



新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

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



1. 地域での協議について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

これまでの主な意見（地域での議論について）

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

【地域での協議】

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

地域における協議の進め方について

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

協議の進め方にあたり整理が必要な事項

- ① 協議する事項 ② 地域医療構想調整会議のあり方 ③ スケジュール

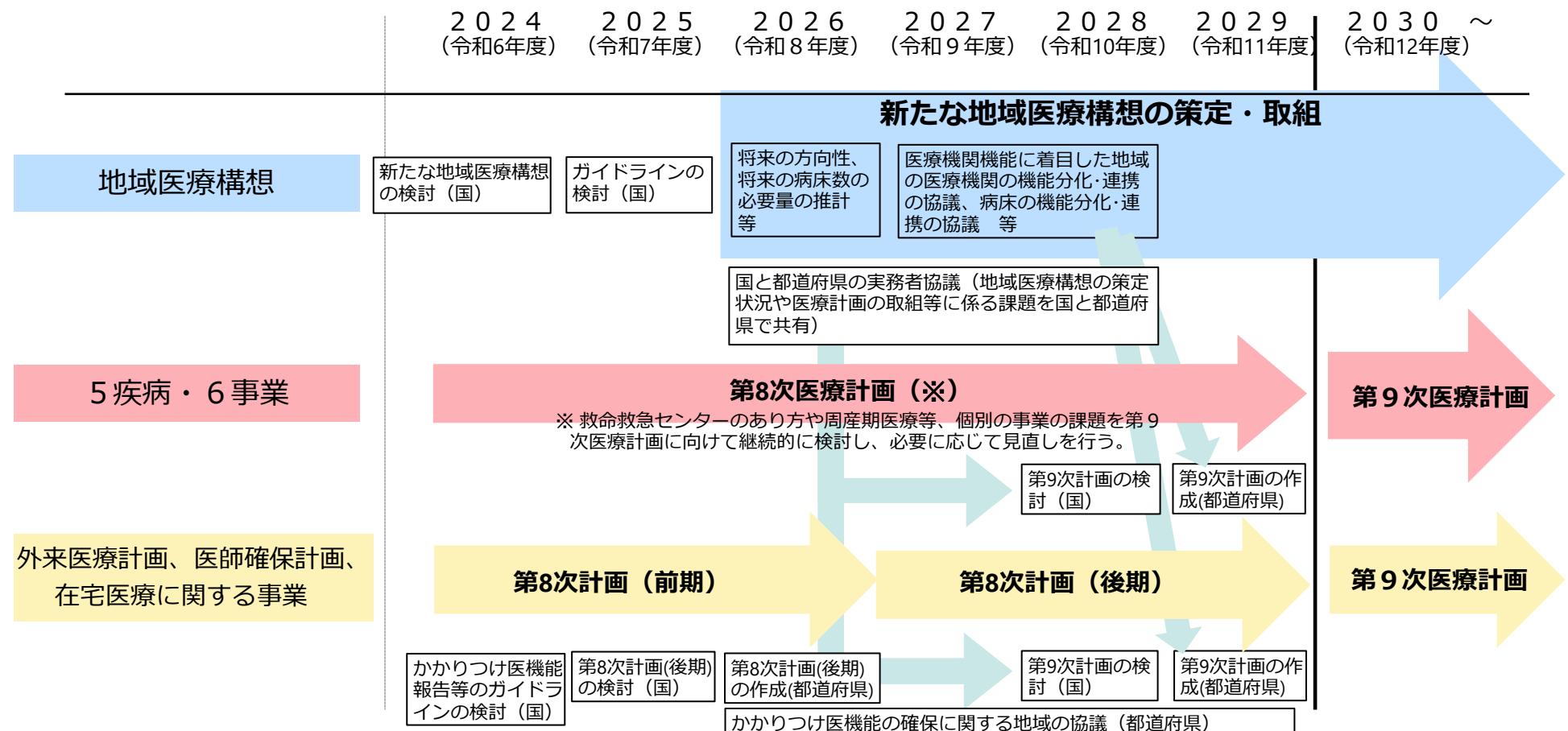
協議する事項



- 人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等の基本的なデータを用いて、現状や今後の課題を共有する。
- 区域の見直しや医療機関機能の確保その他の地域で特有の課題について、詳細なデータの分析などをを行いながら協議、検討を行う。
- 働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等のさまざまな要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。
- 地域医療構想を策定し、取組を本格的に進める。

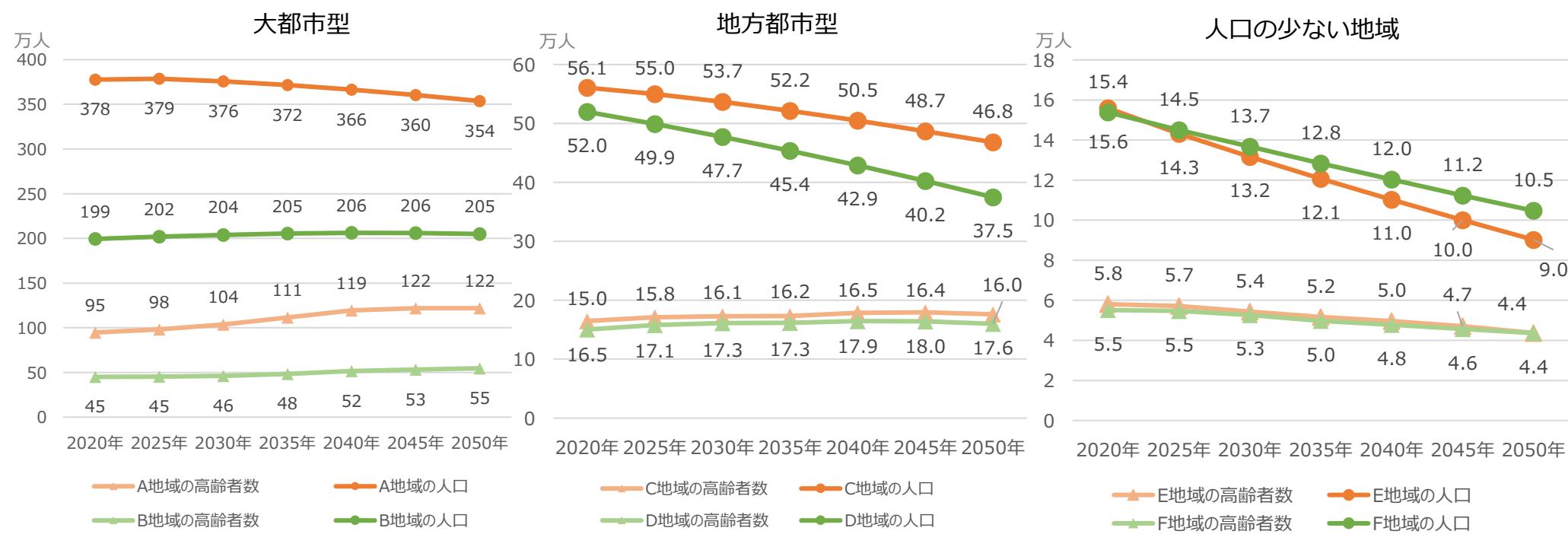
新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



現状の把握について（人口推計の把握）

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

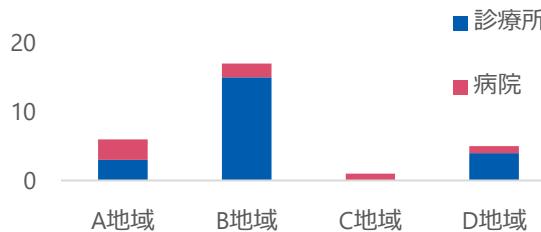


現状の把握について（医療資源の把握）

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

医療機関の数

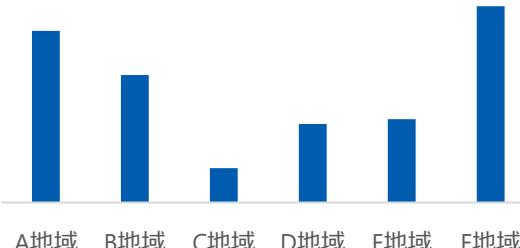
在宅医療提供医療機関数(イメージ)



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

医療従事者の数

構想区域ごとの医師数（イメージ）

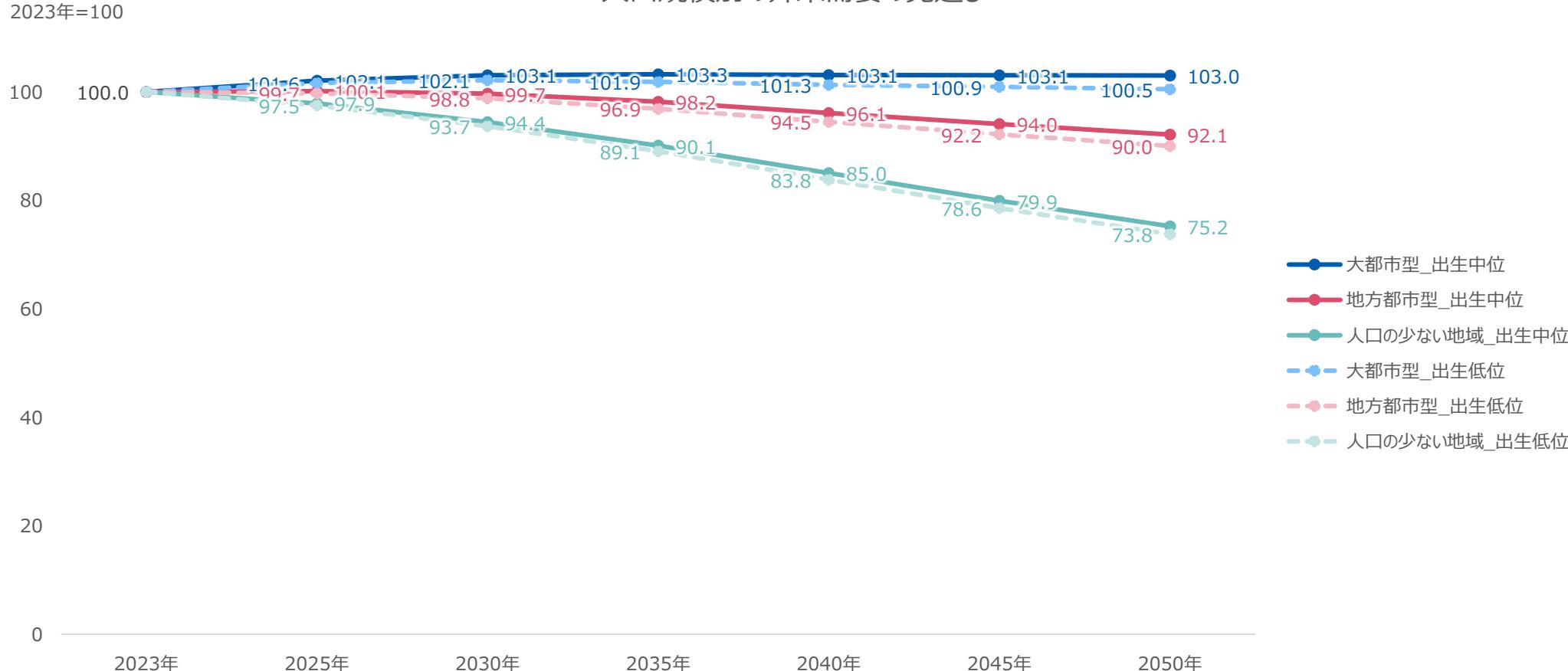


- 医療機関機能の確保にあたっては、医師数だけでなく、看護師や病棟薬剤師、その他のスタッフの確保の実態も把握することが望ましい。
- 医師については、地対協等の医師の確保に関する議論や、看護師について都道府県ナースセンター等の関係組織とも連携・協力を得ながら実態や課題の把握に努める必要がある。

外来医療の需要について

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

人口規模別の外来需要の見通し



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」、「日本の将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

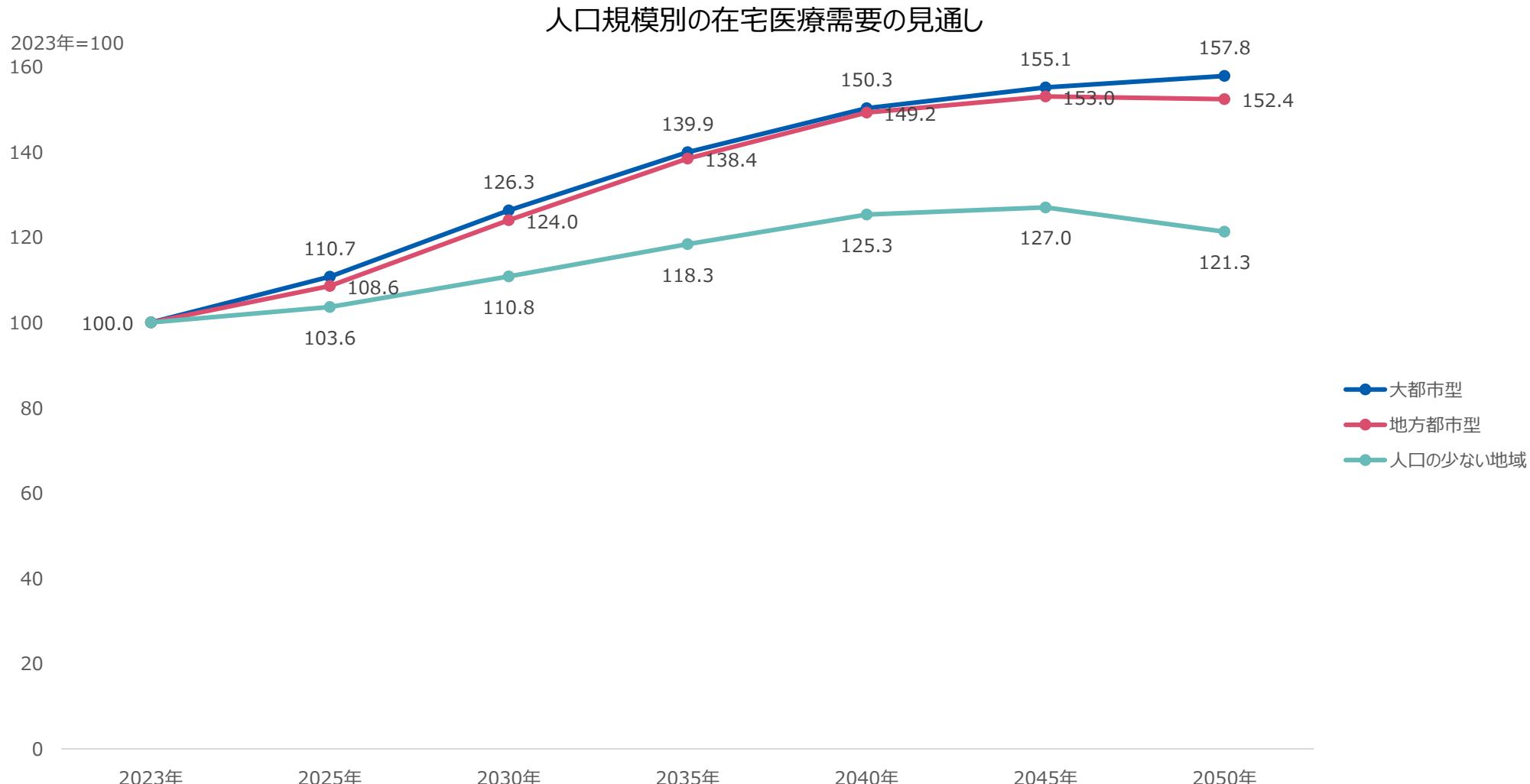
※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

※外来需要は通院患者に限る。

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

在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※二次医療圏（330圏域）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

地域の課題の特定

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

課題の例

＜急性期入院医療＞

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

＜その他＞

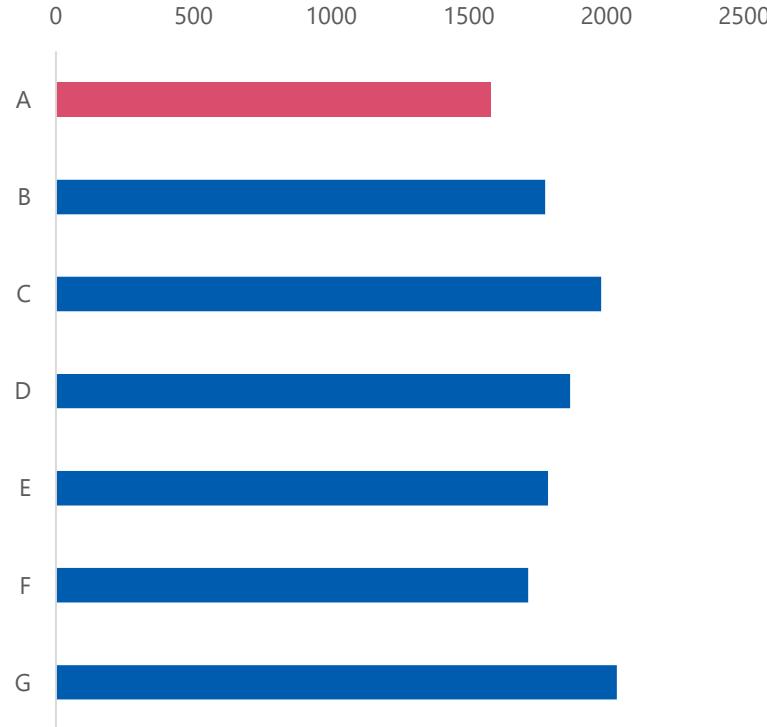
- 急性期を担う医療機関の役割分担はなされているが、在宅医療等の慢性期の医療需要の確保に課題がある。
- 在宅医療を担う医療機関は一定存在しているが、訪問看護や訪問介護等の人材確保が困難になっている。
- 医療従事者の確保が困難となる中で、外来医療の確保に関する協議が十分になされないまま、患者の外来医療へのアクセスが課題となっている。

県ごとの課題の把握

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

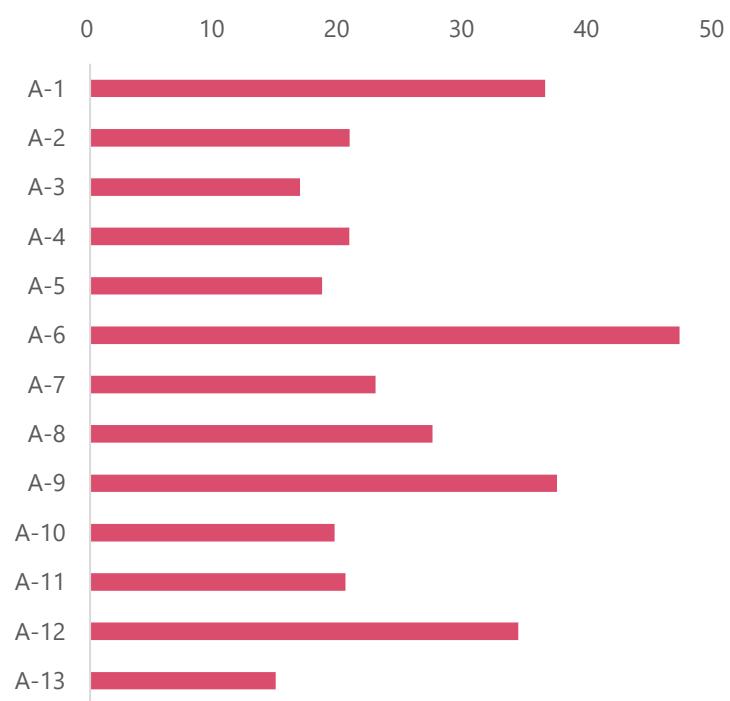
ある地域における医療資源の状況について

都道府県別人口10万対病床数（病院）



都道府県全体でみた場合に、病床数が相対的に少ない

二次医療圏別人口万人対医師数

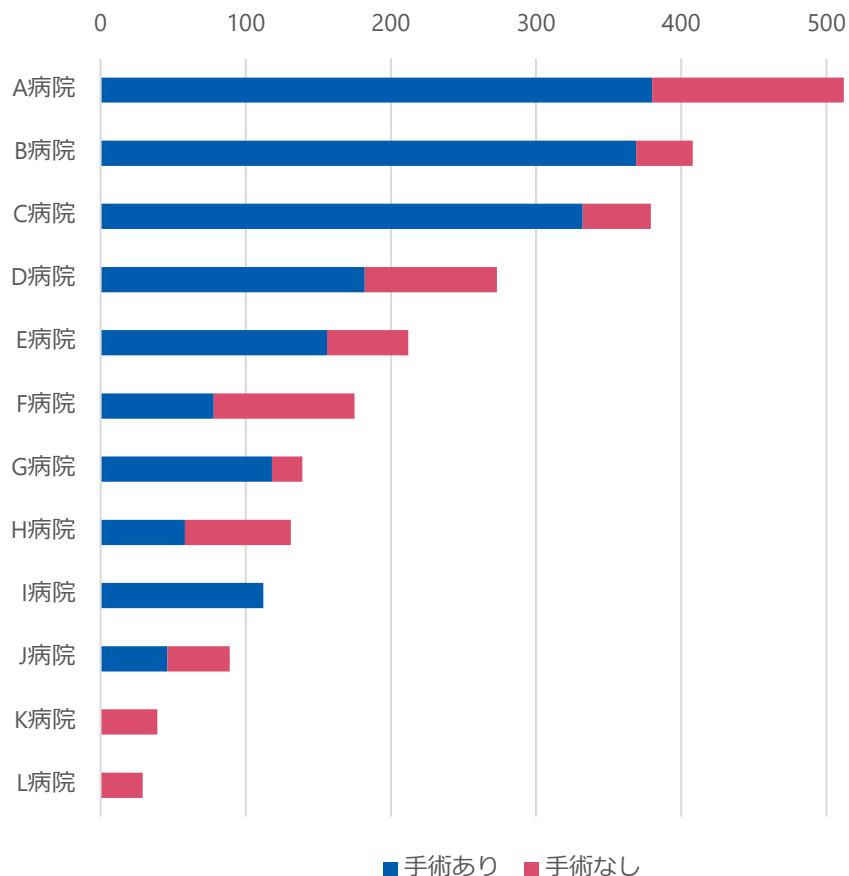


都道府県内の二次医療圏毎の医師数に大きなばらつき
がみられる

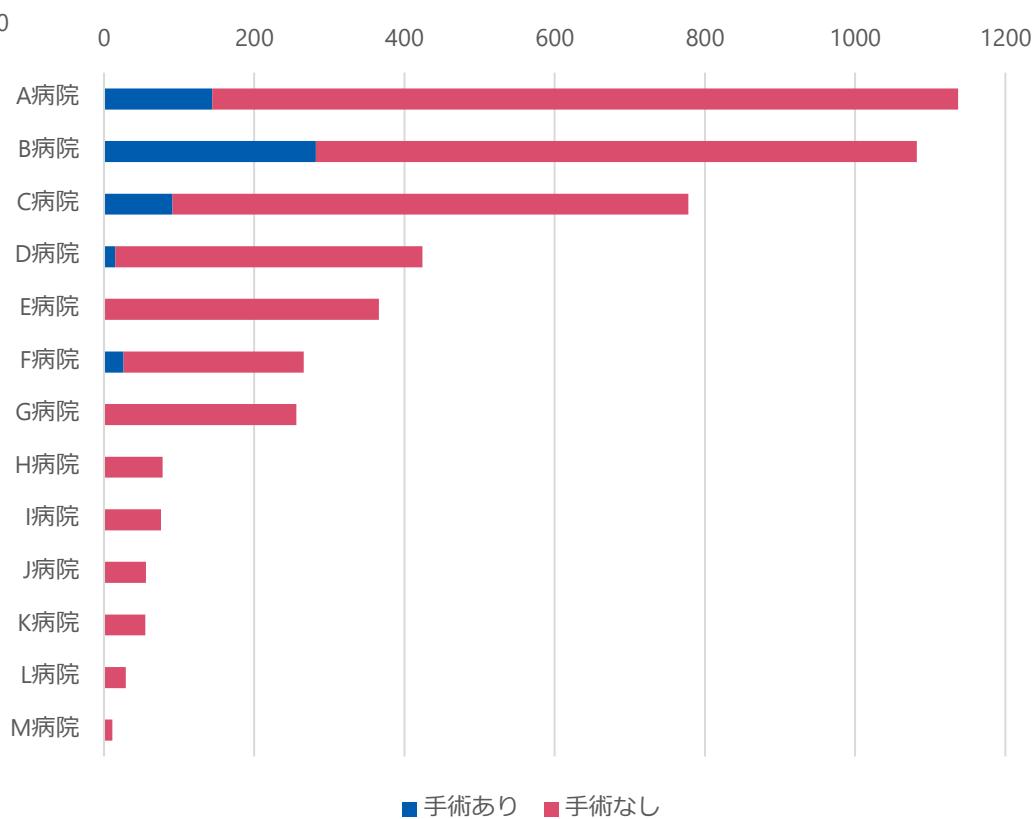
診療領域ごとの医療機関ごとの診療実態

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

人口50万人規模のA地域の整形外科の年間診療実績（件）



人口40万人規模のB地域の呼吸器系疾患の年間診療実績（件）



■ 手術あり ■ 手術なし

地域医療構想における活用データの例

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

<活用データ（例）>

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

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1～2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目指すこととしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20～30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定**し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目指して、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

地域医療構想調整会議の進め方について（案）

改定後の医療法

第三十条の三の三

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

1 2 厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法その他地域医療構想の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（6）国・都道府県・市町村の役割

① 国

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

論点

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

2. 構想区域に関する協議について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

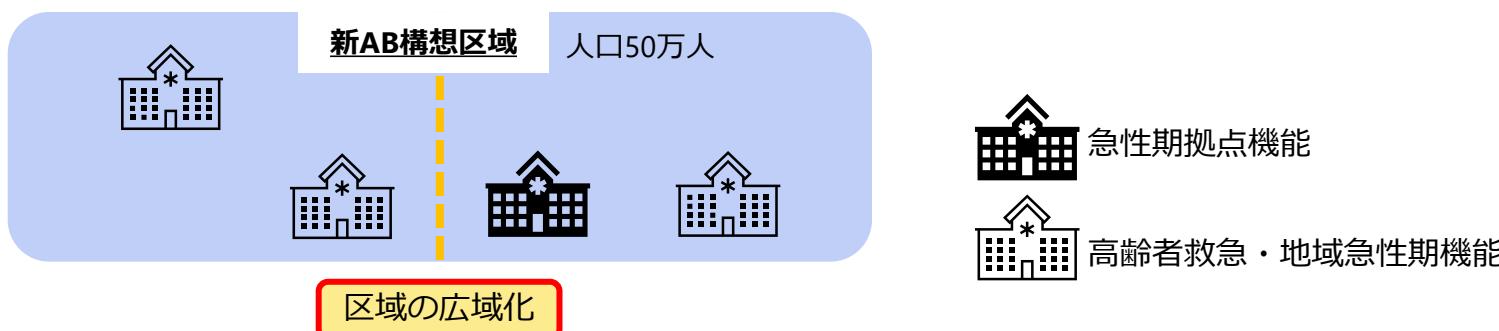
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。

現状



見直し後

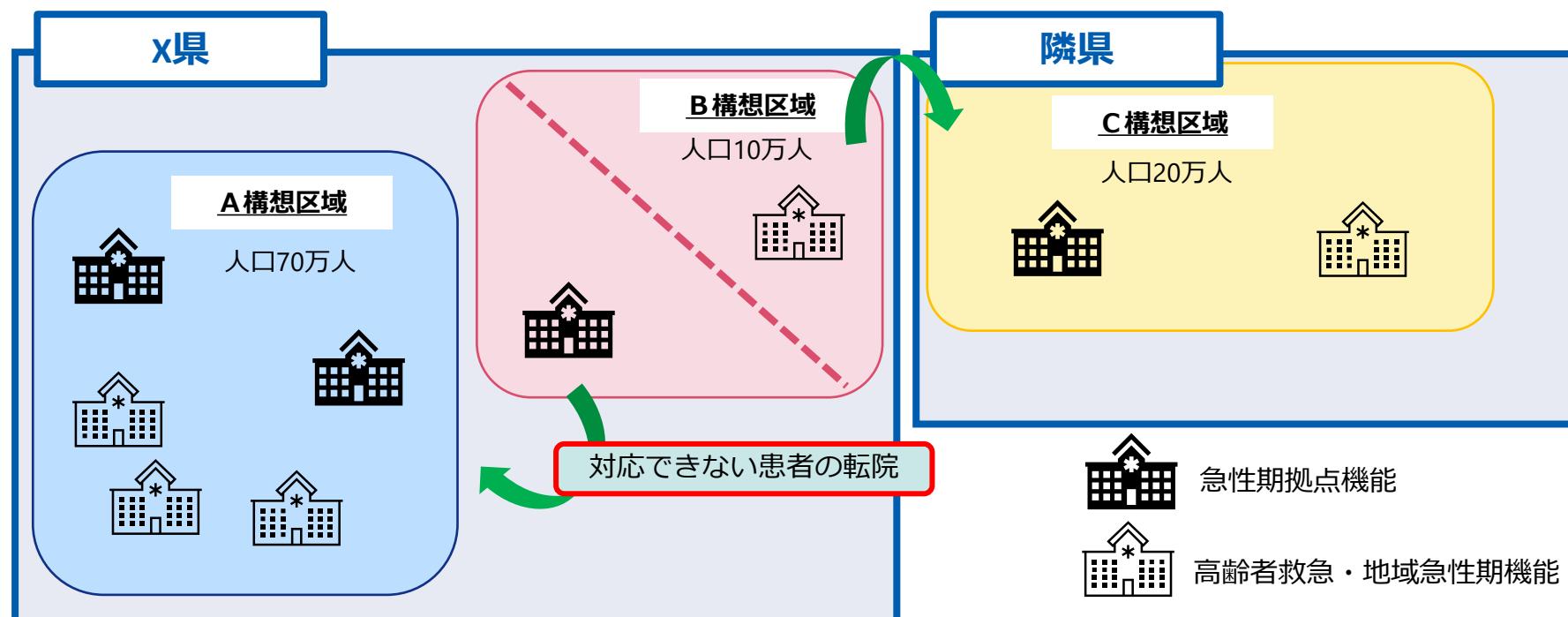
- A構想区域単独では、急性期医療を確保できないと考えられることから、B構想区域と統合し、全体で急性期拠点機能を確保。
- 急性期を担っていた医療機関について、地域全体で、急性期を集約化するとともに、その他の医療機関については高齢者救急・地域急性期を担う。
- 旧A構想区域においては、高齢者救急・地域急性期機能を確保した。



人口の少ない地域における構想区域の見直しの例②（隣接する都道府県との連携）

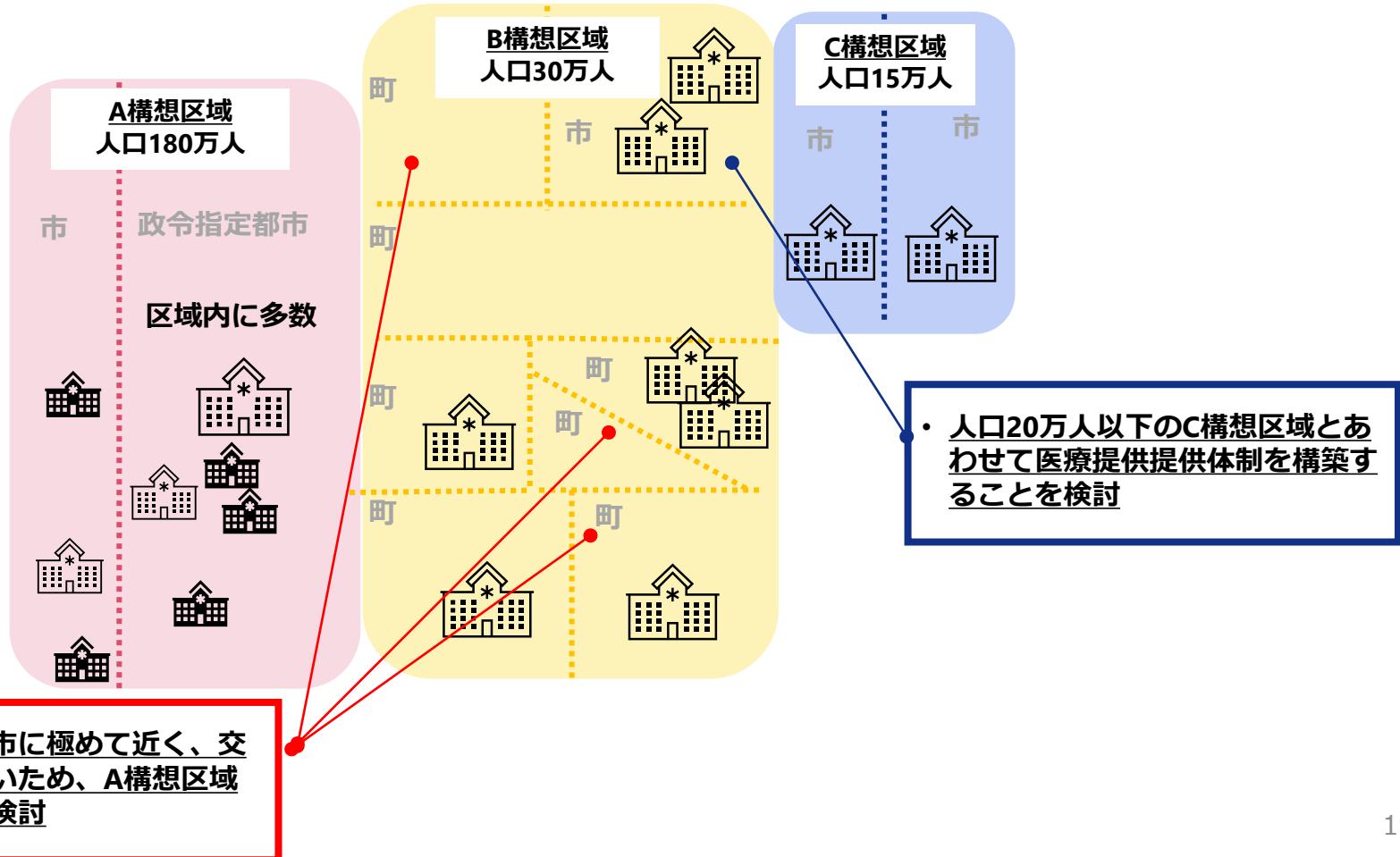
- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏においての完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの構想区域までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。構想区域の見直しにあたり、隣接する区域での対応や県をまたいだ連携・区域の設定の必要性も指摘されている。

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



構想区域の見直しの例（区域の再編・合併）

- ある区域について、単に人口20万人以上となるように見直す場合、区域同士の合併のほか、区域の交通の状況や現に存在する急性期を担う医療機関の分布状況等を踏まえて分割し、それぞれ別の区域と統合することも考えられる。



区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	<p>【区域内の効率的な医療提供体制の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 極めて多くの医療機関が所在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。 ● 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。 等 <p>【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> ● 人口推計 ● 医療機関数 ● 医師数 ● 機能別病床数 ● 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流出入の状況等） ● 個別の医療機関の医療提供実態 ● その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> ● 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するような急性期拠点機能を確保・維持できるか。 ● 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要がないか。 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> ● 患者のアクセス確保の手段 ● 隣接する県の医療資源等
その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要がないか。 等 	

区域について（案）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（7）構想区域のあり方

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

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

- ・大都市においても大きな圏域として運用することが実効的な場合もあるとの指摘も踏まえ、区域の設定にあたっては、急性期拠点機能の確保等の提供体制の協議として適切な範囲か、必要病床数の運用として適切な範囲かといった観点を踏まえて、都道府県が地域の協議を通じて、適切な規模となるよう点検し、見直すこととしてはどうか。
- ・また、異なる都道府県間で隣接する区域であって、相当の流出や流入が存在する場合、医療機関機能の確保やアクセスの確保等、都道府県間で協議することが望ましいことについてガイドラインにおいて位置づけることとしてはどうか。
- ・区域の設定にあたって、地理的な線引きをする際、区域の境界部に医療機関が存在し、患者が隣接区域から流入している場合や当該区域には病床が少ないものの隣接する区域に医療機関が存在する場合等が想定される。こうした場合に、必要病床数や基準病床数の観点では、当該区域においては増床が可能であっても、隣接する区域や当該都道府県全体等では、病床数が既に十分に存在する場合も考えられる。このため、増床にあたっての地域での取扱いについて、例えば、広域な区域のうちの特定の地域で病床が既に十分に存在するような場合等においては、当該区域内で増床が望ましい地域を整理することや隣接する区域の病床の状況も合わせて増床を検討する等の運用方法を、地域医療構想調整会議等で議論することとして位置づけてはどうか。
- ・二次医療圏や5疾病6事業において設定されている各領域ごとの圏域については、個別の領域ごとに適切な範囲で設定されているが、がんや循環器、周産期において麻酔科医や周術期の看護師のように共通して確保が必要な医療資源を将来にわたって確保する観点も踏まえて、第9次医療計画において検討することとしてはどうか。

論点

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

3. 医療機関機能に関する協議について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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)	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域災害拠点病院は2次医療圏に1箇所設置、基幹災害拠点病院は都道府県に1箇所設置することとされている。 ・24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受け入れ及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受け入れ拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	<p>新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保</p> <p>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。</p>
臨床研修及び専門研修の実施	<p>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</p> <p>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。</p>
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	<p>今後の医療需要にあわせた病床数の整備を推進する</p> <p>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。</p>
地域の医療機関への人的協力	<p>地域の医療機関への診療体制確保のための協力を実施。</p> <p>大学病院本院は、急性期拠点へ人的協力をを行うとともに、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。</p>

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

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

求められる具体的な機能や体制		協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受け入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1～2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目指すこととしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20～30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定**し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目指して、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

5 疾病 6 事業とその他の医療との関係について

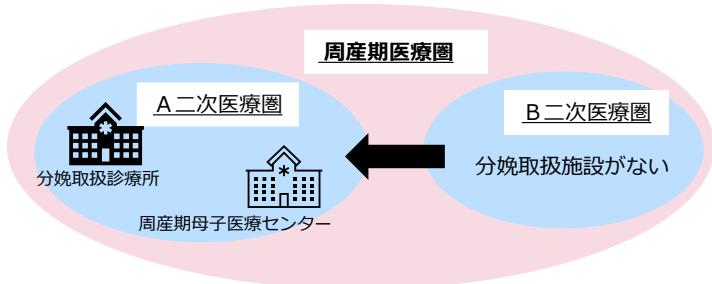
- これまで5疾病6事業について、領域ごとに医療圏や圏域を設定する等により、それぞれの医療提供体制の確保に取り組んでいる。
- 他方、領域をまたぎ共通する医療資源（手術を担う医師や麻酔科医等）を有効に活用する観点から、5疾病6事業の医療提供体制の確保に当たっても、当該領域以外も含めた地域の医療提供体制全体を踏まえた検討が必要。

※ 5 疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患

※ 6 事業：救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）

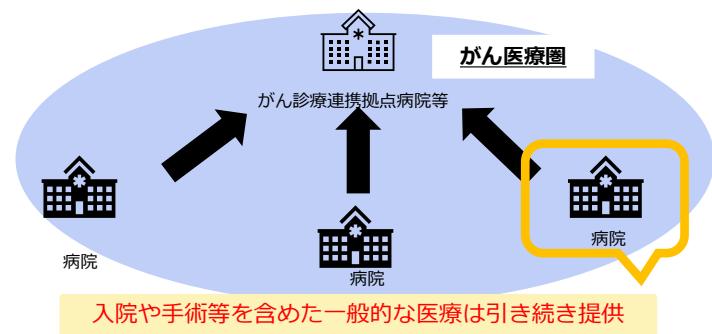
例）周産期医療 263区域（令和6年4月時点）

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



例）がん医療 336区域（令和6年8月時点）

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



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

4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

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

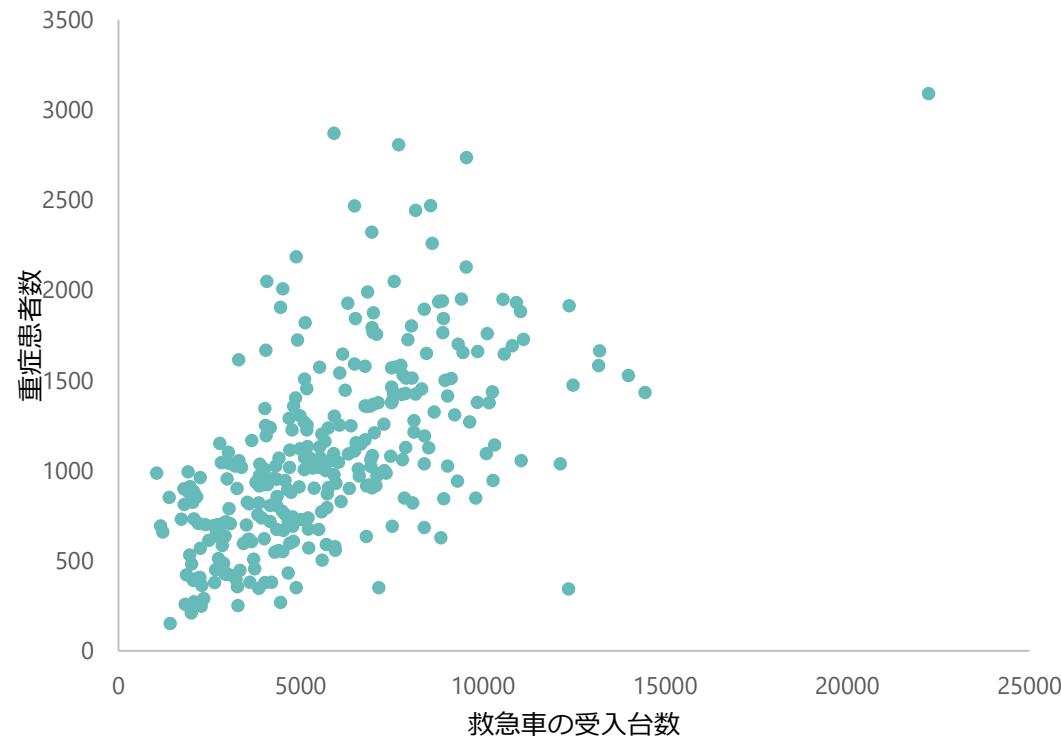
都道府県は、地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。

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

救急医療やがん医療を担う医療機関と急性期拠点機能について

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

救命救急センターの救急車の受入台数と重症患者数の関係



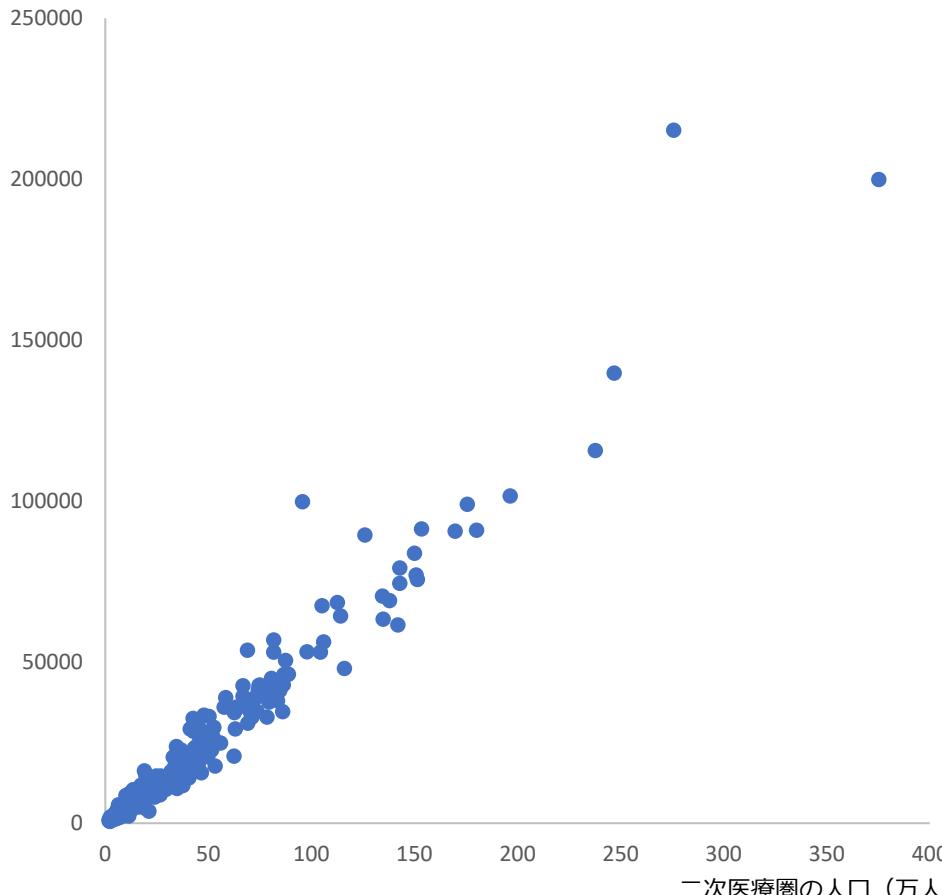
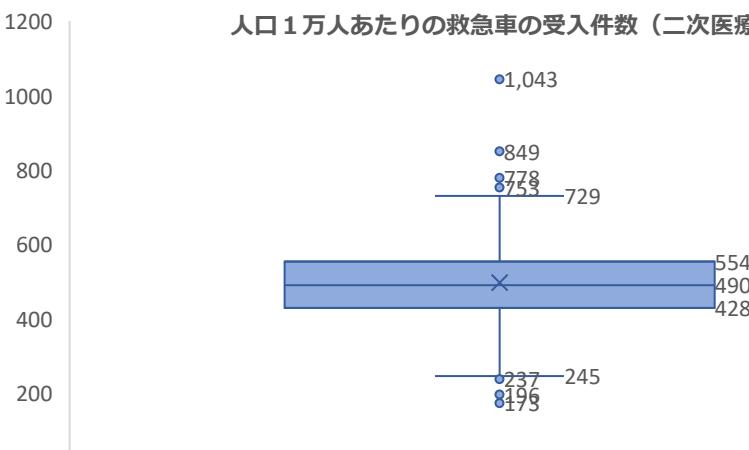
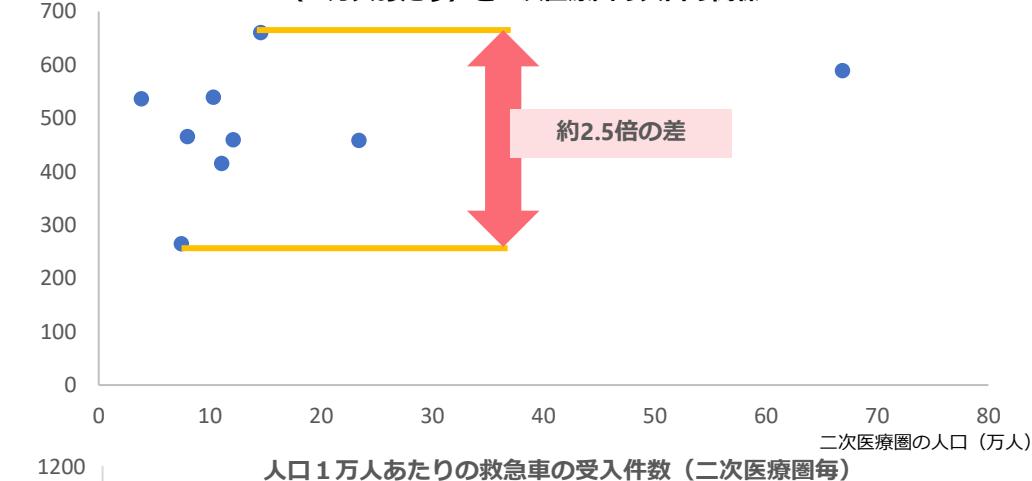
	がん拠点病院 (※) おおむねがん医療圏ごとに1つ整備	それ以外
救命 救急 セン ター	234病院 <ul style="list-style-type: none">がん医療に加え、脳血管疾患や整形外科疾患等の救急医療を提供	78病院 <ul style="list-style-type: none">がんの集学的な医療は必ずしも提供していないが、救急医療を提供
それ 以外	157病院 <ul style="list-style-type: none">救急医療は必ずしも提供していないが、がんに係る集学的医療を提供	

(※) 都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院

医療機関の実績を基準とした場合の留意点①（救急車の受入件数）

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

二次医療圏人口規模別の救急車の受入件数

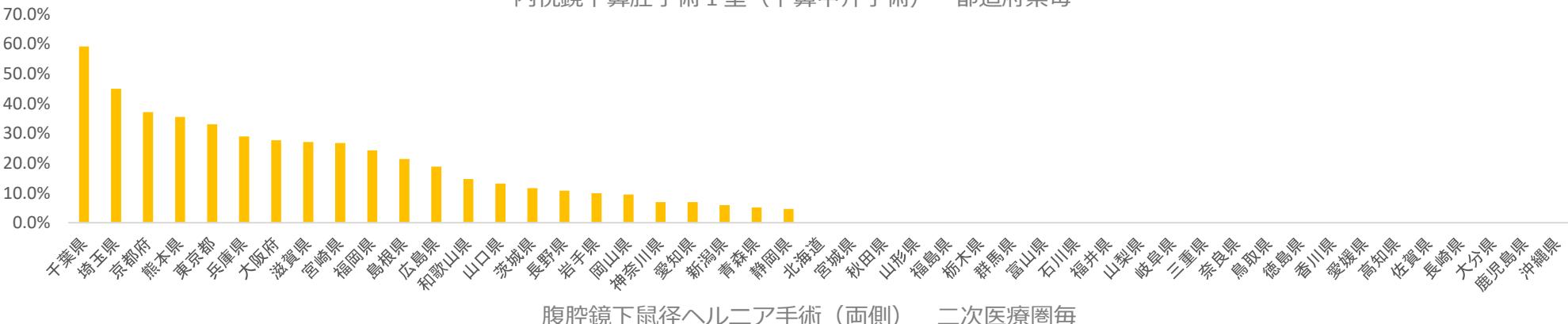
A県における各二次医療圏の救急車受入件数
(1万人あたり)と二次医療圏の人口の関係

医療機関の実績を基準とした場合の留意点②（手術件数）

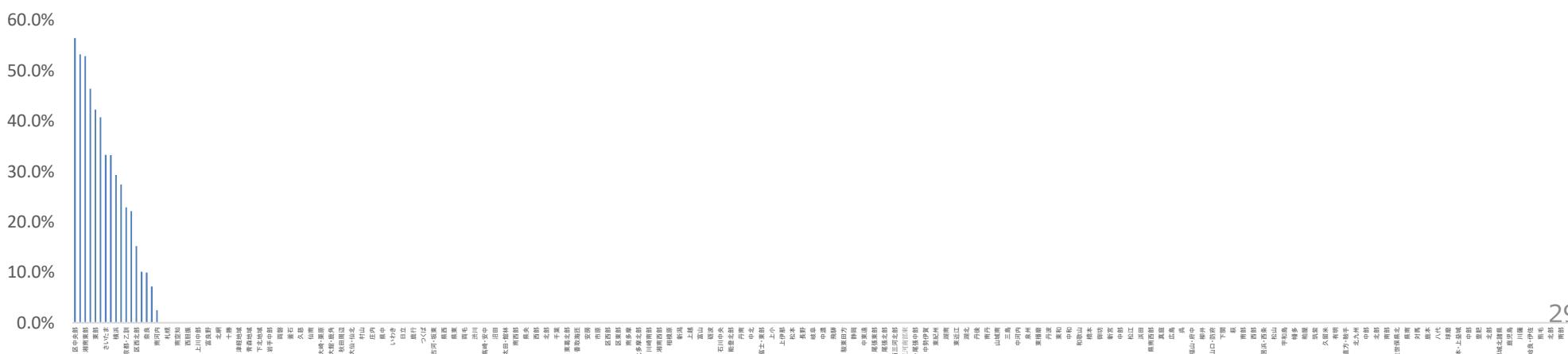
- 入院で行われている全身麻酔手術について、内視鏡下鼻腔手術1型（下鼻甲介手術）や腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）のように、医療技術の進歩とともに、一部の区域では外来での実施が増加している。
- 全身麻酔手術の件数等を急性期拠点機能の基準とする場合、外来で局所麻酔により実施可能な症例について、こうした医療機関の取組等の妨げになることが懸念される。

手術について外来で実施されている割合

内視鏡下鼻腔手術1型（下鼻甲介手術） 都道府県毎



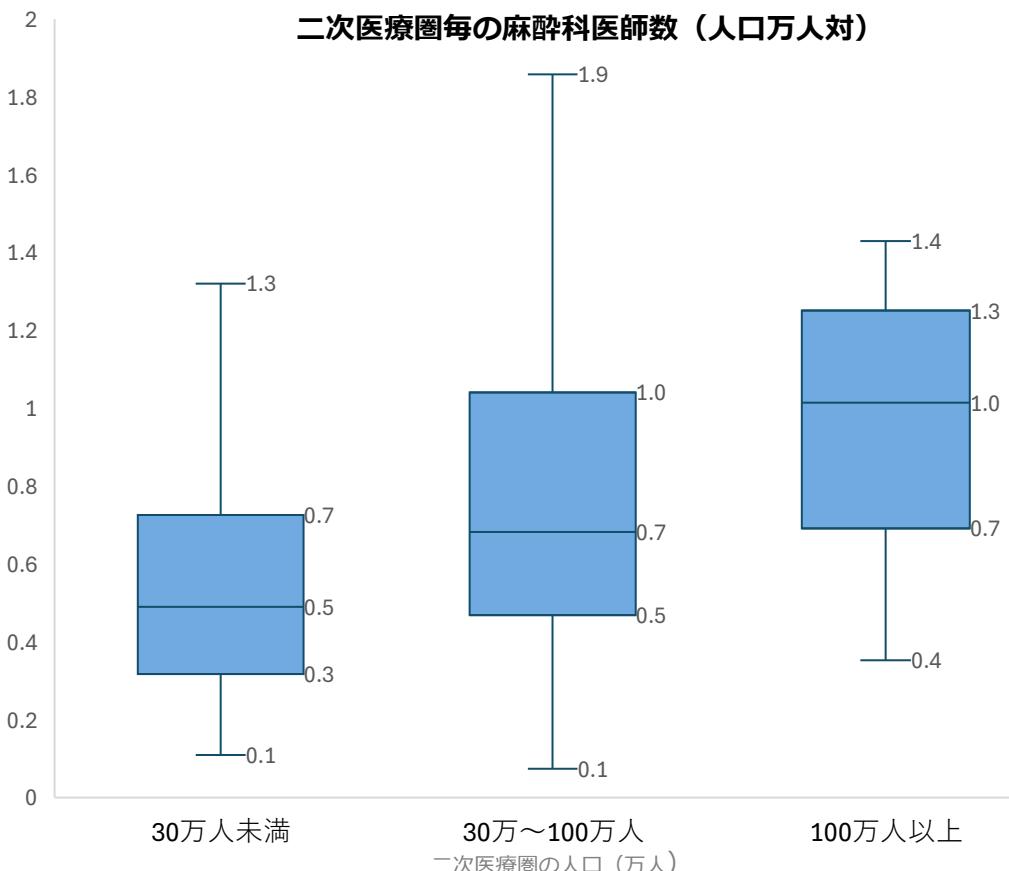
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側） 二次医療圏毎



資料出所：NDBオープンデータ

麻酔科医の確保について

- 全身麻酔手術等の実施に必要な麻酔科医については、人口あたり医師数で比較しても、人口が多い地域に、より多く集まる傾向にある。また、日本麻酔科学会からは、小規模な外科診療の縮小や急性期病院の集約化を進めることについて指摘されている。
- 都市部においては、急性期拠点機能を担う医療機関以外の医療機関であっても、増加する高齢者の骨折をはじめとした手術を実施する必要があり、一定の集約の議論は進めつつも、急性期拠点機能以外の病院も含めた手術の実施体制の確保が必要であるなど、人材確保の観点も踏まえながら地域ごとの事情に応じた連携・再編・集約化の議論が必要である。



公益社団法人日本麻酔科学会要望書（抜粋）

この度、急激な少子高齢化ならびに人口減に伴ういわゆる2040年問題に関して、我々麻酔科医が主に勤務する急性期病院のさらなる集約化の推進について要望させていただきます。

（略）一方、麻酔科医の増加に伴い、その周辺領域、例えば救急医療、集中治療、ペインクリニック、緩和医療、無痛分娩対応、そして病院管理業務など、本来の周術期麻酔科診療以外での活躍の場が広がってきています。また、麻酔科は他診療科と比べ多様なライフスタイルへの対応を迫られることが多く、一部の麻酔科医に当直や夜間/休日緊急手術対応など負荷がかかっております。

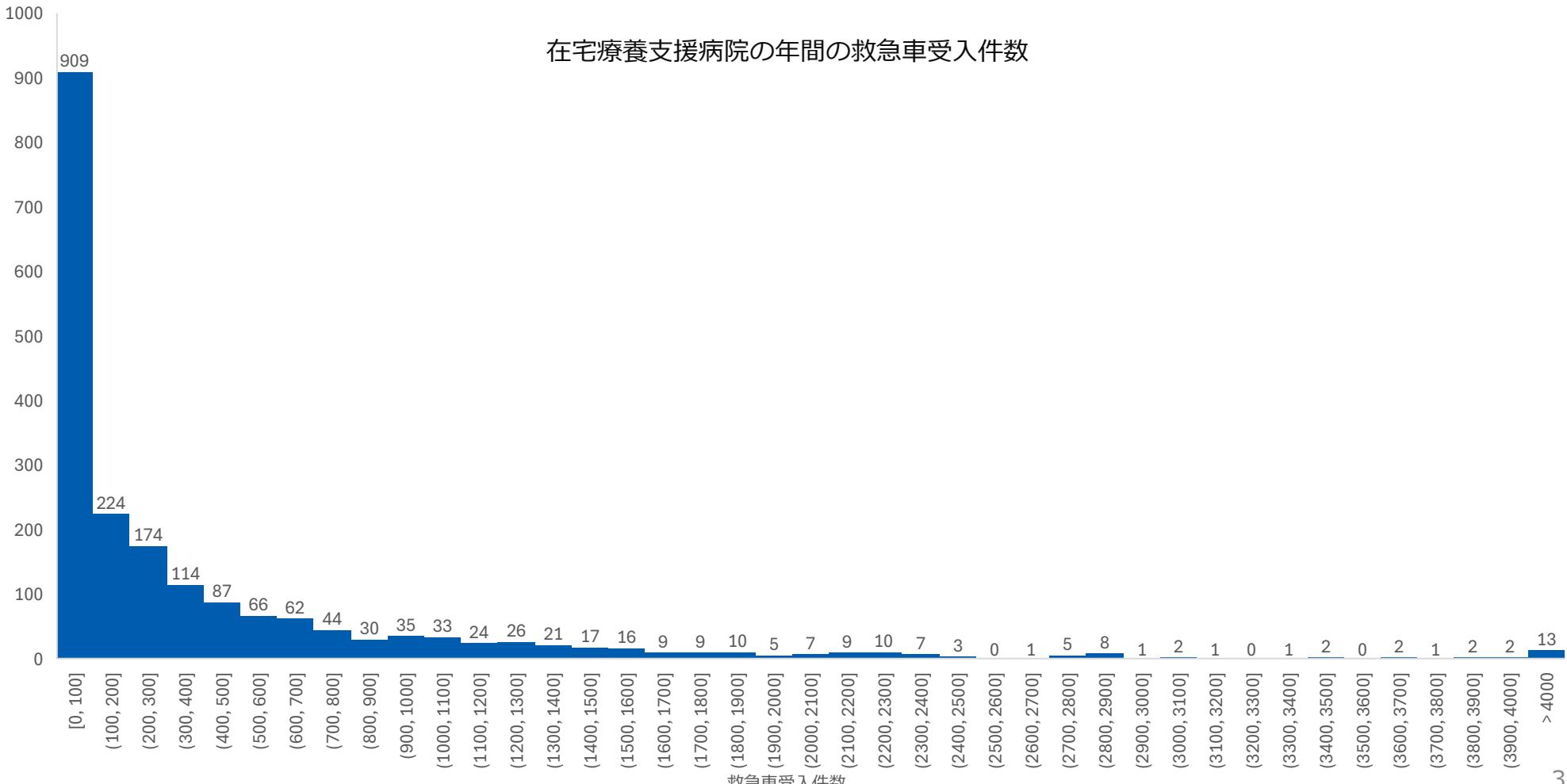
2024年度から、医療現場でも働き方改革が法的に導入され、多職種医療者へのタスク・シフト/シェアが推進されています。国民の周術期医療の安全性を担保しながら、麻酔科医の労働環境を改善することも重要な課題となっています。一方、本邦の超少子高齢化は深刻で、コロナ禍によりこの傾向が助長されることが危惧されます。総務省の報告では、2040年に日本の人口はピーク時より2000万人以上が減少し、高齢化率は35%以上、そして日本の50%の居住地域で人口が40%以上減少することが示されています。ヒューマンリソースが相対的に減少する中、増加する医療ニーズに対応するためには本邦の特徴でもある小規模の外科診療を縮小し、いわゆる急性期病院の集約化・再編を進めることが喫緊の課題であると感じております。急性期病院の集約化は麻酔科医師のマンパワーを効率的に最大限に活用するためにも極めて重要であると考えます。一方で集約化に伴い、起こりうる地域における医療アクセスも課題であり集約化と均てん化はバランスを持って進めることも重要と考えます。

急性期拠点機能の確保に係る考え方の整理（案）

- ・急性期拠点機能については、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものであり、どの医療機関が当該機能を担うかの協議にあたっては、救急搬送や全身麻酔手術等の医療資源を要する医療等の診療実績（件数や地域内のシェア）が基本となる。
- ・他方、単純に救急車の受入台数等で決定することは、複数の医療機関の中から急性期拠点機能を担う医療機関を検討する場合に、救急車の搬送件数が増加される懸念や新興感染症への対応等の政策医療を行わない医療機関が当該機能を担うことによる地域の医療提供体制への懸念がある。
- ・また、診療実績だけに着目すると急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合もある。2040年やその先を見据えると、急性期に係る診療実績は相対的に低くなるが、建物の建替が当面必要ないその他の医療機関が当該機能を担うことや、医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合にその他の医療機関が担うことも考えられる。
- ・このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含めて総合的に、地域で協議することとしてはどうか。

複数の医療機関機能を担う医療機関について

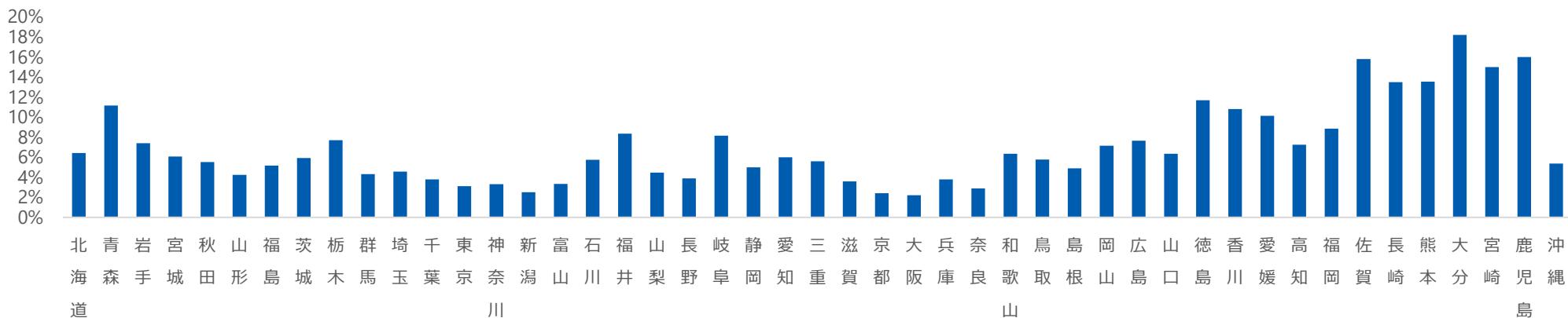
- 在宅療養支援病院として在宅医療に一定の役割を担っている医療機関について、年間の救急車受入件数は多くが100台未満である一方、年間4000台を超えるような医療機関もある。1つの医療機関が複数の医療機関機能を担う場合も想定される。



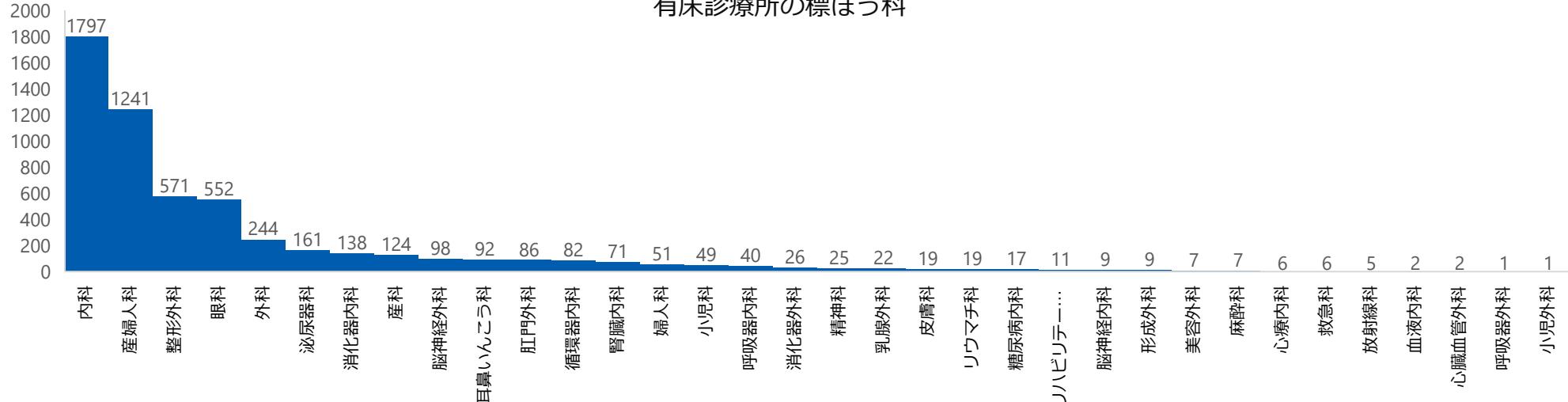
有床診療所が担っている医療

- 有床診療所について、全病床数のうち一定の割合を占めており、地域の医療資源に応じて、入院医療において一定の役割を果たしている。また、標ぼう科について見ると、内科に加え、産婦人科や整形外科など、様々な診療科において役割を担っている。

全病床（一般及び療養病床）に占める有床診療所の病床数の割合

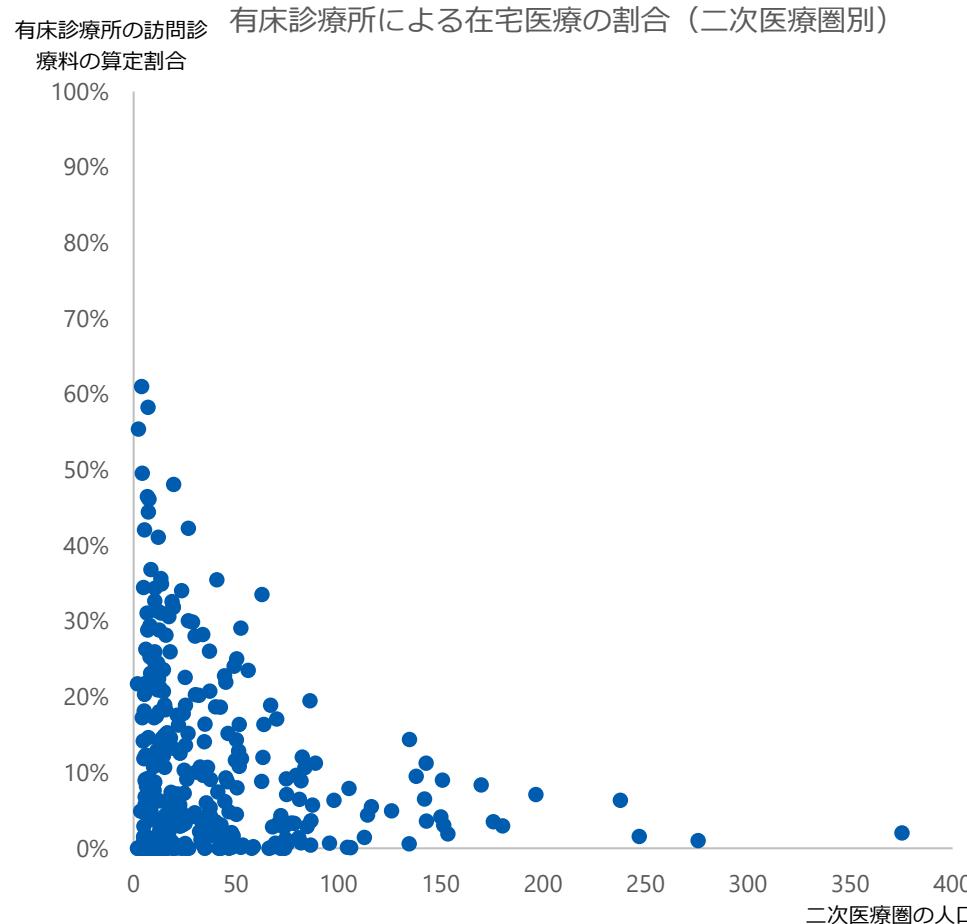


有床診療所の標ぼう科



有床診療所による在宅医療の提供について

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



有床診療所が担っている医療②

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

茨城県 常陸太田・ひたちなか医療圏（人口約35万人）



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

医療法人社団芳尚会吉成医院



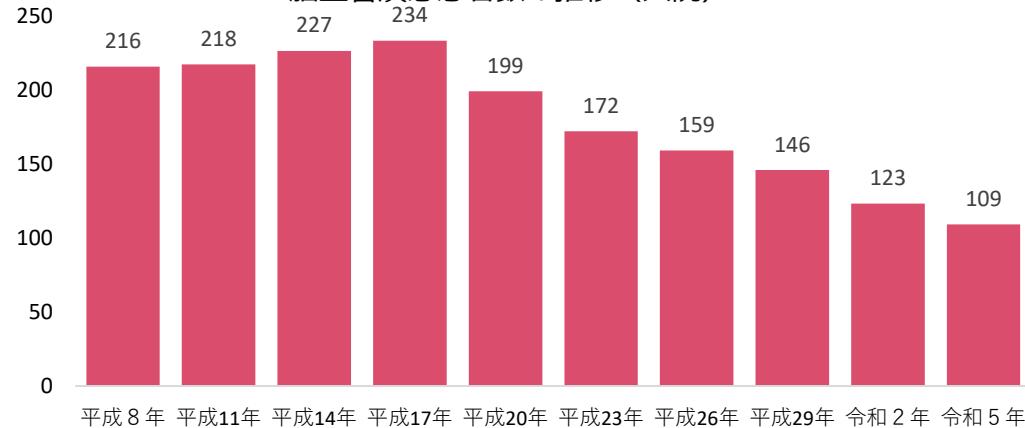
- 19床で職員59人（非常勤含む）の在宅療養支援診療所
- “無床診療所だった時期がありました。再び有床診療所とする決断をしたのは、吉成さんの表現で言えば、「地域密着型医療の包括期機能」を担う病棟を目指そうと考えたからです。”
- “高齢者の4大疾患の「脳卒中」「心不全」「肺炎」「腸閉塞」はいすれも特殊設備を要することなく地域で対応を完結できる疾患ですから、有床診療所を増やすなりするほうが、結局は効率がいいのです”

出典：2025年3月 厚生労働

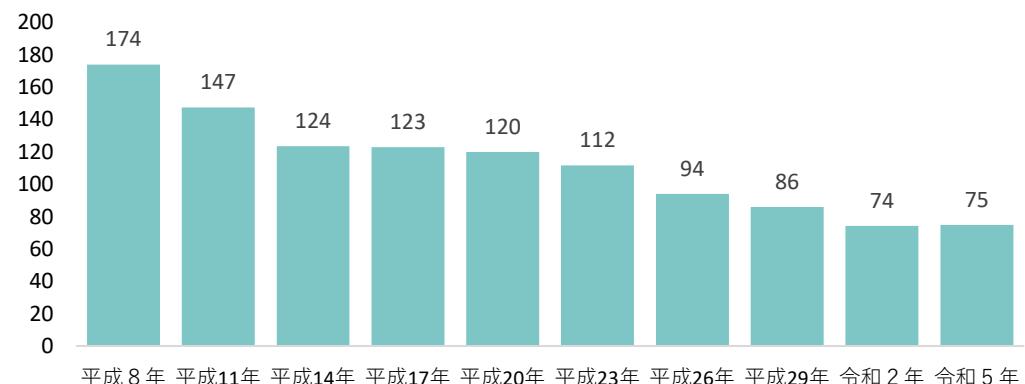
脳外科の専門病院

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

脳血管疾患患者数の推移（入院）



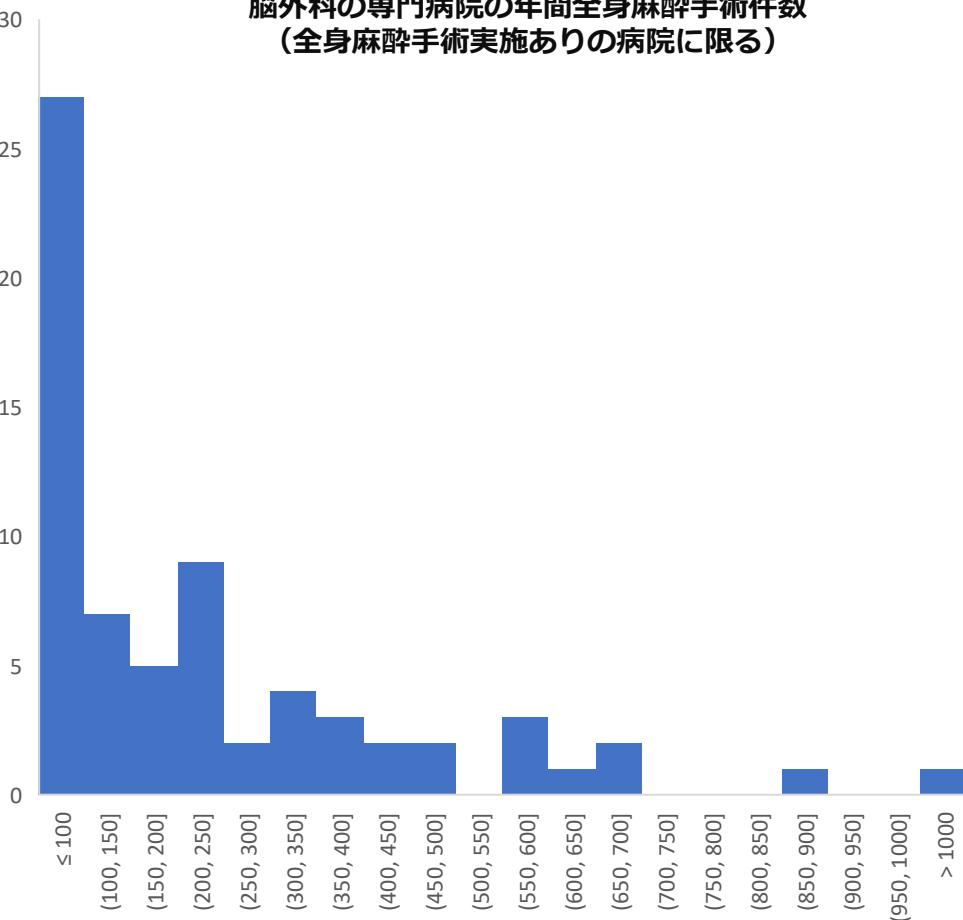
脳血管疾患患者数の推移（外来）



資料出所：患者調査

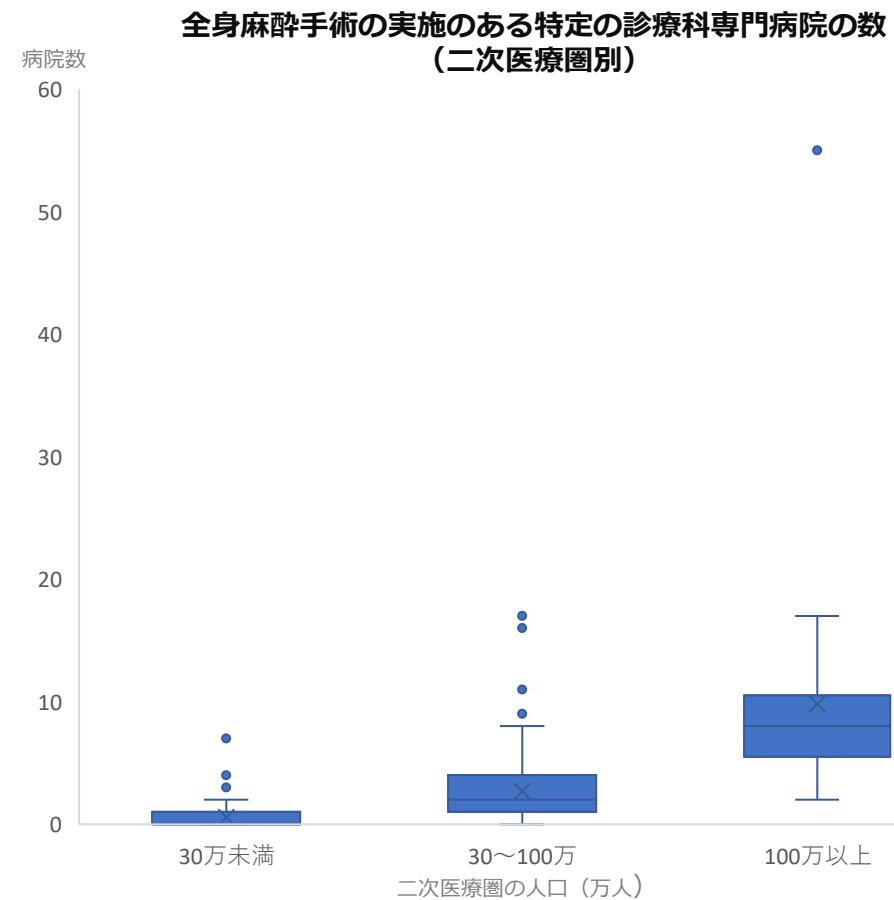
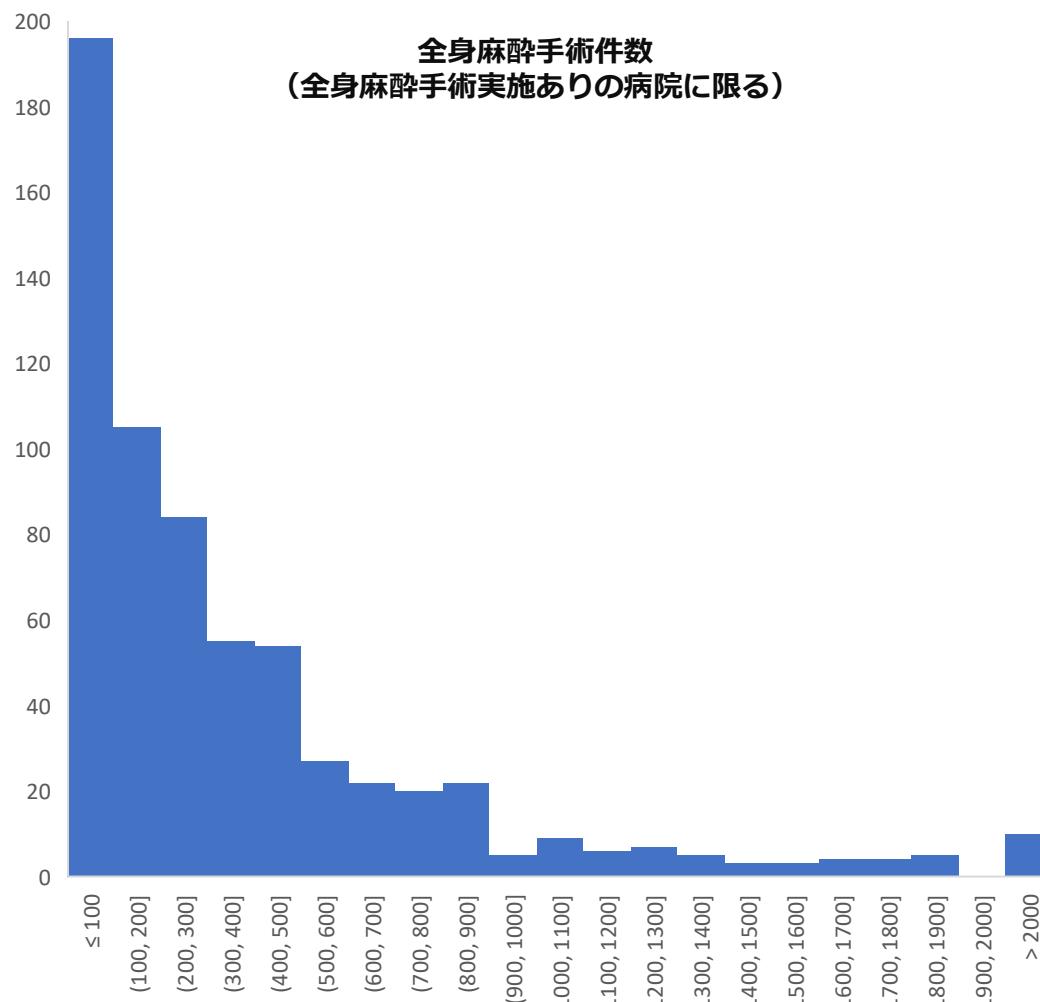
（※）データ提出加算算定病院を対象に、各病院のMDCの診断群毎に患者数を把握し、各病院の脳血管疾患に関する診断群の患者の割合が全体の50%を超える病院を、「単科専門病院」として定義

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



特定の診療科専門病院について

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



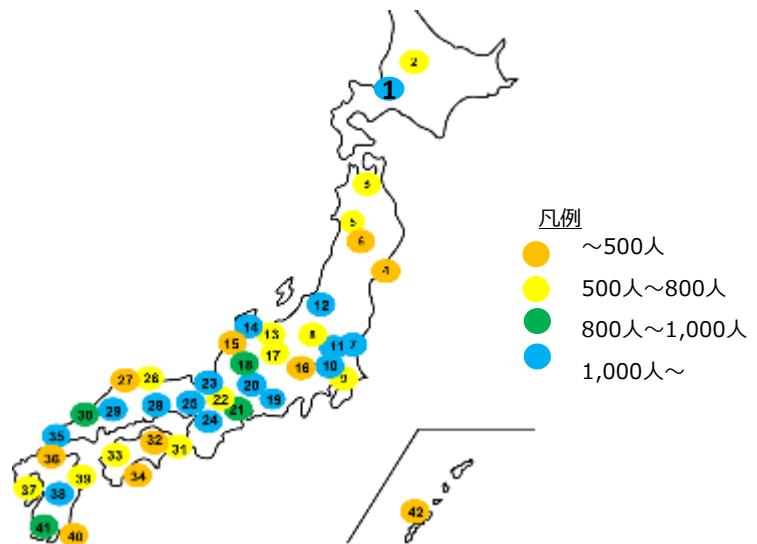
（※）データ提出加算算定病院を対象に、各病院のMDCの診断群毎に患者数を把握し、各病院のいずれかの診断群の患者の割合が全体の50%を超える病院を、「単科専門病院」として定義

大学病院による医師の派遣機能

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

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

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



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

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

私立大学からの常勤医師派遣状況

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



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

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

＜基礎的基準＞ 地域医療への人的協力（医師）

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

大学病院本院からの医師の派遣について

- 手術等の医療資源を多く必要とする医療について症例数の減少が見込まれる中、症例や診療体制の集約による医療従事者の働き方の確保や医療の質の担保に向けた術者の症例数の確保等の観点から、急性期拠点機能を有する医療機関には、外科医や麻酔科医等についての人的協力が行われることが見込まれる。

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

新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング

設置趣旨

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

委員

新潟大学医学部	医学部長
新潟大学医歯学総合病院	病院長
新潟県医師会	副会長
新潟県病院協会	理事長
新潟県厚生連	理事長
新潟県市長会	佐渡市長
新潟県町村会	阿賀町長
新潟県病院局	局長

◎委員長
佐藤 昇
菊地利明
上田昌博
本間 照
塙田芳久
渡辺竜五
神田一秋
金井健一
※R7.8.4現在

(参考)R7スケジュール

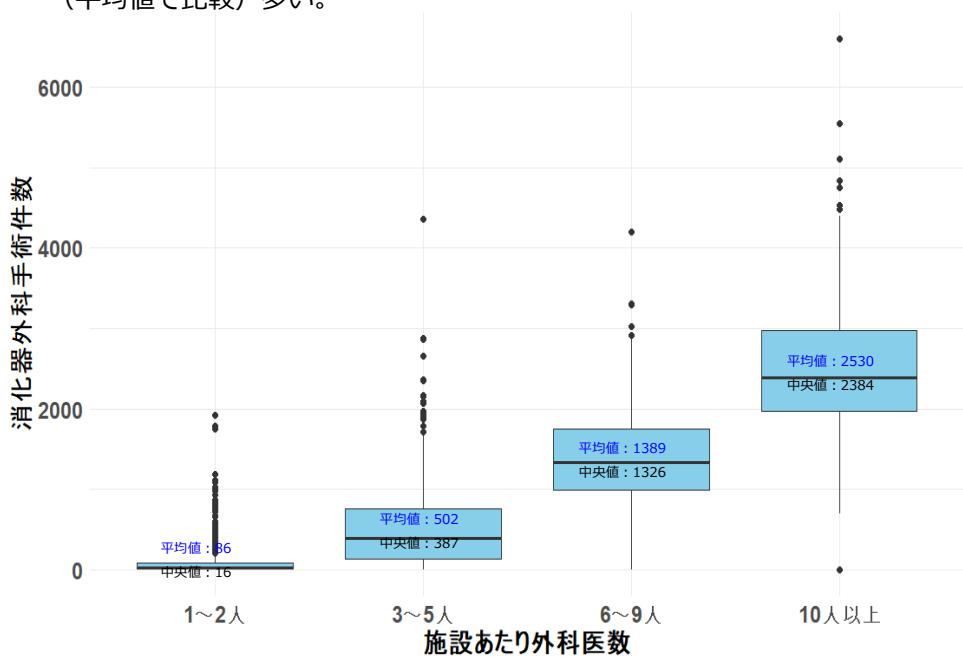
第1回会議（令和7年8月4日）
○議題：配置方針等について
【地域医療支援センター】
下記の状況を総合的に判断し、配置原案を作成
○県修学生配置参考項目
○地域・医療圏のニーズ
○県修学生の要望
○大学医局の意見

第2回会議（令和8年1月下旬）
○議題：県修学生配置案等

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

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

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



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

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

出典：令和6年DPCデータ、令和4年医師統計

大学に対する医師派遣要請の取組（茨城県）

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

前回までの論点⑤ 令和5年度医師派遣要請リスト

区分	二次保健医療施設名	医療機関名	内科	(単位:名)												
				呼吸器 内科	循環器 内科	消化器 内科	神経 内科	血液 内科	小児科	呼吸器 外科	循環器 外科	整形 外科	麻酔科	救命科	集中 治療科	アカデ ミック
多数	つくば	筑波学園病院		2.0								1.0			2.0	
		筑波記念病院													1.0	
		筑波第一病院													1.0	
多数	水戸	水戸済生会総合病院										1.0			1.0	
		水戸循環器病院		1.0		1.0									1.0	
		県立中央病院		1.0		1.0									2.0	
少數	土浦	水戸医療センター		1.0					1.0						2.0	
		土浦循環器病院													2.0	
		土浦第一病院	1.0												1.0	
少數	鉾子・電ヶ崎	電ヶ崎済生会病院		1.0											1.0	
		JLA第一総合医療センター													1.0	
		総合守谷第一病院				1.0									1.0	
少數	鹿行	鹿行済生会病院										1.0			2.0	
		小山記念病院							1.0			1.0			2.0	
		小山済生会病院				1.0									1.0	
少數	吉井・坂東	茨城吉井医療センター	1.0					1.0		1.0					4.0	
		つるみ循環器病院							1.0						1.0	
		坂東病院										1.0			2.0	
少數	筑波・下妻	筑波県立病院										1.0			1.0	
		筑波県立病院										2.0			2.0	
		ひたちなか総合病院										1.0			1.0	
少數	県立	ひたちなか総合病院													1.0	
		県立東茨城病院													1.0	
		県立総合病院		1.0											1.0	
少數	県立	県立総合病院		1.0											1.0	
		北茨城市民病院	2.2						2.0						0.4	3.4
		計	3.2	2.0	6.0	3.0	2.0	2.0	1.0	2.0	3.0	2.0	5.0	4.0	1.0	36.6

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

令和5年度 医師派遣要請結果

○ 令和5年度医師派遣要請の結果について

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

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

※ 5大学のうち、各病院が希望する大学へ要請

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

医師配置についての県と大学病院本院等での連携・検討体制の例（新潟県）

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

新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング

設置趣旨

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

委員

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

※R7.8.4現在

(参考)R7スケジュール

第1回会議（令和7年8月4日）

- 議題：配置方針等について

【地域医療支援センター】

- 下記の状況を総合的に判断し、配置原案を作成
- 県修学生配置参考項目
- 地域・医療圏のニーズ
- 県修学生の要望
- 大学医局の意見

第2回会議（令和8年1月下旬）

- 議題：県修学生配置案等

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

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

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

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

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

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

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

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

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

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

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

医療機関機能について（案）

改定後の医療法

第三十条の十三

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

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（3）医療機関機能・病床機能

② 医療機関機能報告

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

論点

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

医療機関機能について（案）

論点

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

医療機関の担う様々な役割と医療機関機能との関係について（イメージ）

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

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

4. 地域医療構想調整会議のあり方について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

調整会議における患者・住民意見の反映等について

地域医療構想策定ガイドライン（抜粋）

I 地域医療構想の策定

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

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

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

II 地域医療構想策定後の取組

4. 地域医療構想の実現に向けた P D C A

（4）住民への公表

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

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

医療法の規定

第30条の14 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適當と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

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

地域医療構想調整会議の協議事項

【個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応】

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

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

〔具体的対応方針のとりまとめには、以下の内容を含むこと。
① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
② 2025年に持つべき医療機能ごとの病床数〕

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

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

○ 上記以外の医療機関は、遅くとも平成30年度末までに協議すること。

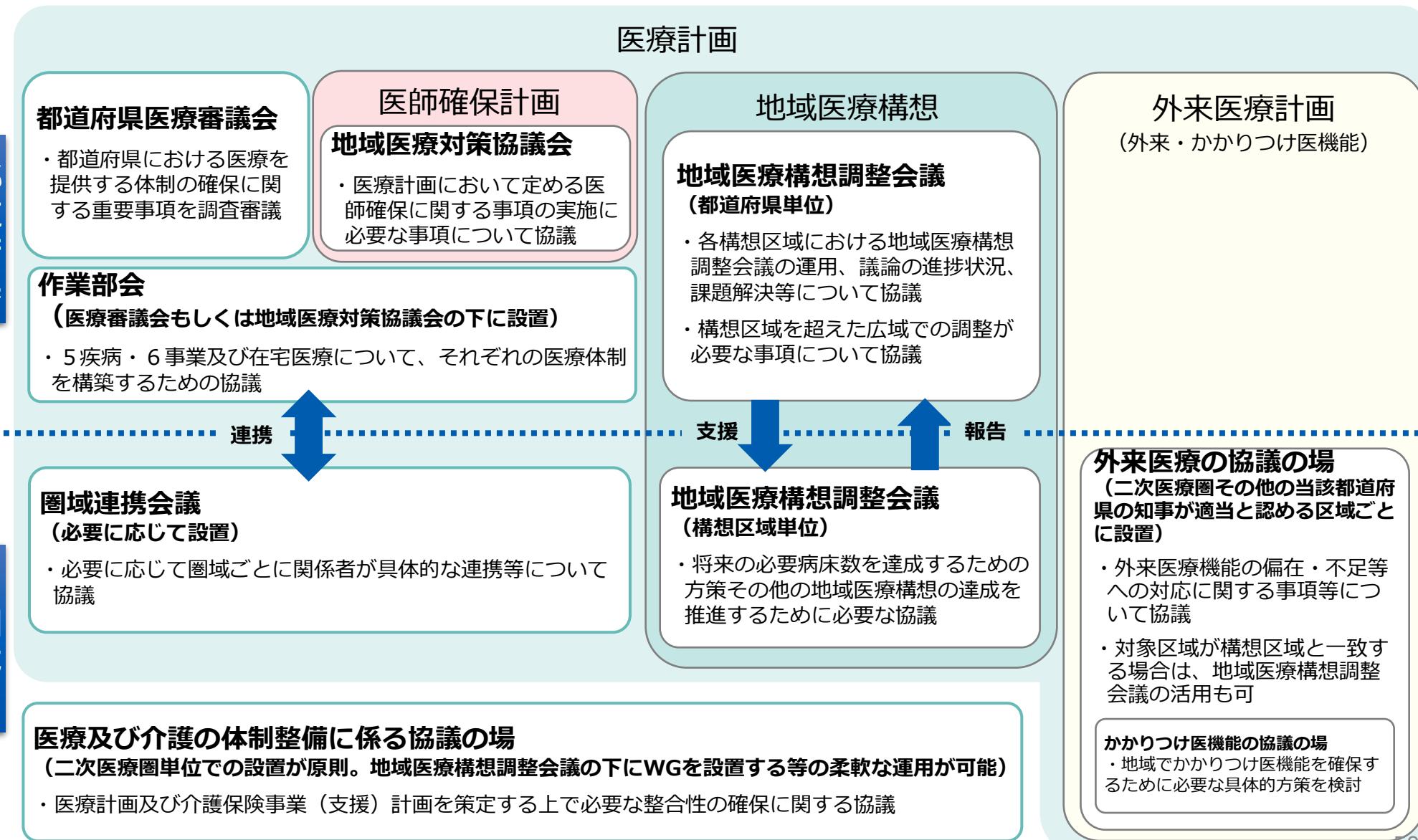
【その他】

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

地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

都道府県

圏域



地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

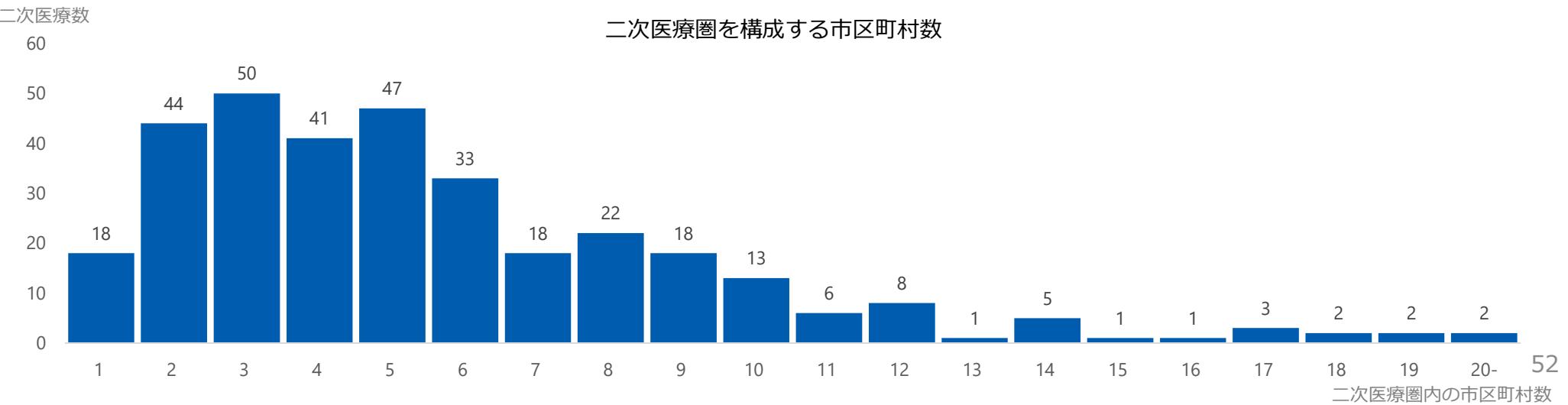
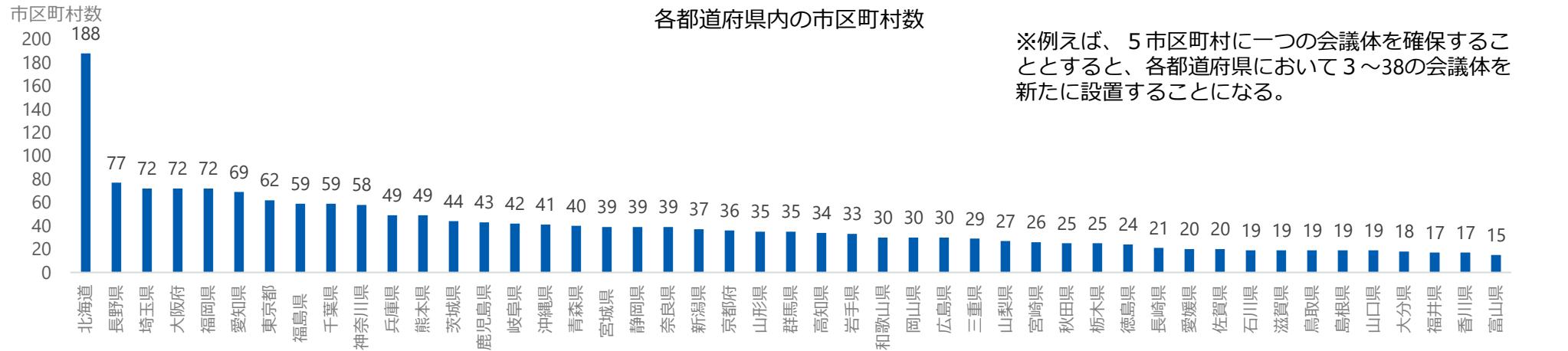
	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想の進め方 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供の方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進 	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供の方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進 	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

市区町村数について

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



介護との連携について（案）

- 患者像の重複しうる在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部の提供体制の検討にあたっては、それぞれの提供実態等のデータを踏まえてそのあり方の検討が必要。療養病床は構想区域、二次医療圏単位で確保を検討されるものであることや、小さな単位での検討の場を多数作ることは、運営上の課題が懸念されることを踏まえると、構想区域単位等の範囲で都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者等が将来の提供について検討することとし、圏域内において提供体制について特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、具体的に検討することとしてはどうか。
- 検討にあたっては、療養病床の病床数、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等をあわせて検討することが考えられる。こうしたデータについて、都道府県で把握しているもの、データとして公開されているものだけでは、在宅医療の提供実態の把握に課題がある場合があるので、必要なデータについては国が都道府県に提供することとし、そのために必要なデータについては国で把握すること等の対応を検討してはどうか。
- 医療と介護との連携は、協力医療機関と介護保険施設・高齢者施設等の間のみならず、急性期医療を担っている病院を中心とした連携など、様々な類型が考えられる。救急搬送について、今後、85歳以上の高齢者の増加に伴い、更に件数が増加することが見込まれる中、効率的かつ持続可能な救急の維持のため、可能な限り日中の時間に外来を受診する等の取組も重要となる。そういう前提のもと、介護保険施設の協力医療機関としての役割については、例えば、介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく等の地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められる。
- 具体的な事項については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループで検討することとしてはどうか。なお、その際、介護との連携については、関係者が連携の参考とできるよう、知見を集積し共有できるようにすることとしてはどうか。

住民の参加の例

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

調整会議への住民参加の例

つくば地域医療構想調整会議 委員名簿

区分		委員名	備考
医療関係団体	医師会	役職名	
	つくば市医師会長		
	茨城県きぬ医師会長		
	つくば地区歯科医師会長		
	つくば薬剤師会会长		
	看護協会つくば地区理事		
保険者		水海道さくら病院長	
福祉関係団体		カスミ健康保険組合	
介護事業者		つくば市社会福祉協議会 副会長	
住民代表		つくば特別養護老人ホーム連絡会 会長	
市町村		つくば市会連合会 副会長	
基幹病院等		つくば市長	
学識経験者	つくばみらい市長		
	常総市長		
	筑波大学附属病院長		
	筑波メディカルセンター病院長		
	筑波学園病院病院長		
	水海道西部病院病院長		
	つくば双愛病院病院長		
	いちはら病院病院長		
	医療法人社団筑波記念会理事長(筑波記念病院)		
	医療法人社団恵仁会理事長(筑波中央病院)		
消防		なないろレディースクリニック院長	
保健所		つくば市消防本部消防長	
		つくば保健所長	

住民に向けた地域医療構想に関する講演の例

令和6年度市民公開講座

上手な 病院・診療所のかかり方 ～五泉市・阿賀町の地域医療について～

11/30 土

開場13:30

14:00-16:00

入場無料

会場

メイン会場



こちらから動画を
視聴できます。

ラボルテ五泉 多目的ホール

サテライト会場 メイン会場の様子を視聴

阿賀町役場 多目的ホール

※サテライト会場のみ要予約

申込先：阿賀町こども・健康推進課

0254-92-5762

第1部 講演会



「新潟県地域医療構想について」

講師 新潟県福祉保健部副部長

第2部 パネルディスカッション

【パネリスト】

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

【コーディネーター】 (敬称略)

新潟県福祉保健部副部長 (敬称略)

主催 五泉市東蒲原郡医師会在宅医療推進センター／五泉市在宅医療・介護ネットワークの会

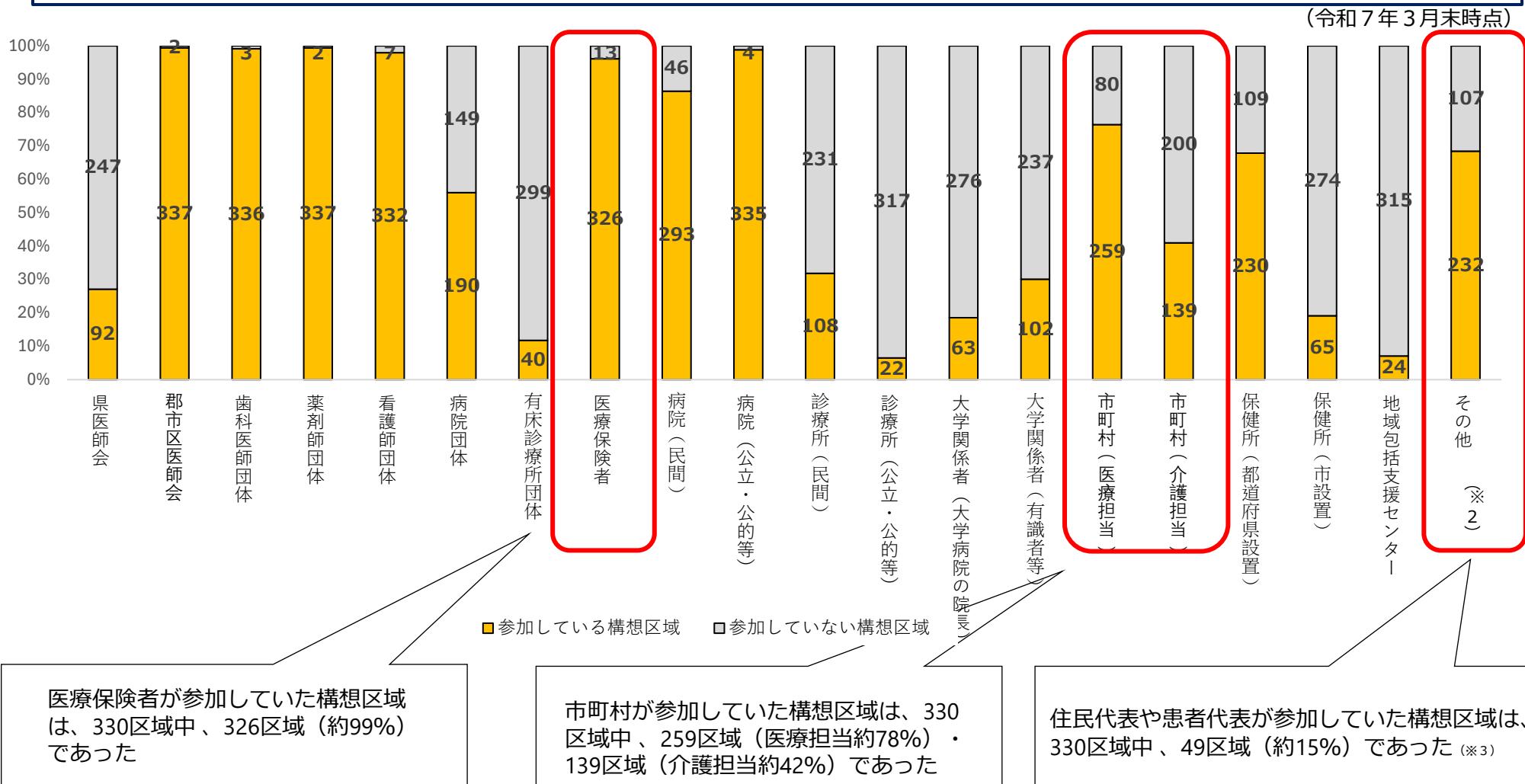
共催 新潟県新潟地域振興局健康福祉部 五泉市 阿賀町

お問い合わせ 一般社団法人五泉市東蒲原郡医師会

地域医療構想調整会議（構想区域単位）の構成員の状況

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

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



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

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

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

地域医療構想調整会議のあり方について（案）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（3）医療機関機能・病床機能

⑤ 調整会議

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

（6）国・都道府県・市町村の役割

③ 市町村

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

論点

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

新たな地域医療構想における検討事項と協議の場（案）

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

	具体的な検討事項	主な既存の協議体
全体的な事項・広域的な連携に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制についての都道府県の方針、大学病院との連携に関する事項等 	<ul style="list-style-type: none"> 医療審議会 都道府県単位の地域医療構想調整会議
構想区域の見直し、地域ごとの医療機関機能、病床機能に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想調整会議
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供の方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） 	<ul style="list-style-type: none"> 外来医療の協議の場、かかりつけ医の協議の場 (二次医療圏その他の当該都道府県知事が適当と認める区域)
在宅医療、介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携 不足する医療提供の方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	<ul style="list-style-type: none"> 作業部会 医療及び介護の体制整備に係る協議の場 (二次医療圏※) <p>※二次医療圏と老人福祉圏域が一致していない場合や二次医療圏単位での開催が適当でない場合は、都道府県が適当と認める区域</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進事業に関する協議の場（市町村、都道府県）
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） <p>※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療対策協議会等の各職種の確保対策に係る協議体（都道府県）

調整会議に参加する関係者の役割について（案）

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

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

5. 精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について（報告）

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

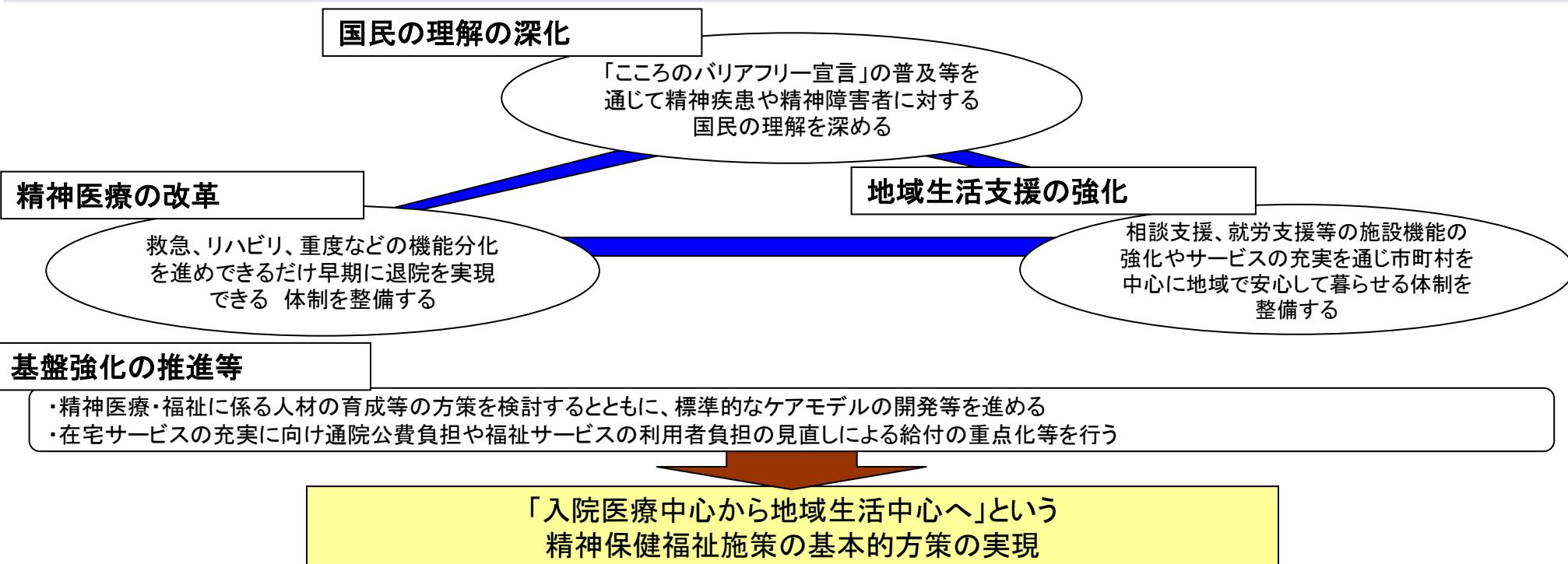
- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

近年の精神保健医療福祉の経緯①

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

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

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

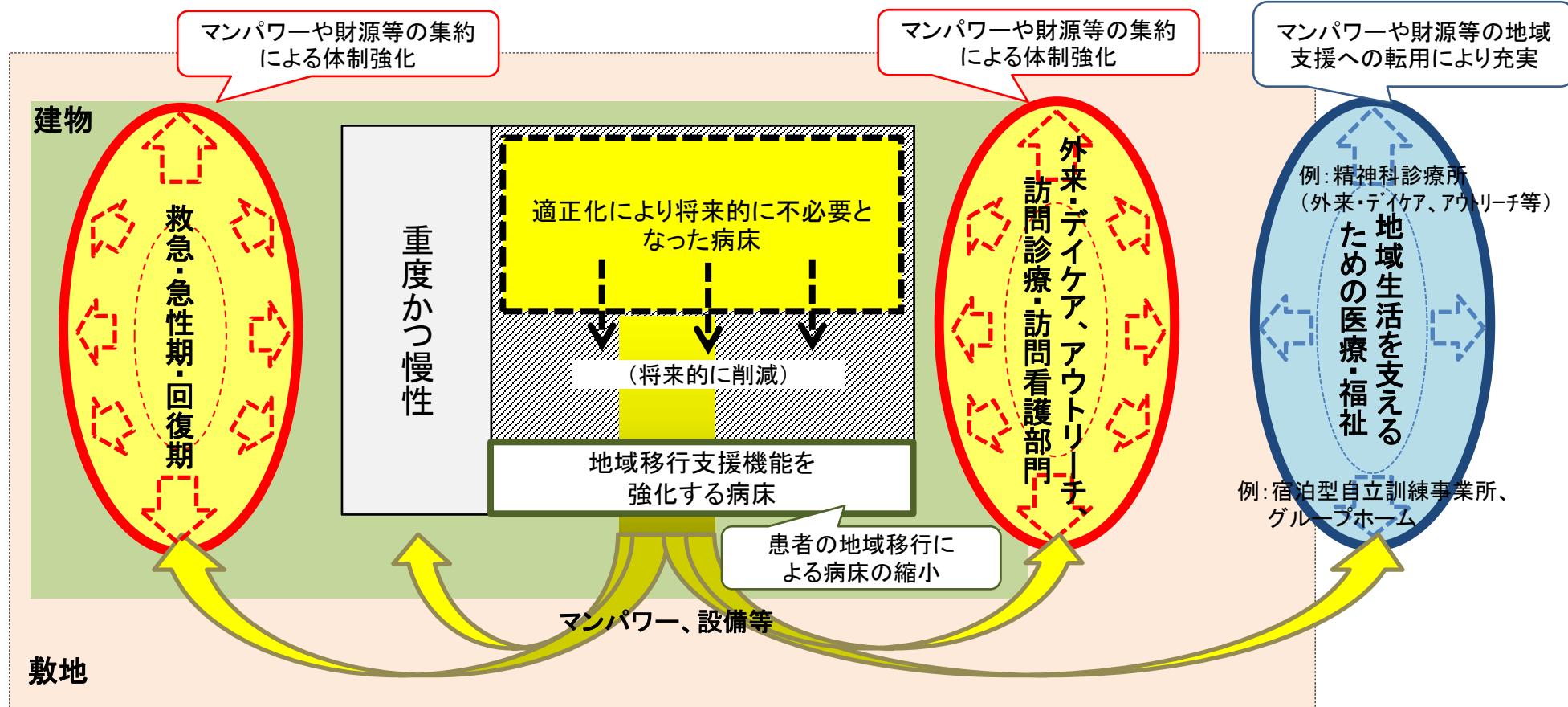


※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

近年の精神保健医療福祉の経緯②

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

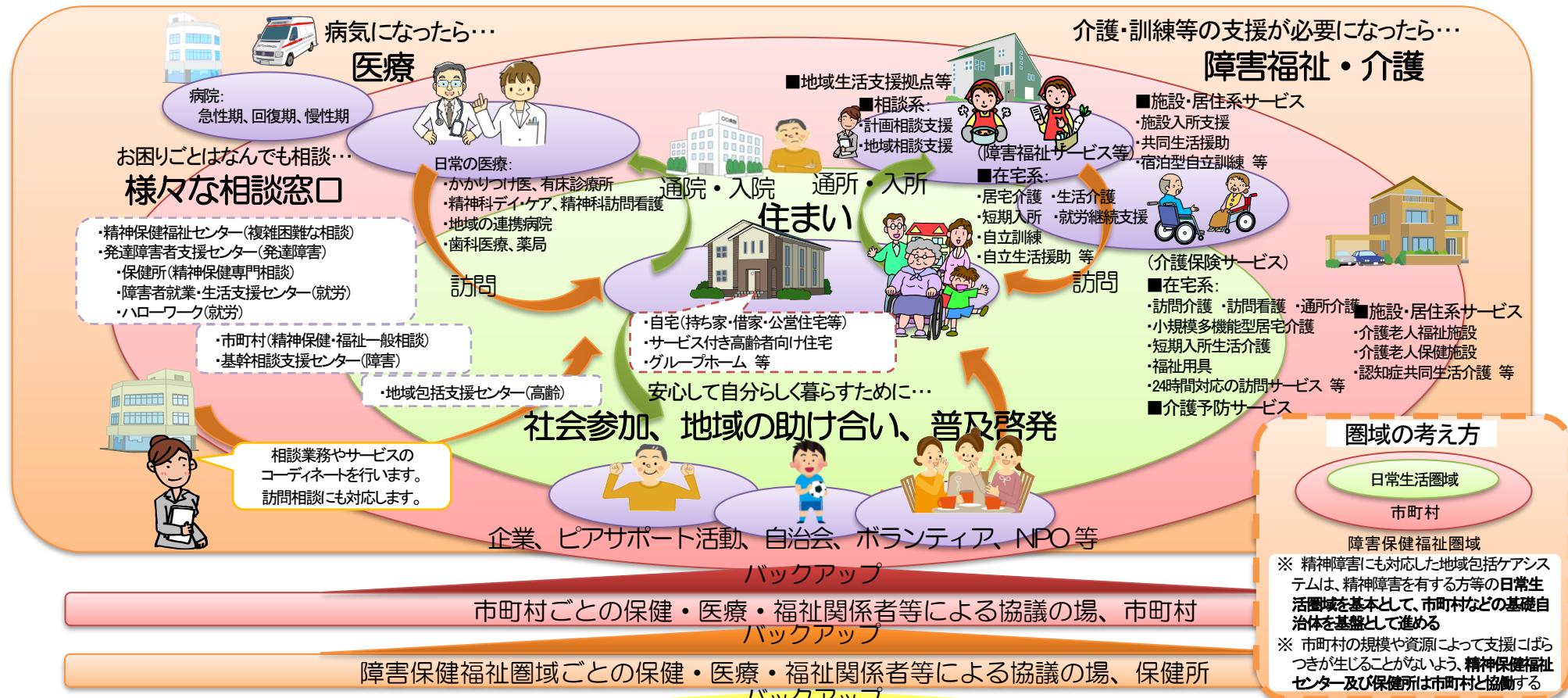
構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



近年の精神保健医療福祉の経緯③

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

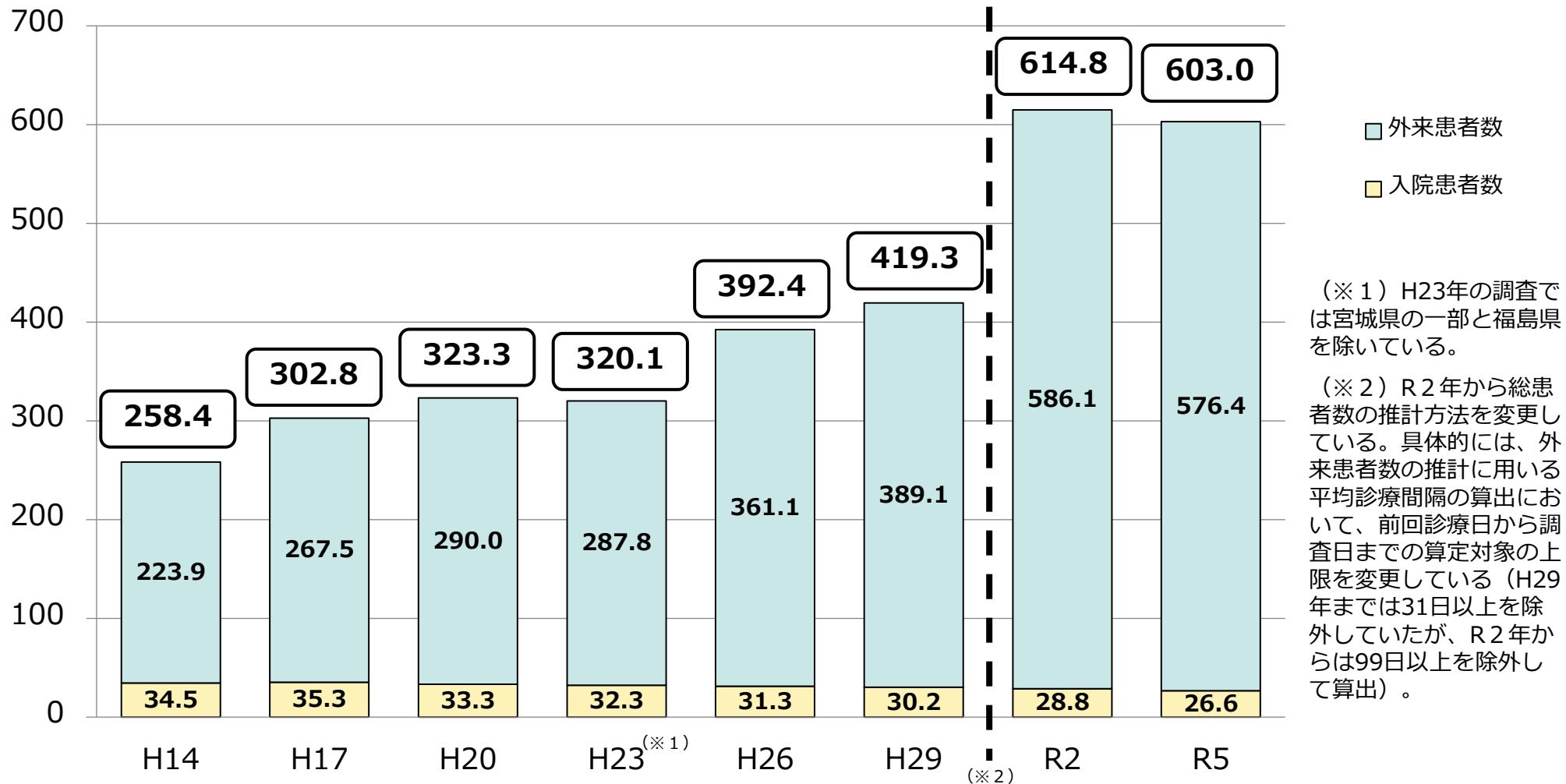
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



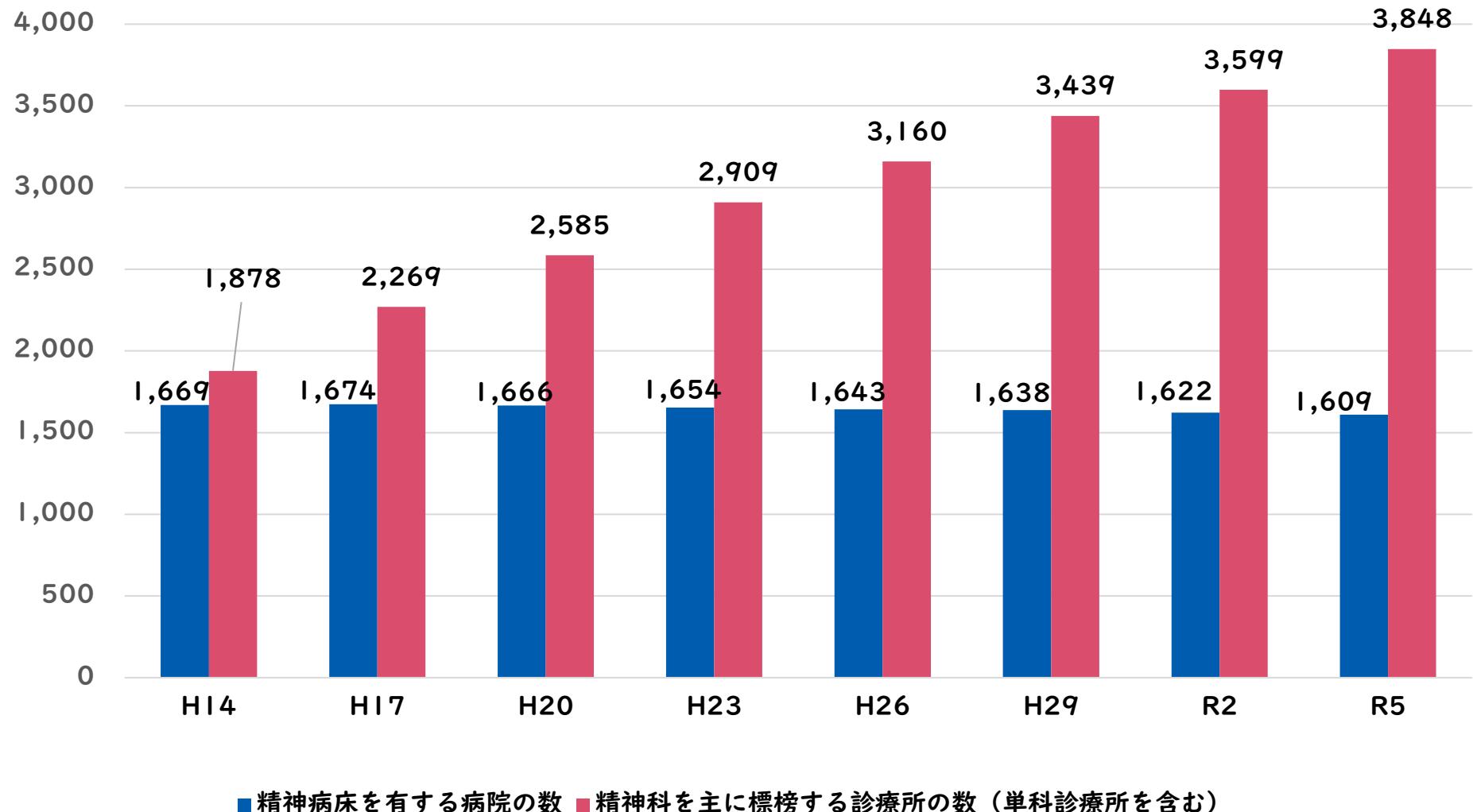
精神疾患を有する総患者数の推移

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

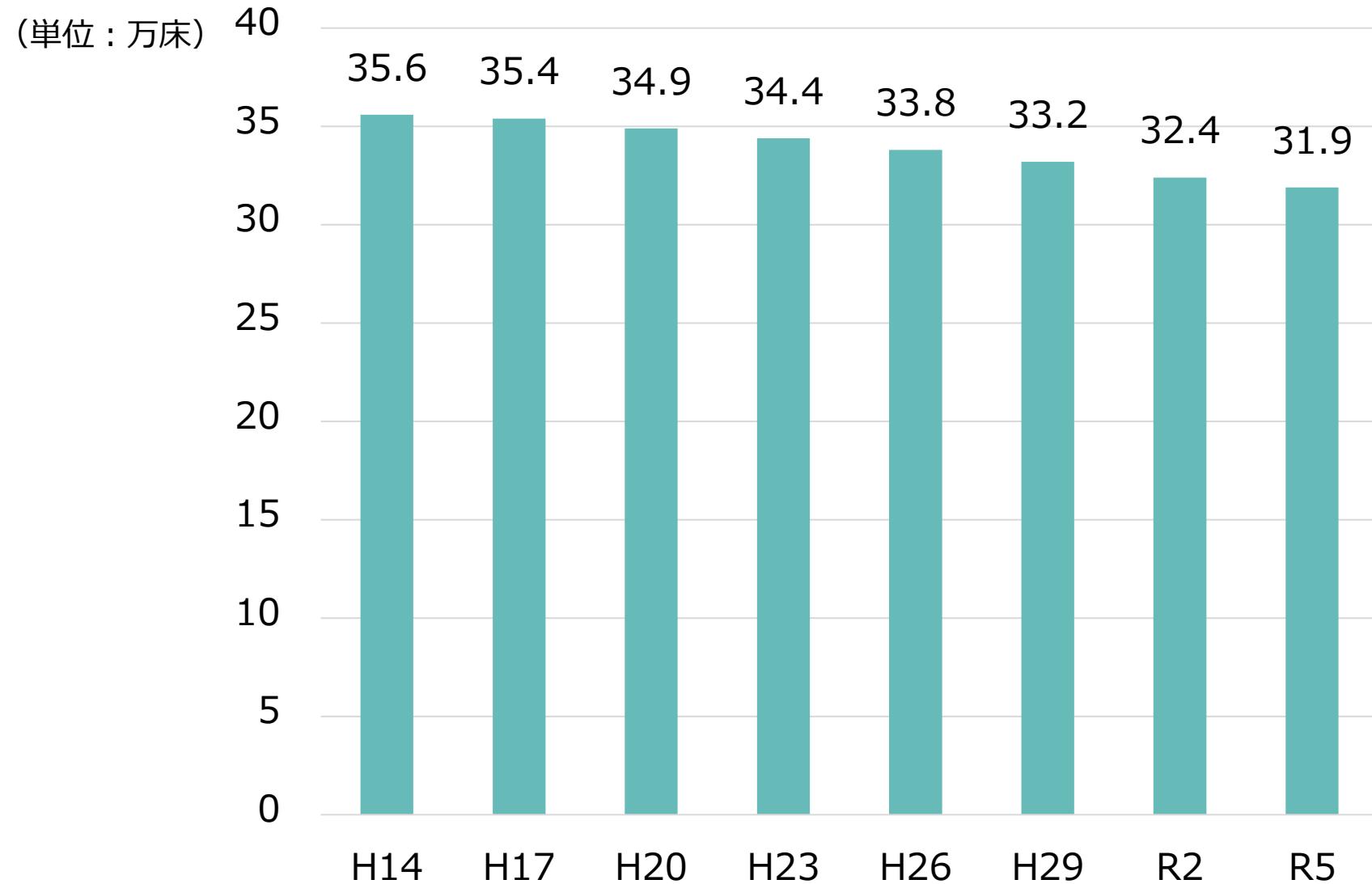
（単位：万人）



精神病床を有する病院数と精神科を主に標榜する診療所数



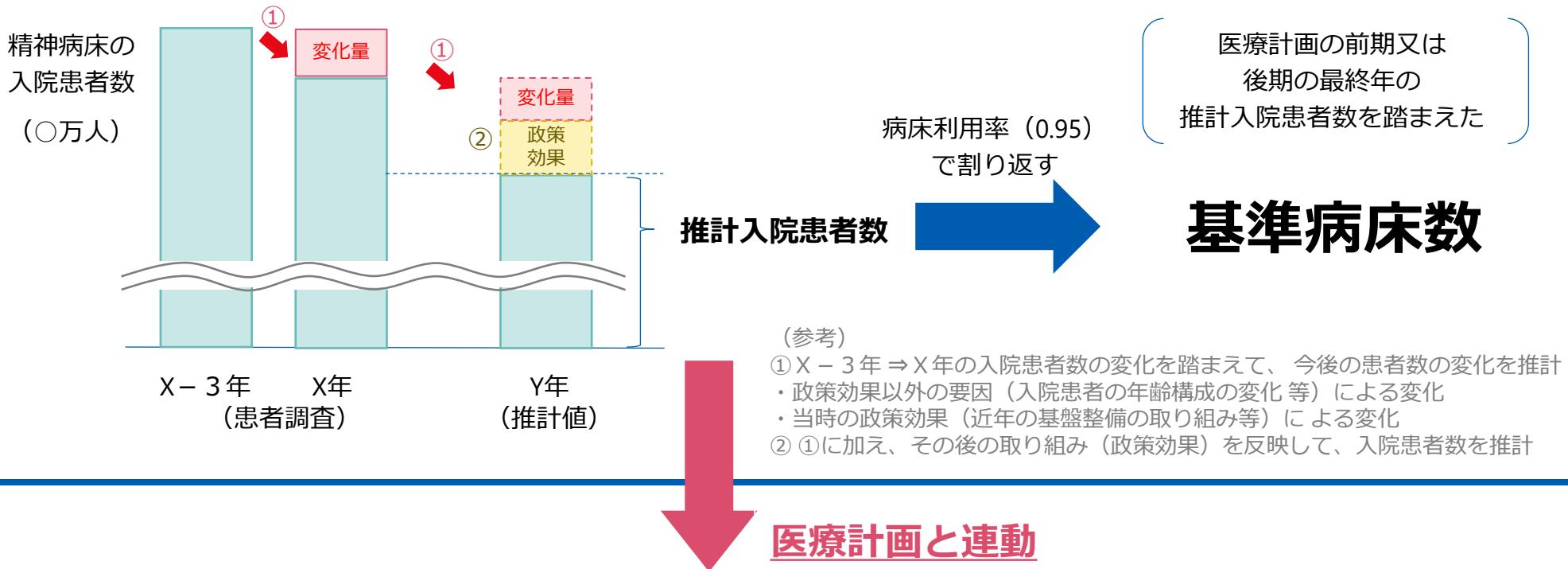
精神病床数の推移



資料：厚生労働省「医療施設調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

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

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



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

改正の趣旨

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

改正の概要

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。

- ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

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

都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うこととするとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在は正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることとする。

保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。

政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。

政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。

また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

(その他)

・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方にについて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な待遇の確保について、その待遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

施行期日

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

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

精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について

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

＜精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ＞

○主な検討事項

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

○構成員

- 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者 等

○検討スケジュール

2026年（令和8年）春 WGにおいて議論
年度内を目途にとりまとめ

※ ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。