

令和8年8月20日

医療計画ロジックモデル
評価指標データ活用セミナー

令和8年度都道府県セミナー

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

荒川 直紀

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

地域医療構想及び医療計画の策定の枠組み

【医療法第30条の3第1項】厚生労働大臣は、基本方針を定める。

【基本方針（大臣告示）】医療提供体制の確保に関する基本方針

即して
定める

国（厚生労働大臣）

都道府県

地域医療構想

【医療法第30条の3の3第12項】

厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法
その他地域医療構想の作成上重要な技術的事
項について、必要な助言をすることができる。

【地域医療構想策定ガイドライン】

【医療法第30条の3の3第1項】

都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域医療構想を定める。

【地域医療構想】

- 将来の医療提供体制の基本的な方向
- 構想区域
- 将来の医療機関機能の見通し
- 将来の病床数の必要量
- 医療機関機能・病床の機能の分化及び連携の推進
- 外来医療及び在宅医療に係る医療提供体制の確保、
医療と介護の連携、医療従事者確保
- 医療機関機能・病床の機能に関する情報提供の推進

即して定める

医療計画

【医療法第30条の8第1項】

厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その
他医療計画の作成上重要な技術的事項につい
て、必要な助言をすることができる。

【医療計画作成指針】

【疾病・事業及び在宅医療に係る 医療体制構築に係る指針】

【医療法第30条の4第1項】

都道府県は、基本方針及び地域医療構想に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定める。

【医療計画】

- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・ がん / 脳卒中 / 心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・ 糖尿病 / 精神疾患
 - ・ 救急医療 / 災害時における医療
 - ・ へき地の医療 / 周産期医療
 - ・ 小児医療（小児救急含む）
 - ・ 在宅医療
 - ・ 新興感染症等の感染拡大時における医療
 - ・ その他特に必要と認める医療
- 外来医療の提供体制の確保
（外来医療計画）
- かかりつけ医機能の確保
- 医師の確保（医師確保計画）
- 医療従事者（医師を除く）の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域の設定
- 基準病床数 等

医療計画の概要

※令和9年4月時点

医療計画

計画期間：6年間（中間年で必要な見直しを実施。）
※現行の第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の確保

5 疾病

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患
- ・ 糖尿病
- ・ 精神疾患

外来医療の提供体制の確保
(外来医療計画)

6 事業

- ・ 救急医療
- ・ 災害時における医療
- ・ 新興感染症発生・まん延時における医療
- ・ へき地の医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療(小児救急医療を含む)
- ※ 都道府県知事が特に必要と認める医療を含む

かかりつけ医機能の確保

医師の確保
(医師確保計画)

在宅医療

医療従事者(医師を除く。)の確保

医療の安全の確保

医療圏・基準病床数

・ 療養病床及び一般病床

二次医療圏単位で設定
330医療圏（2024年4月現在）

医療提供施設の整備目標

- ・ 精神病床
- ・ 結核病床
- ・ 感染症病床

都道府県単位で設定

地域の実情に応じ、事業ごとの圏域を設定

2040年に向けた地域医療構想について

背景

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

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

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

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

高齢者救急の受入体制の整備

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

外来医療

外来医療提供体制の維持

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

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

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

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

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

人材確保

地域における医療人材の確保

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

具体的な施策

構想区域の見直し

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

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

高齢者救急・地域急性期機能

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

急性期拠点機能

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

在宅医療等連携機能

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

専門等機能

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

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

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

病床機能報告・必要病床数の見直し

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

地域医療構想の検討体制

- 地域医療構想の策定に当たっては、**都道府県が主体**となり、地域医療構想調整会議等における関係者との協議を通じて、課題や対応等の検討が必要となる。**医療提供体制の構築だけでなく、介護との連携やまちづくり等の様々な観点が重要**であり、**県庁内の他部局等との連携体制の構築等**、協議に必要な体制を整備することが求められる。

地域医療構想調整会議

- 都道府県は、**都道府県単位（都道府県調整会議）**及び**各構想区域単位（区域調整会議）**で地域医療構想調整会議を設置。
- 参加者については、全般的事項については関係者全員が参加し、個別医療機関が関係する協議については特に関係する者に限って参加する等、**議題に応じて柔軟に設定する**。

（主な参加者）

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体等の医療関係者、関係医療機関、大学病院本院、保険者、市町村、介護関係団体、住民、地域医療構想アドバイザー等

- 構想区域よりも狭い単位で検討することが適当な場合等、協議内容や課題の性質に応じて、**既存の協議体の活用やワーキンググループの設置等により協議を進める**。

他部局等との連携

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

介護担当部局、市町村

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

薬務担当部局、市町村等

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

地域交通担当部局、都市計画担当部局、市町村等

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

協議の運営

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

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

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

構想区域ごとの医療機関機能

具体的な内容

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

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

広域な観点での医療機関機能

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

医療機関機能報告について

医療機関機能報告制度の概要

- 医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。
- 医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

- **2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告し**、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。
- **在宅医療等連携機能**については、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能**を担う医療機関が**併せて報告することは想定**される。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのもの**であり、**両機能を併せて報告しない**。

<留意点>

- ・ 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- ・ 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- ・ 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。

病床機能報告について

病床機能報告制度の概要

- 病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

病床機能の報告について

- 病床の機能区分については、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの4区分のうち、「回復期機能」について、「**包括期機能**」として位置づけを見直している。
- 報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。
- 有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

病床の機能区分と目安となる入院料の例

機能区分	機能の内容	目安となる入院料の例
高度急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	- 救命救急入院料 - 特定集中治療室管理料 - 小児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 等
急性期機能	・ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	- 急性期病院A、B一般入院料 - 急性期一般入院料 1～6 - 小児入院医療管理料 1～3 等
包括期機能 ※回復期機能を見直し	・ 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ※新たに追加 ・ 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	- 地域一般入院料 1～3 - 地域包括医療病棟入院料 - 回復期リハビリテーション病棟入院料 - 地域包括ケア病棟入院料 等
慢性期機能	・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	- 療養病棟入院料 1～2 - 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） - 特殊疾患病棟入院料 等

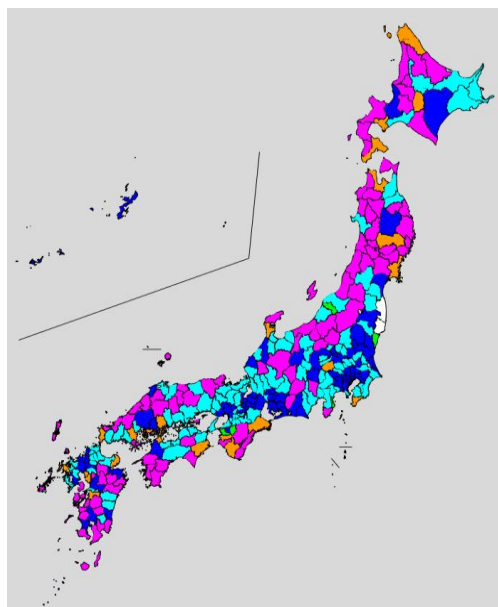
2040年頃に向けた医療の課題

I. 将来の人口構造の変化と求められる医療需要

○ 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）≫



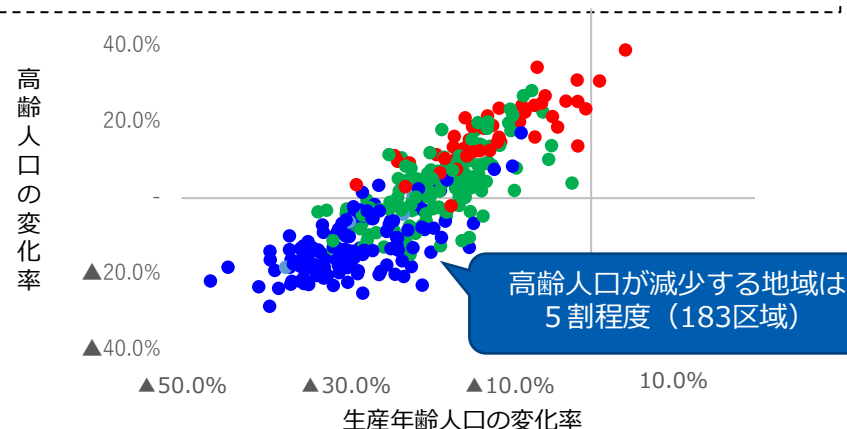
- ：2020年以前に最大
- ：2025年に最大
- ：2030年に最大
- ：2035年に最大
- ：2040年以降に最大

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。

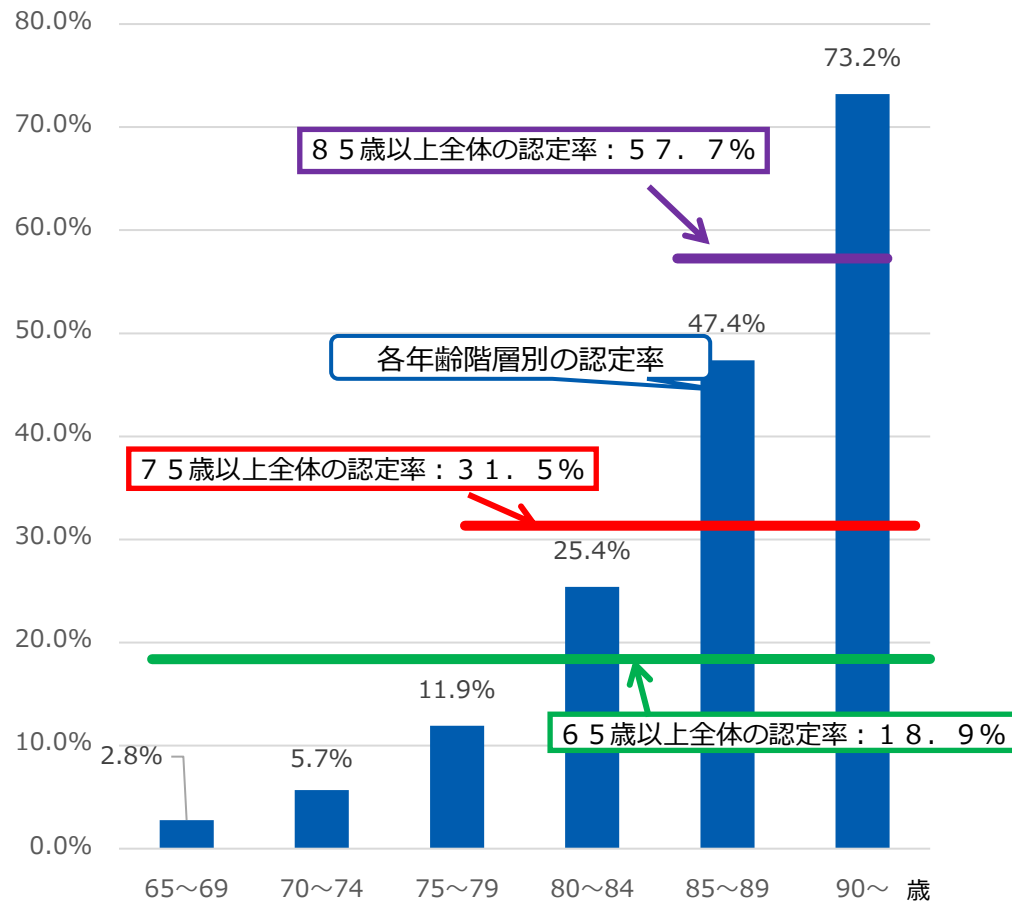
○ これらの課題に対応し、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保することを目指す。

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年の医療需要について①

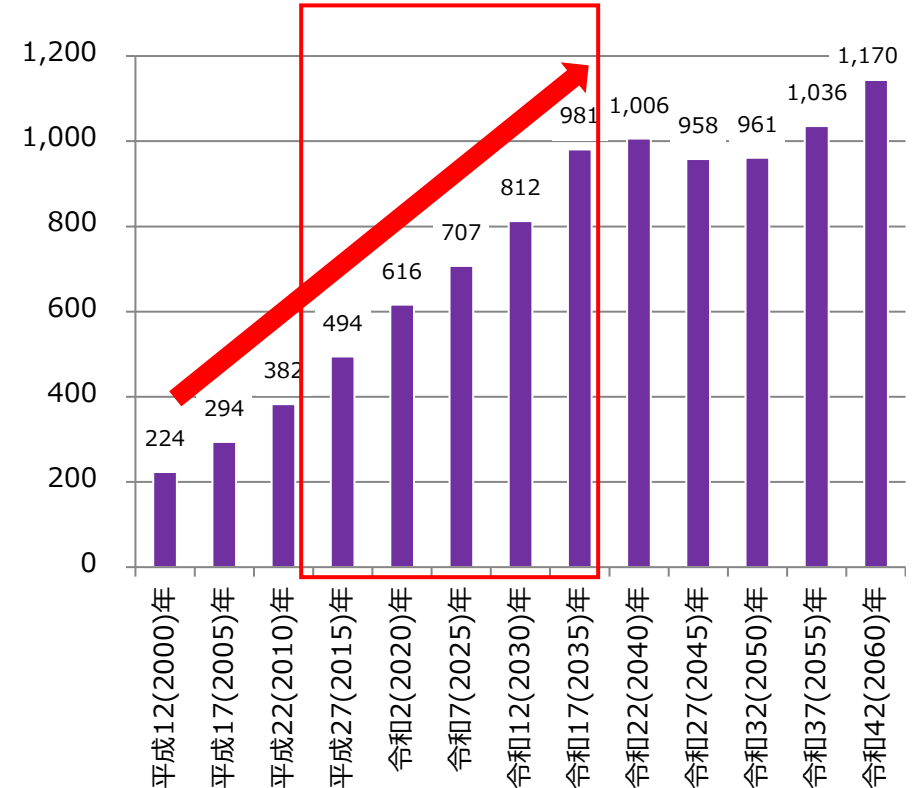
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

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



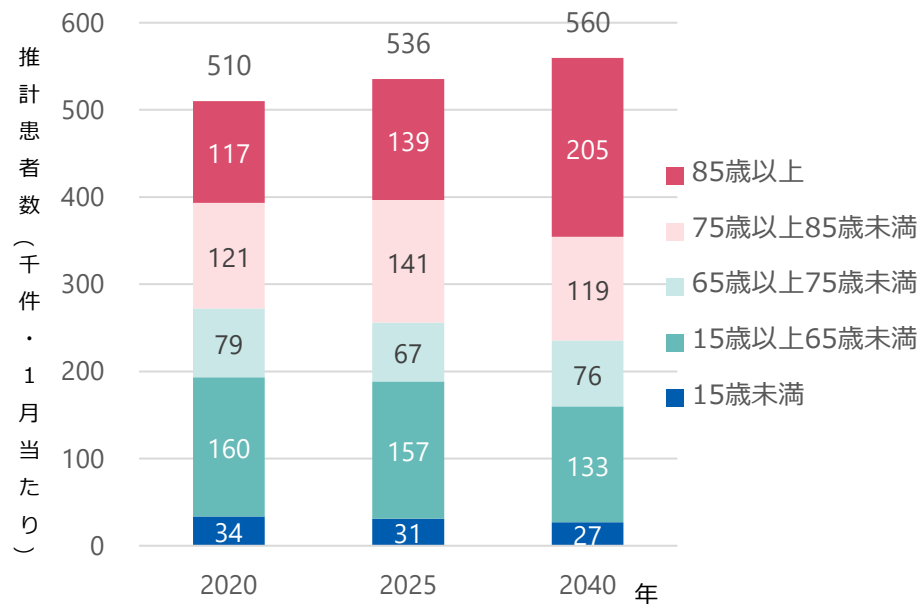
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5（2023）年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

2040年の医療需要について②

- 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

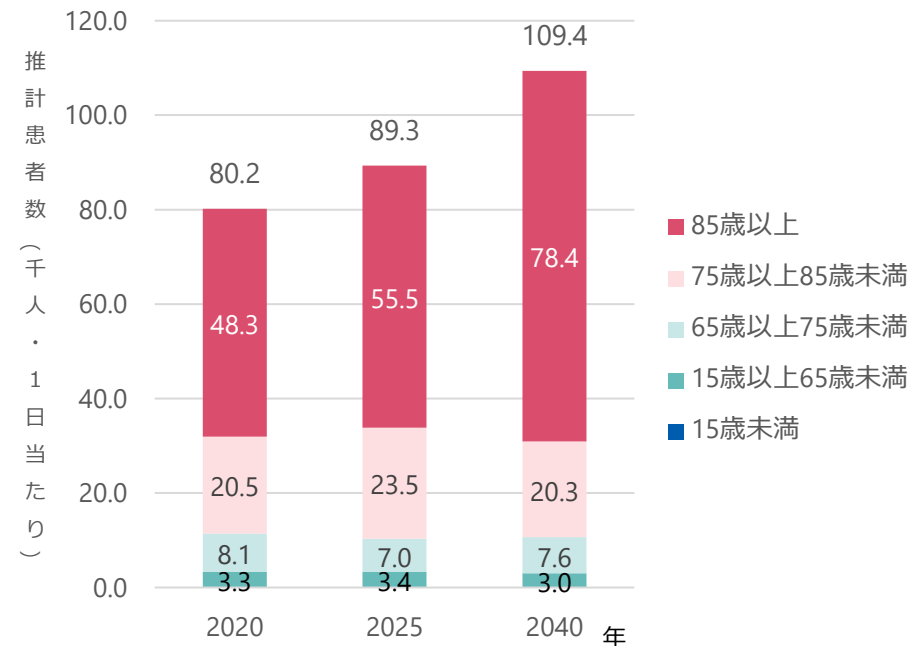
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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。

医療機関の連携・再編・集約化について

- 医療需要の減少や質的变化、医療従事者の減少や地域偏在に対応し、**持続的に医療の質や医療従事者の働き方の確保**をしていくよう、**地域ごとに効率的な医療提供体制の構築が必要**。急性期拠点機能や急性期病床の集約化をはじめとして、地域の実情に応じて救急車の受入、手術、休日・夜間の対応等について、連携・再編・集約化の取組を進めていく。

連携・再編・集約化の必要性

- 医療の質や医療従事者の持続可能な働き方の確保の観点も踏まえ、手術等の医療資源を多く要する医療は、急性期機能を担う医療機関に集約していき、高齢者救急については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を中心に複数の医療機関が面に対応するといった**連携・再編・集約化に係る基本的な方針を、都道府県全体で共有**することが重要。
- 医療需要の変化や医療の担い手の減少に対応した効率的な医療提供体制の構築が必要。大都市部等において、医療提供体制が非効率であることは、当該地域での医師の働き方や、結果として医師の偏在を助長する懸念などがあり、人口の少ない地域に限らず、それぞれの地域ごとに状況に応じた、連携・再編・集約化の取組が重要。
- 手術については、医療の質や医療安全の確保のため、**がんの手術、高度な手術等**は症例数や人材の集約が必要であり、地域の医療資源に応じて、構想区域内や、構想区域よりも広域な単位での集約を検討する。また、**胆嚢炎の手術等、頻度が高い全身麻酔を要する手術**については、構想区域内での提供が求められるが、医療資源が潤沢でない地域で、小規模に同じ診療科の手術を実施する複数の医療機関がある場合等は、体制の検討が必要。
- 救急については、上り搬送や下り搬送を活用しながら、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関等により救急対応を確保することが必要。**上り搬送や下り搬送等の連携の取組や、地域医療構想の方向性を踏まえた「実施基準」の検討が必要**。
- 連携・再編・集約化を進めるに当たっては、同時に、地域住民が必要なときに**必要な医療へ適切にアクセスできる体制**の維持・確保が重要。

構想区域と二次医療圏について

- 構想区域は、二次医療圏と原則一致するものとして設定してきており、2040年に向けた医療提供体制の構築の単位として、構想区域の見直しを検討するとともに、第9次医療計画に向け、二次医療圏も構想区域と原則として一致させていく必要がある。また、5疾病6事業等の圏域設定についても、各分野の特性を踏まえた検討が必要となる。

構想区域と二次医療圏について

	構想区域	二次医療圏
圏域数	339 構想区域 (令和7年5月現在)	330 医療圏 (令和7年5月現在)
定義	人口構造の変化の見通し(中略)その他の事情を考慮して、一体の区域として地域における医療機関機能の分化及び連携並びに病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定。	地理的条件等の自然的条件及び(中略)社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定。
設定する病床数	必要病床数	基準病床数
区域の設定	二次医療圏と原則一致するものとして設定	人口規模が20万人未満で、特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合に、設定の見直しを検討



- 2040年に向けた医療提供体制の構築の単位として、構想区域の見直しを検討
- 第9次医療計画に向け、二次医療圏も、構想区域と原則として一致させる

5疾病6事業等での圏域設定

これまで5疾病6事業については、必ずしも二次医療圏設定を基本とせず、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。

例) 周産期医療 263区域 (令和6年4月時点)

- 周産期医療については、二次医療圏にこだわらず、地域の分娩取扱施設の状況等を踏まえて、周産期医療圏を設定し、周産期医療の提供体制を構築している。

例) がん医療 336区域 (令和6年8月時点)

- がん医療については、二次医療圏を超えて、効率的ながん医療の提供のため、集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することとされている。

急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保について

- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の目的は、地域における持続可能な入院医療提供体制の構築に向け、手術や救急医療等の役割分担を進めていくことにある。
- まず急性期拠点機能について確保すべき医療機関数を設定した上で、各医療機関機能を担う医療機関を決定し、医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性を踏まえ、地域での具体的な役割分担のあり方について協議を行う。

医療機関機能の確保に向けた協議

- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議は、地域における持続可能な入院医療提供体制の構築に向け、手術や救急医療等の役割分担を進めていくためのものであり、単に医療機関機能の形式的な決定自体を目的とするのではなく、必要な医療提供体制の確保に資するかという観点から、連携・再編・集約化や役割分担の方向性も見据えながら検討を行うことが重要である。

急性期拠点機能を確保すべき数

- 急性期拠点機能の確保の単位としては、急性期拠点機能を担う医療機関において、待機的な手術だけでなく、休日・夜間を含めた緊急手術に対応していく必要があること、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多いこと等を踏まえ、**2040年の人口推計をもとに、人口20万人から30万人程度につき一か所程度**が目安となる。
- 地域の協議においては、この目安だけでなく、患者の流入状況や区域全体及び各医療機関の全国的な水準と比較した診療実績、2040年に向けた症例数や医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、**将来的な医療機関の役割分担に資するよう設定**する。
(※) 構想区域ごとに設定することが基本であるが、都道府県全体として人口規模が限られている場合等では都道府県単位で設定することも考えられる。

医療機関機能を踏まえた役割分担

- 急性期拠点機能は、手術等の急性期医療を集約して提供するものであり、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応できる**総合性を確保**するとともに、**政策医療を含めた関連する役割を総合的に担う**ことが求められるが、こうした基本的な役割を踏まえ、具体的にどの程度の範囲の総合性や政策的役割を求めることとするかは、**同一都道府県内であっても構想区域ごとに異なりうる**。
- 高齢者救急・地域急性期機能**は、**増加する高齢者救急を中心とした救急患者の受入**を行うとともに、**入院中のリハビリテーションや退院調整等の機能の強化**が求められるが、病床規模や医療従事者の人員数、救急搬送受入件数の規模は**相当程度幅がある**と考えられる。
- 周囲に病院が限られている地域や、高齢者救急の増加が著しい都市部等において、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急の受入を行っていくことや、大都市型の地域や一部の地方都市型の地域において、救急搬送を多く受け入れる高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、高齢者救急に関連する頻度の高い手術・処置等を行っていくことも考えられるが、**医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性は確保した上で、その具体的なあり方について地域で協議を行う**ことが重要である。

急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の進め方

協議の進め方

構想区域の設定

- 2040年に向けた医療提供体制の構築を見据え、急性期拠点機能の確保の観点から、急性期医療の需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定。

急性期拠点機能を担う医療機関の数の設定

- 設定した区域に基づき、急性期機能を担う医療機関について、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保。
- 人口規模のみではなく、患者の流出入の状況や区域全体・各医療機関の診療実績、医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案。

各医療機関機能を担う医療機関の決定

- 急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、連携・再編・集約化の方向性も踏まえ協議。
- その際、急性期拠点機能としての役割を果たすことができるよう、人的協力の取り決め等を併せて確認。

地域において担うべき役割や医療機関間の役割分担に係る協議

- 各医療機関機能を担う医療機関が当該地域において求められる役割に向けた具体的な取組について協議。
- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の間での、手術や救急医療に係る具体的な役割分担のあり方について協議。

高齢者救急について

- 今後増加が見込まれる高齢者救急については、年齢や疾患による一律の区分は困難であるものの、手術や一定の処置等が必要となる割合は高齢化するほど低下し、また、治療だけでなく、在宅復帰も見据えたリハビリや退院支援等、包括的な入院医療の提供が求められる。
- こうした特徴を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との連携による受入体制や、リハビリテーションの実施体制、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要。

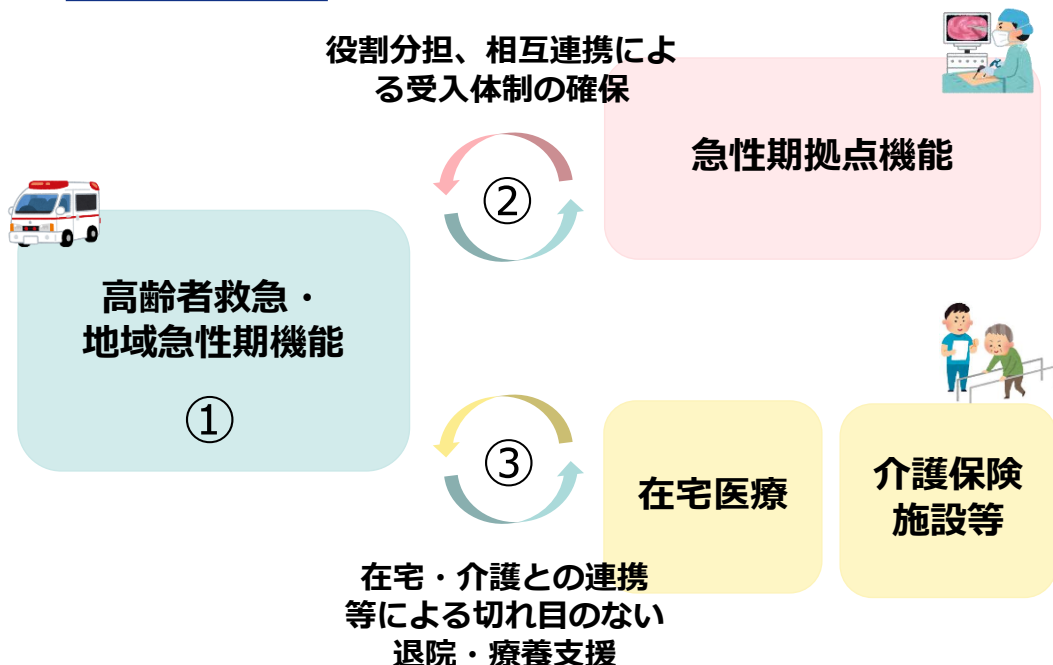
高齢者救急の基本的な考え方

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



- 高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能と連携しつつ、適切な役割分担による受入体制を確保。
- 在宅医療・介護とも連携し、入院早期から退院後までの切れ目のないリハビリテーション等の提供を確保。

対応のイメージ



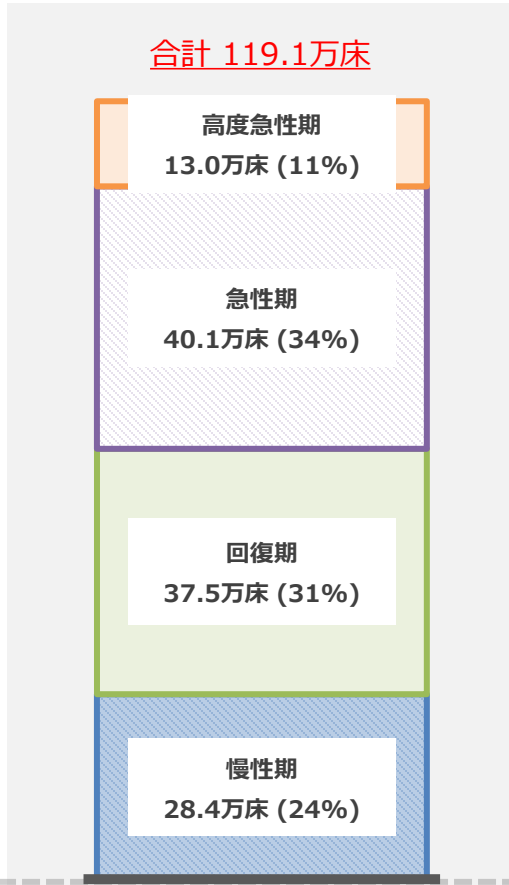
具体的な取組

- ① 包括期機能を有する病床での高齢者救急の受入。
 - ADL低下防止や早期の在宅復帰に向けた、入院早期からのリハビリテーション・退院支援等を実施。
 - 休日・夜間を含む高齢者施設等からの外来受診への対応
- ② 地域の医療資源や医療需要も踏まえた役割分担に係る協議。
 - 高齢者救急の特徴を踏まえた実施基準への反映。
 - 下り搬送や上り搬送を活用した受入後の連携体制の構築。
※救急者の適時・適切な利用に向けた取組も併せて検討
- ③ 多職種連携や他の施設等との連携により、退院後のリハビリテーション等の切れ目のない提供体制を確保。
 - 相互理解を前提とした、退院先としての介護保険施設の活用。
 - 協力医療機関として、高齢者施設との平時からの連携、状態悪化時の受診及び搬送のルール of 整理。

2025年度病床機能報告について

2025年の病床数の必要量

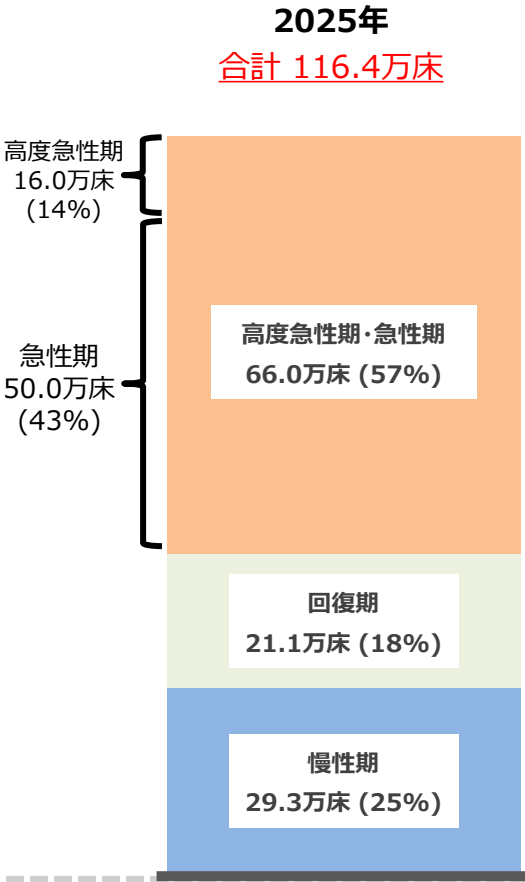
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の
医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



2025年度病床機能報告

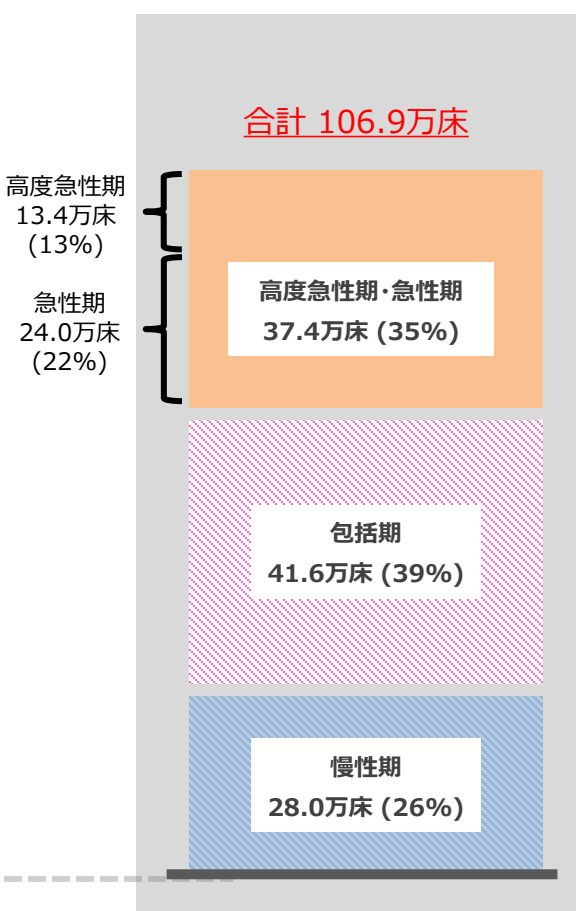
(各医療機関が病棟単位で報告) ※4

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。

アクセスの確保について

- 今後の医療需要の減少等に向け、人口の少ない地域でも効率的に一定の医療の質を確保するためには、ICTの活用も含めた取り組みが必要となる。地域ごとの特性に応じて、集約して一定の機能を有する病院を圏域で確保することのほか、日常的な診療について、D to P with Nも含めたオンライン診療の活用をすること、地域で確保が難しい医療サービスについて、通院等の負担軽減施策を講じること等が考えられる。

離島へき地におけるオンライン診療(D to P with N)の活用事例

【研究班の実証ケース】岩国市立柱島診療所（常勤医なし）
 ・同診療所のへき地医療拠点病院から月2回、医師が派遣される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
 ・令和2年から実証開始。本土から看護師のみ柱島にわたり、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。

【オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態で診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予察された範囲内における診療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる（オンライン診療の適切な実施に関する指針）。
 離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に投与することができる（令和4年3月23日厚労省事務連絡）。

【オンライン診療において「with N（看護師）」のメリット】
 ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療（検査、処置）を届けられる。
 ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
 ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減、特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題
 ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得、看護からの医師とのコミュニケーション。
 ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

岩国市柱島において、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。

へき地における患者の通院負担軽減に関する事業の例

へき地患者輸送車（艇）事業について

へき地患者輸送車（艇）運行支援事業：令和7年度当初予算額 14.5億円（26.4億円）※14.5億円は国庫補助金
 へき地患者輸送車（艇）整備事業：令和7年度当初予算額 22.8億円（内訳：17.8億円は国庫補助金）

1 事業の目的

へき地の患者を近隣の医療機関まで輸送する「へき地患者輸送車（艇）」の運行に対する財政支援を行うことで、へき地における住民の医療を確保する。

【運行支援事業】
 ○実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ○補助率：1/2
 ○対象経費：人件費、燃料費等
 ○基準額：1台当り765千円（患者輸送車）、1台当り1,289千円（患者輸送艇）

【整備事業】
 ○実施主体：市町村、へき地医療拠点病院、へき地診療所等
 ○補助率：1/2
 ○対象経費：購入費
 ○基準額：マイクロバス1台当り2,829千円、ワゴン車1台当り1,474千円、艇1隻当り10,196千円

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。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。

慢性期の医療提供体制の一体的な確保について

- 高齢者人口の増加に伴い、医療と介護の複合ニーズを有する者、認知症を有する者等が増加することが見込まれており、入院医療、在宅医療、介護保険施設が、それぞれの機能に応じて役割分担しつつ、連携する体制の確保が重要。
- 慢性期の医療需要は、療養病床、在宅医療、介護保険施設のいずれかのみで受け止めるものではなく、地域に既に存在する資源を組み合わせるという観点で検討する必要がある。

慢性期の医療需要の一体的な把握

- 慢性期の医療提供体制の確保に向け、慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを一体的に把握する必要。

療養病床

- 慢性期の必要病床数の見込み
- 現在の療養病床数

		2024年度から2040年度にかけた（必要）病床数推移		
		医療機能	2024年度	2040年度（改革モデル）
構想区域	構想区域名称		病床数	必要病床数
XXXX	〇〇	高度急性期	XXX	XXX
XXXX	〇〇	急性期	XXX	XXX
XXXX	〇〇	包括期	XXX	XXX
XXXX	〇〇	慢性期	XXX	XXX

在宅医療

- 慢性期、在宅医療の需要の見込み
- 在宅医療を提供する医療機関数
- 訪問看護ステーションの配置・人員の状況・サービス提供範囲、看護師の確保状況
- 訪問歯科、訪問薬剤管理指導等の提供体制
- 訪問介護員の確保状況や看多機の事業所数等

介護保険施設

- 整備の見込み量
- 介護保険施設の定員数・人口当たり定員数
- 協力医療機関の確保状況
- 提供可能な医療行為の範囲

在宅医療の提供・介護保険施設活用の方針

在宅医療の提供

- 地域における24時間の提供体制の確保に当たり、在宅医療等連携機能を担う医療機関、在宅医療を担う他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等が協同しながら地域で面として在宅医療を支える体制を整備。

介護保険施設の活用

- 広く慢性期医療の需要について、介護保険施設を含め在宅医療や療養病床と組み合わせる対応。
- 介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。

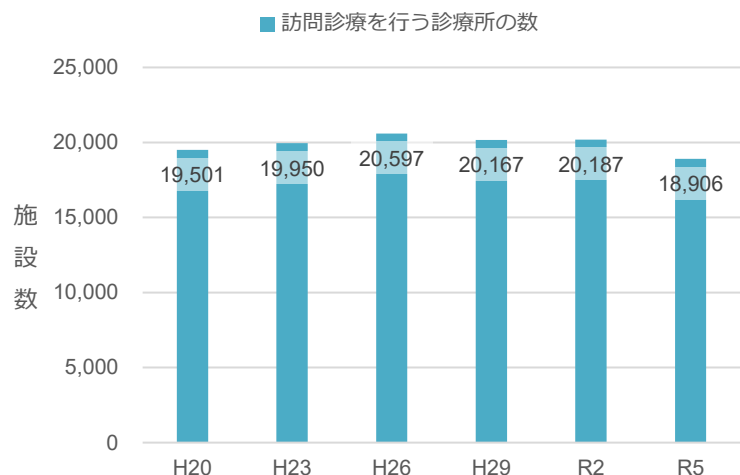
在宅医療、介護との連携に係る個別の課題の把握・協議

在宅医療に係る提供体制の構築について

在宅医療の現状・課題

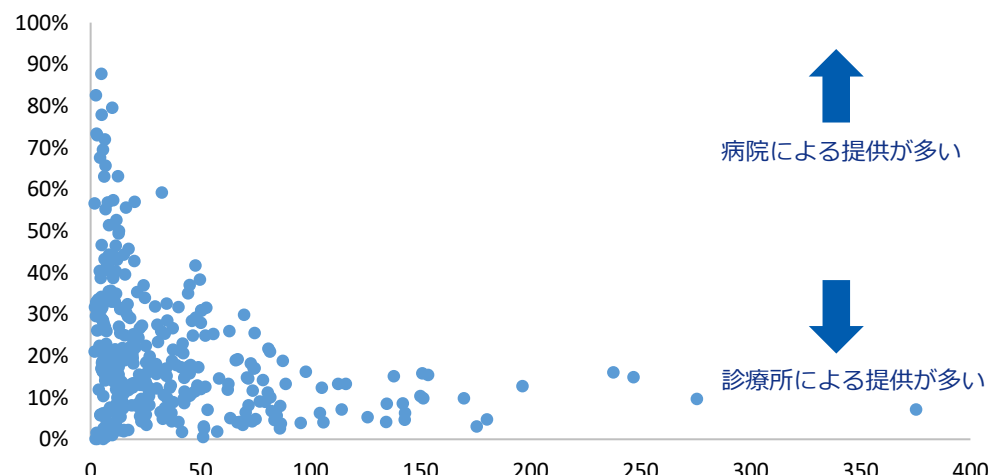
- 2040年に向けて、在宅医療の需要の増加が見込まれる中、在宅医療を提供する診療所数は近年横ばいであり、特に人口の少ない地域ほど、在宅医療において病院が担う役割が大きくなる傾向が見られる。
- また、地域の在宅医療の提供体制の整備に当たっては、訪問診療・往診だけでなく、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護をはじめとする介護保険サービスの提供体制についても併せて検討が必要。

在宅医療を担う診療所数の推移



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

病院の訪問診療料算定割合（人口規模別）



※ 訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計

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

在宅医療に係る提供体制の整備の方向性

- 在宅医療については、地域の慢性期医療の受け皿の一つとして、療養病床や介護保険施設の整備と一体的に考えていくとともに、従来の体制による在宅医療の提供の維持が難しい場合には、地域の病院等が在宅医療等連携機能として新たに在宅医療を担うことも含め、地域全体として必要な在宅医療を提供できる体制を確保していく。
- 在宅医療等連携機能を担う医療機関は、技術的支援も含めた訪問看護ステーション等との連携や、そのほか歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等との連携体制を構築していくことが重要。

在宅医療等連携機能の確保に係る協議の進め方

協議の進め方

慢性期の医療需要の 一体的な把握

- 慢性期の医療需要に対応する体制として、療養病床、在宅医療及び介護保険施設について、地域の資源を踏まえ一体的に検討。
- 慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを踏まえ、将来的な需要量の傾向を把握。

慢性期の医療提供体制としての 在宅医療の方向性に係る協議

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

在宅医療等連携機能を担う 医療機関の役割に係る協議

- これまでの在宅医療提供体制の状況や今後の需要及び提供の見込みを踏まえ、在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的に求められる役割や範囲を検討。

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

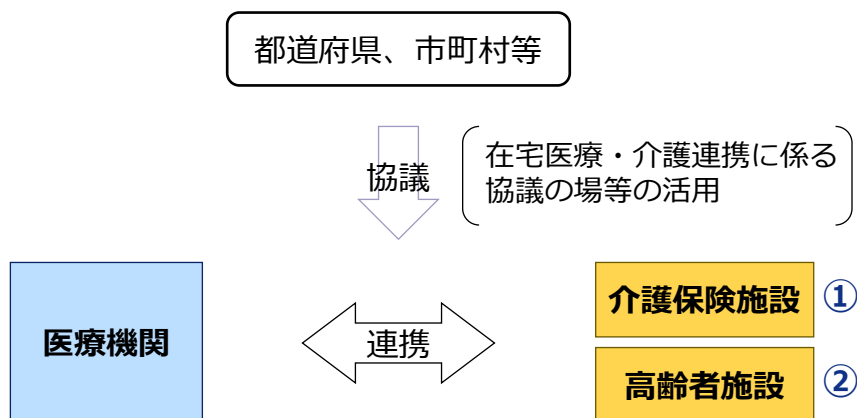
役割	概要
在宅医療の後方支援	急変時に入院対応が必要な患者の受入先としてバックベッドを確保した上で、必要時の入院受入を行う
往診の実施	休日・夜間等において、診療所のみでは対応が困難な場合に、必要に応じて自ら往診等の診療の補完を行う
訪問診療の実施	小児や医療的ケア児等に対する専門性の高い在宅医療も含め、在宅医療を担う診療所と連携して、自ら訪問診療を行う
訪問看護の提供	地域の資源の状況に応じて、自施設での訪問看護の提供を行う

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

医療と介護の相互理解に基づく切れ目のない退院・療養支援体制の構築

- 高齢者の増加に伴い、退院後の受け皿として介護保険施設や居宅サービスを適切に活用できる体制を整備することが重要であり、医療機関と介護保険施設との間で役割や機能の理解を共有し、退院支援及び退院後の受入れに関する連携を進める必要がある。
- また、医療と介護の複合ニーズを有する高齢者施設入所者について、状態変化が生じた際に必要な医療を速やかに受けることができる体制を確保することが重要。



①医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた取組

- 医療機関へ入院した患者について、状態に応じて適切な時期に退院し、その後の療養や生活の場に円滑に移行できるよう、入院患者の退院先として介護老人保険施設、介護医療院、特別養護老人ホームを活用していくことについて、認識を共有し、連携を推進。

【協議事項の例】

- ・ 介護保険施設における医療提供やリハビリテーション等の機能についての理解促進
- ・ 入院中の患者の状態像、介護保険施設での受入可能な状態の整理、共有
- ・ 退院調整に係るタイムスケジュール、情報連携の内容の共有
- ・ 医療機関と介護保険施設のマッチング等（協力医療機関）

②高齢者施設入所者が適切な医療を受けることができる体制の構築

- 医療と介護の双方のニーズを有する高齢者施設入所者について、日常的な健康管理、状態変化時に必要な介入を適時・適切に行い、重症化を未然に防ぐ観点から連携を推進。

【協議事項の例】

- ・ 高齢者施設における協力医療機関の確保
- ・ 利用者の状態変化時における相談、受診及び搬送ルール of 整理
- ・ 平時からの診療情報、服薬情報、介護の留意点等の共有
- ・ 状態悪化等による入院後の再入所に係る運用

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

- 新たな地域医療構想において、大学病院本院の機能として、医師等に係る人的協力が求められる。地域医療構想に沿った派遣が行われるよう、例として、以下のような取組が考えられる。

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

○大学病院本院は、当該大学病院の医局に属する医師数等を整理し、医局から医師を派遣している都道府県に対して情報を共有する。

- 各大学医局に属する医師数（診療科毎）
- 地域枠医師数
- 構想区域・医療機関別の医師配置状況 等

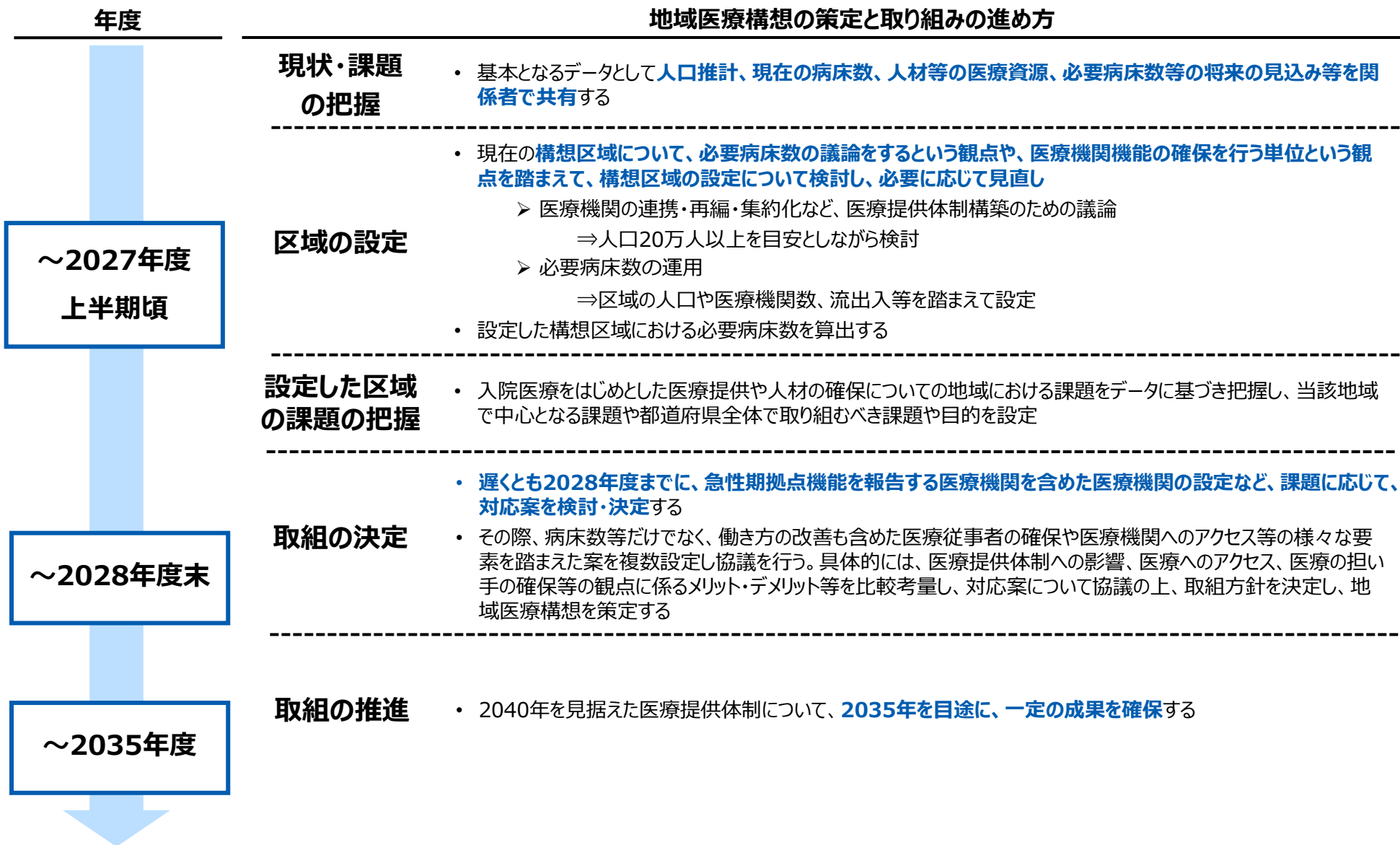
② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

○地域医療構想調整会議において、以下のような情報を踏まえながら、各医療機関において必要となる医師数を整理する。

- 構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- 上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠の医師数）
- 各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- 構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み 等

③ 都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整

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。

2040年に向けた地域医療構想と医療計画の進め方

- 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、2028年度末までに地域医療構想を策定する。
- 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、具体的実行計画として、2029年度頃に第9次医療計画を策定する。

