療構想の策定は2028年度末までに行うこととされている。新たな地域医療構想においては、入院医療に加え、外来・在宅医療等についても対象とする中、都道府県が効果的に協議を運用するため、協議の内容、協議の場、スケジュールについてガイドラインにおいて整理が必要。
- 協議の内容について、検討開始直後はまず現状の把握をし、地域ごとの課題を共有するフェーズ、より詳細なデータの分析などを踏まえながら区域の設定や医療機関機能の確保といった議論を進めるフェーズ、いくつかの対応案の作成及び協議を行うフェーズ、地域医療構想として策定し取組を推進するフェーズ等、多段階で行うことが想定される。

協議の進め方にあたり整理が必要な事項

① 協議する事項 ②地域医療構想調整会議のあり方 ③スケジュール

協議する事項

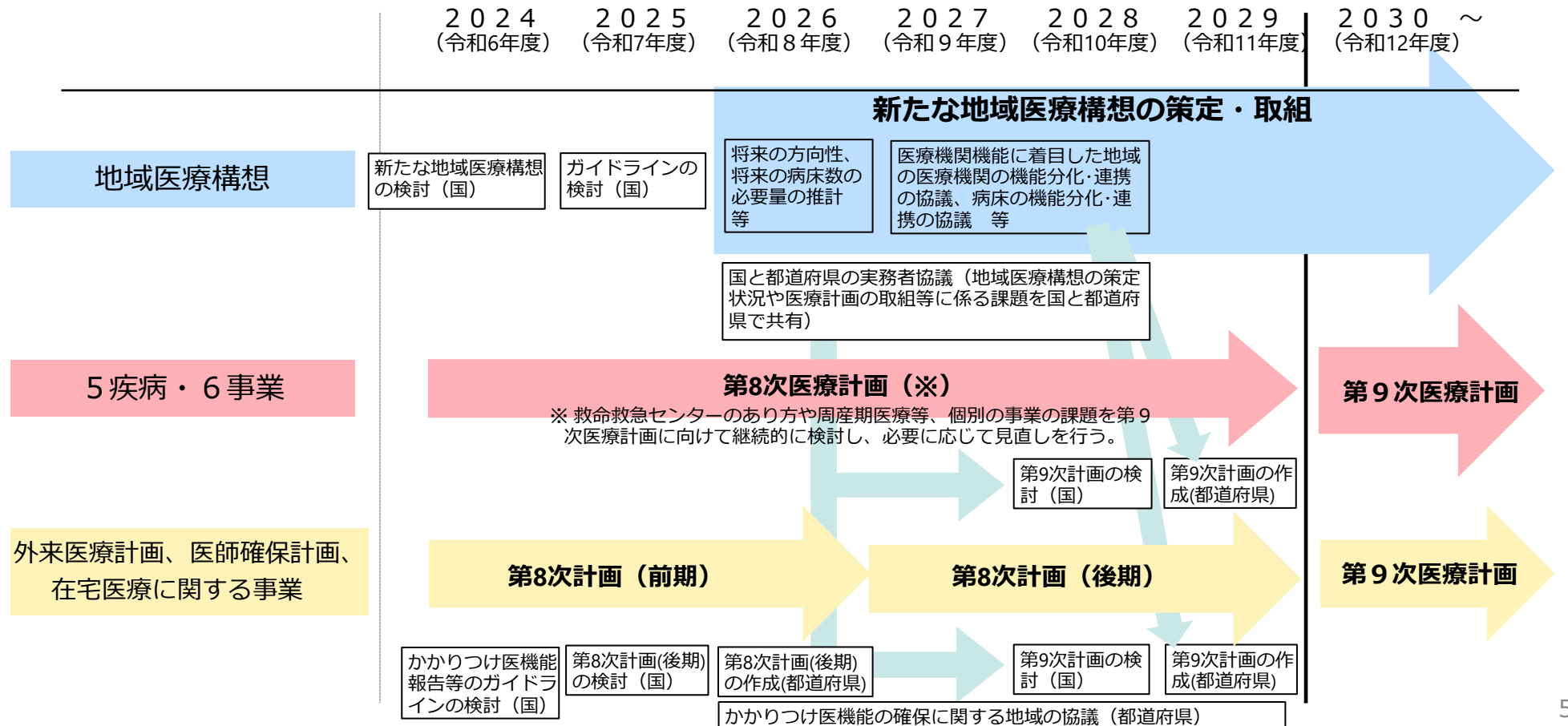


データの 確認・分析

- 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の基本的なデータを用いて、現状や今後の課題を共有する。
- 区域の見直しや医療機関機能の確保その他の地域で特有の課題について、詳細なデータの分析などを行いながら協議、検討を行う。
- 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さまざまな要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。
- 地域医療構想を策定し、取組を本格的に進める。

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

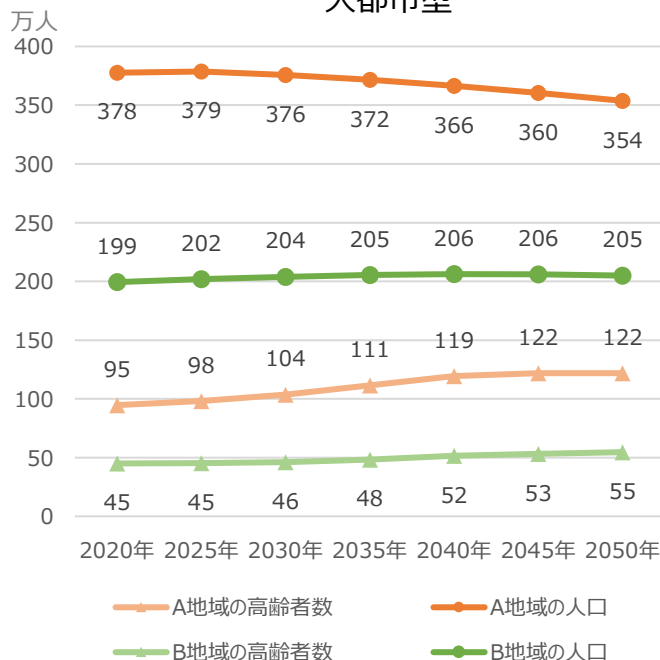
- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直し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



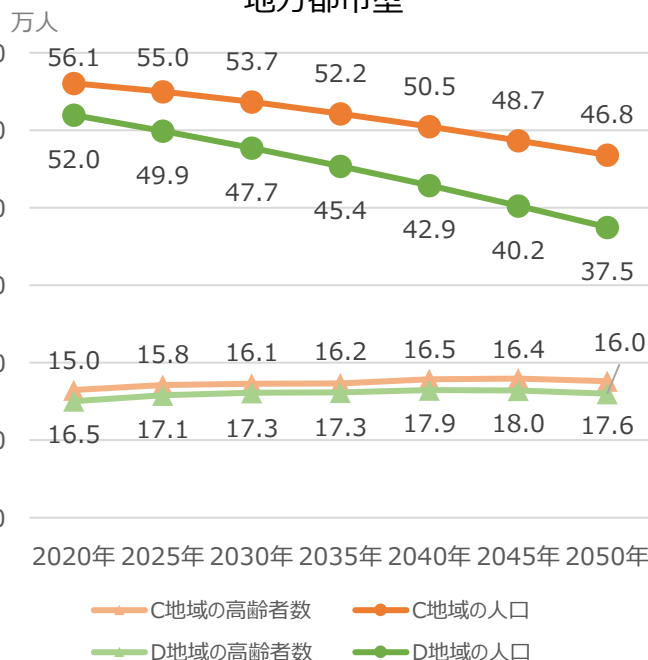
現状の把握について（人口推計の把握）

- 地域医療構想の策定に向けては、まず、地域ごとに、人口推計や現状の医療資源等を認識することが重要である。特に人口は医療需要と相関するため、人口推計をもとに医療需要の見通しを検討することは検討の基幹となる。
- 大都市では人口は大きく減少せず、高齢人口の増加に伴う包括期の医療需要の増加が見込まれる。人口の少ない地域では高齢人口も含めすでに減少しており、今後医療需要は低下していくなど、人口規模ごとに共通する課題がある。
- また、現在の人口規模が同程度であっても、地域ごとに医療需要の変化のスピードや程度が異なるなど、地域ごとに特有の状況がある場合もあり、地域ごとの状況把握が重要。

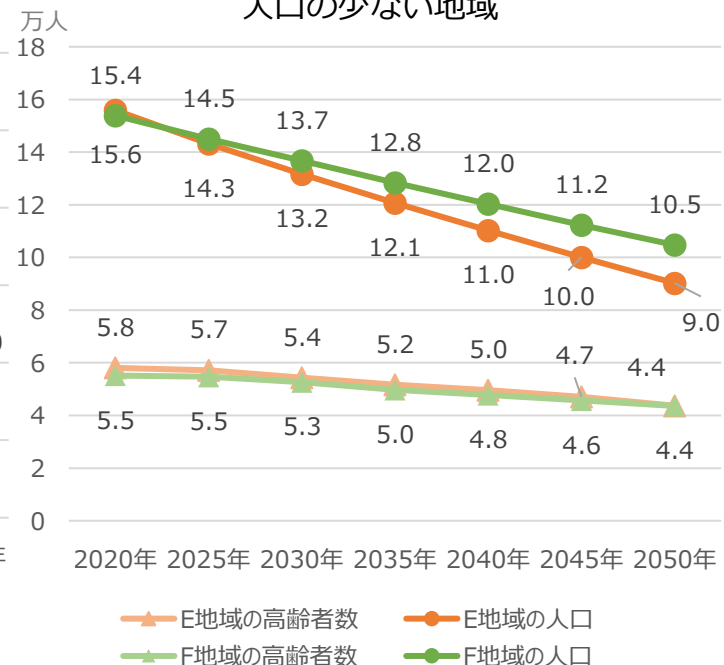
大都市型



地方都市型



人口の少ない地域

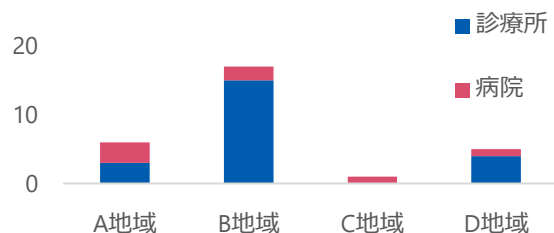


現状の把握について（医療資源の把握）

- 人口推計の他、救急医療や在宅医療等を提供する医療機関の数、医師数や医療従事者の数は今後の提供体制の検討の前提として把握が必要。

医療機関の数

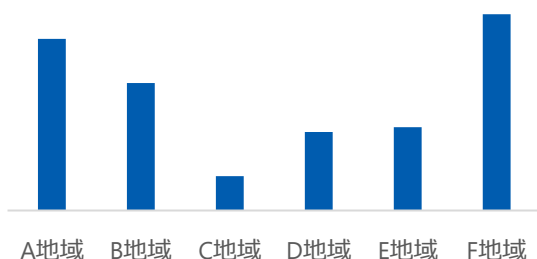
在宅医療提供医療機関数(イメージ)



- 救急受入件数や在宅医療の提供状況等の医療機関の診療の提供実態は病床機能報告やKDB等を活用して把握可能。こうしたデータを活用して、地域ごとの医療の提供状況を把握する必要がある。
- また、診療科別の外来医療の提供状況や見込み、慢性期の医療の検討に当たっては、訪問看護や、訪問介護等の介護系サービスの提供状況等についても、把握することが望ましい。

医療従事者の数

構想区域ごとの医師数 (イメージ)

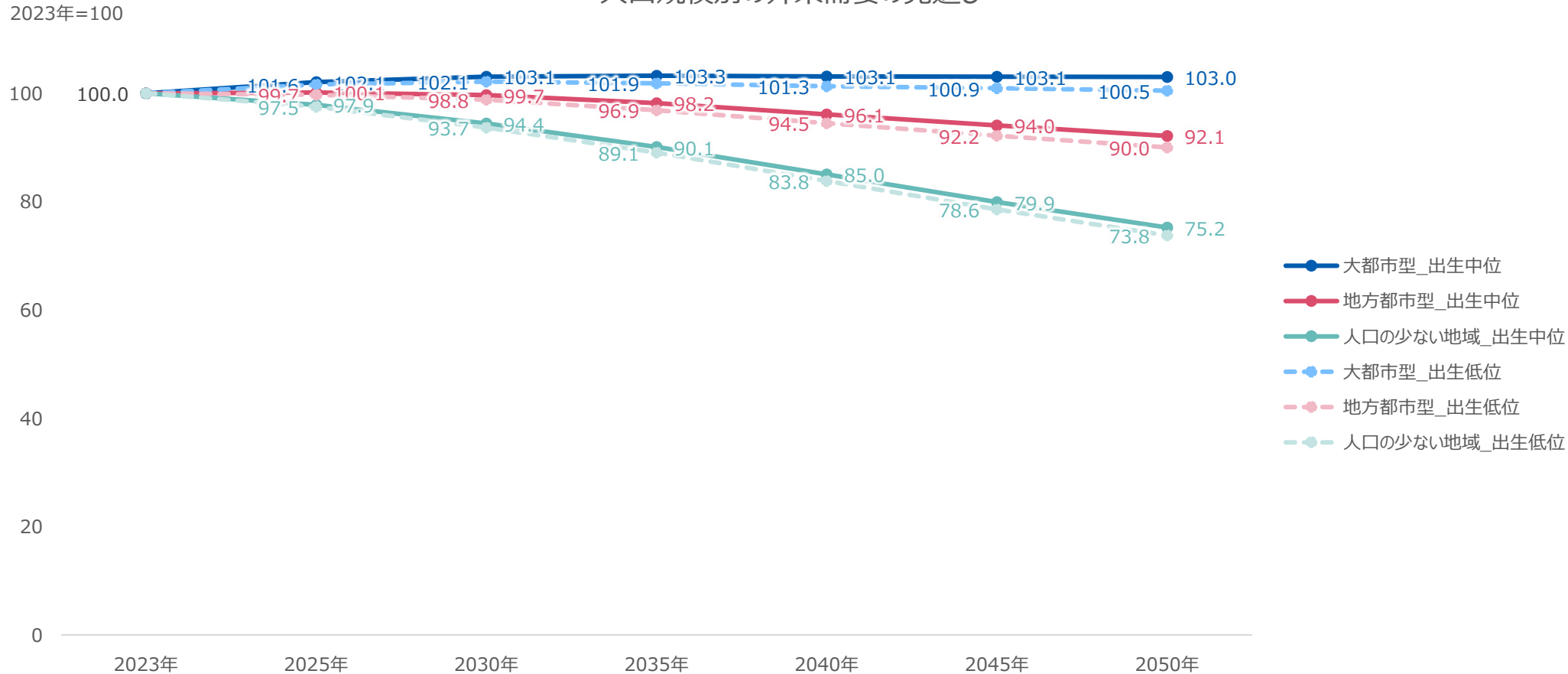


- 医療機関機能の確保にあたっては、医師数だけでなく、看護師や病棟薬剤師、その他のスタッフの確保の実態も把握することが望ましい。
- 医師については、地対協等の医師の確保に関する議論や、看護師について都道府県ナースセンター等の関係組織とも連携・協力を得ながら実態や課題の把握に努める必要がある。

外来医療の需要について

- 外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少することが見込まれる。

人口規模別の外来需要の見通し



資料出所：2023年度NDBデータ、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）」、「日本の将来推計人口（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（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

※外来需要は通院患者に限る。

※出生低位人口については、2025年から2050年までの地域別将来推計人口の全国計が全国推計の出生低位（死亡中位）推計に一致するように、性別・年齢階級別に定率を乗じて補正することにより作成。

在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。

人口規模別の在宅医療需要の見通し



資料出所：2023年度NDBデータ、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）」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（330圏域）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

地域の課題の特定

- 人口が少ない地域においては医療需要が減る中で、病床が相対的に多く、医師に限らず従事者の確保が困難となっている。都市部においては急性期を担う医療機関が多く、過当競争となっているといった、人口規模に応じたおおむね共通する課題だけではなく、すべての地域に当てはまるわけではない、地域特有の課題もあり、そうした課題も踏まえて区域ごとに解決すべき中心的な課題を把握する必要がある。

課題の例

<急性期入院医療>

- 人口が20万人程度だが、同程度の急性期を担う医療機関が3つ以上近接しており、それぞれの病院の稼働率は低下する中、医師の確保も困難になっている。
- 中規模の都市で、地域での協議が十分になされないまま大学病院が二次救急を拡大し、近隣医療機関の経営状況が急速に変化している。
- 都市部だが、医療機関数が多く、労働量の相対的に少ない分野に人が集まり、結果として一部の医師が過重な働き方となっている。

<その他>

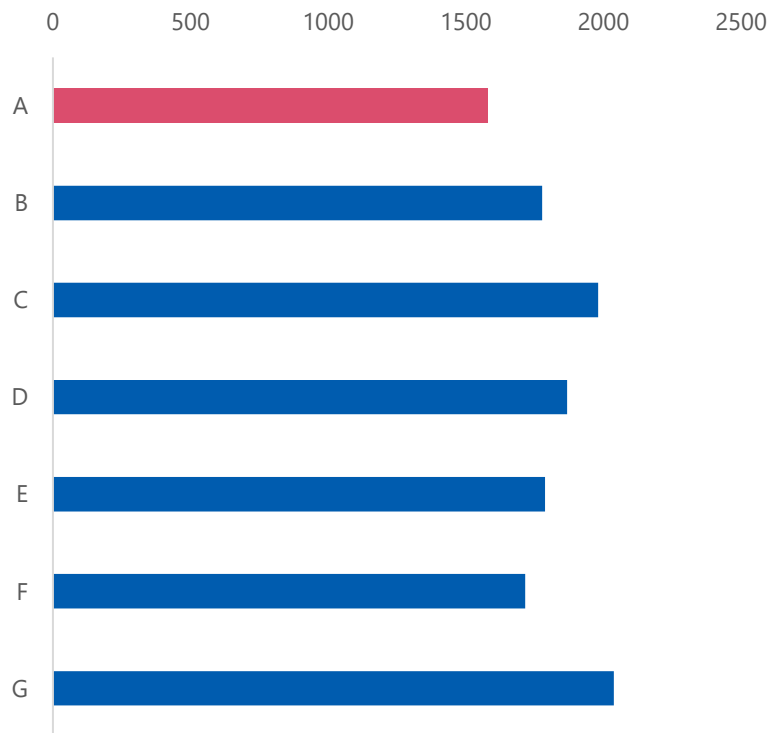
- 急性期を担う医療機関の役割分担はなされているが、在宅医療等の慢性期の医療需要の確保に課題がある。
- 在宅医療を担う医療機関は一定存在しているが、訪問看護や訪問介護等の人材確保が困難になっている。
- 医療従事者の確保が困難となる中で、外来医療の確保に関する協議が十分になされないまま、患者の外来医療へのアクセスが課題となっている。

県ごとの課題の把握

- 他の都道府県との比較において課題がある場合や県内の地域ごとに偏在が大きいなど、構想区域ごとの協議や取組だけでは解決しない課題がある。そうした課題について把握し、大学と県との連携や他県との連携体制の構築等を通じて課題解決を図る必要がある。

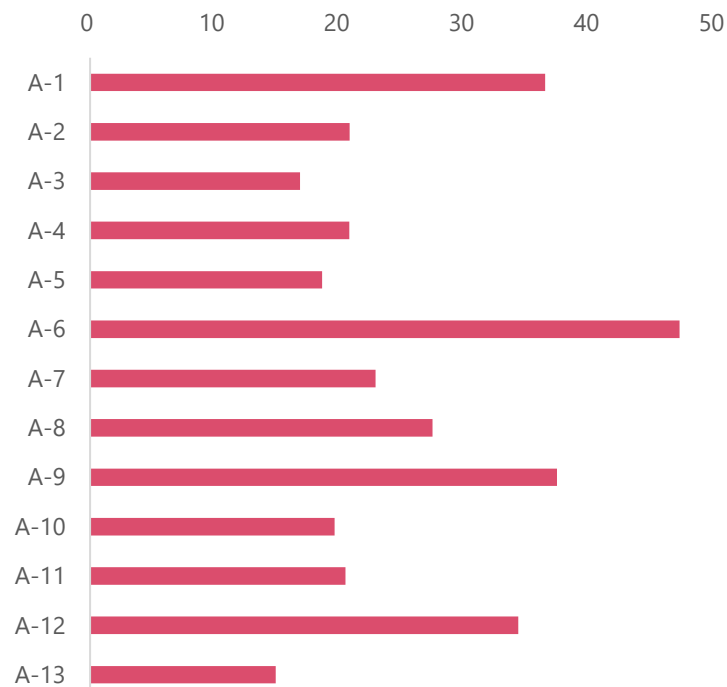
ある地域における医療資源の状況について

都道府県別人口10万対病床数（病院）



都道府県全体でみた場合に、病床数が相対的に少ない

二次医療圏別人口万人対医師数

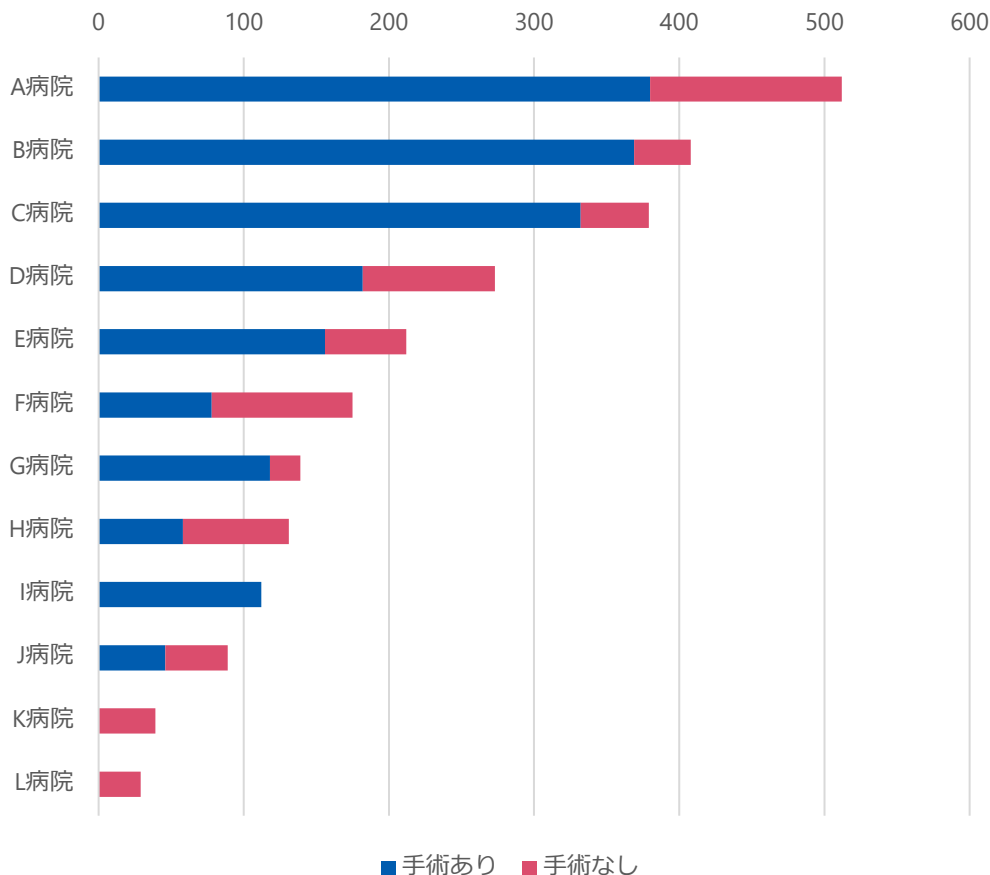


都道府県内の二次医療圏毎の医師数に大きなばらつきがみられる

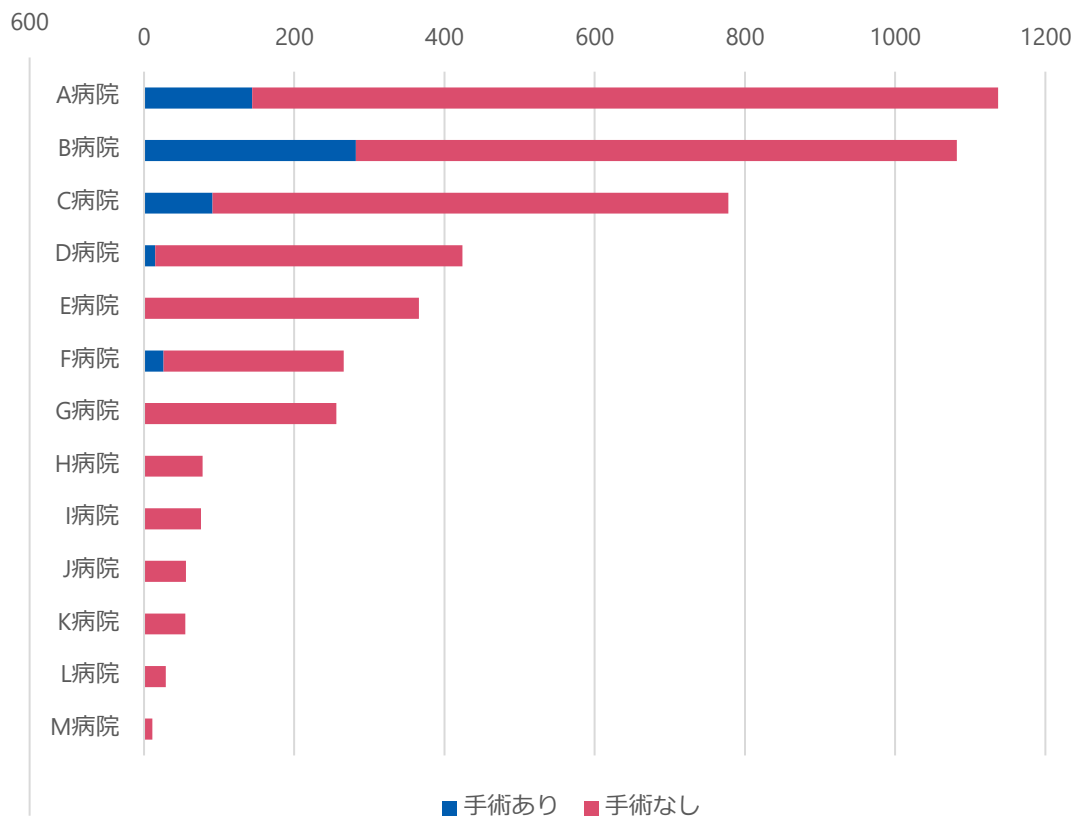
診療領域ごとの医療機関ごとの診療実態

- 基本的な情報を把握し、検討や協議を進める中で、一定以上規模の人口がある地域で手術等の診療の集約を検討する場合や、高齢者救急等の役割分担を検討する場合等において、病院ごと、診療科ごと等のより詳細な実態を踏まえて協議をすることも考えられる。

人口50万人規模のA地域の整形外科の年間診療実績（件）



人口40万人規模のB地域の呼吸器系疾患の年間診療実績（件）



■ 手術あり ■ 手術なし

地域医療構想における活用データの例

- 地域では、例えば以下のようなデータを踏まえながら、議論が進められている。

<活用データ（例）>

医療圏	データ	データ出所	公開有無
例①	A 地域別将来推計人口	AJAPA（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP） 地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）	有 有
	B 傷病別患者数推計（入院・外来）	AJAPA（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP）	有
	C 診療行為別年齢調整標準化レセプト比（SCR）	経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト（内閣府） 医療計画作成支援データブック（厚労省地域医療計画課）	有 有 (都道府県のみ)
	D 要介護度別認定者数推計 介護サービス別種別受給者数推計	Newcares（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターHP） 地域包括ケア「見える化」システム（厚生労働省）	有 有
例②	A~Dに加えて以下のデータ		
	E 医師数、看護師数 医療機関医師・看護師性年齢別分布	医師・歯科医師・薬剤師調査、看護職員業務従事者届（厚生労働省） 福岡県有床医療施設従業員調査報告書（福岡県医師会医療福祉研究所）	有 有
	F 医療圏別入院自己完結率	医療計画作成支援データブック（厚労省地域医療計画課）	有 (都道府県のみ)
	G 医療圏別平均搬送時間	消防庁データ等	無
	H 65歳以上高齢者の傷病別患者数、介護施設等から入院患者数	DPC研究班データ	無
例③	A~Hに加えて以下のデータ		
	I 以下の傷病別・施設別データ 入院者数、救急車搬送入院者数、手術入院者数、がん入院者数、がん手術者数	DPC公開データ（厚生労働省）	有
	J 以下の施設別データ 病床稼働率、平均在院日数、常勤医師割合、救急医療状況、入退院経路状況、	病床機能報告（厚生労働省）	有

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**

地域医療構想調整会議の進め方について（案）

改定後の医療法

第三十条の三の三

- 1 1 厚生労働大臣は、都道府県の圏域を超えた広域的な見地から情報の収集、整理及び分析（略）を行い、都道府県に対し、地域の実情に応じた地域医療構想の達成の推進に関する技術的事項について、当該収集等の結果の提供その他の必要な援助を行うものとする。
- 1 2 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、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（6）国・都道府県・市町村の役割

- ① 国
 - 新たな地域医療構想については、対象範囲を医療提供体制全体に拡大すること等を踏まえると、国による役割が重要となることから、国において、都道府県による地域の実情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働大臣の責務を明確化し、データ分析・共有、研修等の支援策を講じることが適当である。
 - 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

論点

- 地域医療構想の策定については、広く関係者で現状や課題の認識を共有することが重要である。このため、策定に向けて、2026年度～2027年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、医療機関機能の確保その他の2040年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行うこととしてはどうか。課題の設定にあたっては、区域ごとの議論に資するよう、検討すべき課題の例をガイドラインにおいて示すこととしてはどうか。
- 課題の設定後、取組の方向性について2028年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果の確保を行うこととしてはどうか。
- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについては、ガイドラインで整理することとしてはどうか。また、診療領域ごとの病院ごとの入院患者数のデータ等の詳細なデータについて、国からの提供や都道府県が公開データから加工できるような体制作りに向けた支援を行うこととしてはどうか。今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告を求めることとしてはどうか。

2. 構想区域に関する協議について



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

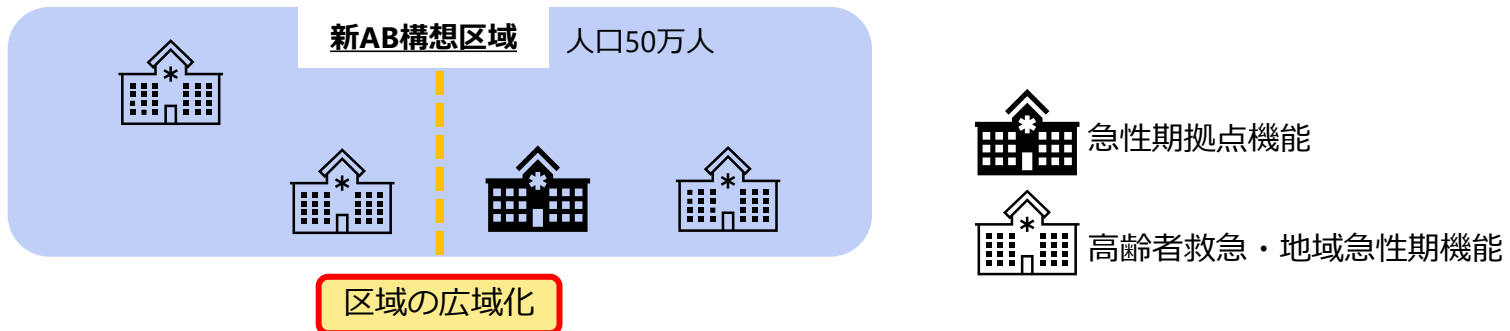
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。

現状



見直し後

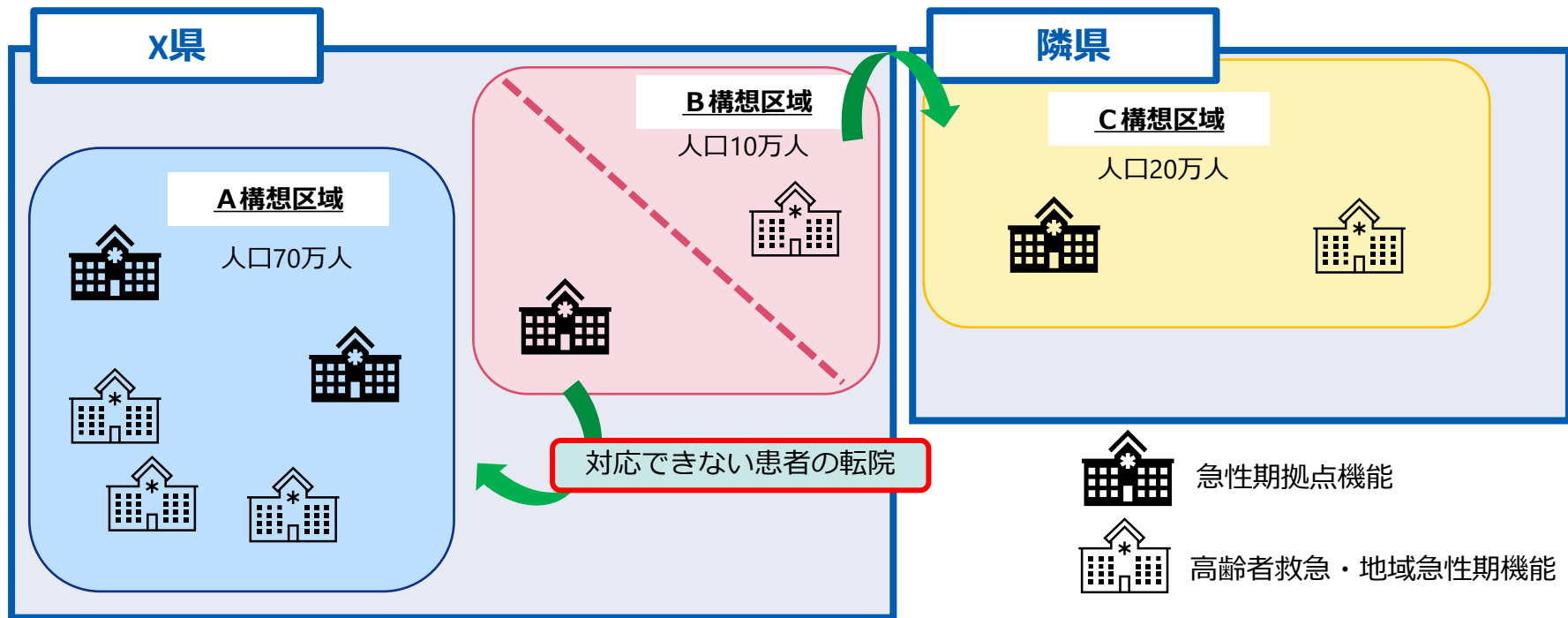
- A構想区域単独では、急性期医療を確保できないと考えられることから、B構想区域と統合し、全体で急性期拠点機能を確保。
- 急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期を集約するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
- 旧A構想区域においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保した。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例②（隣接する都道府県との連携）

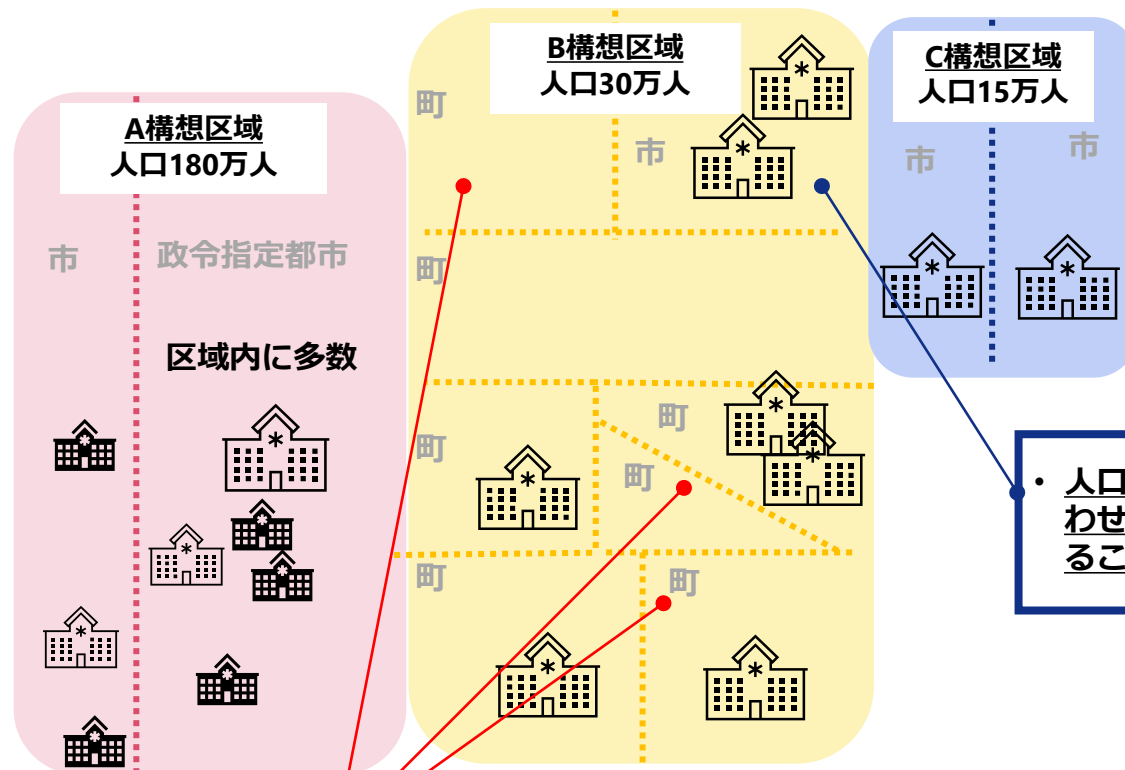
- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏における完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの構想区域までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。構想区域の見直しにあたり、隣接する区域での対応や県をまたいだ連携・区域の設定の必要性も指摘されている。

- B構想区域からは県内のA構想区域が最寄り。B構想区域の一部では隣県の医療圏へアクセスしやすい。
- こうした場合、B構想区域で完結しない医療について、隣県での対応を前提とすることも考え得る。



構想区域の見直しの例（区域の再編・合併）

- ある区域について、単に人口20万人以上となるように見直す場合、区域同士の合併のほか、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分割し、それぞれ別の区域と統合することも考えられる。



- 政令指定都市に極めて近く、交通の便も良いため、A構想区域への統合を検討

- 人口20万人以下のC構想区域とあわせて医療提供体制を構築することを検討

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、患者の流出入の状況等） ● 個別の医療機関の医療提供実態 ● その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）
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あるか。 等 	
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あるか。 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 <p style="text-align: right;">等</p>

区域について（案）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（7）構想区域のあり方

- 現在でも、人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術の実施がない二次医療圏も一定数存在する。人口 20 万人未満の構想区域においては、2040 年には、生産年齢人口が 3 割程度減少、高齢人口が 1 割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、現在の二次医療圏を基本とする構想区域では医療提供体制の確保が困難となる可能性がある。
- 新たな地域医療構想における構想区域については、人口規模、医療需要の変化、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の見直しを検討することが求められる。

令和 7 年 10 月 31 日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料論点（抜粋）

- ・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。

論点

- ・地域医療構想の策定に向け、協議の基本となる構想区域の設定が必要であり、医療需要の見通しなどのデータを踏まえて急性期拠点機能の確保が困難な場合や、大都市等において、地域での協議がより実効的になることが考えられる場合には、区域の見直しを検討することとしている。特に、人口の少ない 2 つの地域で、都道府県を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等については、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で 1 つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することが現実的であるといった地域も存在する。このため、こうした場合の連携については、都道府県間での区域の統合はしないが、実質的には調整会議を一体として運用し、両県で連携して取組を推進する等、実質的な取組が進むよう、区域の連携のあり方について、ガイドラインに位置づけてはどうか。

3. 医療機関機能に関する協議について



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。
地域の医療機関への人的協力	地域の医療機関への診療体制確保 のための協力を実施。	大学病院本院は、急性期拠点への人的協力を行うとともに、急性期拠点は、地域の医療機関における代診医や当直医の確保等に協力する。

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

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 <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**

5 疾病 6 事業とその他の医療との関係について

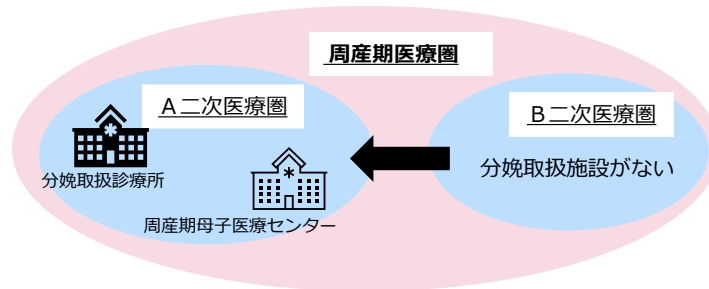
- これまで5疾病6事業について、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。
- 他方、領域をまたぎ共通する医療資源（手術を担う医師や麻酔科医等）を有効に活用する観点から、5疾病6事業の医療提供体制の確保に当たっても、当該領域以外も含めた地域の医療提供体制全体を踏まえた検討が必要。

※ 5疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患

※ 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、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）

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。



2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ
(令和7年8月1日がん診療提供体制のあり方に関する検討会) (抜粋)

4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

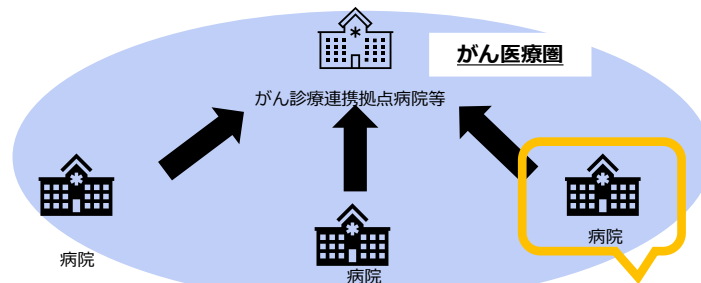
従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が維持できなくなる恐れがあるため、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

都道府県は、地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。

また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要である。

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、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的にがん医療を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することとされている。

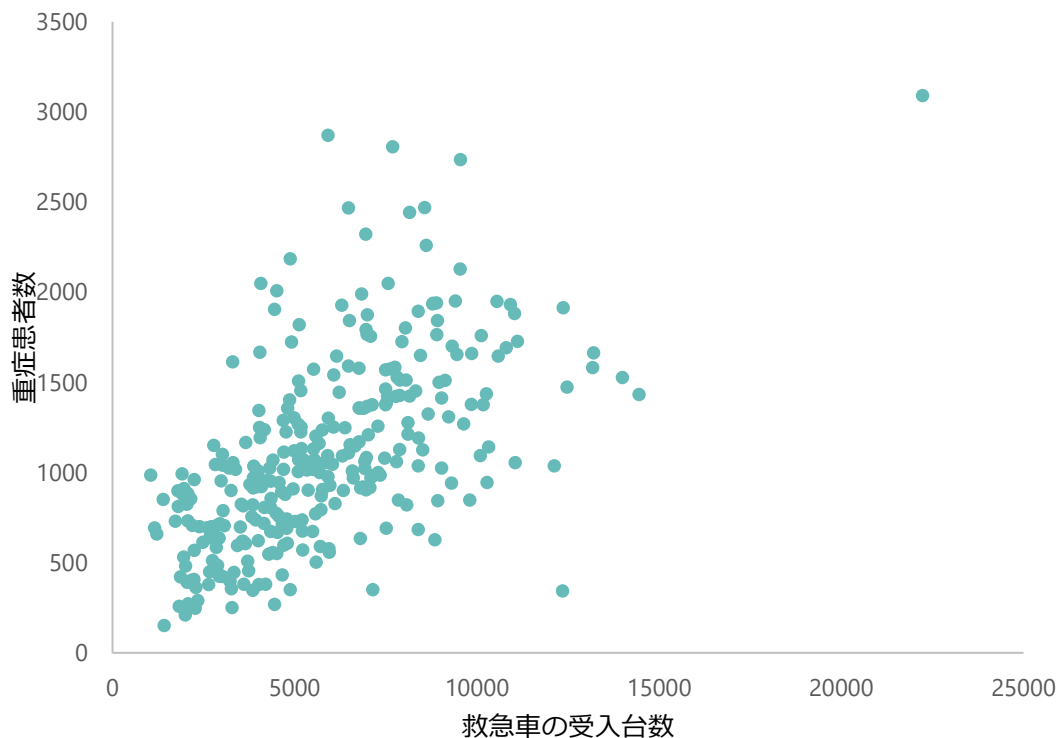


入院や手術等を含めた一般的な医療は引き続き提供

救急医療やがん医療を担う医療機関と急性期拠点機能について

- 救命救急センターやがん医療圏単位での整備が求められるがん拠点病院を担う医療機関は急性期拠点機能を担うことが想定される。救命救急センターについては、救急車の受入台数が多くない医療機関や、救急車の受入台数は多いが、重症の患者以外を主に多く受け入れる医療機関等、救命救急センターの診療実態も様々である。
- また、救命救急センターではあるが、がん拠点病院ではない、またその逆といった医療機関が存在し、地域の実態に応じて、どちらかの類型にあてはまる場合に、必ずしも急性期拠点機能として役割を果たす医療機関であるとは限らず、当該機能を有する医療機関については、地域での協議により検討される必要がある。

救命救急センターの救急車の受入台数と重症患者数の関係



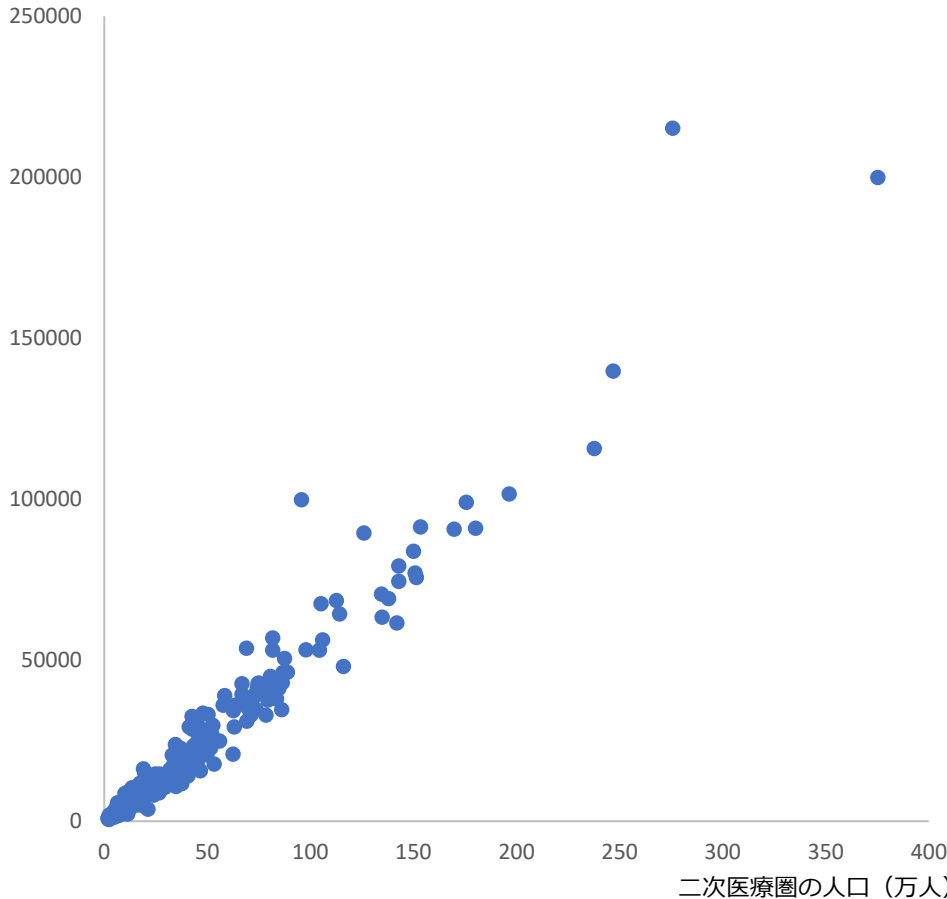
	がん拠点病院 ^(※) おおむねがん医療圏ごとに1つ整備	それ以外
救命救急センター	234病院 <ul style="list-style-type: none"> がん医療に加え、脳血管疾患や整形外科疾患等の救急医療を提供 	78病院 <ul style="list-style-type: none"> がんの集学的な医療は必ずしも提供していないが、救急医療を提供
それ以外	157病院 <ul style="list-style-type: none"> 救急医療は必ずしも提供していないが、がんに係る集学的医療を提供 	

(※) 都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院

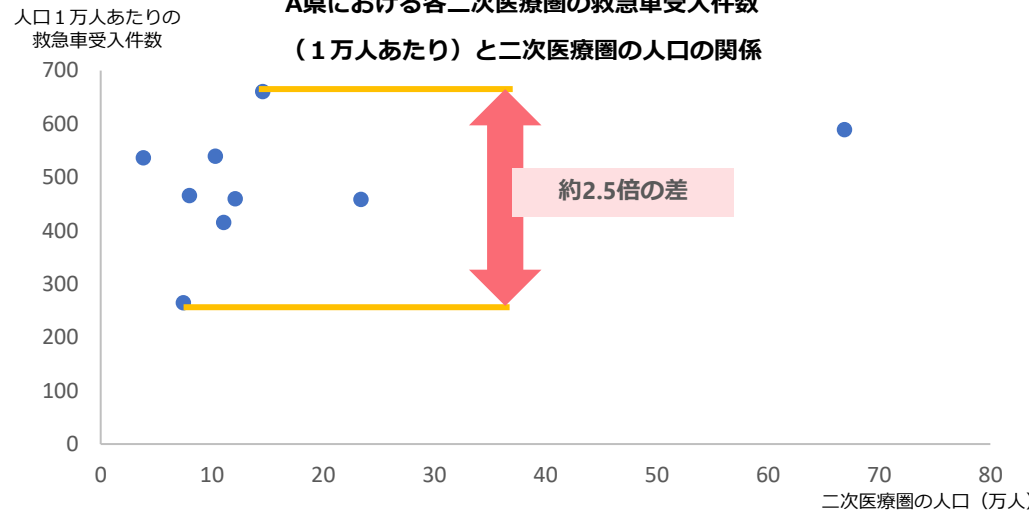
医療機関の実績を基準とした場合の留意点①（救急車の受入件数）

- 救急車の受入件数は、人口に比例する傾向にある。他方、人口あたりの件数は、同一県内の同人口規模であっても、様々な要因により、区域によってばらつきが見られる。
- 仮に、急性期拠点機能について、救急車の受入件数をその基準とする場合、必ずしも必要のない救急要請がなされる可能性や、高齢者救急の患者を包括期で受け入れるなどの機能分化の妨げになることが懸念される。

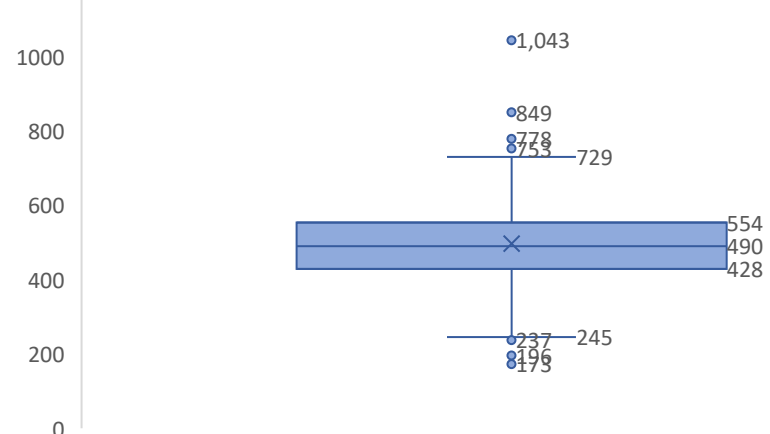
二次医療圏人口規模別の救急車の受入件数



A県における各二次医療圏の救急車受入件数 (1万人あたり) と二次医療圏の人口の関係

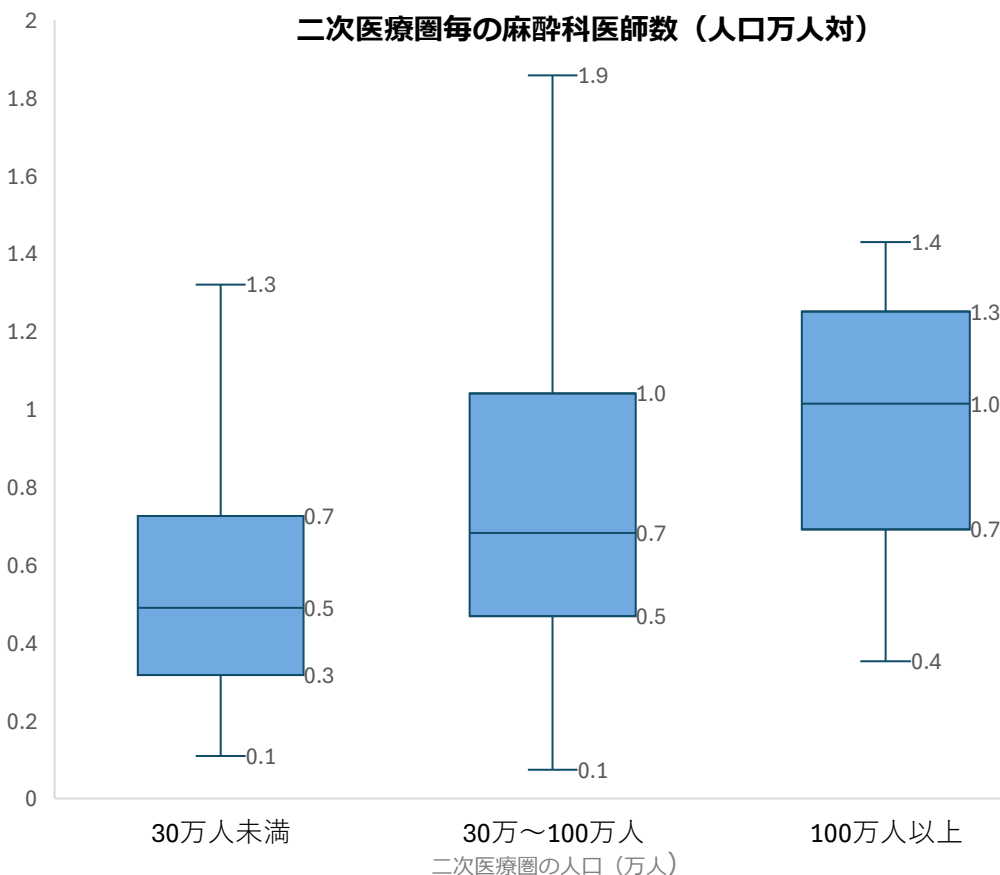


人口1万人あたりの救急車の受入件数 (二次医療圏毎)



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。
- 都市部においては、急性期拠点機能を担う医療機関以外の医療機関であっても、増加する高齢者の骨折をはじめとした手術を実施する必要がある。一定の集約の議論は進めつつも、急性期拠点機能以外の病院も含めた手術の実施体制の確保が必要であるなど、人材確保の観点も踏まえながら地域ごとの事情に応じた連携・再編・集約化の議論が必要である。



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。

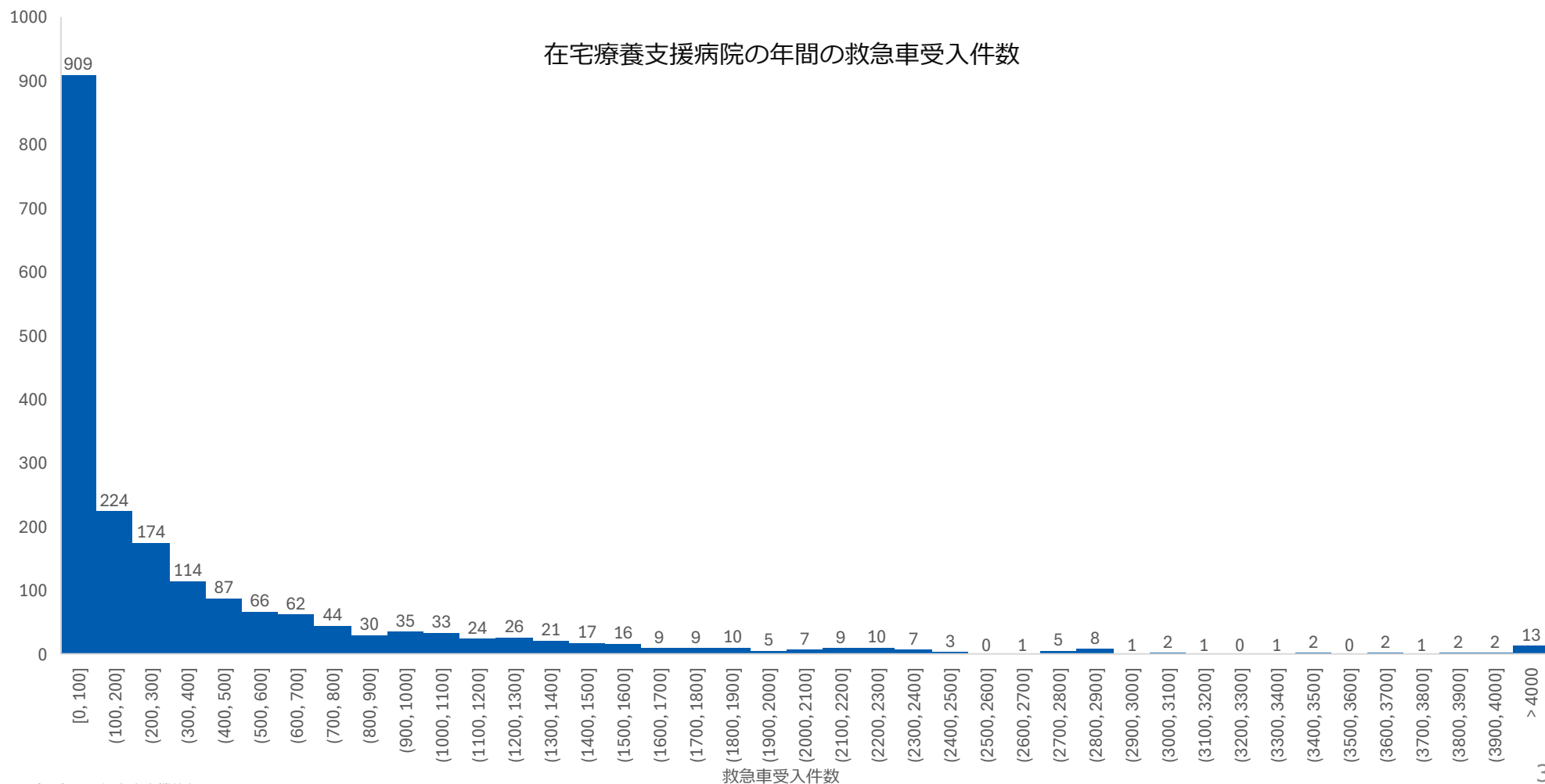
ヒューマンリソースが相対的に減少する中、増加する医療ニーズに対応するためには本邦の特徴でもある小規模の外科診療を縮小し、いわゆる急性期病院の集約化・再編を進めることが喫緊の課題であると感じております。急性期病院の集約化は麻酔科医師のマンパワーを効率的に最大限に活用するためにも極めて重要であると考えます。一方で集約化に伴い、起こりうる地域における医療アクセスも課題であり集約化と均てん化はバランスを持って進めることも重要と考えます。

急性期拠点機能の確保に係る考え方の整理（案）

- 急性期拠点機能については、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ものであり、どの医療機関が当該機能を担うかの協議にあたっては、救急搬送や全身麻酔手術等の医療資源を要する医療等の診療実績（件数や地域内のシェア）が基本となる。
- 他方、単純に救急車の受入台数等で決定することは、複数の医療機関の中から急性期拠点機能を担う医療機関を検討する場合に、救急車の搬送件数が増加される懸念や新興感染症への対応等の政策医療を行わない医療機関が当該機能を担うことによる地域の医療提供体制への懸念がある。
- また、診療実績だけに着目すると急性期拠点機能を担うことが想定され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もある。2040年やその先を見据えると、急性期に係る診療実績は相対的に低くなるが、建物の建替が当面必要ないその他の医療機関が当該機能を担うことや、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にその他の医療機関が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て総合的に、地域で協議することとしてはどうか。

複数の医療機関機能を担う医療機関について

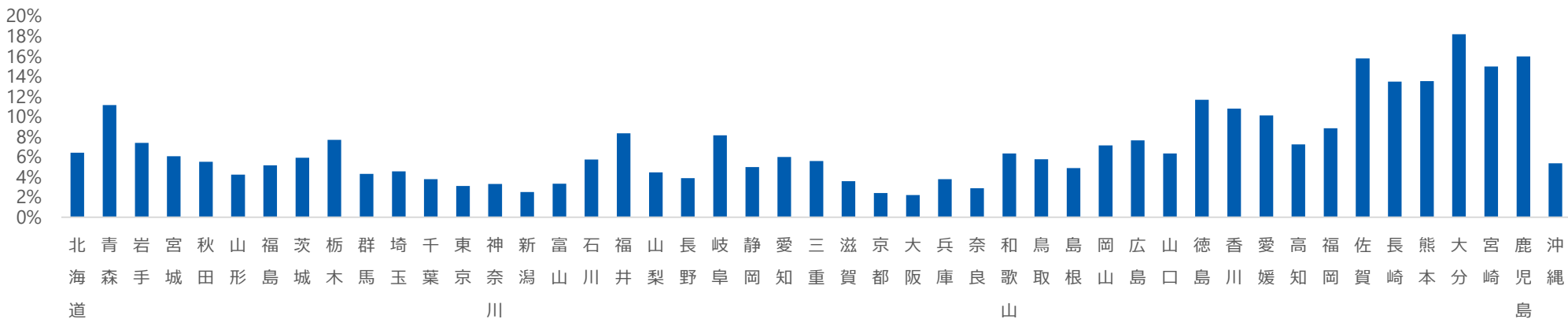
- 在宅療養支援病院として在宅医療に一定の役割を担っている医療機関について、年間の救急車受入件数は多くが100台未満である一方、年間4000台を超えるような医療機関もある。1つの医療機関が複数の医療機関機能を担う場合も想定される。



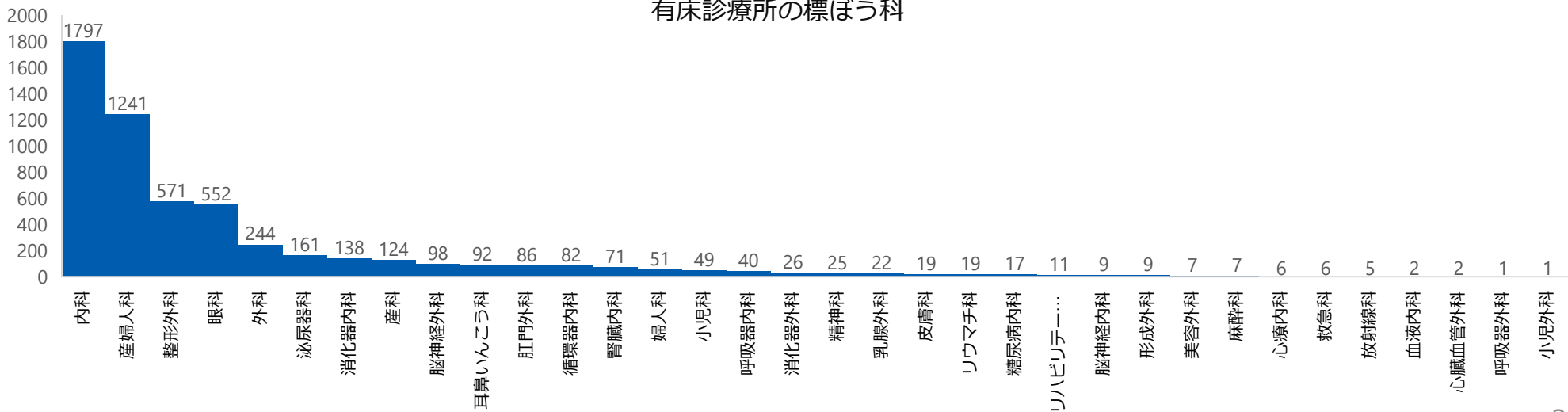
有床診療所が担っている医療

- 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



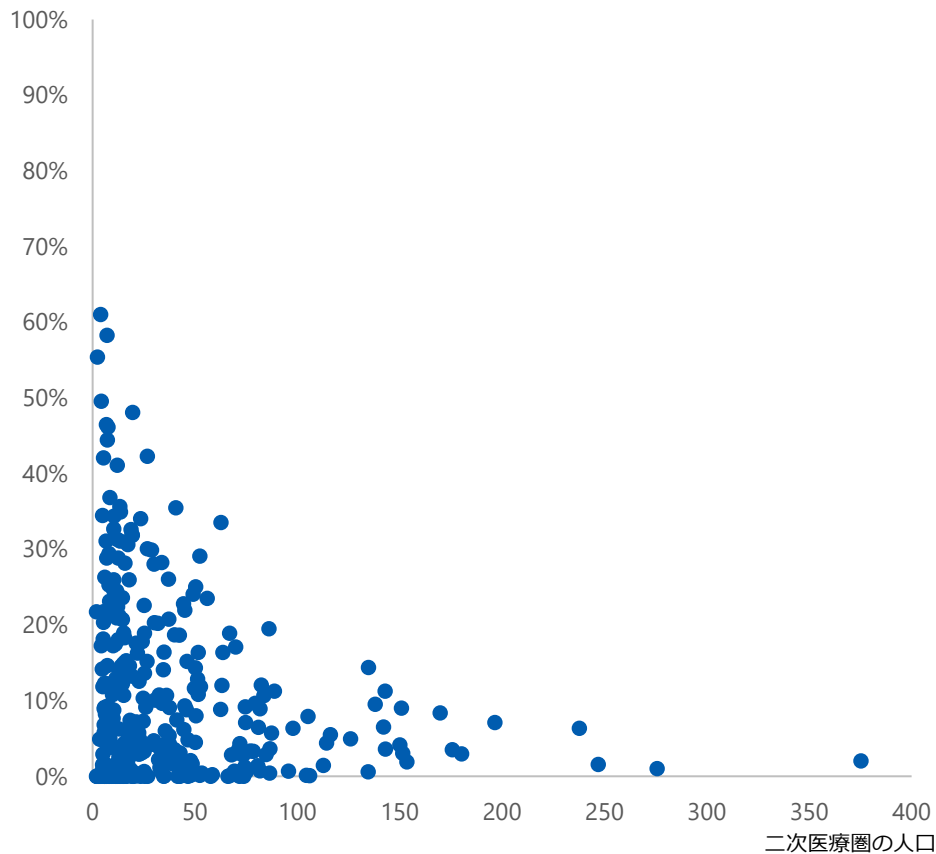
有床診療所の標ぼう科



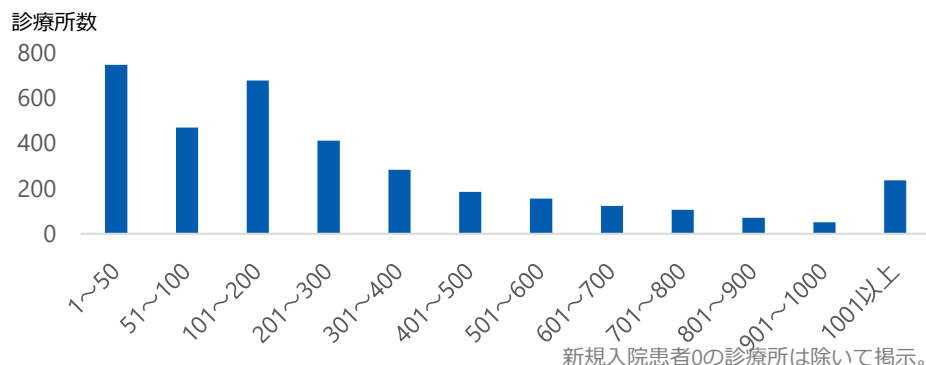
有床診療所による在宅医療の提供について

- 有床診療所は、特に人口の少ない地域を中心に、在宅医療に重要な役割を果たしている。また、在宅で療養する患者の緊急時の受入れ状況について、在宅患者緊急入院診療加算の算定状況が年間10件を超える診療所も存在しており、一定の在宅患者のバックベッド機能も果たしている医療機関も存在する。

有床診療所の訪問診療料の算定割合 有床診療所による在宅医療の割合（二次医療圏別）



有床診療所における年間の新規入院患者数



在宅患者緊急入院診療加算の算定件数（/年）



有床診療所が担っている医療②

- 広域化する場合であっても、区域内での患者の医療へのアクセスの確保も必要。
- 圏域や中心部から離れた人口の少ないエリアでは、有床診療所が地域の医療需要を踏まえて柔軟に医療を提供している例がある。

茨城県 常陸太田・ひたちなか医療圏（人口約35万人）

医療法人社団芳尚会吉成医院



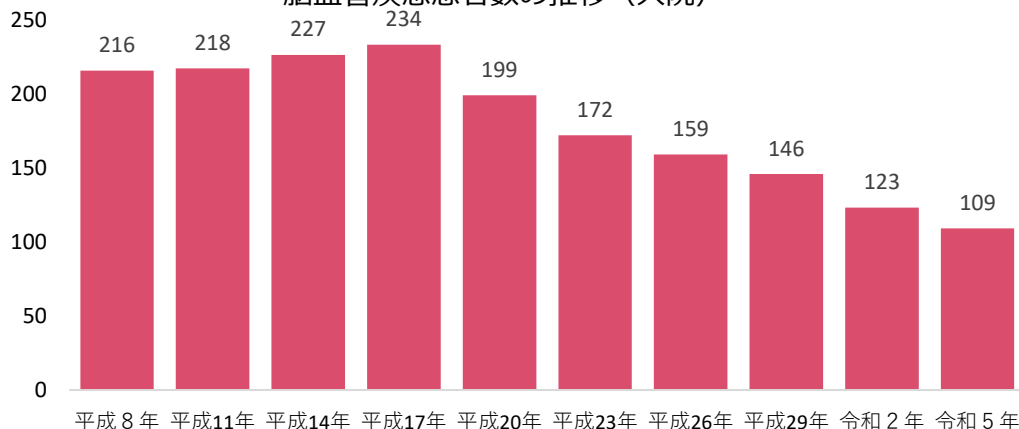
- 19床で職員59人（非常勤含む）の在宅療養支援診療所
- “無床診療所だった時期がありました。再び有床診療所とする決断をしたのは、吉成さんの表現で言えば、**「地域密着型医療の包括期機能」**を担う病棟を目指そうと考えたからです。”
- “高齢者の4大疾患の**「脳卒中」「心不全」「肺炎」「腸閉塞」**はいずれも特殊設備を要することなく地域で対応を完結できる疾患ですから、**有床診療所を増やす**なりするほうが、結局は効率がいいのです”

出典：https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/1313

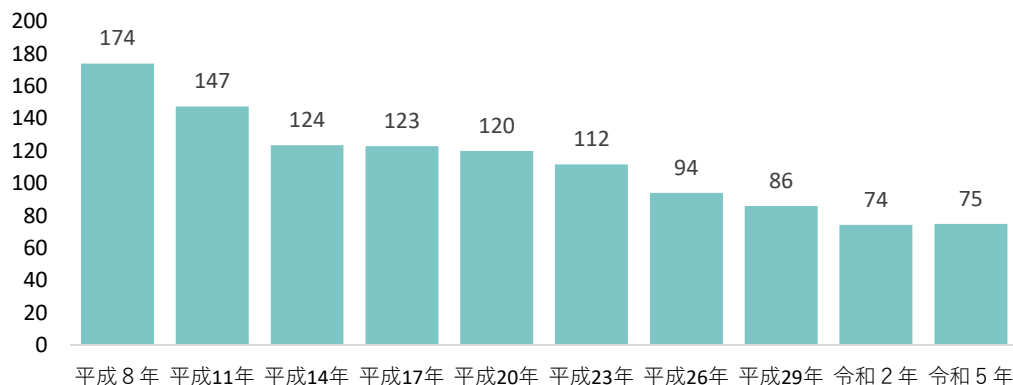
脳外科の専門病院

- 脳血管疾患の患者数は年々減少してきている中、全身麻酔を実施している脳外科の専門病院(※)は一定程度あるが当該病院における全身麻酔手術実施件数は年100件未満の病院が多くを占める。患者の減少が今後も見込まれるとともに、医療従事者の確保も困難となる中、手術を実施する医療機関の連携・再編・集約化が必要。

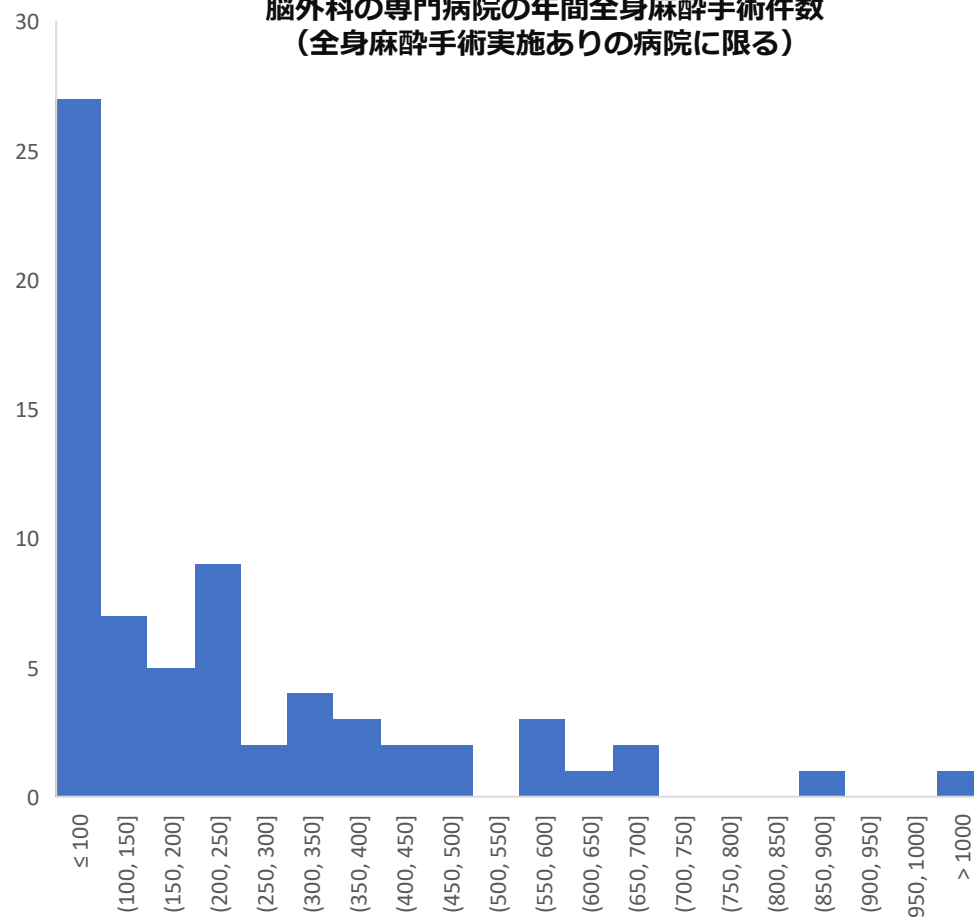
脳血管疾患患者数の推移 (入院)



脳血管疾患患者数の推移 (外来)



脳外科の専門病院の年間全身麻酔手術件数
(全身麻酔手術実施ありの病院に限る)



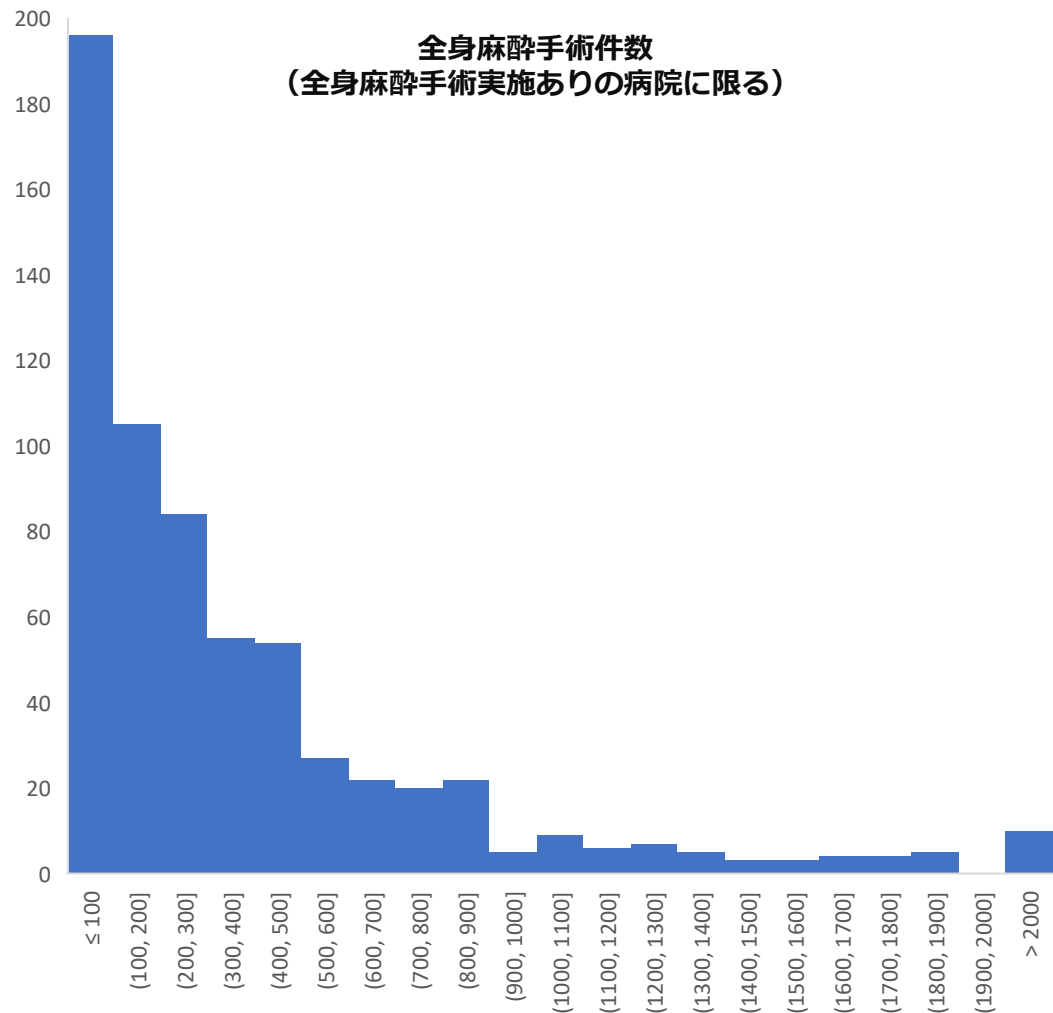
資料出所：患者調査

(※) 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、各病院の脳血管疾患に関する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

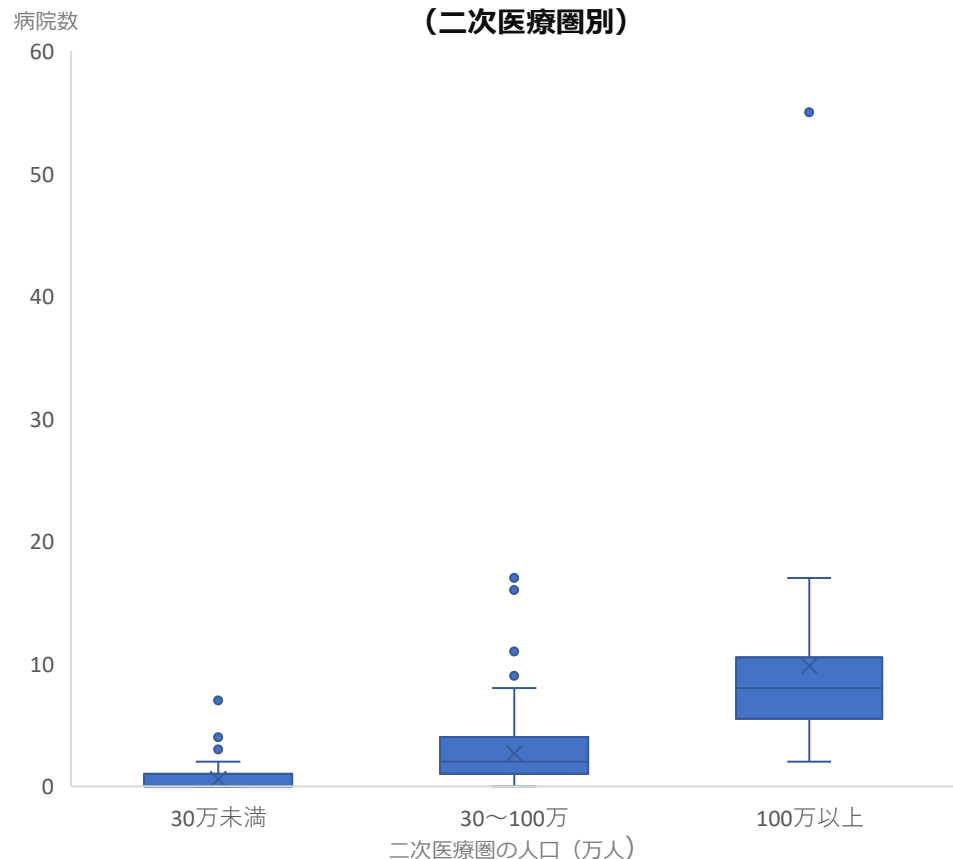
特定の診療科専門病院について

- 特定の診療科の専門病院（※）について、多数の手術を効率的に実施している病院が一定見られる。他方、手術件数が100件以下の病院も多く、必ずしも効率的な手術の提供がなされていない場合もある。また、二次医療圏内でそうした病院が、人口の少ない地域であっても多数存在している地域がある。外科医や麻酔科医等の医療資源には限りがあるところ、地域毎に持続可能な医療提供体制の構築のため、特定の診療科の専門病院における手術についても、地域全体の医療需要や医療資源等を踏まえながら効率化や集約化を検討する必要がある。

**全身麻酔手術件数
(全身麻酔手術実施ありの病院に限る)**



**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)**



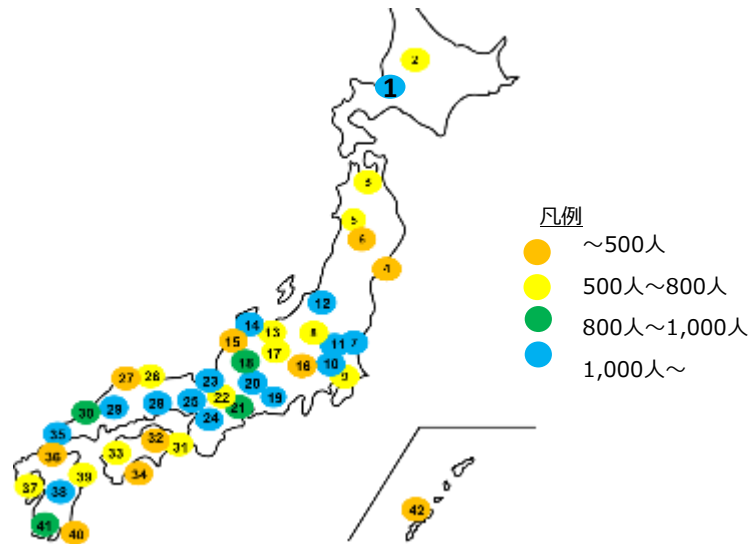
(※) データ提出加算算定病院を対象に、各病院のMDCの診断群毎に患者数を把握し、各病院のいずれかの診断群の患者の割合が全体の50%を超える病院を、「単科専門病院」として定義

大学病院による医師の派遣機能

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、約6万人程度の常勤医師の派遣等、医療提供体制の確保に貢献している。

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣



出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

私立大学からの常勤医師派遣状況

平成31年1月時点で、私立大学29大学から、4,279の医療機関に対し、15,685人の医師を常勤医師として派遣



※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

< 基礎的基準 > 地域医療への人的協力（医師）

項目	現行基準	新基準（案）
<p>地域に一定の人的協力（医師）を行っていること</p>	<p>（現行基準なし）</p>	<p>・雇用形態によらず、大学病院本院と派遣先の連携・調整により半年以上継続して派遣された医師の常勤医師換算数を評価する。</p> <p>※大学病院本院の「分院」、「サテライト診療所」については、原則として派遣先と見なさないが、これらが医師少数区域等に所在する場合は派遣先として算入可能</p> <p>※派遣医師は派遣元の在籍期間が3年以上の医師であること</p> <p>※病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと</p> <p>・地域医療構想、医師確保計画を踏まえ、都道府県等と連携していること。</p> <p>具体的な基準については、現時点では大学病院本院が認識している派遣実績の報告に基づき、実際に行われている派遣実績を基本とした基準を設定する。</p> <p>令和9年度を目処に実績確認を開始し（後述）、確認された人数を報告する。その報告実績に基づき、適切な基準を改めて定める。</p> <p>※その他、派遣先の所在地による評価の補正等は発展的基準において行う</p>

大学病院本院からの医師の派遣について

- 手術等の医療資源を多く必要とする医療について症例数の減少が見込まれる中、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。

都道府県に加えて、大学医学部、大学病院本院、医師会、病院団体等が連携し、医師配置を検討すること等が行われている例がある

施設当たりの外科医師数と手術件数は必ずしも正比例の関係ではなく、例えば1～2人の場合と3～5人の場合だと、3～5人の方が手術件数は14倍（平均値で比較）多い。

新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング

設置趣旨

- 1 県費修学生の指定勤務期間における配置医療機関の検討
- 2 医師としてキャリアアップできるしくみづくりを検討
- 3 地域医療の確保に繋がっていくような県全体のバランスを考えた効果的な運用を検討

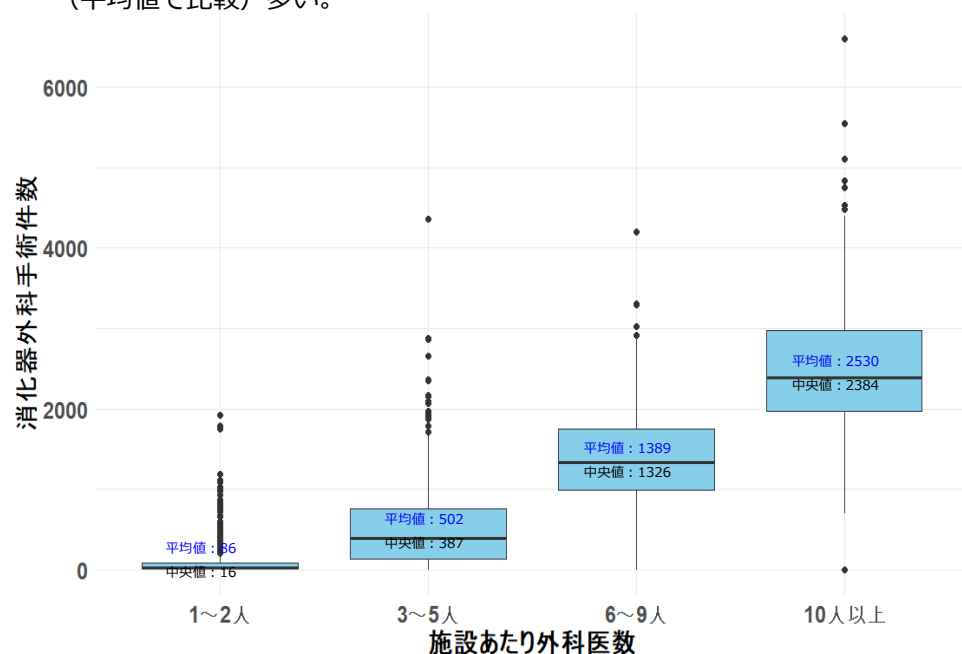
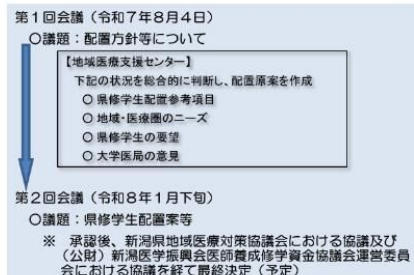
委員

新潟大学医学部 新潟大学医歯学総合病院 新潟県医師会 新潟県病院協会 新潟県厚生連 新潟県市長会 新潟県町村会 新潟県病院局	医学部長 病院長 副会長 理事 理事長 佐渡市長 阿賀町長 局長	佐藤 昇 菊地利明 上田昌博 本間 照 塚田芳久 渡辺竜五 神田一秋 金井健一	◎委員長 済生会新潟病院長
---	---	--	--

※R7.8.4現在

※ 以前は「地域医療を担う医師配置等検討委員会」として設置されていたが、H30.7.25に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」を受け、地域医療対策協議会のワーキンググループに改編

(参考)R7スケジュール



※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師

※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

出典：令和6年DPCデータ、令和4年医師統計

大学に対する医師派遣要請の取組（茨城県）

- 茨城県においては、各地域医療構想調整会議からの医師派遣要望数を集計し、医師派遣要請リストを作成・地対協等で協議。とりまとめられたものを踏まえ、県から大学へ医師派遣を要請し、各大学から可能な範囲で医師派遣がなされている。

前回までの論点⑤ 令和5年度医師派遣要請リスト

区分	二次保健医療圏名	医療機関名	[単位：名]															
			内科	牙科	循環器内科	消化器内科	呼吸器内科	血液内科	小児科	浮腫科	脳神経外科	整形外科	形成外科	麻酔科	放射線科	集中治療科	緩和ケア科	計
多岐	つくば	筑波学園病院			2.0													2.0
		筑波記念病院										1.0						1.0
		筑波がけほけ病院													1.0			1.0
	水戸	水戸済生会総合病院											1.0					1.0
		水戸協同病院			1.0			1.0										2.0
		県立中央病院			1.0			1.0										2.0
土浦	水戸医療センター									1.0							2.0	
	霞ヶ浦医療センター					1.0											1.0	
	土浦協同病院											2.0					2.0	
	土浦第一病院		1.0														1.0	
	取手・竜ヶ崎	建礼院済生会病院					1.0											1.0
		JANとびで総合医療センター												1.0				1.0
総合守谷第一病院							1.0										1.0	
少数	鹿行	小山記念病院									1.0			1.0			2.0	
		神栖済生会病院					1.0										1.0	
	三河・坂東	茨城県南医療センター		1.0						1.0				1.0				4.0
		こゝろの脳神経病院									1.0							1.0
	筑西・下妻	和歌病院										1.0						1.0
		茨城県医師会「れいか」											2.0					2.0
	筑波太田・ひたちなか	ひたちなか総合病院												1.0				1.0
		茨城県病院									1.0							1.0
	百広	日立総合病院			1.0				2.0								0.4	3.4
		北茨城市民病院		2.2														2.2
計			3.2	2.0	6.0	3.0	2.0	2.0	1.0	2.0	3.0	2.0	5.0	4.0	1.0	0.4	36.6	

- 令和5年度における大学への、病院別・診療科別の医師派遣要請の一覧。各病院がどの診療科に何人の医師を派遣してほしいかを要望、地域医療構想調整会議で内容を検討・協議し、とりまとめたものを地域医療対策協議会で評価・とりまとめを行い、県から大学へ派遣を要請。

令和5年度 医師派遣要請結果

- 令和5年度医師派遣要請の結果について
地対協で承認された医師派遣要請までの具体的な手順に沿って、筑波大学・東京医科歯科大学・東京医科大学・自治医科大学・昭和大の5大学に対し、23病院・36.6名の医師派遣の協力を要請した結果、**筑波大学から「12病院・15.4名」の医師派遣が可能との回答があった。**

大学名	要請		回答	
筑波大学	21病院	34.6人	12病院	15.4人
東京医科歯科大学	14病院	18.2人		-
東京医科大学	13病院	17.2人		-
自治医科大学	13病院	17.2人		-
昭和大学	13病院	17.2人		-
合計	23病院	36.6人	12病院	15.4人

※5大学のうち、各病院が希望する大学へ要請

- 県から各大学へ派遣要請を行い、各大学は県へ派遣可能な病院や診療科を回答。

医師配置についての県と大学病院本院等での連携・検討体制の例（新潟県）

- 新潟県においては、地域枠の医師の配置のあり方等について、都道府県に加えて、大学医学部・大学病院本院や医師会等と検討する体制が取られている。

新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング

設置趣旨

- 1 県費修学生の指定勤務期間における配置医療機関の検討
- 2 医師としてキャリアアップできるしくみづくりを検討
- 3 地域医療の確保に繋がっていくような県全体のバランスを考えた効果的な運用を検討

委員

新潟大学医学部	医学部長	佐藤 昇	◎委員長
新潟大学医歯学総合病院	病院長	菊地利明	
新潟県医師会	副会長	上田昌博	
新潟県病院協会	理事	本間 照	済生会新潟病院長
新潟県厚生連	理事長	塚田芳久	
新潟県市長会	佐渡市長	渡辺竜五	
新潟県町村会	阿賀町長	神田一秋	
新潟県病院局	局長	金井健一	

※R7.8.4現在

※ 以前は「地域医療を担う医師配置等検討委員会」として設置されていたが、H30.7.25に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」を受け、地域医療対策協議会のワーキンググループに改編

(参考)R7スケジュール

第1回会議（令和7年8月4日）

○議題：配置方針等について

【地域医療支援センター】

下記の状況を総合的に判断し、配置原案を作成

- 県修学生配置参考項目
- 地域・医療圏のニーズ
- 県修学生の要望
- 大学医局の意見

第2回会議（令和8年1月下旬）

○議題：県修学生配置案等

※ 承認後、新潟県地域医療対策協議会における協議及び（公財）新潟医学振興会医師養成修学資金協議会運営委員会における協議を経て最終決定（予定）

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

医療機関機能について（案）

改定後の医療法

第三十条の十三

病院又は診療所であつて療養病床又は一般病床を有するものの管理者は、地域における医療機関機能（病院又は診療所ごとに地域の医療提供施設として提供する医療の内容をいう。（略））及び病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省で定めるところにより、当該病院又は診療所の医療機関機能に応じ厚生労働省令で定める区分及び病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分（略）に従い、次に掲げる事項を当該病院又は診療所の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。（略）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（3）医療機関機能・病床機能

② 医療機関機能報告

- 新たな地域医療構想においては、（略）新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設することが適当である。具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、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、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能を位置付け、医療機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告することが考えられる。報告に当たっては、医療機関が将来に向けて主たる医療機関機能を選択していくことも重要と考えられ、一方で、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

論点

- 医療機関機能の報告にあたっては、在宅療養支援病院が救急医療も担っている場合もあるなど、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報告する場合も想定され、そうした医療機関は複数報告することを可能としている。医療機関機能は医療機関が自院の地域における役割を検討するためのものであると同時に、消防関係者が医療機関の診療機能の把握をすることや、介護関係者が在宅医療についての取組状況を理解すること等、関係者が医療機関の役割を理解できるようにすることが重要であり、医療機関機能報告・病床機能報告において、それぞれの役割に応じた診療実績等を報告することとしてはどうか。
- 今後、医療機関の連携・再編・集約化などを進める中で、がんの入院受療率は下がっているなど、医療計画において位置づけてきた医療機関の類型について、これまで担ってきた各施設の役割が、新たな地域医療構想における方向性等と合致しているか確認が必要である。第9次医療計画に向けた医療計画での5疾病6事業等の検討にあたっては、新たな地域医療構想における方向性を踏まえ、こうした医療機関の類型などの考え方についても確認し、必要に応じて整理することとしてはどうか。
- 有床診療所については、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能として、専門等機能として位置付けることが基本となるが、在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等について、地域の実情に応じて、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能を報告できることとしてはどうか。

医療機関機能について（案）

論点

- 特定の診療科に特化した医療機関における手術や小規模手術等について、麻酔科医等の構想区域内全体の医療資源の状況や都道府県内の医療資源の偏り是正の観点等も踏まえながら2040年に向けた検討が必要であり、こうした考え方についてガイドラインにおいて整理してはどうか。
- 大学病院本院の担う医育及び広域診療機能について、各都道府県と大学病院本院の連携のあり方も様々であり、大学病院本院による地域医療構想に沿った形での人的協力に向けた連携等の取組事例については、今後の横展開に資するようガイドラインにおいて示すこととしてはどうか。また、広域な観点での診療について、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療を提供することが求められる。医育についても、当該地域で多様な症例に対応する人材を育成できる体制の構築が必要である。こうした大学病院本院の取組や連携体制の構築に向けて、大学病院本院はこうした機能に係る情報を医療機関機能報告・病床機能報告において報告し、地域医療構想調整会議において議論を行えるようガイドラインに位置づけてはどうか。

医療機関の担う様々な役割と医療機関機能との関係について（イメージ）

- 医療機関機能について、災害拠点病院等の様々な役割との関係について、以下のような関係が考えられる。

施設類型の例	それぞれの医療機関等の整備にあたっての基本的な考え方	医療機関機能等における主なイメージ
災害拠点病院	<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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 2次医療圏に1つ以上を確保することが想定されており、主として急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される
第三次救急医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ● 人口100万人に1か所を目途に整備 	<ul style="list-style-type: none"> ● 構想区域の人口が大きい場合には、急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される ● 構想区域の人口が小さい場合には、構想区域内に第三次救急医療機関が存在しないこともあり、隣接する区域等において対応
第二次救急医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ● 入院を要する救急医療を担う医療機関として地域毎に整備 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療資源を多く必要とする医療を地域で提供する観点から、急性期拠点機能の医療機関が担うことが想定される ● また、高齢者救急の受け入れを行う高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関も担うことが想定される
がん診療連携拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> ● がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療について、がん診療連携拠点病院等において提供 	<ul style="list-style-type: none"> ● 手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケアを提供する体制が必要であり、同様に医療資源を多く必要とする医療を集約して提供する急性期拠点機能の医療機関が主に担うことが想定される ● がんに特化した病院として専門等機能の病院ががん診療連携拠点病院となることも想定される
医療措置協定	<ul style="list-style-type: none"> ● 新型コロナウイルス感染症発生時における最大の体制を確保することを目安としている 	<ul style="list-style-type: none"> ● 感染症流行初期の病床確保のみならず、発熱外来、自宅・宿泊施設・高齢者施設における療養者等に医療を提供する医療機関、後方支援を行う医療機関等をそれぞれ確保していくこととしており、すべての医療機関機能の医療機関がそれぞれに役割を担うことも想定される

4. 地域医療構想調整会議のあり方について



調整会議における患者・住民意見の反映等について

地域医療構想策定ガイドライン（抜粋）

I 地域医療構想の策定

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

○ また、**地域医療構想の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、タウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることや、構想区域ごとに既存の圏域連携会議等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続をとることを検討する必要がある。**なお、この段階で策定後を見据えて地域医療構想調整会議を設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当である。

○ 策定された地域医療構想は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする（医療法第30条の4第15項）。その際、住民に知ってもらうことが重要であることから、都道府県報やホームページによる公表や、プレスリリース等によりマスコミに周知するなど、幅広い世代に行き渡る手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。

II 地域医療構想策定後の取組

4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

(4) 住民への公表

医療を受ける当事者である患者・住民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高める必要があることから、都道府県はこれらをホームページ等で住民に分かりやすく公表することとする。公表に当たっては、ホームページの情報を見る働きかけを多方面から行うとともに、インターネットにアクセスできない住民向けに紙媒体での配布も準備することが望ましい。

○医療・医学用語は、専門性が高いため難解であるため、住民に向けた解りやすい解説は必須である。一方で、正確性の観点からは、患者・住民や医療関係者以外の者と医療関係者との間で誤解が生じない工夫も必要である。

医療法の規定

第30条の14 都道府県は、構想区域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、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成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を行うものとする。

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

地域医療構想調整会議の協議事項

「地域医療構想の進め方について」(平成30年2月7日付け医政地発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

○ 都道府県は、毎年度、地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること。

具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。

- ① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数

○ 公立病院、公的医療機関等は、「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議すること。

○ その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更する病院などは、今後の事業計画を策定し、速やかに協議すること。

○ 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

【その他】

- 都道府県は、以下の医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、必要な説明を行うよう求めること。
 - ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関
 - ・新たな病床を整備する予定の医療機関
 - ・開設者を変更する医療機関

地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

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

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

外来医療計画

(外来・かかりつけ医機能)

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

連携

支援

報告

圏域連携会議

(必要に応じて設置)

- 必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

地域医療構想調整会議 (構想区域単位)

- 将来の必要病床数を達成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協議

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

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。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)

- 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

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

都道府県

圏域

地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

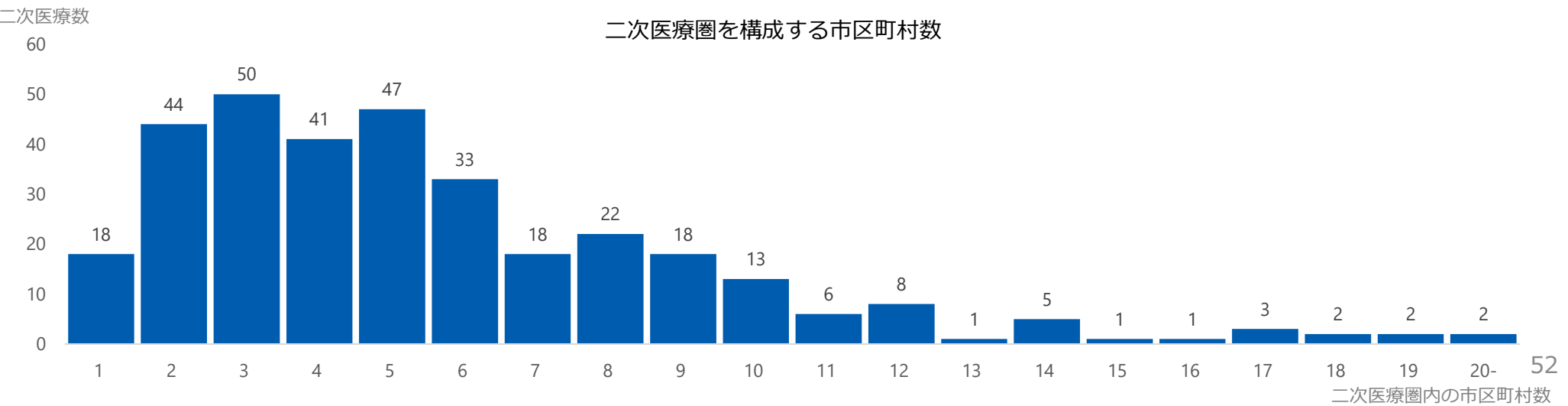
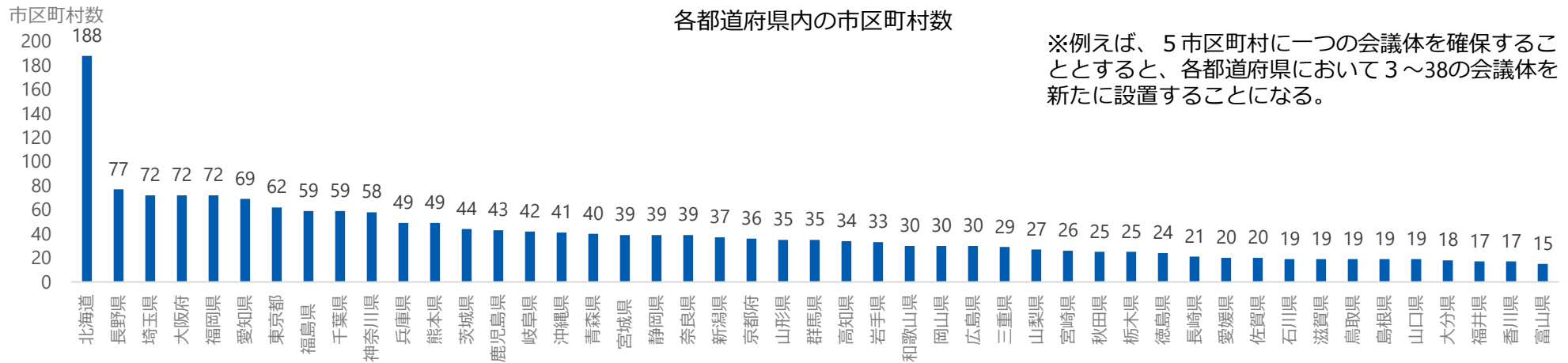
	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想の進め方 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	<ul style="list-style-type: 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。

市区町村数について

- 都道府県内や二次医療圏内には、多くの市区町村が存在する。そうした中、在宅医療等に関して、重要な役割を担う市町村と都道府県との協議のため、新たに会議体を設けることは、相当数の新規の会議が必要となり、都道府県に大きな負担となる。
- 都道府県が市区町村と実効性のある議論を進めるためには、特に課題のある地域について重点的に議論することや、在宅医療の協議の場など、既存の会議体を活用することが重要。



介護との連携について（案）

- 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。

住民の参加の例

- 地域医療構想調整会議に住民代表が参加している例や、市民公開講座において、地域医療構想に関する講演が行われている例等がある。こうした取組を通して、住民の地域医療構想への理解を推進することが重要。

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
		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	
		いちばら病院病院長	
		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	

住民に向けた地域医療構想に関する講演の例

令和6年度市民公開講座

上手な 病院・診療所のかかり方

～五泉市・阿賀町の地域医療について～

11/30 土

開場13:30
14:00-16:00

入場無料

会場

メイン会場
ラポルテ五泉 多目的ホール

サテライト会場
阿賀町役場 多目的ホール

※サテライト会場のみ要予約
申込先：阿賀町こども・健康推進課
☎ 0254-92-5762



こちらから動画を
視聴できます。

第1部 講演会



「新潟県地域医療構想について」
講師 新潟県福祉保健部副部長
(敬称略)

**第2部
パネルディスカッション**

【パネリスト】
五泉市長
阿賀町長
五泉中央病院副院長
県立津川病院院長
五泉市東蒲原郡医師会副会長

【コーディネーター】
新潟県福祉保健部副部:
(敬称略)

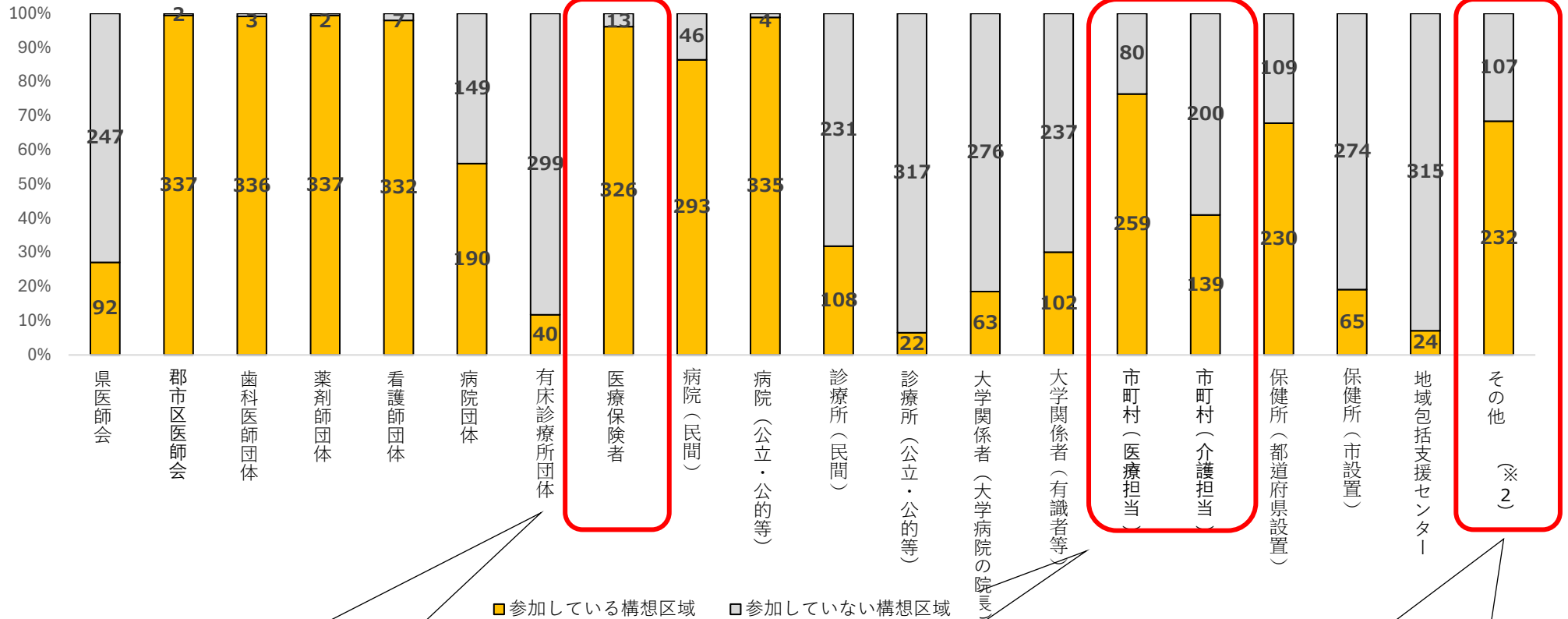
主催 五泉市東蒲原郡医師会在宅医療推進センター／五泉市在宅医療・介護ネットワークの会
共催 新潟県新潟地域振興局健康福祉部 五泉市 阿賀町
お問い合わせ 一般社団法人五泉市東蒲原郡医師会 ☎

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

令和7年12月12日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（一部改）

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

（令和7年3月末時点）



医療保険者が参加していた構想区域は、330区域中、326区域（約99%）であった

市町村が参加していた構想区域は、330区域中、259区域（医療担当約78%）・139区域（介護担当約42%）であった

住民代表や患者代表が参加していた構想区域は、330区域中、49区域（約15%）であった（※3）

医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

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

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

※3 地域医療構想調整会議の構成員として「その他」を選択した232区域の内、自由記載欄で「住民」「患者」「受療者」といった立場の者が記載されている区域を集計したもの。

地域医療構想調整会議のあり方について（案）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（3）医療機関機能・病床機能

⑤ 調整会議

- 地域医療構想調整会議には、議題に応じて、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が参画して、医療機関の経営状況等の地域の実情も踏まえながら、実効性のある協議を実施することが重要である。一方、地域においては、調整会議を含む多くの会議が開催されていることを踏まえ、既存の会議の活用や合同で開催するなど、都道府県や参加者に過重な負担が生じないよう効率的に開催することが適当である。
- 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や効率的な運用に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者を明確化する等について、ガイドラインを検討する際に検討すべきである。

（6）国・都道府県・市町村の役割

③ 市町村

- 新たな地域医療構想においては、新たに在宅医療、介護との連携等が対象に追加される中で、在宅医療・介護連携推進事業を実施するとともに、介護保険事業を運営している市町村の役割が重要となる。
- このため、市町村に対して、議題に応じて調整会議への参画を求め、在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に努めることとすることが適当である。

論点

- 新たな地域医療構想について、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来医療や在宅医療も対象となり、地域住民の参画がますます重要となる。地域住民が、地域の課題を適切に把握等ができるよう、都道府県は、住民やその他の関係者が地域医療構想の全体的な方針等を議論することとなる県全体の調整会議に参画することとするほか、各構想区域の協議においても、現状の把握や課題の共有、対応案の検討等の各段階において、各医療機関の経営方針に関する協議等を除き、可能な限り参画等ができるよう努めることとしてはどうか。また各協議事項について、保険者に対しては保険者協議会の場を活用する等定期的に報告する場を設定することとしてはどうか。
- また、新たな地域医療構想において、関係者や議題等が多岐にわたる中、都道府県が効率的かつ効果的に調整会議を運用できるよう、次頁のとおり検討事項や既存の協議体との関係を整理することとしてはどうか。また、市町村や介護関係者について、市町村立病院の開設者としての役割や、医療と介護の連携にあたっての当事者としての役割などが考えられる。それぞれに求められる役割について、次々頁のとおり、ガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

新たな地域医療構想における検討事項と協議の場（案）

- 新たな地域医療構想において各検討する事項の協議の場については、都道府県ごとの既存の協議体と一体的に実施することや主な既存の協議体の議論を調整会議に報告するといった、都道府県の体制に応じて柔軟に設定できることとしてはどうか。

	具体的な検討事項	主な既存の協議体
全体的な事項・広域的な連携に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制についての都道府県の方針、大学病院との連携に関する事項等 	<ul style="list-style-type: none"> 医療審議会 都道府県単位の地域医療構想調整会議
構想区域の見直し、地域ごとの医療機関機能、病床機能に関する事項	<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 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想調整会議
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） 	<ul style="list-style-type: none"> 外来医療の協議の場、かかりつけ医の協議の場 （二次医療圏その他の当該都道府県知事が適当と認める区域）
在宅医療、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 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 	<ul style="list-style-type: none"> 作業部会 医療及び介護の体制整備に係る協議の場（二次医療圏※） <p>※二次医療圏と老人福祉圏域が一致していない場合や二次医療圏単位での開催が適当でない場合は、都道府県が適当と認める区域</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進事業に関する協議の場（市町村、都道府県）
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） <p>※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療対策協議会等の各職種の確保対策に係る協議体（都道府県）

調整会議に参加する関係者の役割について（案）

- 地域医療構想調整会議に参加する関係者として位置付けることとなる市町村及び介護関係者について、以下のような役割についてガイドラインにおいて位置付けることとしてはどうか。

	主な役割
市町村	<ul style="list-style-type: none">市町村立病院の開設者としての観点だけではなく、将来にわたって、地域全体での医療提供を確保するといった観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の提供体制の構築・維持や医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。介護保険事業の実施主体として、介護側の課題を調整会議において共有するとともに、医療側の課題を理解し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。
介護関係者	<ul style="list-style-type: none">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、地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組への協力が求められる。介護施設における入所者の重症化予防に向けた取組や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組を推進することが求められる。

5. 精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について（報告）

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

近年の精神保健医療福祉の経緯①

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

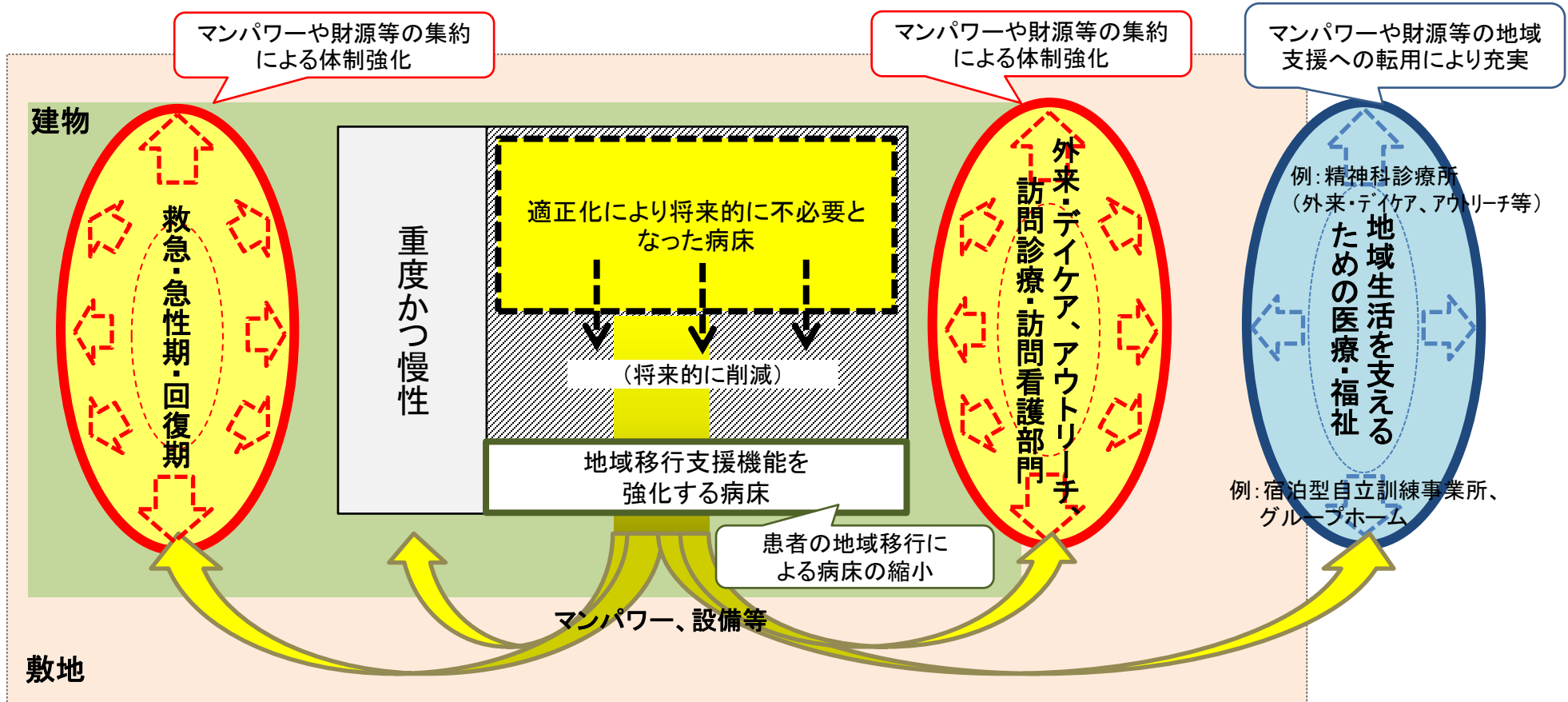
「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

近年の精神保健医療福祉の経緯②

- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用））を踏まえ、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（平成26年7月とりまとめ）では、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す方向性が示された。

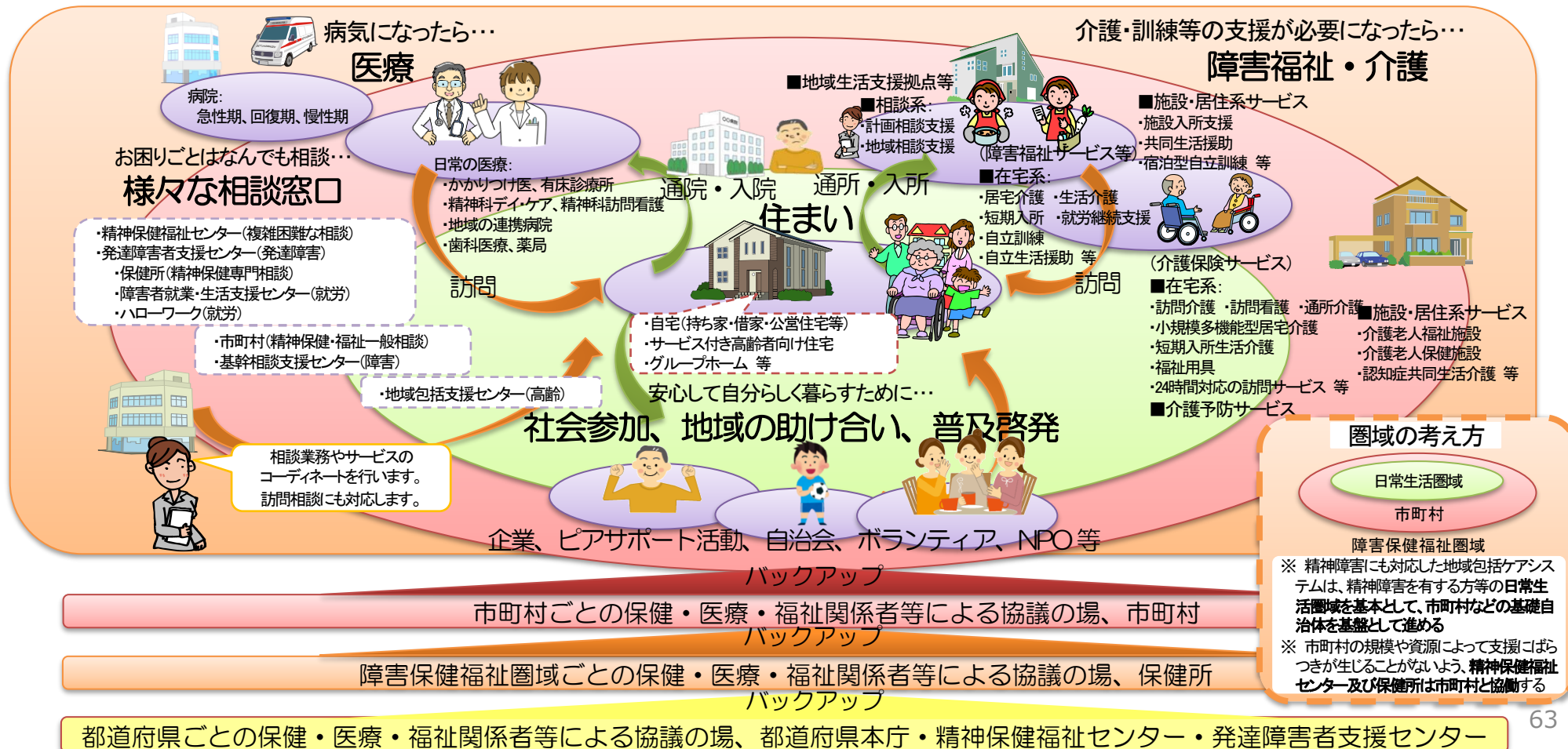
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

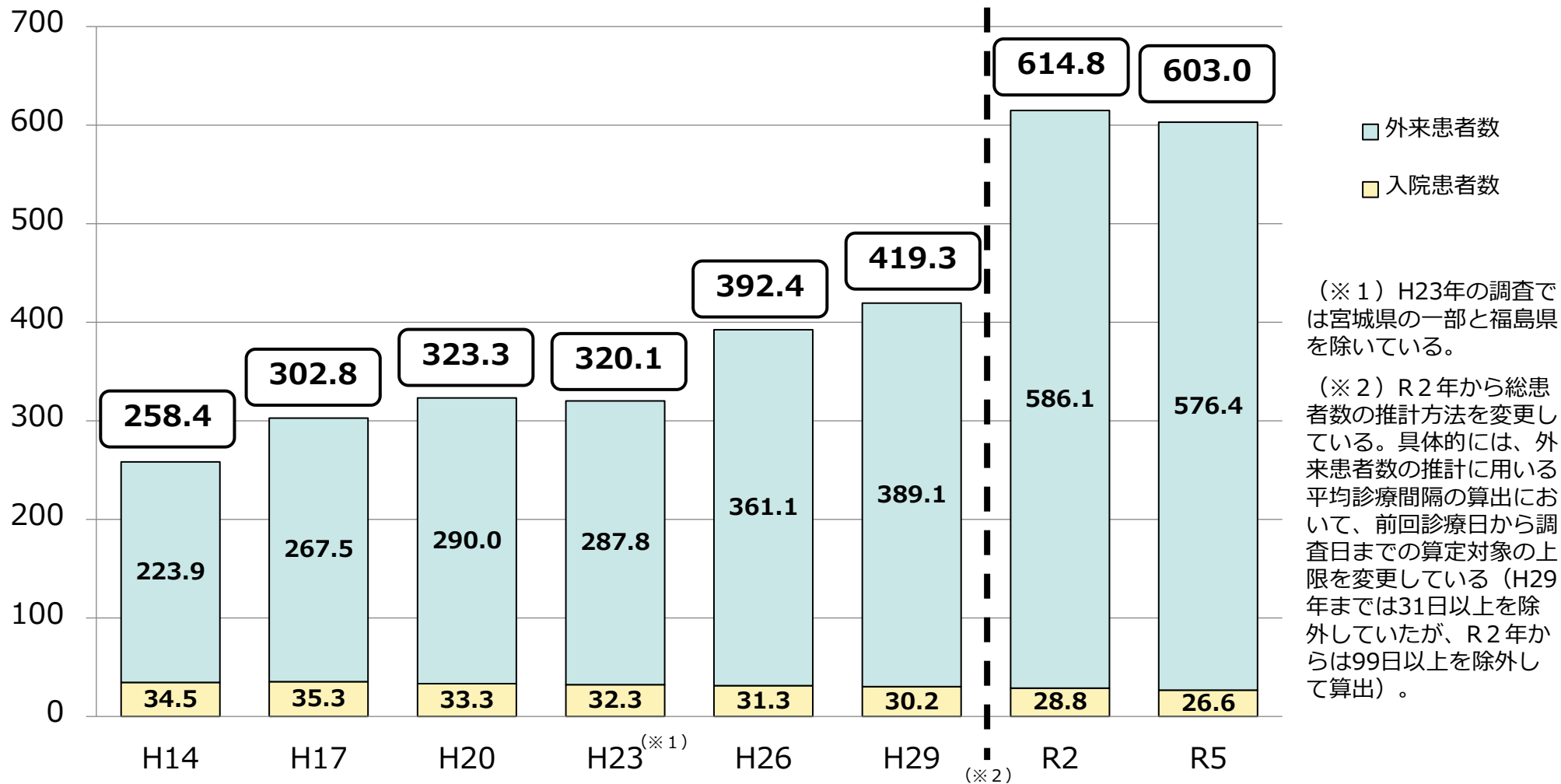
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



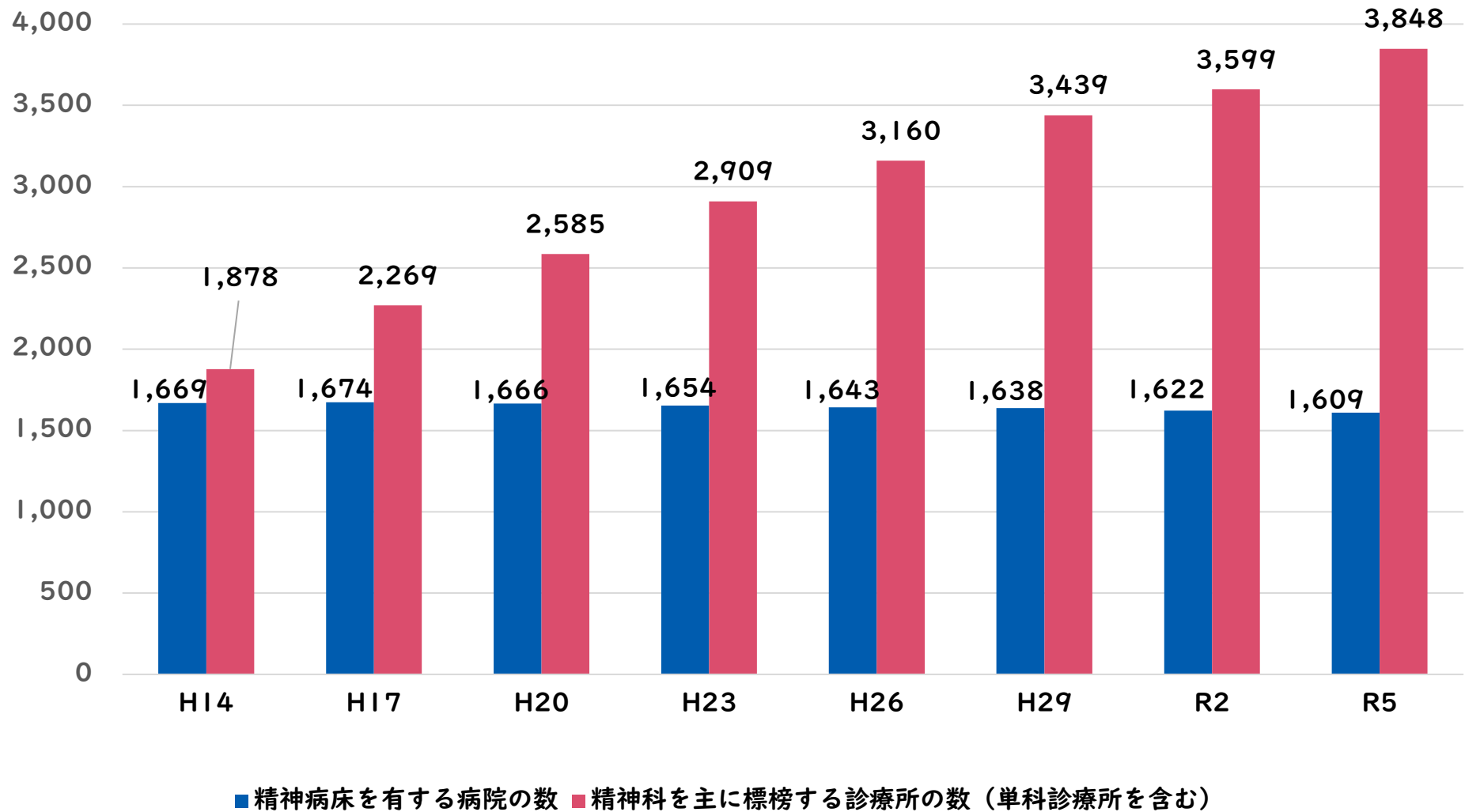
精神疾患を有する総患者数の推移

- 精神疾患を有する総患者数は、約603.0万人（入院：約26.6万人、外来：約576.4万人）。

(単位：万人)



精神病床を有する病院数と精神科を主に標榜する診療所数



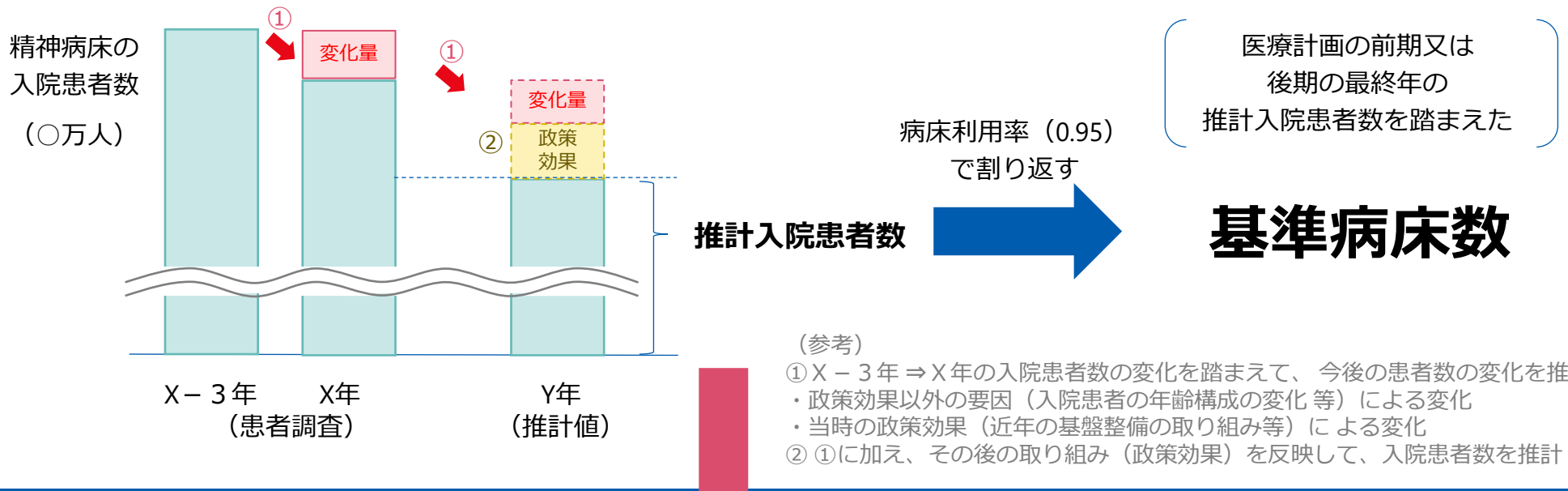
精神病床数の推移

(単位：万床)



精神病床の基準病床数と障害福祉計画における基盤整備量の考え方について（現状）

- これまで、障害福祉計画において、地域の基盤整備を進めるにあたっては、各都道府県の医療計画と連動する形で医療計画における入院患者数の推移等を踏まえることとされてきた。



医療計画と連動

障害福祉計画において、入院患者数の推移等を踏まえ、地域の基盤整備量を設定することを求めている。

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、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等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・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、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとする。医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、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等】

- ① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等を見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

- ・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べるることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、精神医療の専門家や関係者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととしてはどうか。検討に当たっては、2027年（令和9年）10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

<精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ>

○主な検討事項

- 2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容
- 精神医療における医療機関機能の考え方
- 精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容
- 必要病床数の推計方法 等

○構成員

- 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者 等

○検討スケジュール

2026年（令和8年）春 WGにおいて議論
年度内を目途にとりまとめ

※ ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。

スケジュールについて

医療法改正について

「医療法等の一部を改正する法律」（令和7年法律第87号）が令和7年12月12日に公布

医療法改正の概要

- 1 オンライン診療に関する事項（令和8年4月1日施行）
- 2 美容を目的とした治療を行う病院等の報告等に関する事項
（公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日施行）
- 3 基準病床数に係る都道府県知事の権限の見直しに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 4 病床の機能の分化及び連携の推進のための協議に関する事項（令和9年4月1日施行）
- 5 基本方針に関する事項（公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日又は令和9年4月1日施行）
- 6 地域医療構想の位置付けに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 7 医療計画の策定事項の見直しに関する事項
（公布日、令和8年4月1日又は令和9年4月1日施行）
- 8 医療機関機能の報告に関する事項（令和8年10月1日施行）
- 9 協議の場の見直しに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 10 外来医師過多区域における都道府県知事の要請等に関する事項（令和8年4月1日施行）
- 11 地域医療構想における精神病床の追加に関する事項
（令和9年10月1日又は令和10年4月1日施行）

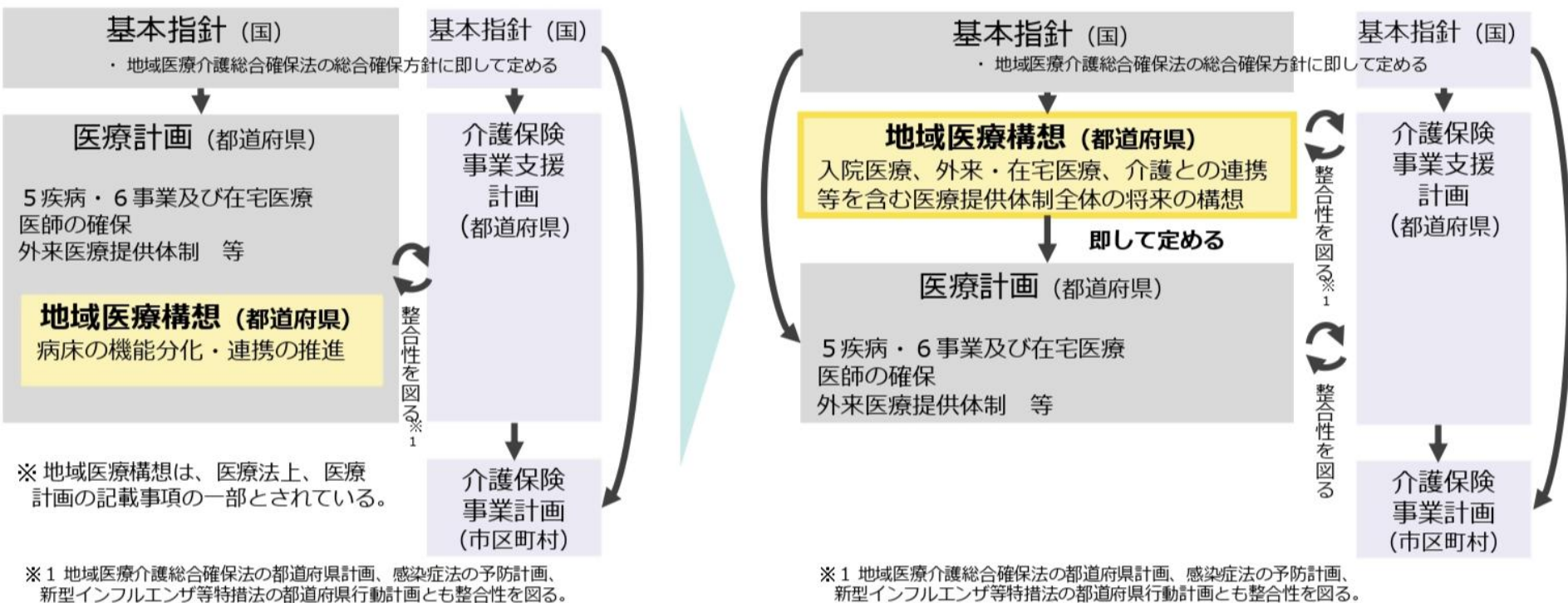
地域医療構想の位置付けについて

現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして位置づけられている。

令和9年4月1日から、地域医療構想は、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の将来の構想として、医療計画の上位に位置づけられる。

<現行>

<今後>



国の想定スケジュール

新たな地域医療構想の策定スケジュールについて、国は以下のとおり想定している。
 (新たな地域医療構想が策定されるまでは、改正法の経過措置により、現行の地域医療構想が新たな地域医療構想とみなされる。)

	(R7) 2025年	(R8) 2026年	(R9) 2027年	(R10) 2028年	(R11) 2029年	(R12) 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		取組の推進			
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					

岡山県の策定等のスケジュール（案）

	(R7) 2025年度	(R8) 2026年度	(R9) 2027年度	(R10) 2028年度	(R11) 2029年度	(R12) 2030年度
現行の地域医療 構想の評価						
区域点検・ 見直し						
必要病床数						
医療機関機能の 確保						
外来・在宅 介護との連携等						
医療従事者の 確保						
新たな地域医療 構想のとりまとめ						

取組の推進

スケジュールについて

医療法改正について

「医療法等の一部を改正する法律」（令和7年法律第87号）が令和7年12月12日に公布

医療法改正の概要

- 1 オンライン診療に関する事項（令和8年4月1日施行）
- 2 美容を目的とした治療を行う病院等の報告等に関する事項
（公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日施行）
- 3 基準病床数に係る都道府県知事の権限の見直しに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 4 病床の機能の分化及び連携の推進のための協議に関する事項（令和9年4月1日施行）
- 5 基本方針に関する事項（公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日又は令和9年4月1日施行）
- 6 地域医療構想の位置付けに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 7 医療計画の策定事項の見直しに関する事項
（公布日、令和8年4月1日又は令和9年4月1日施行）
- 8 医療機関機能の報告に関する事項（令和8年10月1日施行）
- 9 協議の場の見直しに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 10 外来医師過多区域における都道府県知事の要請等に関する事項（令和8年4月1日施行）
- 11 地域医療構想における精神病床の追加に関する事項
（令和9年10月1日又は令和10年4月1日施行）

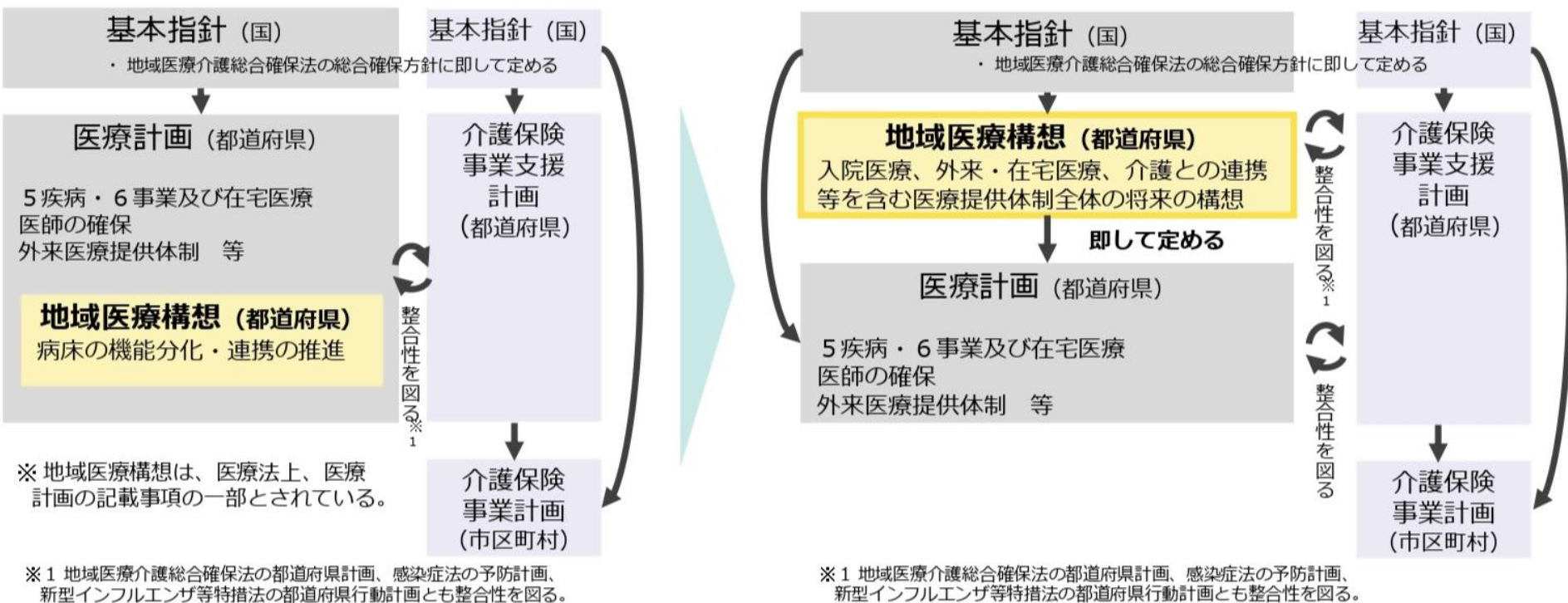
地域医療構想の位置付けについて

現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして位置づけられている。

令和9年4月1日から、地域医療構想は、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の将来の構想として、医療計画の上位に位置づけられる。

<現行>

<今後>



国の想定スケジュール

新たな地域医療構想の策定スケジュールについて、国は以下のとおり想定している。
 (新たな地域医療構想が策定されるまでは、改正法の経過措置により、現行の地域医療構想が新たな地域医療構想とみなされる。)

	(R7) 2025年	(R8) 2026年	(R9) 2027年	(R10) 2028年	(R11) 2029年	(R12) 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			取組の推進	
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				

岡山県の策定等のスケジュール（案）

	(R7) 2025年度	(R8) 2026年度	(R9) 2027年度	(R10) 2028年度	(R11) 2029年度	(R12) 2030年度
現行の地域医療 構想の評価						
区域点検・ 見直し						
必要病床数						
医療機関機能の 確保						
外来・在宅 介護との連携等						
医療従事者の 確保						
新たな地域医療 構想のとりまとめ						

取組の推進

検討体制について

新たな地域医療構想の記載事項

新たな地域医療構想は、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の将来の構想となるため、記載事項も大幅に増える見通しとなっている。

議論すべき内容が多岐にわたるため、本会議を効率的に運用する必要がある。

現行の地域医療構想の主な記載事項

- 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病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 病床機能の情報提供の推進

新たな地域医療構想の主な記載事項（案）

- **地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性**
 - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・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
 - ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

※ 医療計画において、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定める。

※ 新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。

今後の岡山県地域医療構想調整会議の進め方について

構成

- 地域医療構想の範囲が広がることから、岡山県地域医療構想調整会議（親会議）の構成を見直すこととしたい。

※ 具体的な構成は、今後、国のガイドラインの内容を踏まえて検討

区分	現在の構成団体等
医療関係団体	県医師会、県病院協会
保険者	岡山県国民健康保険団体連合会、健康保険組合連合会岡山連合会 全国健康保険協会岡山支部
各構想区域代表	各構想区域地域医療構想調整会議議長
学識経験者	地域医療構想アドバイザー

運営方法

- 限られた期間に、様々な議論を行う必要があることから、岡山県地域医療構想調整会議（親会議）の下に、必要に応じ、特定のテーマについて議論を深めるためのワーキンググループ（仮）を設置してはどうか。

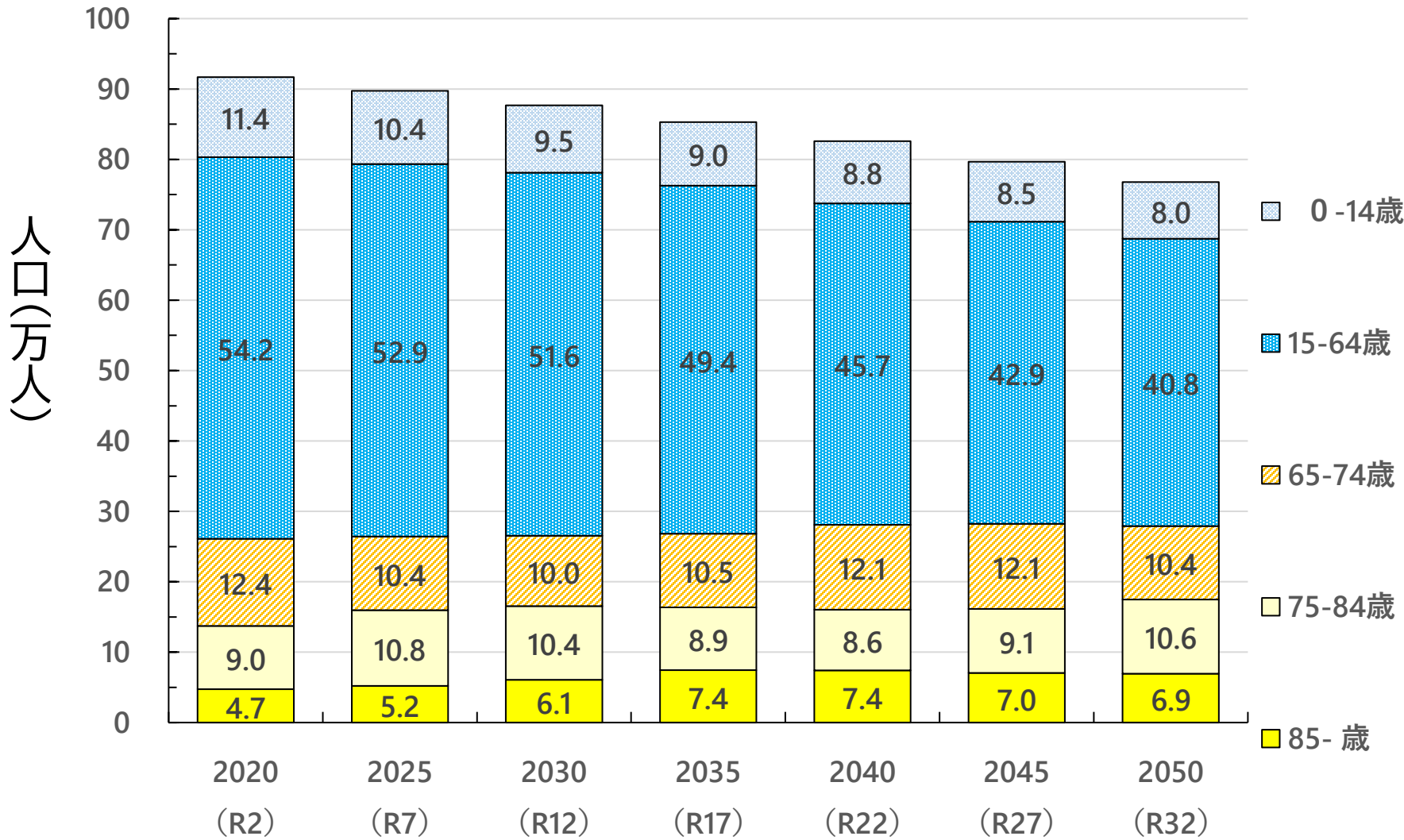
※ 構想区域別の地域医療構想調整会議については、各調整会議において、必要に応じ、地域の実情を踏まえた構成や運営方法を検討

現行の地域医療構想の振り返りと
今後に向けた課題等

各構想区域における取組と成果等

県南東部圏域の状況

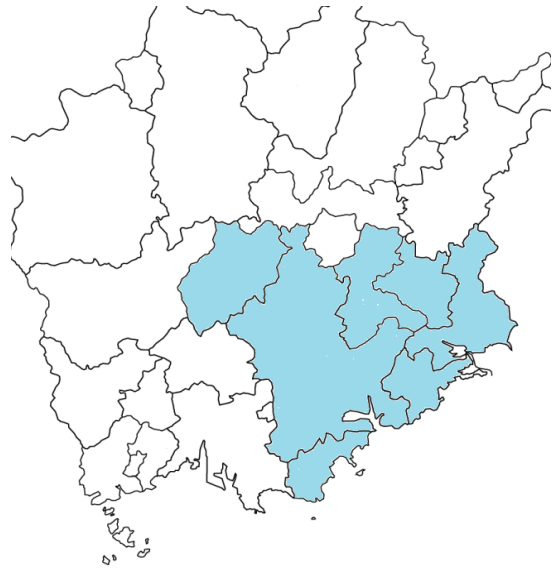
人口推計（県南東部圏域、単位：万人）



県南東部保健医療圏の概要

○特定機能病院及び地域医療支援病院の所在地

所在地	特定機能病院	地域医療支援病院
岡山県	2	13
県南東部保健医療圏	1	11
県南西部保健医療圏	1	1
高梁・新見保健医療圏	-	-
真庭保健医療圏	-	-
津山・英田保健医療圏	-	1



○特定機能病院及び地域医療総合病院一覧（圏域内）

	病院名	
特定機能病院	岡山大学病院	
地域医療支援病院	岡山中央病院	赤磐医師会病院
	岡山医療センター	岡山労災病院
	心臓病センター榊原病院	岡山赤十字病院
	岡山旭東病院	岡山済生会総合病院
	岡山済生会総合病院	岡山市立市民病院
	川崎医科大学附属総合医療センター	

- ・圏域人口は約89万4千人、県人口約183万人のほぼ半分である（R6.10現在）。
- ・圏域内では、特定機能病院、地域医療支援病院の多くが岡山市にある。

県南東部圏域 地域医療構想調整会議の取組

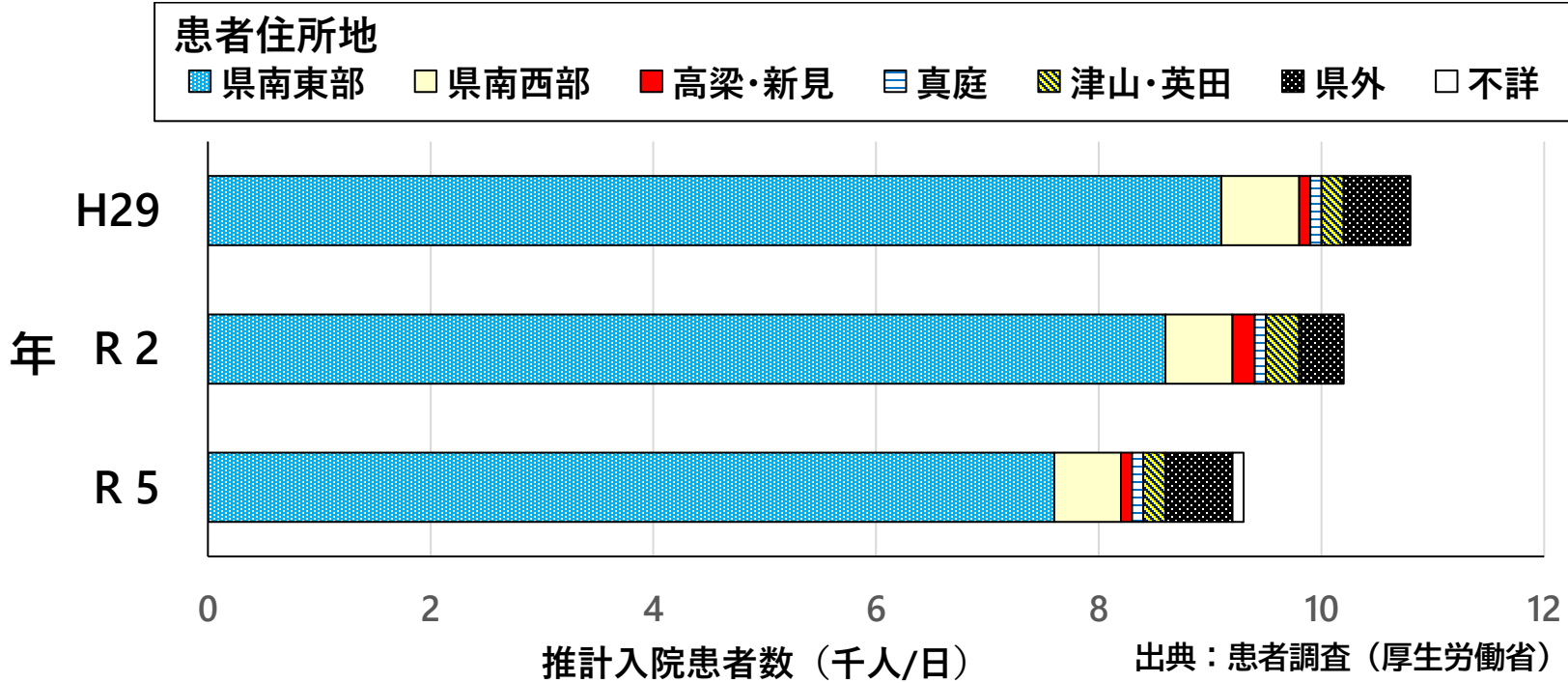
調整会議の主な議題・取組等

平成27年度	県南東部地域医療構想調整会議を設置
平成29～ 平成30年度	<ul style="list-style-type: none"> ・「公的医療機関等2025プラン」の協議 ・「第8次岡山県保健医療計画（県南東部圏域）」の地域医療構想に関する協議 ・「公立病院改革プラン」に関する協議
平成31年度	<ul style="list-style-type: none"> ・「岡山県外来医療に係る医療提供体制計画」に関する協議
令和2～ 令和3年度	<ul style="list-style-type: none"> ・重点支援区域の申請 再編統合医療機関（総合病院玉野市立玉野市民病院、玉野三井病院）
令和4年度	<ul style="list-style-type: none"> ・各医療機関からの対応方針等を協議 ・公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証（令和5年度まで）
令和5年度	<ul style="list-style-type: none"> ・公立病院経営強化プランに関する協議 ・定量的評価基準を用いた病床機能調査を実施 ・岡山県データ分析事業の実施 ・紹介受診重点医療機関の確認（11病院）
令和6年度	<ul style="list-style-type: none"> ・紹介受診重点医療機関の確認（12病院：追加1病院） ・圏域の将来人口推計及び入院患者等の将来推計資料提供
令和7年度	<ul style="list-style-type: none"> ・推計入院患者数の推移を報告（平成29～令和5年、出典：厚生労働省「患者調査」） ・許可病床数の推移を報告（平成29～令和6年）

○ 医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供できる体制づくりを促進するための協議の場を提供した。

- ・病床機能報告で報告された病床数などの情報提供を行った。
- ・病床の機能分化・連携を促進するため、各医療機関の対応方針や計画の策定、医療機関としての役割や機能を変更する場合に協議した。

県南東部圏域の病院における1日あたり推計入院患者数



- ・ 令和 5 年の 1 日あたり推計入院患者数は、約 9 千 2 百人。
(平成 29 年の推計入院患者数は約 1 万 8 百人であり、その約 85 %)
- ・ 県南東部圏域の入院患者のうち、住所地が圏域外の者は約 2 割。

「重点支援区域」制度を活用した支援

「複数医療機関の医療機能再編等事例」を対象とする「重点支援区域」制度を活用

支援内容

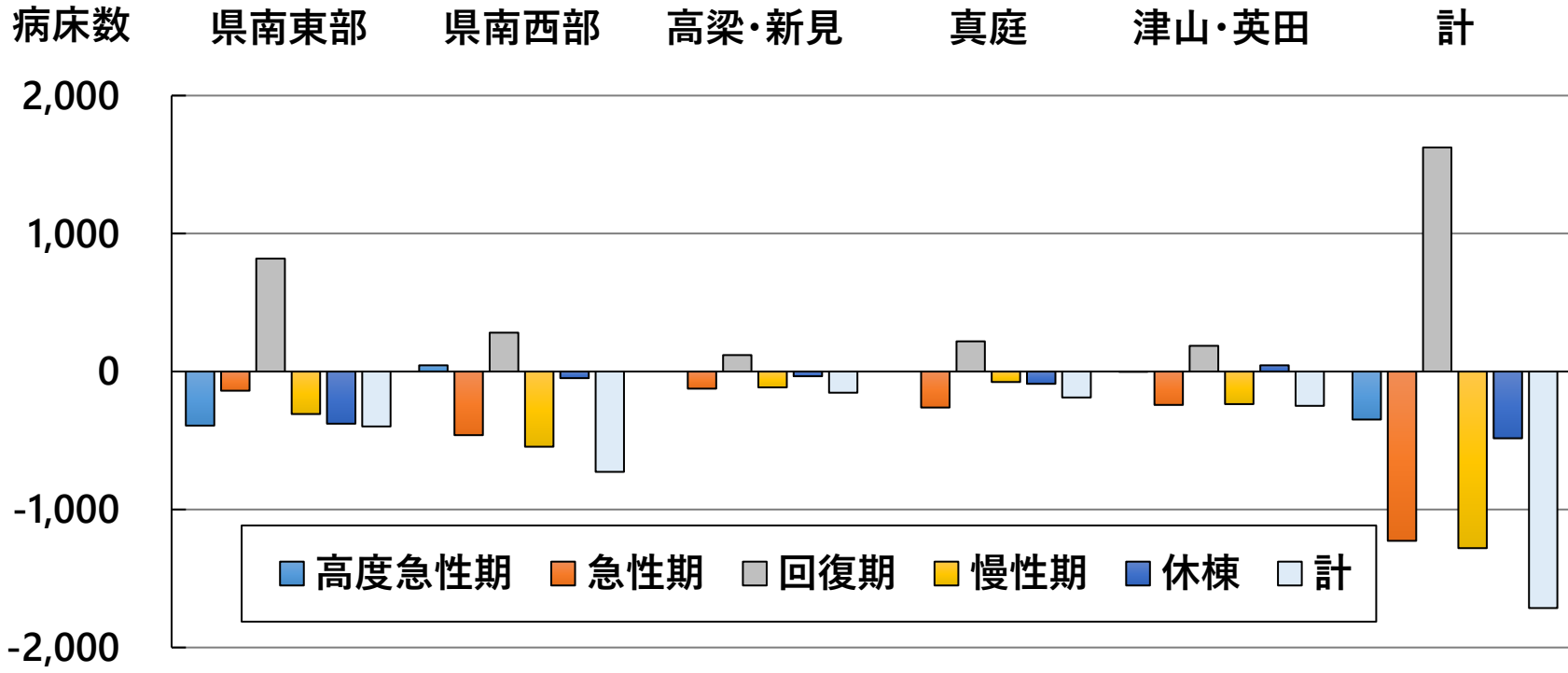
【技術的支援】	【財政的支援】
<ul style="list-style-type: none">・地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に対するデータ分析・関係者との意見調整の場の開催 等	<ul style="list-style-type: none">・地域医療介護総合確保基金の優先配分・病床機能の再編支援を一層手厚く実施

圏域内の状況

玉野市民病院・玉野三井病院の医療機能再編等（令和2年8月25日に選定された）

玉野市民病院	+	玉野三井病院	→	たまの病院（R7.1～）
総病床数：199床		総病床数：110床		総病床数：190床
急性期 60床 回復期 60床 慢性期 54床 (休棟中 25床)		急性期 60床 慢性期 50床		急性期 50床 回復期 50床 慢性期 90床
設置主体：玉野市		設置主体：株式会社三井 E & Sホールディングス		設置主体：地方独立行政 法人玉野医療センター
建築年次：昭和48年		建築年次：昭和12年		建築年次：令和6年

許可病床数の変化（H29.4.1～R6.7.1）



県南東部圏域において、平成29年から令和6年までの7年間で、
許可病床数は398床減少した（全県では1,715床の減少）。
 圏域の増減：高度急性期（392床減）、急性期（139床減）、回復期（819床増）、
 慢性期（308床減）、休棟（378床減）

○ 病院における医療機能の分化・連携をより一層促進

- ・ 国の示す方向性と、地域の人口や推計患者数、病床数等のデータを協議の場に提供し医療機関の協調を促してきた結果、圏域としては、病床数の適正化が緩やかに進んできた。
- ・ 今後も、医療機能の分化・連携をより一層促進するために、引き続き各種データを提供する。

○ 圏域全体の医療・介護提供体制の構築を促進

- ・ これまでの協議では、大規模な病院における病床機能等に偏りがちであったため、圏域内における地域特性を考慮して、医療・介護提供体制の構築を促進する。

県南西部 地域医療構想区域

岡山県二次保健医療圏設定図

令和6（2024）年4月1日現在



令和6（2024）年 圏域人口構成

区分	総数	0歳～14歳 年少人口		15歳～64歳 生産年齢人口		65歳以上 老年人口	
		人口(人)	構成比(%)	人口(人)	構成比(%)	人口(人)	構成比(%)
		倉敷地域	548,308	67,022	13.2	291,489	57.5
井笠地域	133,386	13,536	10.3	67,490	51.3	50,443	38.4
圏域	681,694	80,558	12.6	358,979	56.3	198,692	31.1
岡山県	1,830,621	211,919	12.0	996,465	56.6	553,542	31.4

（資料 岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」）

※総数には年齢不詳等を含んでいるため、年齢3区分の人口の合計と一致しない。

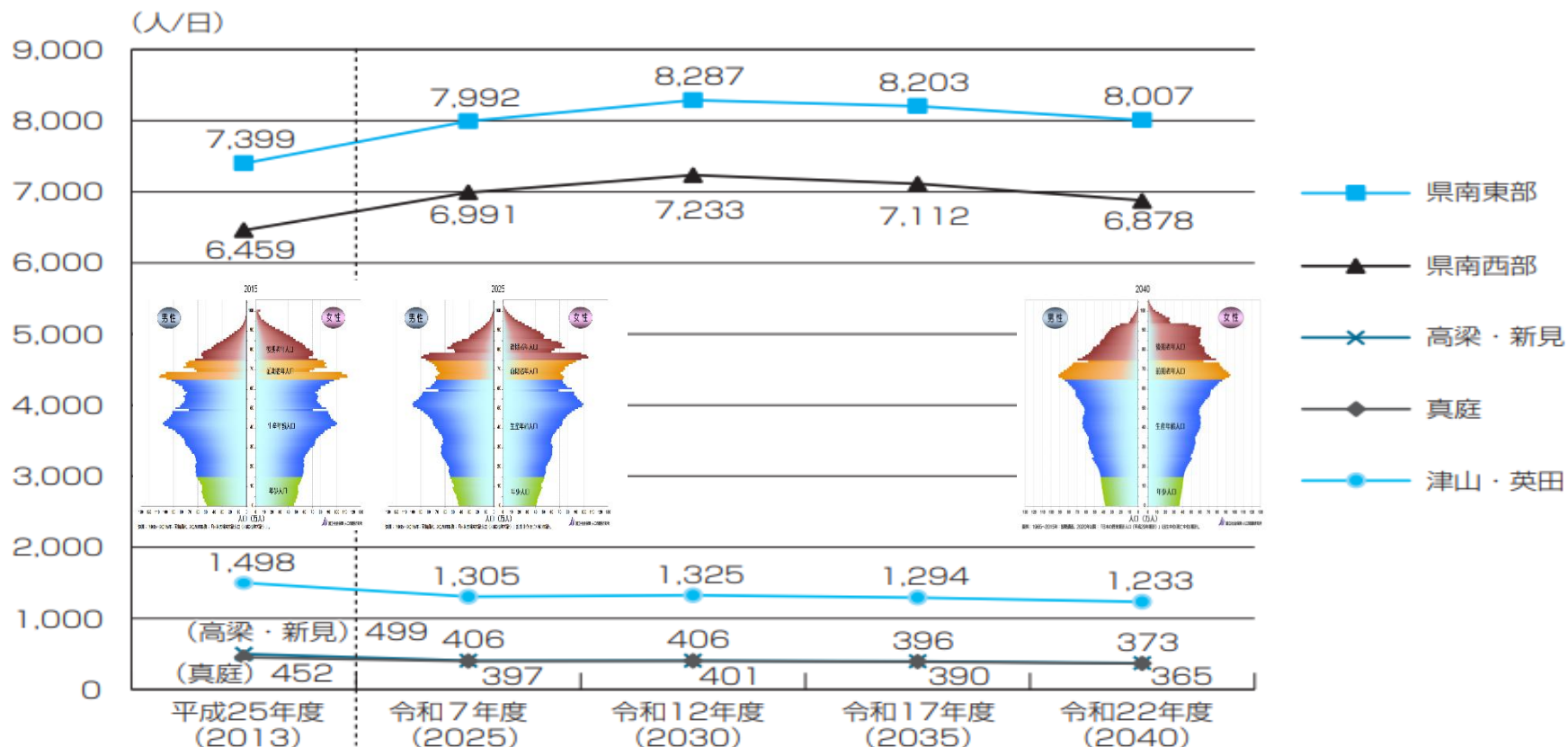
※構成比は分母から年齢不詳を除いて算出している。

面積

1124.39km²

図表5-1-4-11 将来の入院患者数の推計（各区域）

（医療機関所在地別：高度急性期、急性期、回復期、慢性期（パターンB又はパターンC）の計）



（資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計）

開催実績

年度	回数
H28	2
H29	3
H30	4
R1	4
R2	2
R3	2
R4	3
R5	4
R6	4
R7(予定)	3
合計	31

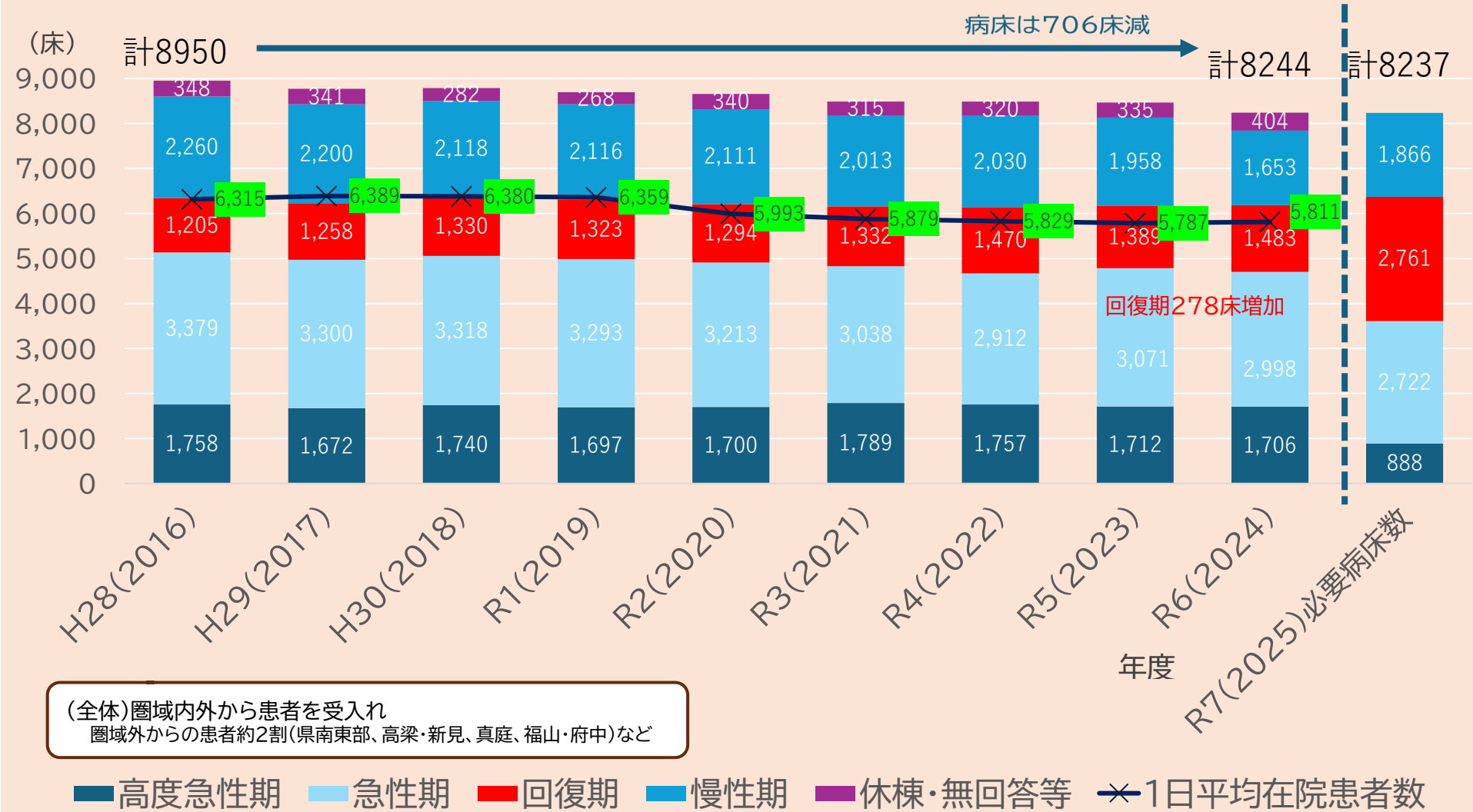
< 主な議題 >

- ・ 地域医療構想の進め方の協議
- ・ 公立病院経営強化プラン
- ・ 地域医療構想をふまえた対応方針
- ・ 病床機能転換、病床削減の検討
- ・ 病床機能分化・連携促進のための基盤整備
事業補助金の活用について
- ・ 病床機能報告・外来機能報告の状況
- ・ 紹介受診重点医療機関について



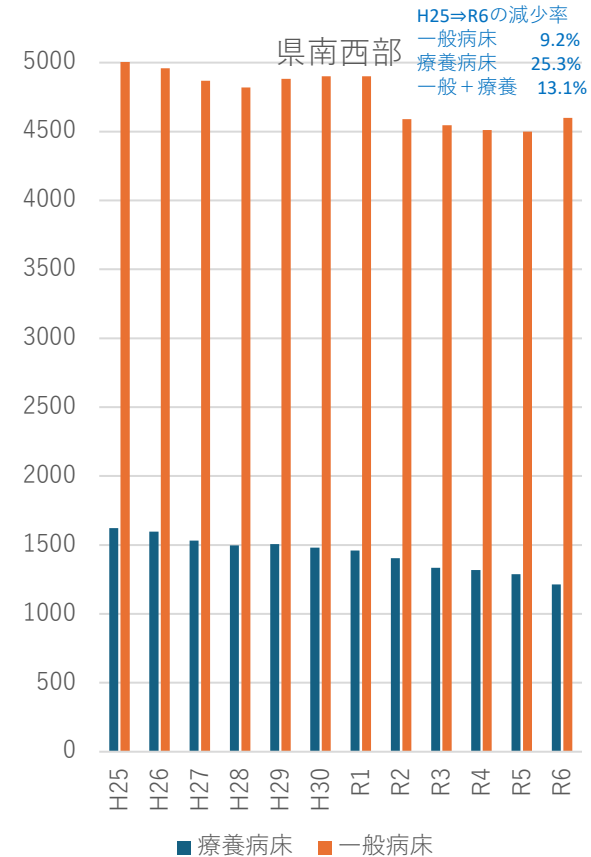
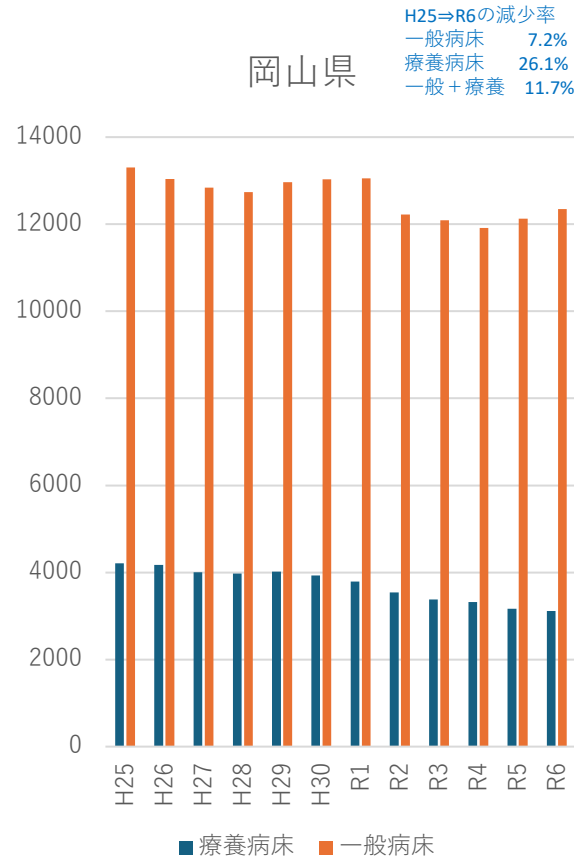
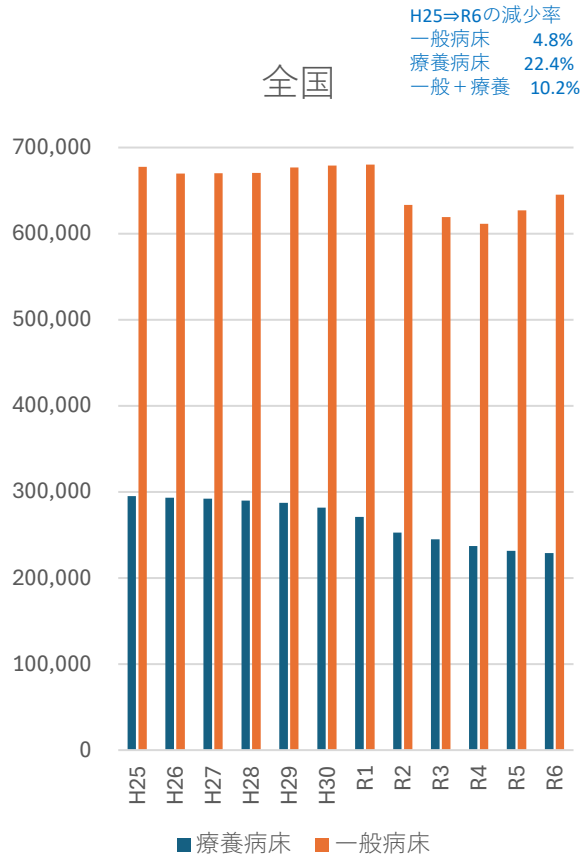
取組の振り返り ①

病床機能別の病床数の推移と1日平均在院患者数(県南西部) H28～R6年度

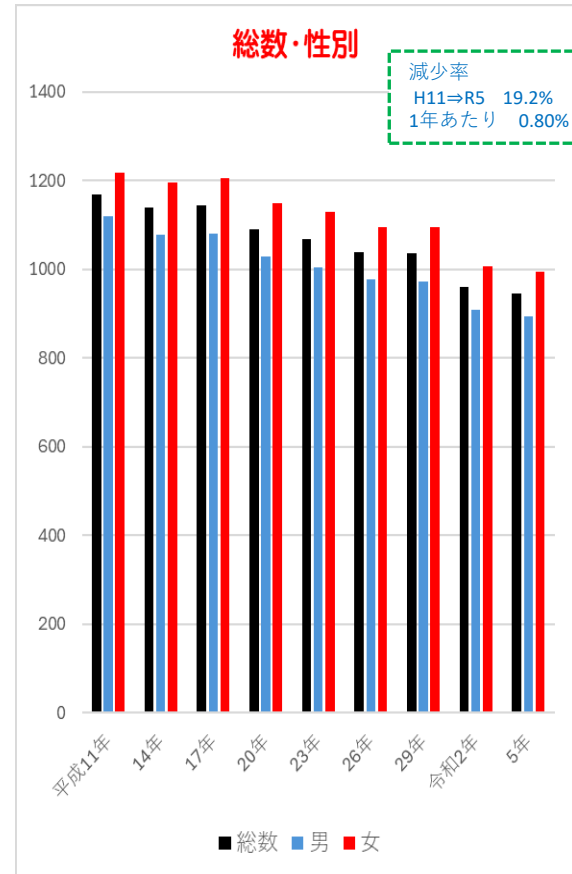
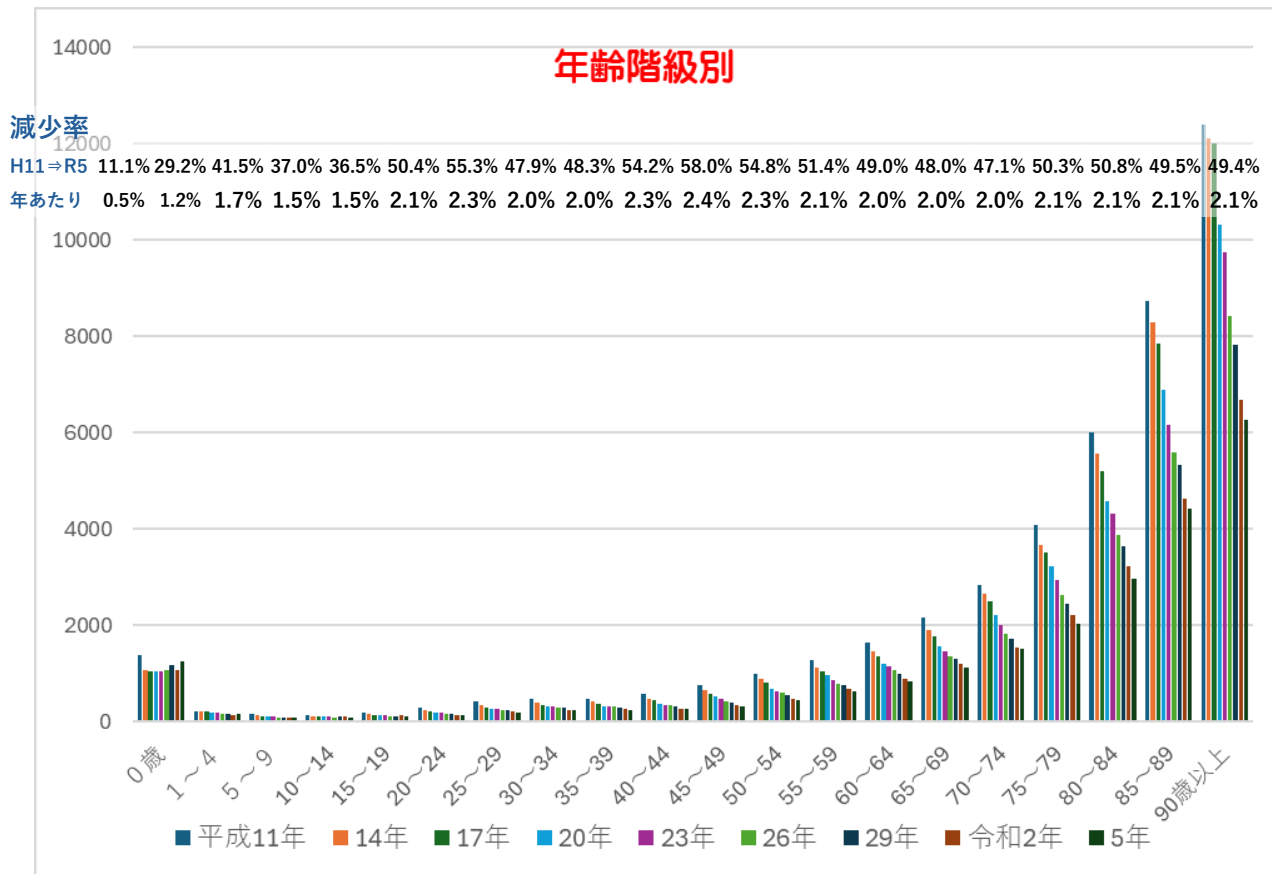


出典：病床機能報告、地域医療構想策定支援ツール、病院報告

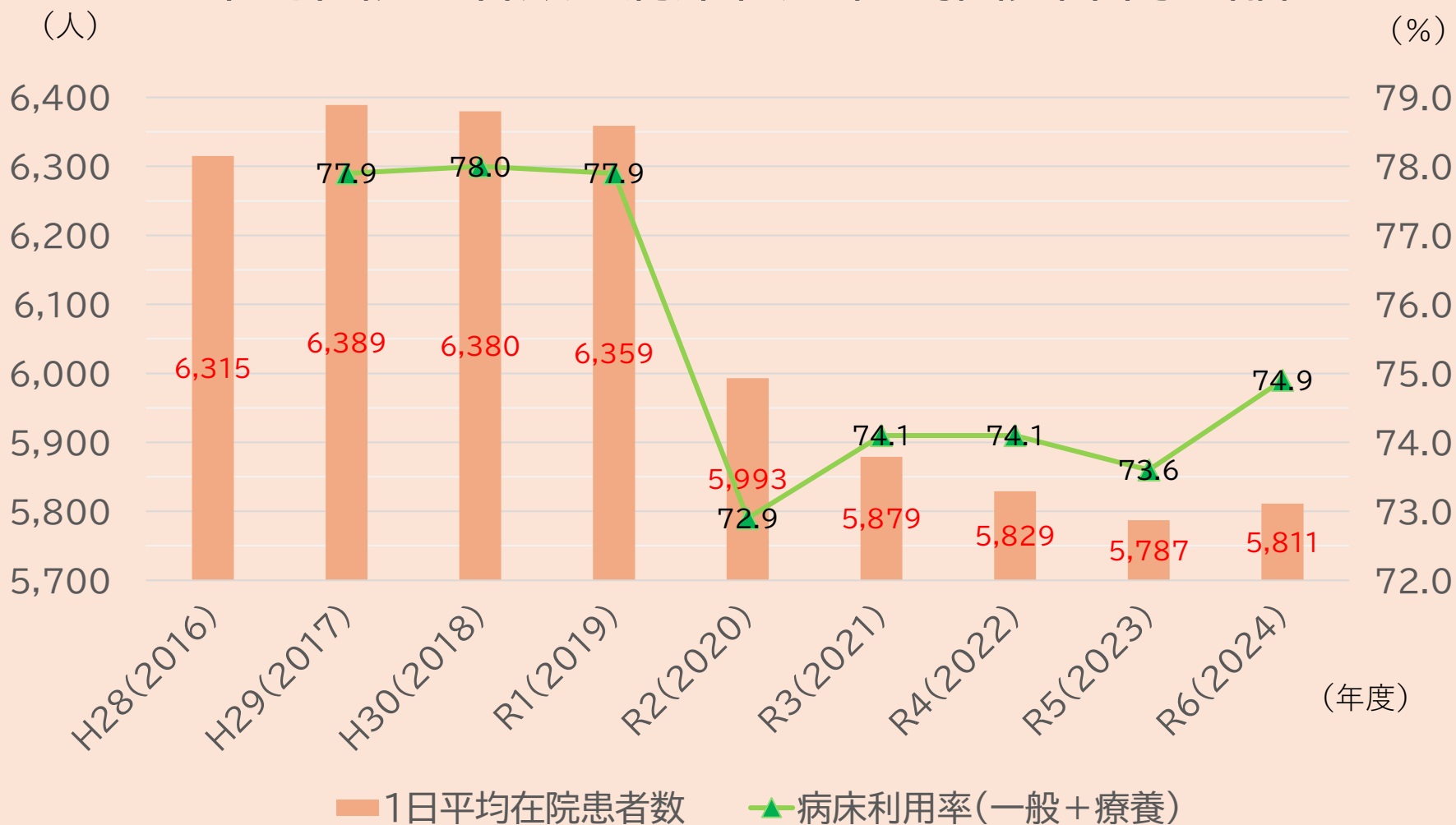
一日平均在院患者数の年次推移



入院受療率の年次推移（全国 人口10万人対）



1日平均在院患者数と病床利用率の推移(県南西部)



出典：厚労省「病院報告」

取組の振り返り②

○圏域を越えた連携体制構築

(福山市民病院・笠岡市立市民病院・井原市立井原市民病院)

< 笠岡市民病院・井原市民病院が担うこと >

- ・ 二次救急機能
- ・ 周産期医療における妊産婦健診等
(産科セミオープンシステム)
- ・ 術後患者の受け入れ等
(回復期機能)

地域医療連携に関する覚書の締結について

印刷用ページを表示する 更新日：2024年9月26日更新 ページID：0060529

📧 ポスト 📄 シェアする 0



笠岡市と広島県福山市は2015年(平成27年)3月25日に締結した備後圏域の枠組みにおける「連携中枢都市圏形成に係る連携協約」のもと、両市の公立病院である福山市民病院と笠岡市立市民病院との間で医療提供体制の課題に対応するため、役割分担や医療連携に取り組んできました。この連携をさらに深めていくため令和6年8月22日に福山市との間で連携中枢都市圏形成に係る連携協約に基づく「地域医療連携に関する覚書」を締結し、福山市民病院と笠岡市立市民病院の機能分化・連携強化に関する事項について合意しました。今後、福山市民病院の診療支援を活用し、救急医療や周産期医療、術後患者等の受入に要する回復期機能などを強化することで、地域において必要とされる医療機能の維持に取り組みます。

笠岡市ホームページより引用

取組の振り返り③

○医療と介護・福祉の連携

・みんなで考える井笠の医療と介護(井笠地域)

介護と医療、保健の連携強化

ACPの普及啓発



構成団体：住民（愛育委員、民生児童委員）、地域医師会、歯科医師会、病院協会、老人保健施設協会、薬剤師会、看護協会、訪問看護ステーション連絡協議会、理学療法士会、栄養士会、消防本部、地域包括支援センター、各市町、県（保健所、本庁）

○妊娠・出産・子育てのサポート

・妊娠、出産、子育て安心サポート地域協議会(井笠地域)

妊娠、出産、子育てが安心して行える地域の
体制づくりについて意見交換



構成団体：住民（子育て中のママ）、地域医師会、医療機関（産科・精神科・助産所）、看護協会、消防本部、各市町、県（保健所、本庁）

取組の振り返り④

○医療の機能分化や医療人材の確保に向けた取組み

・わが街健康プロジェクト。(倉敷市)

【主催】 わが街健康プロジェクト。(事務局 倉敷中央病院)

【共催】 倉敷市内23医療機関

【後援】 倉敷市、倉敷市教育委員会、倉敷商工会議所



①講演会

- 地域完結型医療と病気予防をテーマとした講演会
- 地域住民に医療機関の役割や機能に応じた適切なかかり方、予防と健康維持について啓発
- YouTubeわがプロチャンネルでも配信

↑①講演会の様子

②中高生×医療×お仕事体験Lab

- 医療機関で働くことに興味を持ってもらえるよう、中高生をターゲットに、医療専門職の職業体験・職業相談

【ブース設置専門職】

医師、薬剤師、保健師、看護師、医療事務、医療ソーシャルワーカー、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士



↑②中高生×医療×お仕事体験Labのポスターと開催時の様子

今後に向けた課題

住み慣れた地域で自分らしい暮らしを
最期まで続けられるために…

○医療、介護・福祉の連携

< 入院医療 ⇄ 在宅医療・介護 >

- ・ 介護保険施設の機能をふまえた医療と介護の連携体制
役割（機能）分担、高齢者救急への対応

○都市部と周辺部の違いをふまえた対応

- ・ 構想区域は都市部と周辺部で特徴が異なる

都市部(倉敷市中心部)	周辺部(井笠地域など)
<ul style="list-style-type: none">・ 医療資源が潤沢 (医療機関数、医療従事者数、医療従事者養成機関など)・ 圏域外からの患者受け入れ (3次救急医療機関2か所)	<ul style="list-style-type: none">・ 医療機関が少なく、住民が受診するのが不便な地域あり・ 人口減少による医療機関の経営悪化が顕著・ 医師の高齢化や後継者不足等による医療機関存続の危機

○医師をはじめとする医療、介護・福祉職の高齢化、人材不足への対応

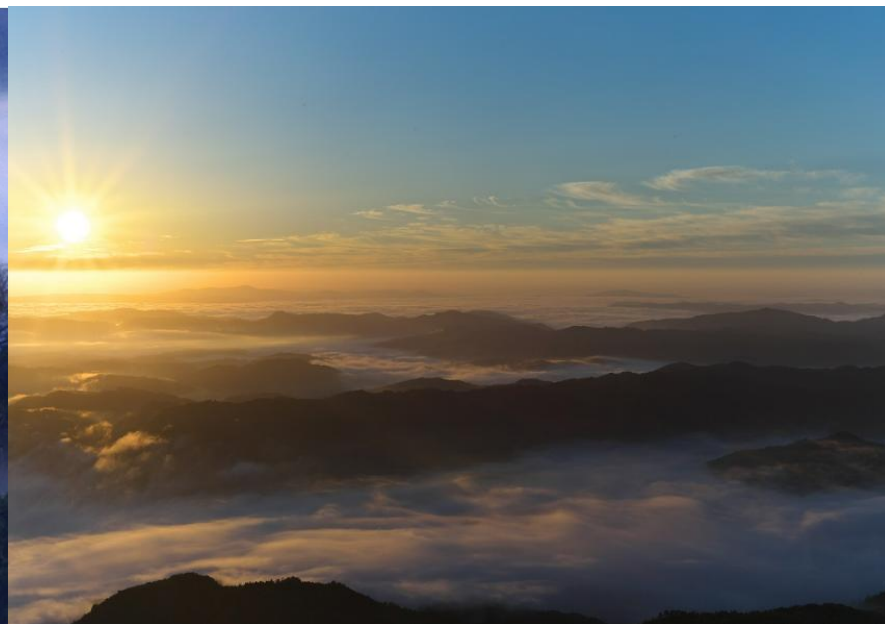
高梁・新見地域医療構想調整会議

高梁市（備中松山城の雲海）



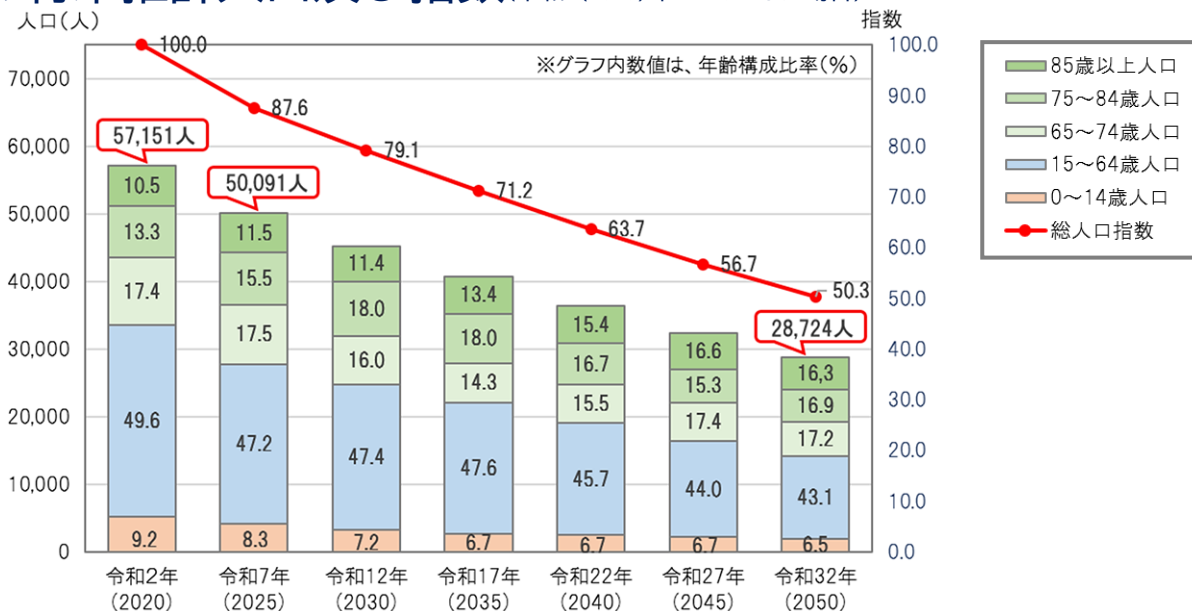
出典：高梁市ホームページ

新見市（大佐山からの雲海）



出典：新見市ホームページ

管内の将来推計人口及び指数(令和2(2020)年を100とした場合)



資料：総務省統計局「国勢調査」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別推計人口」(令和5(2023)年3月推計)

(注) 令和2(2020)年の人口は、国勢調査の年齢、国籍、配偶者関係の不詳を補完した参考表の数値を用いているため、国勢調査の年齢構成比率とは一致しない。

【参考】

年	管内	15歳未満	15~64歳	65~74歳	75~84歳	85歳以上	(再掲)	総人口
		割合	割合	割合	割合	割合	65歳以上	
令和2年 (2020)	管内	9.2	49.6	17.4	13.3	10.5	41.2	
	全国	11.9	59.5	13.8	9.9	4.9	28.6	
	岡山県	12.4	57.3	14.2	10.4	5.7	30.3	
令和32年 (2050)	管内	6.5	43.1	17.2	16.9	16.3	50.4	50.3
	全国	9.9	52.9	13.9	14.1	9.2	37.2	83.0
	岡山県	10.4	51.8	14.0	14.2	9.6	37.8	80.0

高梁・新見地域医療構想調整会議の取組について（H28年度～R4年度）

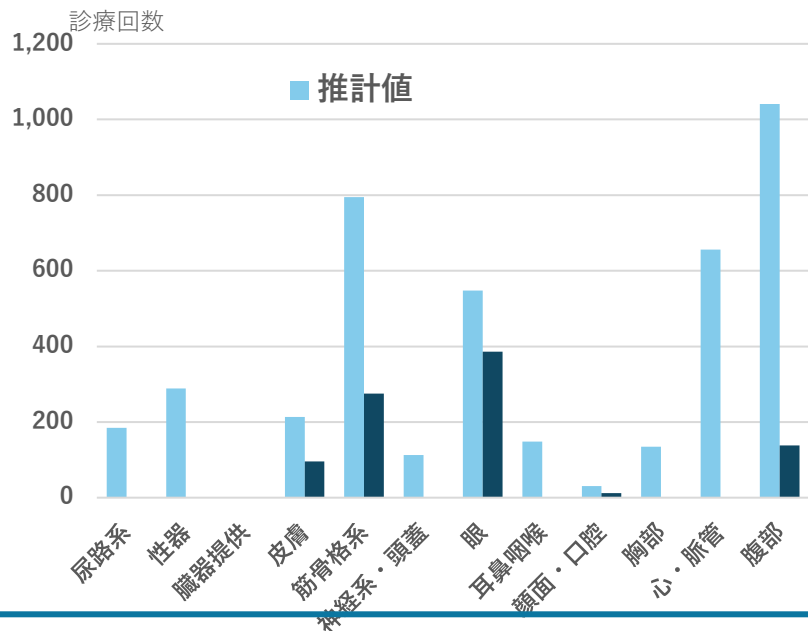
開催時期	開催回数	主な議題
H28年3月		高梁・新見地域医療構想調整会議設置要綱施行 委員：24名
H28年度	2回	<ul style="list-style-type: none"> ・保健医療計画と地域医療構想 ・高梁市及び新見市における地域包括ケアシステム
H29年度	2回	<ul style="list-style-type: none"> ・第8次地域保健医療計画（地域医療構想を含む） ・新公立病院改革プラン
H30年度	3回	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想と介護保険との整合性 ・地域医療介護総合確保基金 ・管内医療機関の状況について【非公開】 ・新公立病院改革プラン
H31年度	2回	<ul style="list-style-type: none"> ・岡山県地域医療構想調整会議（報告） ・公立・公的医療機関に関する国の政策動向 ・岡山県外来医療に係る高梁・新見圏域の医療提供体制計画 ・高梁市国民健康保険成羽病院改革プランについて
R2～R3年度	中止	
R4年度	1回	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想の協議を支援するために、各種データを可視化

<構成員> 医師会・病院協会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・介護支援専門員協会・住民組織・医療保険者・消防機関・行政機関の代表者

高梁・新見地域医療構想調整会議の取組について（R5年度）

開催回数：2回 書面開催：1回

1. NDBオープンデータ等を分析・可視化・情報共有 令和元（2019）年度NDB入院手術 圏域の医療需要（推計値）と医療供給（実績値）

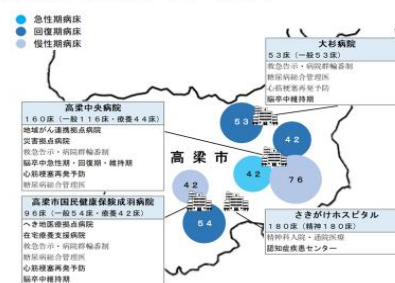


2. 高梁エリア・新見エリア別にサブワーキングを実施

圏域内の病院機能と分布 ②新見市 (令和5（2023）年6月1日現在)



圏域内の病院機能と分布 ①高梁市 (令和5（2023）年6月1日現在)



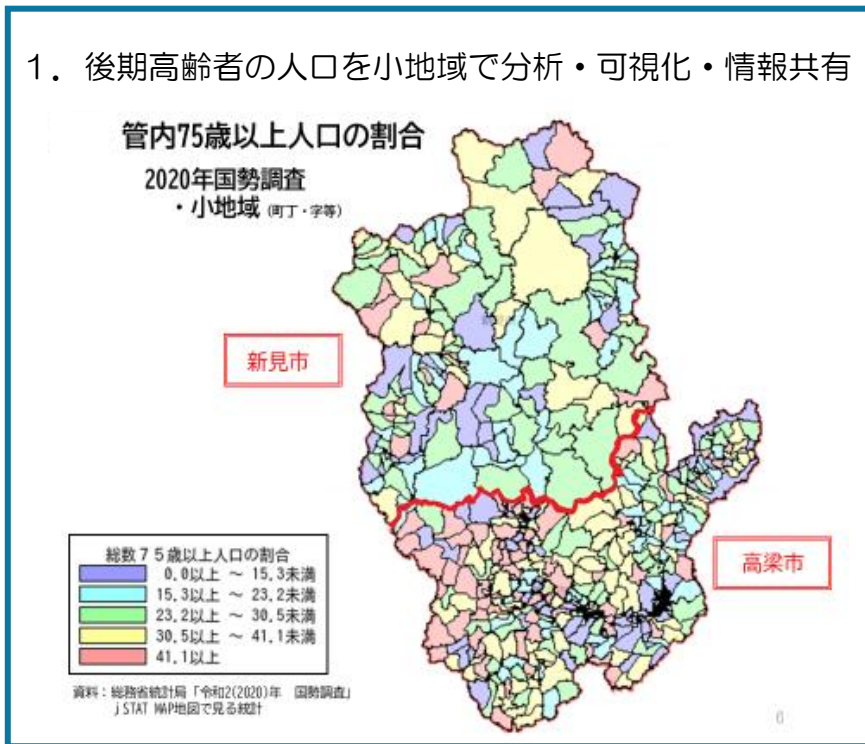
資料：福北保健庁

20

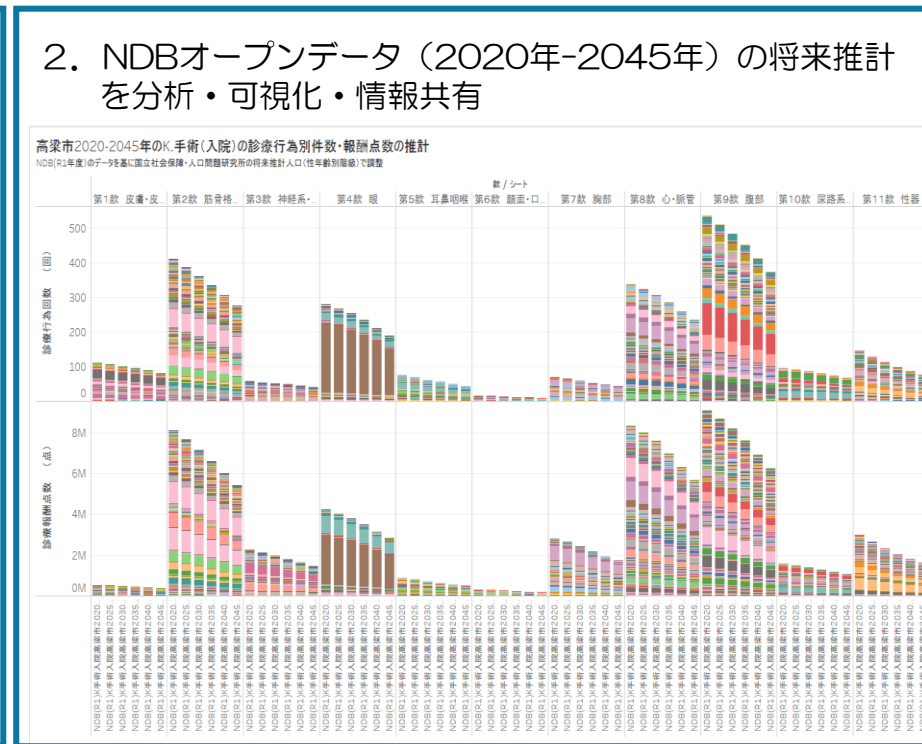
高梁・新見地域医療構想調整会議の取組について（R6年度）

開催回数：2回

1. 後期高齢者の人口を小地域で分析・可視化・情報共有



2. NDBオープンデータ（2020年-2045年）の将来推計 を分析・可視化・情報共有



※高梁・新見地域医療構想調整会議設置要綱一部改正
委員：29名（新たに病院・有床診療所代表者が就任：5名）オブザーバー（県医師会理事）：1名

高梁・新見地域医療構想調整会議の取組について（R7年度）

開催回数：2回（予定）

1. 「新たな地域医療構想に向けた動向」について、情報共有
2. 各医療機関における取組及び今後の方針について提示、意見交換



高梁・新見地域医療構想調整会議の取組の成果について

○医療機能の分化・連携の取組

- 地域の実情に合った必要な病床数を有効に使って、医療を提供することについて、調整会議内で共通認識ができた。
- それぞれの病院が、機能分担していこうとする方向性を提示し、調整会議内で共通認識を図ることができた。

○病床数の変化

- 各医療機関の判断による病床数等の変更に関して、調整会議内で合意形成ができた。

高梁・新見地域医療構想調整会議の今後に向けた課題

○引き続き取り組む必要があるもの

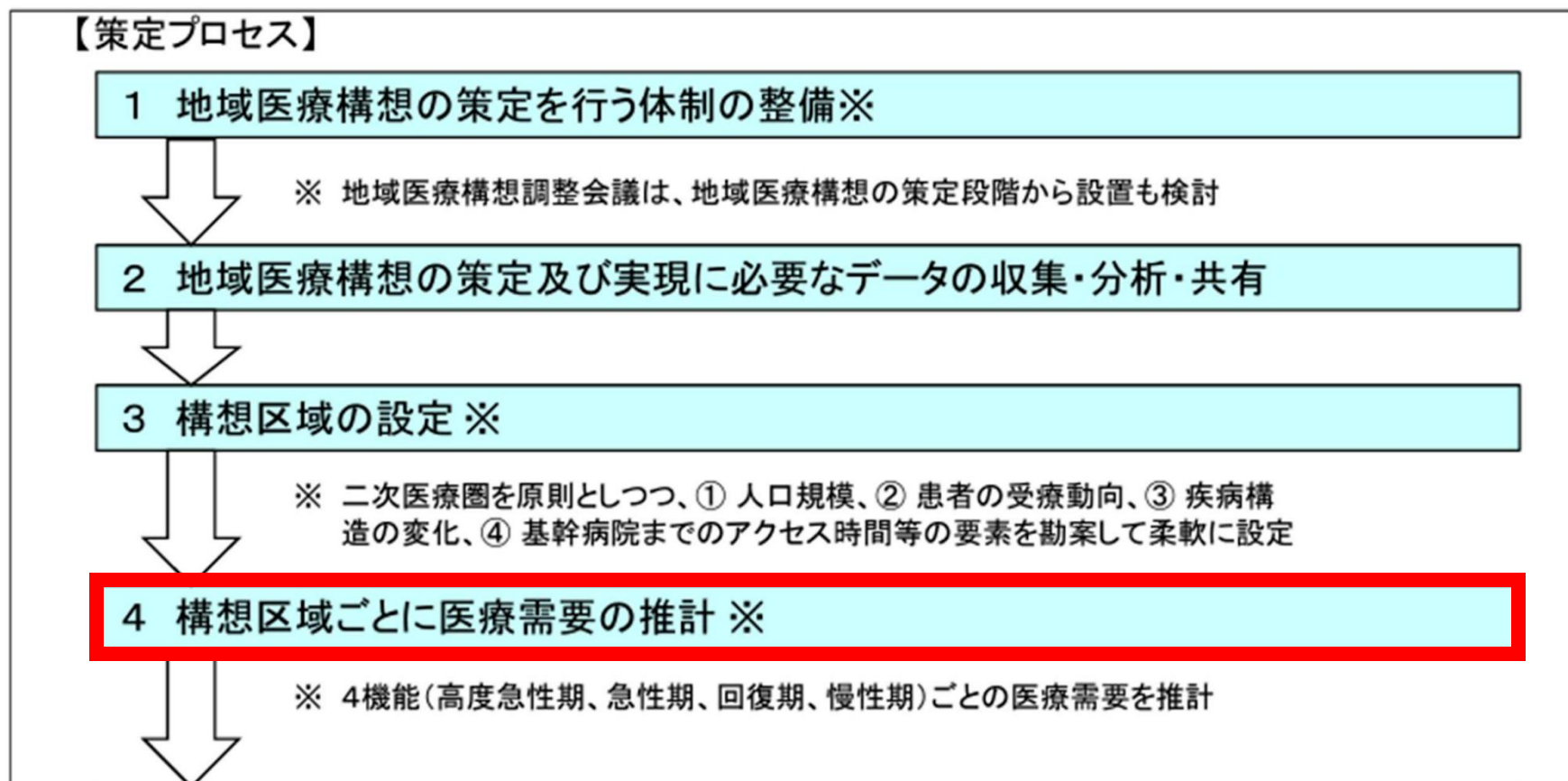
- ・ 地域医療構想調整会議及び高梁エリア・新見エリア別のサブワーキングを継続し、各医療機関の機能分化・連携を推進する。

○十分議論ができなかったもの

- ・ 医療・介護・あらゆる人材の確保、人材の定着。

真庭圏域地域医療構想調整会議の結果(2025年)

2025年に向けた地域医療構想策定ガイドライン(厚労省)



5 医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の検討※

- ※ 高度急性期 … 他の構想区域の医療機関で、医療を提供することも検討(アクセスを確認)
 - 急性期 … 一部を除き構想区域内で完結
 - 回復期 } … 基本的に構想区域内で完結
 - 慢性期 }
- ※ 現在の医療提供体制を基に、将来のあるべき医療提供体制について、構想区域間(都道府県間を含む)で調整を行い、医療供給を確定
- 主な疾病ごとに検討

6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計

7 構想区域の確認

必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較

8 平成37(2025)年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討

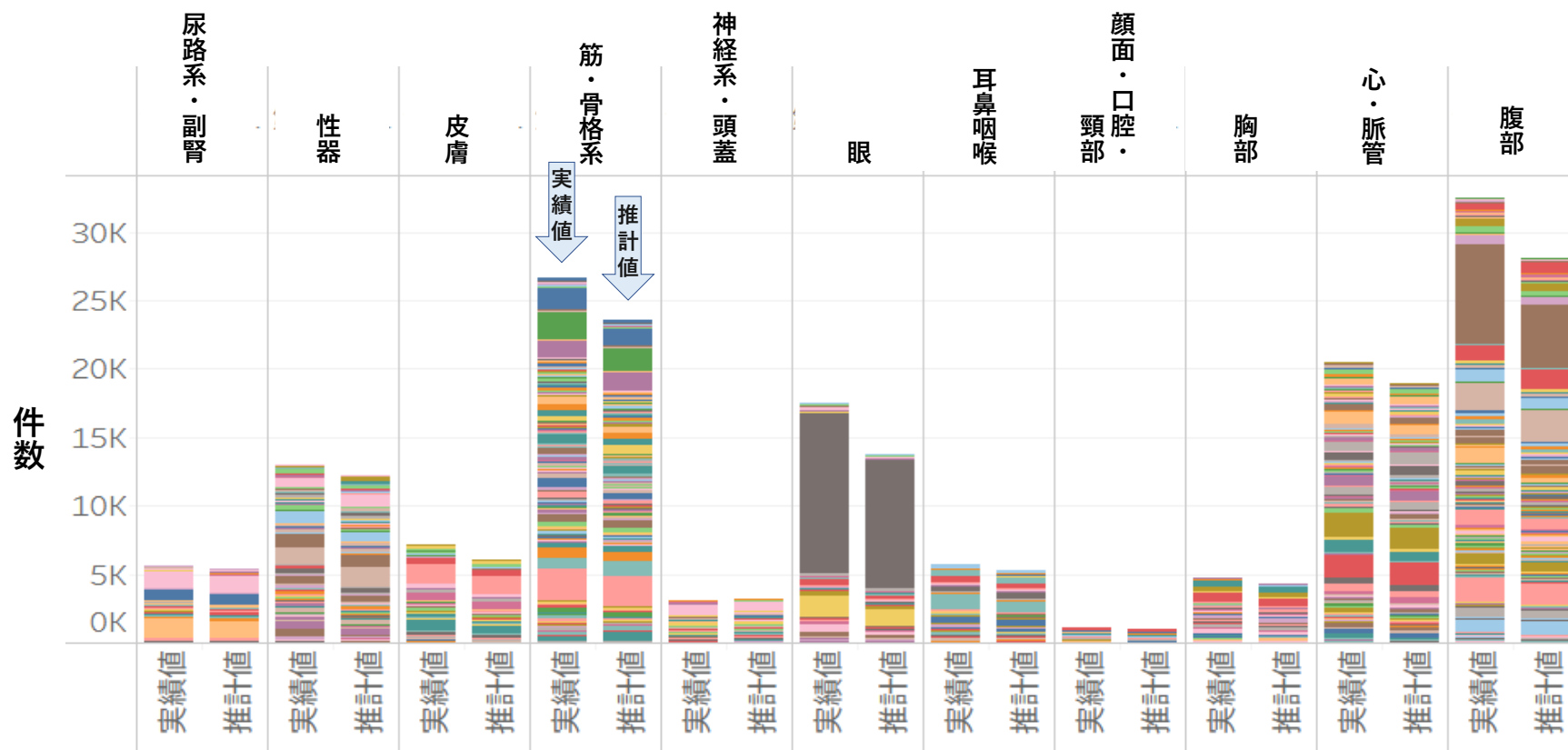
2025年に向けた地域医療構想のスコープに従って協議

真庭圏域の医療需要の推計値と医療提供の実績値を比較し、現状を分析

真庭圏域の将来推計人口より、将来の医療需要を推計

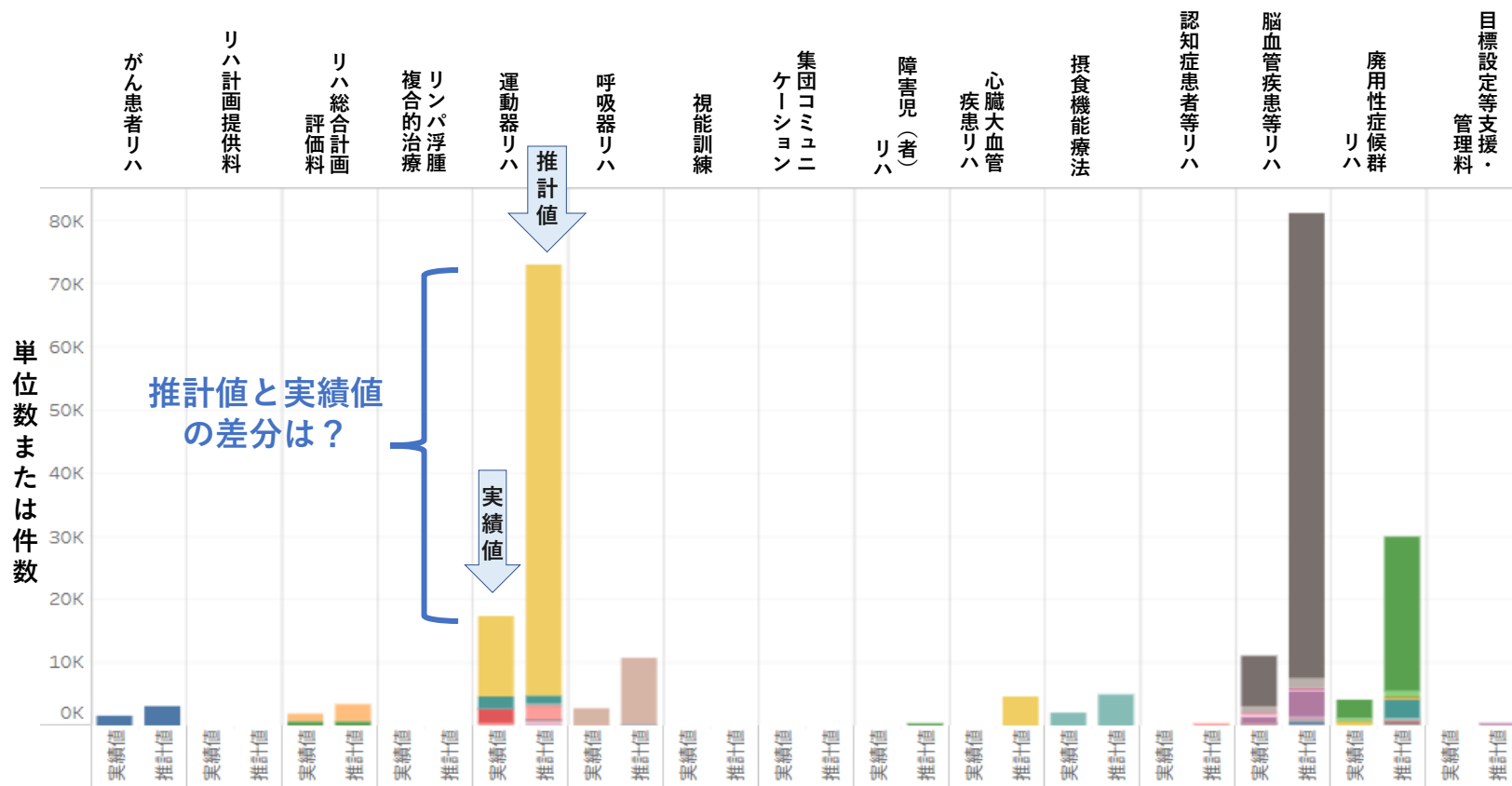
高度急性期病床	・・・	該当なし
急性期病床	・・・	入院手術症例を用いて分析
回復期病床	・・・	入院リハビリ症例を用いて分析
慢性期病床	・・・	病床利用率を参考とした

【急性期】 NDB(R5)K手術（入院） 岡山県の推計値と実績値



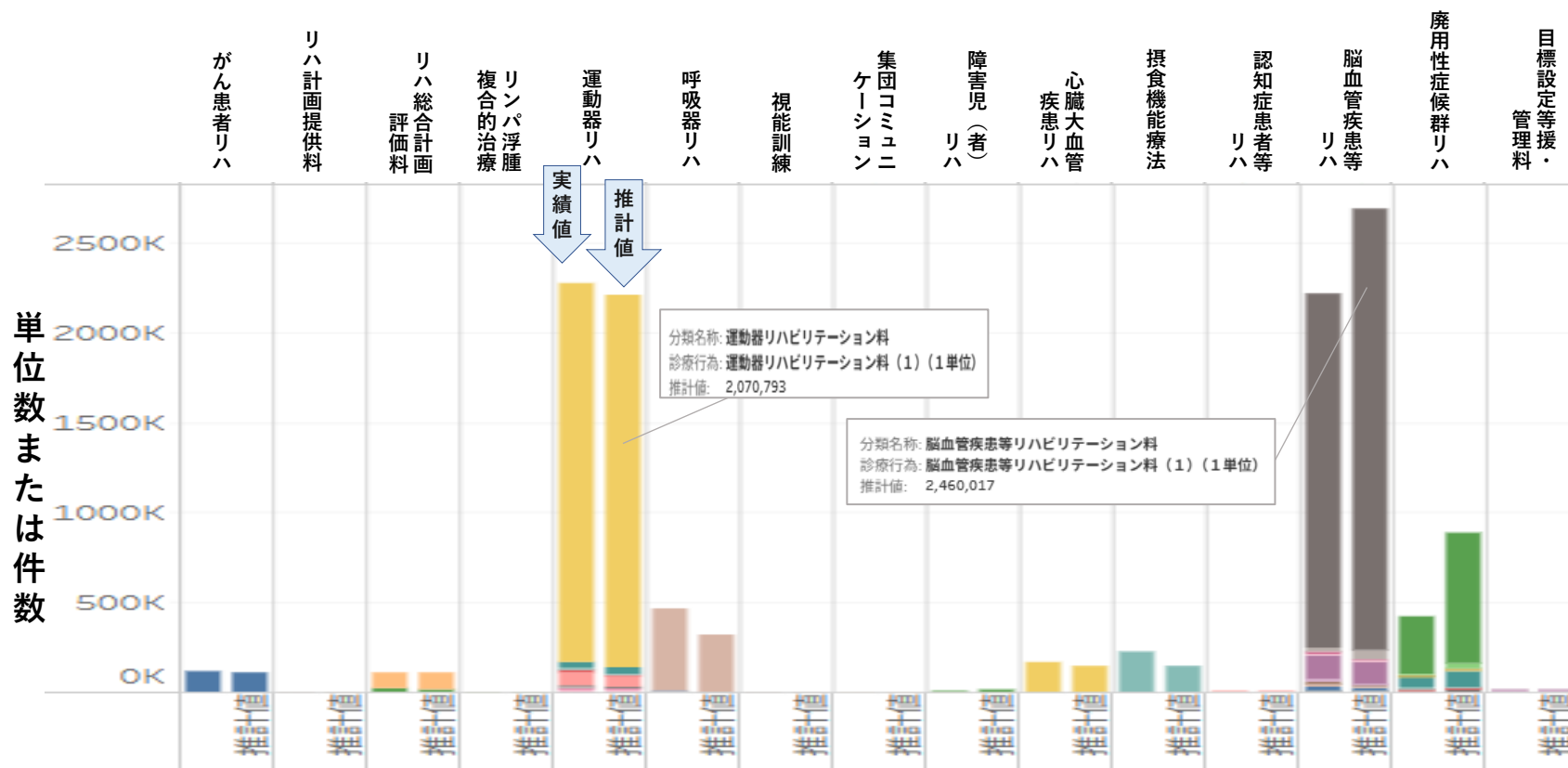
<https://public.tableau.com/app/profile/.16903558/viz/NDBR5K/1>

【回復期】 NDB(R5)Hリハビリ（入院） 真庭の推計値と実績値



https://public.tableau.com/app/profile/.16903558/viz/NDBR5H_17495347195720/9

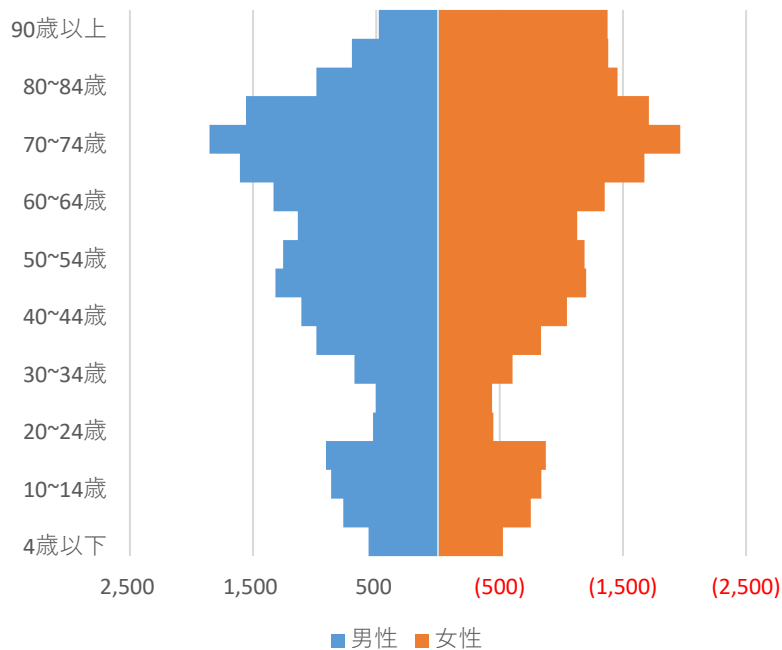
【回復期】 NDB(R5)Hリハビリ(入院)岡山県全体の推計値と実績値



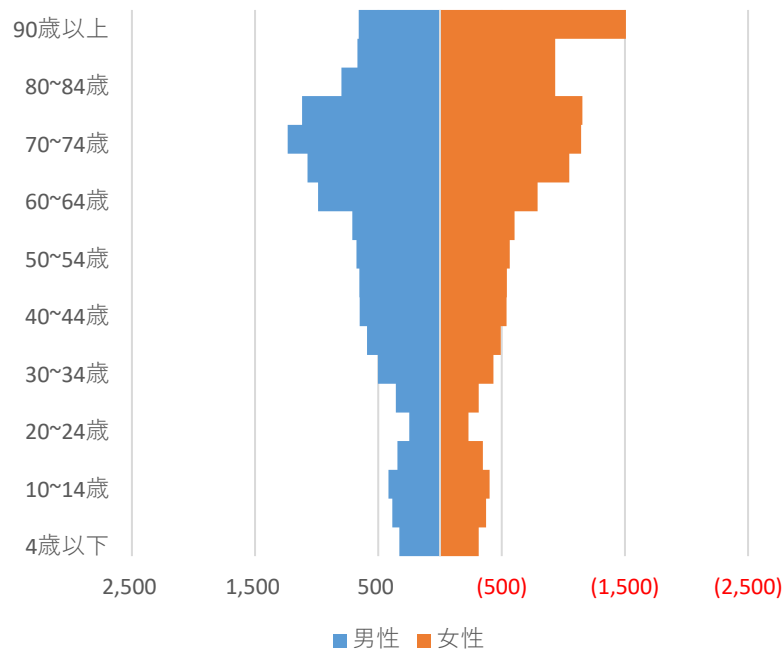
<https://public.tableau.com/app/profile/.16903558/viz/NDBR5H/1>

人口ピラミッドの推移（真庭保健所管内）

2024年



2050年



資料：岡山県毎月流動人口調査（年報・10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」

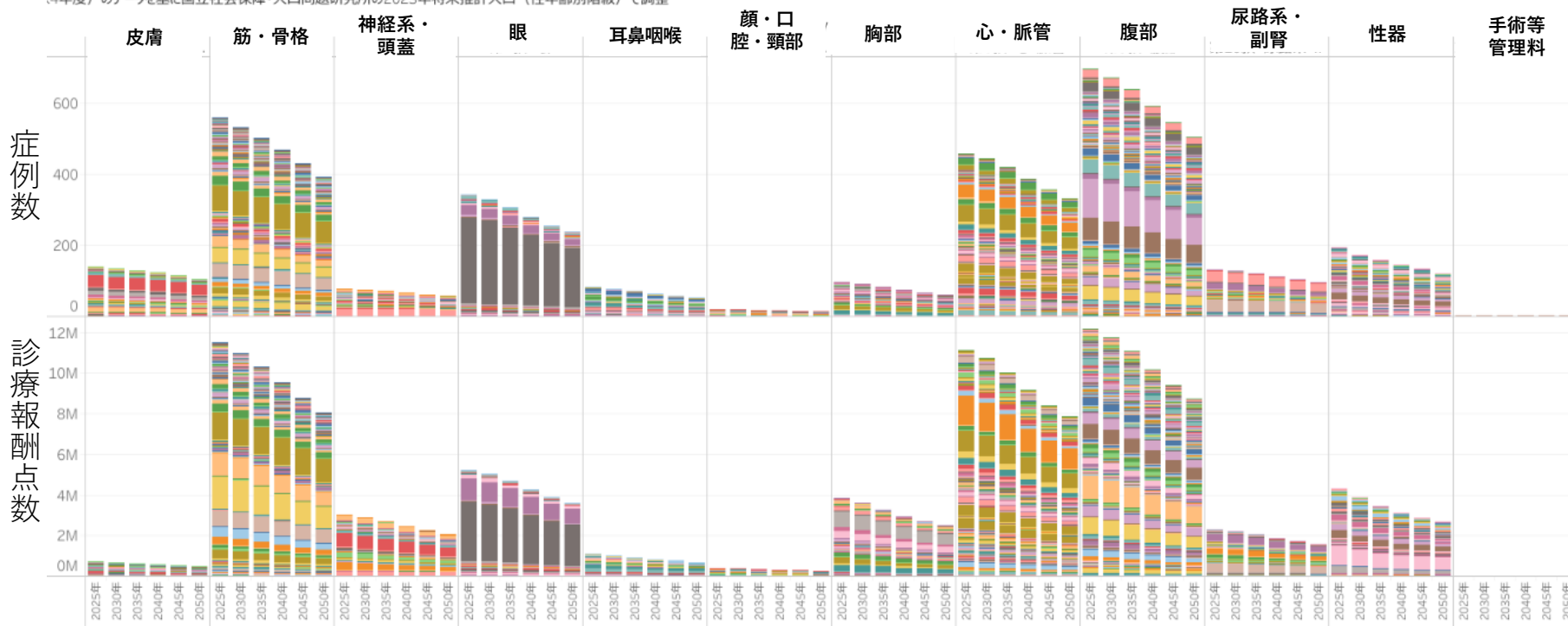
【急性期】

真庭市2025～2050年のK手術（入院）の診療行為回数の推計

計

市2025-2050年のK手術（入院）の診療行為回数の推計

※4年度）のデータを基に国立社会保障・人口問題研究所の2023年将来推計人口（性別年齢階級）で調整



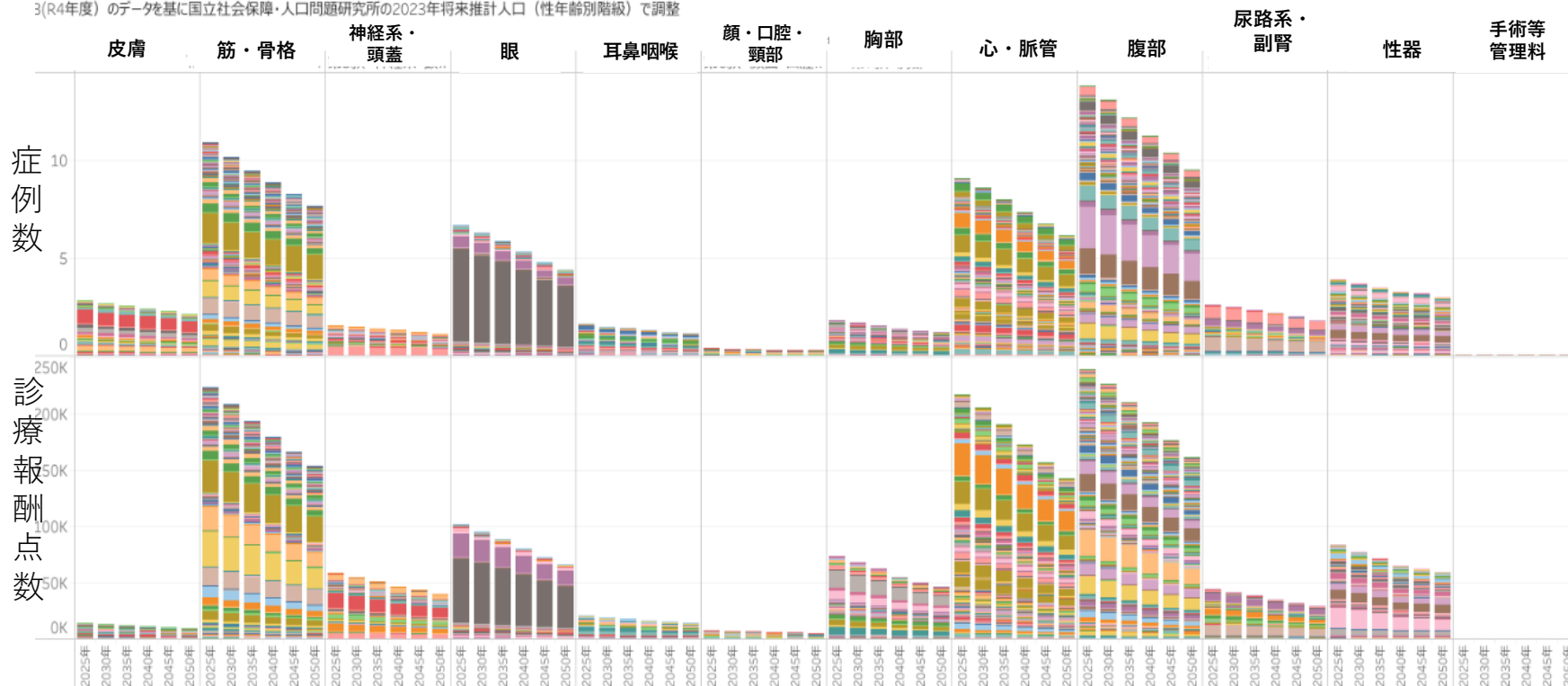
https://public.tableau.com/app/profile/16903558/viz/2025-2050K_17387340430310/1

【急性期】

新庄村2025～2050年のK手術（入院）診療行為回数の推計

主村2025-2050年のK手術（入院）の診療行為回数の推計

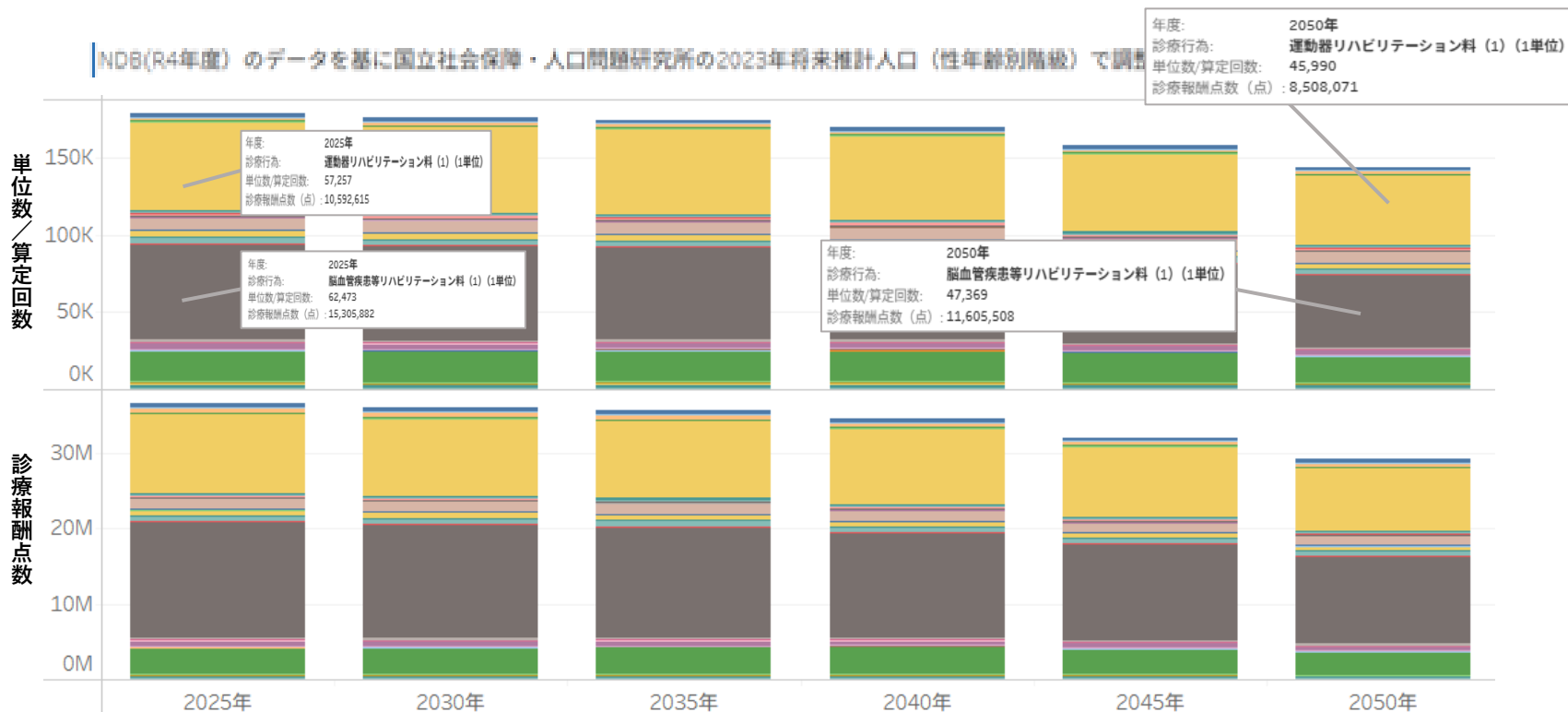
3(R4年度)のデータを基に国立社会保障・人口問題研究所の2023年将来推計人口（性年齢別階級）で調整



https://public.tableau.com/app/profile/.16903558/viz/2025-2050K_17387389923090/1

【回復期】 真庭市2025-2050年のHリハビリテーション (入院) の診療行為単位数/回数 の推計

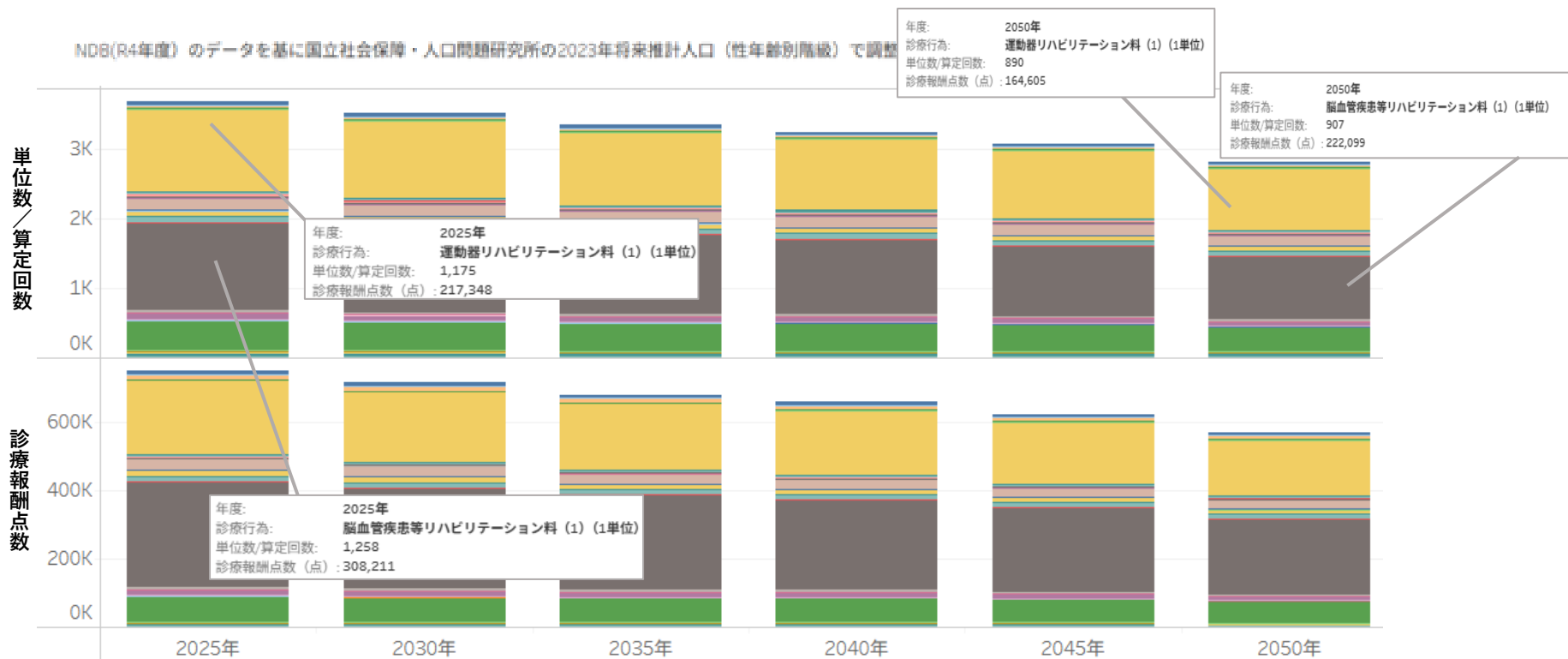
ND8(R4年度) のデータを基に国立社会保障・人口問題研究所の2023年将来推計人口(性年齢別階級)で調整



https://public.tableau.com/app/profile/.16903558/viz/2025-2050H_17395186508400/1

【回復期】 新庄村2025-2050年のHリハビリテーション (入院) の診療行為単位数/回数の推計

NDB(R4年度)のデータを基に国立社会保障・人口問題研究所の2023年将来推計人口(性年齢別階級)で調整



https://public.tableau.com/app/profile/.16903558/viz/2025-2050H__17398384641300/1

真庭圏域地域医療構想調整会議の結果(2025年)

- 各病院、有床診療所から今後の入院医療提供体制（病床機能別）について発言いただいたが、今より医療提供を増やしていく方向性の医療機関はなかった。
- 人口減少とともに診療内容についても縮小傾向にならざるを得ない。
- 真庭圏域の各医療機関において、それぞれの持てる医療内容を最大限に発揮し、連携していくことが大切という認識を共有した。
- 真庭の現状、将来ともに、真庭圏域内で医療を提供できていない疾患については疾患に応じて、岡山市内、倉敷市内、津山市内の病院で受け入れてもらえるようあらかじめ調整が必要である。

真庭圏域の病床配置とあるべき医療体制についての結論

区 分	病 床 数 (7月1日現在 [病床機能報告])		H26年からの 増減	【参考】必要病床数 [地域医療構想策定支援ツールから]	
	H26(2014)年	R6(2024)年		H25(2013)年	R7(2025)年
高度急性期	0	0	0	26	25
急性期	382	128	▲254	163	157
回復期	55	260	205	180	175
慢性期	222	96	▲126	155	106
休棟等	19	0	▲19	-	-
計	678	484	▲194	524	463

2025年のあるべき医療体制

- ・ 医療機関の安定的な経営（医療の継続的な提供ができる）を守る
- ・ 現状で提供できている診療行為の内容・件数以上には提供できない
- ・ 今後、現状で提供できている診療行為の内容・件数を縮小する方向性
- ・ 真庭圏域内で提供できない医療行為はその件数を明示し、他の医療圏にゆだねる

津山・英田圏域 地域医療構想調整会議

津山・英田圏域地域医療構想調整会議について

- ・委員数は51名（令和7年11月1日現在）
- ・多職種・多機関で構成され、構想区域内の全病院が委員として参画する体制のもと、圏域の医療提供体制の確保を目的に、平成28年度より継続的に協議及び調整を行ってきた。

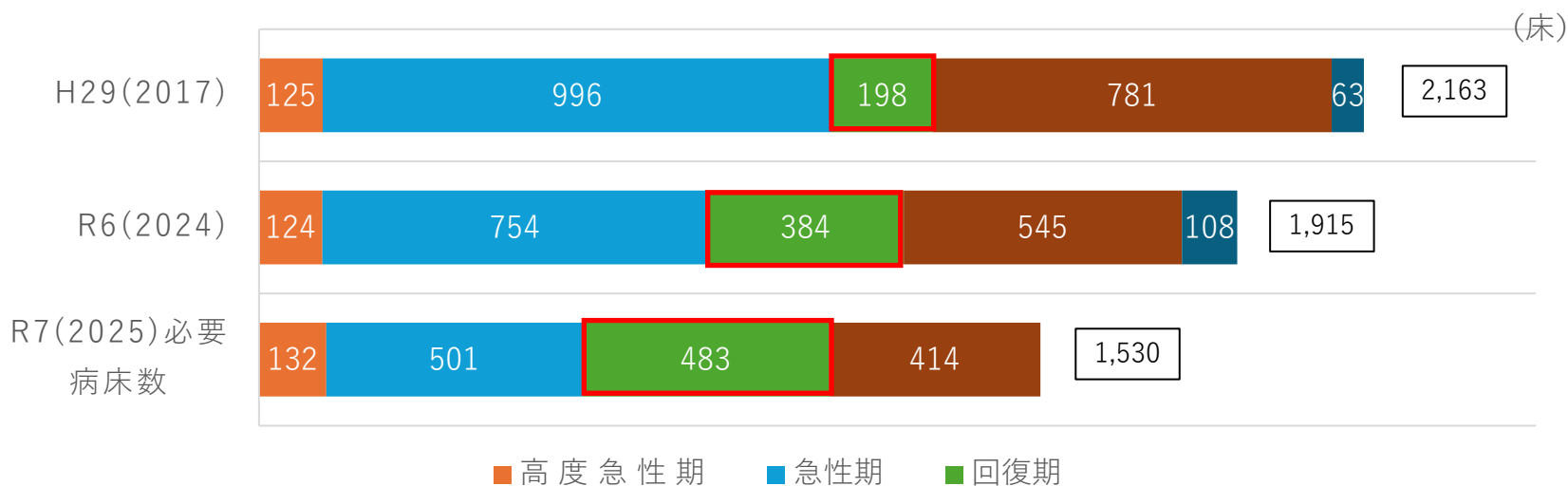
近年の開催状況

年度	年 月 日	協 議 事 項
令和6年度	第1回	・紹介受診重点医療機関について ・救急医療体制の現状と課題について
	第2回	・救急医療体制に係る新たな試行的取組について
	第3回	・救急医療体制に係る今年度の取組と今後について
令和7年度	第1回	・津山・英田圏域の救急医療体制について ・話題提供「周産期医療の現状」医療と介護の連携
	第2回	・話題提供 在宅医療・介護連携の取組2地区 ・津山・英田圏域の救急医療体制について
	第3回（予定）	・地域医療構想等、県・国の動向について ・津山・英田圏域の救急医療体制について

医療の役割分担と連携の促進

- ・病床の機能分化については、急性期の拠点である津山中央病院を軸とした役割分担により、圏域内で一定の整理が進んできた。
- ・一方で、コロナ禍や救急医療において、医療提供体制のひっ迫が顕在化してきた。

R7必要病床数と病床数の変化



津山・英田区域の直近の調整会議における意見から抽出される課題

	R5度～R7度意見	抽出される課題
調整会議	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想をどうするかについては、病床数の数合わせをしても仕方がないので、そこをもう少し実質化する必要がある。地域医療構想というよりも、<u>医療・介護・福祉全てを含む医療介護構想のような実質的な議論ができれば良いと思う。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ◆調整会議の協議事項
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期で津山中央病院しか受けられない場合や診断をつけるものは津山中央病院で救急を受け、<u>津山中央病院でなくても同レベルの治療ができるものは適切な医療機関へ下り搬送する</u>という、地域全体での患者の流れを適正にすれば、搬送困難症例は減るだろうと考えている。 ・人口減少地域の救急について、診療にあたる医師の減少から難しくなるだろう。やはり<u>集約化が必要か</u>と個人的に考える。 ・<u>介護を受けている人たちが、誤嚥性肺炎や慢性心疾患の急性増悪で救急を呼ぶ、入院する</u>ということ、急性期イベントにどう対応するのかということが、県内でも全国でも課題になっていることだろうと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆救急搬送困難症例を減少させるための下り搬送の推進 ◆人口減少地域における救急医療体制の集約化 ◆慢性疾患を有する高齢者等の急性増悪への対応
アクセス	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>医療へのアクセスが難しい患者、高齢者に対してどうしていくのか課題だと感じた。</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療へのアクセスが難しい患者への対応

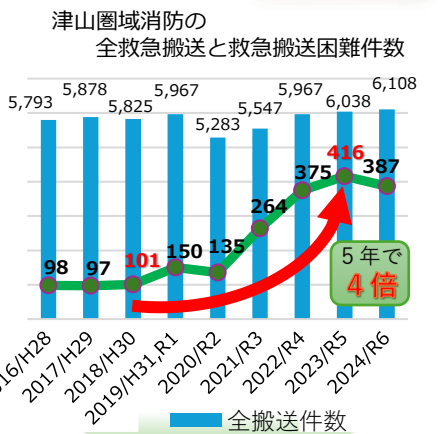
津山・英田区域の直近の調整会議における意見から抽出される課題

	R5度～R7度意見	抽出される課題
在宅医療等	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が増加しても、きちんとした治療が行われることは必要。<u>かかりつけ医をどのように担保していくのか今後重要な問題</u>になる。病院・クリニック・施設がどう役割分担していくかが重要である。 ・<u>介護現場だけでは出来ることに限りがあるため、出来ないことについては医療機関との連携は必要不可欠</u>である。 ・医療機関と介護施設に目を向け連携していくことが十分できれば、高齢者救急も減り、早い段階で入院し治療し施設へ帰れるなど、救急の負担も減るだろう。 ・今後の地域医療構想の議論は、病床をどうするかではなく、<u>医療と介護の連携を強化し、在宅での医療介護を進めるためのシステム作りが大切</u>かと思う。深刻化している在宅医療を担う診療所の医師の高齢化、医療と介護人材不足等、他の市町村も同様の課題があるかと思う。 ・県医師会でも、高齢者の救急搬送については岡大にコールセンターを置く等、疾病の状態に応じてアドバイスがもらえるようにしている。これについても、ACP、即DNARではなく、<u>状態が悪くなった際どこまで治療を希望するのか、介護施設の方でもきちんと把握</u>することで変わってくるかと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆病院、診療所、介護施設の連携 ◆医療機関と介護施設の連携 ◆在宅での医療・介護を進めるためのシステム作り ◆ACPの推進
保健医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>医療・介護、特に、医師、看護師、介護士等の人材確保を</u>考える必要があると思う。 ・津山・英田圏域で独自にどんどん進めていくことは良いと思うが、<u>医師の偏在や看護師の不足等、医療スタッフをどう確保していくのか</u>ということについては、津山・英田圏域だけでは解決できないのではないかと思う。国立大学本院の機能が果たしてどれくらいできるのか危惧している。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医師、看護師、介護士等の確保方策が必要 ◆医師の偏在 ◆看護師の不足 ◆国立大学病院本院の機能発揮

救急医療体制の確保（津山・英田圏域救急医療体制整備事業）

圏域の課題

救急搬送困難件数の急増
 三次救急医療機関(津山中央病院)へ救急患者が集中



救命率低下の懸念

R6年度

- **冬季平日準夜帯**の二次救急輪番制
協力4病院が、救急患者を輪番で受入れ
- リーフレット・啓発動画の作成



救急医療を守る取組

R6~7年度

- **住民への出前講座**
救急医療の適切な利用について医師からの出前講座を実施

R6実績	3回300人
R7実績	4回116人(11月末時点)



R7年度

- **冬季平日日勤帯**の空床確保補助
日中に協力7病院が確保した空床に救急患者を分散
- 津山中央病院からの転院補助
- **空き病床の見える化システム**の運用補助
医療機関、消防による受入れ可能病床数の情報共有



○全搬送件数	R7: 6,275件 (6,108件)
○搬送困難件数	R7: 462件 (387件)
	8月: 39件 (55件)
	12月: 40件 (40件)
	※カッコ内は前年 (R6) の実績

2040年に向けて検討すべき課題

1. 医療機関間の役割分担と連携の推進
入院、外来、在宅における各医療機関の役割をより明確化
2. 地域包括ケアシステムの深化・推進
多職種協働による在宅医療・介護連携のさらなる推進
3. 医療従事者の確保・育成
人材不足と高齢化の進行を踏まえた中長期的な育成、定着策の構築

→これらの課題について、圏域としての取組を踏まえつつ、
県と圏域が連携しながら、次期地域医療構想に反映していくことが重要

(参考)

年度	年 月 日	協 議 事 項
令和元年度	第1回	・地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応について
	第2回	・地域医療構想について ・岡山県外来医療計画について
	第3回	・「岡山県外来医療に係る医療提供体制計画」津山・英田圏域（案）について ・病床機能について
	第4回	・地域医療構想について ・岡山県外来医療に係る医療提供体制について
令和3年度	【書面開催】	・地域医療構想を実現するための病床機能再編支援事業について
令和4年度	第1回	・津山・英田圏域の状況の共有
	第2回	・病床機能報告について ・鏡野町国民健康保険病院の新築移転について
	第3回	・地域医療構想を踏まえた対応方針について
令和5年度	第1回	・保健医療計画策定に向けた協議 ・医療と介護の現状と課題
	第2回	・紹介受診重点医療機関について ・病院経営強化プランについて ・医療と介護の連携、データ分析事業について
	第3回	・鏡野町国民健康保険病院経営強化プランについて ・公的医療機関等2025プランについて ・病床機能報告・地域医療構想を踏まえた対応方針について

年度	年 月 日	協 議 事 項
令和 6 年度	第1回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介受診重点医療機関について ・ 救急医療体制の現状と課題について
	第2回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療体制に係る新たな試行的取組について
	第3回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療体制に係る今年度の取組と今後について
令和 7 年度	第1回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 津山・英田圏域の救急医療体制について ・ 話題提供「周産期医療の現状」医療と介護の連携
	第2回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 話題提供 在宅医療・介護連携の取組2地区 ・ 津山・英田圏域の救急医療体制について
	第3回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療構想等、県・国の動向について ・ 津山・英田圏域の救急医療体制について

今後の取組の方向性

現行の地域医療構想のさらなる推進に向け、各構想区域での取組の成果を共有し、横展開を図る。

各構想区域での課題を整理し、新たな地域医療構想の策定に向けた議論に生かす。

現行の地域医療構想から新たな地域医療構想への移行期間も切れ目なく取組を進め、県民が安心して質の高い医療を受けられる体制の構築を目指す。

現行の地域医療構想の振り返りと
今後に向けた課題等

各種データによる受療動向等の分析

地域医療構想について

① 背景

団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向け、医療・介護需要の増加が想定

② 策定

平成27年度に策定した第7次岡山県保健医療計画（計画期間：平成28～29年度）に併せて策定

③ 目的

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、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの

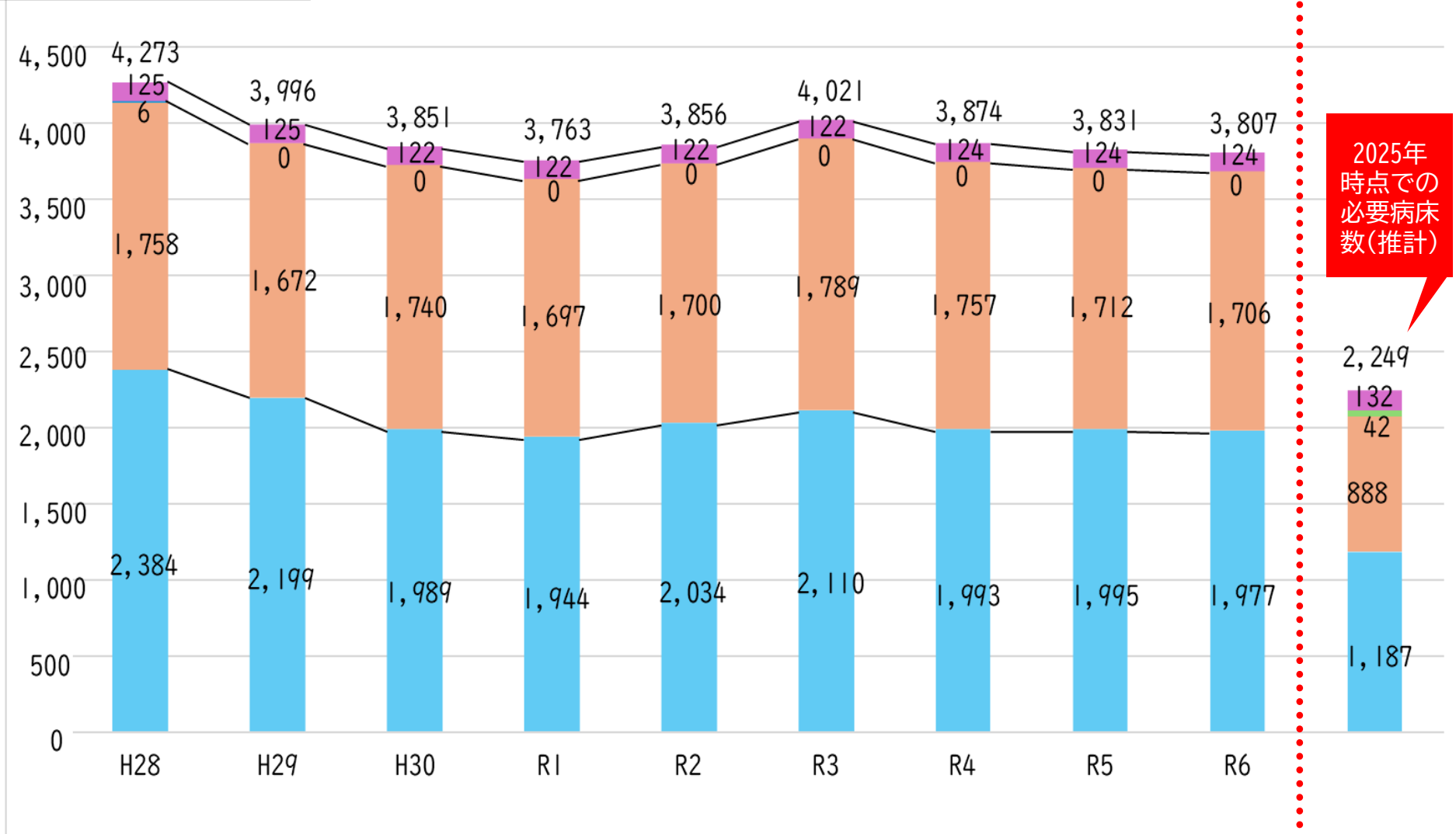
④ 内容

- 都道府県が、各構想区域における2025年の医療需要と病床数の必要量について、医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに推計
- 各医療機関が都道府県に対し、医療機能ごとの病床数等を「病床機能報告」として報告
- 各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施
- 都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援

岡山県の病床数の推移

令和7年度第1回岡山県地域医療構想調整
会議資料2（一部改）

高度急性期

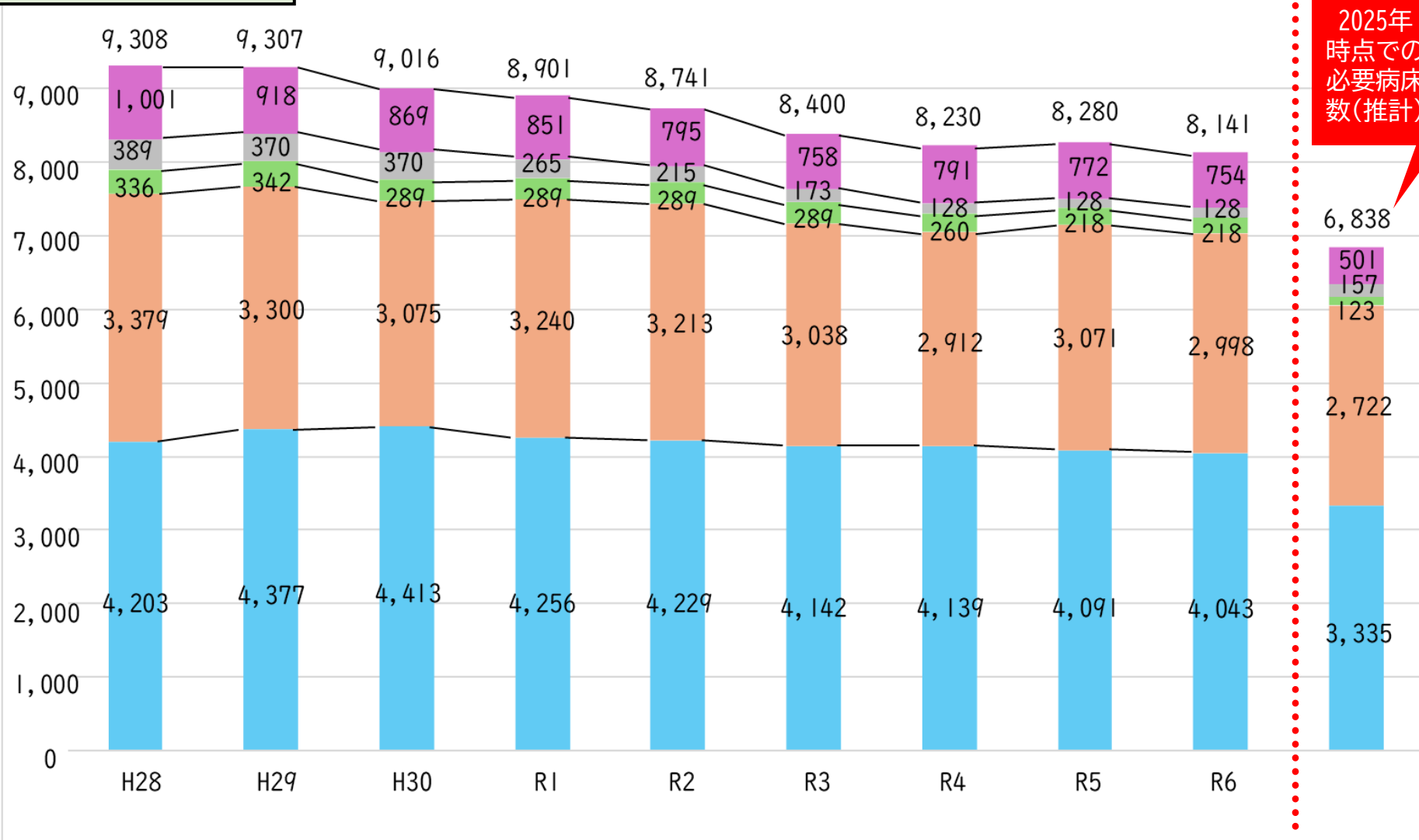


厚生労働省「病床機能報告」から作成

岡山県の病床数の推移

令和7年度第1回岡山県地域医療構想調整
会議資料2（一部改）

急性期



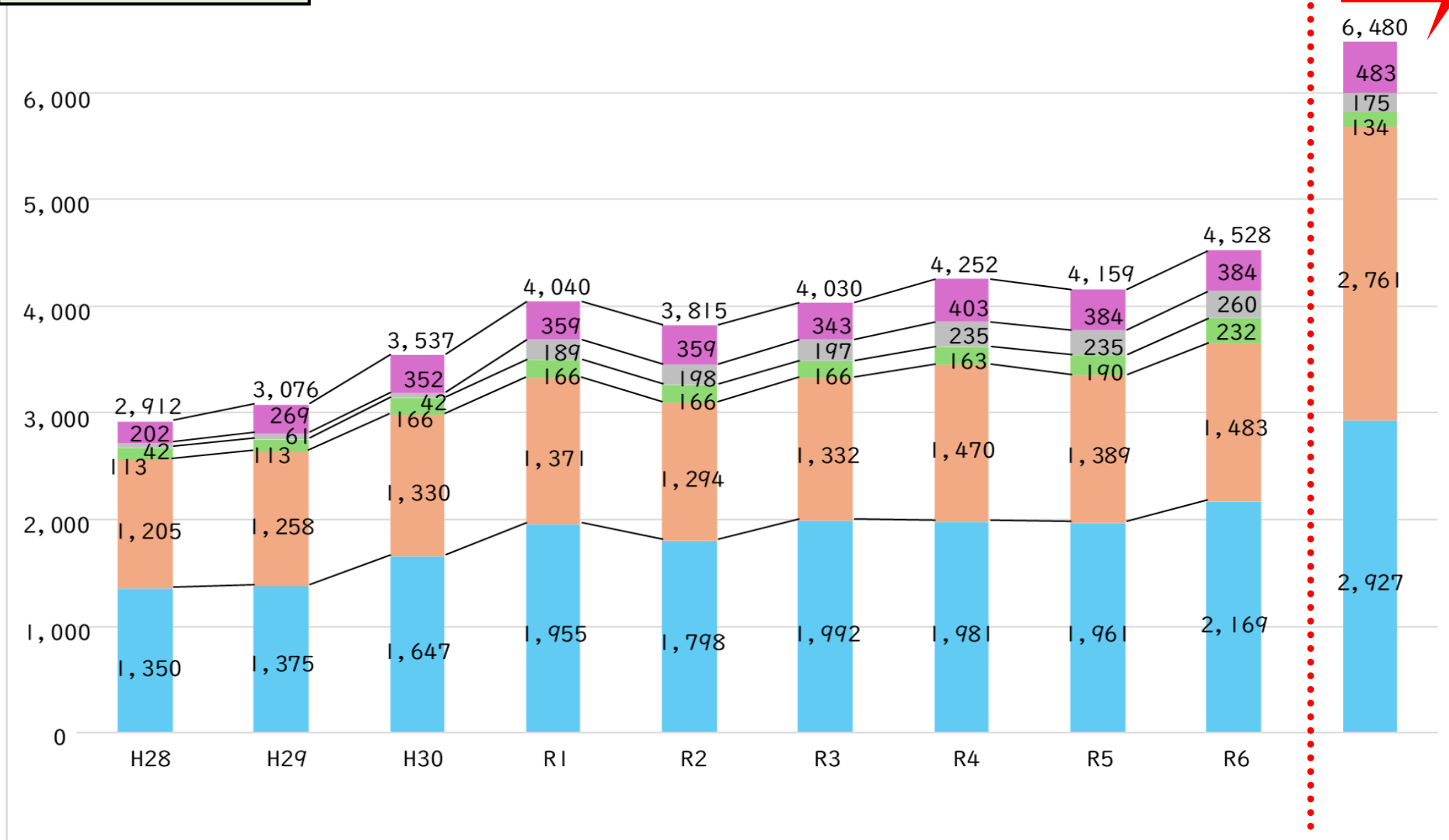
厚生労働省「病床機能報告」から作成

岡山県の病床数の推移

令和7年度第1回岡山県地域医療構想調整
会議資料2（一部改）

2025年
時点での
必要病床
数(推計)

回復期



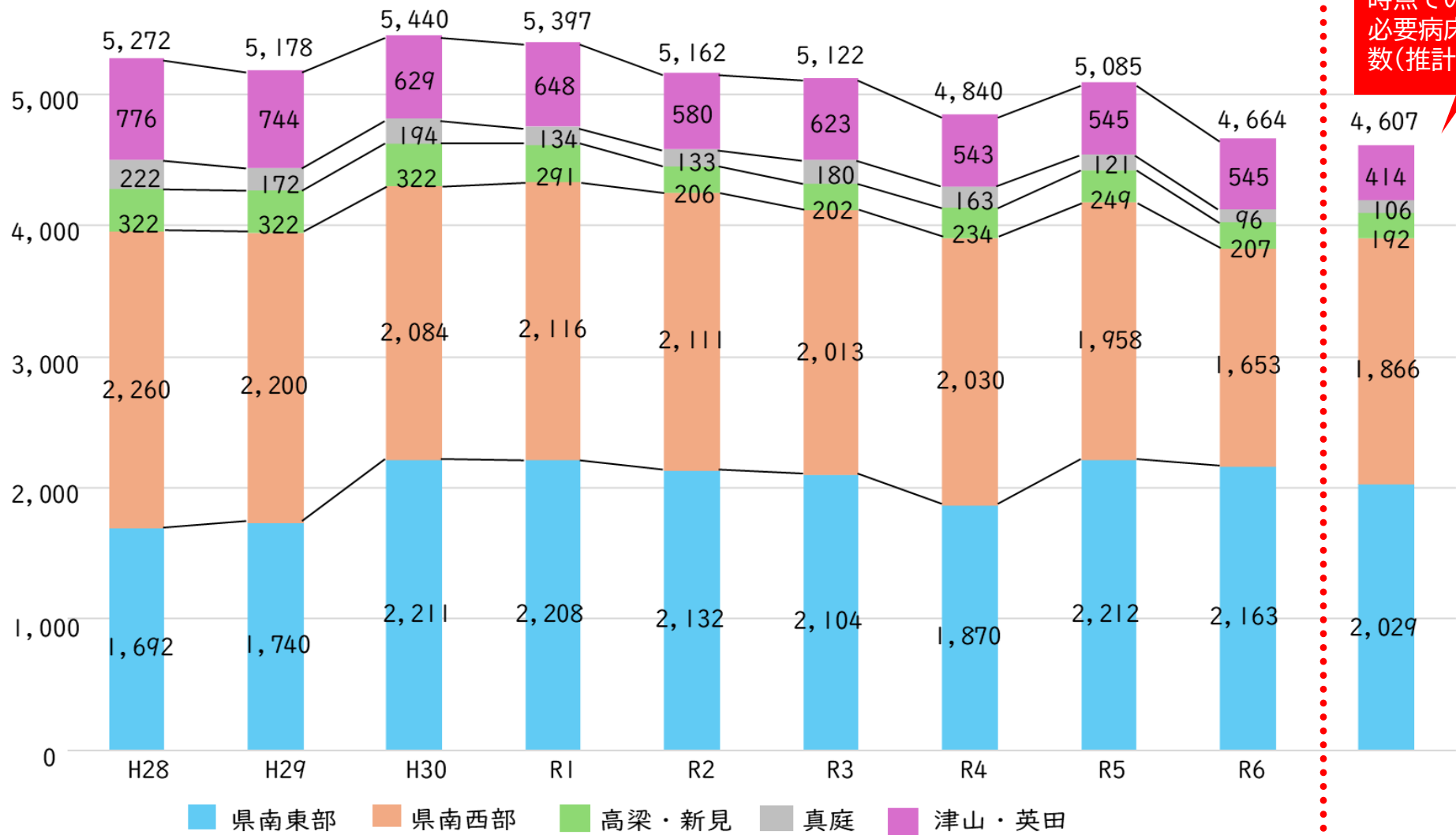
厚生労働省「病床機能報告」から作成

岡山県の病床数の推移

令和7年度第1回岡山県地域医療構想調整
会議資料2（一部改）

2025年
時点での
必要病床
数(推計)

慢性期



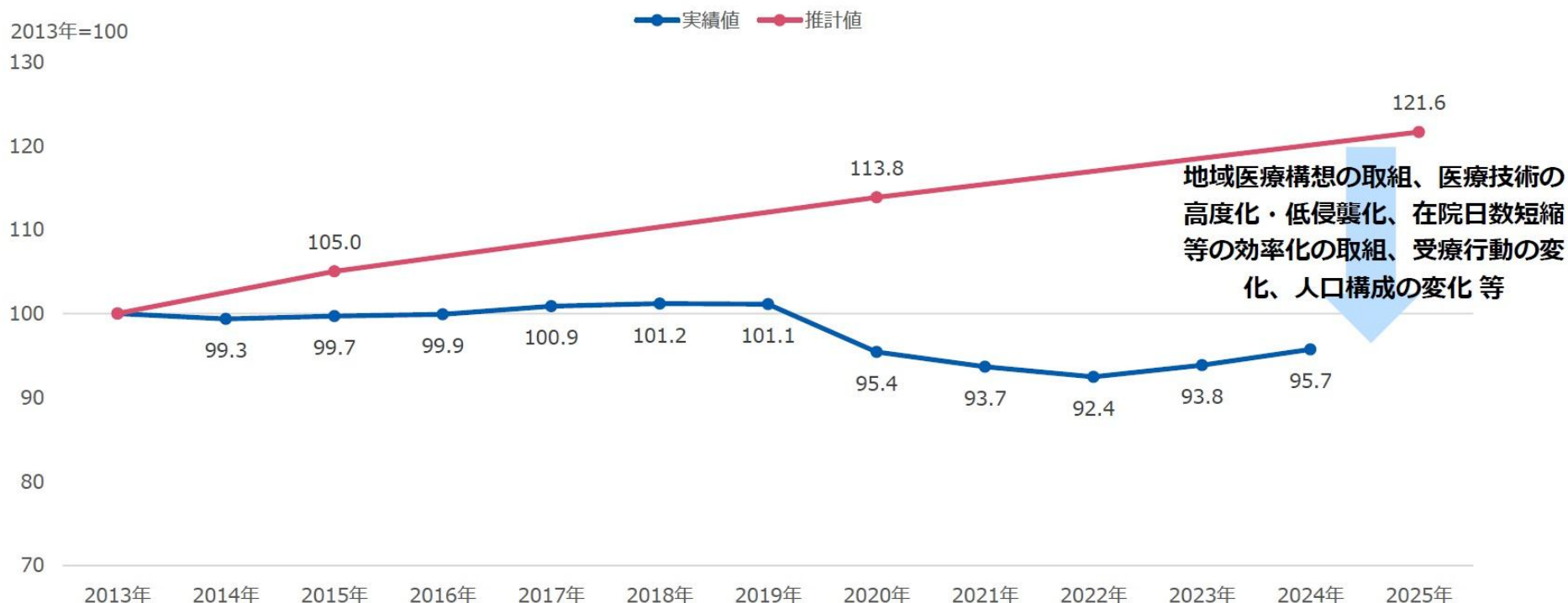
厚生労働省「病床機能報告」から作成

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）

国全体

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



地域医療構想の取組、医療技術の高度化・低侵襲化、在院日数短縮等の効率化の取組、受療行動の変化、人口構成の変化等

資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

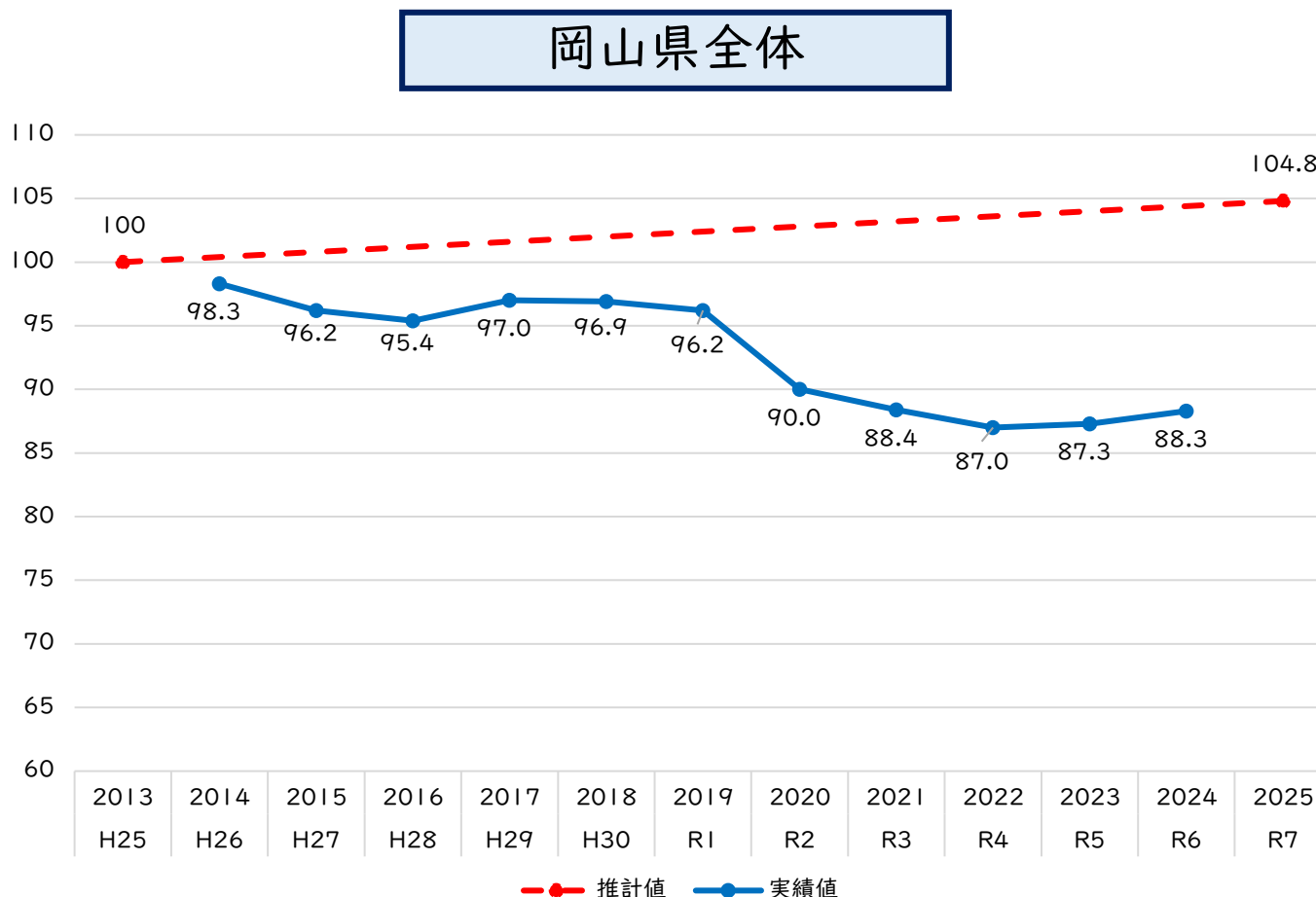
（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



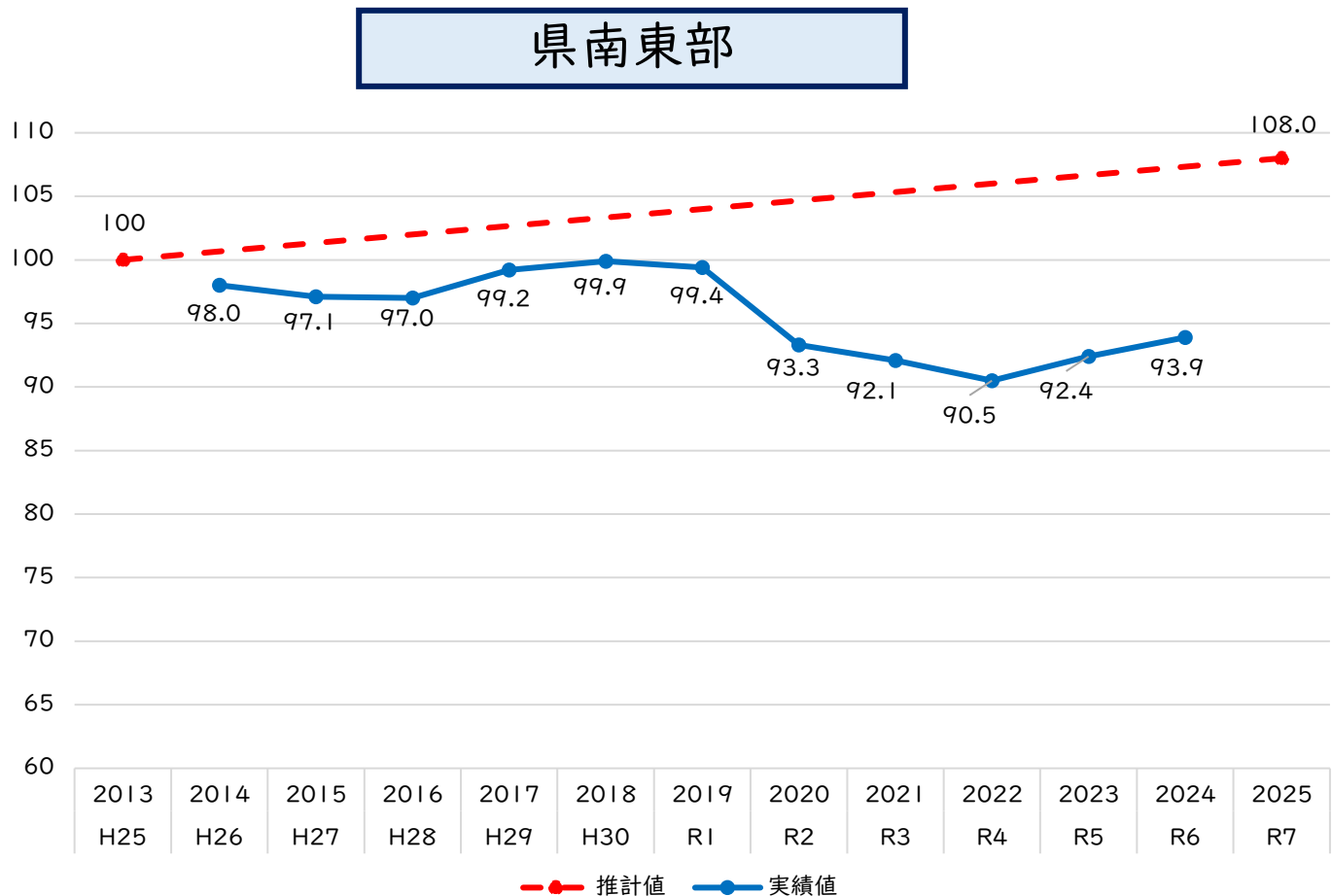
【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



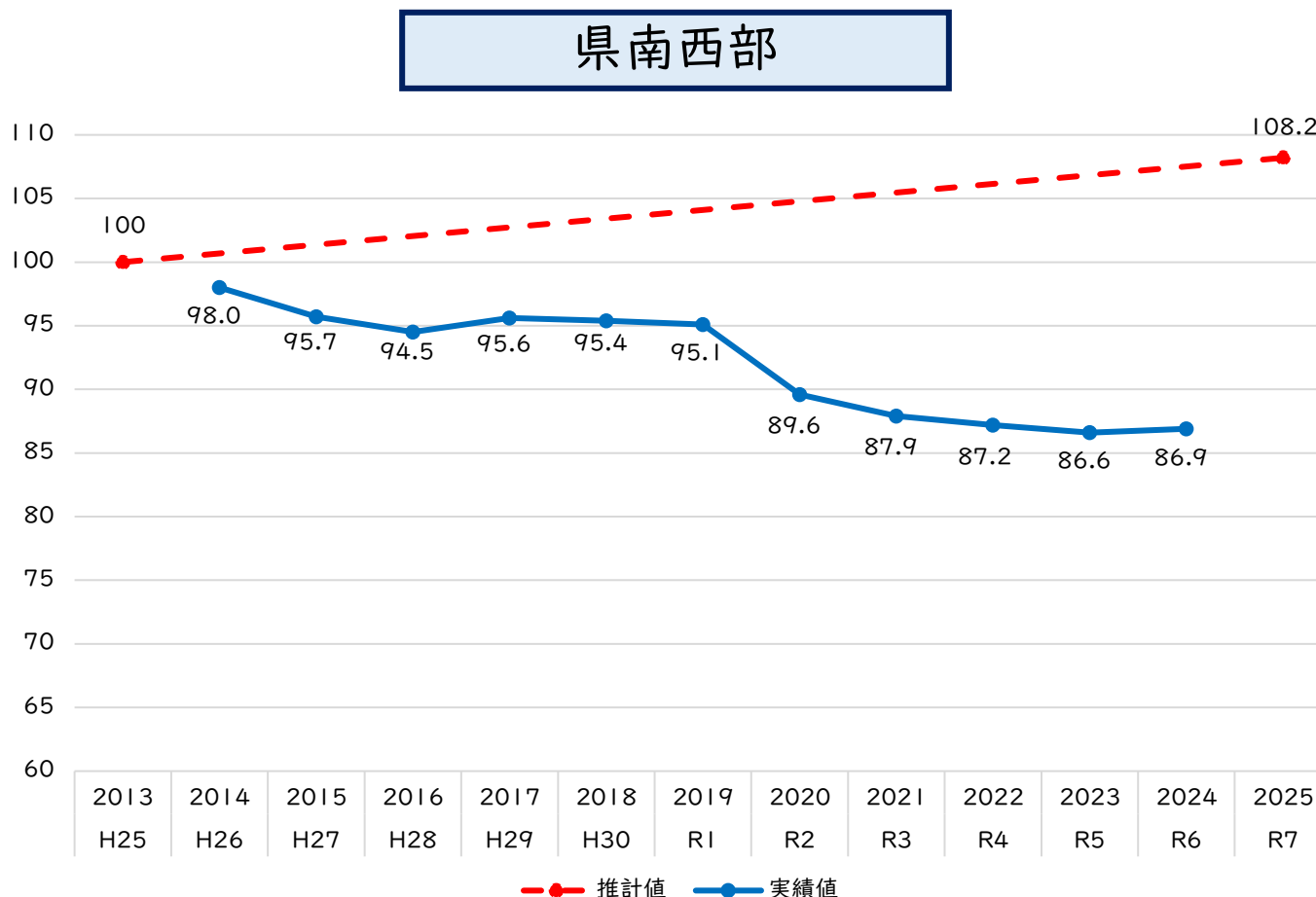
【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



【出典】

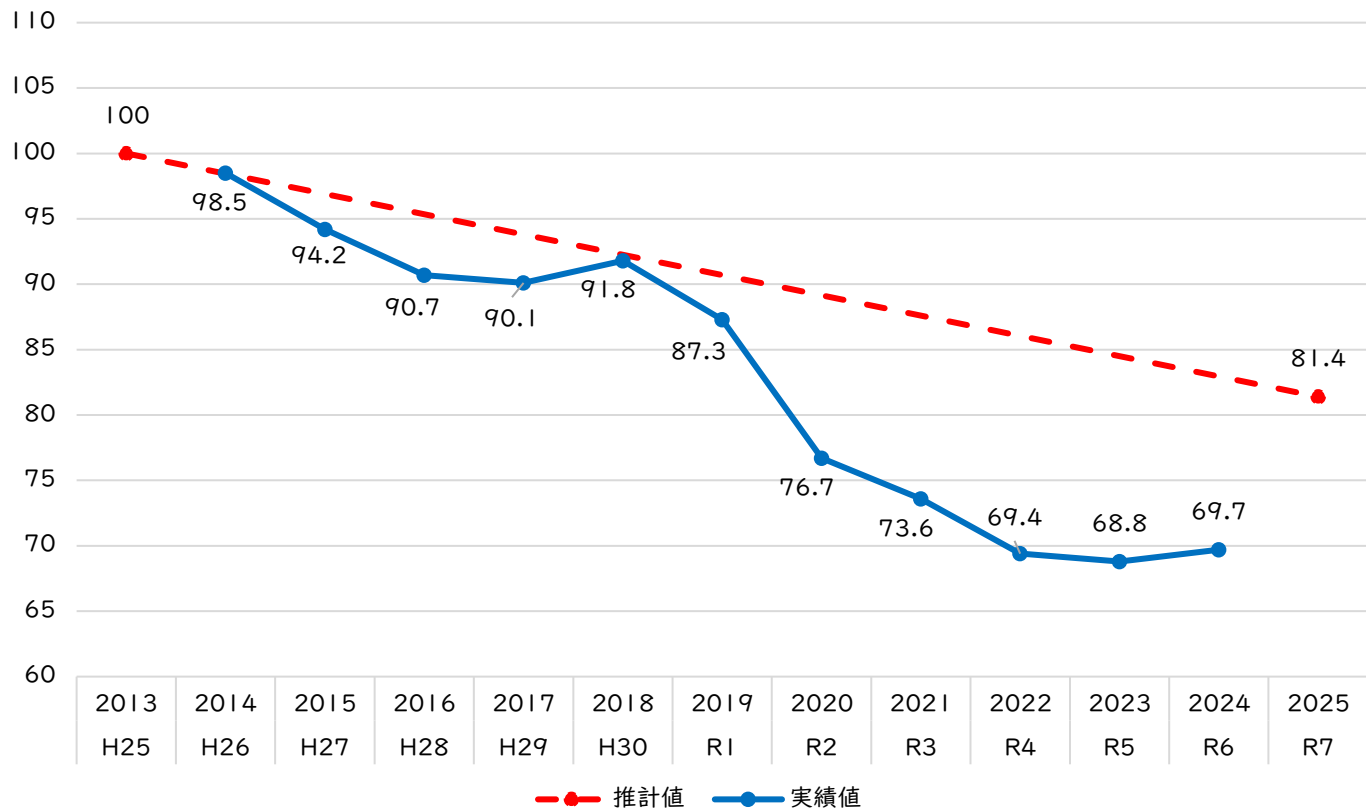
実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）

高粱・新見



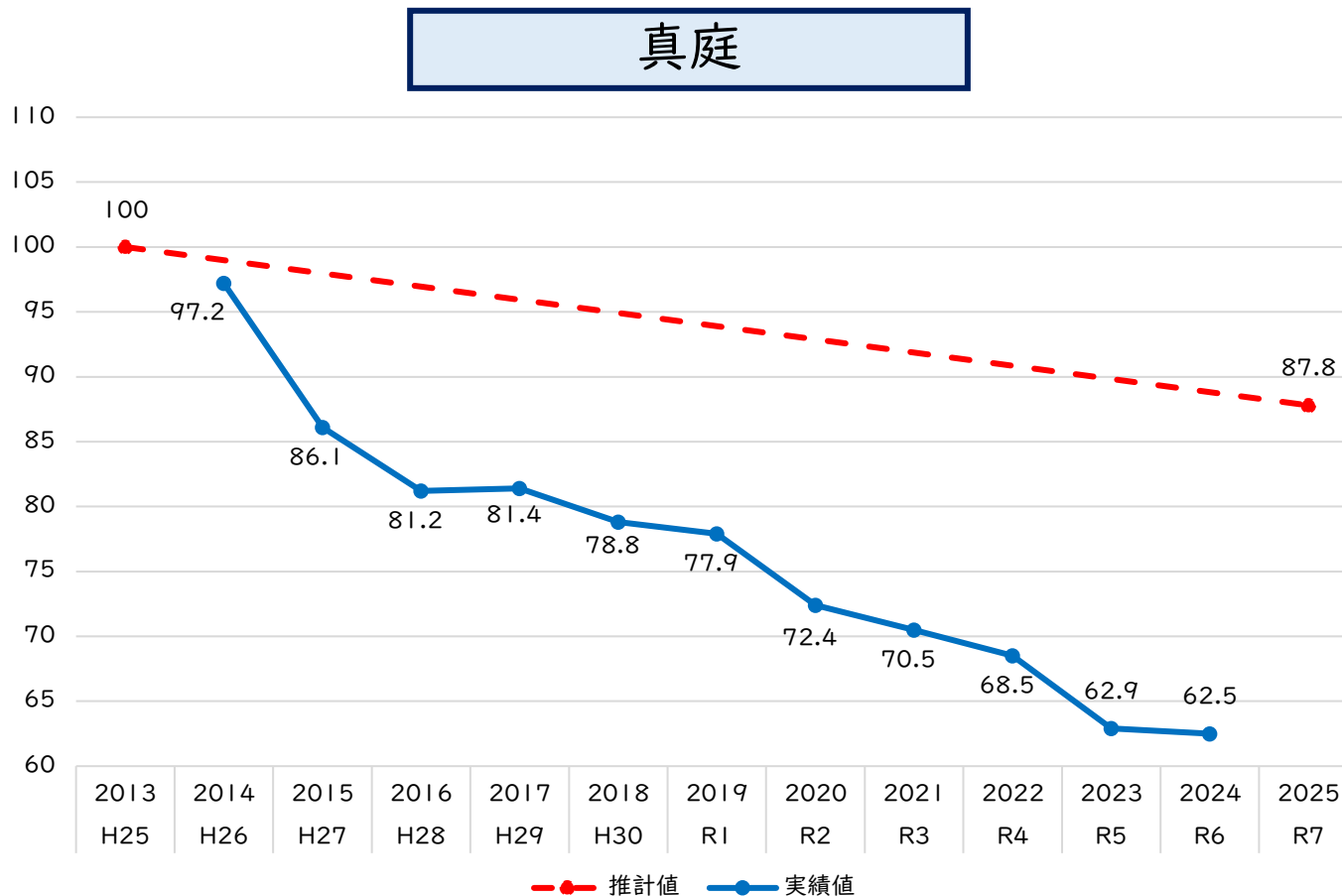
【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



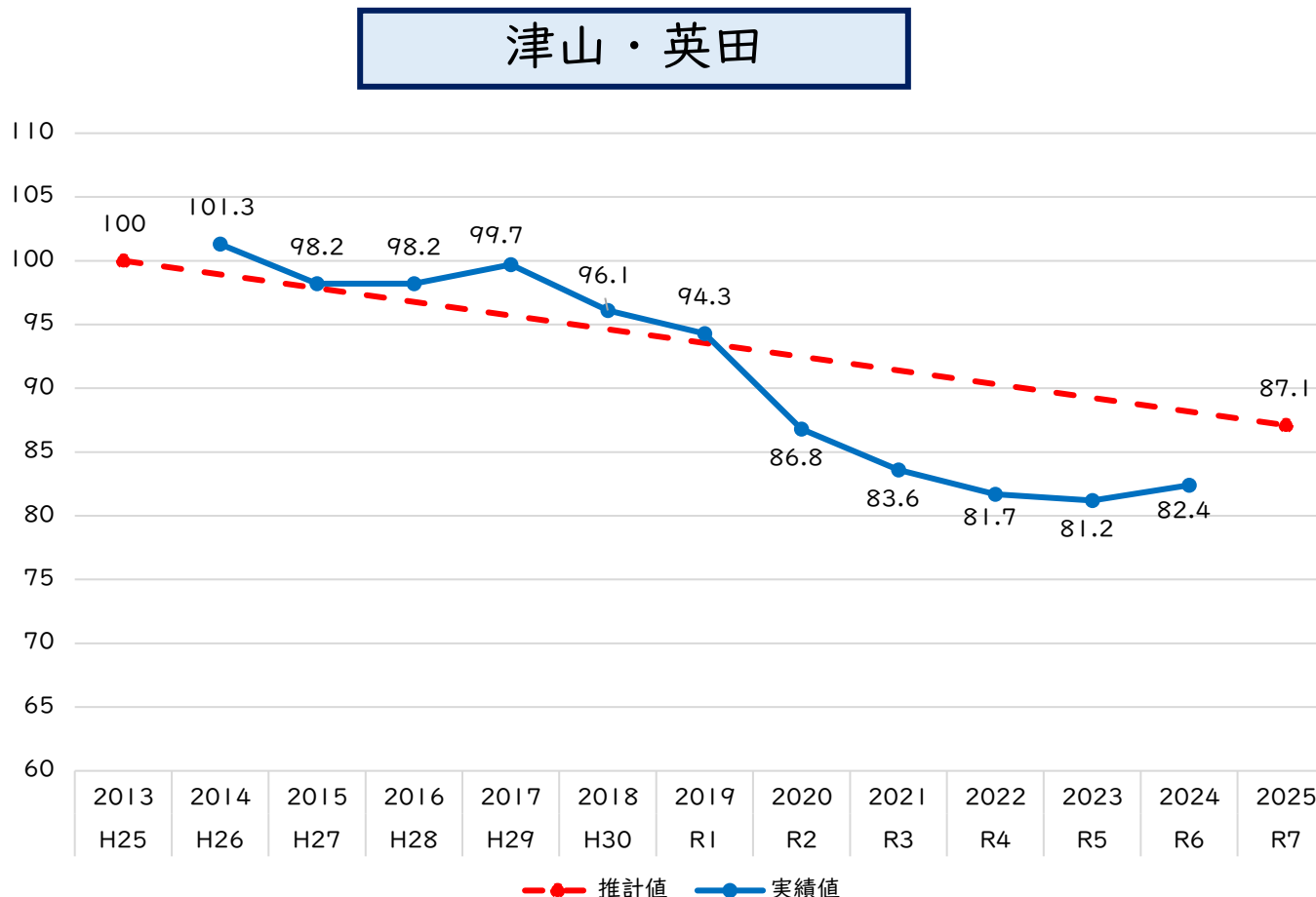
【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

二次医療圏域をまたぐ入院患者の流出入の状況

(単位：%)

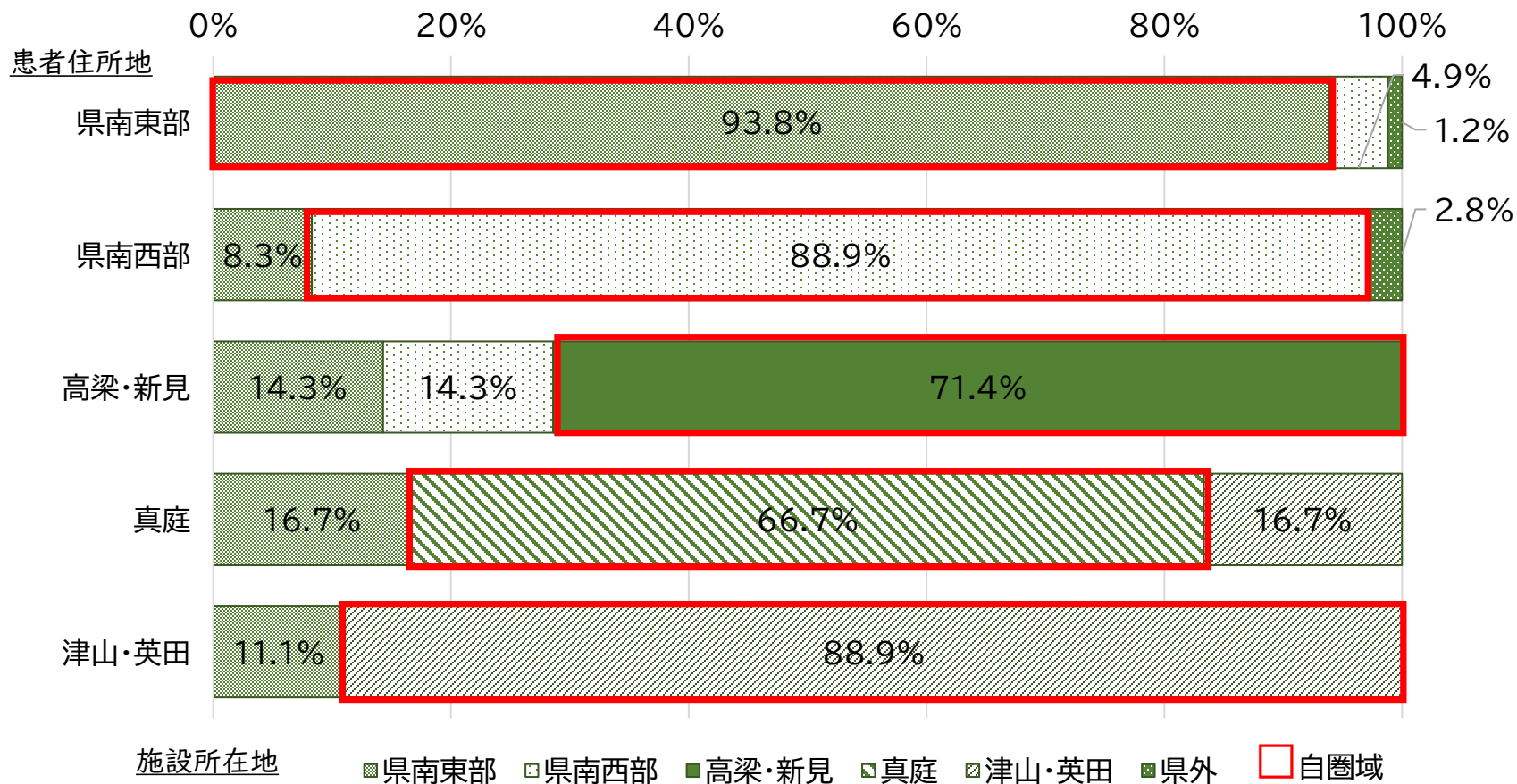
圏 域	流出患者割合			流入患者割合		
	2014年 (H26)	2023年 (R5)	増減	2014年 (H26)	2023年 (R5)	増減
県南東部	10.1	7.6	▲2.5	18.5	16.5	▲2.0
県南西部	15.4	12.3	▲3.1	18.1	13.9	▲4.2
高梁・新見	38.0	37.2	▲0.8	14.0	14.1	+0.1
真 庭	28.1	41.3	+13.2	18.1	13.0	▲5.1
津山・英田	18.1	16.2	▲1.9	6.0	6.2	+0.2

厚生労働省「平成26（2014）年患者調査」及び「令和5（2023）年患者調査」より作成

「患者調査」による分析

病院の推計入院患者数（施設所在地×患者住所地）

2023年（R5）



厚生労働省「令和5（2023）年患者調査」より作成

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数の推移

岡山県の救急自動車による救急搬送人員は、新型コロナウイルス感染症のまん延時に一旦減少したものの、その後増加に転じ、令和4年には令和元年の件数を上回った。

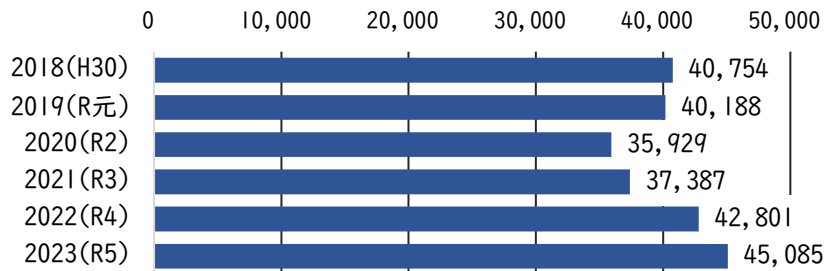
岡山県全体



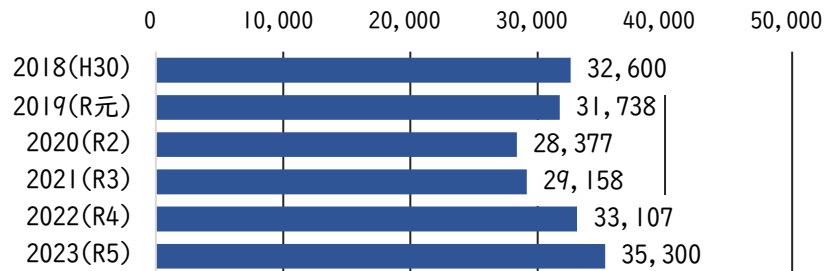
岡山県消防保安課「岡山県消防防災年報」より作成

救急搬送実績データによる分析

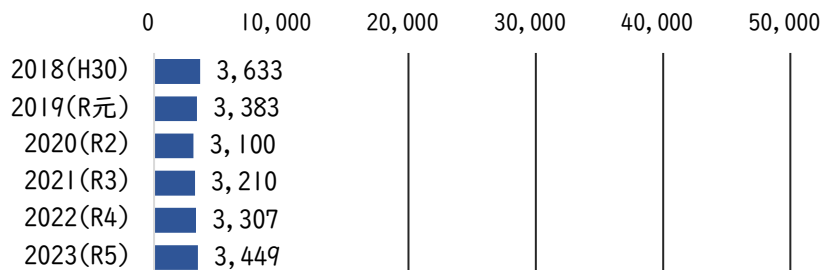
県南東部



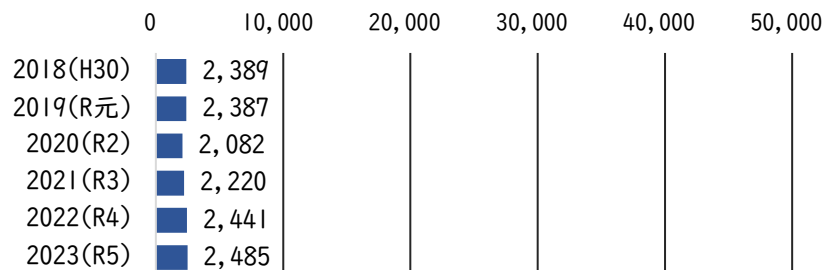
県南西部



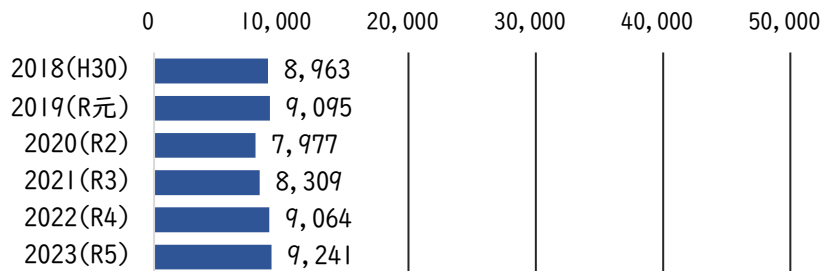
高梁・新見



真庭



津山・英田



救急搬送実績データによる分析

自圏域内での救急搬送への対応状況

(単位：%)

圏 域	重篤・重症患者			中等症・軽症患者		
	2017年 (H29)	2024年 (R6)	増減	2017年 (H29)	2024年 (R6)	増減
県南東部	95.3	96.5	+1.2	97.3	97.7	+0.4
県南西部	98.3	94.7	▲3.6	98.4	97.8	▲0.6
高梁・新見	52.0	54.1	+2.1	75.7	72.1	▲3.6
真 庭	54.0	55.0	+1.0	87.9	78.6	▲9.3
津山・英田	91.0	92.1	+1.1	94.5	93.5	▲1.0

消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

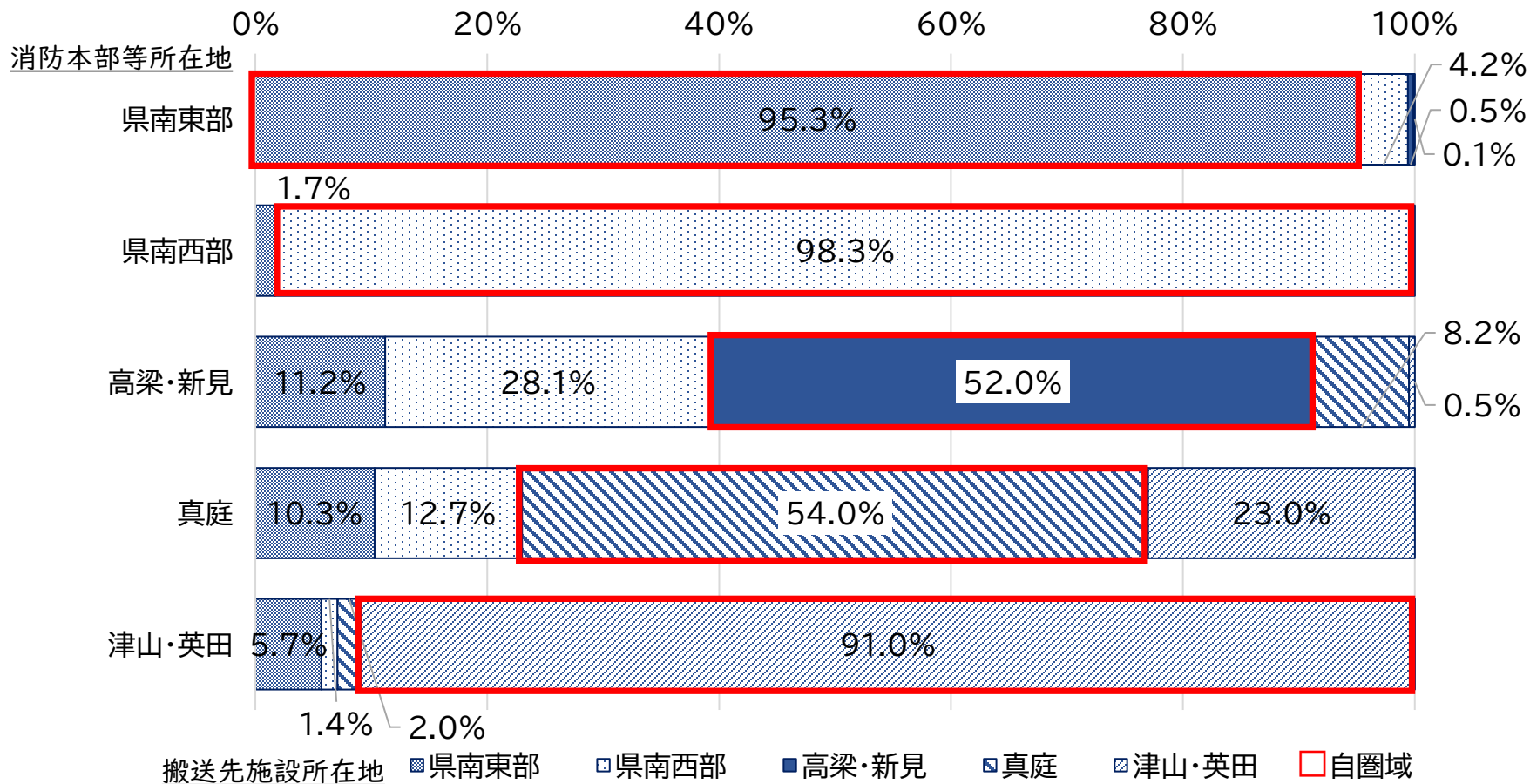
※平成29年のデータが、県外への搬送件数が不明なデータのため、平成29年、令和6年とも判別可能な県内における搬送件数から割合を算出している。

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数（消防本部等所在地×搬送先施設所在地）

重篤・重症

2017年(H29)



消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

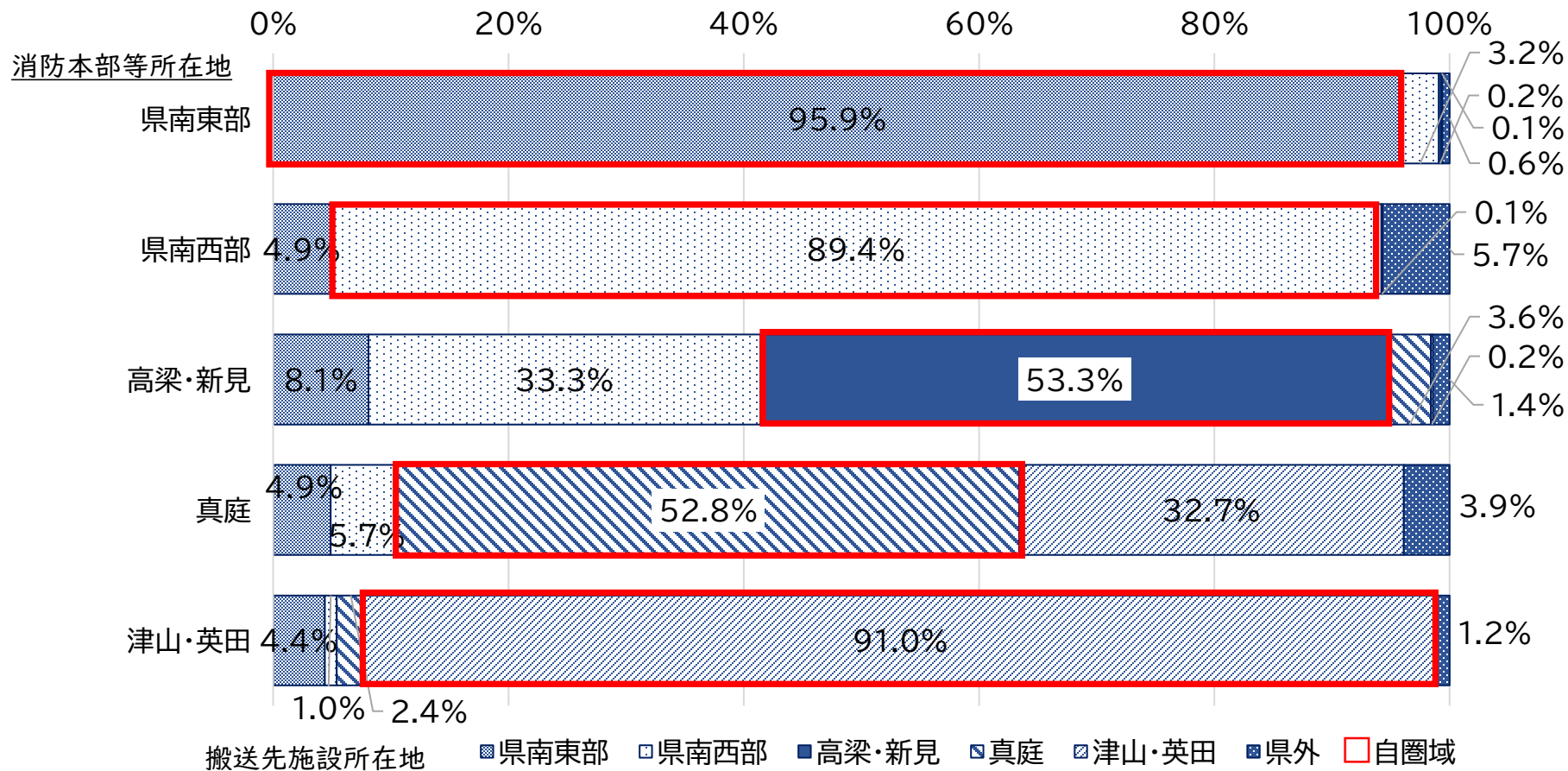
※県外への搬送件数が不明なデータのため、判別可能な県内における搬送件数から割合を算出している。

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数（消防本部等所在地×搬送先施設所在地）

重篤・重症

2024年(R6)



消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

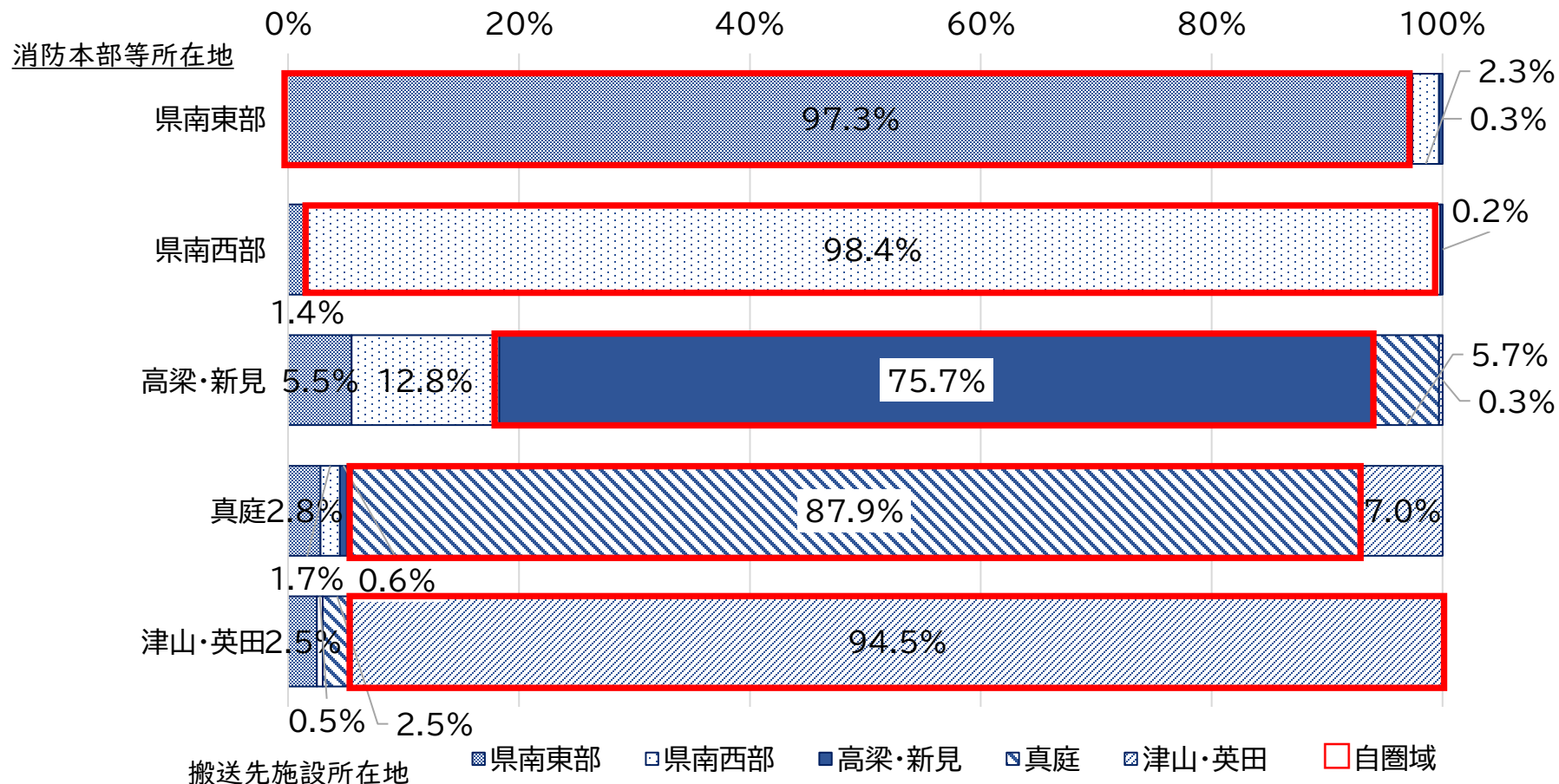
※県外への搬送件数も含んで算出しているため、スライド18とは異なる割合になっている。

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数（消防本部等所在地×搬送先施設所在地）

中等症・軽症

2017年(H29)



消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

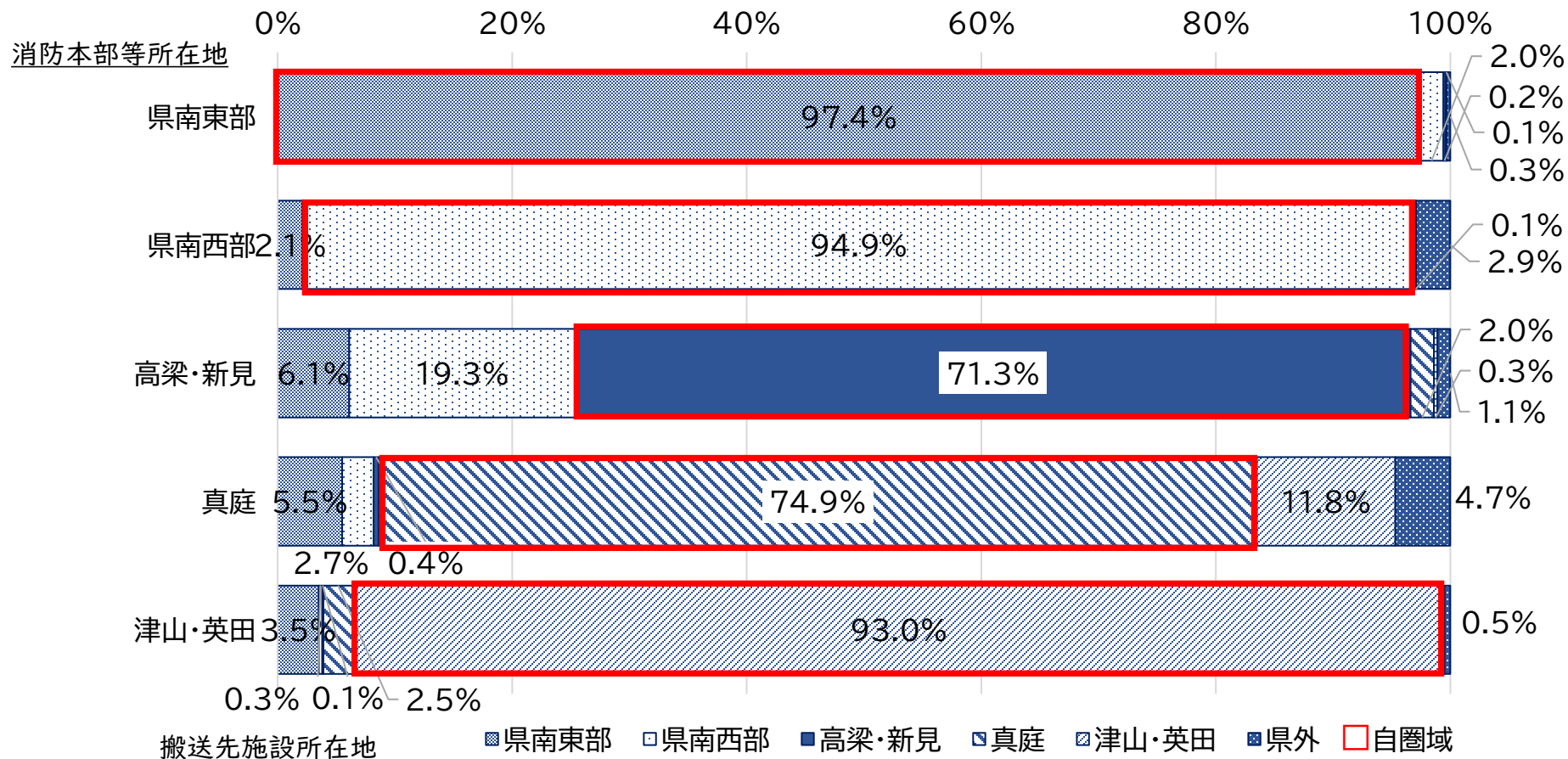
※県外への搬送件数が不明なデータのため、判別可能な県内における搬送件数から割合を算出している。

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数（消防本部等所在地×搬送先施設所在地）

中等症・軽症

2024年(R6)



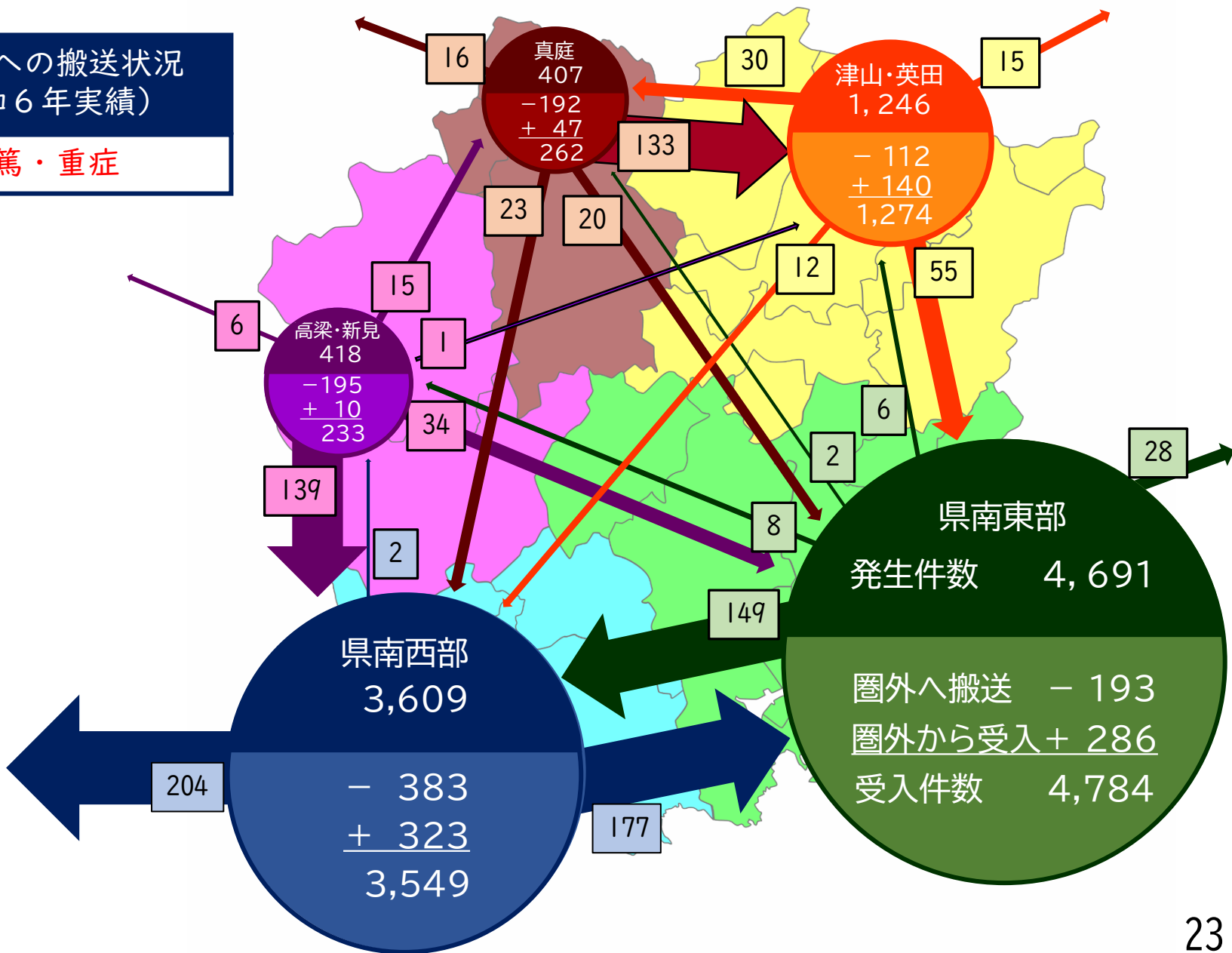
消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

※県外への搬送件数も含んで算出しているため、スライド18とは異なる割合になっている。

救急搬送実績データによる分析

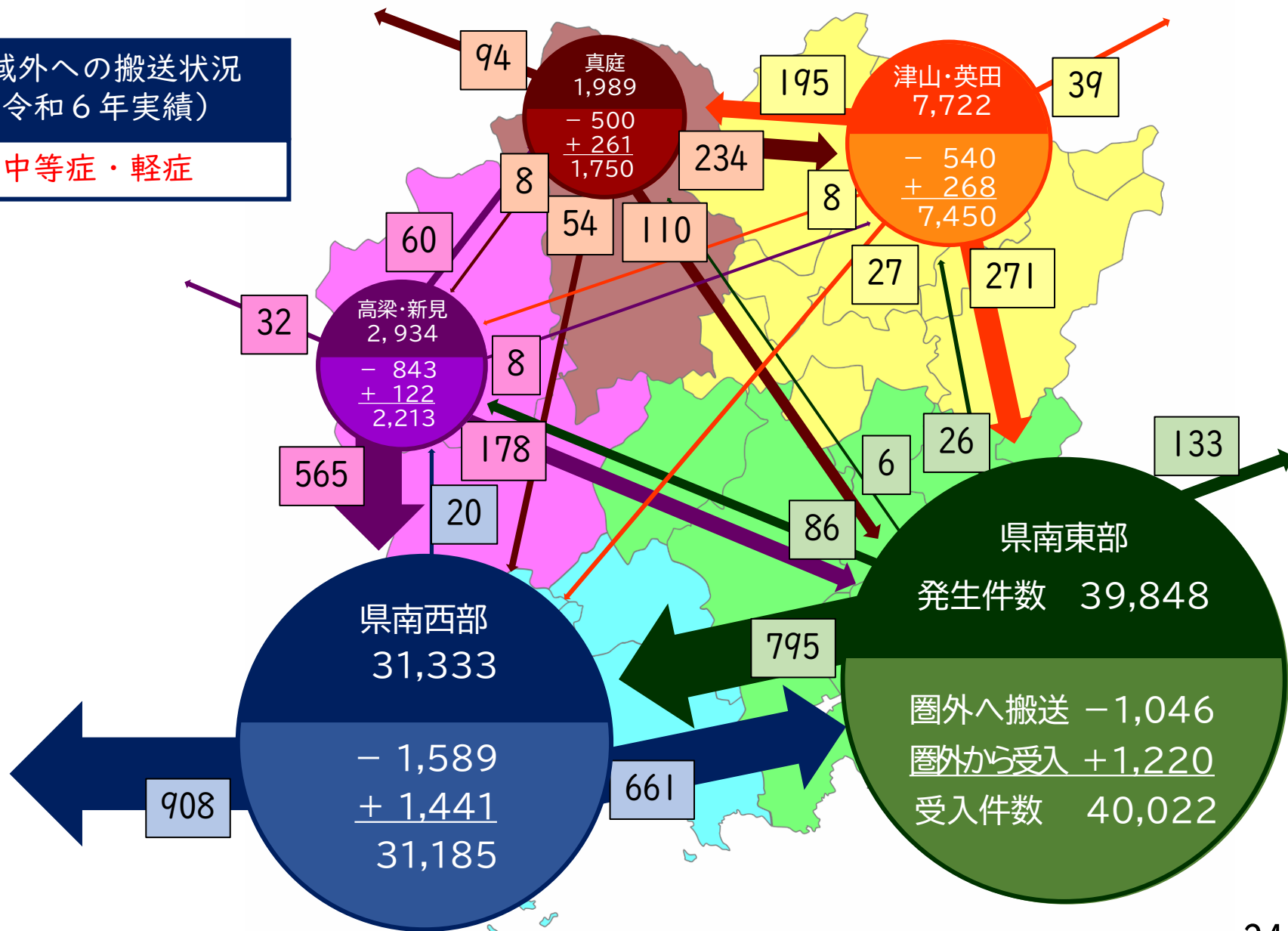
圏域外への搬送状況
(令和6年実績)

重篤・重症



救急搬送実績データによる分析

圏域外への搬送状況
(令和6年実績)
中等症・軽症

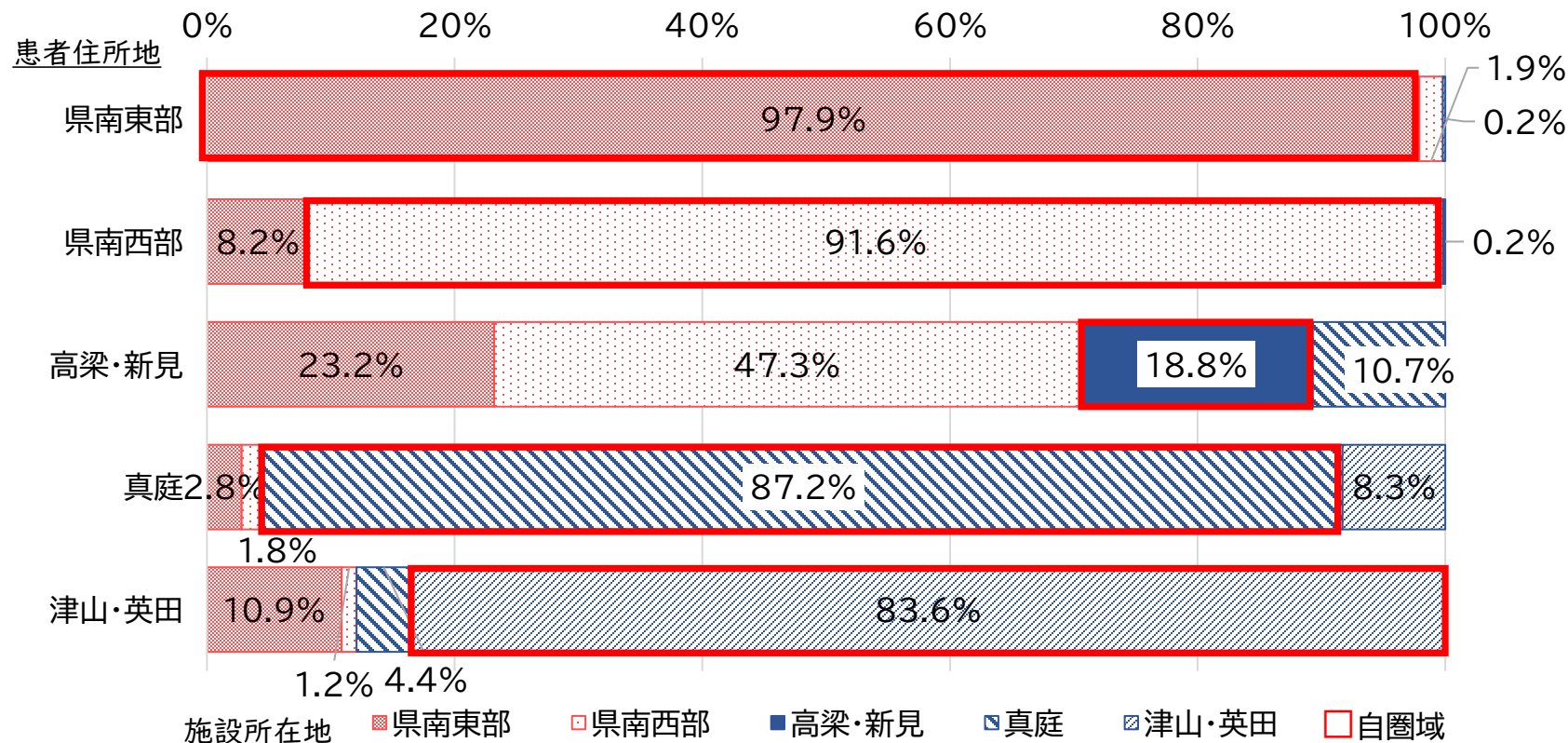


脳卒中医療連携体制の実績調査結果による分析

新規脳卒中入院患者数（施設所在地×患者住所地）

急性期機能を担う医療機関

2017年（H29）



岡山県「脳卒中の医療連携体制を担う医療機関等における実績調査」結果から作成

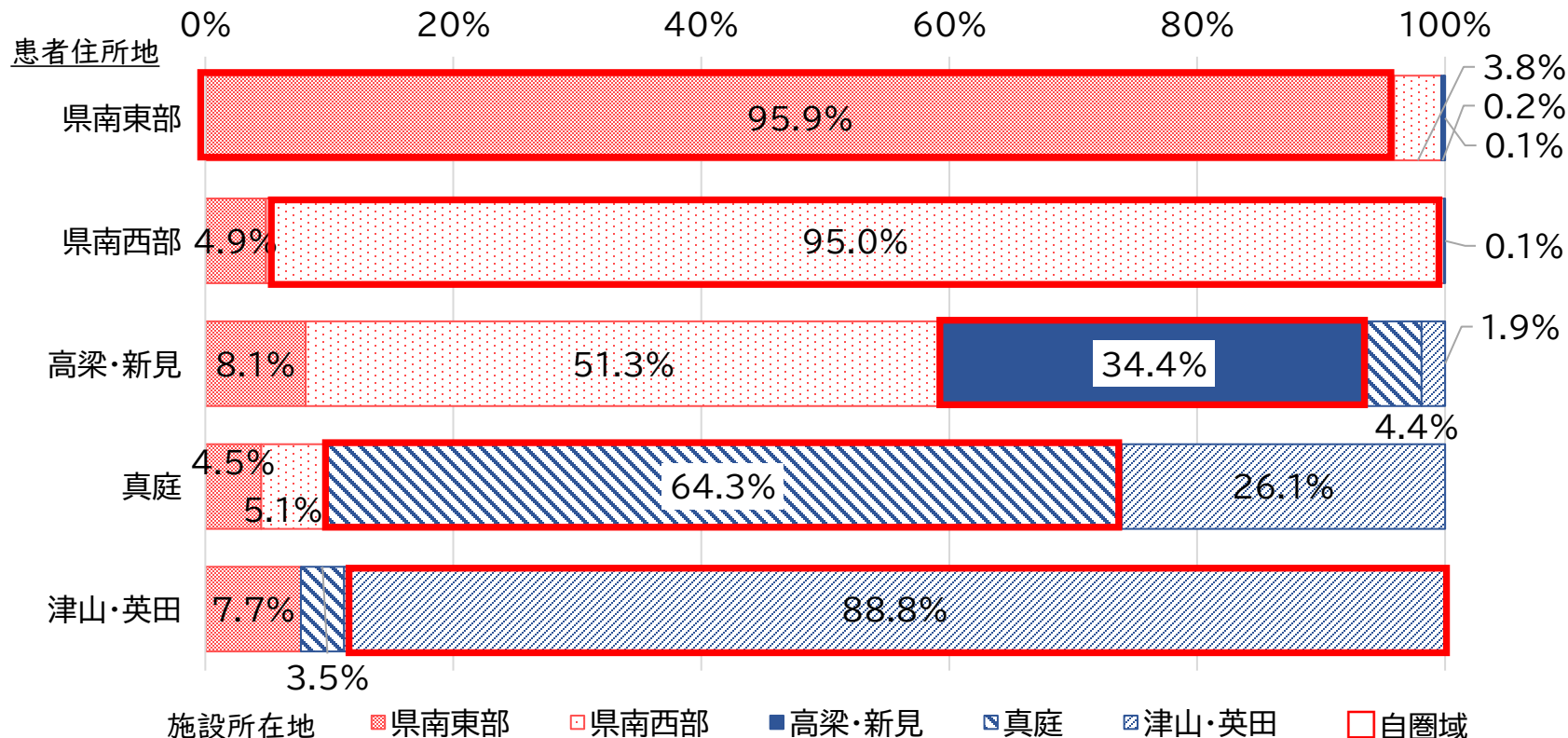
※脳卒中については、県保健医療計画において、急性期、回復期、維持期の経過に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件を定めており、各期の医療機能を満たす医療機関に、自発的に届出をしてもらっている。（地域医療構想上の「急性期」とは異なる）

脳卒中医療連携体制の実績調査結果による分析

新規脳卒中入院患者数（施設所在地×患者住所地）

急性期機能を担う医療機関

2024年(R6)

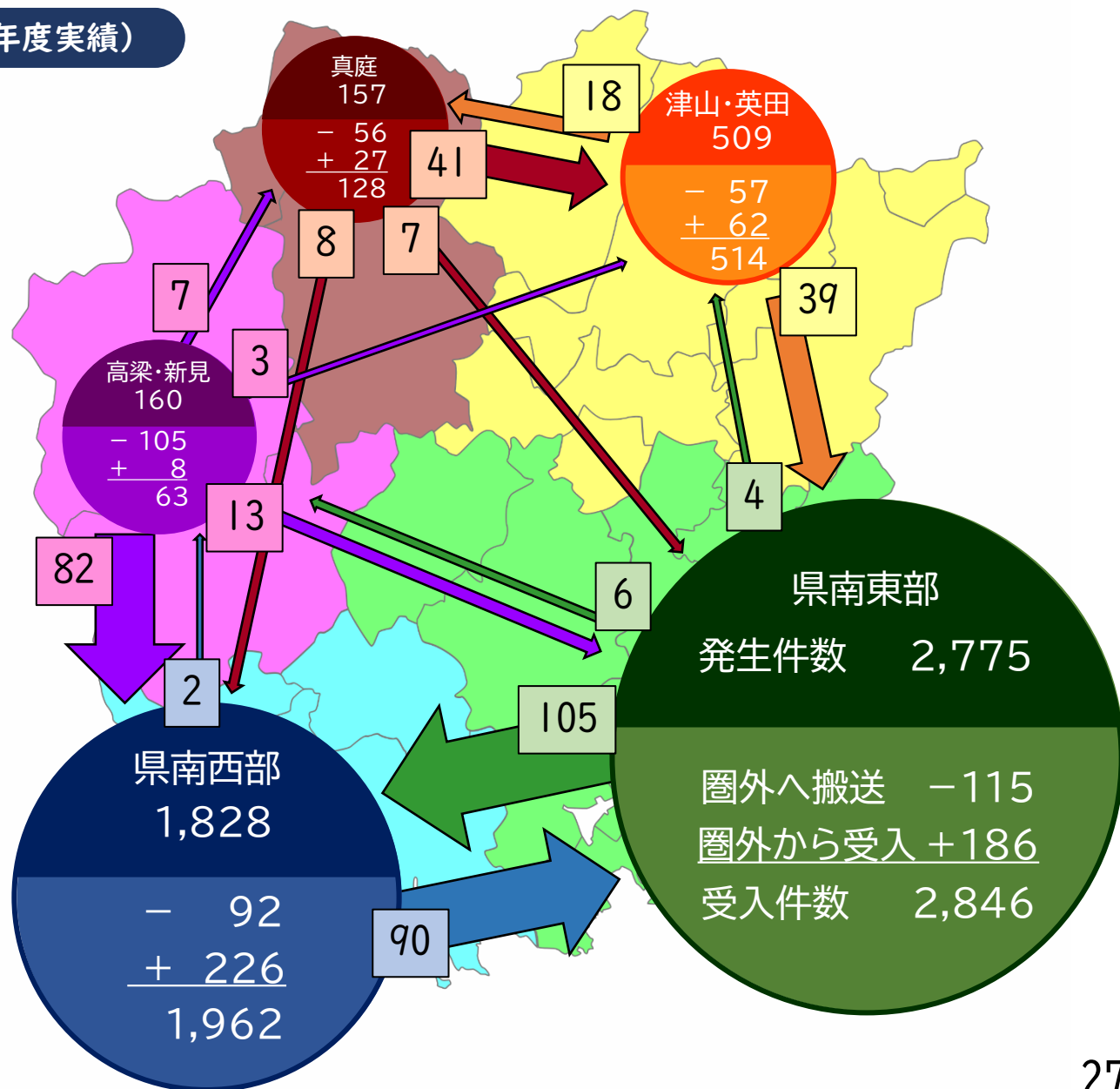


岡山県「脳卒中の医療連携体制を担う医療機関等における実績調査」結果から作成

※脳卒中については、県保健医療計画において、急性期、回復期、維持期の経過に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件を定めており、各期の医療機能を満たす医療機関に、自発的に届出をしてもらっている。（地域医療構想上の「急性期」とは異なる）

脳卒中医療連携体制の実績調査結果による分析

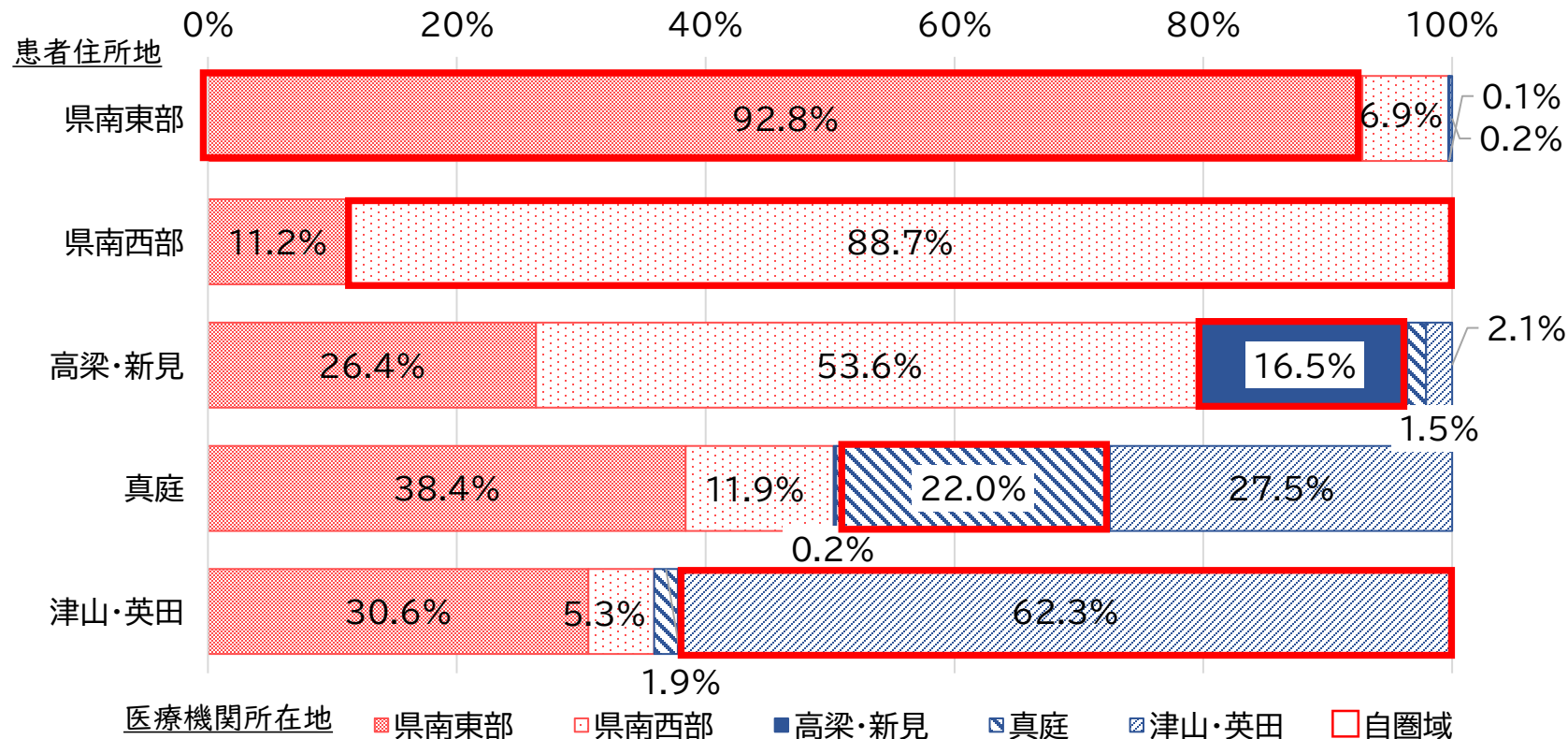
新規脳卒中入院患者（令和6年度実績）



院内がん登録データによる分析

新規がん患者登録件数

2022年(R4)

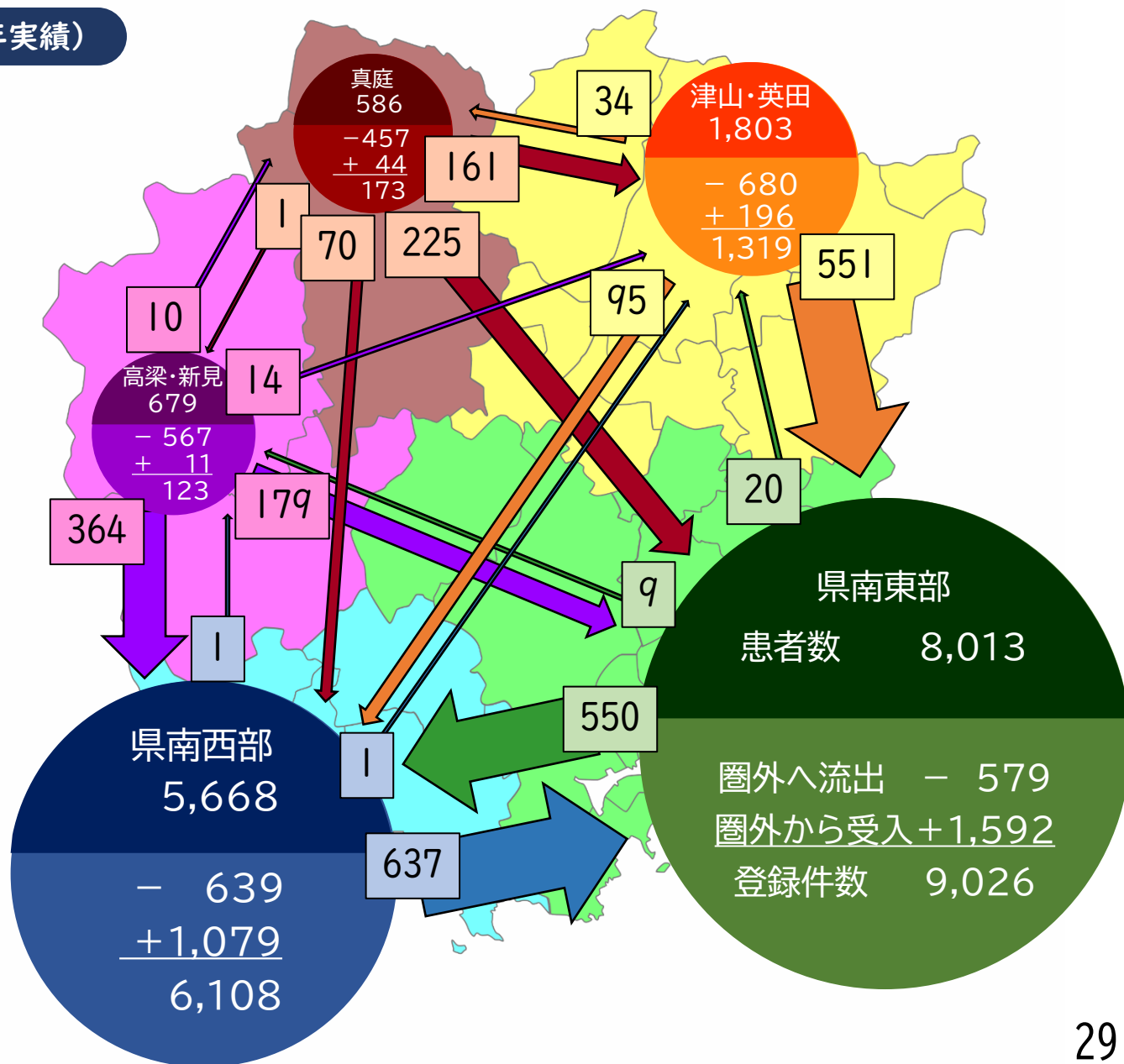


岡山県がん診療連携協議会事務局（岡山大学病院）発行「岡山県院内がん登録報告書2022年版」より作成

※院内がん登録データは、岡山県内の「都道府県がん診療連携拠点病院」1施設、「がん診療連携拠点病院」6施設、「地域がん診療病院」2施設、「岡山県がん診療連携推進病院」4施設から提出された、入院・外来を問わない1年間の登録データ

院内がん登録データによる分析

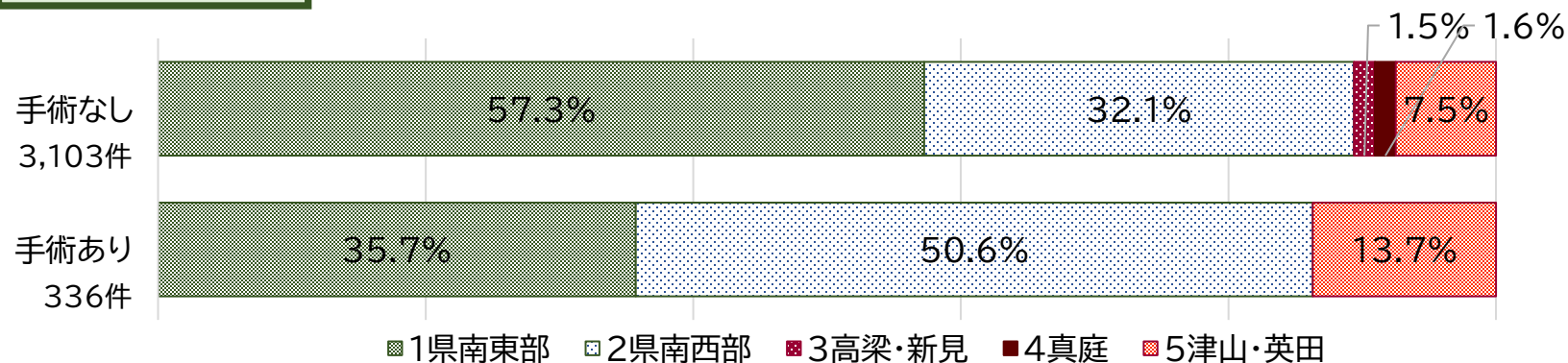
院内がん登録件数（令和4年実績）



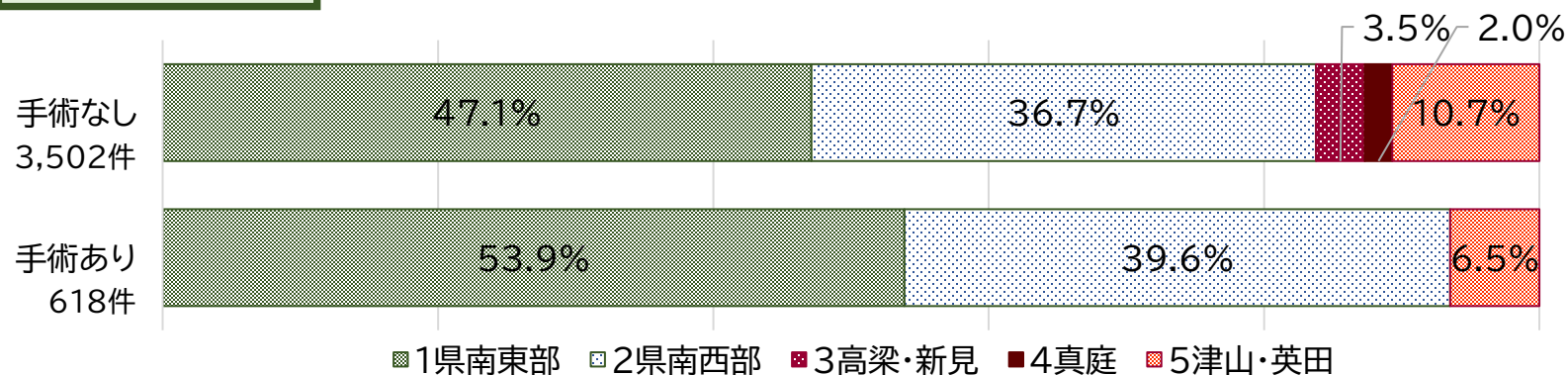
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

脳梗塞



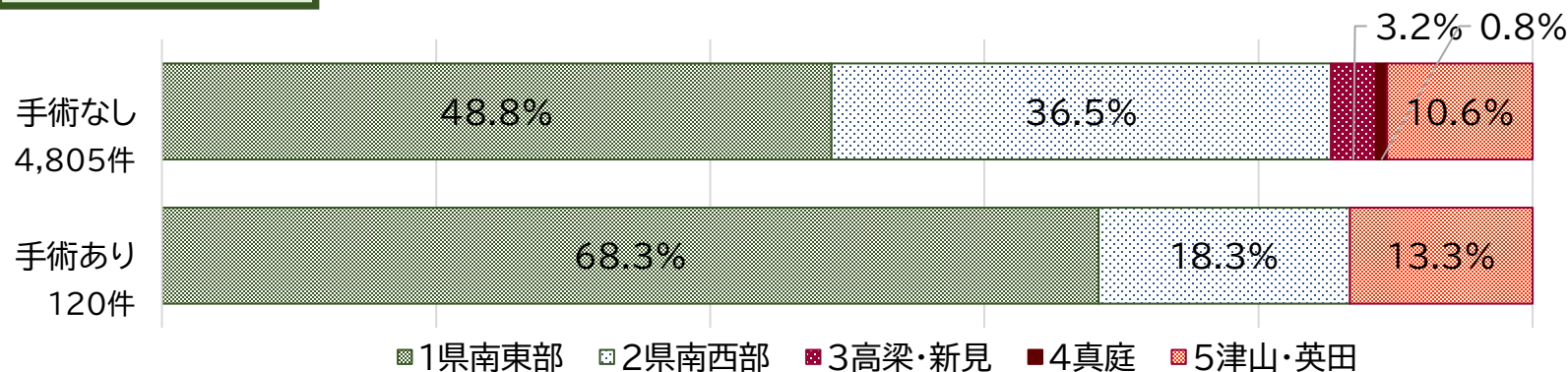
心不全



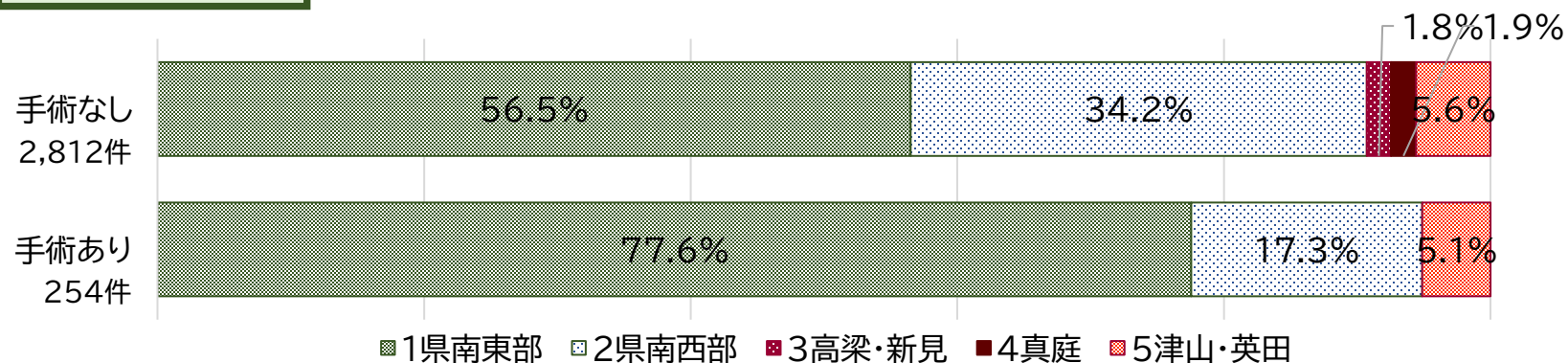
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

肺炎等



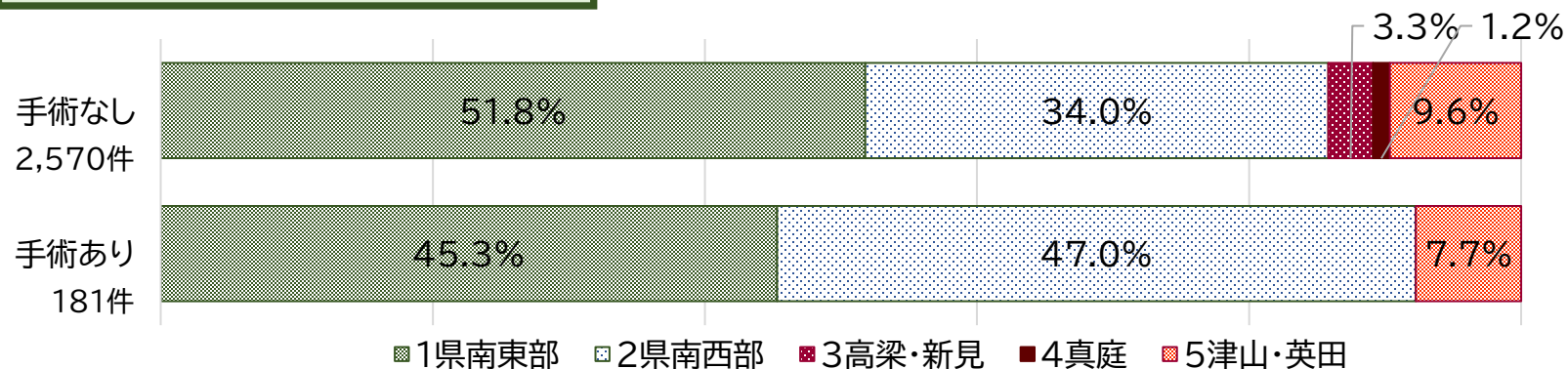
誤嚥性肺炎



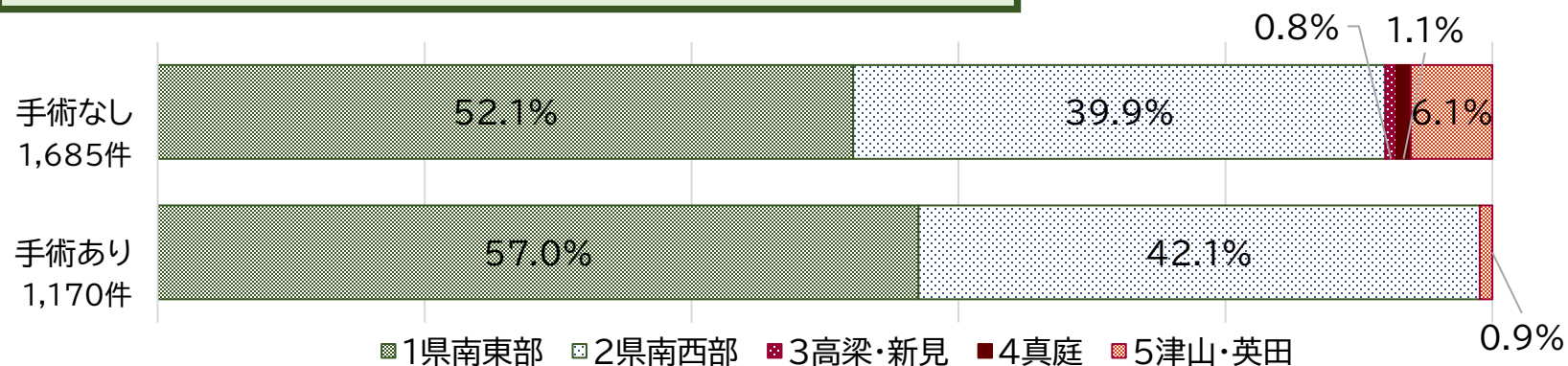
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

腎臓又は尿路の感染症



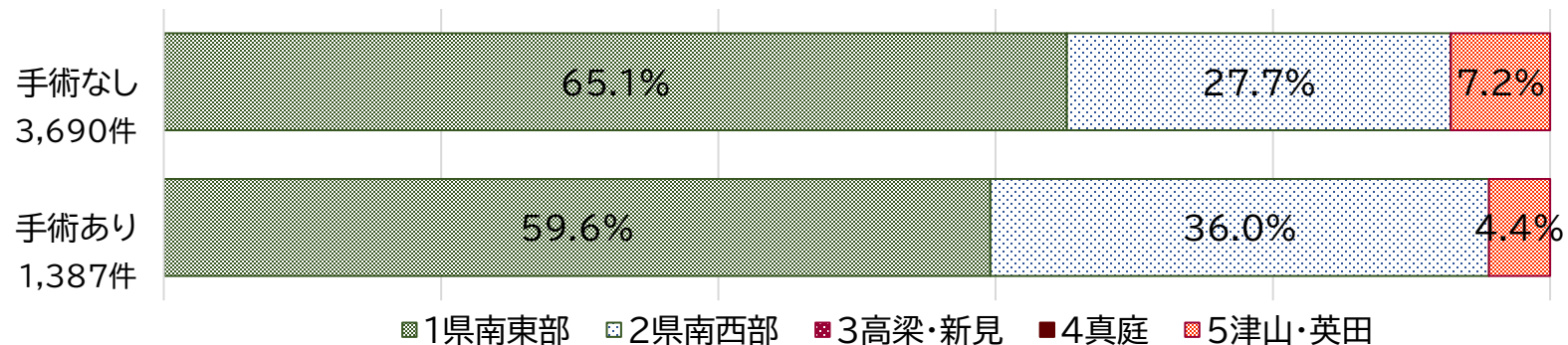
慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全



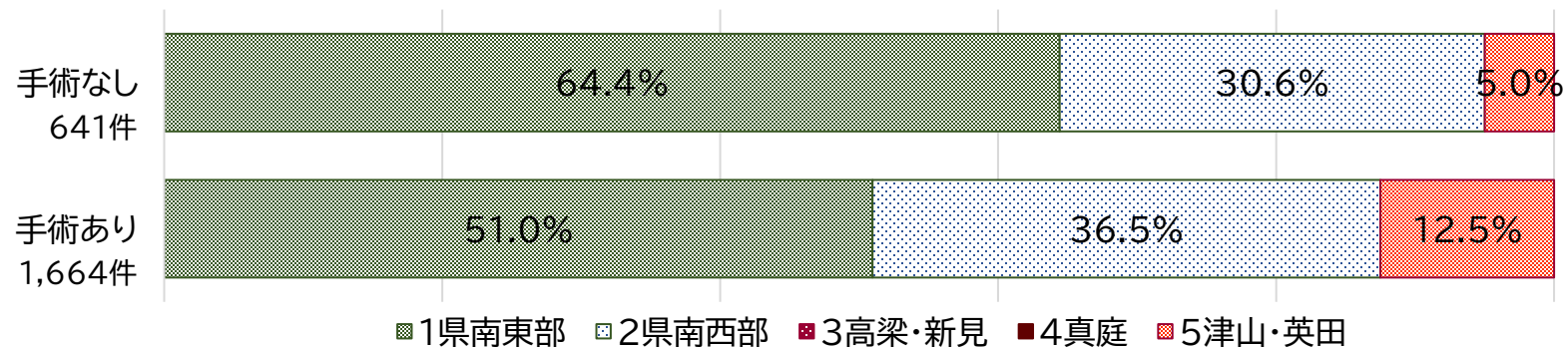
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

肺の悪性腫瘍



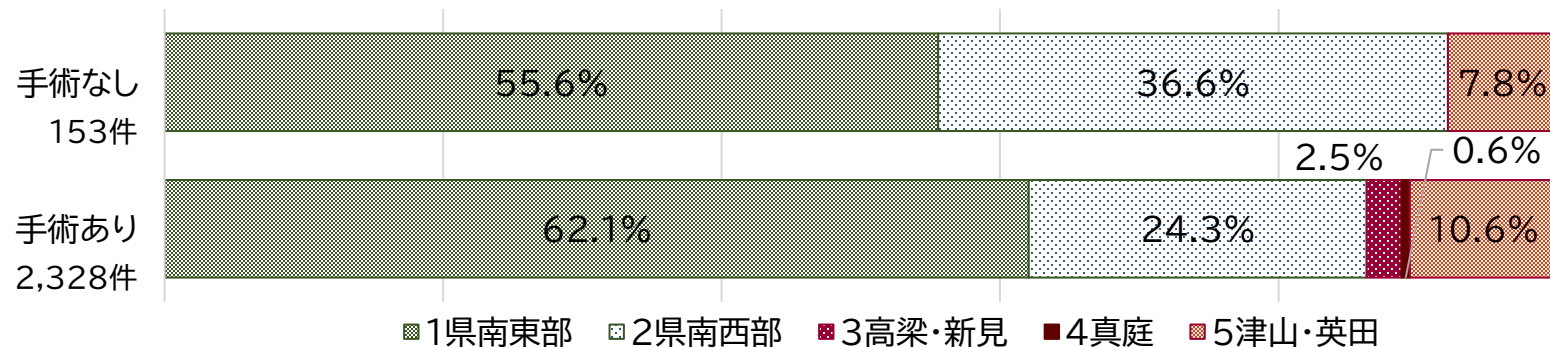
胃の悪性腫瘍



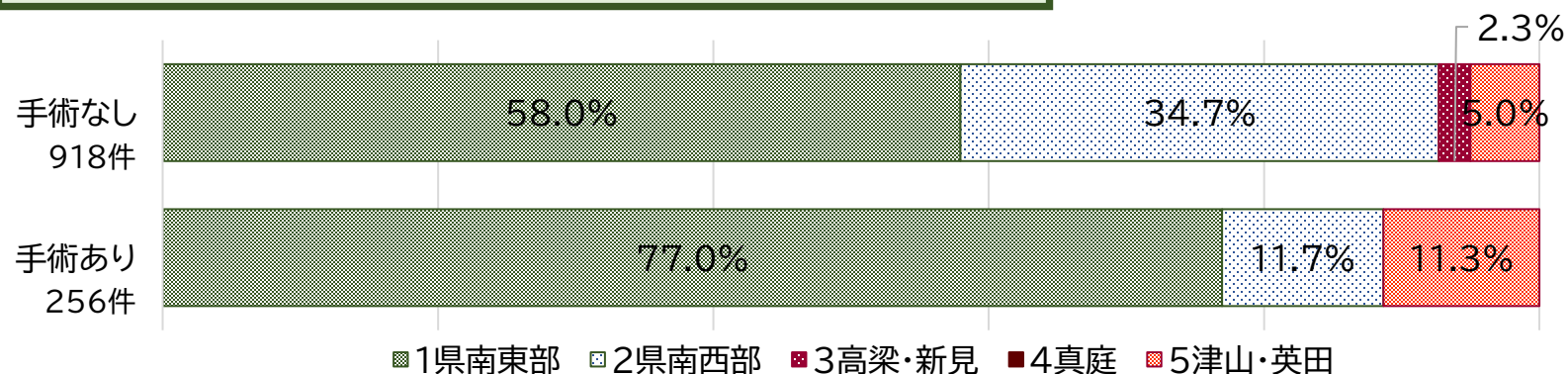
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

股関節・大腿近位の骨折



胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）



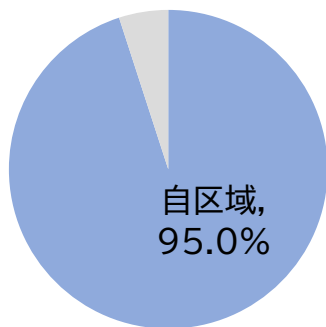
構想区域ごとの状況

県南東部

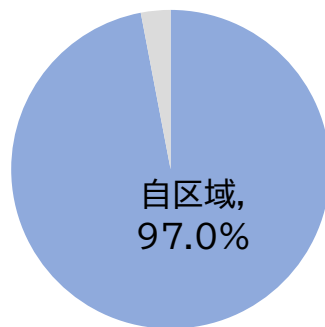
救急搬送

2017年 (H29)

<重篤・重症>



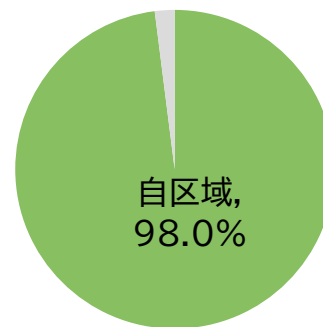
<中等症・軽症>



脳卒中

2017年 (H29)

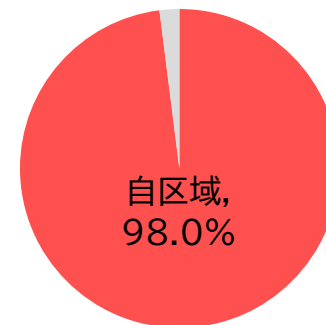
<急性期入院>



がん

2022年 (R4)

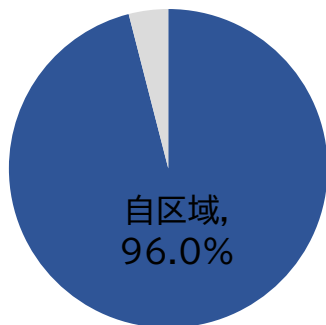
<院内がん登録>



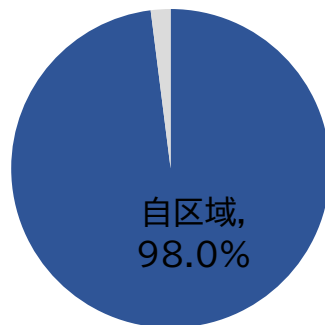
構
想
策
定
時
の
状
況

2024年 (R6)

<重篤・重症>

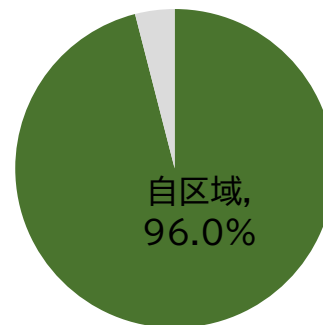


<中等症・軽症>



2024年 (R6)

<急性期入院>



現
在
の
状
況

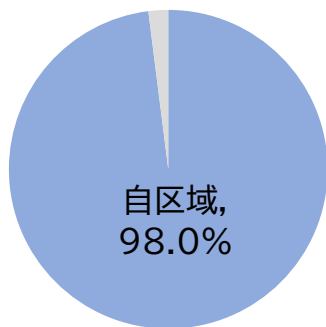
構想区域ごとの状況

県南西部

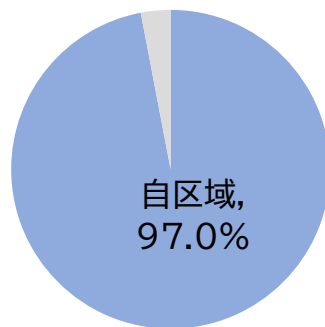
救急搬送

2017年 (H29)

<重篤・重症>



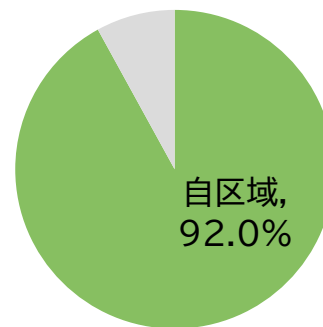
<中等症・軽症>



脳卒中

2017年 (H29)

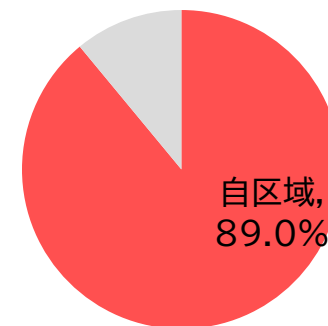
<急性期入院>



がん

2022年 (R4)

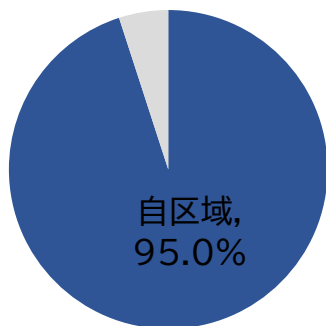
<院内がん登録>



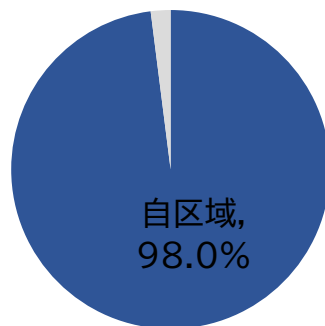
構
想
策
定
時
の
状
況

2024年 (R6)

<重篤・重症>

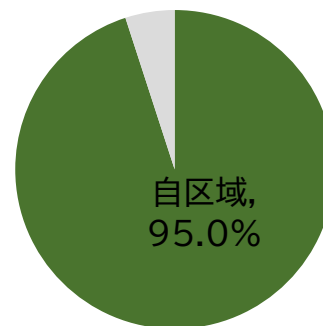


<中等症・軽症>



2024年 (R6)

<急性期入院>



現
在
の
状
況

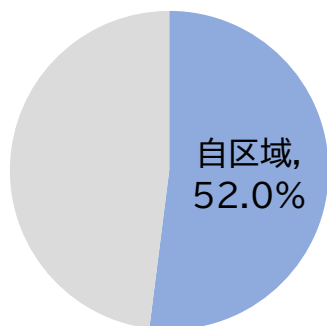
構想区域ごとの状況

高梁・新見

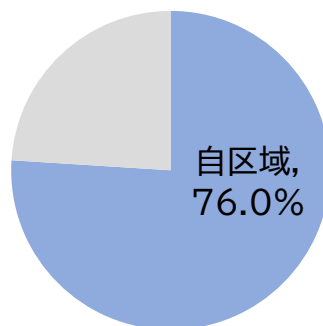
救急搬送

2017年 (H29)

<重篤・重症>



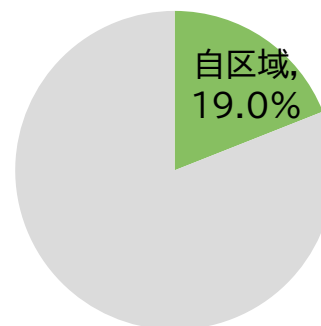
<中等症・軽症>



脳卒中

2017年 (H29)

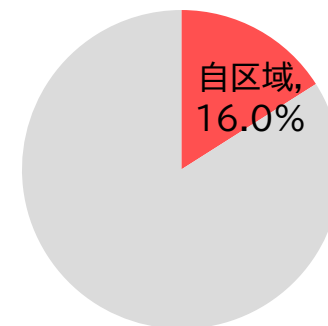
<急性期入院>



がん

2022年 (R4)

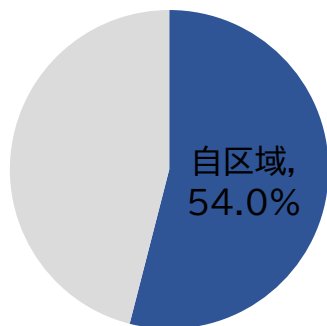
<院内がん登録>



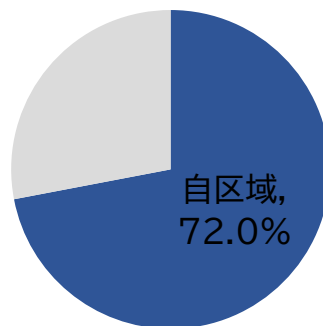
構
想
策
定
時
の
状
況

2024年 (R6)

<重篤・重症>

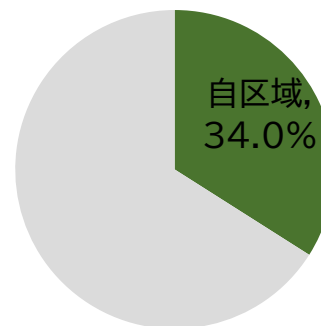


<中等症・軽症>



2024年 (R6)

<急性期入院>



現
在
の
状
況

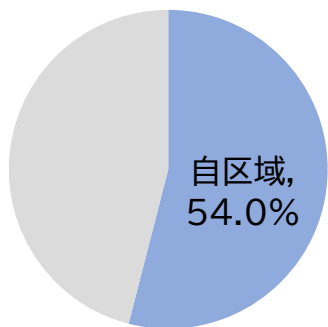
構想区域ごとの状況

真 庭

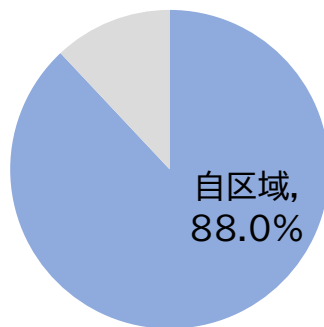
救急搬送

2017年 (H29)

<重篤・重症>



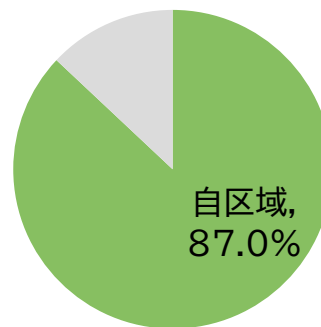
<中等症・軽症>



脳卒中

2017年 (H29)

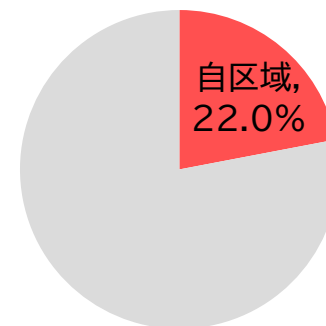
<急性期入院>



がん

2022年 (R4)

<院内がん登録>

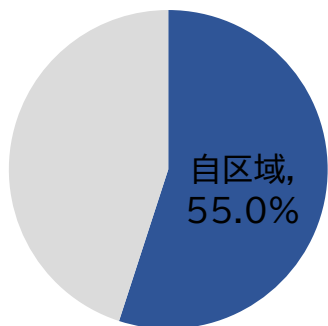


構
想
策
定
時
の
状
況

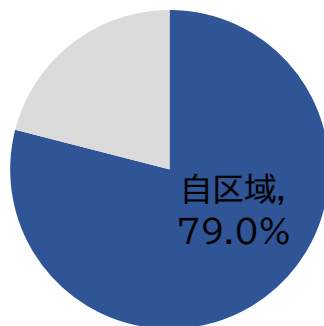
現
在
の
状
況

2024年 (R6)

<重篤・重症>

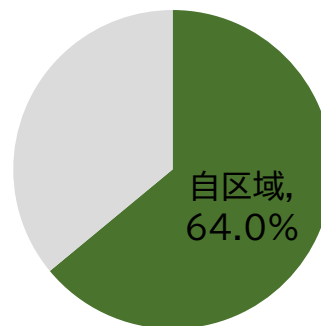


<中等症・軽症>



2024年 (R6)

<急性期入院>



構想区域ごとの状況

津山・英田

救急搬送

脳卒中

がん

構
想
策
定
時
の
状
況

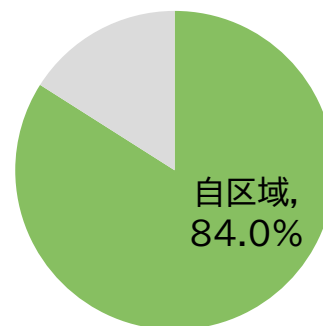
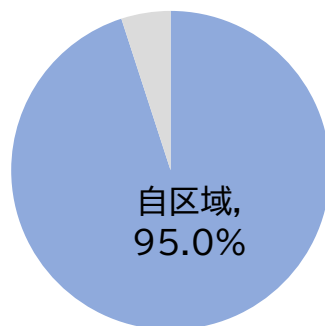
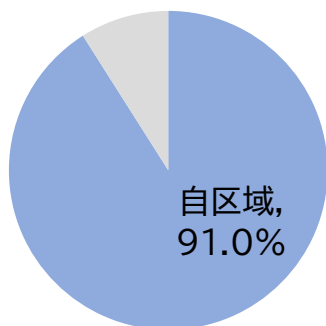
2017年 (H29)

2017年 (H29)

<重篤・重症>

<中等症・軽症>

<急性期入院>



現
在
の
状
況

2024年 (R6)

2024年 (R6)

2022年 (R4)

<重篤・重症>

<中等症・軽症>

<急性期入院>

<院内がん登録>

