

2040年に向けた地域医療構想について

厚生労働省 医政局 地域医療計画課
医療確保対策専門官 和田 佐保

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

I. 地域医療構想の概要

II. 地域医療構想策定ガイドラインについて

- II-1 構想区域について
- 2 医療機関機能について
- 3 病床機能について
- 4 策定スケジュール
- 5 データ活用について

地域医療構想について

- 地域医療構想は中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制を確保するため、将来の必要病床数を推計し、医療機関からの報告等に基づき、地域ごとに関係者の協議を行い、地域医療介護総合確保基金を活用しながら実現を目指すしていくもの。

地域医療構想は、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。

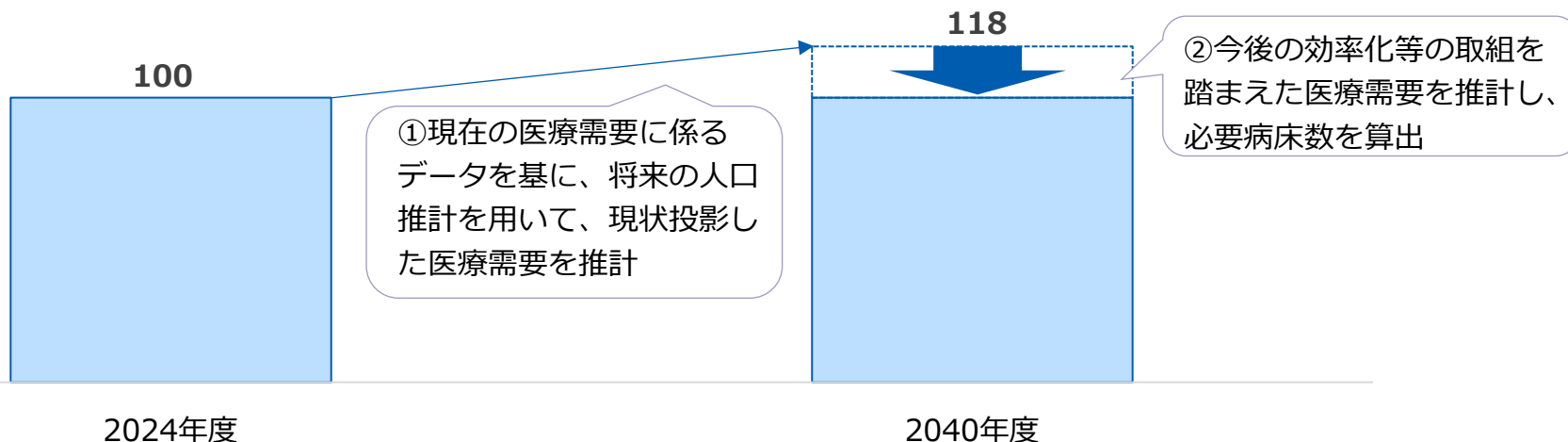
- ① 都道府県において、各構想区域における2025年の医療需要と「病床数の必要量」について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。
- ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を「病床機能報告」により報告。
- ③ 各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。
- ④ 都道府県は「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

※地域医療構想は、病床の削減や病院等の統廃合ありきではなく、地域での協議を踏まえて取り組むもの

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、

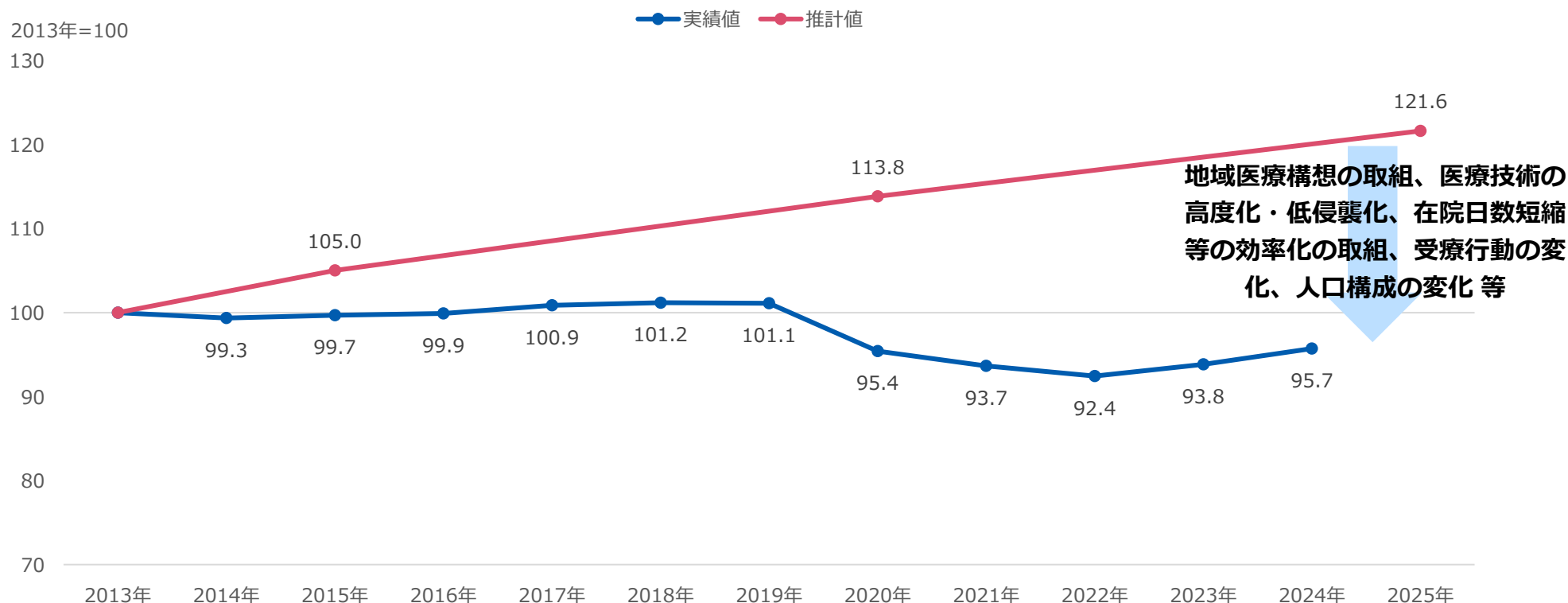
- ③必要病床数の定期的な見直し等、これまでの議論において検討が必要とされるその他の事項

について整理が必要。

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。

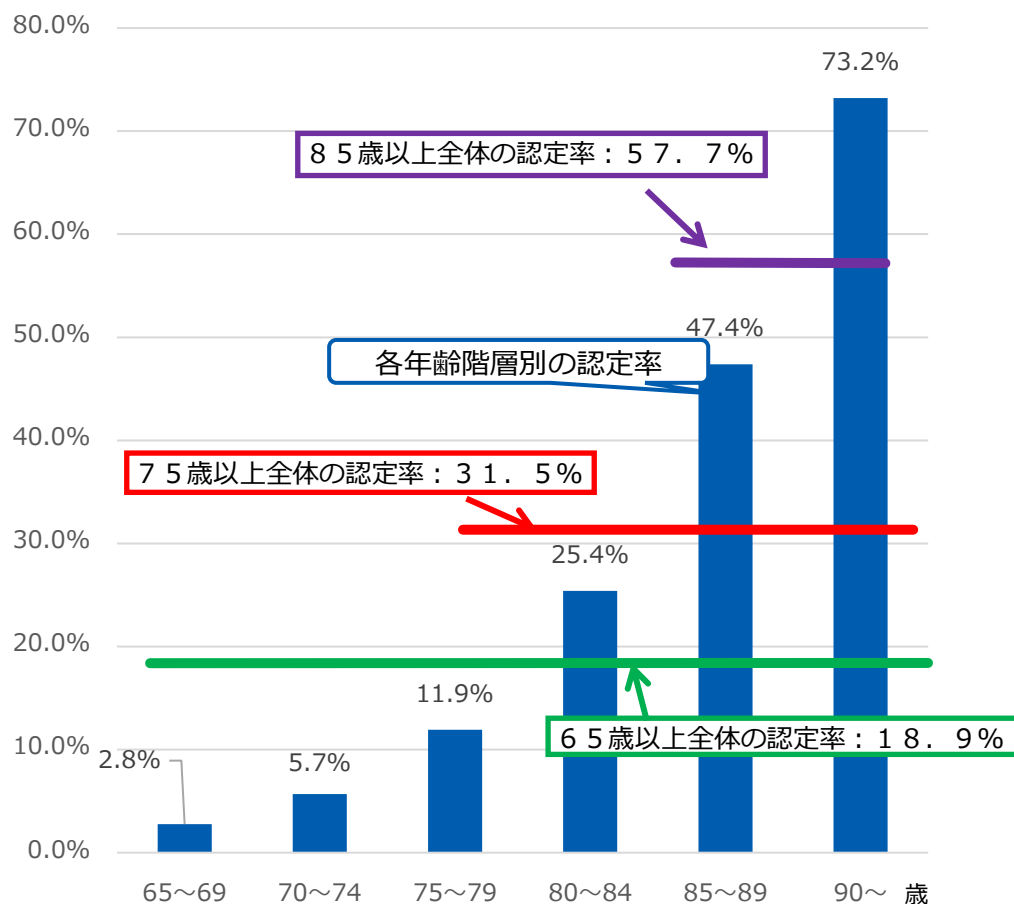
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

※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。

2040年頃に向けた医療の課題①

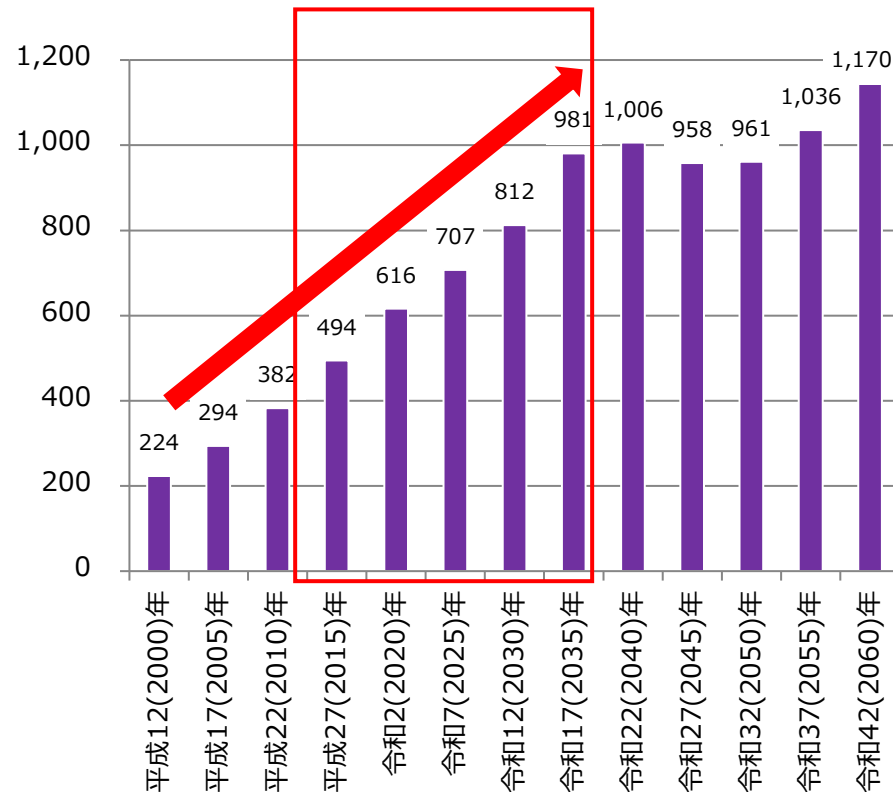
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移



（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5（2023）年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

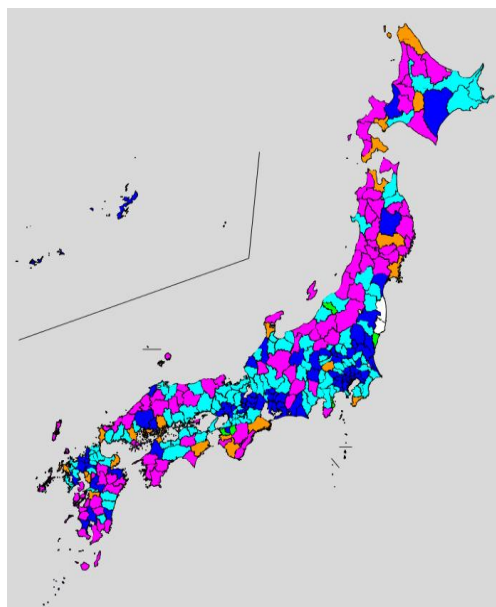
2040年頃に向けた医療の課題②

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要②

○ 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

○ こうした地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方はそれぞれ異なったものとなる。

＜入院患者数が最大となる年（二次医療圏別）＞



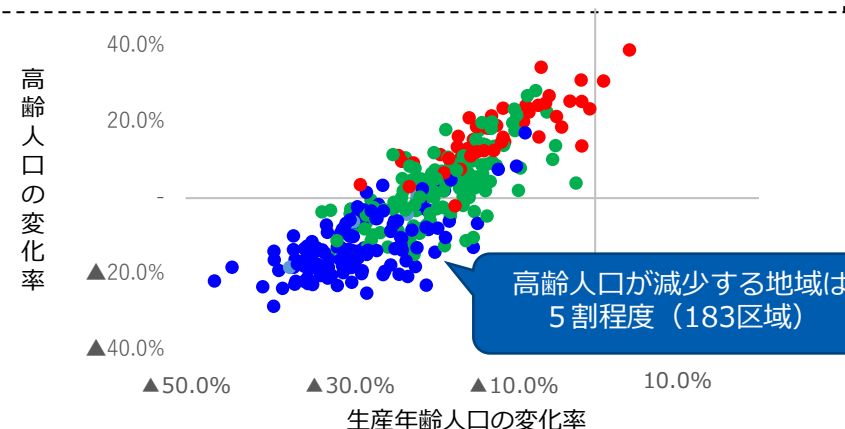
- ：2020年以前に最大
- ：2025年に最大
- ：2030年に最大
- ：2035年に最大
- ：2040年以降に最大

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・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。

＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況（構想区域（337区域）別）＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
過疎地域型：上記以外



II. 生産年齢人口の減少に伴う、医療従事者の確保の課題

○ 生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となる中、働き方改革等とあわせて、医療DX等を着実に推進していくことが重要。

○ 医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は高齢化しており、診療所数は人口が少ない二次医療圏では減少傾向、人口の多い二次医療圏では増加傾向にある。

○ 歯科医師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

○ これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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することを目指す。

2040年に向けて、総合的な改革によって、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築

2040年に向けた地域医療構想について

背景

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。



- ・ 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- ・ 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能**に着目した**医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・ 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・ 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- ・ 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- ・ 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・ 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- ・ 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- ・ 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- ・ 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- ・ 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 高齢者をはじめとした救急搬送の受入
- ・ 入院早期からのリハビリ・退院調整等の実施

急性期拠点機能

- ・ 人口20万～30万に1つを目安に確保
- ・ 手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の提供
- ・ 他の施設等と連携した24時間対応等の実施

専門等機能

- ・ 集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- ・ 都道府県と連携した人的協力 ・ 広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

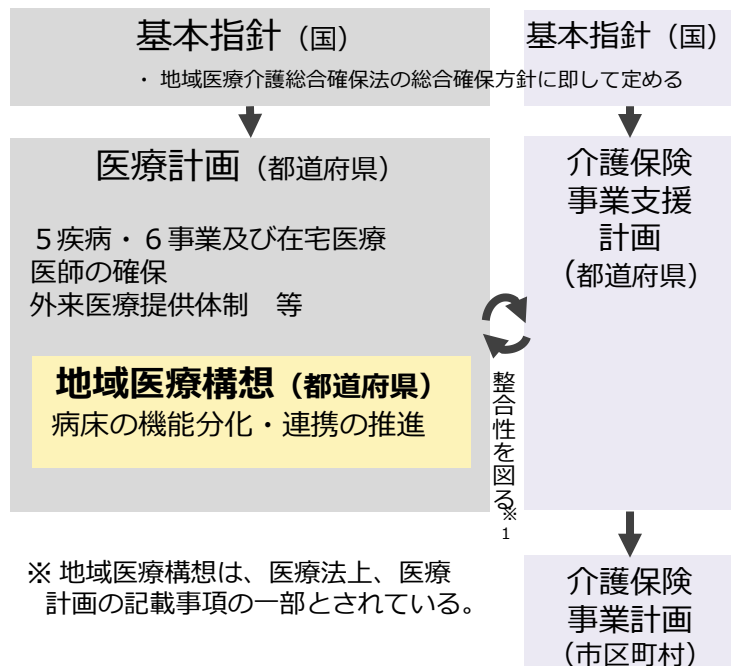
病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

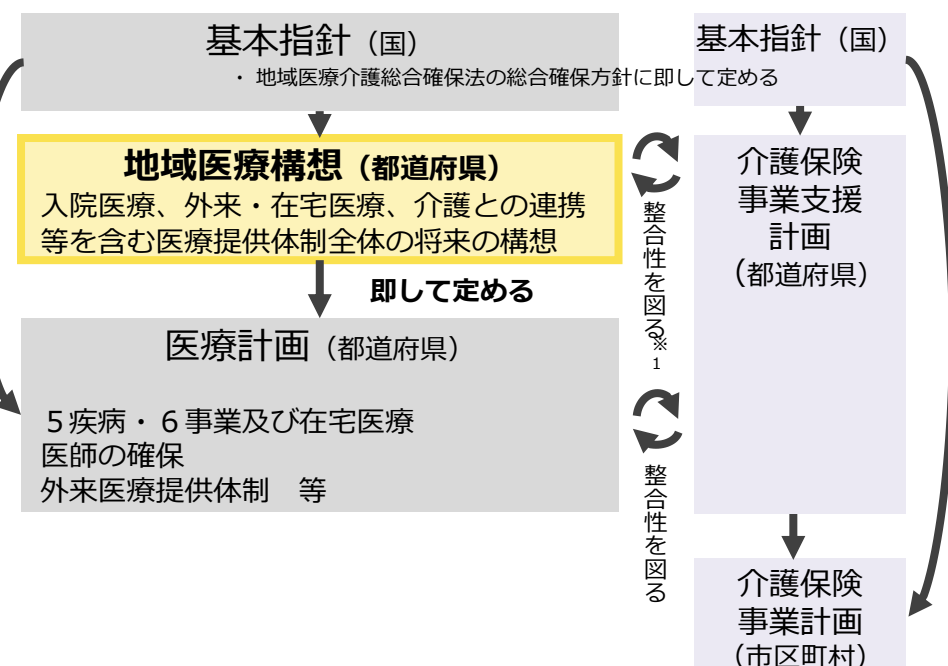
新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。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。
 - 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、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ものとする。

<現行>



<今後>



本日の内容

I. 地域医療構想の概要

II. 地域医療構想策定ガイドラインについて

II-1 構想区域について

- 2 医療機関機能について
- 3 病床機能について
- 4 策定スケジュール
- 5 データ活用について

構想区域の役割について

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

構想区域 の 役割

① 医療機関の連携・再編・集約化など、 医療提供体制構築のための議論

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

⇒人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要

② 必要病床数の運用

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定

第8次医療計画における医療圏、地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として、二次医療圏と原則一致するものとして設定している。また、第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏について、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場合は区域の設定の見直しを検討する、また、100万人以上の二次医療圏について、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。
- 令和6年4月時点で、構想区域と二次医療圏は2県を除き一致している。

二次医療圏

330医療圏（令和6年4月現在）

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考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定**

構想区域

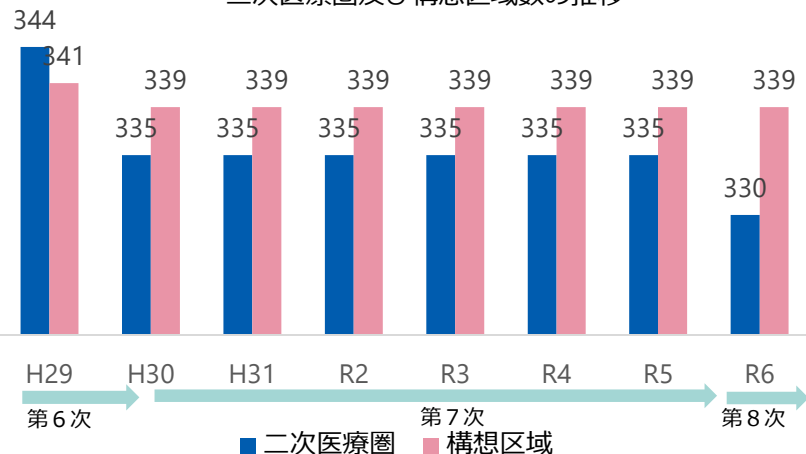
339構想区域（令和6年4月現在）

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考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域**を単位として設定

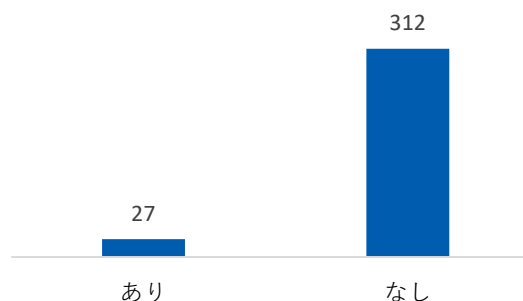


2県以外で一致

二次医療圏及び構想区域数の推移



第8次医療計画策定時における
構想区域設定の見直しの検討



見直しを行わなかった理由について

- ◆ 二次医療圏の統合等により、全体として医療提供体制が向上するといった明確な変化が見られない
- ◆ 複数の要因（地理的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情、他計画等への影響等）から現行区域の設定が妥当と判断

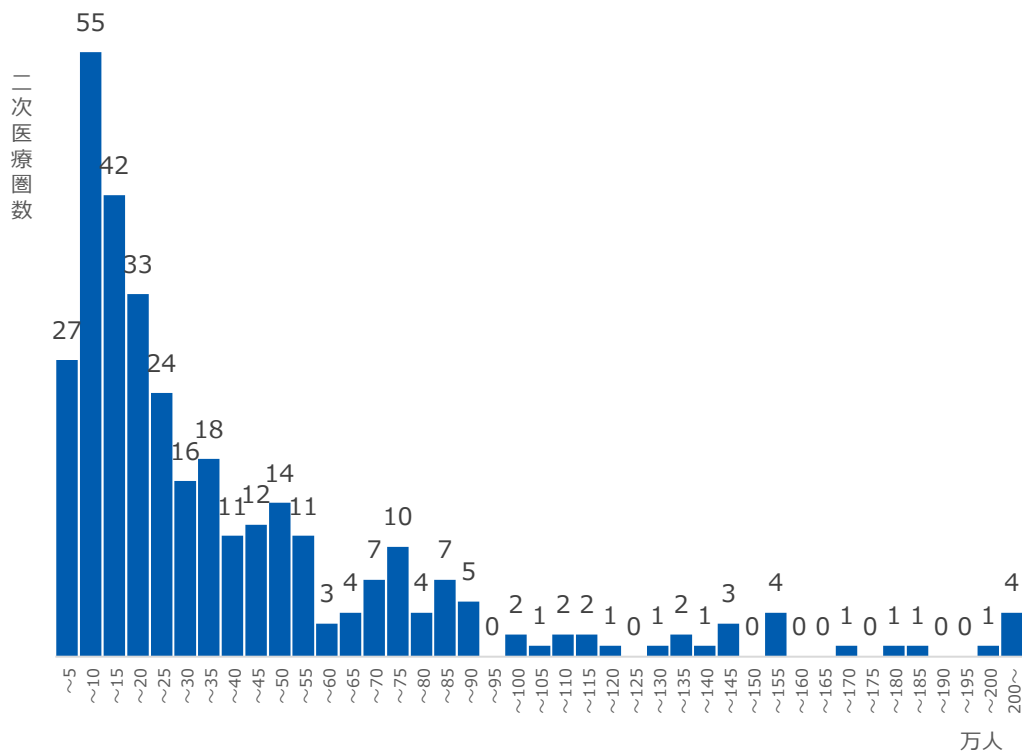
見直しを行うことへの課題等について

- ◆ 構想区域を統合し、面積が広大となる場合の基幹病院へのアクセス
- ◆ 区域の見直しにより他の行政分野との不整合、医療サービスの低下等が懸念
- ◆ 市町村や隣接県との調整
- ◆ 関係医療機関、医療関係団体からの理解

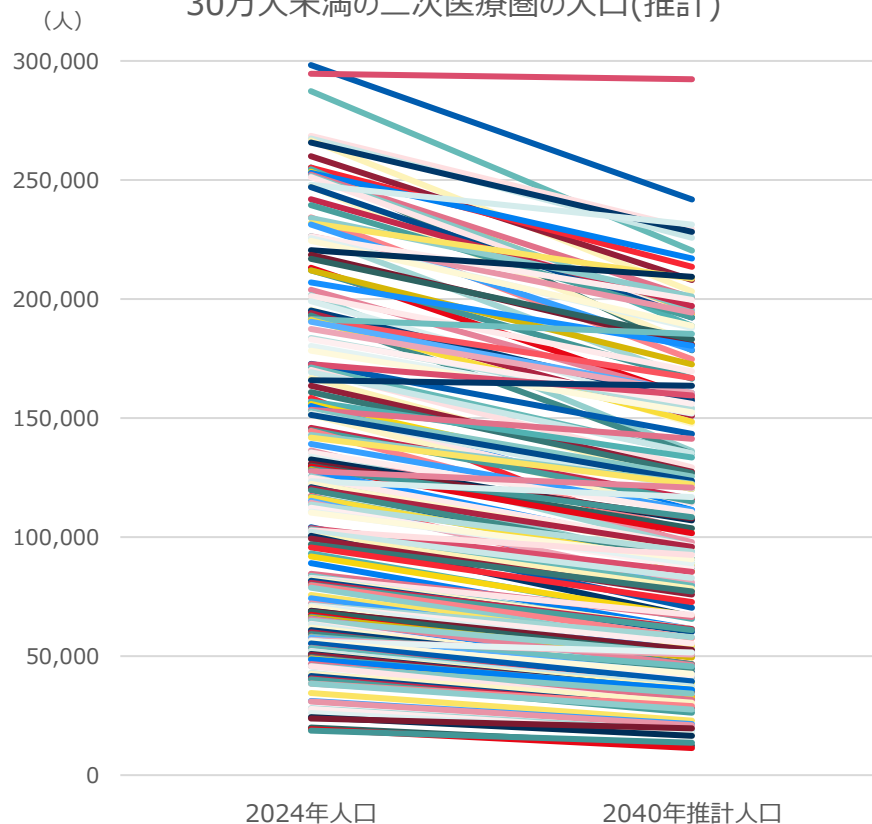
二次医療圏ごとの人口規模

- 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度。人口規模が20万人未満の二次医療圏は157、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 二次医療圏を構成する市町村が変化しないと仮定すると、2040年には、人口規模が20万人未満の二次医療圏は182、10万人未満の二次医療圏は109となると推計される。

人口規模別二次医療圏数



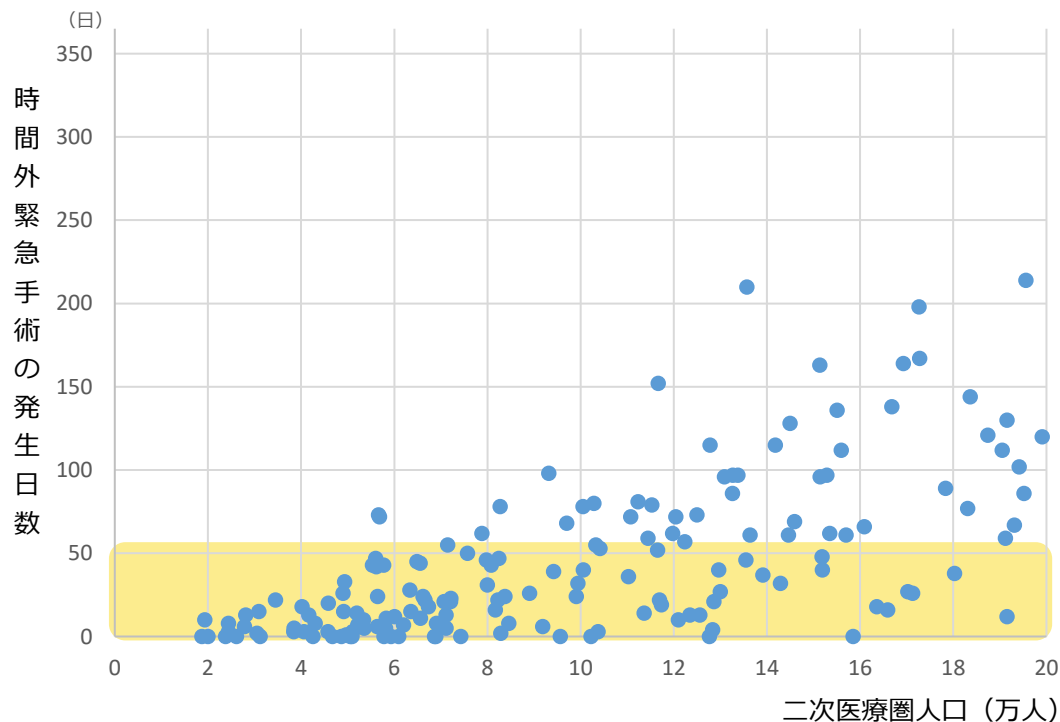
30万人未満の二次医療圏の人口(推計)



二次医療圏の現状と課題

- これまで、二次医療圏は、入院に係る医療を一定程度完結すること、人口規模が20万人以上であること等を目安としながら設定されてきた。
- 他方、すでに半数の二次医療圏が人口規模20万人未満であり、例えば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。緊急手術に対応できる体制は24時間365日確保することが求められるところ、
 - ・ 圏域として体制が確保できておらず、当該医療圏内で医療提供が完結していない
 - ・ 全ての需要に対応できているが、圏域における医療需要が少なく、提供体制として効率性に課題がある等の課題が考えられる。

人口20万人未満の二次医療圏における時間外緊急手術発生日数（年間）



「医療計画について」

（令和5年3月31日厚生労働省医政局長通知）（抜粋）

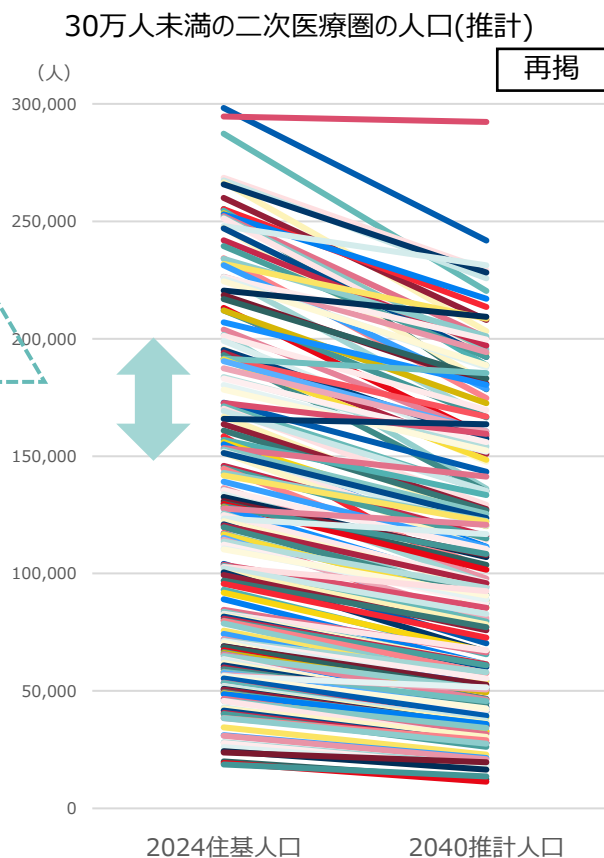
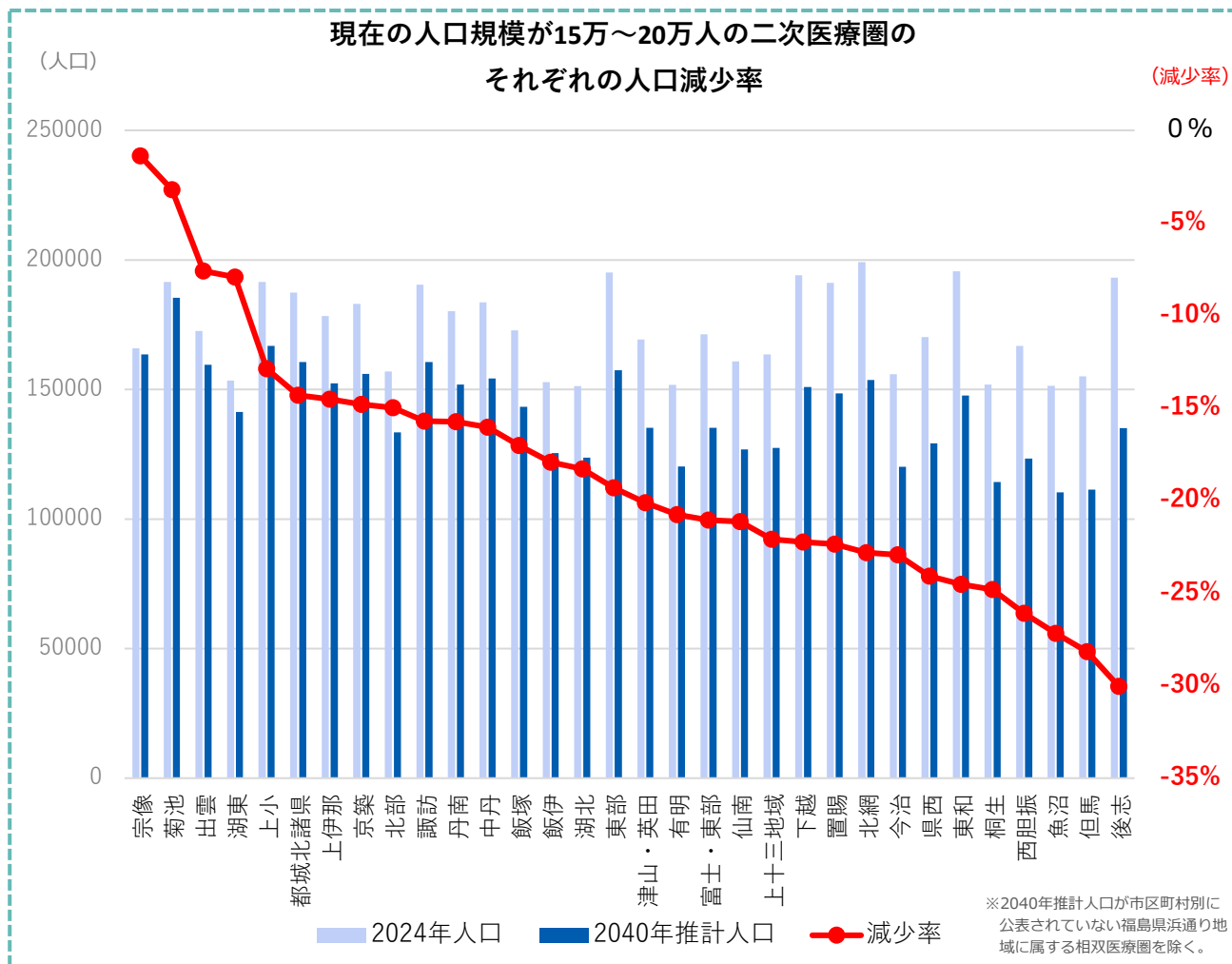
人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこと。（略）人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討すること。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。また、設定を変更しない場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。

※ 時間外等緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

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

人口減少の度合いの地域差

- 現在の人口規模が同じような地域であっても、2040年に向けた人口減少の度合いは、今後約30%減少する地域から、数%の減少の地域まで様々である。



構想区域の見直しの例①（区域の統合）

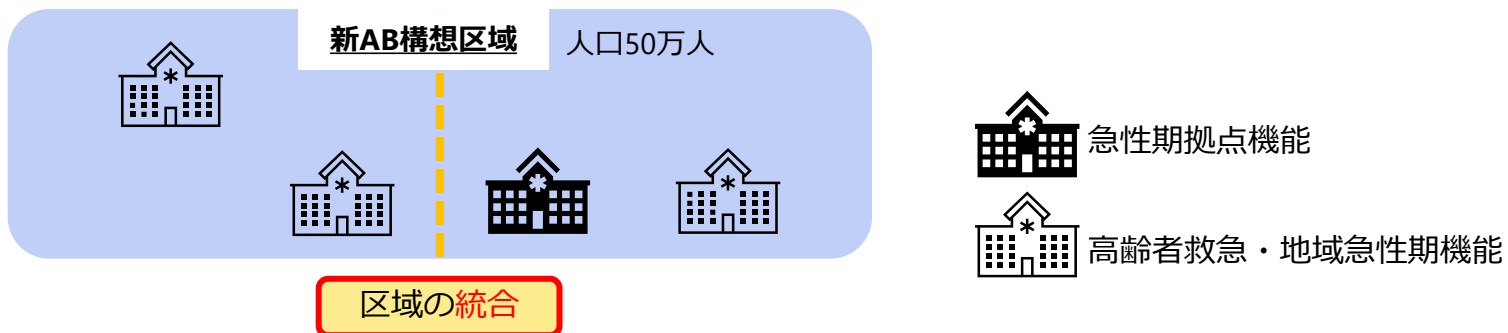
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との統合等の検討が必要。

現状



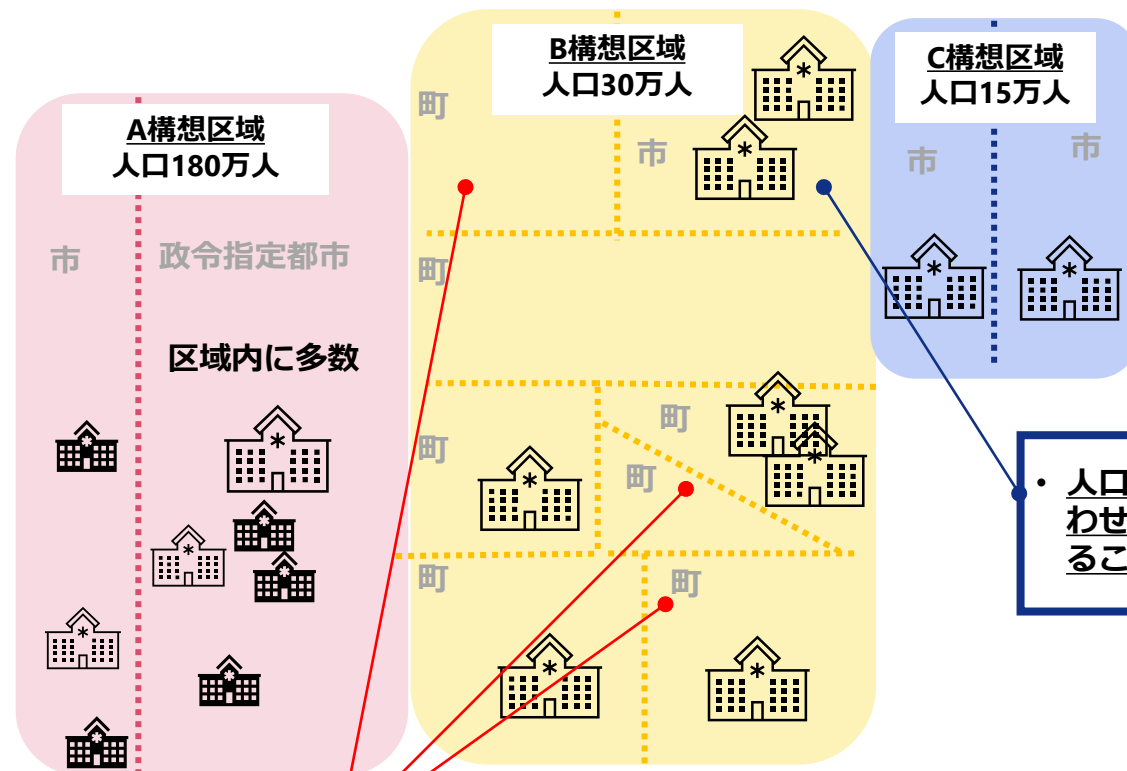
見直し後

- 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。



構想区域の見直しの例②（区域の再編）

- ある区域について、人口20万人以上となるように見直す場合、区域同士の統合のほか、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市町村単位等で分割し、それぞれ別の区域と再編することも考えられる。



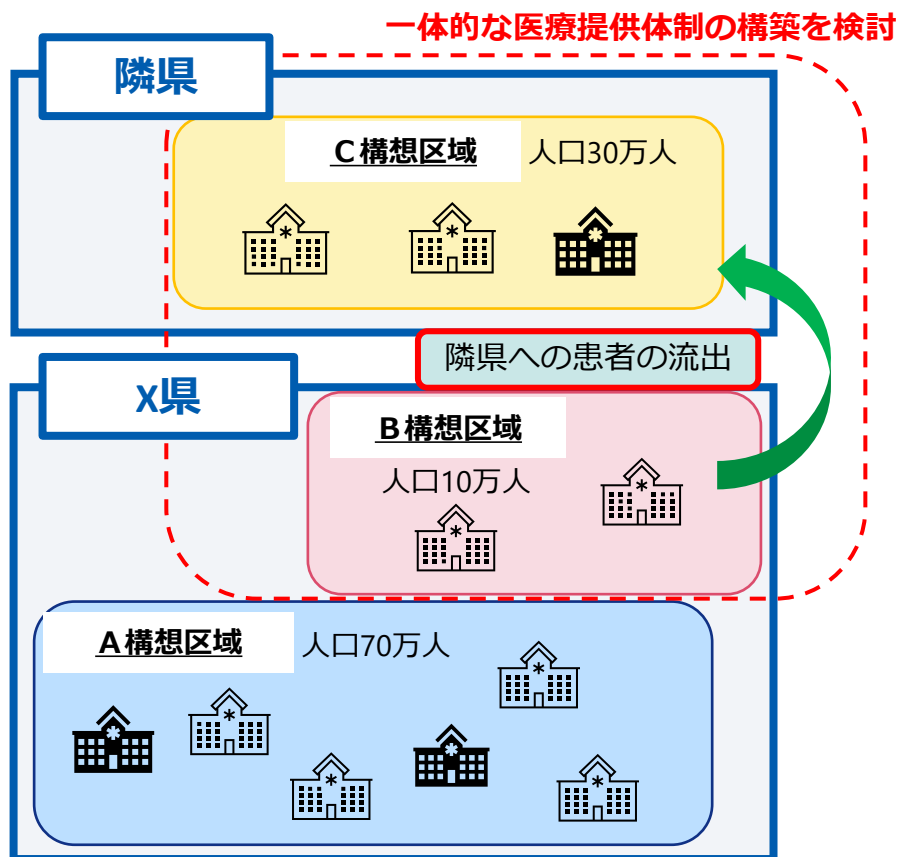
- 政令指定都市に極めて近く、交通の便も良いため、A構想区域とあわせた区域とすることを検討

- 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

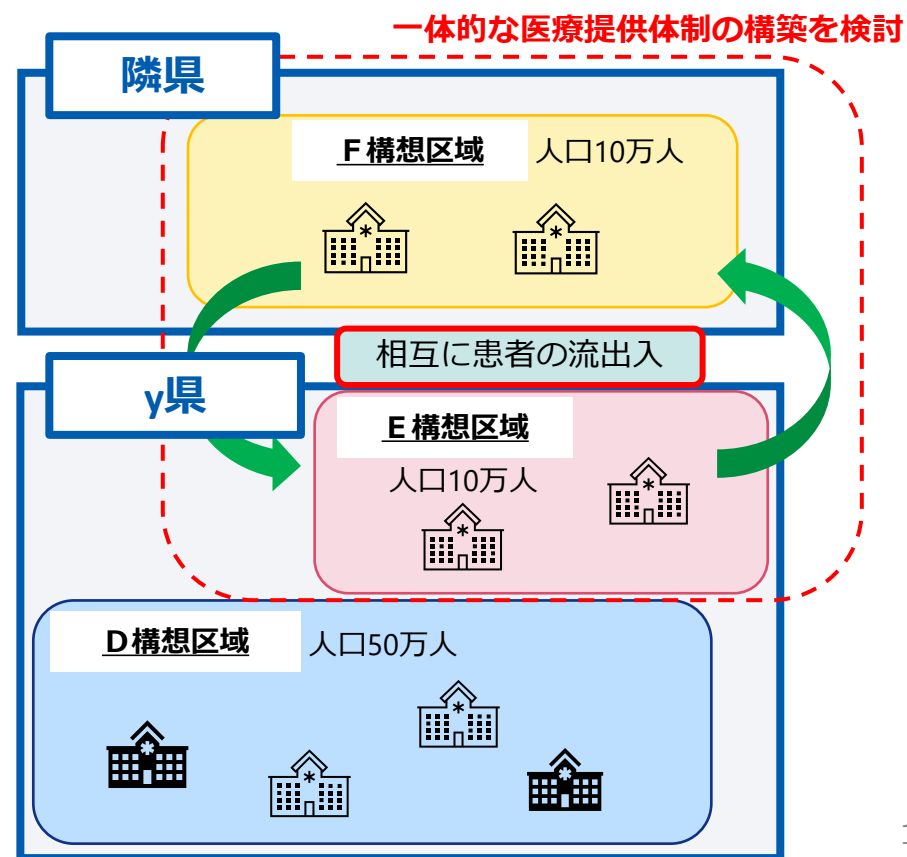
隣接する他の都道府県の区域との連携

- 都道府県境に位置する構想区域について、地理的条件や交通事情により、隣接する他の都道府県の構想区域と一体的に医療提供体制を構築していくことが適切な場合がある。
- こうした場合、両都道府県が連携体制を構築した上で、隣接する両区域で一体として、急性期拠点機能をはじめとする医療機関機能の確保していくこと等も検討する。

例① 隣接する他都道府県の区域に患者が流出



例② 医療資源の乏しい区域同士が都道府県境を接して隣接



地域医療構想の検討体制

- 地域医療構想の策定に当たっては、都道府県が主体となり、地域医療構想調整会議を中心として関係者との協議を行い、地域の医療提供体制の課題等を整理することが必要となる。県庁内の他部局等との連携体制の構築等、協議に必要な体制を整備することが求められる。

地域医療構想調整会議

- 都道府県は、**都道府県単位（都道府県調整会議）**及び**各構想区域単位（区域調整会議）**で地域医療構想調整会議を設置。
- 参加者については、全般的事項については関係者全員が参加し、個別医療機関が関係する協議については特に関係する者に限って参加する等、**議題に応じて柔軟に設定**。
（主な参加者）医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係者、関係医療機関、大学病院本院、保険者、市町村、介護関係団体、住民、地域医療構想アドバイザー等
- 構想区域よりも狭い単位で検討することが適当な場合等、協議内容や課題の性質に応じて、**既存の協議体の活用やワーキンググループの設置等、柔軟な対応が可能**。

他部局等との連携

- 新たな地域医療構想は、医療提供体制全体の課題解決を図るものであることを踏まえ、都道府県は、例えば、以下のように**他部局等と連携を図ることが重要**。

介護担当部局

- 介護保険事業（支援）計画の担当部局として、慢性期の医療需要への対応や退院後の生活支援の観点から、介護保険施設や居宅サービスの整備状況、高齢者施設等の協力医療機関の確保状況、療養病床の整備状況等を共有するなど、情報共有を検討。

薬務担当部局、市町村等

- 在宅医療における訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等を含む多職種連携の取組について具体的に検討。

地域交通担当部局、都市計画担当部局、市町村等

- 医療機関への通院手段等に係る課題の共有や、立地適正化計画等のまちづくり計画との連動を検討。

協議の運営

- 住民参加の推進**に加え、**対応案の公表**や**説明会の実施**、**パブリックコメント**等により、住民からの意見を把握することが重要。
- 地域医療構想調整会議については、介護や精神保健・障害福祉、公共交通政策等といった事項や、診療報酬上要件とされている事項等について、**地域の医療提供体制に関する意見を聴く場として活用することも可能**。

I. 地域医療構想の概要

II. 地域医療構想策定ガイドラインについて

- II-1 構想区域について
- 2 医療機関機能について
- 3 病床機能について
- 4 策定スケジュール
- 5 データ活用について

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

具体的な内容

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 人口20～30万人に1つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※ 有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

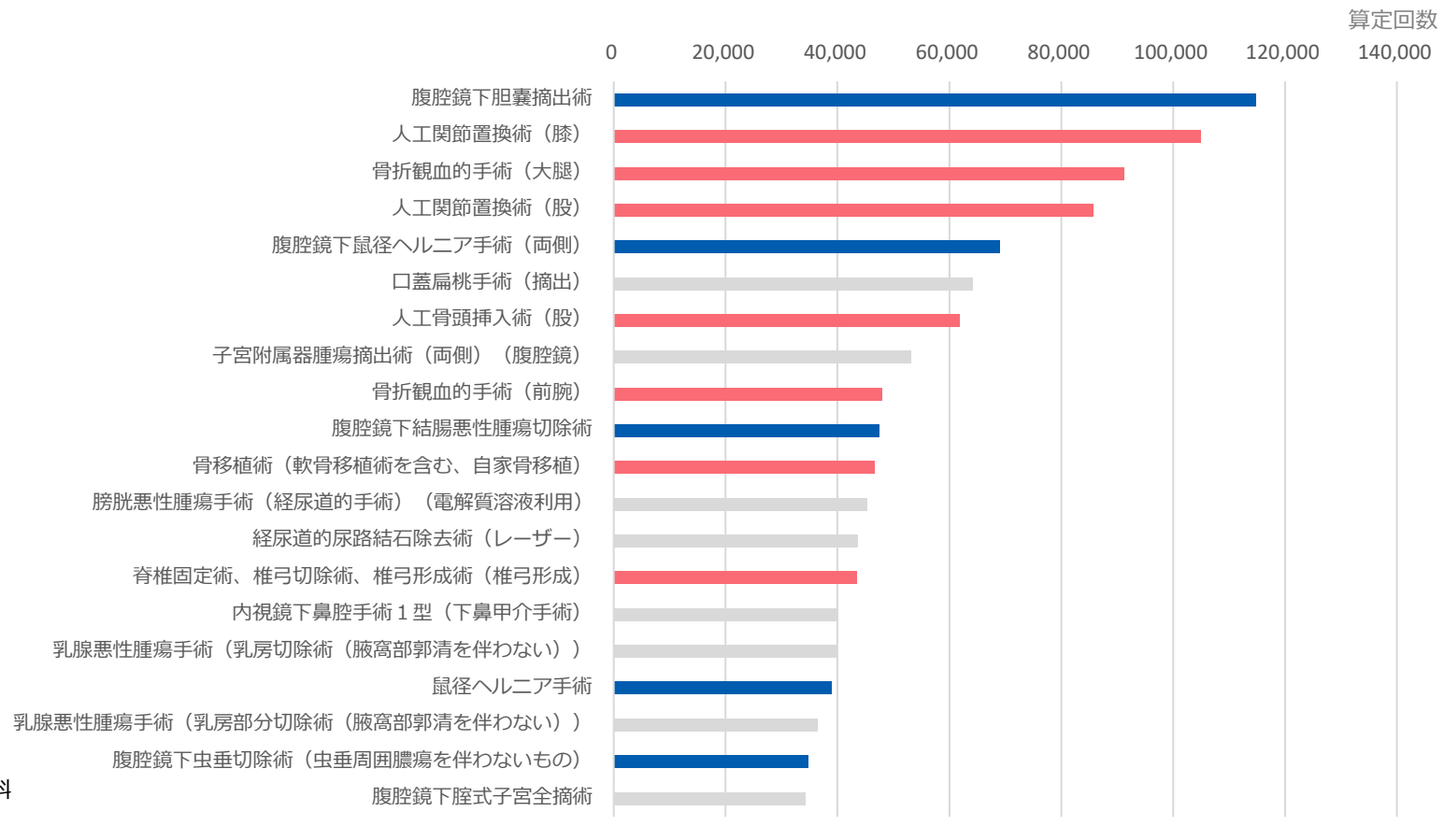
広域な観点での医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
※ 大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

全身麻酔手術のための体制について

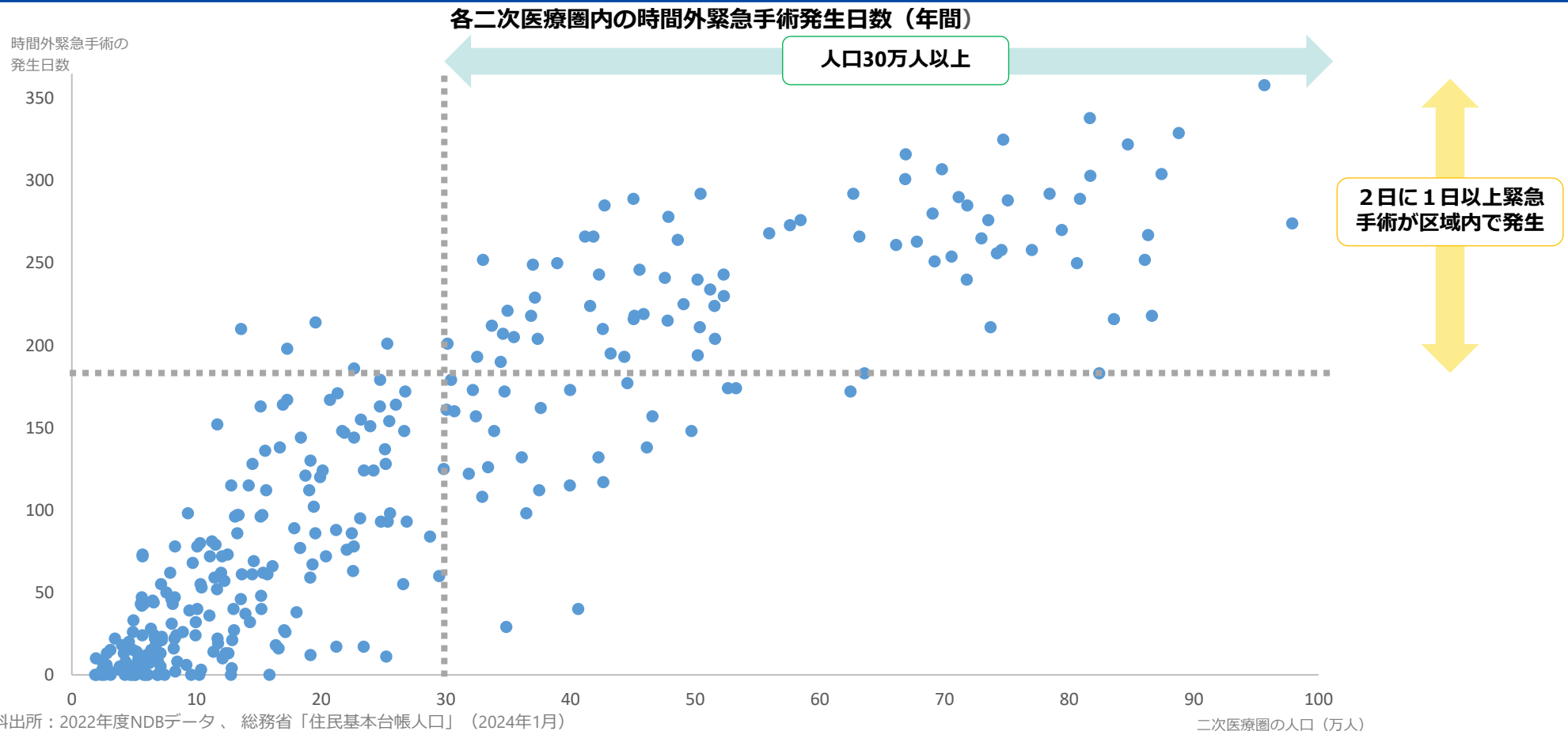
- 入院で行われている全身麻酔手術は、消化器外科や整形外科に関連した手術が多い。地域においても、均てん化して提供することが望ましい手術の提供を維持するため、特に人口が少ない地域では、確保が困難な麻酔科医や手術関連スタッフ等の医療資源を効率的に活用するため、手術を提供する医療機関は複数の診療科、一定の症例数に対応することが重要となる。

全身麻酔手術（入院）の件数上位20



人口規模に応じた急性期拠点機能の医療機関の数

- 効率的な急性期医療の提供体制を構築することが重要であるところ、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多く、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を1つ確保することが必要。
- 他方、人口30万人未満の二次医療圏であっても緊急手術が多い場合や、人口が30万人超であっても少ない場合も存在する。急性期拠点機能の数の検討にあたっては人口規模に加え、医療の需要の状況や患者の流出入等の地域の実情を踏まえることも必要。



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	・ 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。

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）

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

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%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

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＞疸を伴わないもの	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

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%

各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

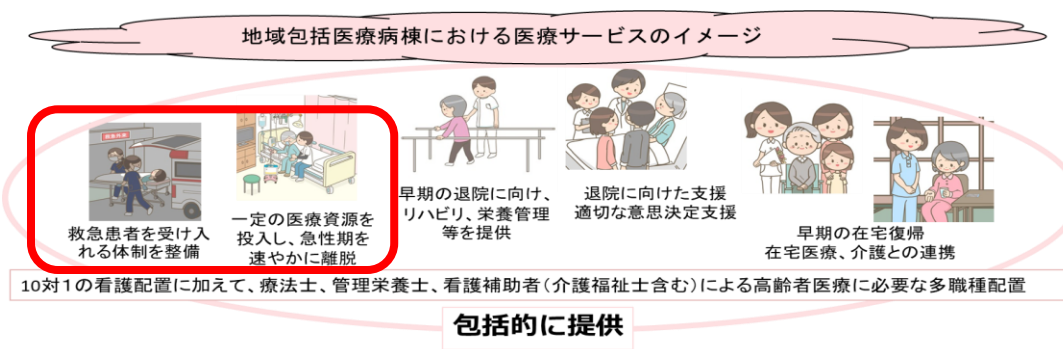
年齢	入院中手術有	入院中1000点以上処置有	入院中手術又は1000点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	<u>41%</u>
75歳以上	35%	6%	<u>37%</u>
85歳以上	27%	4%	<u>29%</u>

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。

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

高齢者救急・地域急性期機能について

- 今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



85歳以上の頻度の高い傷病名（※）

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

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

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名（※）

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸＜結腸＞のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少（症）	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

高齢者救急の基本的な考え方

高齢者救急の基本的な考え方

① 単純に年齢や疾患で区切ることは困難

- 高齢者の年齢に関する定義は、機関等によりさまざまであり、高齢者に適した医療を提供する観点からも、年齢だけでなく、身体・認知機能等も含めた検討が求められる。

② 手術等の必要な症例の割合が少なく、対応可能な医療機関が多い

- 若年者と比較して、高齢者は手術や処置等が必要となる疾患の頻度は限定的であり、**医療資源を多く必要とする医療を必要とする症例の割合が少ない。**
- 高齢者救急について、現在でも、対応している医療機関の数は多い。

③ 包括的な入院医療の提供の必要性

- 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を提供し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**を包括的に行うことが求められる。

急性期医療・救急医療の役割分担について（イメージ）

- 手術等の医療資源を多く要する医療については急性期拠点機能に集約して提供していく一方、増加が見込まれる高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面に対応していくことが考えられる。
- 地域によって、高齢者救急・地域急性期機能が高齢者救急に関連する頻度の高い手術等に対応するケースや、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急についても対応していく必要があるケース等も考えられ、医療需要の変化に関するデータ等も踏まえながら、地域の実情に応じた役割分担について協議を行う。

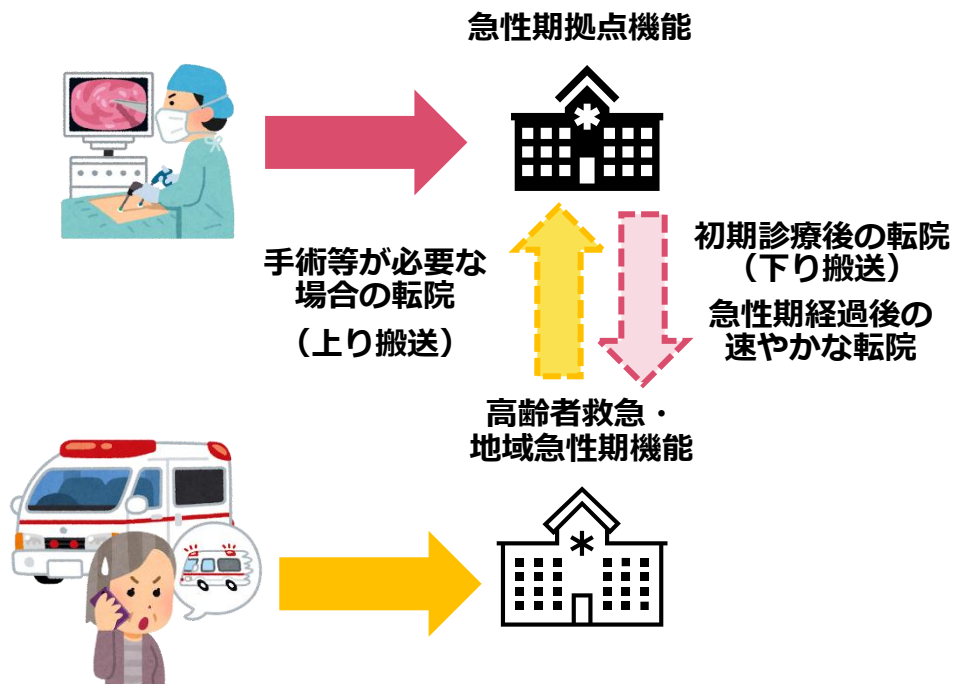
●急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能における、手術等や高齢者救急の役割分担（イメージ）

手術等の分担

- 手術等の症例について、緊急性の高い疾患に対する緊急手術を含め、急性期拠点機能に集約して提供
- 地域の需要や個別の施設の実情を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能でも、高齢者救急に関連する頻度の高い手術等を実施

高齢者救急の受入の分担

- 増加する高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能とも連携した受入体制を整備
- 急性期拠点機能は手術等を要する症例や緊急度・重症度の高い患者の対応を中心としつつ、地域の医療の需要等を踏まえ高齢者救急の受入を行う

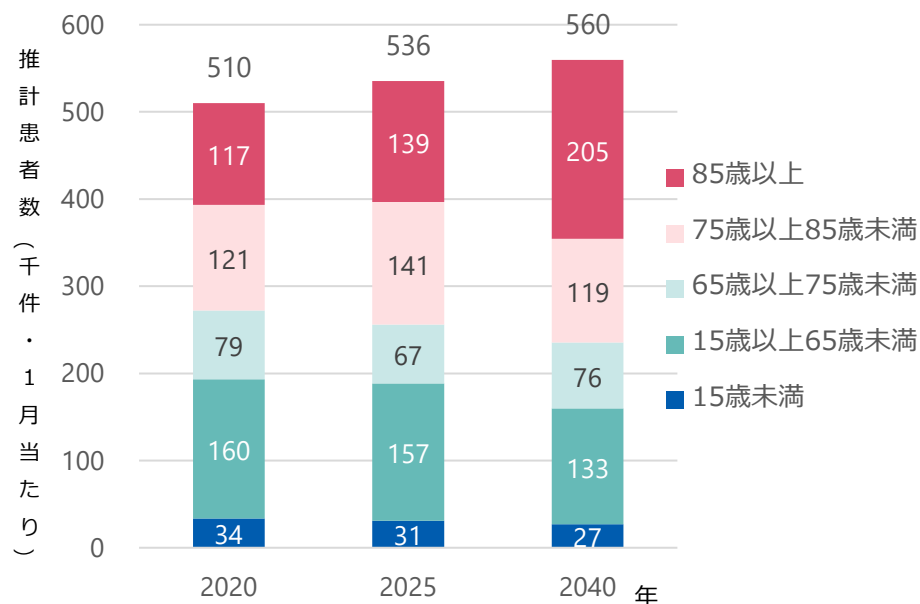


2040年頃に向けた医療の課題

- 医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる中、2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

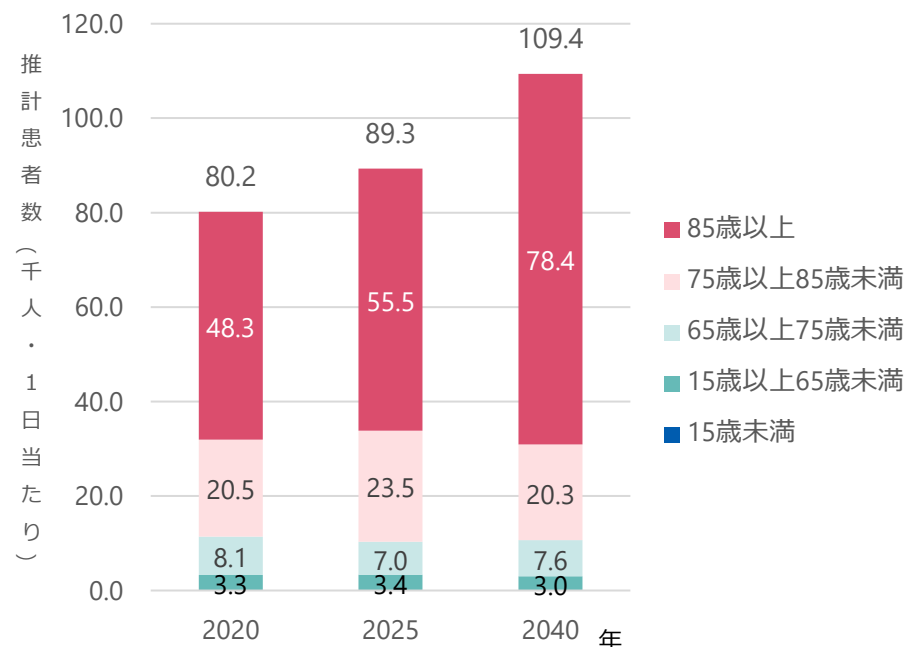
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。

※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）

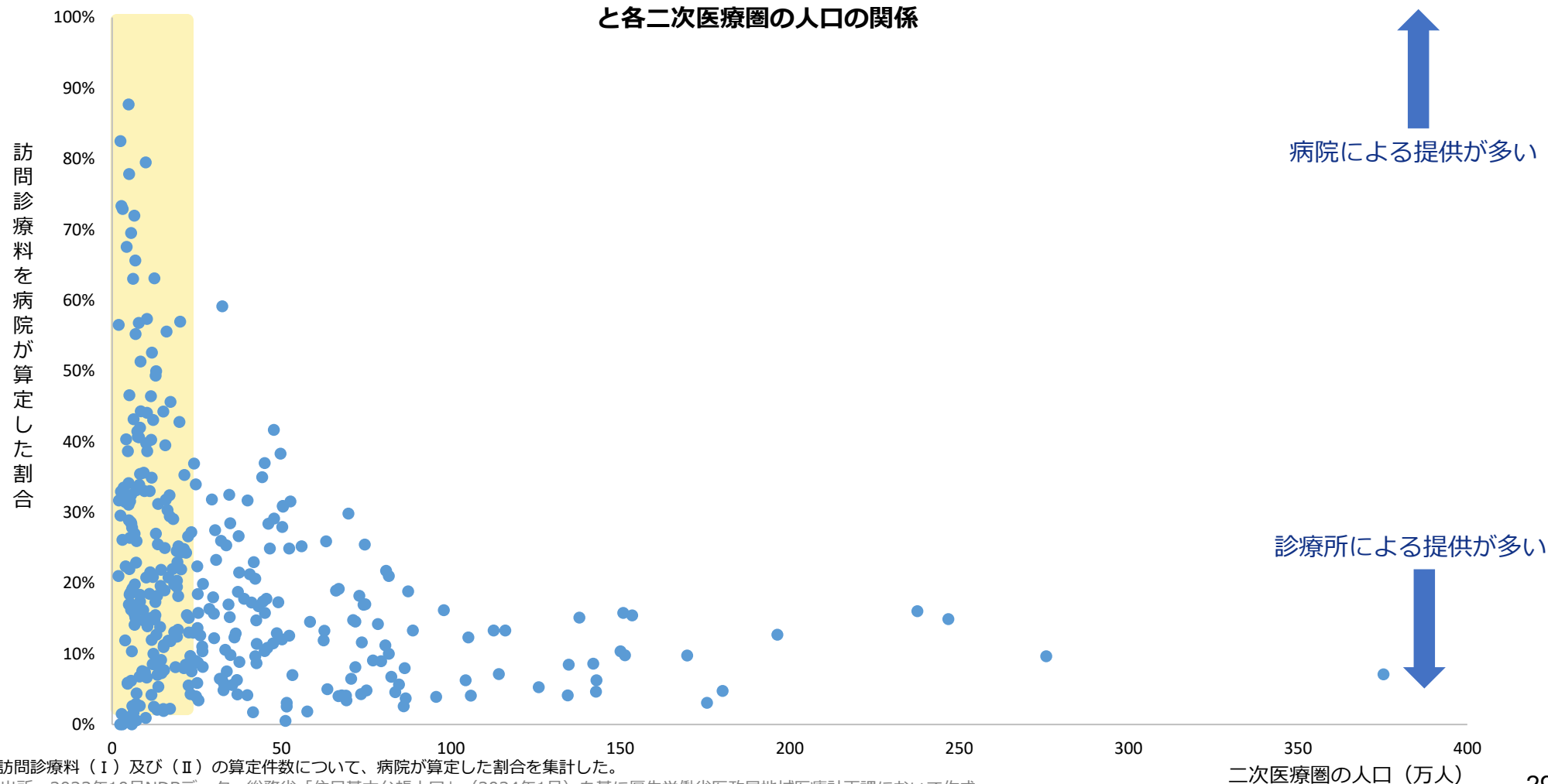
総務省「人口推計」（2017年）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に地域医療計画課において推計。

訪問診療において病院が担っている役割

- 在宅医療について、特に人口の少ない二次医療圏においては、病院が一定の役割を担っており、増加する在宅医療需要を支えるために供給が足りない地域においては、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療を提供することも求められる。

各二次医療圏において訪問診療料を病院が算定している割合
と各二次医療圏の人口の関係



※ 訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計した。

資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割について

- 在宅医療等連携機能を担う医療機関に具体的に求められる役割や範囲は様々であり、地域の実情を踏まえ協議を行う。
- また、具体的に担う役割に応じて、診療所や訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関、介護サービス事業所等の在宅医療を支える関係者や高齢者施設等との連携を図っていくことが重要。

自施設で担う役割の例

役割	概要
在宅医療の後方支援	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した上で、必要時の入院受入を行う
往診の実施	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
訪問診療の実施	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
訪問看護の提供	地域の資源の状況に応じて、自施設での訪問看護の提供を行う

他の施設との連携の例

連携先	概要
在宅医療を担う診療所	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
歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所等	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
高齢者施設等	高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と同様、高齢者施設等の協力医療機関として、入所者の急変時の相談対応や診療、入院対応を行う

専門等機能について

地域医療構想策定ガイドライン（抄）

II. 地域医療構想の策定について

4. 入院医療

（2）協議事項 ① 医療機関機能の確保

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。
- 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。

大学病院本院について

地域医療構想策定ガイドライン（抄）

Ⅱ．地域医療構想の策定について

4．入院医療

（1）協議事項 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。

8．人材確保

（1）基本的な考え方 ②大学病院本院との連携

- 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。
- 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。

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

I. 地域医療構想の概要

II. 地域医療構想策定ガイドラインについて

- II-1 構想区域について
- 2 医療機関機能について
- 3 病床機能について
- 4 策定スケジュール
- 5 データ活用について

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

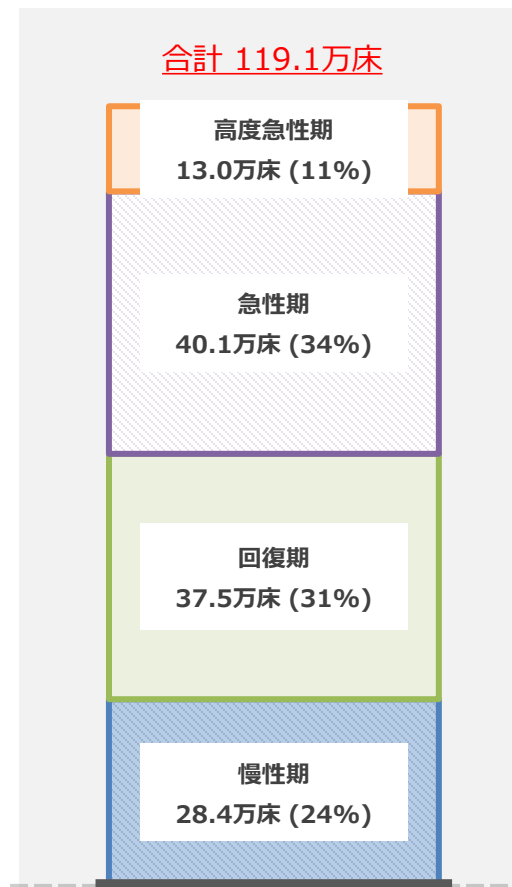
機能の内容

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

2025年度病床機能報告について

2025年の病床数の必要量

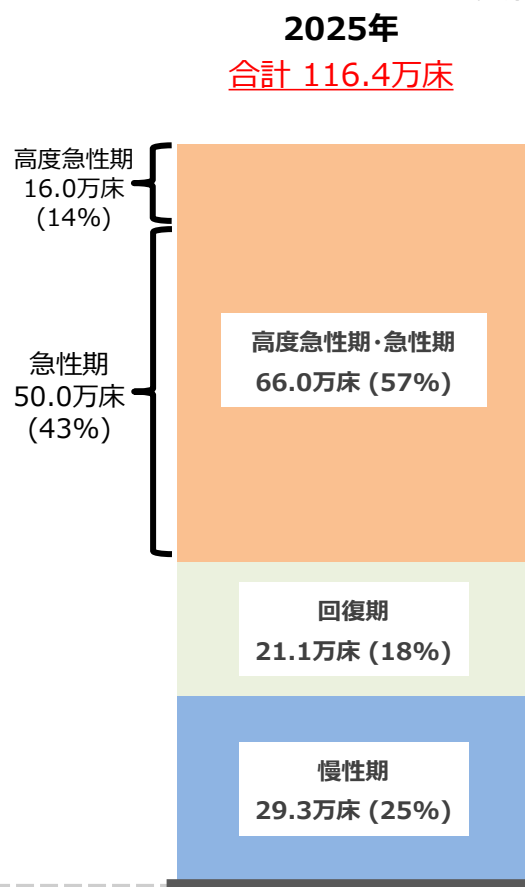
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の
医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



2025年度病床機能報告

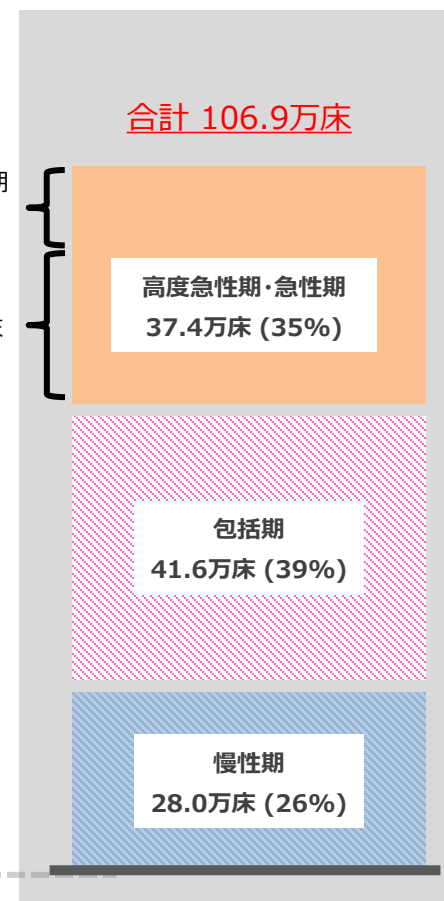
(各医療機関が病棟単位で報告) ※4

2025年7月時点



2040年の病床数の必要量の機械的試算

(2028年度(令和10年度)末までに、都道府県が地域の实情(構想区域の
見直し等)も考慮し設定するものであり、あくまで参考値である点に留意) ※3 ※4



出典：2025年度病床機能報告

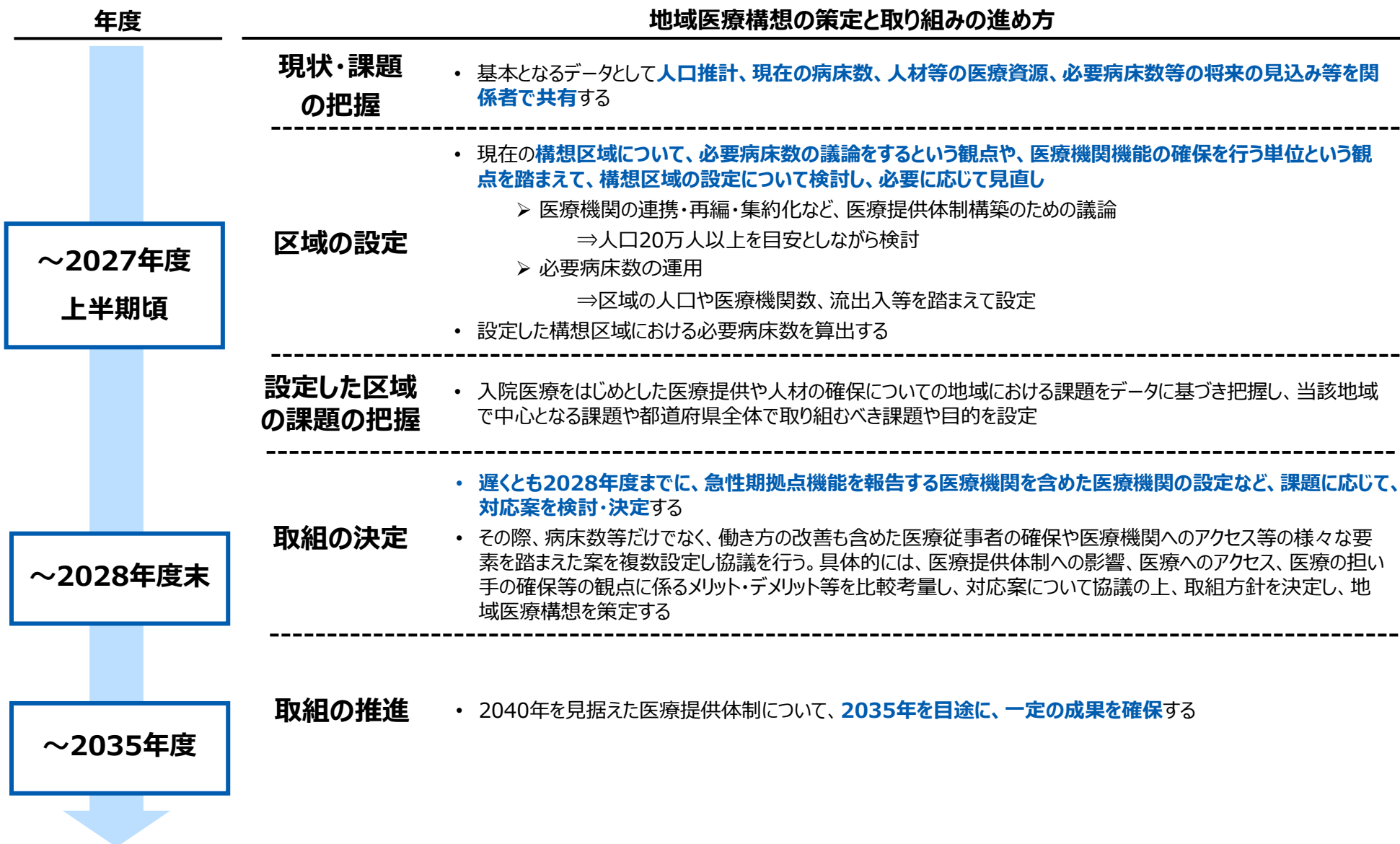
- ※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
- ※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
- ※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(令和5年(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの
- ※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

I. 地域医療構想の概要

II. 地域医療構想策定ガイドラインについて

- II-1 構想区域について
- 2 医療機関機能について
- 3 病床機能について
- 4 策定スケジュール
- 5 データ活用について

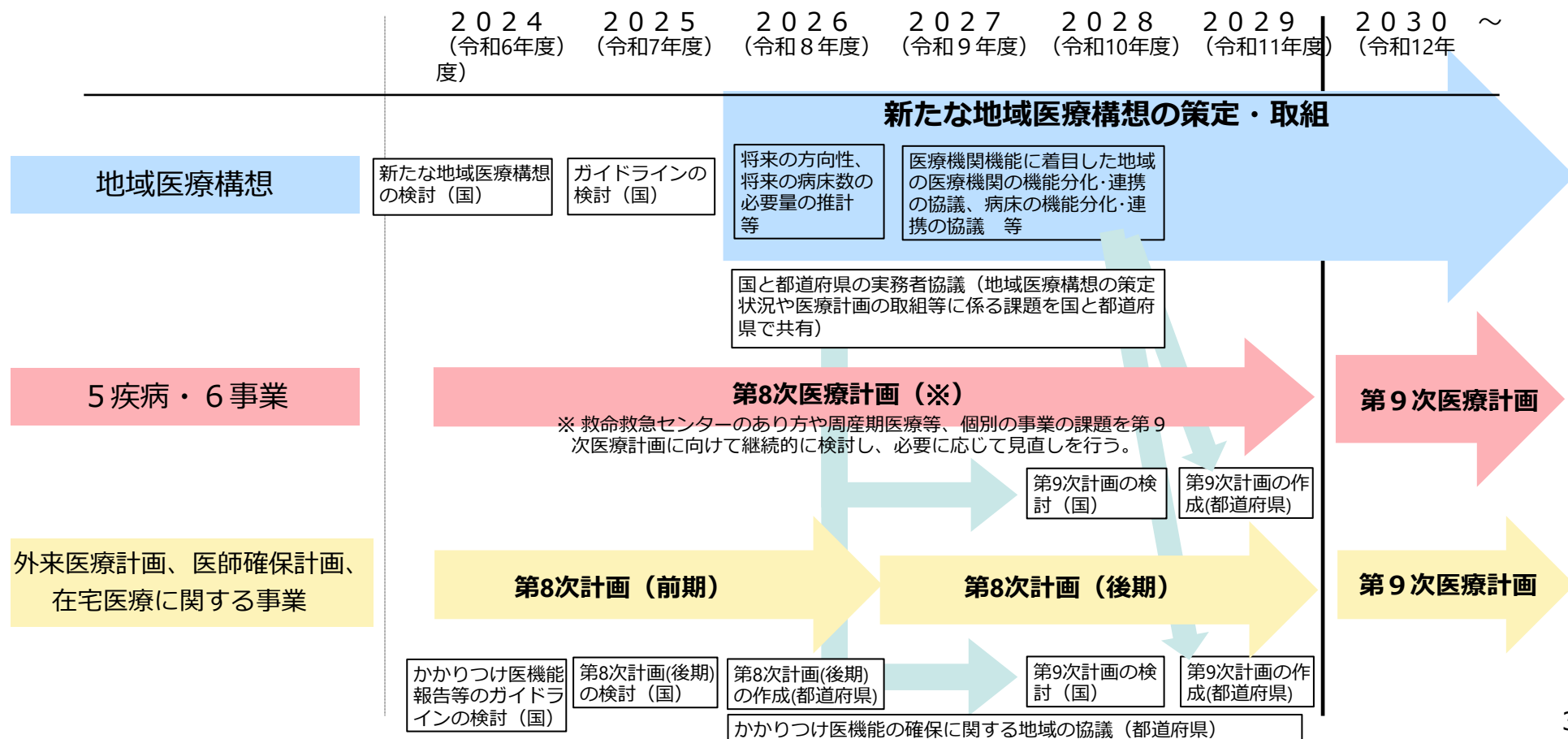
2040年に向けた地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール



※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要のあるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

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。



I. 地域医療構想の概要

II. 地域医療構想策定ガイドラインについて

- II-1 構想区域について
- 2 医療機関機能について
- 3 病床機能について
- 4 策定スケジュール
- 5 データ活用について

データを用いた協議について

- 医療提供体制の協議に当たっては、将来の人口や地域における医療資源を把握した上で、医療需要の変化や医療従事者の減少等の課題について共有することが重要であり、データに基づき客観的・多角的に検討を行う。

基本的な考え方

- 地域医療構想は、**2040年とその先を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指すもの**であり、構想区域や医療機関機能に係る協議を含め、協議の前提とする構想区域の人口規模は、**2040年時点における推計人口を用いることが基本**となる。
- 協議を進めるに当たって用いる各種実績等のデータについては、
 - ・ 医療機関単位だけでなく、**構想区域単位や必要に応じ都道府県単位でも把握**を行う
 - ・ 構想区域内の医療機関同士の比較だけでなく、**全国や他地域との比較**も行うことが重要。

留意点

- 医療機関機能の確保等に係る協議においては、医療機関機能報告・病床機能報告等において把握可能な項目だけでなく、がん診療連携拠点病院等の診療実績や、診療報酬上の各種要件に係る実績についても把握し、2040年に向け、地域全体としてどの程度の診療実績が必要となるかを検討することが望ましい。
- 急性期医療の実施状況の把握のため、手術件数や救急搬送受入件数を用いることが考えられるが、以下の点に留意する。
 - ・ 手術件数
全身麻酔を伴う手術も、高度な技術を要する手術から、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
救急搬送された症例の中でも、緊急性や重症度は様々であり、自宅や高齢者施設から医療機関までのアクセスに課題があるために、他の地域よりも相対的に多く救急車が利用される場合、医療機関と高齢者施設との間で救急車を利用して搬送する取り決めを行っている場合等も存在し、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ことから、地域における救急搬送受入状況の把握や、地域の高齢者施設における救急要請の実態の確認等、様々な取組が求められる

医療機関機能の協議のためのデータ（病床機能報告で把握可能な項目）

- 医療機関機能報告は令和8年10月以降の開始となるが、現時点においても、既に見える化資料として公開している全身麻酔手術件数や救急搬送受入件数等のほか、病床機能報告において把握可能な項目があり、協議において活用することが可能。

項目	具体的内容
建物の状況	建物の建築時期・構造（病棟単位） ※任意項目であることに留意
医療従事者数	医師以外の医療従事者等を含む職員数（施設全体/病棟部門/手術室/外来部門/その他の部門/退院調整部門）
医療機器の台数	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（IMRT）、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)
入院基本料・特定入院料及び届出病床数	届出を行っている入院料・特定入院料とその届出病床数（病棟単位）
救急医療の実施状況	休日・夜間/時間外患者数 院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、救急医療管理加算、救命のための気管内挿管、カウンターショック、処置・手術の休日加算・時間外加算・深夜加算等
幅広い手術の実施状況	手術総数、人工心肺を用いた手術、胸腔鏡下手術、腹腔鏡下手術、内視鏡手術用支援機器手術
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	悪性腫瘍手術、放射線治療、化学療法、t-PA投与（脳梗塞に対するもの）、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術等
重症患者への対応状況	ハイリスク分娩管理加算、持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓、人工心肺、血漿交換療法等

病床機能の見える化資料

- 全都道府県・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等を見える化し、公開している。
- 地域においては、こうしたデータを活用し、医療機関の機能分化・連携について検討が可能。

構想区域別の医療機関の病床機能報告上の病床数、診療実績、医師数等

別添5のHP掲載イメージ

(●●●)

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は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。

※厚生労働省ホームページにおいて公表している病床機能報告の報告結果等を用いて集計。一方で、都道府県において、必要に応じて、これらの報告結果等の更新等を行っている場合もあり、各数値は、都道府県の保有データと一致しない場合があることに留意。

※診療実績については、NDBの利用に関するガイドラインを踏まえ、病床機能報告の報告結果のうち一部非公表としているものがあり、一部、実際の診療実績と比較して小さくなっている場合があることに留意。

※未報告の医療機関があり得ることに留意。

(1)構想区域の状況

都道府県		構想区域	①人口 (万人)	②面積 (km ²)	③対象医療機関数		④一般・療養病床計(休養中等除く)				⑤医師数(常勤換算)			⑦医療機関機能					⑧診療実績(オープンデータ)								
					一般 病院	有床 診療所	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休養中 等	常勤	非常 勤	100床 当たり	特定 機能	地域 支援	三次 救急	二次 救急	在宅 療養 支援	救急車の 受入件数	全身麻酔 手術件数	分娩 件数	手術総 数	平均在床日数			
																								高度急 性期	急性 期	回復 期	慢性 期
1	●	●	35.9	2,671	32	22	5,381	786	2,545	719	1,331	116	579	68	11.8	2	1	15	4	19,600	9,852	1,822	22,648	9	14	44	163
(報告率)			94.4%	未報告	2	1	4,857	585	1,759	1,618	895	(一般病床流出率: +5.2%)															

※病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は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。

(2)区域内の医療機関(病床数の多い順)

①医療機関名		②所在地	③一般・療養病床					④医師数			⑤医療機関機能					⑥診療実績(オープンデータ)								
			休養中等 含む計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休養中等	常勤	非常勤	100床 当たり	特定 機能	地域 支援	三次 救急	二次 救急	在宅 療養 支援	救急車の 受入件数	全身麻酔 手術件数	分娩 件数	手術総 数	平均在床日数			
																				高度急性 性期	急性 期	回復 期	慢性 期	
1	●●●	●	582	292	274			16	125	2	21.8		地	三次	二次		5,674	1,509	100	4,891	10	11	-	-
2	●●●	●	527	35	492				87	6	17.7				二次		3,368	2,638	591	4,755	7	11	-	-
3	●●●	●	480	432	48				119	4	25.7				二次		2,981	3,069	109	6,350	10	13	-	-
4	●●●	●	378		135	45	178	20	15	6	5.4				二次		1,812	126		340	-	14	15	229
5	●●●	●	360	6	247	47	60		30		8.3				二次		1,653	424		1,412	3	10	19	531
6	●●●	●	286		48	90	148		10	3	4.5										-	103	39	62
7	●●●	●	204				204		3	2	2.5										-	-	-	-
8	●●●	●	199		106	42	51		19	0	9.6		地		二次		795	272		425	-	13	36	566
9	●●●	●	199		49	100	50		8	1	4.4										-	37	163	261
10	●●●	●	179		60	60	59		9	3	6.6					在支					-	20	73	883
11	●●●	●	168		48	60	60		9	1	6.2										-	26	104	1,746
12	●●●	●	155	12	93	50			14	6	12.6				二次		1,132	349		505	6	15	54	-
13	●●●	●	150		108			42	7	2	5.7				二次			10		233	-	21	-	-
14	●●●	●	135				135		4	1	3.6										-	-	-	157
15	●●●	●	128	9	84	35			10	3	9.8				二次		1,253	239		192	5	16	25	-
49	●●●	●	1		1				1		100.0													
50	●●●	●	1		1				1		100.0													
51	●●●	●	1			1			1		100.0													
52	●●●	●														未報告								
53	●●●	●														未報告								
54	●●●	●														未報告								

各構想区域別に表示