地域医療構想策定ガイドライン

厚生労働省医政局

参考資料２

はじめに

○　地域医療構想は、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築すること等を目的として、2014 年６月に公布された地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）により医療法（昭和 23 年法律第 205 号）が改正され、同法第 30 条の４第１項に規定する医療計画（以下「医療計画」という。）の一部として位置付けられた。いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年を目途に、病床の機能の分化及び連携に向けて、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これまで地域医療構想の取組が進められてきた。

○　今後、2040 年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加と生産年齢人口の減少が見込まれるとともに、急性期医療の需要の減少、高齢者に対する救急医療（以下「高齢者救急」という。）や在宅医療のニーズの増加が進むことや、医療従事者の確保がますます困難となることが見込まれる。

○　2040 年に向けた人口構造や医療資源の変化の状況は地域ごとに大きく異なり、高齢者人口及び生産年齢人口がともに減少する地域もあれば、生産年齢人口は減少するものの高齢者人口は増加する地域等もある。また、同程度の人口規模の地域であっても、既に医療機能の集約化が進んでいる地域もあれば、医療資源が分散し医療機能の集約化が進んでいない地域もある。地域ごとに現状や課題は一様ではなく、それぞれの実情に応じて課題を検討する必要がある。こうした地域医療を取り巻く様々な状況の変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保する必要がある。

○　こうした中、2024 年３月に設置した新たな地域医療構想等に関する検討会において継続的に議論を行った。その結果、地域医療構想については、入院における病床の機能分化のみならず、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るためのものとして位置付け、医療機関の連携・再編・集約化、外来・在宅医療提供体制の確保に向けた取組、医歯薬連携、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進め、2040 年を見据えた、地域包括ケアシステムの構築にも資する効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していく、といった方向性が同検討会においてとりまとめられた。

○　こうした議論も踏まえ、新たな地域医療構想に向けた必要な制度整備等を内容とした医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第 87 号。以下「改正医療法」という。）が成立した。同法の国会での審議の内容も踏まえつつ、令和７年７月に設置した地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において、各都道府県や構想区域において協議する事項や、医療機関機能の確保の考え方など新たな地域医療構想に関する具体的な内容について議

論を行い、令和８年３月に「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」がまとまり、同月に開催された社会保障審議会医療部会において審議・承認された。

○　本ガイドラインは、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」の内容を踏まえ、都道府県が 2040 年に向けた新たな地域医療構想を策定及び推進するに当たり、基本的な考え方及び具体的な進め方を示したものである。都道府県は、本ガイドラインを参考に、地域医療構想調整会議等において関係者と協議を行い、地域ごとの実情を踏まえながら地域の医療提供体制の確保に向けた取組を進めることが求められる。

○　都道府県が地域医療構想を策定及び推進するに当たり、具体的な検討や実務上の判断を行いやすいよう、主に以下の３つの観点を踏まえながら整理している。

Ⅰ　基本的な考え方　　各医療機関機能に期待される役割など、新たな地域医療構想における基本的な考え方

Ⅱ　地域医療構想の策定　地域医療構想を策定するに当たっての議論の進め方等

Ⅲ　地域医療構想の推進　地域医療構想の進捗や医療提供体制の状況を定期的に把握し、必要に応じて見直しを行うべきこと等

○　本ガイドラインは、主として都道府県において地域医療構想を所管する医療担当部局を想定して作成したものである。他方、医師、歯科医師、看護職員、薬剤師、その他の医療従事者の需給推計、人材確保及び養成等、地域の医療提供体制の確保に関連する多岐にわたる施策が、国において検討されており、国の検討状況も踏まえ、医療提供体制の確保に係る様々な取組も推進する必要があることから、庁内の関係部局と連携し、本ガイドラインに定める取組と併せて、様々な取組について検討することが重要である。

○　本ガイドラインは、地域医療構想調整会議における議論の参考資料として活用することも想定しており、都道府県は、関係者と共有しながら、地域医療構想の策定及び推進に活用することが望ましい。また、地域医療構想は、医療計画その他関連する計画との整合を図るものであり、今後の医療計画の策定や取組の推進に当たっても、都道府県は、地域の実情を踏まえながら適切に本ガイドラインを活用することが望ましい。

○　なお、本ガイドラインの発出前に、既に地域における協議が進められており、一定の方向性について合意が得られている場合、一律に見直しを行う必要はないものの、本ガイドラインの趣旨や内容との整合性については確認を行った上で、必要に応じて適切な対応を図ること。

目次

Ⅰ．地域医療構想の考え方 7
１．2040 年に向けた医療提供体制について 7
（１）背景 7
（２）進め方 7
２．地域医療構想について 9
（１）地域における人口構造の変化を踏まえた取組 9
（２）構想区域 9
（３）地域医療構想調整会議 10
（４）関係者に期待される役割等 11
① 都道府県 11
② 市町村 11
③ 大学病院本院 12
④ 医療関係者 12
⑤ 公立・公的病院等 12
⑥ 医療保険者 12
⑦ 介護関係者 13
⑧ 地域医療構想アドバイザー 13
３．医療機関機能の確保について 13
（１）基本的な考え方 13
① 医療機関機能の報告について 13
② 医療機関の連携・再編・集約化について 14
③ 高齢者救急について 15
④ 人口規模に応じた地域ごとの課題について 16
（２）医療機関機能について 17
① 高齢者救急・地域急性期機能 17
② 急性期拠点機能 17
③ 在宅医療等連携機能 18
④ 専門等機能 19
⑤ 医育及び広域診療機能 19
４．医療需要の推計について 20
Ⅱ．地域医療構想の策定について 24
１．医療機関機能報告・病床機能報告 24
（１）医療機関機能報告 24
（２）病床機能報告 26
２．地域医療構想の策定 28
（１）2040 年までのスケジュール 28

（２）検討体制の構築. 28
（３）策定に向けた協議. 29
（４）基本となるデータについて. 30
３．構想区域. 36
（１）基本的な考え方. 36
① 現状と課題. 36
② 地域類型ごとの特性. 37
ア 大都市型の地域. 37
イ 地方都市型の地域. 37
ウ 人口の少ない地域. 37
③ 協議の進め方. 38
（２）協議事項. 38
① 構想区域の設定. 38
② 隣接する都道府県との連携. 39
ア 都道府県間の協議について. 39
イ 都道府県間での具体的な連携体制のあり方. 40
ウ 医療機関機能の広域的な確保. 41
③ 必要病床数の算出. 41
４．入院医療. 42
（１）基本的な考え方. 42
① 現状と課題. 42
② 地域類型ごとの特性. 42
ア 大都市型の地域. 42
イ 地方都市型の地域. 43
ウ 人口の少ない地域. 43
③ 協議の進め方. 44
（２）協議事項. 45
① 医療機関機能の確保. 45
ア 急性期拠点機能. 45
イ 高齢者救急・地域急性期機能. 50
ウ 在宅医療等連携機能. 51
エ 専門等機能. 52
オ 医療機関の連携・再編・集約化. 53
② 急性期医療の役割分担に向けた取組. 54
ア 手術. 54
イ 救急医療. 55
③ 病床に関する取組. 57
ア 病床整備の方向性. 57

イ　病床整備の留意点 57
ウ　必要病床数等に係る都道府県知事権限 58
④　広域的な観点での医療提供体制の確保 58
ア　大学病院本院の担う役割 58
イ　構想区域内で完結できない医療への対応 59
５．外来医療 60
（１）基本的な考え方 60
①　現状と課題 60
②　協議の進め方 61
（２）協議事項 62
①　休日・夜間も含めた持続可能な外来医療提供体制の構築 62
②　患者のアクセスの確保 62
③　効率的かつ効果的な外来医療提供の推進 64
６．在宅医療 64
（１）基本的な考え方 64
①　現状と課題 64
②　協議の進め方 65
（２）協議事項 66
①　慢性期の医療提供体制の一体的な確保 66
②　地域における 24 時間の提供体制の構築 66
③　効率的かつ効果的な在宅医療提供体制の整備 67
７．介護との連携 68
（１）基本的な考え方 68
①　現状と課題 68
②　協議の進め方 69
（２）協議事項 70
①　慢性期の医療提供体制の一体的な確保 70
②　医療と介護の相互理解に基づく切れ目のない退院・療養支援体制の構築 70
ア　医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた取組について 70
イ　高齢者施設入所中の利用者が適切な医療を受けることができる体制の整備 71
８．人材確保 72
（１）基本的な考え方 72
①　現状と課題 72
②　協議の進め方 73
（２）協議事項 73
①　医師等の確保について 73
②　大学病院本院との連携 74
Ⅲ．地域医療構想の推進について 76

１．2040 年に向けた取組の推進 76
（１）ロジックモデル等を活用した PDCA サイクル 76
① 基本的な考え方 76
② ロジックモデル等の活用 76
（２）地域医療構想の見直しについて 79
① 基本的な考え方 79
② 必要病床数の見直しについて 79
③ 医療機関機能の見直しについて 79
④ その他の取組等の見直しについて 80
２．地域医療構想と医療計画の関係 80
３．精神医療に関する地域医療構想について 80

Ⅰ．地域医療構想の考え方

１．2040 年に向けた医療提供体制について

（１）背景

○　我が国においては、今後、人口構造や疾病構造の変化に伴い、医療の需要が量的、質的に大きく変化することが見込まれている。特に、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年以降、2040 年に向けて、高齢者人口の増加に伴い、高齢者救急や在宅医療の需要が増加する一方、急性期医療の需要が多くの地域で減少することが見込まれる。

○　また、生産年齢人口の減少に伴い、医療機関における医師や看護職員等の担い手の確保がますます困難となることが想定される。

○　このため、地域において必要な医療提供体制を将来にわたり確保していく観点から、2040 年頃の医療需要を見据えつつ、医療機関の役割分担や連携のあり方を整理し、地域全体として適切な医療提供体制を構築することを目的として、地域医療構想を推進する必要がある。

（２）進め方

○　改正医療法において、地域医療構想は 2028 年度までに策定することとされており、

・　2026 年度から 2027 年度上半期頃までに、医療需要の見通しや医療提供体制の現状等について、客観的なデータに基づく分析を行うとともに、地域医療構想調整会議において、データに基づく議論、課題の整理、構想区域の点検・見直しを行い、

・　2028 年度までに、急性期拠点機能を担う医療機関の具体的な医療機関名も含め、2040 年において各医療機関が担う医療機関機能、2040 年の必要病床数、入院医療・外来医療・在宅医療・介護との連携・人材確保に関するそれぞれの取組を、地域医療構想調整会議において協議し、地域医療構想として策定する必要がある（別添１）。

○　なお、地域医療構想は、医療需要や医療提供体制の変化に応じて継続的に見直しを行うことも必要となりうる。都道府県は、地域医療構想の進捗状況を定期的に確認し、必要に応じて取組の改善を行う、いわゆる PDCA サイクルの考え方に基づき、ロジックモデル等のツールも活用しながら、地域医療構想の推進を図ることが重要である。

地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

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

２．地域医療構想について

（１）地域における人口構造の変化を踏まえた取組

○　2040 年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者が増加する中、高齢者救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。また、地域ごとには、例えば以下のような人口規模に応じた課題がある。

・　大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、相対的に医療資源が多く存在する一方で、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。

・　地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。

・　人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。

○　さらに、現時点での人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、地域特有の課題がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

（２）構想区域

○　これまで、二次医療圏や構想区域は一定の医療が完結することを目的に設定してきた。このため、医療計画において、人口 20 万人未満の二次医療圏については、入院医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合、区域の設定を見直すこととしてきた。また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用することとしている。

○　現在、二次医療圏の半数近くが 20 万人以下となっており、今後更なる人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難である。現在の患者動向を前提として、人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。

○　また、外来医療や在宅医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまでも介護保険における在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、また、かか

りつけ医機能に係る協議の場[1]等でも関連した協議を行ってきている中、こうした既存の会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

（３）地域医療構想調整会議

○　新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営を行う必要がある。

○　地域医療構想調整会議は、都道府県単位（以下「都道府県調整会議」という。）と、構想区域単位（以下「区域調整会議」という。）のそれぞれで設置する。

○　また、在宅医療や介護との連携等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療需要や人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は構想区域単位や都道府県単位で行うこと、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討する場として市町村単位ではなく郡市区医師会単位等の構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討すること、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。

○　参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に対応できるようにすることが重要である。

○　例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、課題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位での急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する事項については、議題に応じた関係者で協議を行うこと等が考えられる。

○　また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。このため、都道府県調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の共有、対応案の検討や決定に向けた各段階において、都道府県が案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実

[1] かかりつけ医機能に関する協議については、その対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該構想区域等における地域医療構想調整会議において行うことができる（医療法第 30 条の 18 の５第６項）ことに留意する。

施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。

○　さらに、地域住民に加え、保険者や、有床診療所の関係者等の地域の医療提供体制を支えている者についても、必要な協議への参画が図られるよう、連携を行っていくことが期待される。

○　介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

（４）関係者に期待される役割等

①　都道府県

○　地域医療構想の策定及び推進の主体として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。

○　新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護担当部局と連携して対応することが求められる。また、市町村によっては医療提供に関する部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、市町村職員に対する研修の実施など、必要な支援を行うことが求められる。

○　また、都道府県庁内の介護担当部局をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部局や関連する市町村、都道府県間での連携体制の構築も求められる。

○　特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で連携し、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進めるとともに、実質的な取組の推進を図ることも考えられる。

②　市町村

○　市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定及び推進に協力する必要がある。

○　病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関もあるなど、地域における役割は様々である。市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する

医療内容の見直し等を行い、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

○　介護との連携では、介護保険事業の実施主体として、地域医療構想と介護保険事業（支援）計画との整合性の確保を図りつつ、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携を推進することが求められる。

○　また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を推進することが求められる。

③　大学病院本院

○　大学病院本院は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。Ⅰ．３．（２）⑤も参照すること。

④　医療関係者

○　医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定及び推進への積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。

○　都道府県調整会議には全ての医療関係者が参画し、県全体の医療提供体制について協議を行うことや、区域調整会議には、関連する議題に応じて協議に参画し、取組を推進することが求められる。

⑤　公立・公的病院等

○　②の市町村と同様、県立病院や公的病院等、その設置主体である都道府県、日本赤十字社、済生会、厚生連、国立病院機構、労働者健康安全機構等においても、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。

⑥　医療保険者

○　健康保険組合や全国健康保険協会等の医療保険者は、都道府県調整会議に参画し、区域調整会議の参加者については、都道府県が、都道府県ごとに設置された保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 157 条の２第１項の保険者協議会をいう。以下同じ。）に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等において定期的に報告する機会を設定することが求められる。

○　また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や国民健康保険の保険者としての観点から、効率的な医療提供体制の構築に向けて地域医療構想の推進に取り組むことが求められる。

⑦　介護関係者

○　高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。

○　特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。

○　増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な医療提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、地域における医療と介護それぞれの資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑧　地域医療構想アドバイザー

○　地域医療構想アドバイザーは、データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに地域の医師会関係者や地域の医療提供体制に詳しい学識経験者等が任命されている。

○　こうした地域の医療提供体制に関する有識者に加えて、医療提供体制に関する公衆衛生学分野の有識者をはじめ、需要推計等を医療提供体制の議論に活用できる知見を有する者、他の地域で医療機関の再編・統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の、現場において利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。

○　また、医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想アドバイザーは、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

３．医療機関機能の確保について

（１）基本的な考え方

①　医療機関機能の報告について

○　今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進する必要がある。

○　医療機関の連携・再編・集約化については、地域における急性期拠点機能を担う医療機関の確保をはじめとして、高齢者救急等の救急搬送への対応や慢性期の医療需要への対応等、単に医療機関機能を選択するだけでなく、それぞれの機能

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

○　また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。

○　まずは各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040 年において担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行い、遅くとも 2028 年度までに、各医療機関が 2040 年において担う医療機関機能を決定した上で、以降は、決定された医療機関機能と診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028 年度以降に、医療機関の取組状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、医療機関機能の見直しが行われることも想定されるため、そうした変更があった場合は、必要に応じて、地域医療構想調整会議において医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認することが求められる。

○　在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が、高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っている場合にそれぞれで複数の医療機関機能を報告する中でも、将来の役割分担に資するよう、例えば、2040 年に向けて医療機関が複数の機能を担う場合に、それぞれの機能に加えて主たる機能にも着目しながら協議することも考えられる。

② 医療機関の連携・再編・集約化について

○　今後、2040 年に向けて、人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口も減少し、医療需要が減少するとともに医療の担い手の不足が見込まれる。

○　大都市型の地域においては、医療需要の総量としては大きく減少はしないが、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変化していく。こうした中で、大都市型の地域における医療提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方等へ影響するだけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向であること等により、結果として医師の偏在を助長する懸念があること等も踏まえると、それぞれの地域ごとに当該状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。

○　急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術に

ついては、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。

○　また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種の確保という観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。

○　救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、初期診療を実施した結果、緊急性が高く、専門的な医療が必要な場合等に、救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。高齢者救急に係る「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）の検討に当たっては、地域の実情に応じて下り搬送や上り搬送の活用等についても、メディカルコントロール協議会等において、地域医療構想の考え方も踏まえて検討することが求められる。

○　また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入や手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

③　高齢者救急について

○　高齢者は一般的に、年齢が上昇するほど介護が必要となり、また、高齢者救急については、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られることから、入院医療の需要は高まるものの、高齢となるほど手術を要する入院の割合は低下していく。そうした疾患は、地域の基幹的な医療機関以外の医療機関も含め、多くの医療機関で対応されている。

○　また、入院により ADL が低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供して早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。

○　さらに、高齢者個人に着目すると、同年齢でも ADL 等の差が大きく、また、高齢者に特徴的な疾患や症候であっても、集中的に医療資源を投入し、救命の上で生活に復帰する場合も存在するなど、年齢で一概に高齢者救急を定義づけることは困難である。

○　こうした特徴を踏まえると、患者の救急搬送先を選定する際に、何らか一律の基準をもって当該患者が高齢者救急であると判断して包括期機能の病床を有す

る医療機関に搬送する、といった一律な対応は困難であるが、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携の体制の構築や地域の医療提供体制の確保状況を踏まえながら、高齢者救急について実施基準に位置付けることが必要である。

○　また、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護老人保健施設や介護医療院においてリハビリテーションの提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要である。

④　人口規模に応じた地域ごとの課題について

○　特に人口の大きな都市部においては、医療資源の差異以外にも、交通網の発達等といった様々な要因により、患者の受診行動が多様となり、区域間の患者の流出入が複雑となっている。また、医療機関が極めて近接している場合等もあり、区域の境界部にも多くの医療機関が存在するなど、適切な区域の設定が困難である。流出入率等が一定あることを踏まえながらも、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められる。

○　大都市型や地方都市型の構想区域においては、急性期拠点機能を担う医療機関で全ての手術を対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関においても、例えば高齢者に対する骨折手術等、頻度の高い一部の手術については対応することが考えられる。こうした手術の役割分担については、足下で各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術件数、麻酔科医の数等も踏まえながら、地域ごとに協議し、役割分担を進めることが重要である。

○　また、こうした手術や救急医療を一定数担う医療機関が複数存在している場合において、近接している実績の乏しい医療機関については、在宅医療等の他の役割を担うことを検討することが求められる。

○　大都市型の地域を含み、構想区域が広大な場合であっても、局所的に在宅医療を担う診療所が少ない場合等は、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療等を提供することも考えられる。

○　人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少が生じることとなることから、急性期医療の需要が現時点においても少なく、今後更に減少することが見込まれる。このため、手術等の医療資源を多く要する医療を集約して区域内に急性期拠点機能を一つ確保し、持続可能な提供体制を構築することが求められる。また、高齢者救急・地域急性期機能等についても、2040年の人口も見据えながら、適切な医療機関数や病床数となるよう、適正化を進めることが求められる。

（２）医療機関機能について

①　高齢者救急・地域急性期機能

○　高齢者救急・地域急性期機能は、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力･連携しながら、入院早期からのリハビリテーション･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保するものである。

○　救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。

○　人口の少ない地域等では、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域の個別の実情、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。

②　急性期拠点機能

○　急性期拠点機能は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものである。

○　急性期拠点機能は、救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。

○　急性期拠点機能を担う医療機関に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、急性期拠点機能を担う医療機関は、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症への対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。

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

○　このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。

○　今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、二次医療圏内で２日に１日以上緊急手術が発生する医療圏は人口 30 万人以上が多いことや、人口 20 万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口 20 万人から 30 万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。

○　また、人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が 30 万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。

○　なお、急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な 24 時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念されることを踏まえ、地域で協議することが求められる。

③　在宅医療等連携機能

○　在宅医療等連携機能は、地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行うものである。

○　人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。

○　特に、在宅医療を提供する場合においては、在宅医療に係る生産性向上に資す

る取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

④　専門等機能

○　専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所が担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものである。

○　集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来医療や在宅医療においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。

○　中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。

○　有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受入を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として医療機関機能を報告する。

○　一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。

○　大腿骨近位部骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域において、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。

⑤　医育及び広域診療機能

○　医育及び広域診療機能は、大学病院本院が担うものであり、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前･卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行うものである。

○　今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。

○　具体的には、大学病院本院は、都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は、地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が

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

○　急性期拠点機能を担う医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を大学病院本院が行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として就業契約を締結した上で、地域の自治体立病院において勤務するといった取組が見られている。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。

○　広域的な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療の提供について、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。

○　また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の取組を進めることが重要である。

○　なお、大学病院本院は、地域ごとに確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

４．医療需要の推計について

○　病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き地域において協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040 年の性・年齢階級別人口について、2024 年の NDB データを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDB データ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も、機能区分ごとの医療需要に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。

○　その後、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、

・　入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現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を反映させる。

・　令和７年度補正予算において、病床数適正化緊急支援事業として、令和８年度末までに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数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当たっては、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。
・　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に鑑み、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。
・　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む。
・　必要病床数の算出にあたり用いる値（以下「算出に用いる病床稼働率」という。）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期 78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されている。
・　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算出に用いる病床稼働率として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。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働を高める取組に資するよう、現在の病床利用率のうち、低い外れ値を除いた上で中央値により算出した、高度急性期 78%、急性期 83%、包括期 87%、慢性期 92%を算出に用いる病床稼働率とする。
・　さらに、今後の医療ＤＸ等の取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組や病床数の適正化を進める必要がある。このため、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率について、高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加算することで、これらの取組による効率化分を見込むこととする。
・　この数値は、必要病床数の算定のために用いるものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

○　このほか、必要病床数については、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、

医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030 年、2036 年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて見直しを行う。その際、国においても、病床数の適正化を含めた医療提供の効率化の取組の進展その他の医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、必要に応じて、必要病床数の見直しについて検討を行うこととする。

○　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、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当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。

○　病床機能報告と必要病床数の考え方については、具体的に、以下の点に留意する。

・　必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床機能の分化及び連携が推進されるよう、現在の患者の受療率が変わらないものと仮定し、人口変化を踏まえて 2040 年の推計人口に受療率を乗じ、算出するものである。

・　必要病床数の設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。

・　病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、病床の機能分化及び連携を推進するために報告するものである。病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。

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

○　こうした、それぞれの算出方法が異なることを理解した上で、必要病床数を地域における機能別の病床数としてとらえ、現在の病床数との差分について、単に数字上で、必要病床数が現在の病床数を上回るため必要病床数となるよう病床を整備するのではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、地域の医療提供体制を構築していくことが重要である。

○　基準病床数と必要病床数については、基本的な算定式の考え方は同様であるが、基準病床数は、６カ年計画である医療計画において設定し病床の地域的偏在を是正することで全国的に一定水準以上の医療の確保を目的とするものである一方、必要病床数は地域医療構想として中長期に設定し、将来における病床の機能分化・連携の推進を目的とするものである。また、基準病床数は一般病床と療養病床の数字を合算している一方、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出している等、算定に当たって目標

とする時期や意義等が異なる。

Ⅱ．地域医療構想の策定について

１．医療機関機能報告・病床機能報告

（１）医療機関機能報告

○　医療機関は、地域における医療機関機能を都道府県知事に報告することとしており（医療法第 30 条の 13)、各医療機関が現に担っている医療機関機能、2040 年において担う医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を報告する（別添２）。

○　具体的には、毎年の医療機関機能報告において、各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040 年において担う医療機関機能、診療実績等を報告する。また、協議において、遅くとも 2028 年度までに、各医療機関が 2040 年において担う医療機関機能を決定し報告した上で、当該報告以降については、決定された医療機関機能等を報告する。

○　2028 年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。

○　報告を行う医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではない。診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として医療機関機能に係る協議を行うことは考えられるが、特定の診療報酬項目の届出の有無を各医療機関機能の必要条件や十分条件のように取り扱うことは適切ではなく、地域における診療実態等を総合的に検討し、協議すること。

○　医療機関機能の報告にあたり、在宅医療等連携機能については、地域の医療資源や医療需要等の実情を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能を担う医療機関が、在宅医療や在宅医療の後方支援についても担う場合、複数の医療機関機能を報告することは差し支えない。ただし、医療機関機能は、医療機関間の役割分担を明確化するためのものであり、在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れうる医療機関が全て当該機能を報告することはこの趣旨にそぐわない。在宅医療の提供を行う、あるいは主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討した上で、そうした役割を担う医療機関が在宅医療等連携機能を報告する。

○　高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、両機能を一つの医療機関が報告することはしない。

（別添２）

令和8年度医療機関機能報告の報告項目について

医療機能等

現時点で担っている医療機関機能

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

構造設備・人員配置

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

†病床機能報告における既存の入力項目について、医療機関機能報告として入力必須とする
＊前年の実績等を入力する項目であることを踏まえ、令和９年度以降入力必須とする。
※入力負担の軽減等の観点から以下の対応を行う
・下線部の項目については、厚生労働省において確認や集計等を行い、結果をG-MIS上に表示する
・外来医療の提供状況については、外来機能報告の内容を踏まえ新たな報告は求めない

医療機関機能に関する内容

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

期間・時点　□ ７月１日時点　□ １年分（前年の実績等）

（２）病床機能報告

○　病床の機能区分については、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの４区分のうち、従来の「回復期機能」については、「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」及び従来の「回復期機能」を併せて、「包括期機能」として位置付けることとしている。

○　病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとするが、一定の客観性をもった報告となるよう、医療機関は、各病床機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類を参照し、病床機能の報告を行う（別添３）。

○　ただし、病床機能報告は、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではなく、各病棟において実際に担っている医療機能や入院患者の状態を含めた客観的なデータ等を踏まえて、医療機関が適切に判断し報告することが重要であることに留意する必要がある。

○　医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。また、専門等機能を担う医療機関のうち、「集中的なリハビリテーション」を行う医療機関は包括期機能の病床を、「高齢者等の中長期にわたる入院医療機能」を担う医療機関は慢性期機能の病床を有することが想定される。

○　有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、以下のような病床機能の選択が考えられる。

・　産科や整形外科等の診療科で手術等を実施している場合：急性期機能

・　在宅患者の急変時の受入や急性期経過後の患者の受入等、幅広い病期の患者に医療を提供している場合：急性期機能又は包括期機能

・　療養病床として慢性期の患者の診療を行っている場合：慢性期機能

（別添３）

病床機能報告における報告の目安

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	• 救命救急入院料 • 特定集中治療室管理料 • ハイケアユニット入院医療管理料 • 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 • 小児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 • 総合周産期特定集中治療室管理料 • 新生児治療回復室入院医療管理料 • 一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	• 急性期病院A、B一般入院料 • 急性期一般入院料１～６ • 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） • 専門病院入院基本料（7:1、10:1） • 小児入院医療管理料１～３
包括期機能	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	• 地域一般入院料１～３ • 専門病院入院基本料（13:1） • 有床診療所入院基本料１、４ • 地域包括医療病棟入院料 • 小児入院医療管理料４、５ • 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 • 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 • 特定一般病棟入院料 • 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 有床診療所入院基本料２、３、５、６ • 有床診療所療養病床入院基本料 • 特殊疾患入院医療管理料 • 特殊疾患病棟入院料 • 緩和ケア病棟入院料

※　診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

２．地域医療構想の策定

（１）2040 年までのスケジュール

○　2040 年に向けた地域医療構想、第９次医療計画については、以下のスケジュールで進める。

①　地域医療構想の策定（2026～2028 年度）

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

②　第９次医療計画の策定（2029 年度頃）

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

③　取組の推進

策定した地域医療構想や第９次医療計画に係る取組を進め、PDCA サイクルやロジックモデルを活用しながら、地域医療構想の内容を確認し、必要に応じて見直しを行う。

④　成果の確保（2035 年頃）

これまでの取組も踏まえつつ、2040 年やその先に向けた地域の医療需要に応じた医療提供体制が確保されるよう、医療機関機能の役割分担等について、一定の成果を確保する。

（２）検討体制の構築

○　地域医療構想の策定に当たっては、都道府県が主体となり、地域医療構想調整会議を中心として関係者との協議を行いながら、地域の医療提供体制の課題を整理し、必要な医療機関機能を確保した上で、医療機関間の役割分担の方向性を検討することが重要である。

○　こうした地域医療構想の策定プロセスにおいては、地域医療構想調整会議の開催、医療提供体制の現状や課題の把握、協議のためのデータの整理、関係者との調整等、多くの実務的な作業が必要であり、このために必要な事務局の体制を整備することが求められる。

○　都道府県調整会議と区域調整会議を設定して協議を進める。地域医療構想の策定や医療提供体制の確保に向けては、介護との連携、医歯薬連携、医療へのアクセス等の観点が重要であり、都道府県の医療担当部局だけではなく、介護担当部局、薬務担当部局、国民健康保険担当部局、地域交通担当部局、都市計画担当部局等の関係部局や保健所等との連携体制を構築し、在宅医療の協議の場や医療及び介護の体制整備に係る協議の場等の検討の場と連携し、効率的かつ効果的に検討・協議を進める体制を構築する。また、調整会議での協議において、これら部局が関係する議題においては、関係部局が出席し、対応を検討すること等が求められる。

○　特に、2040 年に向けては、介護との連携も地域医療構想における重要な事項とし

て位置付けており、介護担当部局とは、

・　地域医療構想の検討に当たり、介護保険事業（支援）計画の担当部局と定期的に情報共有を行う体制を整備すること

・　慢性期の医療需要への対応や退院後の生活支援の観点から、介護保険施設（介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム）や居宅サービスの整備状況、高齢者施設等の協力医療機関の確保状況、療養病床の整備状況等を共有すること

・　退院支援や在宅医療への移行の課題について、医療・介護双方の関係者が参加する協議の場を設けること

等について検討する。

○　医歯薬連携の推進や関連職種の確保については、薬務担当部局やその他関連部局、市町村等と連携し、在宅医療における訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等を含む多職種間の連携体制の構築に係る具体的取組について検討すること等が想定される。

○　医療へのアクセスの確保に向けては、地域交通担当部局等と連携し、医療機関への通院手段等に係る課題を共有することや、市町村等とも連携し、具体的な通院支援のあり方について検討することが想定される。また、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う立地の検討に当たっては、都市計画担当部局等と連携し、立地適正化計画等のまちづくり計画も踏まえながら検討することも想定される。

○　介護や精神保健・障害福祉、公共交通政策等といった、地域医療構想調整会議とは別に県や市町村に設置される審議会等で議論される事項であって、医療提供体制との関連性も議論されるべき事項や、診療報酬上、調整会議での協議が調っていることが要件等とされている事項については、調整会議を地域の医療提供体制に関する意見を聴く場として活用し、他部局や医療機関等からの求めに応じ、当該意見を踏まえて審議会等で議論することも考えられる。

○　データ整理や論点提示に当たっては地域医療構想アドバイザーの活用等により、ファシリテーション等を通じて協議の活性化や円滑な合意形成を図ることが望ましい。

（３）策定に向けた協議

○　地域医療構想の策定に向けては、都道府県の体制や協議内容に応じて、都道府県調整会議、区域調整会議や関係する会議体を適切に使い分けて協議を行う。かかりつけ医機能に係る協議の場等の既存の他の協議体とは、一体的に運用していくことのほか、地域医療構想調整会議において将来を見据えた医療提供体制の方向性を議論し、既存の他の協議体において個別具体的な取組を議論するといった使い分けも考えられる。なお、協議に当たっては、地域医療構想は、医療機関の報告を踏まえ、医療機関の自主的な取組を前提として進めるものであることに留意する。

○　会議体については、あらかじめ決定した構成員で協議を行うほか、議題に応じたワーキンググループごとに参加者を設定することや、既存の他の協議体の議論をもって代えること等、柔軟に体制を設定し、効率的に協議を進める。

○　都道府県調整会議では、都道府県内の構想区域ごとの課題や議論の状況の共有、特

に医療提供体制の構築のための支援が必要な構想区域について、連携体制の構築や、地域医療対策協議会との連携による医師の人的協力の検討・調整などを行う。

○　地域医療構想の策定に向け協議すべき事項は、人口構造や医療需要の見込み、医療資源の状況等により地域ごとに異なる。都道府県は、管轄内の構想区域について、一律に同一の内容の協議を行う必要はなく、区域ごとに異なる課題やその軽重に応じて柔軟に協議を行うことは差し支えない。

○　地域の関係者の理解を得ながら協議を進めることが重要であり、地域の医療提供体制の構築に向けた現状の把握、課題の整理、対応案の検討・決定といった各段階において、検討内容や方向性を整理した案を地域住民も含め広く共有できる形で公表する。また、パブリックコメントの実施等により、住民の意見を十分に把握できるよう検討を進めていくことが望まれる。

○　対応の検討に当たっては、複数案を比較検討することが望ましい。例えば、急性期拠点機能の確保に当たって、医療機関の連携・再編・集約化等を行う場合と、現状の体制を継続する場合等について検討し、可能な場合には複数案を作成した上で、それぞれの案について医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療従事者の確保等の観点から比較検討を行うといった進め方が考えられる。

（４）基本となるデータについて

○　医療提供体制の協議に当たっては、将来の人口や地域における医療資源を把握した上で、医療需要の変化や医療従事者の減少等の課題について共有することが重要となる。

○　協議に当たって地域の関係者と共有すべき基本となる主なデータは別添４のとおりである。データの出典については、公表されているものを可能な限り示しているが、特に施設単位でのデータで不足するものについては、必要に応じて調査を行う等により把握すること。

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

○　また、各医療機関の診療実績等に基づく協議を進めるに当たっては、がん診療連携拠点病院等の診療実績や、診療報酬上の各種要件に係る実績についても、現時点での水準の把握や、他地域・全国との相対比較等を行った上で、2040 年に向け、地域全体としてどの程度の診療実績が必要となるかを検討することが望ましい。

○　なお、医療機関機能報告・病床機能報告等により、構想区域別、医療機関別の手術件数や救急搬送受入件数に基づく検討を行う場合、以下の点に留意すること。

・　手術件数

ー　急性期医療の実施状況の把握のため、全身麻酔を伴う手術の実施件数や緊急手術の実施件数を用いることが考えられるが、全身麻酔を伴う手術も、高度な技術を要する手術から、高齢者救急に関連する手術（大腿骨近位部骨折に対する

手術等）、頻度の高い手術、外来でも実施可能な手術等様々であること等を踏まえ、地域ごとに急性期拠点機能を担う医療機関に求められる役割に応じた詳細な把握、検討が望ましい。

・　救急搬送受入件数

ー　救急搬送された症例の中でも、緊急性や重症度は様々であり、また、公共交通機関が乏しい等、自宅や高齢者施設から医療機関までのアクセスに課題があるために、他の地域よりも相対的に多く救急車が利用される場合、医療機関と高齢者施設との間で救急車を利用して搬送する取り決めを行っている場合等も存在し、救急搬送受入件数にはこうした様々な実態が反映されるものである。このため、救急搬送受入件数が多いことのみをもって急性期拠点機能を担う医療機関を決定することは適切ではない。また、区域全体の救急搬送受入件数を、人口規模が同程度の他の地域と比較すること等により、地域における救急搬送受入状況の把握や、地域の高齢者施設における救急要請の実態の確認等、様々な取組が求められる。

協議にあたって基本となるデータ①

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

協議にあたって基本となるデータ②

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

協議にあたって基本となるデータ③

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

協議にあたって基本となるデータ④

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

３．構想区域

（１）基本的な考え方

①　現状と課題

○　構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のため、の２つの役割がある。

○　医療提供体制の構築に向けては、将来にわたっても、当該区域の医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、当該地域で緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要がある。

○　また、必要病床数の運用に向けては、今後入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040 年に必要な病床数を確保するため、特に、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が、地域医療構想調整会議や都道府県医療審議会での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位とする必要がある。

○　これまで、二次医療圏については、人口規模が 20 万人未満、流入患者割合が 20%未満、流出患者割合が 20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すこと等を示してきている[2]。2040 年やその先を見据えた構想区域の設定に当たっても、こうした人口規模、流入患者割合、流出患者割合といったデータや、一部の地域において隣の医療圏との間で患者が流出入している実態等を踏まえ、現状と課題を認識し、適切な区域の設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

○　なお、構想区域の決定後においても、第９次医療計画等に向け、各分野の圏域設定については引き続き検討していく必要がある。その際、災害医療のように、構想区域内の一定の地域単位で、体制整備を図ることも考えられるものや、小児・周産期医療のように人材の制約等から、より広域での対応が求められるものなど、各分野の特性を踏まえた検討が必要である。ただし、がんの医療圏の設定などについては、がん手術を担う外科医が、胆嚢炎等のがん以外の多様な疾患の手術も併せて担う必要があること等から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担とも整合性を図っていくことが求められることに留意する。また、二次医療圏を基本とした医師確保計画等における区域設定のあり方については、施策の連続性の観点から、第９次医療計画に向け、国において必要な対応について検討していく。

---

[2] 「特に、人口規模が 20 万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が 20%未満かつ推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が 20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要であること。」（「医療計画について」（令和５年３月 31 日付け医政発 0331 第 16 号厚生労働省医政局長通知））

② 地域類型ごとの特性

ア 大都市型の地域

○ 大都市型の地域においては、高齢者救急、在宅医療等の需要が増加する一方、生産年齢人口は緩やかに減少していくが、手術や救急搬送の受入を行う医療機関が多く所在しており、特に大学病院本院が複数所在している場合もある。各医療機関における医療従事者の確保や働き方の観点から非効率な提供体制となっていること、構想区域間での偏在が生じていること等が課題となりうる。

○ これまで、人口規模が 100 万人以上の区域については、構想区域としての運用に課題がある場合もあることから、区域の見直しを検討することとしてきた[3]。特に、東京都特別区等においては、広い範囲で人口が多く、また公共交通網が発達し、患者の受療行動が多様化・広域化する中、患者の流出入が複雑となるため、既存の構想区域が実際の医療提供体制や受療行動の実態に必ずしも即していない場合がある。こうした地域においては、受療行動の実態に一致した区域を設定することが困難な場合も考えられる。

○ また、大都市型の地域では、区域全体としては医療資源が多くても、区域内の一部地域では相対的に病床や救急受入体制が限られるなど、構想区域内の医療資源の偏在も課題となる場合がある。このため、区域において増床等を実施する場合には、地域での運用方法を検討する必要がある。

イ 地方都市型の地域

○ 地方都市型の地域においては、増加する高齢者に対する医療提供体制の確保と、医療の担い手の確保を同時に進める必要があることが課題となる。

○ 地方都市型の地域は、一定の人口規模を有しており、地域において相対的に医療資源が豊富である場合も多いことから、隣接する区域において一定の医療の完結が困難な場合、当該隣接区域を含める形での広域化等が求められる場合がある。

ウ 人口の少ない地域

○ 人口の少ない地域においては、医療需要は減少し、医療従事者の確保もますます困難となる。こうした中、2040 年やその先に向けて、入院医療を提供する単位として構想区域が成り立たなくなる場合があることが課題となる。

○ 隣接する都道府県も含め、患者の相当程度が他の構想区域に流出している場合もあることから、現在の構想区域を前提とせず、区域の広域化等を検討することや、都道府県間での連携も含めた医療機関機能の広域的な確保等を検討することが必要である。

---

[3] 「また、人口規模が 100 万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。」(「医療計画について」（令和５年３月 31 日付け医政発 0331 第 16 号厚生労働省医政局長通知))

③　協議の進め方

○　新たな地域医療構想においては、都道府県全体として、医療機関機能の確保や大学病院本院と都道府県の連携により、全ての構想区域で、医療資源に応じた適切な医療提供体制を確保することが重要である。このため、各構想区域における課題について都道府県が全体を把握し、都道府県調整会議において各構想区域での課題を共有する必要がある。

○　区域調整会議において、構想区域の設定に係る課題を把握し、現在の区域を維持しつつ、隣接する区域との連携体制を構築することや、隣接する区域と統合すること等について、症例数や医療従事者の確保、患者のアクセス等の複数の観点から、それぞれのメリット、デメリットを整理・比較しながら対応案を検討する。その上で、都道府県調整会議においても協議の内容や対応案を共有し、必要に応じて協議を行いながら、構想区域の設定を行う。

○　また、隣接する区域との連携体制の構築が必要な場合、特に他の都道府県の区域との連携体制を構築する場合は、両区域で地域医療構想調整会議等を合同で開催することや、両都道府県と、特に連携において重要となる医療機関等の関係者で協議を行い、調整会議に報告する等、協議の運営方法や協議事項について、両構想区域間・両都道府県間で連携して検討することとする。

（２）協議事項

①　構想区域の設定

○　都道府県は、将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態等を踏まえて、現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として一定の医療提供の完結が可能か、都市部を中心とした人口が多く公共交通機関が発達している地域においては、協議する単位として適切であるか等の課題を整理する。

○　その上で、都道府県は、課題がある構想区域については、現在の区域の維持、隣接する区域との統合又は再編等の対応について検討する。

○　見直し案の作成に当たっては、例えば次のような方向性が考えられる。

・　構想区域の統合

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

・　構想区域の再編

－　構想区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合は、当該市区町村を当該隣接区域に含

める案が検討される。

○　このほか、島嶼を含む構想区域等、区域内において、医療需要や医療資源が限られ、他の医療機関とのアクセスにおいても課題がある地域が所在する構想区域については、既存の構想区域を前提とし、限られた医療資源の中でどの程度区域内における医療提供体制を確保するか、その上で当該地域の患者の搬送先等となる他の構想区域の医療機関と、ドクターヘリによる搬送等も含めどのようにアクセスを確保するかを検討する。

○　区域の設定を協議するに当たっては、さらに、以下の点に留意する。

・　大都市部においては、数十万人単位の構想区域を複数設定する場合や、数百万人単位の広範な構想区域を設定する場合が考えられるが、数百万人単位の構想区域を設定する場合であっても、構想区域内の一定の地域ごとにワーキンググループを設置し、入院医療等の具体的な協議について検討する等、医療提供体制の確保に必要な検討体制については、都道府県の体制に応じて検討する。

・　人口の少ない地域においては、構想区域を広域化した場合、区域内の一部の地域で医療機関までの移動時間が自動車で一時間程度等と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合がある。このため、区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要である。他方、患者のアクセス等を考慮し広域化をせず、人口の少ない地域として区域の設定を見直さない場合であっても、広域化し、連携・再編・集約化を行う場合の案も比較検討すること。

・　現時点で 20～30 万人程度の人口規模であっても、今後人口減少が見込まれる区域や、全身麻酔手術の件数等の診療実績が、同程度の人口規模である他の区域と比べて低い区域、患者の流出が多い区域は、2040 年に向けて区域内での医療提供の完結が困難となる可能性がある。こうした場合、住民の医療アクセスの観点も踏まえ、一定の入院機能を地域内に残すことを前提としつつ、区域の合併による提供体制の構築等を検討する必要がある。

② 隣接する都道府県との連携

ア　都道府県間の協議について

○　都道府県境に位置する構想区域においては、隣接する他の都道府県の区域との間で患者の流出入が多く見られる場合等があることから、関係する都道府県間で医療提供体制の状況について情報共有や協議を行うことが重要である。

○　特に、例えば次のような場合には、都道府県間で協議を行うことが考えられる。

・　都道府県境に位置する構想区域において、医療資源や人口規模の制約により、当該区域内で一定の医療を完結させることが困難であり、患者のアクセスの観点から、隣接する他の都道府県の区域に所在する医療機関に流出している、又は今後の流出の増加が見込まれる場合

・　医療資源が乏しい構想区域同士が都道府県境を挟んで隣接しており、医療提供体制を検討する上で、両区域にまたがる形で医療機関間の役割分担や集約化等を図っていくことが効率的であると考えられる場合

○　こうした場合、隣接する都道府県と、区域内の医療需要や医療資源等に関する情報を共有し、県境をまたぐ医療提供体制の実態を把握するとともに、構想区域間での連携を通じた医療提供体制の確保に向けて、平時からの患者のアクセス支援や医療機関機能確保のための支援の検討を行う。

○　また、こうした地域は、隣接する両区域で一体として急性期拠点機能をはじめとした医療機関機能を確保する等、両区域の密な連携のもとで、医療提供体制を構築していくことも検討する（下記ウ参照。）。

○　なお、東京、神奈川、埼玉、千葉等の、極めて人口が多い都道府県において、区域間の患者の流出入が多いものの、両区域とも医療資源が一定程度確保されている場合は、区域間での協議は必ずしも必要ではない。ただし、必要病床数の設定や医療機関間の連携等に係る具体的な課題がある場合には、課題に応じて協議を行うことは考えられる。

イ　都道府県間での具体的な連携体制のあり方

○　アのような事項について、都道府県境をまたぐ構想区域間等で協議する体制が必要と考えられる場合、両都道府県間でどのように協議を進めるかを検討する。

○　具体的には、以下のような体制が考えられる。

・　関係する都道府県が合同で、隣接する区域同士の区域調整会議を開催する

・　両区域の連携に関係する主な医療機関の関係者等で協議する場を設定する

・　一方の区域調整会議に、関係する他の構想区域の医療機関や都道府県が参加する

○　合同での協議を行うに当たっては、関係する構想区域内の医療機関、実際に隣接している市町村、消防機関、医療関係団体等の関係者の参加を得ながら、都道府県境をまたいだ医療提供体制のあり方について協議を行うことが望ましい。協議事項としては、具体的には、以下のようなものが考えられる。

・　急性期拠点機能等の医療機関機能の確保

・　救急医療や主な診療領域の手術等に関する具体的な役割分担

・　救急搬送のあり方（実施基準への反映等）

・　医療機関機能の確保や医療機関へのアクセスの確保のための支援策

・　構想区域ごとの必要病床数

○　さらに、それぞれの都道府県調整会議、区域調整会議における議論の状況や、地域の医療提供体制の実情を踏まえながら、継続的に協議を行うことや、必要

に応じて連携に関する協定を締結し具体的な連携内容について整理しておくことが考えられる。

○　なお、医療機関機能及び病床機能の分化・連携に向け、合同での協議を行う際に必要となる事務費用については、地域医療介護総合確保基金においてその事務費用を支弁することが可能である。その際の費用の支弁については、事前に両都道府県で取り決めを行う。

ウ　医療機関機能の広域的な確保

○　都道府県境をまたぐ構想区域間で一体的に医療機関機能の確保を検討する場合、急性期拠点機能の確保については、両区域で合わせて一つ確保し、集約化の取組を進めることも対応案として検討する。

○　その際、急性期拠点機能を有さないこととした構想区域においては、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等を確保し、当該医療機関において救急搬送患者の受入や初期対応等が可能となるよう、人材確保等の取組を行うほか、急性期拠点機能を担う医療機関へのアクセスを確保する観点から、都道府県境を越えた救急搬送体制の確保やその他の移動支援策等について、具体的な協議を行う。

○　このような広域的な医療機関の役割分担を円滑に運用するためには、必要に応じて、消防機関やメディカルコントロール協議会等とも連携し、救急搬送の運用や搬送先の考え方についても整理することが重要である。関係する都道府県間において、関係する医療機関、市町村、消防機関等の関係者とも連携しながら、具体的な連携の内容や役割分担等に関し、必要に応じて協定等を締結することも検討する。

③　必要病床数の算出

○　構想区域を設定した後、区域ごとに必要病床数の算出を行う。

（式のイメージ）

必要病床数　＝　［当該構想区域に所在する医療機関に入院する患者の 2040 年の性・年齢階級別の入院受療率　×　当該構想区域の 2040 年の性・年齢階級別推計人口］の総和を（病床稼働率）で除したもの

○　なお、必要病床数は、構想区域に所在する医療機関に入院する患者数をもとに入院受療率を算出しているものである。一方、国から提供するデータを用いて、各構想区域に居住している患者が他の構想区域に所在する医療機関に流出している数や、構想区域に所在する医療機関に他の構想区域に居住する患者が流入している数等を踏まえた必要病床数を算出することも可能であり、各構想区域の実情に応じた算出を行うことは差し支えない。ただし、こうした場合においても、

患者の流出入のいずれかの数字のみを考慮して必要病床数を算出するのではなく、都道府県をまたぐ場合も含めて、流出先又は流入先となる構想区域と連携し、流出入の両方の数字を加味して算出することとする。

○　構想区域の見直しを行った場合は、2026 年度から 2028 年度までの間においては、都道府県からの求めに応じて、見直し後の区域の将来推計人口等を踏まえたデータの提供を行う予定である。このほか、簡易的に、区域の見直し前に算出した必要病床数に対して、人口比率等に応じて按分する等の手法も考えられる。

４．入院医療

（１）基本的な考え方

①　現状と課題

○　入院医療については、地域ごとに、人口構造の変化や医療資源の状況が異なり、人口規模ごとに抱える課題が異なる。それら課題を踏まえ、医療需要の変化等に対応した持続可能な入院医療提供体制を構築することが重要である。

○　具体的には、医療機関機能の確保に向けた協議を通じて、手術や救急医療等の医療資源を要する医療を提供する体制を、集約化等を通じてどのように確保していくか、高齢者救急の受入やリハビリテーション、在宅復帰、慢性期医療需要への対応について、どのような役割分担を行って対応していくか等、具体的な取組を検討する。

②　地域類型ごとの特性

ア　大都市型の地域

○　大都市型の地域においては、高齢者人口の大幅な増加に伴い、高齢者救急が増加し、手術等の医療資源を要する医療の需要は相対的に減少することが見込まれる。

○　また、大都市型の地域では、特定の診療科に特化した専門病院等を含め、一定の急性期医療を担う医療機関が多数存在し、手術や救急医療等の医療資源を多く要する医療が多数の医療機関に分散することで、施設ごとの症例数や医師の働き方等にばらつきが存在している場合がある。

○　こうした急性期医療の分散や医療機関間の機能重複は、当該地域内での非効率な体制にとどまらず、医療従事者が都市部に集中し、都道府県全体における医師等の医療資源の偏在が進むため、当該地域の検討に当たっては、当該地域のみならず、国や都道府県全体における医療従事者の偏在是正及び持続可能な医療提供体制の確保の観点からも検討が必要となる。

○　さらに、大都市型の地域では、区域全体としては医療資源が多くても、区域内の一部地域では相対的に病床や救急受入体制が限られるなど、構想区域内の医療資源の偏在も課題となる場合がある。このため、区域全体に加えて、区域内の偏在も踏まえて、病床等の整備を進めることが必要となる。

イ　地方都市型の地域

○　地方都市型の地域においては、高齢者人口が増加する一方で、生産年齢人口は減少することが見込まれ、手術等の医療資源を要する急性期医療について、一定程度の需要が存在するものの、今後は症例数の減少や医療従事者の確保が困難となることが見込まれる。

○　また、地方都市型の地域は、大都市型の地域ほど医療資源が潤沢ではない一方で、県庁所在地であることや大学病院本院が所在する等、都道府県内で最も医療資源が多い地域である場合が多く、区域内において、一定程度の急性期医療、高齢者救急、その他の入院医療について、区域外からの流入にも対応できる体制の確保が求められる場合がある。

○　大都市型の地域と同様に、区域内の複数の医療機関に手術機能や救急搬送の受入が小規模に分散している場合については、医療従事者の持続可能な働き方の確保、将来的な人材育成の観点から持続可能な体制を維持することが困難となるおそれがあるため、区域内における医療機関の連携・再編・集約化を進めながら、必要な医療機能を維持することが重要である。

○　このため、増加する高齢者救急等の需要に対応しつつ、限られた医療従事者で持続可能な入院医療の提供体制を確保することが課題となる。手術等の医療資源を要する医療については、急性期拠点機能を担う複数の医療機関や大学病院本院に集約し、高齢者救急を中心とした救急搬送の受入については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が担う等の役割分担を進めることが必要となる。

ウ　人口の少ない地域

○　人口の少ない地域においては、高齢者人口及び生産年齢人口の減少が見込まれる中、高齢者救急も含め、急性期医療の需要そのものが減少する一方で、医療従事者の確保も一層困難となり、従来どおりの入院医療の提供を完結させることがますます困難となる。こうした限られた医療資源の中で、必要な急性期医療等の体制を維持することが重要である。

○　このため、急性期医療は、医療の質及び医療従事者の持続可能な働き方を確保できるよう、急性期拠点機能を担う医療機関に集約し、限られた医療資源に応じて効率的な提供体制を構築することが必要である。また、区域内のみで、地域で発生する手術等の急性期医療に対応することが困難な場合は、近接する構想区域での提供を前提に、医療機関へのアクセスの支援や医療機関間の連携体制の構築等を行う必要がある。

○　また、これまで輪番制により二次救急の対応を行ってきた地域において、輪番制の維持が困難となっている場合があり、人口規模や医療資源の状況によっては、急性期拠点機能を担う医療機関が高齢者救急の受入も含めて対応してい

くことも検討する必要がある。

○　さらに、一部の地域においては、自動車で一時間程度等と離れた複数の同規模の生活圏域により構成され、それぞれの圏域において同程度の急性期医療を提供する医療機関が存在する場合があり、アクセスの確保の観点から、一方の医療機関への集約に課題がある場合がある。こうした場合には、各生活圏域内における当該医療機関が、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関として一定の入院医療体制を確保した上で、それぞれの圏域に近接する他の構想区域に所在する急性期拠点機能を担う医療機関と連携する等の対応を検討することも考えられる。

③　協議の進め方

○　入院医療に関する協議については、都道府県調整会議と区域調整会議を適切に使い分けながら協議を進める。

○　都道府県調整会議においては、データに基づき、各地域の現状や将来の見込みに加え、区域ごとに提供できる医療の差異や区域間での流入、流出の状況の確認、他の都道府県との比較等も踏まえ、地域ごとの課題を把握するとともに、患者のアクセスへの支援、隣接する他都道府県との連携、大学病院本院による人的協力のあり方、各構想区域では確保することが困難な医療への対応等について協議する。

○　区域調整会議においては、当該区域の課題に応じて、医療機関機能の確保や、手術、救急医療等の医療資源を要する医療の役割分担、病床の整備、その他入院医療提供体制の確保に向けた課題について協議を行う。

○　医療機関機能に関する協議については、当該区域の将来人口推計や、医療需要の見通し、各医療機関から報告された医療機関機能や実績等を把握・整理した上で、各医療機関が 2040 年において担う医療機関機能について協議を行う。協議に当たっては、急性期拠点機能について、構想区域の人口規模に加え、構想区域及び医療機関ごとの診療実績の現状や今後の見通し、医師等の確保状況を踏まえ、区域内で何か所程度確保することが適当かをまず整理した上で、2028 年度末までに各医療機関が 2040 年に担う医療機関機能を決定する。

○　医療機関機能の協議に当たっては、単に医療機関ごとの医療機関機能の形式的な決定自体を目的にするのではなく、入院医療に係る必要な医療提供体制の確保に資するかという観点から検討を行うことが重要である。

○　各医療機関が担う医療機関機能を決定した後は、急性期拠点機能を担う医療機関を中心に、手術や休日・夜間の救急対応等について、地域の医療資源等の状況に応じ、集約化も含めた役割分担をどのように行っていくか、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、リハビリテーションや退院支援等の機能を具体的にどのように果たしていき、高齢者を中心とした救急受入をどう役割分担して担っていくか、慢性期の医療需要の見込みも踏まえ、在宅医療等連携機能を担う医

療機関が地域で果たすべき役割等を協議する。

○　病床数に関する協議については、必要病床数や将来の入院医療需要の見込みの推移を踏まえ、高度急性期・急性期、包括期、慢性期の各機能の病床がどの程度必要となるかを確認し、足元の病床機能報告の状況に鑑み、病床の機能分化及び連携をどのように進めるかを協議する。その際、単に病床数の過不足を形式的に比較するのではなく、必要病床数と病床機能報告の病床数の算出方法の差異や、実際の医療需要、病床稼働率等も踏まえ、区域全体として病床の確保について検討する。

○　各事項の協議に当たっては、複数の対応案を設定した上で、比較しながら検討することが望ましい。対応案の比較に当たっては、将来の医療需要との整合性、患者のアクセス、医療従事者の確保の見込み等の複数の観点を踏まえるとともに、協議の状況を適時・適切に公表しながら進めること。

○　また、地域医療構想の策定後は、2040 年に向けて、毎年の医療機関機能・病床機能報告における各医療機関の実績に基づき、取組の状況を客観的にフォローしていくとともに、実際の医療需要の変化や人材確保の状況についても把握していく。

（２）協議事項

①　医療機関機能の確保

ア　急性期拠点機能

（ア）基本的な方向性

○　急性期拠点機能の確保の目的は、手術等の急性期医療を集約して提供していくこと、また、急性期医療に従事する医師等について、都道府県と大学との連携により確保していくことで、地域において質の高い医療を提供するとともに、医療従事者も持続可能な働き方を確保し、地域における効率的な医療提供体制を構築していくことにある。

○　急性期拠点機能を担う医療機関については、2040 年の人口推計をもとに、人口 20 万人から 30 万人程度につき一か所程度を目安に確保する。

○　急性期拠点機能を担う医療機関の決定に当たっては、医療機関機能報告・病床機能報告等のデータを活用し、各医療機関の全身麻酔手術件数・緊急手術件数（必要に応じて診療科別件数等）や救急搬送受入件数（必要に応じて年齢区分別件数、経路区分別件数）等の急性期医療に係る診療実績を確認した上で、医師をはじめとする医療従事者の確保の見込みや医療機器の整備状況等の施設の整備状況に加え、建物の築年数、各種補助金や繰入金の活用状況等も考慮しながら、協議を行う。

（イ）急性期拠点機能を担う医療機関の役割について

○　急性期拠点機能を担う医療機関については、地域において、相対的に多く

の医療資源が配置されることになることから、災害医療への対応、新興感染症発生時の病床確保に係る医療措置協定の締結、初期臨床研修及び専門研修の実施による卒後教育、地域の医療機関への医師の派遣等、政策医療を含め、関連する役割を総合的に担っていく必要がある。

○　急性期拠点機能を担う医療機関は、救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、地域の実情に応じて総合的に提供することが求められる。具体的には、消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心として、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応できる総合性を共通して確保することが必要となる。

○　小児・周産期医療や精神医療等の一部の診療領域については、人口の少ない地域等において、例えば、ハイリスク妊産婦以外の分娩機能を、急性期拠点機能を担う医療機関に集約していくといった対応が求められる場合もある。一方、大都市部等において、既に他の医療機関によりこうした診療領域の体制が整備されている場合、急性期拠点機能を担う医療機関が新たに当該診療機能を担う必要はないと考えられる。

○　急性期拠点機能を担う医療機関が、一定の総合的な診療体制を有し、医師等の修練に資する一定の症例数を確保するためには、一定の病床数を有することが求められる。ただし、入院患者数が減少傾向であることも踏まえ、地域の役割分担の中で、他の医療機関が担うべき、高齢者救急等の症例を必要以上に対応していくことは適切ではなく、高度急性期・急性期の必要病床数を踏まえながら、地域において求められる総合的な急性期入院医療の提供機能を維持できる範囲で、ダウンサイズを行うことが求められる。

（ウ）急性期拠点機能を担う医療機関数について

○　急性期拠点機能を担う医療機関数は、2040 年の人口規模に基づけば複数か所が目安となる区域であっても、患者の流出入の状況や区域全体及び各医療機関の全国的な水準と比較した診療実績、2040 年に向けた症例数や医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、将来的な医療機関の役割分担に資するように適切に設定する必要がある。構想区域の人口規模と「人口 20 万人から 30 万人程度につき一か所程度」という目安に基づき算出した、急性期拠点機能を担う医療機関数を前提として、各医療機関の診療実績の相対順位のみに応じて機械的に決定するといった進め方は適切ではない。

○　区域における急性期拠点機能を担う医療機関数を検討するに当たっての具体的な考え方は以下のとおり。

・　手術等の急性期医療を将来にわたり集約して提供していくためには、一定以上の症例数を確保、維持していく必要があることから、区域全体における現時点での全身麻酔手術件数や緊急手術件数等を他の地域や全国との比較を含め考慮し、これらの件数が少ない、あるいは減少が見込まれる

場合については、「人口 20 万人から 30 万人程度につき一か所」という目安より少ない数での確保を検討する。

- 人口規模が 100 万人を超える区域や、都道府県間をまたいで患者が多く流出入している首都圏に所在する区域については、個別性が高く、高度な医療機能を有する病院が複数あることから、急性期拠点機能を担う医療機関数の目安を一律に適用すると、機能の異なる様々な医療機関が同じ急性期拠点機能として位置付けられることとなり、医療機関の役割分担の明確化という本来の趣旨に沿わない。こうした地域では、急性期拠点機能を担う医療機関は、地域での役割分担に資するよう、一定の総合性を有する医療機関に限り設定することとし、単に人口規模に基づき設定するのではなく、各医療機関が果たしている多様な役割を踏まえ、様々な診療実績等を確認しながら協議を進める。
- 地方都市型の区域や人口の少ない区域においては、診療実績が同程度の複数の急性期医療機関が存在する場合があるが、現状の診療実績が同程度であることを理由として、急性期拠点機能を当該複数か所確保するといった進め方は適切でない。区域内での相対的な順位を確認するだけでなく、医師数当たりの症例数や人口当たりの手術件数等を、他の区域において急性期拠点機能を担いうる医療機関と比較することで、全国的に見て、当該区域内の急性期医療の提供が効率的か、将来に向けた集約化の必要性があるか等を併せて検討する必要がある。
- 大学病院本院は広域的な医療提供を行うが、区域によっては、地域における二次救急等の急性期医療も実施し、急性期拠点機能に求められるような役割を果たしている場合もある。大学病院本院は、医育及び広域診療機能を報告することとなるが、こうした区域においては、急性期拠点機能を担う医療機関数については、当該大学病院本院の診療実態等を考慮した上で設定する。また、当該大学病院本院は、他の急性期拠点機能を担う医療機関と同様、他の医療機関と高齢者救急の受入等に係る役割分担に向けた協議を行う。
- 人口規模が限られた構想区域であって、構想区域に係る協議を踏まえてもなお、地理的な要因等により広域化等の見直しを行わないこととした場合には、当該区域において一定の医療の完結を見込むことが困難であると考えられる。当該区域内においては、急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを検討する。この場合、当該区域内では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保することとし、当該医療機関が一部の頻度の高い疾患等を中心に、一定程度の急性期医療を担えるよう、連携・再編・集約化の取組や医師の確保等の取組を検討する。

（エ）急性期拠点機能を担う医療機関の決定

○　区域において確保すべき、急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、具体的にどの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて協議を行う。その際、2040 年に向けて、急性期拠点機能として当該区域で果たすべき役割を満たすことができるよう、手術や救急医療等の急性期医療の役割分担や人的協力の取り決め等の具体的な取組も併せて確認した上で決定する。

○　協議に当たっては、これまで急性期医療を一定担ってきた医療機関についても、今後の人口構造の変化とそれに伴う医療需要の変化の見込みや、建物の老朽化・建替見込み、各種補助金・繰入金の活用状況を踏まえ、従前と同様の診療機能や役割の維持を前提とせずに、2040 年において現実的に担いうる医療機関機能を検討していく。

○　救急搬送受入件数や全身麻酔手術の実施件数等に加えて、災害医療や小児・周産期医療等、医療計画において果たしている役割を踏まえて検討を行う。ただし、複数の医療機関が様々な政策的役割を担う場合や、こうした役割を担ってはいないものの、高い診療実績を有する医療機関が存在する場合においては、単に三次救急医療施設や災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院等に指定されていることをもって、急性期拠点機能を担うとすることは適切ではなく、具体的な診療実績も考慮しながら総合的に協議を行っていくこと。

○　また、急性期機能を担う医療機関の決定に当たっては、必要に応じ医療機関へのアクセスの状況も考慮する。例えば、二か所の急性期拠点機能の確保が目安となる構想区域において、一定の距離を隔てた地域に急性期医療を担う医療機関が三か所以上所在する場合には、診療実績等に加え、医療機関へのアクセスを考慮し、それぞれの地域ごとに一つずつ急性期機能を担う医療機関を確保することが考えられる。

○　以下のような場合については、医療機関間の連携・再編・集約化等を念頭に置いた上で、急性期拠点機能以外の医療機関機能を担っていくことを検討する必要がある。

・　診療実績等が相対的に低く、人材確保等の制約から、将来的には、手術等の急性期医療は、当該区域内の他の急性期医療機関や、隣接区域において急性期拠点機能を担う医療機関に集約して行っていくことが現実的であると考えられる場合

・　急性期拠点機能を担う医療機関に近接しており、当該医療機関に比して、症例数が一定以上少ない場合

・　同一市内等の近接した地域に、同程度の急性期医療の実績を有する医療機関が存在し、将来的な医療ニーズや人材確保の見込みも踏まえると、将来にわたり双方の症例数を確保していくことが困難な場合

○　開設主体に基づき急性期拠点機能を担う医療機関を決定するといった考え方は想定されず、設立主体によらず、診療実態や将来の医療資源の確保の見込み等を踏まえて検討する。

○　地方の自治体立病院は、小児・周産期医療等をはじめとした不採算とされる政策医療や人口の少ない地域での医療を担っている場合がある。地域医療構想調整会議での協議においては、これまでも、各種補助金や繰入金の活用状況等を提示し、議論することとされてきたところ[4]であるが、今後、自治体財政上の制約等を背景に、医療機関の連携・再編・集約化の検討が一層求められることが見込まれる。具体的な収支の状況も踏まえながら、一定の急性期医療を担う近隣の公的病院や民間病院に、当該自治体立病院が担っている政策医療等を集約することも検討する必要がある。

○　また、建物の状況など施設の整備状況等も踏まえて協議を行うことも重要である。同程度の急性期医療に係る実績を有する医療機関間で、いずれかを急性期拠点機能を担う医療機関として決定する場合には、建物の老朽化の状況にも留意し、建替に係る費用も含めて検討する必要がある。ただし、地域医療構想は 2040 年やその先の将来にわたって持続可能な医療提供体制の構築を目的とするものであり、単に、築年数が浅いことをもって急性期拠点機能を担う医療機関として選定するのではなく、診療実績等も含めた総合的な検討により、急性期拠点機能を担う医療機関として、区域において確保すべきと考えられる場合については、公的医療機関や民間医療機関等であっても、設立主体の別を問わず、施設整備等に係る費用の支援も含めて検討することが求められる。

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

・　地域において設定すべき数以上の医療機関が急性期拠点機能を担う意向があり、協議が円滑に進まない場合であって、医療機関から求めがあった場合や都道府県が必要と認めた場合等については、都道府県が病院間での意見交換等の場を設定する。

・　病院間での協議でも調わない場合においては、都道府県や医師の人的協力を行う大学病院本院も交え、人材確保の見通しを踏まえた上で、協議を行う。

・　例えば、大都市、地方都市部において、県立病院と市立病院、あるいは市立病院同士等が近接して所在し、急性期医療の役割分担について協議が必要となるような場合は、県と市の病院事業担当部局が、県の地域医療構

[4] 「都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況を提示すること。（略）プラン（注：新公立病院改革プラン、公的医療機関等２０２５プラン）を策定する医療機関は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報などを記載すること。都道府県は、個別の医療機関ごとの情報を整理して提示すること。」（「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））

想担当部局、医療関係者、人的協力を行う大学病院本院等の協力を得ながら、診療実態や各種補助金・繰入金の活用状況等を踏まえ協議を行い、2040年に向けた連携・再編・集約化の方針の下で、それぞれの病院がどのような役割分担を行っていくか整理する必要がある。

・　その上で、なお、関係者間の協議が調わない場合には、都道府県において、改めて各医療機関の診療実績や将来の医療需要の見通し等を客観的に勘案し、医療関係者や人的協力を行う大学病院本院等の協力も得ながら、方向性を決定する。なお、その場合、急性期拠点機能を担わないこととなった病院についても、高齢者救急の対応や地域の初期救急の対応等、地域で必要な役割を果たすことができるよう、高齢者救急の主な受入先とする体制を構築するなど、関係医療機関との協議も踏まえ、具体的な取組を検討していく。

イ　高齢者救急・地域急性期機能

○　高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、今後増加が見込まれる高齢者救急を中心とした救急患者の受入等、地域住民に最も近い地域急性期医療を担う医療機関として、急性期拠点機能を担う医療機関の配置状況も踏まえつつ、区域内で適切に確保していくことが重要である。なお、救急搬送の受入以外にも、休日・夜間を含めた高齢者施設等からの外来患者の診療についても適切に対応していくことが求められることにも留意する。

○　高齢者救急を含めた救急の受入に係る役割分担を行っていくにあたり、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関と連携しながら、地域での協議に積極的に関与し、搬送先の選定に当たっての考え方や、下り搬送、上り搬送を含めた受け入れ後の連携のあり方等について具体化していくことが求められる。

○　また、高齢の入院患者の早期退院に向け、入院中のリハビリテーションや退院調整等の機能を強化していくとともに、在宅復帰に当たっては、在宅医療につなげる必要がある場合も多いことから、在宅医療を担う関係者との連携体制を構築していくことも求められる。特に、退院後早期から、訪問診療に加え、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導等が切れ目なく提供されるよう、在宅医療を担う関係者との間で、退院前から多職種による調整を行い、退院後の支援体制をあらかじめ整えておくことが重要である。

○　さらに、退院後の受け皿を確保する観点及び適切な医療を受けられる体制を整備する観点から、協力医療機関としての役割を積極的に担う等、高齢者施設との連携体制を構築していくことも重要である。具体的には、Ⅱ．７．を参照すること。

○　大都市型の地域を中心に、例えば急性期脳梗塞に対する t-PA 療法などにつ

いて、高齢者救急の受入を中心に行う医療機関も含む複数の医療機関が連携して急性期医療を提供している場合がある。こうした場合は、当該提供体制の実情も踏まえ、手術等の医療資源を多く要する医療は集約しつつ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関においても、当該治療に必要な体制を維持し、一定の急性期医療を継続して提供していくことが考えられる。

○　また、大都市型の地域や一部の地方都市型の地域において高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関については、病床規模や医師をはじめとする医療従事者の人員数、救急搬送受入件数の規模等に相当程度の幅があると考えられる。救急搬送を多く受け入れている医療機関については、当該件数に応じ手術や処置等を必要とする症例が一定水準以上発生するため、大腿骨近位部骨折に対する手術等の頻度の高い手術・処置等を実施できる体制を整備することも考えられる。

○　急性期拠点機能を担う医療機関まで、自動車で一時間程度を要するなど、移動に長時間を要する地域では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、一定の集約化を前提として、都道府県や大学病院本院との連携等を踏まえ人材を確保し、一定程度の急性期医療を提供する体制を維持あるいは構築することも検討する。この際、急性期拠点機能を担う医療機関への集約化の方向性や、人材及び症例数の確保等とのバランスを考えた上で、具体的にどういった急性期医療を提供していくのかについて協議していく必要である。

○　高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が具体的に担う役割の範囲や規模は、地域や個別の医療機関により幅があると考えられるが、急性期拠点機能を担う医療機関との手術や救急医療等の役割分担を踏まえ、患者の減少が見られる場合等について、地域の実情に応じダウンサイズを行っていく必要がある。

○　有床診療所は、高齢者救急を積極的に受け入れるとともに、退院後も見据えた地域に密着した入院医療の提供を行っている場合があり、こうした場合については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関として報告し、地域における協議の場に積極的に参加していく。

ウ　在宅医療等連携機能

○　医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加が見込まれる中、在宅医療は、地域の慢性期医療の受け皿の一つとして、そのあり方を検討していく必要がある。その上で、病院が在宅医療の提供や在宅医療の後方支援を行う体制の整備についても、地域の慢性期医療需要の動向を見据えながら検討していくことが必要となる。

○　このため、在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的に求められる役割や範囲は地域により異なる。人口の少ない地域や広域な構想区域で局所的に在宅医療の医療資源が乏しい地域等において、これまで在宅医療を担ってきた診療所や在宅療養支援病院等のみで在宅医療の体制を維持することが困難な場合

に、他の病院等が新たに在宅医療を行うことや、在宅療養中の患者の後方支援体制が課題となっている地域において、病院がバックベッドの確保を含め在宅医療の後方支援を担うこと等、在宅医療を含めた慢性期の医療提供体制に係る協議の内容（Ⅱ．７．（２）①参照。）も踏まえ、地域ごとに求められる役割を検討していく。

○　在宅医療等連携機能を担う医療機関は、地域における 24 時間の提供体制の確保に当たり、在宅医療を担う他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等との連携体制を構築していくことが重要である。在宅医療等連携機能を担う病院等はこうした連携の中心となってネットワークを構築し、地域の診療所等と協働しながら地域で面として在宅医療の提供を支える体制を整備することが重要である。

○　さらに、在宅医療等連携機能を担う医療機関は、在宅医療を支える関係者との連携に加え、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と同様、高齢者施設の協力医療機関としての役割も積極的に担っていくことが求められる。

○　在宅医療全体の協議事項については、Ⅱ．６．を参照すること。

○　有床診療所は、緩和ケアや看取りといった、在宅医療の支援に加え、介護や福祉との連携を行っている場合があり、こうした場合については、在宅医療に係る地域での協議内容も踏まえ、在宅医療等連携機能を担う医療機関として報告することが考えられる。

エ　専門等機能

○　専門等機能については、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらない、いわゆる回復期リハビリテーションに特化した入院医療を行う医療機関や、中長期にわたる療養を要する慢性期患者に対する入院医療を行う医療機関、地域に根ざした診療を行う有床診療所等が担うことが想定される。

○　また、少数の診療領域のみ対応する医療機関も基本的に専門等機能を報告することとなるが、地域において、大腿骨近位部骨折や脳卒中等、高齢者において頻度の高い疾患について、休日・夜間の救急対応も含めて多く対応している、もしくは、今後そうした意向がある医療機関については、高齢者救急・地域急性期機能を報告し、高齢者救急の受入に係る役割分担等の協議にも参画する。

○　さらに、有床診療所も専門等機能を報告することとなるが、地域において高齢者救急等の入院患者の受入を積極的に行う場合は高齢者救急・地域急性期機能を、在宅医療の提供や地域における在宅医療に対する後方支援を行う場合は在宅医療等連携機能を報告する。

○　大都市や地方都市等において、他区域や他都道府県からの患者も含め、相当程度の症例数を確保した上で、特定の診療領域における専門性の高い診療を行っている医療機関については、引き続き、一定程度の手術等の急性期医療を実

施していくことが考えられるが、都道府県全体の医療提供体制として、偏在が生じていないか等については確認していく必要がある。

○　一方、一診療科あるいはごく少数の診療科に特化し、小規模に手術等を実施している医療機関については、今後の医療需要や術者の確保の見込みを踏まえ、効率的な医療提供を行っていくため、地域の医療需要に応じて急性期拠点機能を担う医療機関へ症例を集約していくことも検討する必要がある。

オ　医療機関の連携・再編・集約化

○　急性期拠点機能を中心とした、構想区域内での医療機関機能の確保に向けた方向性に加え、都道府県内の他の構想区域での医師や看護師等の医療従事者の充足状況等の広域的な観点も踏まえ、医療機関の連携・再編・集約化を一体的に検討していく必要がある。

○　医療の質や、医療従事者の持続可能な働き方の確保の観点も踏まえ、手術症例が小規模に分散している場合には、急性期拠点機能を担う医療機関に集約していき、増加が見込まれる高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面で対応するといった基本的な方針を、都道府県全体として共有することが重要である。

○　局所的に医療資源が小規模に分散している地域においては、主に包括期や慢性期の医療を中心に担う医療機関であっても、連携・再編・集約化の取組や医療機器の共同利用等、地域の中で効率的な医療提供体制の構築に向けた取組を検討していく必要がある。

○　こうした医療機関の連携・再編・集約化を進めるに当たっては、同時に、地域住民が必要な時に必要な医療へ適切にアクセスできる体制を維持・確保していくことが重要である。とりわけ、人口の少ない地域においては、一定の集約化の必要性が高い一方、医療機関までの移動時間が長くなる場合が多いことから、患者のアクセス確保は特に重要な課題となる。

○　こうした課題に対しては、地域公共交通の確保や、巡回診療、送迎支援、オンライン診療等の手段を適切に組み合わせ、地域の実情に応じた対応を図ることが重要であり、必要に応じて、都道府県の地域交通担当部局等とも連携していくことが重要である。Ⅱ．５．（２）②も参照すること。

○　なお、人口の少ない区域であって、自動車で概ね一時間程度の距離を隔てた二つの生活圏域から構成される区域では、集約化により、一方の圏域において著しくアクセスが悪化することが見込まれる場合がある。こうした場合には、当該地域での急性期拠点機能の確保は前提とせず、双方の圏域に高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保しつつ、それぞれの圏域に近接する他の構想区域に所在する医療機関と連携する体制を構築することを検討する。

② 急性期医療の役割分担に向けた取組

ア 手術

○ 今後の医療需要の質的変化、医療従事者の持続可能な働き方の確保の必要性を踏まえ、緊急手術を含めた地域において必要な手術を安定的に提供できる体制の整備に向け、手術症例の集約化と医療機関間の役割分担を進めることが重要である。また、手術症例の集約に当たっては、医療の質の確保、医療安全性の向上及び手術を担う医師の人材育成の観点も考慮していく必要がある。

○ 手術については、手術を行う診療科だけでなく、麻酔科医をはじめとした周術期の医療従事者の確保も必要となる。特に、人口の少ない地域では、人材確保の観点から、緊急手術等への対応として輪番で対応するといったこともますます困難となることから、急性期拠点機能を担う医療機関に集約していくことが重要となる。

○ 手術の役割分担については、地域全体の入院医療提供体制を整備していく観点から、急性期拠点機能を担う医療機関、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関、大学病院本院が連携し、以下の点について協議していく。

・ 手術実施に係る現状の把握

－ 医療機関機能報告・病床機能報告等のデータを活用し、地域における手術件数（全身麻酔手術件数、診療科別手術件数等）を把握した上で、特に同程度の規模の他地域との比較等を通じ、地域における手術の集約、あるいは分散の状況、過不足や偏在の状況を把握していく。

・ 手術症例の集約化及び役割分担

－ 手術の実施体制を将来にわたり確保するに当たっては、各診療科の術者に加え、麻酔科医、手術室や医療機器等の設備を確保、維持していく必要がある。また、手術症例が小規模に分散している場合、麻酔科医の不足につながる等の課題も指摘されており、構想区域内の提供体制の整備という観点に加え、同一都道府県内の他区域における医師の充足状況といった広域的な観点からも集約化のあり方を検討していく。

－ 例えば、周産期領域においては、ハイリスク妊産婦を中心に、分娩施設の集約化を図る一方、妊婦健診については地域の診療所で担うといったセミオープンシステムの整備が進んでいる。手術施設の集約化に当たっても、こうした他の医療機関との連携等、柔軟な取組も検討していく。

－ 急性期拠点機能を担う医療機関においては、頻度の高い待機的手術に加え、緊急性の高い疾患に対する緊急手術や一定の専門的な手術、合併症リスクの高い患者への手術等を、医師の持続可能な働き方を確保した上で、総合的に提供できるよう、休日・夜間の手厚い体制を含む持続可能な体制を確保していく。

－ この際、当該医療機関単独では人材確保を行うことが難しい場合は、都道府県と大学病院本院が連携し、各診療科の術者や麻酔科医等の派遣に

よる人的協力のあり方も検討する。

－　また、当該医療機関ではカバーできない手術については、大学病院本院や他の構想区域において急性期拠点機能を担う医療機関と連携し、広域的な体制を確保する。

－　地方都市型の地域等において、都道府県立の専門病院等が一定の手術の実施を担っている場合がある。こうした場合は、全国的に患者の受入等を行っている場合を除き、今後の手術症例の減少傾向を踏まえ、急性期機能を担う医療機関への手術症例の集約化を検討していく必要がある。

・　救急医療との連動

－　救急搬送患者のうち緊急の手術を要する症例について、急性期機能を担う医療機関を中心に速やかに対応可能な体制を整備するため、後述する救急医療の役割分担に係る検討と併せて協議していく。

イ　救急医療

○　今後更なる増加が見込まれる高齢者救急を含め、救急搬送の需要を受け止めることのできる体制の整備に向け、救急車の適時・適切な利用や受入時の役割分担、受入直後の下り搬送・上り搬送及び急性期を経過した後の転院搬送に係るルール作りが重要である。

○　救急医療の役割分担については、救急搬送体制全体の観点も含め、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関や、消防機関等とともに以下の点について協議していく。

・　救急搬送に係る現状の把握

－　救急搬送については、地域により人口当たりの救急搬送要請数や救急搬送受入件数が異なっていることが知られている。医療機関機能報告・病床機能報告のデータ等を参考に、地域ごとに人口当たりの救急搬送受入件数や全身麻酔手術件数、両件数の比率を比較し、全国的に見た場合の救急搬送受入件数の多寡等を地域全体で把握するとともに、年齢区分別の救急搬送受入件数や要請元の施設類型等を把握することで、救急搬送受入が相対的に多い場合の要因分析等を行う。

－　例えば、救急搬送受入件数が多い一方で、全身麻酔手術の少ない地域は、同じ疾患や状態であっても、相対的により多く救急車が利用されている場合もあると考えられる。

・　救急車の適時・適切な利用について

－　救急搬送受入件数が相対的に多い場合で、患者のアクセスに課題がある場合、アクセスに係る課題解決に向けた検討を進めるとともに、救急車の適時・適切な利用の推進に向けた取組も必要であり、＃7119 や＃8000 の活用を推進する等の取り組みを検討するといったことが考えられる。

・　高齢者救急を中心とした救急車受入の役割分担について

- 各医療機関の救急搬送受入件数を踏まえ、各医療機関で対応すべき疾患・状態像を整理していく。
- 具体的には、急性期拠点機能を担う医療機関においては、手術を要する患者や、緊急度・重症度の高い患者への対応を、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関においては、高齢者救急を中心とした救急搬送患者の受入、入院対応を行う体制を構築していくことが考えられる。
- 高齢者救急の受入に係る考え方については、手術等の実施頻度が低く、包括的な入院医療の必要性が高いという特性も踏まえ、消防機関や消防担当部局とも連携しながら、日常的な救急搬送の運用や実施基準へ反映させていくことを検討していく。

・ 救急搬送受入後の連携について

- 救急搬送の効率的かつ効果的な受入の推進のためには、受入時点のみではなく、受入後の入院医療や転院搬送等の連携のあり方についても併せて検討していく必要がある。
- 急性期拠点機能を担う医療機関での救急車受入後、自施設での医療提供を必ずしも要さないと判断された患者については、適切なリハビリテーションの実施等のため、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関へ下り搬送することや、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関で対応が困難な救急搬送患者を、急性期拠点機能を担う医療機関へ上り搬送できる連携体制の整備も重要である。このように両機能を担う医療機関間で、こうした受入直後の転院搬送に係る連携を行っていく[5]。
- また、救急搬送患者を受け入れるためには、入院早期から、早期退院を見据えた医療やリハビリテーション、退院調整等を行い、ベッドの確保に努める必要がある。さらに、急性期の治療を終えてもなお退院が困難な患者について他の医療機関等へ転院搬送を行うことや、円滑な退院支援のため、在宅医療を提供する施設・介護保険施設との連携を強化すること等、急性期経過後の患者の受入に係る連携体制の構築も重要である。なお、早期退院に向けた介護保険施設との連携については、Ⅱ．７．（２）②アも参照のこと。

・ 救命救急センターの役割

- 救命救急センターに指定される医療機関は増加傾向にあるが、今後人口減少が見込まれる地域において、地域の救急医療提供体制における役割分担として、引き続き機能を維持していくのか、二次救急を中心とした提供に移行していくのかについては、第９次医療計画に向け、検討していく必要があることに留意する。

[5] 「転院搬送における救急車の適正利用の推進について」（令和７年６月 30 日付け消防救第 217 号消防庁次長・医政発 0630 第６号厚生労働省医政局長通知）等を参考に、医療機関が所有するいわゆる病院救急車、消防機関が認定する患者等搬送事業者等を活用するなど、転院搬送における救急車の適正利用の推進について、都道府県メディカルコントロール協議会等において十分な議論を行うこと。

③　病床に関する取組

ア　病床整備の方向性

○　都道府県は、入院医療提供体制の確保に当たり、必要病床数及び病床機能報告の状況を踏まえながら、地域における病床数のあり方について検討する。この際、入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれる中、全体としてはダウンサイズを進めつつ、今後需要の増加が見込まれる包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備していくことが重要である。

○　都道府県は、構想区域ごとに、足元の病床機能報告における病床数と必要病床数の比較を、病床機能別の比較も含め行っていくとともに、背景にある医療需要の動向や医療機関機能の分担の状況、病床の利用実態等を把握した上で、具体的な病床の機能分化・連携に向けた取組を行っていくことが求められる。なお、高度急性期機能及び急性期機能の病床数については、合計した数値を用いて検討を行うこと。

○　病床整備の取組の検討に当たっては、病床機能のみならず、医療機関機能とも整合性を図る必要がある。具体的には、前記①で述べた、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能等の確保に向けた協議を踏まえた上で、各医療機関が担う役割に応じた形で病床機能の分化・連携を進めることが重要である。

○　包括期機能の病床が不足すると見込まれる場合には、高齢者救急の受入に係る役割分担や、慢性期需要に対する在宅医療及び介護との役割分担等に係る検討と併せて、どのように病床を整備していくかを協議することが重要である。

○　慢性期機能の病床については、現在の病床数や、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等を踏まえて検討する（Ⅱ．７．参照。）。

イ　病床整備の留意点

○　病床機能報告に基づく病床数と必要病床数や基準病床数の関係については、Ⅰ．４．のとおりであり、両者の数値を比較し、マクロの病床規模を把握していくことは引き続き重要である一方、その差分には、病棟単位と病床単位での差分等が含まれていることには留意が必要である。入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない。

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

○　さらに、病床の整備に当たっては、必要に応じて、構想区域より狭い地域単位で検討する必要がある。具体的には、構想区域の広域化を行った場合等、構

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

ウ　必要病床数等に係る都道府県知事権限

○　第８次医療計画においては、基準病床数が必要病床数を大幅に上回る都道府県が一定数存在し、当該都道府県のうち一部において、将来の病床数の必要量を超えた病床整備を行おうとする事例があった。このため、一層効率的な病床整備を実効的に行うことができるよう、改正医療法において、増床の申請があった場合であって、以下のいずれにも該当するときは、申請者に理由等の提出及び地域医療構想調整会議での説明、都道府県医療審議会での説明を求め、これらを踏まえ、地域医療構想の達成の推進のために当該申請に係る病床を必要としないと認めるときは、増床の許可を与えないことができることとした。

・　当該申請により既存病床数が基準病床数に満たないと認めるとき

・　当該申請により既存病床数が将来の病床数の必要量を超えることになると認めるとき

○　また、これまでも、新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、区域において不足する医療機能以外の医療機能となっている場合等については、都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議の意見を聴いて、医療法第７条第５項に基づき、開設許可に当たって不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与すること等とされてきたところ[6]であり、増床に当たっては、機能区分別の既存病床数及び必要病床数も踏まえた上で、慎重に判断すること。

④　広域的な観点での医療提供体制の確保

ア　大学病院本院の担う役割

○　大学病院本院は、高度で専門的な医療を提供するとともに、医師の養成や地

[6]「都道府県は、①新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、当該構想区域における不足する医療機能以外の医療機能となっている、②当該構想区域における不足する医療機能について、既存の医療機関の将来の機能転換の意向を考慮してもなお充足する見通しが立たないといった場合等には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議の意見を聴いて、医療法第７条第５項に基づき、開設許可に当たって不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与すること。また、当該開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該許可に付された条件に従わない場合には、同法第 27 条の２第１項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該条件に従うべきことを勧告すること。さらに、勧告を受けた者が、正当な理由がなく、当該勧告に従わない場合には、同条第２項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令すること。それでもなお命令を受けた者が従わなかった場合には、同条第３項に基づき、その旨を公表すること。」（「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））

域医療への人的支援等の役割を担っており、都道府県調整会議において、構想区域ごとの議論の状況を踏まえながら、所在する大学病院本院が具体的に担う医療提供等のあり方について協議を行うことが重要である。

○　大学病院本院と都道府県は、地域全体の入院医療提供体制を確保する観点から、医局に属する医師数等の情報や、地域における医療機関機能の確保の方向性を踏まえた、人的協力が必要な医療機関・不足する診療科等の情報、地域枠医師の勤務状況等を共有した上で、医師の配置先を調整していく。

○　現在、大学病院本院による人的協力は、医局や講座単位等で個別に行われる場合も多く、都道府県による地域枠医師の配置については、自治体立病院を基本として配置されている場合もある。今後は、こうした人的協力や地域枠医師の配置について、大学病院本院全体と、都道府県とが連携しながら地域医療構想の方向性に沿ってなされることが求められる。特に、大学病院本院は、各診療科の術者を担う医師や麻酔科医、内科医等を派遣する場合については、従来の個別医療機関間の関係性にとらわれることなく、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等の、地域において必要な医療機関機能の確保の方向性と整合的に行われるよう、また、都道府県は、地域枠医師の配置について、医師の育成の観点にも留意しつつ、必要に応じて、地域に必要な自治体立病院のほか、地域医療構想の方向性に沿ったその他の医療機関への配置も可能となるよう努める必要がある。

○　なお、地域の医療提供体制の検討にあたり、複数の医療機関が複数の大学病院本院から医師の派遣を受けている地域等においては、地域での協議が複雑化するケースが想定される。こうした場合には、都道府県は、当該大学病院本院も含めた、円滑な協議体制の構築に努めること。

○　大学病院本院は、症例数が限定的な疾患の診療や、移植医療等、高度な技術を要する医療について、都道府県単位又はより広域な連携のもとでの提供を担う。こうした広域的に担うべき医療提供の具体的なあり方については、都道府県と大学病院本院に加え、関連学会等とも連携しながら検討を行い、必要に応じて第９次医療計画の検討等において具体化していく必要がある。

○　大学病院本院について、一部の診療領域に係る実績が十分に高いとはいえないものの、同一都道府県内の他の大学病院本院が高い診療実績を有している場合がある。こうした場合については、必ずしも当該診療領域を整備する必要はなく、地域における連携体制を構築した上で、必要な医療提供体制及び教育体制の確保に努めることが重要である。

イ　構想区域内で完結できない医療への対応

○　人口規模の小さい構想区域等においては、医療需要の規模や医療従事者の確保状況等を踏まえると、すべての医療を当該区域内で確保することが困難な場合がある。こうした場合、都道府県調整会議において、構想区域間の連携や都

道府県単位での提供など、地域の実情に応じた様々な医療提供体制の構築のあり方について、検討することが必要となる。

○　例えば、ある構想区域内の急性期拠点機能を担う医療機関での対応が困難、又は当該医療機関での体制整備が著しく非効率となるような、発生頻度が限られた手術等について、当該構想区域内での実施ではなく、隣接する構想区域や大学病院本院等の医療機関において対応する体制の構築について検討が必要である。

○　また、島嶼など、アクセスにおける制約があり、かつ人口規模が限定的な構想区域等においては、まずは高齢者救急・地域急性期機能や専門等機能を担う医療機関において救急搬送患者の受入や入院対応を行い、重症患者や高度な医療が必要な患者については、構想区域外の急性期拠点機能を担う医療機関へ病院救急車を含む救急車やドクターヘリ等により転院搬送する体制の構築について検討が必要である。

○　さらに、都道府県全体で人口の少ない場合等において、都道府県内では完結しない医療も想定され、そうした場合には隣接する都道府県や当該都道府県内に所在する大学病院本院との協議が必要となる場合も考えられる。

５．外来医療

（１）基本的な考え方

①　現状と課題

○　外来医療については、人口の少ない地域を中心として、人口減少に伴う外来医療需要の減少により、小児科や産婦人科をはじめとした一部診療科の維持が困難となりつつあるほか、診療所医師の高齢化による診療所の維持困難、休日・夜間の初期救急体制の確保困難、専門的な外来機能の不足等、様々な課題が生じはじめている。

○　更なる人口減少が進む 2040 年を見据え、従来どおりの提供体制を前提とすることが難しくなる地域については、診療所の状況等を踏まえながら、地域の医師会等との連携や病院が補完的に役割を担うこと等により、限られた医療資源の中で持続可能な外来医療提供体制を構築することが求められる。

○　加えて、医療機関までの距離が遠いこと、公共交通機関が限られていること等により、外来医療へのアクセスそのものが課題となる地域においては、通院手段の確保やオンライン診療の活用等[7]も含めて、地域住民が必要な時に適切な医療を受けられる体制を併せて確保していくことが必要である。

○　また、都市部においては、外来医師過多区域等において、外来医療機能の偏在等がみられるほか、区域全体としては医療資源が相対的に豊富な場合であっても、

[7] オンライン診療については、「「かかりつけの医師」にて行われることが基本であり、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」ことや、「患者の急変などの緊急時等で、オンライン診療の実施が適切でない状況になった場合においても、患者の安全が確保されるよう、医療機関及び医師は、必要な体制を確保しなければならない」こと等、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に従い、原則として当該地域において実施するものであることに留意する。

区域内の特定の地域において、休日・夜間の診療体制や専門的な診療機能の不足があるなど、同一の区域内であっても、課題は一様ではない。このため、区域全体のデータのみならず、外来機能報告及びかかりつけ医機能報告により得られるデータ等も踏まえながら、地域において必要な外来医療の提供体制を整備することが必要となる。

○　今後、外来医療の需要そのものは、多くの地域において減少していくことが見込まれる一方で、高齢患者の増加が見込まれることから、外来リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、服薬指導、重症化予防、療養支援等を含めて外来で切れ目なく提供できる体制を整備するとともに、退院後の診療継続や訪問看護、外来リハビリテーション等の受け皿を確保することも必要となる。

○　また、大都市型の地域において、高齢者の外来医療の需要等が増加することが見込まれる地域もあるが、日本全体における効率的な医療提供体制の構築や医師の偏在是正の観点も踏まえ、そうした地域においても効率的な外来医療の提供に向けた協議は重要である。

○　なお、今後、外来医療に係る取組の状況やかかりつけ医機能報告のデータ等を踏まえ、国において、外来医療データの活用等のあり方について検討することとする。

②　協議の進め方

○　外来医療に関する協議については、まず、都道府県調整会議において、地域ごとの課題を把握していく。具体的には、構想区域ごとに、将来推計人口、外来医療の需要の見込み、医療機関の配置状況、休日・夜間の診療体制、診療所の継続性、オンライン診療の活用状況等のデータ、かかりつけ医機能報告等を踏まえ、各構想区域において、将来に向けた外来医療の提供体制に課題がある地域が存在するか等を把握する。

○　必ずしも全ての区域において同一かつ常時の協議を行う必要はなく、課題がみられる地域について、区域調整会議以外にも、既存の協議の場の活用や、ワーキンググループの設置等も検討し、課題の性質に応じた体制で協議を行う。この際、具体的な検討を都道府県調整会議又は区域調整会議でない場で行った場合は、いずれかの調整会議に報告をすることにより、調整会議における協議に代えてよい。

○　そうした上で、課題に対する取組として、都道府県、市町村、医療関係者等が連携し、診療所を中心に、必要に応じて病院も含めた地域全体での外来医療提供体制の構築、患者のアクセス支援、効率的な外来医療の提供のあり方等について検討していく。

○　なお、外来医療については、退院後の患者に対する継続的な診療、外来リハビリテーション、栄養管理、口腔管理、服薬指導、重症化予防、療養支援等を切れ

目なく提供する観点から、医科、歯科及び薬局の連携のあり方についても併せて協議することが望ましい。

（２）協議事項

① 休日・夜間も含めた持続可能な外来医療提供体制の構築

○ 2040 年に向け、地域住民が、必要な時に適切な外来医療を受けることができる体制を構築していく必要がある。

○ 休日・夜間の外来医療提供体制の構築に当たっては、地域の診療所が輪番や在宅当番等により対応する体制、診療所に加え病院も連携して対応する体制等、地域の医療資源の状況や今後の見込みに応じた体制を検討していく。

○ また、特定の診療科について、個々の医療機関で小規模な診療体制を維持してくことが困難な場合には、都道府県や大学病院本院との連携体制を構築した上で、地域の実情に応じて、当該診療科の診療機能を維持するための体制を確保することが考えられる。

○ さらに、人口の少ない地域や診療所数が限定的な地域においては、外来医療の提供体制をこれまでの体制で維持することが困難な場合があり、この場合、地域の医師会等との連携体制の構築により、診療所とかかりつけ医機能を有する病院が連携した外来医療の提供体制を構築すること等も考えられる。

○ 今後、地域によって、高齢者人口の更なる増加が見込まれる中、慢性疾患の増悪、脱水、発熱、呼吸器症状等、高齢者に多い症状への初期対応を、外来医療において行うことが増えることが想定されるため、関係学会や病院団体等が実施するリカレント教育も活用しながら、こうした患者に対応できる体制を整備していくことも重要である。

② 患者のアクセスの確保

○ 外来医療の提供体制を検討していくに当たっては、地域住民が必要な時に必要な医療へ適切にアクセスできる体制を確保することが重要である。

○ 特に、人口の少ない地域を中心に、医療機関数の減少や公共交通機関の縮小等により、医療機関までの移動が長時間に及ぶ場合があることから、患者の受療機会が実質的に失われないよう、アクセス確保に向けた具体的な取組が必要となる。

○ 具体的には、地域の実情に応じて、例えば次のような取組が考えられる（別添５）。

- 対面診療を基本としたオンライン診療の活用
- 過疎地域における通院に係る送迎支援
- へき地における巡回診療等の活用による受診機会の確保
- 他のサービス提供も含めた、公共交通機関の一定の確保

○ こうした取組については、必要に応じて、都道府県の地域交通担当部局等の関係部局と連携した上で取り組んでいくことが必要である。

人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組の例

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

③　効率的かつ効果的な外来医療提供の推進

○　地域住民に必要な外来医療を確保しつつ、限られた医療資源の下で持続可能な外来医療提供体制を構築するためには、地域の実情に応じて、効率的かつ効果的な外来医療提供の取組を進めることが重要である。

○　例えば、以下のように、医科、歯科、薬局が連携して、口腔管理、服薬指導等を切れ目なく提供する医歯薬連携に係る取組を進めることが考えられる。

・　医療機関と歯科医療機関が連携し、口腔機能の低下が疑われる患者や口腔管理を要する患者について、必要に応じて歯科医療機関への受診につなげる。

・　医療機関と薬局が連携し、患者の服薬情報、副作用の状況、重複投薬や多剤投与の状況等を相互に共有しながら、適切な服薬指導を進める。

○　医歯薬連携の推進に当たっては、必要に応じて診療情報、服薬情報、口腔管理に関する情報等を関係者が相互に共有し、切れ目のない継続的な支援を提供することにつなげることが重要である。

○　なお、こうした取組については、新たな地域医療構想の方向性に関わらず速やかに進めることが重要である。

６．在宅医療

（１）基本的な考え方

①　現状と課題

○　今後、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者人口の増加に伴い、在宅医療の需要は増加していくことが見込まれる。一方、在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があることから、今後増加が見込まれる在宅医療の需要についても、そのすべてを在宅医療で受け止めるものではなく、広く慢性期医療の需要として、地域の実情に応じて、療養病床のほか、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームといった介護保険施設を含む地域の既存資源を組み合わせて対応していくことが必要である。

○　特に、在宅医療については、医師をはじめとする医療従事者が患家等へ移動して対応する必要があるという特性があり、特に人口密度の低い人口の少ない地域では提供がますます困難となる。今後医療従事者の減少が見込まれることからも、慢性期医療全体の中での在宅医療という位置付けも踏まえつつ、限りある資源の中で、効率的な在宅医療提供体制を構築する必要がある。

○　在宅医療の提供体制については、従来、人口規模が一定以上の地域においては、主として診療所や在宅療養支援病院等が中心となって担ってきており、都市部では、一定の体制の確保も見込まれる一方、外来医療と同様、今後の診療所数の減少等により、従来どおりの体制を維持することが困難となっていく地域もある。このため、これまで在宅医療を担ってきた医療機関のみによる在宅医療の提供の維持が難しい場合に、地域の病院等が新たに在宅医療を担うことも含め、地域全体として必要な在宅医療を提供できる体制を確保していくことが必要となる。

○　また、在宅医療においては、日中の定期的な訪問診療のみならず、休日・夜間を含む 24 時間の急変時対応、往診、緊急入院の受入等を地域で切れ目なく提供する必要があることから、在宅医療を担う診療所と在宅医療等連携機能を担う医療機関との平時からの情報共有やバックベッドの確保、訪問看護ステーション等との連携体制の構築等が課題となる。

○　将来の在宅医療の需要に対応するに当たっては、単に訪問診療の提供量を増やすことのみを目指すのではなく、ICT 等の活用、D to P with N を含めたオンライン診療、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を適切に組み合わせながら、効率的な提供体制を構築することが求められる。

○　加えて、訪問診療・往診や訪問看護だけでなく、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護や通所リハビリテーションをはじめとする介護保険サービスが、患者の状態に応じて適切に提供されるよう、既存の協議の場等での検討等を通じて、多職種連携についても併せて検討していく必要がある。

○　なお、第９次医療計画に向けては、構想区域や医療機関機能等の考え方と調和の取れるような在宅医療の圏域のあり方や「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」のそれぞれが担うべき役割についても今後検討していく必要性がある点に留意する。

②　協議の進め方

○　在宅医療に関する協議については、データに基づく大きな方向性の議論や具体的な個別施設間の連携まで様々な粒度がある。

○　地域医療構想の協議の枠組みとしては、都道府県の規模や検討体制等を踏まえ、都道府県調整会議又は区域調整会議において、まず、将来の見込みや基本的な課題を把握する。具体的には、構想区域ごとに、将来推計人口、在宅医療需要を含めた慢性期の医療需要の見込みを把握するとともに、慢性期の医療需要に対応するための在宅医療や療養病床、介護保険施設の資源を把握し、全国的な比較も行った上で、どの程度在宅医療を提供していくかの方向性を検討する。

○　そして、これまで在宅医療を担ってきた医療機関のみでそうした提供が可能か、在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割として、在宅医療の提供や在宅医療の後方支援がどの程度必要か、介護資源等を併せてどのように活用していくか等について整理していく。

○　そうした上で、在宅医療等連携機能を担う医療機関が担う具体的な役割や当該機能を担う医療機関の確保の方向性を検討するとともに、地域ごとの個別の課題に対する取組として、休日・夜間を含む急変時対応に地域で適切に対応できる連携体制の構築、効率的な在宅医療の提供のあり方等について検討する。

○　地域の在宅医療の提供体制に係る個別の課題については、必ずしも全ての区域において同様の協議を行う必要はなく、区域調整会議に限らず、既存の在宅医療

に係る協議の場や在宅医療・介護連携推進事業に係る検討の場の活用、ワーキンググループの設置等も検討し、課題の性質に応じた体制で協議を行う。この際、具体的な検討を都道府県調整会議又は区域調整会議でない場で行った場合は、いずれかの調整会議に報告をすることにより、調整会議における協議に代えてよい。

○　また、在宅医療の個別の課題の把握に当たっては、訪問診療を担う医療機関のみならず、在宅医療を支える関連資源も含めて把握することが重要である。具体的には、訪問歯科診療を担う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う医療機関や薬局、訪問栄養食事指導を行う医療機関の確保状況や提供状況も把握しながら地域での協議を行う体制を整備することが望ましい。

（２）協議事項

①　慢性期の医療提供体制の一体的な確保

○　慢性期の医療需要に対応する体制について、療養病床、在宅医療及び介護保険施設について、地域に既に存在する資源を組み合わせながら一体的に検討・確保することが重要である。

○　具体的な協議内容については、Ⅱ．７．（２）①を参照すること。

②　地域における 24 時間の提供体制の構築

○　在宅医療提供体制の確保に当たっては、在宅療養中の患者の病状の変化は休日・夜間を問わず生じ得ることから、日中の定期的な訪問診療のみならず、急変時における電話等による相談対応、往診、必要時の入院受入までを含めた体制を地域全体として構築していくことが必要である。

○　急変時については、在宅医療を担う診療所が中心となって、初期対応を行うことが基本となるが、その上で、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を担う診療所と連携し、地域の医師会等とも協力しながら、休日・夜間を含めた 24 時間の提供体制を構築する。

○　在宅医療等連携機能を担う医療機関は、次のような役割を担うことが考えられる。

・　急変時に入院対応が必要な患者の受入先として、バックベッドを確保する
・　休日・夜間等において、診療所のみでは対応が困難な場合に、必要に応じて自ら往診等の診療の補完を行う
・　小児や医療的ケア児等に対する専門性の高い在宅医療も含め、在宅医療を担う診療所と連携して、自ら訪問診療を行う
・　自施設での訪問看護の提供や、技術的支援も含めた訪問看護ステーション等との連携により、患者の状態変化を早期に把握し、必要な医療につなげる
・　連携する診療所等との定期的なカンファレンスを開催し、患者情報を共有するとともに、休日・夜間等の連携体制を構築する

○　実際に地域で在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的にどのような役割まで担うこととするのか、そうした医療機関をどの程度確保するのかについては、地域において、在宅医療を担う診療所がどの程度確保できるか、在宅医療と同様に慢性期の医療需要を支える療養病床や介護保険施設がどの程度存在するか等を踏まえ、地域の実情に応じて検討していく。

③　効率的かつ効果的な在宅医療提供体制の整備

○　医療と介護の複合ニーズを有する高齢者の増加に伴い、地域によって今後在宅医療の需要が増加することが見込まれる中、医療従事者の移動を要する在宅医療の特性や、今後の医療従事者の減少の見込みも踏まえ、効率的かつ効果的な在宅医療提供体制を整備していく必要がある。

○　こうした課題については、地域の在宅医療を提供する医療機関や訪問看護ステーションに加え、多職種連携に当たっては、訪問歯科診療を行う歯科医療機関、訪問薬剤管理指導を行う薬局等の医療資源の状況に応じて、以下のような取組を推進することが考えられる。

・　ICT 等の活用による平時からの連携体制の構築

－　地域の在宅医療を支える医療機関等が ICT 等を活用し、平時から在宅療養中の患者の情報を共有することで、休日・夜間における輪番制による往診や緊急入院の受入等において、診療内容等の引き継ぎを効率的に実施することが可能となる。

・　D to P with N を含めたオンライン診療の活用

－　対面での診療を基本としつつ、状態が安定している患者の経過観察、慢性疾患の継続的な管理等について、適切に D to P with N を含めたオンライン診療を組み合わせて提供することが考えられる。これにより、患者の状態に応じて訪問診療の頻度を調整しながら、必要な在宅医療を継続することが可能となる。

・　遠隔モニタリング等の活用

－　在宅療養患者のバイタルサイン、症状の変化等について、必要に応じて遠隔モニタリングを活用することが考えられる。これにより、急変リスクのある患者の状態を継続的に把握し、必要な場合に訪問診療や訪問看護につなげていくことが可能となる。

・　多職種連携に係る取組

－　今後、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者の増加が見込まれることも踏まえ、在宅医療の提供に当たっては、医師による訪問診療・往診や訪問看護だけでなく、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護や通所リハビリテーションをはじめとする介護保険サービス等が、患者の状態や生活の状況に応じて適切かつ一体的に提供されるよう、多職種が連携して、地域の在宅療養患者を面とし

て支えることが重要である。多職種連携をより実効的なものとするため、ICT 等の活用により、患者の病状、服薬状況、口腔機能、栄養状態、ADL、介護の状況等について、必要な情報を関係者間で平時から共有できる体制の整備や、定期的なカンファレンス、急変時の連絡体制の整備等を行うことが考えられる。

○　多職種連携に係る取組については、在宅医療を担う関係者と入院医療を担う医療機関との連携においても重要である。今後高齢者救急の増加が見込まれる中、早期の在宅復帰を推進する必要があるところ、在宅医療においては、退院後早期から、多職種の連携による支援が切れ目なく提供されることが重要である。このため、入院を担う医療機関と在宅医療を担う関係者との間で、退院前から多職種による調整を行い、退院後の支援体制をあらかじめ整えておくことが重要である。

○　なお、こうした取組については、新たな地域医療構想の方向性に関わらず速やかに進めることが重要である。

7．介護との連携

（1）基本的な考え方

①　現状と課題

○　今後、高齢者人口の増加に伴い、医療と介護の複合ニーズを有する者、認知症を有する者等が増加することが見込まれる。このため、入院医療、在宅医療、介護保険施設が、それぞれの機能に応じて役割分担しつつ、連携する体制を確保することが課題となる。

○　慢性期の医療需要については、療養病床、在宅医療、介護保険施設のいずれかのみで受け止めるものではなく、訪問診療のニーズを介護保険施設の入所が補完している場合等もあり、地域に既に存在する資源をどのように組み合わせて支えるかという観点から検討する必要がある。

○　また、高齢者救急の増加に伴い、退院後の受け皿として介護保険施設や居宅サービスを適切に活用できる体制を整備することが重要となる。このため、医療機関と介護保険施設との間で、介護老人保健施設、介護医療院等の役割や機能の理解を共有し、退院支援及び退院後の受入れに関する連携を進める必要がある。

○　さらに、医療と介護の複合ニーズを有する高齢者が増加する中、高齢者施設に入所中の利用者について、状態の変化が生じた際に必要な医療を速やかに受けることができる体制を確保することが重要である。このため、高齢者施設入所者の状態悪化時に、適切な介入を行い、必要時の円滑な入院につなげられるよう、協

力医療機関の確保[8]、平時からの情報共有、受診及び搬送のルールの整理等を通じて、高齢者施設と医療機関との連携体制を進めることが重要となる。

② 協議の進め方

○ 介護との連携については、都道府県において、医療担当部局と介護担当部局が連携体制を構築した上で、検討を行っていくことが求められる。

○ その上で、介護との連携に関する協議については、都道府県調整会議又は区域調整会議において、まず、将来の見込みや基本的な課題を把握する。具体的には、慢性期の医療需要の見込みに加え、医療・介護資源の状況を把握した上で、当該区域の課題を把握する。

○ 慢性期の医療需要の受け皿の整備については、療養病床、在宅医療及び介護保険施設を一体的に検討することが必要である。地域ごとにそれぞれの資源の状況が異なることから、現在の整備の状況や全国的な比較等も踏まえつつ、地域全体としてどのような組合せにより受け止めるかという観点から協議を行う。なお、介護保険施設については、提供可能な医療行為の範囲等について施設ごとに把握することも重要である。

○ 介護との連携に係る個別の課題については、入院中の患者の早期退院に向けた取組並びに高齢者施設入所中及び在宅療養中の利用者が適切な医療を受けることができる体制の整備の観点から協議を進める。

○ 入院中の患者の早期退院に向けた取組については、医療と介護の相互理解を前提として、例えば、認知症を有する入院患者がリハビリテーション等を継続する必要がある場合に介護老人保健施設を退院先として適切に活用するなど、介護保険施設との連携により早期退院につなげられるよう取り組むことが重要である。

○ 高齢者施設入所者が適切な医療を受けることができる体制の整備については、高齢者施設入所者の状態悪化時に適切な介入を行うことができるよう、協力医療機関の確保、平時からの医療と介護の情報共有、受診及び搬送のルールの整理等について協議することが重要である。

○ これらの協議に当たっては、医療機関と介護保険施設との連携のみならず、市町村、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所等も含めて協議することが重要である。特に、退院支援、在宅療養の継続、急変時対応、看取り対応、施設入所等について、どのような場面でどの関係者がどの役割を担うかを整理することが重要である。このため、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（平成 26 年厚生労働省告示第 354 号）に基づ

[8] 令和６年度介護報酬改定において、介護保険施設及び養護老人ホームについては、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院のみ）を定めることが義務付けられることとなった。
①入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
②診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
③入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。

く医療と介護の協議の場の活用や、構想区域よりも小さな単位で議論する必要がある場合については、市町村等の単位で設置されている既存の協議の場の活用も検討する。

（２）協議事項

① 慢性期の医療提供体制の一体的な確保

○ 慢性期の医療需要に対応する体制について、療養病床、在宅医療及び介護保険施設について、地域に既に存在する資源を組み合わせながら一体的に検討・確保することが重要である。

○ このため、都道府県は、まず、地域における慢性期の医療需要の状況を把握する必要がある。その際には、慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを踏まえ、将来的な需要量の傾向を把握する。

○ そして、地域における現在の医療・介護資源の状況を確認する。具体的には、療養病床数、在宅医療を提供する医療機関数、訪問看護ステーションの配置や人員の状況及びサービス提供地域、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム等の定員数・人口当たりの定員数等を確認し、慢性期の医療需要を受け止める体制が地域においてどの程度確保されているかを整理する。また、この際、訪問歯科医療を担う歯科医療機関数や、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護に従事する看護職員や訪問介護員等の確保状況、看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所数等についても確認していくことが重要である。

○ そうした上で、例えば、今後、在宅医療の需要の伸びが見込まれる一方で、これまで在宅医療を担ってきた診療所や在宅療養支援病院等でその需要の増加に対応することが困難な場合については、他の病院等が新たに在宅医療も担うこととし、そうした医療機関を在宅医療等連携機能を担う医療機関として確保していくことや、地域の介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホームといった介護保険施設を有効に活用していくこと等を検討し、慢性期の医療需要を地域全体でどう受け止めるかについての方向性を協議する。

○ このように、地域における療養病床、在宅医療及び介護保険施設の資源状況を踏まえ、単純に在宅医療等の提供量を増やすことのみを目指すのではなく、既存の地域資源を適切に組み合わせながら、慢性期の医療需要を地域全体で支える体制を構築することが重要である。特に、地方都市や人口の少ない地域においては、訪問診療のニーズを介護保険施設の入所が補完している場合が多く、介護保険施設の整備状況を把握し活用する必要性が高いことに留意する。

② 医療と介護の相互理解に基づく切れ目のない退院・療養支援体制の構築

ア 医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた取組について

○ 医療機関へ入院した患者が、状態に応じて適切な時期に退院し、その後の療養や生活の場に円滑に移行できるよう、医療機関と介護保険施設の連携を進め

ることが重要である。

○　特に高齢者は、一定の治療を終えた後も、直ちに自宅等で生活に移行することが困難であることが多い一方、必ずしも引き続き急性期病床や包括期病床等での入院医療を要しない場合がある。このため、入院患者について、状態に応じて介護保険施設を退院先として活用することにより、早期の退院につなげることも考えられる。

○　例えば、介護老人保健施設は、要介護者にリハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設であるとともに、在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設である。また、介護医療院は、医療の提供が必要な要介護者の長期療養・生活施設である。

○　医療機関は、こうした介護保険施設の機能を十分に理解するとともに、退院時の適切な情報連携等を行っていくことで、患者の状態に応じ、退院後の受け皿として活用することも検討する。

○　このため、地域において、入院患者の退院先として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホームを活用していくことについて、医療機関及び介護保険施設の関係者の間で認識が共有されるよう、連携を推進していくことが重要である。

○　具体的には、例えば、次のような取組を進める。

・　介護保険施設における医療提供やリハビリテーション等の機能について、地域の関係者が理解を深める場を設定する。

・　医療機関と介護保険施設との間で、入院中の患者の状態像や、介護保険施設側で受入可能な状態（例えば、酸素療法が実施可能など）等を整理し、地域において共有する。

・　退院時における、医療機関と介護保険施設の実際の連携事例について、具体的なタイムスケジュールや情報連携の内容等を含め、地域で共有する。

・　介護保険施設と協力医療機関とのマッチング・連携に係る支援を行う。

○　こうした連携を進めることにより、地域全体として効率的かつ効果的な医療提供体制の構築が可能になると考えられる。

イ　高齢者施設入所中の利用者が適切な医療を受けることができる体制の整備

○　医療と介護の双方のニーズを有する高齢者が更に増加していく中、高齢者施設に入所中の利用者についても、日常的な健康管理に加え、状態変化時に必要な介入を適時・適切に行うことができるようにすることが、重症化を未然に防ぐ観点からも重要である。

○　特に、高齢者施設入所中の利用者については、慢性疾患を有する者、認知症を有する者、医療的ケアを要する者等もみられ、急変時又は医療が必要となった際に、施設内のみで対応することが困難な場合がある。このため、必要時に早期に医療機関を受診し、又は必要に応じて円滑に入院につなげられるよう、

平時から医療機関と高齢者施設の連携体制を整備しておくことが重要である。なお、最近では、医療機関と高齢者施設との間で、対面やオンラインによる定期的な会議やICTによる連携を行うことにより、入所者の医療情報の共有や医療対応の相談を行う取組が増加しており、こうした取組を拡大していくことも重要である。

○　このため、都道府県や市町村は、関係者において、高齢者施設における協力医療機関の確保、利用者の状態変化時における相談、受診及び搬送のルールの整理、平時からの診療情報、服薬情報、介護上の留意点等の共有が進むよう必要な支援を行うことが重要である。併せて、高齢者施設の側においても、どのような状態変化が生じた場合に医療機関へ相談し、又は受診につなげるかについて、具体的な認識が共有されるようにすることも重要である。

○　また、急変時の対応のみならず、日常的な医学管理、口腔管理、服薬管理、看取りを含めた療養支援のあり方についても整理しておくことが重要である。このため、医師、看護職員、歯科医師、薬剤師、施設職員等が、それぞれの役割を踏まえて連携し、必要な医療及び生活サービスが切れ目なく提供される体制を構築することが重要である。

○　さらに、高齢者施設入所者について、状態悪化等により入院した場合であっても、病状安定後には再び元の施設へ復帰することができるよう、医療機関と高齢者施設との間で、退院後の再入所も見据えた連携を図っていくことも重要である。なお、ケアマネジャーがその専門性を発揮し、かかりつけ医等と連携をして、個々の利用者へのマネジメントを行い、適切なサービスへつなぐことも重要である。

８．人材確保

（１）基本的な考え方

①　現状と課題

○　地域医療構想に基づき必要な医療提供体制を将来にわたって確保することができるよう、医師をはじめとした医療従事者の確保に向けた取組を進めていくことが重要である。

○　今後、地域によっては医師の確保が一層困難となることが想定される。また、手術等の急性期医療の需要が相対的に減少する一方で、高齢者救急や在宅医療の需要は増加が見込まれる。このため、単に医師数の多寡のみを問題とするのではなく、医療機関機能に応じた医療機関の役割分担の内容を踏まえつつ、どの地域に、どの診療領域の医師を、どの程度重点的に確保するかが課題となる。

○　医師の確保に当たっては、医師の育成の観点も踏まえた大学病院本院による人的協力が重要であり、都道府県と大学病院本院は密に連携することが求められる。

○　また、看護職員、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者については、厚生労働省のそれぞれの所管部局において需給推計及び人材の安定的な養成・確保に関す

る取組の検討が進められているところである。このため、都道府県においては、本ガイドラインに基づく地域医療構想の策定及び推進を進めるに当たって、看護職員、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者に関する国及び都道府県内の検討状況も踏まえ、関係する都道府県内の担当部局と連携しながら取組を進めることが重要である。

② 協議の進め方

○ 区域調整会議において医療機関機能の確保に関する協議を進めていく中で、医師の配置状況等のデータを踏まえつつ、当該区域においてどの医療機関に、どの診療領域の医師が、どの程度必要となるかを把握する。

○ そうした上で、都道府県調整会議において、構想区域ごとの医療機関機能等に係る協議の状況を踏まえ、大学病院本院による人的協力のあり方、地域枠医師等の活用の方向性、構想区域を越えて確保すべき診療領域の医師の確保の方向性等について協議を行う。特に、急性期拠点機能を担う医療機関への外科医、麻酔科医等の派遣、区域内では完結的に確保することが困難な専門的医療を支える医師の確保、人口の少ない地域等への代診医の確保等については、都道府県全体の観点から整理することが重要である。

○ また、医師確保については、地域医療構想と医師確保計画その他の既存の施策とも整合を取りながら進める必要があり、地域医療対策協議会における協議とも連動を図る必要がある。具体的には、都道府県調整会議と地域医療対策協議会を一体として運用していく進め方や、都道府県調整会議において、医療機関機能の確保等の地域医療構想全体の取組に沿った医師確保の方向性を協議し、そうした方向性を踏まえた人的協力の内容について地域医療対策協議会で協議を行うといった進め方が考えられる。

○ さらに、看護職員、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者の養成・確保については、現在国において進められている需給推計及び人材の安定的な養成・確保に関する検討の状況も踏まえ、協議の場を含めて今後検討していく必要があることに留意する。

（２）協議事項

① 医師等の確保について

○ 地域医療構想の策定及び推進に当たり、医療機関の機能分化、連携、再編・集約化等の議論と一体的に、医師確保について検討することが重要である。

○ 今後、地域によっては、医師の確保は一層困難となることが想定される。このため、都道府県は、医師確保計画や医師偏在対策に係る既存の取組との整合を図りつつ、地域医療構想において整理された医療機関機能の確保の方向性を踏まえ、検討することが重要である。

○ 具体的には、急性期拠点機能を担う医療機関において必要となる外科医、麻酔

科医等の確保、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関において必要となる内科系医師等の確保について、都道府県は大学病院本院と連携しながら検討していくことが必要である。

○　また、大学病院本院や急性期拠点機能を担う医療機関は、相対的に多くの医師が配置されることとなるため、当該医療機関は地域の他の医療機関に対し、代診医や当直医の確保等について協力することが求められる。都道府県は、協議の場において、こうした人的協力のあり方についても検討することが重要である。

○　このように、医師の確保については、医師確保計画等も踏まえ、地域医療構想における医療機関機能の確保の議論と一体的に、大学病院本院との連携を図りながら、地域において持続可能な医療提供体制を支えるために必要な医師確保の方向性を明確にすることが重要である。

○　また、看護職員、薬剤師その他の医療従事者についても、地域によって確保が困難となっている現状等を踏まえ、地域の実情に応じて検討することが重要である。

②　大学病院本院との連携

○　都道府県は、地域医療構想に基づく医療提供体制の確保に当たり、大学病院本院と密接に連携し、地域に必要な人的協力等のあり方を整理する。

○　大学病院本院は、高度で専門的な医療の提供や医師の養成に加えて、地域医療への人的協力を担う立場にある。地域医療構想において整理された医療機関機能の確保の方向性を踏まえつつ、都道府県と認識を共有しながら、病院全体として人的協力を進めることが重要である。

○　具体的な連携に当たっては、都道府県は、構想区域ごとの協議を踏まえ、どの区域において、どの医療機関機能の確保のために、どのような診療領域の医師が必要となるかを整理し、大学病院本院と共有することが重要である。一方、大学病院本院は、こうした地域の必要性を踏まえ、教育及び研究への影響も勘案しつつ、急性期拠点機能を担う医療機関への外科医、麻酔科医等の派遣、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関への内科系医師等の協力、へき地や人口の少ない地域における代診医の確保等について、都道府県と調整を行う。

○　また、人的協力に関連して、都道府県は大学病院本院に、地域枠医師や自治医科大学を卒業した医師等、都道府県内で医師として就業する契約を締結している医師の情報を共有し、都道府県と大学病院本院の両者が医師の状況を共有しながら検討することが必要である。

○　都道府県内に大学病院本院が複数ある場合や、他の都道府県に所在する大学病院本院からも一定程度人的協力を得ている場合には、それぞれの大学病院本院が担う診療領域、人的資源の状況、地域との関係性等が異なることから、都道府県は、各大学病院本院の特性を踏まえつつ、人的協力の役割分担を整理することが重要である。

○　特に、複数の大学病院本院が関係する地域では、
・　特定の診療領域に強みを有する大学病院本院
・　特定の構想区域と従来から人的関係が深い大学病院本院
などが存在し得ることから、すべてを一律に分担するのではなく、各大学病院本院の機能や強みを踏まえて役割分担を整理することも考えられる。

○　また、複数の大学病院本院が関係する場合には、個々の大学との個別調整のみでは、都道府県全体としての整合的な人的協力が難しくなる場合がある。このため、都道府県は、必要に応じて複数の大学病院本院が参加する協議の場を設けることも検討すること。

Ⅲ．地域医療構想の推進について

１．2040 年に向けた取組の推進

（１）ロジックモデル等を活用した PDCA サイクル

①　基本的な考え方

○　都道府県は、2040 年に向けた地域医療構想の実現に当たり、地域医療構想の策定のみにとどまらず、取組の進捗を継続的に把握し、必要に応じて見直しを行うことが重要である。

○　また、人口構造、医療需要、医療従事者の確保状況、医療機関の経営状況等が今後も変化していくことが見込まれることから、一度策定した内容を固定的に運用するのではなく、地域の実情の変化を踏まえながら、必要に応じて点検し、見直すことが必要である。

○　進捗状況を定期的に把握し、地域医療構想調整会議等において共有し、取組が進んでいない場合や地域の実情に変化が生じた場合には、その要因を分析した上で、必要な見直しや追加的な対応を行うことが重要である。

○　また、PDCA サイクルを機能させるに当たっては、病床数や医療機関機能の整理状況のみを確認するのではなく、実際に地域において必要な医療提供体制が確保されているかという観点から点検を行うことが重要である。

○　例えば、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能など、それぞれの機能について、機能にあわせた実績となっているかや、高齢者救急に係る役割分担を含めた救急搬送のあり方が機能しているかといった観点も含めて評価することが重要である。

○　さらに、PDCA サイクルは、都道府県庁内のみで完結させるものではなく、医療機関、市町村、介護関係者、医療保険者等の関係者や、地域住民とも共有できるよう、地域医療構想の進捗状況や取組の内容について、適切に公表し、理解を得ながら進めていくことが重要である。

○　その際、指標については、単に事業を実施した件数等のみを確認するのではなく、地域医療構想において目指す成果につながっているかを確認できるよう設定することが重要である。

②　ロジックモデル等の活用

○　ロジックモデルとは、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト）をもたらしたかという関連性を図式化したものである（別添６）。

○　地域医療構想においては、人口構造の変化、医療需要の変化、医療従事者の確保、医療機関機能の分化及び連携、在宅医療や介護との連携等、複数の課題が相互に関連していることから、個別の取組を個別に並べるだけでは、何のために実施するのか、どこまで進めればよいのか、どの取組が成果に結びついているのか

が分かりにくい場合がある。このため、都道府県は、ロジックモデル等を活用し、課題、取組及び成果の関係を整理することも重要である。

○　また、ロジックモデル等を作成・活用し、現状を把握して評価を行い、目指すべき方向性を踏まえ、課題の抽出、課題解決に向けた施策の明示等を行い、進捗状況の評価等を実施していくことも重要である。作成したロジックモデル等は、地域医療構想調整会議等において共有し、協議の基礎として活用することも重要である。

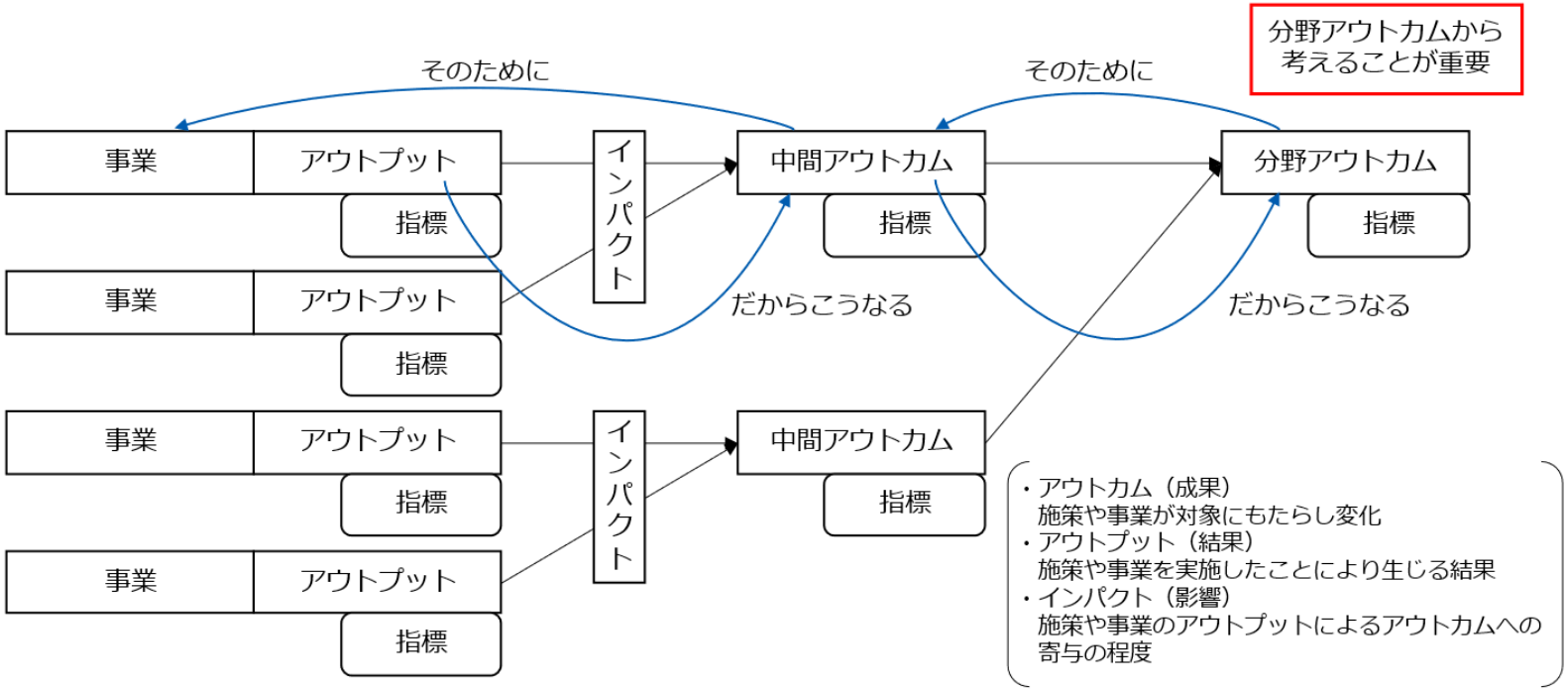
○　例えば、「高齢者救急の増加」という課題に対し、「高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の確保」「実施基準への高齢者救急の考え方の反映」といった取組を位置付け、その進捗を「医療機関数」や「救急搬送の状況（高齢者救急）」等により把握し、最終的に「地域において高齢者救急に適切に対応できる体制が確保されている状態」を目指す、といった形で整理することが考えられる。

○　都道府県は、こうしたツールも活用しながら、構想を推進することが重要である。

○　ロジックモデル等のツールの活用については、「医療計画について」（令和５年３月 31 日付け医政発 0331 第 16 号厚生労働省医政局長通知）、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年３月 31 日付け医政地発 0331 第 14 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）及び「第４期医療費適正化計画の作成及びＰＤＣＡ管理等について」（令和５年７月 27 日付け保連発 0727 第１号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知）において通知しているところであり、当該通知も参照すること。

ロジックモデルの活用

○　政策や行政計画について　、ロジックモデル　（施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの ）を活用して指標を設定することにより　、目的・手段、原因・結果など、各指標がどのような関係にあるかを示すもの。
○　「何のために 、何をする 」「何をすることで 、何をもたらすか 」を示しており 、政策や行政計画の PDCA、関係者間の議論・検討・調整などに利用するツールである　。



（２）地域医療構想の見直しについて

①　基本的な考え方

○　地域医療構想について、人口構造や将来推計人口、医療需要、医療資源等を踏まえて策定するものである。2040 年に向けて、人口動態、医療需要、医療従事者の確保状況、医療機関の経営状況、介護資源の状況等は変化していくことが見込まれる。このため、一度策定した後、固定的に運用するのではなく、地域の実情の変化や取組の進捗状況を踏まえながら、必要に応じて見直しを行うことが必要となりうる。

○　特に、今後ますます都道府県との連携の強化が求められる大学病院本院の役割や、地域医療構想の方向性を踏まえて検討する第９次医療計画において、５疾病・６事業等の検討を深化させる中で、地域医療構想の見直しを検討することも考えられる。

○　見直しに当たっては、地域医療構想において目指す医療提供体制の方向性に照らし、地域医療構想調整会議等において課題を共有した上で、必要な見直しを行うことが重要である。

②　必要病床数の見直しについて

○　必要病床数については、将来推計人口、入院受療率等を踏まえて設定されるものである。

○　厚生労働省においては、医療計画の見直しにあわせて必要病床数の見直しを検討することとしており、都道府県においても、国の考え方を踏まえて必要に応じて必要病床数の見直しが求められうる。また、厚生労働省は、今後の人口動態や働き方の変化、テクノロジーの進展等による地域の医療提供体制の効率化等を踏まえつつ、本ガイドラインにおける各パラメータ等について必要な見直しを行うこととする。

③　医療機関機能の見直しについて

○　医療機関機能は、各医療機関が 2040 年において担う機能を明確にするとともに、それを踏まえて役割分担等の取組を進めるためのものである。他方、地域の医療需要の変化、医療機関の経営状況の変化、医療従事者の確保状況等により、各医療機関が見直しを希望する場合も想定される。

○　このため、地域医療構想調整会議における医療機関機能の決定後においても、各医療機関の方針により医療機関機能の見直しは可能である。他方、特に急性期拠点機能を担っていた医療機関が急性期拠点機能を担わないこととする場合など、地域医療構想調整会議においてその他の医療機関が担う機能の変更が必要ないか、提供体制に影響がないか等について、必要に応じて確認することが重要である。

④　その他の取組等の見直しについて

○　地域医療構想に基づく取組については、必要病床数及び医療機関機能に限らず、入院医療における役割分担、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保、患者のアクセス確保等についても、地域の実情の変化に応じて見直しを行うことが重要である。特に、看護職員、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者について、国において需給推計及び養成・確保に関する取組の検討が進められていることから、こうした検討においてとりまとめられた内容を踏まえ、必要に応じて、地域医療構想の見直しや地域ごとの取組の検討等を行うことが重要である。

○　人口、患者の流出入、交通事情、医療資源、介護資源の状況等に変化が生じた場合には、取組が引き続き適切かを確認し、必要に応じて見直しを行うことが重要である。

○　また、これらの見直しについては、PDCA サイクルの中で進捗状況及び課題を把握し、地域医療構想調整会議等において共有した上で、追加的な取組、取組の修正等を行うことが重要である。

２．地域医療構想と医療計画の関係

○　これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、新たな地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。

○　地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第９次医療計画に向けては、二次医療圏は、見直し等を通じて設定された構想区域と原則として一致させる必要がある。

○　医療計画は、地域医療構想の実行計画として５疾病・６事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第９次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。

３．精神医療に関する地域医療構想について

○　改正医療法により、地域医療構想には精神医療が位置付けられることとなった。

○　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が設置され、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 年度中を目途に結論を得るべく、検討が進められる。

○　地域医療構想の精神医療に関する取組等は、当該ガイドライン発出後に検討することとなる。