

新たな地域医療構想について

湖南圏域2040年医療福祉推進協議会

令和8年8月18日

地域医療構想策定ガイドライン (令和8年7月3日発出)

- 現行の地域医療構想

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年を目標に、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。

新たな地域医療構想

- 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。
- 地域ごとに現状や課題は一樣ではなく、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。

新たな地域医療構想の位置づけ

- 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。

本ガイドラインについて

- 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。

地域医療構想策定について

- 地域医療構想は2028年度までに策定する。
- 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。

2040年までのスケジュール

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。

構想区域の見直しについて

構想区域: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

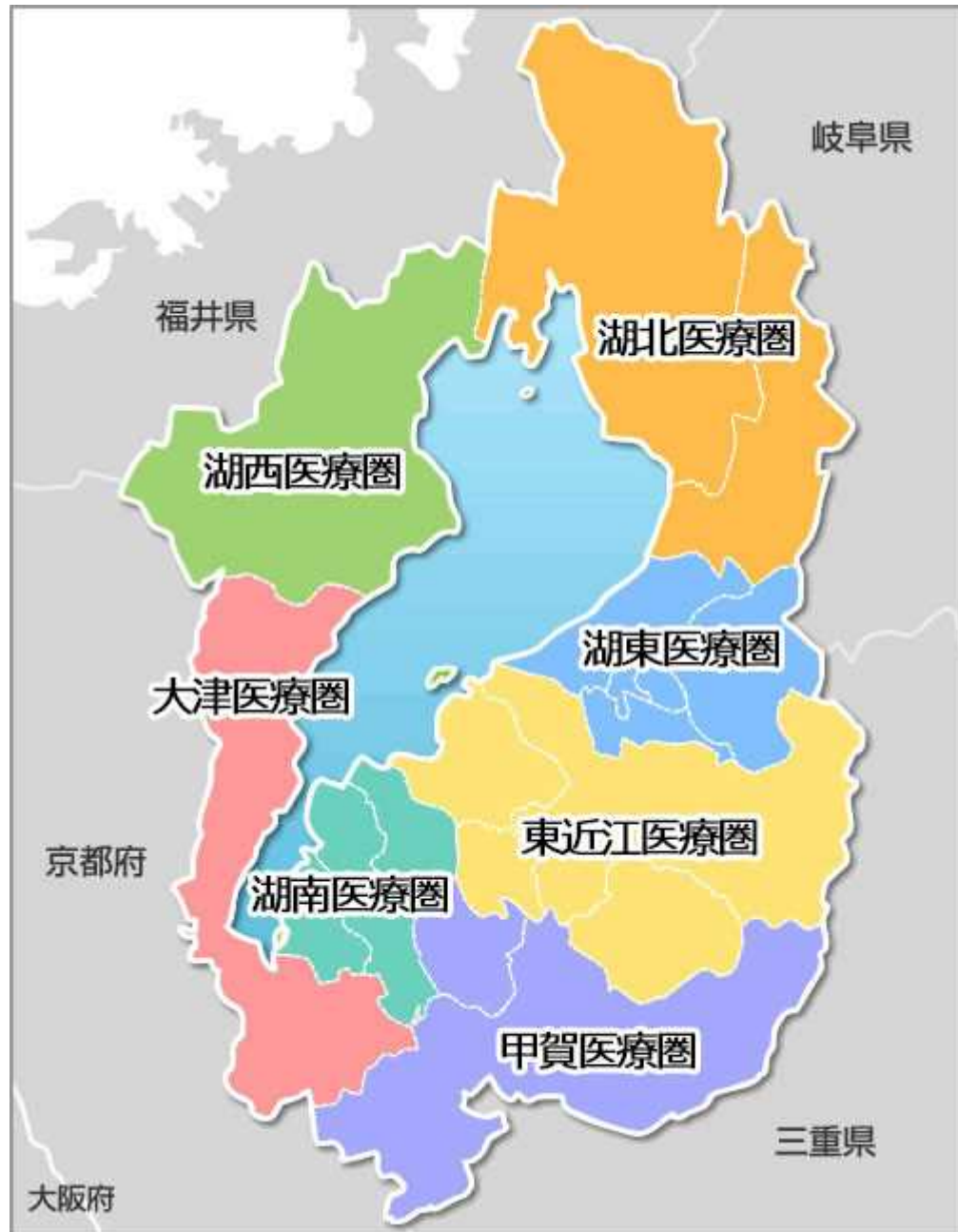
＜役割＞①医療提供体制の構築のため ②必要病床数の運用のため

- 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
- 現在、二次医療圏の半数近くが20万人以下
- 人口規模、流入患者割合、流出患者割合や、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
- 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
- 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

- 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
- 構想区域の決定後においても、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
- 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。
- 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

- 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
- 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
- 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

二次保健医療圏域



区分	構成市町数	総人口（65歳以上）	高齢化率	2040年 高齢化率 推計
大津圏域	1市	343,769人	28.3%	35.4%
湖南圏域	4市	353,637人	22.7%	28.8%
甲賀圏域	2市	138,047人	28.7%	35.4%
東近江圏域	2市2町	221,120人	28.6%	34.4%
湖東圏域	1市4町	150,983人	27.1%	33.4%
湖北圏域	2市	142,255人	30.5%	36.8%
湖西圏域	1市	42,823人	37.9%	46.1%
全県域	13市6町	1,392,634人	27.5%	33.7%
全国（概算）		12,286万人	29.5%	

（令和7年（2025年）7月1日現在）

二次保健医療圏域と管轄区域

	草津市	栗東市	守山市	野洲市	湖南市	甲賀市	近江八幡市	竜王町	日野町	東近江市	愛荘町	彦根市	豊郷町	甲良町	多賀町	米原市	長浜市	高島市	大津市	設置に関する 主な根拠法
保健所	草津保健所 (南部健康福祉事務所)				甲賀保健所 (甲賀健康福祉事務所)		東近江保健所 (東近江健康福祉事務所)				彦根保健所 (湖東健康福祉事務所)					長浜保健所 (湖北健康福祉事務所)		高島保健所 (高島健康福祉事務所)	大津市保健所	地方自治法 医療法 地域保健法
警察	草津警察署		守山警察署		甲賀警察署		近江八幡警察署		東近江警察署			彦根警察署				米原警察署	長浜・木之本警察署	高島警察署	大津・大津北警察署	警察法 地方自治法
消防	湖南広域消防局				甲賀広域行政組合消防本部		東近江行政組合消防本部					彦根市消防本部				湖北地域消防本部		高島市消防本部	大津市消防局	地方自治法 消防法
地域医師会	草津栗東医師会		守山野洲医師会		甲賀湖南医師会		近江八幡市蒲生郡医師会			東近江医師会	彦根医師会					湖北医師会		高島市医師会	大津市医師会	2

二次医療圏、構想区域の役割

- 二次医療圏と構想区域は、区域内の完結を基本的な考え方として設定し、二次医療圏において基準病床数、構想区域において必要病床数を設定し、一定の行政単位として制度運用がされている。
- 医療の完結性をみない小規模な区域の設定では基準病床数や必要病床数の設定に課題が生じ、また、人口規模等が大きすぎると、区域内において病床の偏在が生じる等の制度運用上の課題が生じるため、適切な規模での設定が求められる。

	主な制度的な活用	目的	内容	区域の人口規模が極めて大きい場合の留意点	区域の人口規模が小さい場合の留意点
二次医療圏	基準病床数 (一般・療養病床)	病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保	➤ 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、基準病床数を算出。	・ 区域内での相対的な病床数の偏在が起きうる	・ 急性期医療を中心に、入院医療の流出が多くなる
	医師確保 (医師偏在指標)	医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示し、医師偏在対策の推進において活用	➤ 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、医師偏在指標を算出。	・ 区域内での相対的な医師数の偏在が起きうる	
	5 疾病 6 事業等	5 疾病・6 事業及び在宅医療について疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに医療連携体制を推進することで、医療提供体制を確保する	➤ 二次医療圏も踏まえながら、弾力的に設定 等	・ 区域内での医療の質にばらつきが生じうる	・ 分娩など、区域内で完結できない医療が多くなる
構想区域	必要病床数	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、地域における病床の機能分化・連携を推進	➤ 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、必要病床数を算出。 ➤ 将来の医療需要を病床の機能区分ごとに推計	・ 区域内での相対的な病床数の偏在が起きうる	・ 急性期医療を中心に、入院医療の流出が多くなる

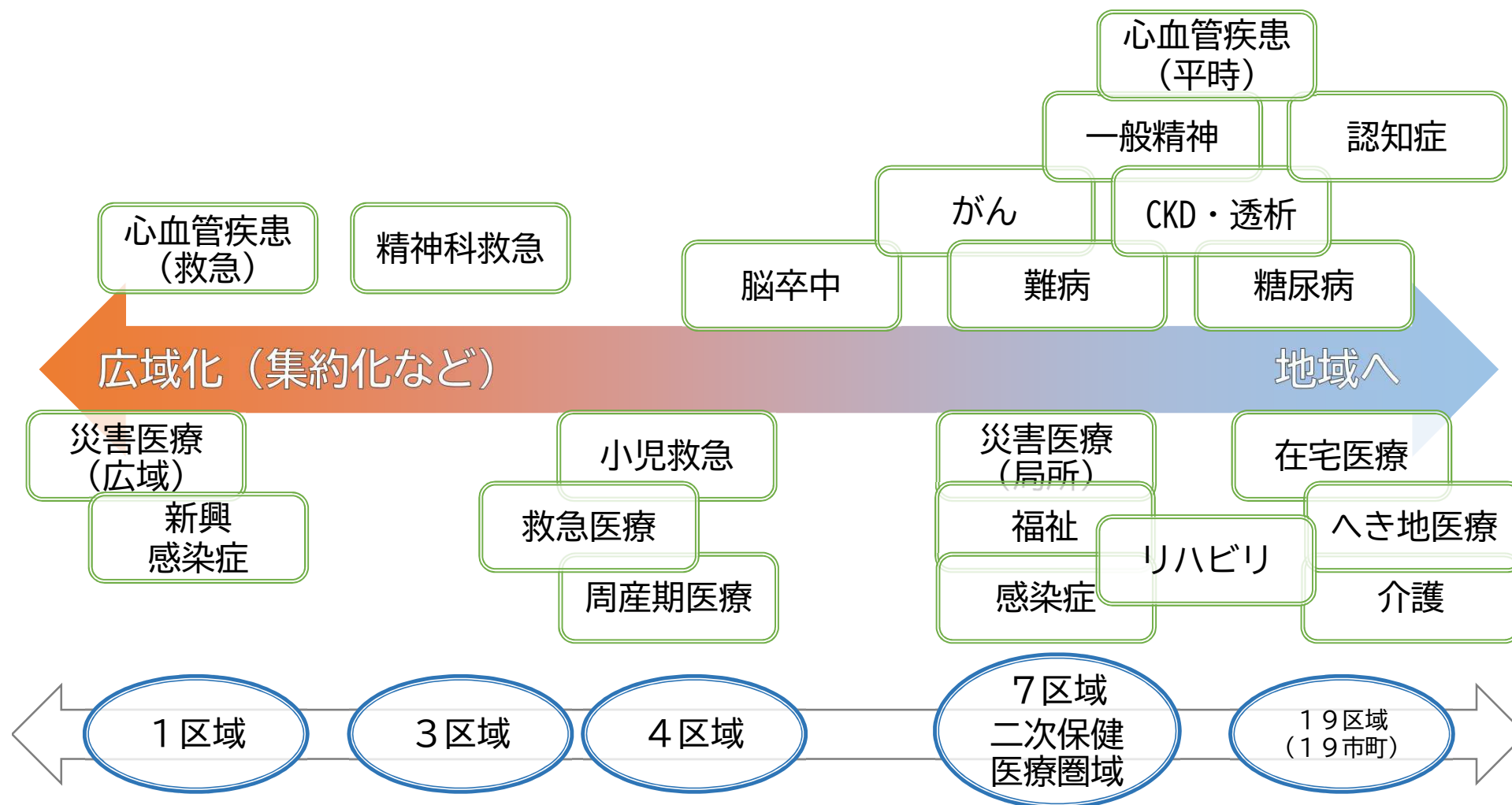
5 疾病 6 事業の現状

- 5疾病*: がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患（精神科救急）
- 6事業**: 救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急）、新興感染症（平時・流行期）における医療
- 認知症
- 難病
- 在宅医療

	草津市	栗東市	守山市	野洲市	湖南市	甲賀市	近江八幡市	竜王町	日野町	東近江市	愛荘町	彦根市	豊郷町	甲良町	多賀町	米原市	長浜市	高島市	大津市	拠点となる機関・体制		
ドクターヘリ	京滋ドクターヘリ 済生会滋賀県病院 (運航範囲:滋賀県全域、京都府南部、福井県嶺南地域)																			基地病院		
心血管疾患* (救急)	心血管疾患の緊急の検査・治療:14病院 大動脈解離による緊急手術対応:9病院⇒滋賀医科大学医学部附属病院が全圏域をカバー																					
精神* (救急)	精神科救急情報センター																			精神科救急医療システム		
	東近江・湖南・甲賀 湖南病院、水口病院、滋賀八幡病院											湖北・湖東 豊郷病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院				大津・湖西 琵琶湖病院、瀬田川病院、滋賀里病院				当番病院		
	滋賀県立精神医療センター																					
救急医療**	湖南・甲賀救急ブロック 済生会滋賀県病院 湖南広域休日急病診療所						東近江救急ブロック 近江八幡市立総合医療センター 東近江休日急患診療所				湖東・湖北救急ブロック 長浜赤十字病院 長浜米原休日急患診療所 彦根休日急病診療所				大津・湖西救急ブロック 大津赤十字病院(高度)				救命救急センター 休日急病診療所			
小児救急医療**	湖南・甲賀ブロック 済生会滋賀県病院						東近江ブロック 近江八幡市立総合医療センター				湖東・湖北ブロック 長浜赤十字病院				大津・湖西ブロック 大津赤十字病院				拠点となる病院			
周産期医療**	湖南・甲賀ブロック 滋賀医科大学医学部附属病院(総合)						東近江ブロック 近江八幡市立総合医療センター(地域)				湖東・湖北ブロック 長浜赤十字病院(地域)				大津・湖西ブロック 大津赤十字病院(総合)				周産期母子医療センター			
災害医療**	大津赤十字病院(基幹)																			災害拠点病院		
	淡海医療センター 済生会滋賀県病院 滋賀県立総合病院(地域)				公立甲賀病院(地域)		近江八幡市立総合医療センター(地域)				彦根市立病院(地域)				長浜赤十字病院(地域)		高島市市民病院(地域)		市立大津市民病院 滋賀医科大学医学部附属病院(地域)			
脳卒中*	済生会滋賀県病院 滋賀県立総合病院				公立甲賀病院		近江八幡市立総合医療センター				彦根市立病院(コア) 湖東記念病院				市立長浜病院(コア) 長浜赤十字病院		高島市市民病院		大津赤十字病院(コア) 滋賀医科大学医学部附属病院(コア)			一次脳卒中センター

	草津市	栗東市	守山市	野洲市	湖南市	甲賀市	近江八幡市	竜王町	日野町	東近江市	愛荘町	彦根市	豊郷町	甲良町	多賀町	米原市	長浜市	高島市	大津市	拠点となる 機関・体制	
がん*	滋賀県立 総合病院(都道府県)				公立甲賀 病院 (地域)		滋賀医科大学医学部附属病 院(地域)			彦根市立病院(地域)				市立長浜 病院 (地域)				滋賀医科大学医 学部附属病院 (県)、 大津赤十字 病院(地域)	がん診療 連携拠点病院		
新興 感染症*	流行前(平時):7区域～ 流行期:1区域(県コントロールセンター設置等) 第1種感染症指定医療機関 市立大津市民病院 第2種感染症指定医療機関 7圏域に1つずつ																			感染症 指定医療 機関	
心血管 疾患* (平時)							一般診療所・病院での診療、専門医療機関との連携														
一般精神 *							健康福祉事務所(保健所)での相談業務・療養支援・関係機関との連携 一般診療所・病院での診療、専門医療機関との連携														
難病	淡海医療センター、 淡海ふれあい病院、 滋賀県立総合病院、 済生会滋賀県病院 (分野別)				公立甲賀 病院、 紫香楽病院 (分野別)		近江八幡市立総合医療セン ター、東近江総合医療セン ター、 ヴォーリズ記念病院、 湖東記念病院 (分野別)			彦根市立病院(分野別)				長浜赤十字病 院、市立長浜 病院 (分野別)			高島 市民病 (分野別)	滋賀医科大学医 学部附属病院 (診療連携・分野 別)、市立大津市 民病院、大津赤 十字病院、滋賀 病院 (分野別)	拠点病院		
糖尿病*																					
慢性腎臓 病							一般診療所・病院での診療、専門医療機関との連携														
在宅 医療	淡海ふれあい病院、 済生会守山市市民病院、近江 草津徳洲会病院、南草津病 院 市立野洲病院				言楽中央病院、 甲南病院、 生田病院		ヴォーリズ記念病院、 東近江敬愛病院、 湖東記念病院、 日野記念病院			友仁山崎病院				長浜市立湖北 病院			今津病院 マキノ病 院	琵琶湖大橋病院、 ひかり病院、大 津赤十字志賀病 院	在宅療養 支援病院		
認知症	藤本クリニック (連携型)				水口病院		近江温泉病院 滋賀八幡病院			豊郷病院				セフィロト病 院				瀬田川病院	認知症疾患 医療センター		
へき地医 療**					甲賀市立 信楽中央 病院 朝宮 出張診療所		東近江市永源寺東部 出張診療所 近江八幡市立 沖島診療所			浅井東診療所等9診療所				長浜市立 湖北病院			高島市民 病院、マ キノ病院、 高島市民 病院 朽 木診療所	大津市民国民健 康保険葛川診療 所	へき地医療拠点 病院 へき地 診療所		

新たな地域医療構想における 構想区域の検討



検討体制の構築

- 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
- 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
- 基本となるデータについて、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

区域調整会議

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

都道府県調整会議

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

関係者に期待される役割等

- ① **都道府県** 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。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
- ② **市町村** 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
- ③ **大学病院本院** 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
- 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) 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

- ⑤ 公立・公的病院等 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
- ⑥ 医療保険者 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
- ⑦ 介護関係者 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。
- ⑧ 地域医療構想アドバイザー データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、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。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。

医療機関機能の確保について

各医療機関が自ら検討し、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で報告



地域医療構想調整会議において、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客観的なデータも踏まえ協議



遅くとも2028年度までに2040年において担う医療機関機能を決定



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

- ・ 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
- ・ 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ある

区域の人口規模を踏まえた地域の医療機関機能の考え方

○ 各地域での医療機関機能確保に向けた考え方は、人口規模や地域の実情に応じて柔軟に検討。

区域	現在の人口規模 の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。	高齢者救急の対応の他、<u>骨折の手術など</u>、頻度の多い一部の手術についても対応	- 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 - 高齢者施設等からの患者受入等の連携	- 特定の診療科に特化した手術等を提供 - 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 - 集中的な回復期リハビリテーション - 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	- 高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	- 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 - 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	- 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自らが在宅医療や訪問看護を提供 - 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

41

急性期拠点機能を担う医療機関の決定

- 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
- 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
- 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

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

- 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。
- 県と市の病院事業担当部局が、県の地域医療構想担当部局、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
- 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。

各医療機関が担う医療機関機能の決定後

急性期拠点機能：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：リハビリテーションや退院支援等の機能をどのように果たし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

在宅医療等連携機能：慢性期の医療需要の見込みも踏まえ、地域で果たすべき役割等

を協議する。

- ・ 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

医療需要の推計について ①

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、
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



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。

- 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。
- 必要病床数の算出にあたり用いる値(算出に用いる病床稼働率)
 - 高度急性期75% ⇒ 78%
 - 急性期78% ⇒ 83%
 - 回復期90% ⇒ 包括期87%
 - 慢性期92% ⇒ 92%
- 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、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による効率化分を見込み、算出に用いる病床稼働率に高度急性期・急性期+1%、包括期+2%、慢性期+0.5%をそれぞれ加算する

医療需要の推計について ②

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

- 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
- 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
- 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る

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

- 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
- 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
- ロジックモデル等を作成・活用し、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

2. 地域医療構想と医療計画の関係

- 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
- 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

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
- 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
- (とりまとめより)精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法、精神医療と障害福祉サービスとの連携等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
2027年(令和9年)10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、ワーキンググループが設置され、検討が進められる。