

新たな地域医療構想について

令和 8 年度第 1 回地域医療構想部会
山形県健康福祉部医療政策課
2026/9/14

<目次>

1. これまでの地域医療構想の評価と課題・・・・・・・・ P2
2. 2040年頃を見据えた新たな地域医療構想・・・・・・・・ P5
3. 新たな地域医療構想の策定スケジュール・検討体制・・・・ P11
4. 協議(現状・課題把握)のための関係データ・・・・・・・・ P17
5. 構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点・・・・・・・・ P22
6. 人材確保にあたっての論点・・・・・・・・ P59
7. 構想部会のスケジュール、各地域調整会議での協議事項(案)・・・・ P63
8. 外来医療計画、かかりつけ医機能の協議について・・・・ P65

これまでの地域医療構想の評価と課題

- 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、医療機関の自主的な報告等を踏まえ、地域の関係者との協議を行い地域の実情に応じて、都道府県が策定するもの。現行構想は団塊の世代が後期高齢者となる2025年を見据え、平成28年9月に策定。
- 医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、これまで、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ医機能の充実等の取組を進めてきた。

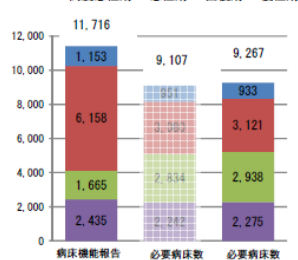
山形県地域医療構想の概要について

- 団塊の世代が75才以上の後期高齢者となり、医療や介護に大きなニーズが見込まれる2025年を見据えて、平成26年6月に「医療介護総合確保推進法」が成立。
- 都道府県は、将来の医療需要と必要病床数を示すとともに、目指すべき医療提供体制を実現するための施策を内容とする「地域医療構想」を策定することとなった。
- 構想策定後は、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設け、関係者間の連携を図りながら、構想の達成を推進するために必要な協議を行い構想の実現に向けた取組を進める。

1 本県における地域医療構想

① 病床の必要量（単位：床）

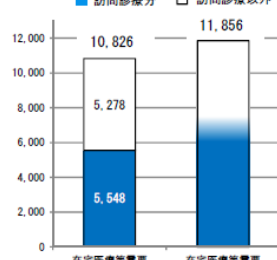
■高度急性期 ■急性期 ■回復期 ■慢性期



※「病床機能報告」の内訳については、「仕様書」があるため合計と一致しない。

② 在宅医療等需要（単位：人／日）

■訪問診療 ■訪問診療以外



※2025年については、在宅医療等の受入体制の状況により内訳が変化するため全体数のみを示す。

現状と課題

- 急性期病床が過剰、回復期病床が不足している。
- 非診療病床や稼働率が低い病床、在宅療養が可能な患者の入院が見られる。
- 後期高齢者人口の増加に伴う在宅医療等需要の増加に対し受入体制が不十分である。
- 訪問看護や看取りなど在宅医療に対する県民の理解が不足している。
- 県内の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等が不足している。

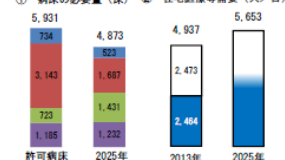
課題解決のための施策

- 病床機能の分化・連携
 - 急性期病床から回復期病床等への機能転換
 - 専門性や難易度が高い治療の集約化と広域連携による病床規模の適正化
 - 「地域医療連携推進法人」の活用も含めた病院等の病床機能間の連携
- 在宅医療の拡充
 - 自宅以外でも医療・介護が受けられる多様な居住環境の整備や居宅サービスの充実
 - 医療・介護従事者、住民などへの在宅医療に関する理解の促進
- 人材の確保・育成
 - 山形方式・医師及び看護師等生涯サポートプログラムに基づく人材確保・育成
 - 山大と連携した新たな専門医制度への対応

2 構想区域における地域医療構想（第6次山形県保健医療計画における二次保健医療圏）

村山構想区域

① 病床の必要量（床） ② 在宅医療等需要（人／日）

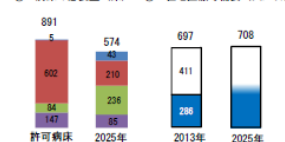


【主な課題と施策】

- 三次医療機関を中心に、特に高度な医療等については、区域内及び最上・置賜構想区域との連携体制を構築する。
- 西村山・北村山地域においては、施設の老朽化により建替時期の迫っている病院があり、それぞれの地域における基幹病院では、診療機能を地域に必要なものに重点化を図ったうえで、病床規模の適正化を進めるとともに、非診療病床や病床利用率の低い病床を有する病院においては、回復期病床への転換と病床規模の適正化を進める。
- 在宅医療等需要が大幅に増加することから、在宅医療に取り組む医師・介護事業所数を拡大する。

最上構想区域

① 病床の必要量（床） ② 在宅医療等需要（人／日）

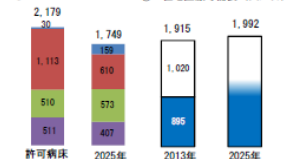


【主な課題と施策】

- 県立新庄病院の改築整備に際して、区域内の病院・診療所との連携及び機能分担や二次医療圏を越えた広域的な連携体制の構築について、病床規模を含め検討する。
- 非診療病床や病床利用率の低い病床を有する急性期機能を担う病院においては、地域に必要な診療機能を重点化を図るとともに、病床規模の適正化を推進する。
- 訪問看護の対象エリアが広いため、病院及び訪問看護事業所間の連携やサテライトの設置などを検討し、訪問看護体制を強化する。

置賜構想区域

① 病床の必要量（床） ② 在宅医療等需要（人／日）

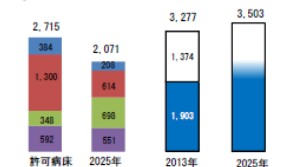


【主な課題と施策】

- 米沢市、東置賜・西置賜地域それぞれに建替時期の迫っている病院が多く、それぞれの地域において、基幹病院等を中心に急性期機能を病床を集約し、基幹病院以外の二次医療機関を中心に回復期機能の病床を確保していく。
- 非診療病床や病床利用率の低い病床を有する急性期機能を担う病院においては、地域に必要な診療機能を重点化を図るとともに、病床規模の適正化を推進する。
- 訪問看護事業所の多くが小規模であることから、夜間・小児・精神疾患などへのサービス拡充に向け、病院及び訪問看護事業所間の連携強化を図る。

庄内構想区域

① 病床の必要量（床） ② 在宅医療等需要（人／日）



【主な課題と施策】

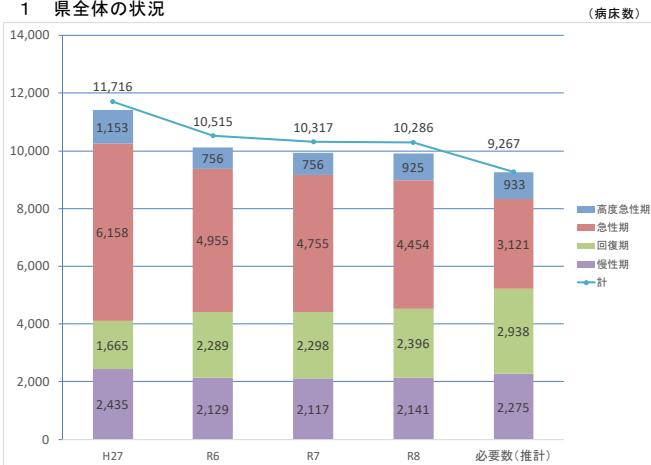
- 北庄内・南庄内地域のそれぞれの基幹病院を中心に急性期機能を集約化し、一部の特に高度な医療を除き区域内で完結できるよう役割分担や連携体制を構築する。
- 非診療病床や病床利用率の低い病床を有する急性期機能を担う病院においては、地域に必要な診療機能を重点化を図るとともに、病床規模の適正化を推進する。
- 在宅医療等需要が増加することから、地域医療情報ネットワークの参加施設の拡大を図り連携を強化するとともに、在宅医療に取り組む医師・介護事業所数を拡大する。

これまでの地域医療構想の評価と課題

- 本県における病床機能報告上の病床数について、2015年から2025年にかけて、11,716床から10,317床になり、2025年の必要病床数である9,267床との差異は1,050床と、機能別病床の分化・連携は一定程度進捗。
- 一方、二次医療圏別、機能別の病床数をみると、急性期病床は、村山地域、庄内地域を中心に全地域が過剰、回復期病床は村山地域を中心として、依然として不足している。

病床機能別の病床数の推移について

1 県全体の状況



	病床機能報告				必要病床数(推計値)	
	① H27	② R6	③ R7	④ ②-①比較	⑤ R7	⑥ ③-②比較
高度急性期	1,153	756	756	▲ 397	933	177
急性期	6,158	4,955	4,755	▲ 1,403	3,121	▲ 1,634
回復期	1,665	2,289	2,298	633	2,938	640
慢性期	2,435	2,129	2,117	▲ 318	2,275	158
計	11,716	10,515	10,317	▲ 1,399	9,267	▲ 1,050

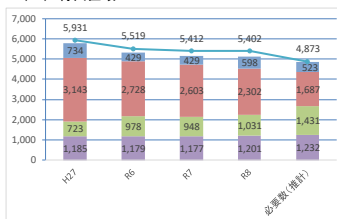
※合計欄には休床数を含むため、4区分の合計とは一致しない

村山:255床、最上:18床、置賜10床、庄内108床 県合計:391床

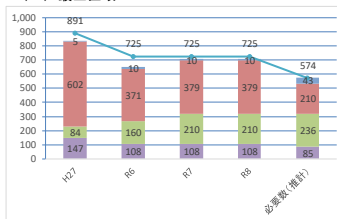
(令和7年度病床機能報告及び県医療政策課調べ)

2 構想区域毎の状況

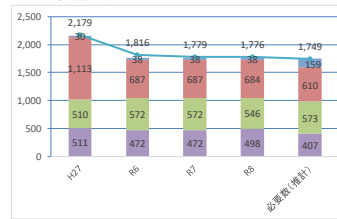
(1) 村山区域



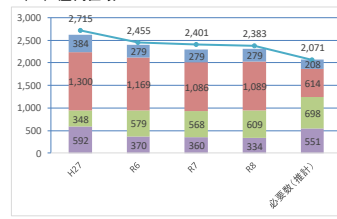
(2) 最上区域



(3) 置賜区域



(4) 庄内区域



2025年 必要病床数

	病床機能報告				必要病床数(推計値)	
	① H27	② R6	③ R7	④ ②-①比較	⑤ R7	⑥ ③-②比較
高度急性期	734	429	429	▲ 305	523	94
急性期	3,143	2,728	2,603	▲ 540	1,687	▲ 916
回復期	723	978	948	225	1,431	483
慢性期	1,185	1,179	1,177	▲ 8	1,232	55
計	5,931	5,519	5,412	▲ 519	4,873	▲ 539

	病床機能報告				必要病床数(推計値)	
	① H27	② R6	③ R7	④ ②-①比較	⑤ R7	⑥ ③-②比較
高度急性期	5	10	10	5	43	33
急性期	602	371	379	▲ 223	210	▲ 169
回復期	84	160	210	126	236	26
慢性期	147	108	108	▲ 39	85	▲ 23
計	891	725	725	▲ 166	574	▲ 151

	病床機能報告				必要病床数(推計値)	
	① H27	② R6	③ R7	④ ②-①比較	⑤ R7	⑥ ③-②比較
高度急性期	30	38	38	8	159	121
急性期	1,113	687	687	▲ 426	610	▲ 77
回復期	510	572	572	62	573	1
慢性期	511	472	472	▲ 39	407	▲ 65
計	2,179	1,816	1,779	▲ 400	1,749	▲ 30

	病床機能報告				必要病床数(推計値)	
	① H27	② R6	③ R7	④ ②-①比較	⑤ R7	⑥ ③-②比較
高度急性期	384	279	279	▲ 105	208	▲ 71
急性期	1,300	1,169	1,086	▲ 214	614	▲ 472
回復期	348	579	568	220	698	130
慢性期	592	370	360	▲ 232	551	191
計	2,715	2,455	2,401	▲ 314	2,071	▲ 330

必要病床数-病床機能報告

病床機能	必要病床数との差	状況
高度急性期	94床	不足
急性期	▲916床	過剰
回復期	483床	不足
慢性期	55床	不足

病床機能	必要病床数との差	状況
高度急性期	33床	不足
急性期	▲169床	過剰
回復期	26床	不足
慢性期	23床	過剰

病床機能	必要病床数との差	状況
高度急性期	121床	不足
急性期	▲77床	過剰
回復期	1床	不足
慢性期	▲65床	過剰

病床機能	必要病床数との差	状況
高度急性期	▲71床	過剰
急性期	▲472床	過剰
回復期	130床	不足
慢性期	191床	不足

これまでの地域医療構想の評価と課題

- 在宅医療についても、高齢化に伴い死亡総数は増加を続けるなか、病院・診療所以外での場所別死亡率は増加しており、また、訪問診療を受けている患者数もH29比で約25%増となるなど、一定の進捗が見られる（施設数は減少）。
- 一方で、地域医療構想の構造そのものについては、病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされにくいこと、地域の医療提供体制全体の議論がなされていないことが課題としてあげられている。

＜山形県の訪問診療の実施件数＞

H29	8,893件/月
R 5	11,056件/月

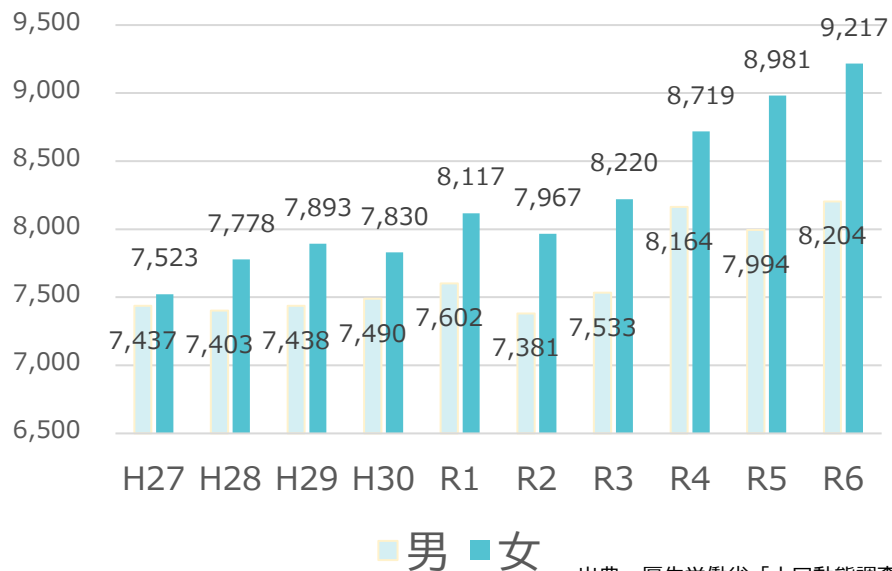
出典：厚生労働省「医療施設調査」

＜訪問診療を実施する診療所・病院数＞

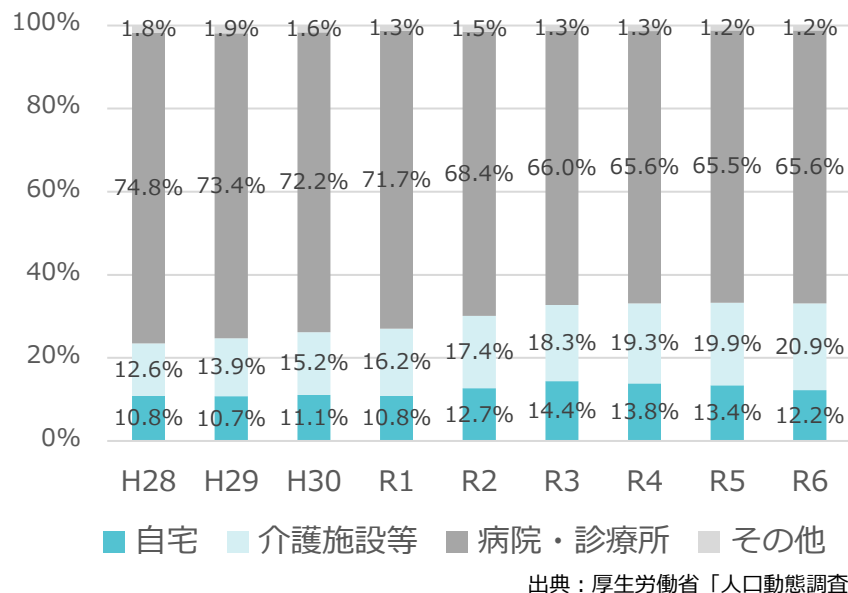
H29	234施設【うち病院23】
R 5	212施設【うち病院25】

出典：厚生労働省「医療施設調査」

死亡総数（山形県）



場所別死亡率（山形県）



2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 新たな地域医療構想においては、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の体制の実現に資する地域医療構想を策定することされた。
- 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ことから、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・集約化を推進することが求められている。

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た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

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 新たな地域医療構想において求められる具体的な取組は下記のとおり。
- 新たな地域医療構想の策定にあたり、令和8年7月3日に、厚生労働省から構想策定ガイドラインが提示された。

地域医療構想について

- 地域医療構想は、都道府県が、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、医療機関の自主的な報告等を踏まえ、地域の関係者との協議を行い地域の実情に応じて策定するもの。
- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む2040年とその先を見据え、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、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の構築に向け、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら取組を進める。

具体的な取組

- 医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ、**構想区域を設定**。
- **医療機関機能報告等**に基づき、都道府県及び各構想区域に設置する**地域医療構想調整会議**において、地域ごとの**医療機関機能（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、専門等機能）**の確保や医療機関機能を踏まえた**医療機関間の役割分担等**について、**地域の関係者による協議を実施**。
- 地域医療構想の取組による効果等を踏まえた、構想区域ごとに、機能区分（高度急性期・急性期・**包括期**・慢性期）別の**2040年の病床の必要量（必要病床数）を推計**。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**を活用し、**病床の機能分化・連携**に加え、**医療機関の連携・再編・集約化**に向けた取組を支援。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、病床の削減や医療機関の統廃合ありきではなく、地域での自主的な協議を踏まえて取り組むもの

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 2040年頃に求められる構想区域のイメージは下図のとおり。とりわけ、医療需要の変化や医療従事者の確保、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を拡大するとともに、地域の実情に応じて、医療機関同士の機能分化・連携により、地域に必要な医療を維持・確保していくことが求められる。

2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、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を拡大するとともに、地域の実情に応じて、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられるのではないかな。
- 地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が【その他地域を支える機能】を発揮する。

新設された医療機関
機能報告の名称

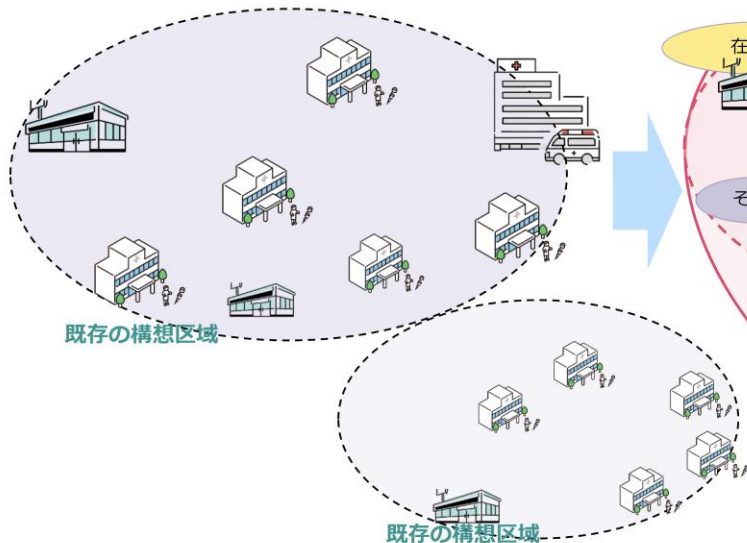
高齢者救急・地域急性期機能

急性期拠点機能

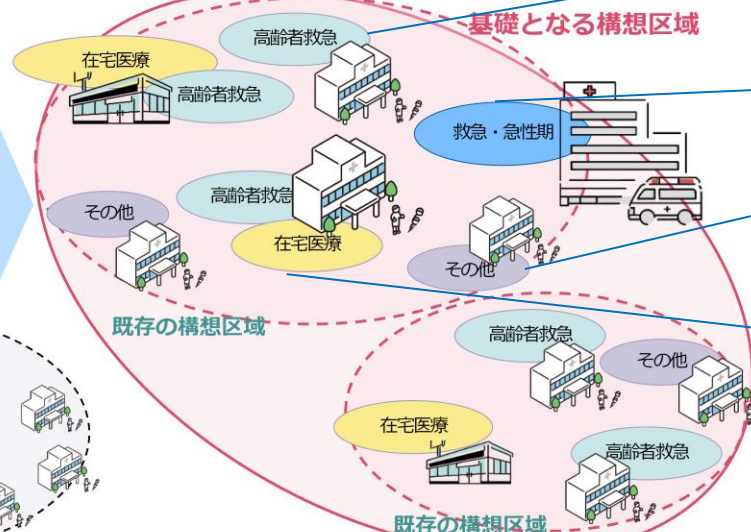
専門等機能

在宅医療等連携機能

これまでのイメージ



2040年におけるイメージ



その他：専門医療の提供等を通じ、地域を支える機能

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 新たな地域医療構想の策定にあたっては、「医療提供体制の確保に関する基本方針」に即しつつ、それぞれの地域の実情を踏まえ定めることになるほか、構想に盛り込む事項として、以下の内容等が想定されている。

地域医療構想の記載事項

- 地域医療構想の構成を含めた記載内容については、都道府県において、医療提供体制の確保に関する基本方針に即して、地域の実情に応じ定める。具体的な記載内容としては概ね以下のようなものが想定される。

地域医療構想の記載事項 ※構成を含めた具体的な内容については、都道府県において、基本方針に即して、それぞれの地域の実情に応じ定める

地域医療構想作成の前提・基本的事項等

(1) 基本的な考え方

- 地域医療構想に関する根拠法令
- 地域医療構想作成の趣旨
- 2040年に向けた医療提供体制のあり方 等

(2) 地域の現状等 (将来推計を含む。)

- 将来の人口構造や医療需要の見込み
- 患者の流出入
- 医療提供施設等・医療従事者の状況
- 医療機関機能報告・病床機能報告の内容 等

(3) 構想区域

- 構想区域の設定に当たっての基本的な考え方
- 見直し後の構想区域と見直しの理由（維持する場合その理由）
- 見直し後の構想区域に基づく人口推計 等

(4) 病床数の必要量

- 見直し後の構想区域に基づく病床の機能区分（高度急性期・急性期、包括期、慢性期）ごとの2040年の病床数の必要量 等

(5) 医療機関機能の見通し

- 2040年に各医療機関が担う医療機関機能
- 急性期拠点機能を担う医療機関数の考え方
- 在宅医療等連携機能の報告の考え方 等

医療提供体制の確保に向けた取組等

(6) 入院医療

- 医療機関の連携・再編・集約化の取組
- 手術や救急医療等の役割分担のあり方
- 病床の機能分化・連携の取組
- 広域的な観点での医療提供のあり方 等

(7) 外来医療

- 外来医療提供体制の確保に向けた取組
- 医療機関へのアクセス確保に向けた取組
- 医歯薬連携の推進に向けた取組 等

(8) 在宅医療

- 慢性期の医療需要を踏まえた提供の方向性
- 24時間の提供体制の構築に向けた取組
- 多職種連携の推進に向けた取組 等

(9) 介護との連携

- 慢性期の医療需要を踏まえた介護保険施設の活用の方性
- 医療機関と高齢者施設等の連携のあり方 等

(10) 人材確保

- 連携する大学病院本院の名称
- 大学病院本院との人的協力の方向性 等

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- 地域医療構想の記載内容に係る考え方について、厚生労働省から示された検討事項の詳細は下記のとおり。

記載事項	具体的内容
(1) 地域医療構想の作成に当たっての基本的な考え方	地域医療構想に関する根拠法令と作成の趣旨を明示するとともに、2040年とその先に向け、都道府県において目指す医療提供体制のあり方等を記載する。
(2) 地域の現状や課題	見直し前の構想区域設定を前提とした、将来の人口構造や医療需要の見込み、患者の流入、医療提供施設等・医療従事者の状況、直近の医療機関機能報告・病床機能報告の内容等、地域医療構想の作成の前提条件となる地域の現状や課題等（将来推計を含む。）を記載する。
(3) 構想区域	構想区域の設定に当たっての基本的な考え方、見直し後の構想区域と見直しの理由、見直し後の構想区域設定を前提とした人口推計等を記載する。なお、現行の構想区域を維持する場合であっても、見直しを行わず、維持することに決定した理由等を記載する。
(4) 2040年の病床数の必要量	見直し後の構想区域に基づく、病床の機能区分（高度急性期・急性期、包括期、慢性期）ごとの2040年の病床数の必要量を記載する。
(5) 2040年の医療機関機能の見通し	2040年において、各医療機関が担う医療機関機能を記載する。特に、急性期拠点機能については、当該機能を担う医療機関数の設定の考え方及び当該機能を担う医療機関が各構想区域において担う具体的な役割を記載するとともに、在宅医療等連携機能については、当該機能を報告するに当たっての各構想区域における考え方を記載する。
(6) 入院医療に係る医療提供体制の確保	2040年の病床数の必要量や医療機関機能の見通し等を踏まえた医療機関の連携・再編・集約化の取組、手術や救急医療等の役割分担のあり方、病床の機能分化・医連携の取組の他、大学病院本院の役割を含めた広域的な観点での医療提供のあり方等を記載する。特に、区域内での一定の医療の完結が困難である等により、急性期拠点機能を複数の区域（都道府県境をまたぐ場合を含む。）で一体的に確保することとした場合については、区域間の具体的な連携体制のあり方を記載する。また、救急医療の役割分担については、高齢者救急の受入に係る消防機関を含めた地域での協議の結果や方向性（実施基準への反映を行っている場合については、その内容も含む。）を記載する。

出典：令和8年8月5日厚生労働省医政局長通知「地域医療構想の作成について」

2040年頃を見据えた新たな地域医療構想

- ・ 地域医療構想の記載内容に係る考え方の詳細、構想策定にあたっての留意事項は下記のとおり。

記載事項	具体的内容
(7) 外来医療に係る医療提供体制の確保	・ 外来医療の需要の見込みを踏まえた休日・夜間の初期救急体制を含む外来医療提供体制の確保に向けた取組、医療機関へのアクセスの確保に向けた具体的な取組、医歯薬連携の推進に向けた取組等を記載する。
(8) 在宅医療に係る医療提供体制の確保	・ 慢性期の医療需要の見込みを踏まえた在宅医療の提供の方向性、在宅医療等連携機能を担う医療機関のあり方を含む24時間の提供体制の構築に向けた取組、在宅医療における多職種連携の推進に向けた取組等を記載する。
(9) 介護との連携に係る取組	・ 慢性期の医療需要の見込みを踏まえた、介護保険施設等の地域に既に存在する資源の活用の方性、医療機関と高齢者施設等との具体的な連携のあり方等を記載する。
(10) 人材確保に向けた取組	・ 医療機関機能の見通し等を踏まえた人的協力のあり方について、実際に連携する大学病院本院の名称や具体的な連携の方性等を記載する。
(11) 医療機関機能及び病床の機能に係る情報提供	・ 医療機関機能報告及び病床機能報告の公表のあり方等について記載する。



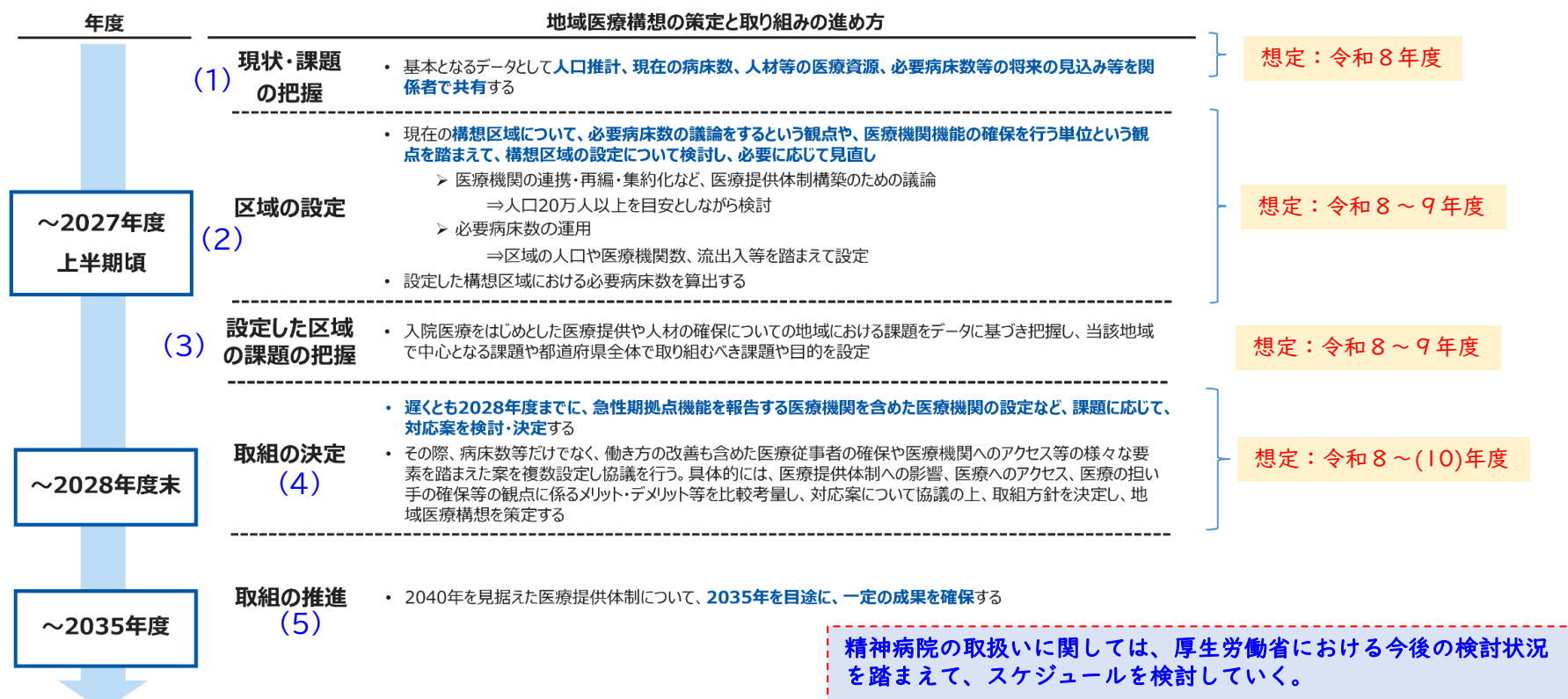
構想策定にあたっての留意事項（主なもの）	具体的内容
(ア) 構想策定案の公表、住民等意見の反映	・ 構想の作成過程の適当な段階において、地域医療構想の案を公表するとともに、当該案に対する住民その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努める。
(イ) 構想策定、変更時の意見聴取	・ 構想を定め、又は変更しようとするときは、あらかじめ、都道府県医療審議会、市町村（救急業務を処理する地方自治法（昭和22年法律第67号）第284条第1項に規定する一部事務組合及び広域連合を含む。）及び保険者協議会の意見を聴く。
(ウ) 構想の調査、分析、評価と必要な見直し	・ 地域医療構想について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、地域医療構想を変更する。

新たな地域医療構想の策定スケジュール・検討体制①

- ガイドラインの記載内容を踏まえながら、今後、（１）現状・課題の把握、（２）区域の設定、（３）設定した区域の課題の把握、（４）取組の決定（構想の策定）、（５）取組の推進（第９次医療計画への反映・取組の具体化）を進めていく。

新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

山形県における検討スケジュール（想定）



※ 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があるものについて、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の策定スケジュール・検討体制②

- 新たな地域医療構想の策定にあたっては、県全体を俯瞰した方向性や必要な事項等について審議いただく「地域医療構想部会」、各構想区域においては、地域医療構想調整会議を中心として、具体的な協議・検討を進めていく。

計画全体の会議

本日の医療構想部会

山形県保健医療推進協議会

- 全体の協議の場
- 医療計画を所管する会議でもあり、一体的に議論が可能

地域医療構想部会

- 各構想区域における病床機能や医療機関機能の調整に対する助言や計画全体の方向性等の議論を行う

連携

二次医療圏・構想区域の会議

地域医療構想調整会議・地域保健医療協議会

座長：各地域医師会会長

- 地域全体の協議の場
- 地域医療構想の実現に向け、部会・WGの検討結果も踏まえ議論を行う

在宅医療専門部会 座長：各保健所長

- 在宅医療に関する協議の場
- 在宅医療の拡充や介護との連携、かかりつけ医療機能報告を受けた議論などを行う

病床機能調整ワーキング 座長：各保健所長

- 各病院長が主な委員となるワーキング
- 病床機能の調整に関する議論を行う

<参考>新たな地域医療構想と医療計画の関係①

- これまで地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされていたが、令和7年12月の改正医療法により、新たな地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなった。

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）

【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】

都道府県

【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】

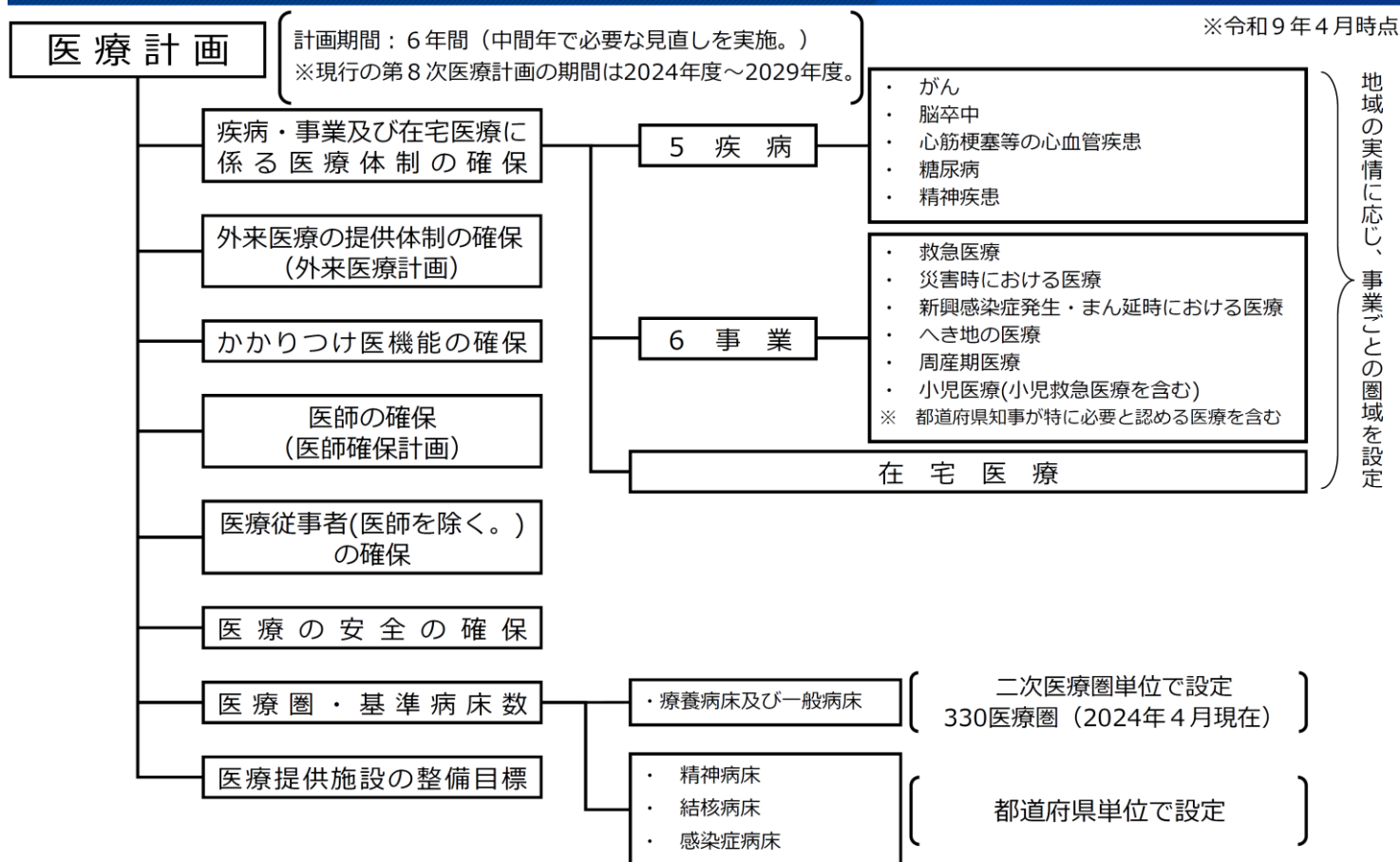
- 疾病・事業ごとの医療体制
 - ・ がん / 脳卒中 / 心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・ 糖尿病 / 精神疾患
 - ・ 救急医療 / 災害時における医療
 - ・ へき地の医療 / 周産期医療
 - ・ 小児医療（小児救急含む）
 - ・ 在宅医療
 - ・ 新興感染症等の感染拡大時における医療
 - ・ その他特に必要と認める医療
- 外来医療の提供体制の確保
（外来医療計）
- かかりつけ医機能の確保
- 医師の確保（医師確保計画）
- 医療従事者（医師を除く）の確保
- 医療の安全の確保
- 二次医療圏・三次医療圏の設定
- 医療提供施設の整備目標
- 医師少数区域・医師多数区域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

3

<参考>新たな地域医療構想と医療計画の関係②

- 医療計画は、地域医療構想を具体化していくものとして、がん、脳卒中等の“5疾病”、救急医療、周産期医療等の“6事業”に加え、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ていく必要がある。

医療計画の概要

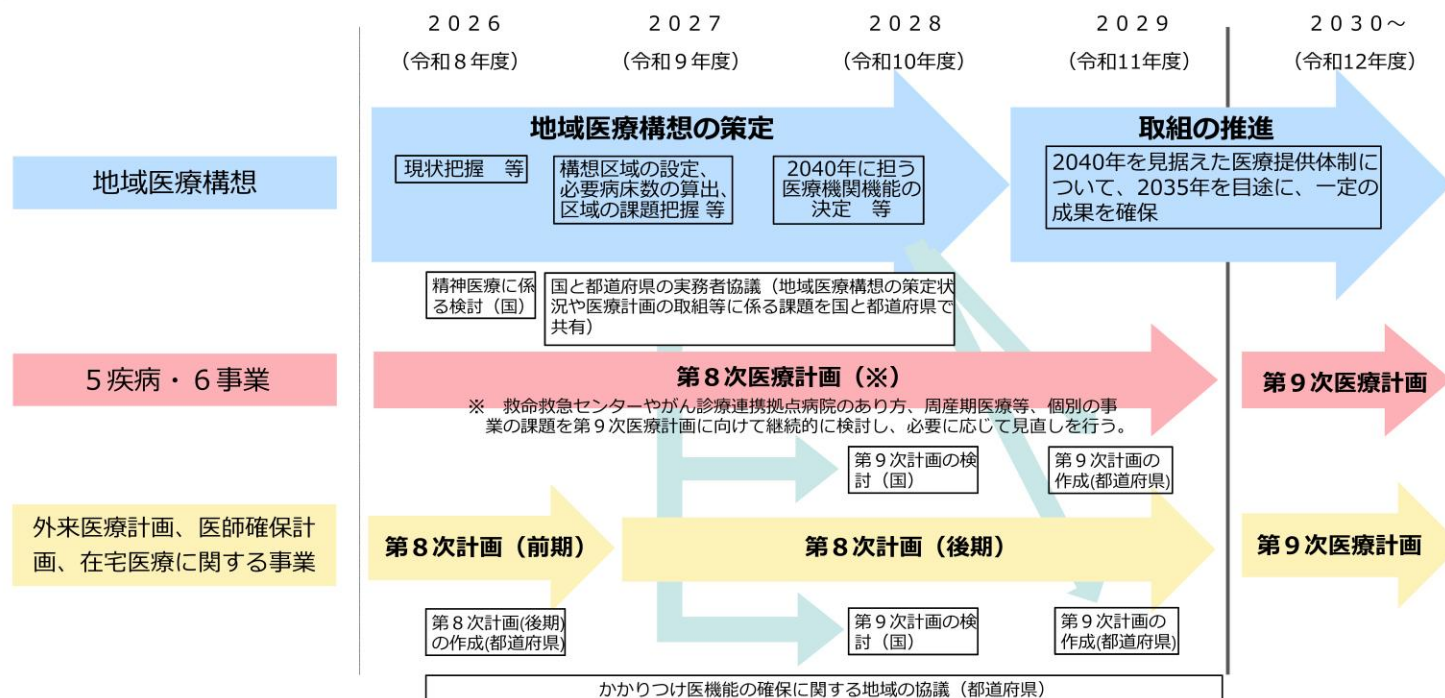


<参考>新たな地域医療構想と医療計画の関係③

- 新たな地域医療構想は、2026年度（令和8年度）からの概ね3か年で策定していくとともに、新たな構想で掲げた方向性を具体化するための第9次医療計画については、2029年度（令和11年度）までに策定していく予定。

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、具体の実行計画として、2029年度頃に第9次医療計画を策定する。



<参考>新たな地域医療構想と医療計画の関係④

- 第9次医療計画の策定にあたっては、5疾病6事業等における圏域の設定や、がん診療連携拠点病院のあり方の検討など、引き続き検討すべき課題等があるほか、今後、医療計画の策定・見直しのタイミングにあわせ、県の取組状況の確認、必要病床数の検討・見直しなどを進めていく必要がある。

第9次医療計画に向けての主な検討課題

- 第9次医療計画に向けて、5疾病6事業等における圏域設定や医療機関の種類のあり方など、引き続き検討していくべき課題も存在する。

検討事項	検討課題
二次医療圏の設定	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、二次医療圏は、広域化等の見直しが行われた構想区域と原則として一致させる必要がある。
5疾病6事業等における圏域設定	5疾病6事業等における圏域設定については、一定の地域単位で整備することが考えられるものや、より広域的な単位での整備が必要となるもの等、各分野の特性を踏まえた検討が必要となる。ただし、がんの医療圏の設定については、手術を担う外科医の確保等の観点から、構想区域及び構想区域内での基本的な医療機関間の役割分担と整合性を図っていくことが求められる。
医師確保計画等における区域設定	従来の二次医療圏設定を前提としている医師確保計画等における区域設定のあり方については、施策の連続性の観点を踏まえた対応を検討していく必要がある。
5疾病6事業等における医療機関類型	がん診療連携拠点病院のうち専門等機能を担うこととなる医療機関をはじめとして、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえ、5疾病6事業等における医療機関の類型の考え方について、必要に応じて整理することが求められる。
必要病床数	必要病床数について、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年、2036年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて見直しを行う。
広域的な診療機能	都道府県単位又はより広域的な単位で担うべき医療提供のあり方について、各診療分野の特性等も踏まえ、都道府県や大学病院本院、関連学会等が連携しながら検討を行っていく必要がある。
在宅医療	構想区域設定を踏まえた在宅医療の圏域のあり方や、医療機関機能の確保状況等を踏まえた「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が担うべき役割について検討していく必要がある。

協議（現状・課題把握）のための関係データ

- 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ことが必要。

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必要に応じて、**構想区域単位や都道府県単位での把握や、全国や他地域の実績等との比較も重要**。

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や、診療報酬上の各種要件に係る診療実績実績、診療科ごとの診療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見込まれるかを検討することが望ましい。
- 急性期医療の実績の把握のため、**手術件数や救急搬送受入件数**を用いる場合には、以下の点に留意が必要。
 - ・ **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、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する。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

協議（現状・課題把握）のための関係データ①

- 2026年度から2027年度上半期頃を目途として、医療需要の見通しや医療提供体制の現状等について、客観的なデータに基づく分析を行うとともに、地域医療構想部会や調整会議において、データに基づく議論、課題の整理、構想区域の点検・見直しを進める必要がある（構想策定ガイドラインで示された基本データは下表①～④のとおり）。

協議にあたって基本となるデータ①

各項目のデータ詳細については、別冊データ集(資料3)参照

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

協議（現状・課題把握）のための関係データ②

- 2026年度から2027年度上半期頃を目途として、医療需要の見通しや医療提供体制の現状等について、客観的なデータに基づく分析を行うとともに、地域医療構想部会や調整会議において、データに基づく議論、課題の整理、構想区域の点検・見直しを進める必要がある（構想策定ガイドラインで示された基本データは下表①～④のとおり）。

協議にあたって基本となるデータ②

各項目のデータ詳細については、別冊データ集(資料3)参照

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

※医療機関機能報告:新たに報告予定

協議（現状・課題把握）のための関係データ③

- 2026年度から2027年度上半期頃を目途として、医療需要の見通しや医療提供体制の現状等について、客観的なデータに基づく分析を行うとともに、地域医療構想部会や調整会議において、データに基づく議論、課題の整理、構想区域の点検・見直しを進める必要がある（構想策定ガイドラインで示された基本データは下表①～④のとおり）。

協議にあたって基本となるデータ③

各項目のデータ詳細については、別冊データ集(資料3)参照

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

協議（現状・課題把握）のための関係データ④

- 2026年度から2027年度上半期頃を目途として、医療需要の見通しや医療提供体制の現状等について、客観的なデータに基づく分析を行うとともに、地域医療構想部会や調整会議において、データに基づく議論、課題の整理、構想区域の点検・見直しを進める必要がある（構想策定ガイドラインで示された基本データは下表①～④のとおり）。

協議にあたって基本となるデータ④

各項目のデータ詳細については、別冊データ集(資料3)参照

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

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 構想区域は、地域医療構想に基づき、医療提供体制の構築を進める単位として、①医療提供体制の構築 ②必要病床数の算定・運用 の基礎となる単位である。
- ・ 新たな地域医療構想では、将来にわたり、医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、**2040年時点の人口規模として20万人以上を目安**としながら構想区域の区域設定や区域間の連携体制の構築を行うことが求められている。

構想区域の役割について

- ・ 構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のための、2つの役割がある。
- ・ 2040年とその先を見据え、人口規模や患者の流入出割合等のデータや、地域ごとの実情を踏まえ、区域ごとの現状と課題を認識し、適切な区域設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

構想区域 の 役割

① 医療提供体制の構築

- ・ 医療機関機能の確保や医療機関の連携・再編・集約化等の協議や取組を行う単位
- ・ 将来にわたり、医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要
⇒**2040年時点の人口規模として20万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

- ・ 今後入院医療の需要が減少することも踏まえ、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、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、地域医療構想調整会議等での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位として設定する必要
⇒**都道府県が人口規模や医療機関の配置、患者の流入出等を踏まえて設定**

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- 二次医療圏と地域医療構想の構想区域の関係について、いずれも、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。
- 新たな地域医療構想策定ガイドラインにおいても、「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」とし、構想区域と医療計画の二次医療圏に一定の整合が図られるように、検討を進めていくことが要請されている。

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

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 構想区域と医療計画に定める二次医療圏との関係について、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、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とされている。
- ・ 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されている。

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。

山形県における
5疾病・6事業の圏域設定
◆4つの二次医療圏と同一
※精神科救急については
最上・庄内地域を一体的に
設定
※在宅医療については現構
想区域よりも狭い地域で
設定

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 構想区域及び医療機関機能に係る協議はいずれも、2040年とその先を見据えた持続可能な入院医療提供体制を地域ごとに確保していくために行うもの（形式的な決定自体を目的とするものではない）。
- ・ 後述する医療機関機能の決定にあたっては、設定した構想区域に基づき、改めて将来人口推計や医療需要の見通し、医療資源の状況、各医療機関から報告された医療機関機能や実績等を把握・整理するとともに、とりわけ、**急性期拠点機能については、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度を目安に確保すべき数を設定した上で、具体的な医療機関を決定していくことが求められている。**

構想区域と医療機関機能の一体的な検討

- ・ 構想区域及び医療機関機能に係る協議はいずれも、2040年とその先を見据えた持続可能な入院医療提供体制を地域ごとに確保していくために行うもの。
- ・ いずれも、形式的な決定自体を目的とするのではなく、構想区域については、2040年に向けた医療提供体制を協議・構築していくための地域単位を、医療機関機能については、基本的な役割分担の方向性を見据えた上で、入院医療提供体制の確保に向けた取組を実効的に行うことができるよう、一体的に協議を行う。

目的

2040年とその先を見据えた持続可能な入院医療提供体制の確保

取組

医療機関間の役割分担、連携・再編・集約化の取組

実効的な取組が可能となるよう一体的に検討

協議事項

医療機関機能の決定

基本的な役割分担の方向性の決定

- ・ 急性期拠点機能について、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度を目安に確保すべき数を設定した上で、2040年に担う医療機関機能を決定。

(※) 人口規模に限られるものの、広域化等の見直しを行わないこととした構想区域については、連携・再編・集約化による急性期拠点機能の確保に取り組むことは考えられるが、区域内で一定の医療の完結を見込むことは困難な場合が多いと考えられ、区域内での急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを重点的に検討する。

構想区域の設定

医療提供体制の協議・構築のための地域単位の設定

- ・ 急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等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、2040年の人口推計に基づき人口20万人以上を目安に区域の広域化等を検討。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 構想区域、急性期拠点機能の確保の目安とされている人口20～30万人の考え方について、地域医療構想策定ガイドラインでは、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築できるよう、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定するとされている。

※構想区域の設定と医療機関機能（特に急性期拠点機能）の確保は一体的な議論が必要となるほか、人口の少ない構想区域においては、他地域との流出入状況を十分に考慮することが重要。

令和8年7月3日 地域医療構想策定ガイドライン（抄）

- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、**二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多いことや、人口20万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要**である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口20万人から30万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。
- また、**人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が30万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。**

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- 医療機関の症例が分散することによる医療水準の低下懸念については、医療安全上も重要な課題。
- 高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は医療安全上のリスク低下が図られることが、関係学会から報告されている。
- そのため、医療需要の減少が見込まれる地域においては、医療安全を確保する観点からも、基幹病院を中心に、高度な外科手術や症例を一定数確保するため、機能の連携・再編・集約化の議論を深めていくことが重要となる。

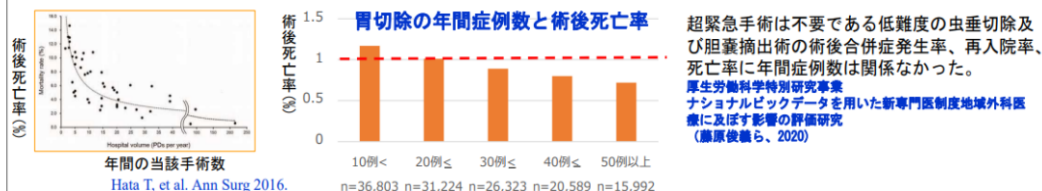
令和6年11月8日新たな地域医療構想等に関する検討会資料

<医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容>

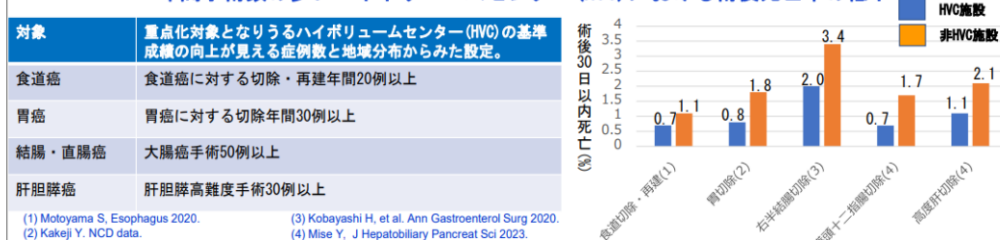
日本消化器外科学会提出資料

令和6年10月30日第7回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料2）

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績 —集約化によって見込まれる短期成績の向上—



年間手術数の多いハイボリュームセンター（HVC）における術後死亡率の低下



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

出典：新たな地域医療構想に関する検討会資料

2. 高度な医療技術を伴うがん医療について

(1) 手術療法

高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いことが日本癌治療学会より報告されている。

(2) 放射線療法

強度変調放射線治療（IMRT）や定位放射線治療等の精度の高い放射線療法に関しては、治療患者数が多い施設においては、複雑な症例や有害事象への対応に関する知見・経験が蓄積されることによる、治療成績の向上や有害事象の発生率の減少等が、日本放射線腫瘍学会より報告されている。

(3) 薬物療法

近年使用されるようになった免疫チェックポイント阻害薬について、治療症例数が多い医療施設では有害事象による死亡率が低いことが日本臨床腫瘍学会より報告されている。

出典：令和7年8月29日厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課通知
「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

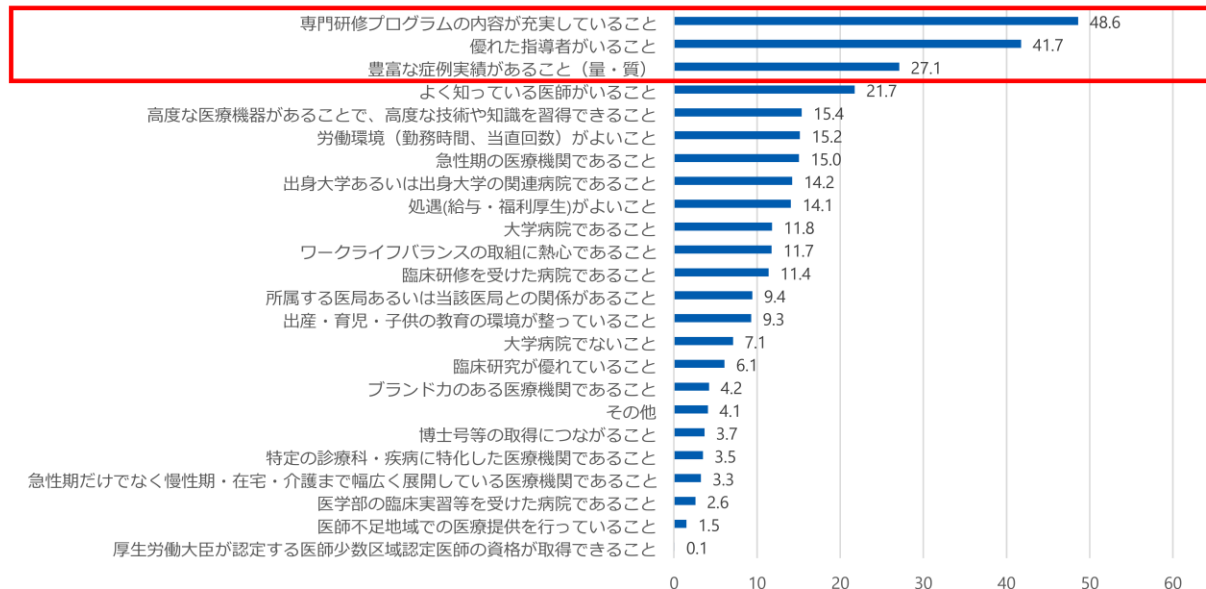
【①構想区域】

- 専門研修を選ぶ際に重要な要素として、専門研修プログラム内容の充実、優れた指導者の存在、豊富な症例実績（量と質）などが挙げられるなど、人材確保の観点からも、指導医レベルの医師の十分な配置や、各診療科の症例数を確保していくことが、重要な論点になると考えられる。

専攻医等の確保について

- 専門研修プログラムの内容の充実、優れた指導者の存在、豊富な症例実績などが、専門研修を選ぶ際の重要な要素と回答されている。地域での医師の育成の観点においては、指導医レベルの医師の十分な配置や、各診療科の症例数の確保も重要と考えられる。

専門研修プログラムを選ぶ際に、重要な要素（複数回答、n=15,857）



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者 渡辺毅）の報告書を基に医政局医事課において作成

45

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 構想区域の設定・検討にあたっての、ガイドライン記載の主な事項は下記のとおり。

令和8年7月3日 地域医療構想策定ガイドライン（抄）

（２）協議事項

① 構想区域の設定

- 都道府県は、将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータや、一部の地域において隣接する区域に患者が流出している等の実態等を踏まえて、**現在の構想区域ごとに、現在及び将来の医療需要や人材確保の観点で、区域として一定の医療提供の完結が可能か～整理する。**
- その上で、**都道府県は、課題がある構想区域については、現在の区域の維持、隣接する区域との統合又は再編等の対応について検討する。**
- 見直し案の作成に当たっては、例えば次のような方向性が考えられる。

・ 構想区域の統合

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

・ 構想区域の再編

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

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

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 構想区域の設定・検討にあたっての、ガイドライン記載の主な事項は下記のとおり。

令和8年7月3日 地域医療構想策定ガイドライン（抄）

○区域の設定を協議するに当たっては、さらに、以下の点に留意する。

- ・ 大都市部においては、数十万人単位の構想区域を複数設定する場合や、数百万人単位の広範な構想区域を設定する場合が考えられるが、～医療提供体制の確保に必要な検討体制については、都道府県の体制に応じて検討する。**※東京都等を想定したもの。**
- ・ **人口の少ない地域においては、構想区域を広域化した場合、区域内の一部の地域で医療機関までの移動時間が自動車で一時間程度等と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合がある。**このため、区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要である。他方、**患者のアクセス等を考慮し広域化をせず、人口の少ない地域として区域の設定を見直さない場合であっても、広域化し、連携・再編・集約化を行う場合の案も比較検討すること。**
- ・ 現時点で20～30万人程度の人口規模であっても、今後人口減少が見込まれる区域や、全身麻酔手術の件数等の診療実績が、同程度の人口規模である他の区域と比べて低い区域、患者の流出が多い区域は、2040年に向けて区域内での医療提供の完結が困難となる可能性がある。こうした場合、住民の医療アクセスの観点も踏まえ、一定の入院機能を地域内に残すことを前提としつつ、区域の合併による提供体制の構築等を検討する必要がある。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域（一部急性期拠点機能）】

- ・ 構想区域の設定・検討にあたっての、ガイドライン記載の主な事項は下記のとおり。

令和8年7月3日 地域医療構想策定ガイドライン（抄）

- 人口規模が限られた構想区域であって、構想区域に係る協議を踏まえてもなお、**地理的な要因等により広域化等の見直しを行わないこととした場合には、当該区域において一定の医療の完結を見込むことが困難であると考えられる。当該区域内においては、急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを検討する。この場合、当該区域内では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保することとし、当該医療機関が一部の頻度の高い疾患等を中心に、一定程度の急性期医療を担えるよう、連携・再編・集約化の取組や医師の確保等の取組を検討する。**
- なお、**人口の少ない区域であって、自動車で概ね一時間程度の距離を隔てた二つの生活圈域から構成される区域では、集約化により、一方の圏域において著しくアクセスが悪化することが見込まれる場合がある。こうした場合には、当該地域での急性期拠点機能の確保は前提とせず、双方の圏域に高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保しつつ、それぞれの圏域に近接する他の構想区域に所在する医療機関と連携する体制を構築することを検討する**
- 大学病院本院は広域的な医療提供を行うが、区域によっては、**地域における二次救急等の急性期医療も実施し、急性期拠点機能に求められるような役割を果たしている場合もある。大学病院本院は、医育及び広域診療機能を報告することとなるが、こうした区域においては、急性期拠点機能を担う医療機関数については、当該大学病院本院の診療実態等を考慮した上で設定する。**
- **高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、両機能を一つの医療機関が報告することはしない。**

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- 特に人口の少ない地域において、医療へのアクセスを確保・検討するにあたっては、公共交通等を所管する関係部局や関連する市町村等との連携体制の構築が求められるほか、巡回診療、送迎支援、オンライン診療等の手段を適切に組み合わせるなど、地域の実情に応じた対応を図ることが重要となる。

人口の少ない地域における患者の医療へのアクセス確保に向けた取組の例

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

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 構想区域の点検・検討にあたっての参考資料として、現行構想区域の最新人口及び2040年を含む将来推計人口【将来的な医療供給を担う生産年齢人口も追記】とともに、構想区域の維持を含む区域の広域化パターンを整理した。
※今回の資料は、構想区域の維持を含む区域の広域化パターンを提示するものであり、本日の構想部会での意見を踏まえ、次回会議までに事務局としての考え方を整理してまいりたい。

現行構想区域	人口(R7(2025)国調)	人口(2040年)	人口(2050年)
(1) 村山	50.2万人【28.1万人】	43.9万人【22.9万人】	39.0万人【19.2万人】
(2) 最上	6.3万人【3.2万人】	4.7万人【2.1万人】	3.6万人【1.5万人】
(3) 置賜	18.6万人【10.0万人】	14.8万人【7.4万人】	12.4万人【5.8万人】
(4) 庄内	24.2万人【12.7万人】	19.4万人【9.3万人】	16.1万人【7.2万人】



構想区域の広域化パターン		人口(R7(2025)国調)	人口(2040年)	人口(2050年)
村山と最上を一体的に検討	(1)(2)	56.5万人【31.3万人】	48.6万人【25.0万人】	42.7万人【20.6万人】
	(3)	18.6万人【10.0万人】	14.8万人【7.4万人】	12.4万人【5.8万人】
	(4)	24.2万人【12.7万人】	19.4万人【9.3万人】	16.1万人【7.2万人】
最上と庄内を一体的に検討	(1)	50.2万人【28.1万人】	43.9万人【22.9万人】	39.0万人【19.2万人】
	(3)	18.6万人【10.0万人】	14.8万人【7.4万人】	12.4万人【5.8万人】
	(2)(4)	30.5万人【15.9万人】	24.0万人【11.4万人】	19.7万人【8.7万人】
内陸地域（村山・最上・置賜）を一体的に検討	(1～3)	75.1万人【41.3万人】	63.4万人【32.4万人】	55.0万人【26.4万人】
	(4)	24.2万人【12.7万人】	19.4万人【9.3万人】	16.1万人【7.2万人】
県内全域を一体化	(1～4)	99.3万人【54.0万人】	82.8万人【41.7万人】	71.1万人【33.6万人】
現行構想区域を維持		上表のとおり	上表のとおり	上表のとおり

(注) 該当年の市町村毎の将来推計人口の合計値（千人未満を四捨五入）であり、表の各項目の合計と一致しない場合がある。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 現行構想区域の面積、人口密度、可住地面積割合は下表のとおり。※人口は令和2年国勢調査結果
- ・ これまで、二次医療圏の中で、一定の医療が完結することを目的に構想区域を設定してきており、このため、医療計画において、人口20万人未満の二次医療圏において、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、その設定を見直すこととされてきた（二次医療圏の人口が20万人未満、かつ、二次医療圏内の病院の流入患者割合が20%未満かつ流出患者割合が20%以上の場合に見直しの検討が必要とされている）。
→本県において基準に該当するのは、最上地域が当てはまる（患者の流入・流出状況については、次頁参照）
- ・ また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用をしてきたが、現在、二次医療圏の半数近くが20万人以下となっており、こうした地域において入院医療等の完結を目指していくことが難しくなっている。

都道府県内の二次医療圏の人口および面積を整理しています。

医療計画においては、二次医療圏の人口が20万人未満、かつ、二次医療圏内の病院の流入患者割合が20%未満かつ流出患者割合が20%以上の場合に見直しの検討が必要とされています。

二次医療圏	人口（人）	面積（km ² ）	人口密度（人/km ² ）	可住地面積割合（%）	可住地面積（km ² ）
村山	531,855	2,619.39 近似面積：佐賀県・神奈川県	203.0	37% 近似面積：山梨県(953km²・可住地ベース)	958.0
最上	70,922	1,803.23 近似面積：大阪府・香川県	39.3	22% 近似面積：奈良県(854km²・可住地ベース)未滿	402.4
置賜	201,846	2,495.24 近似面積：佐賀県・神奈川県	80.9	25% 近似面積：奈良県(854km²・可住地ベース)未滿	629.5
庄内	263,404	2,405.28 近似面積：佐賀県・神奈川県	109.5	37% 近似面積：奈良県(854km²・可住地ベース)	883.5
山形県 計	1,068,027	9,323.14	114.6	31%	2,873.3
全国	126,146,099	372,864.20	338.3	33%	122,949.9

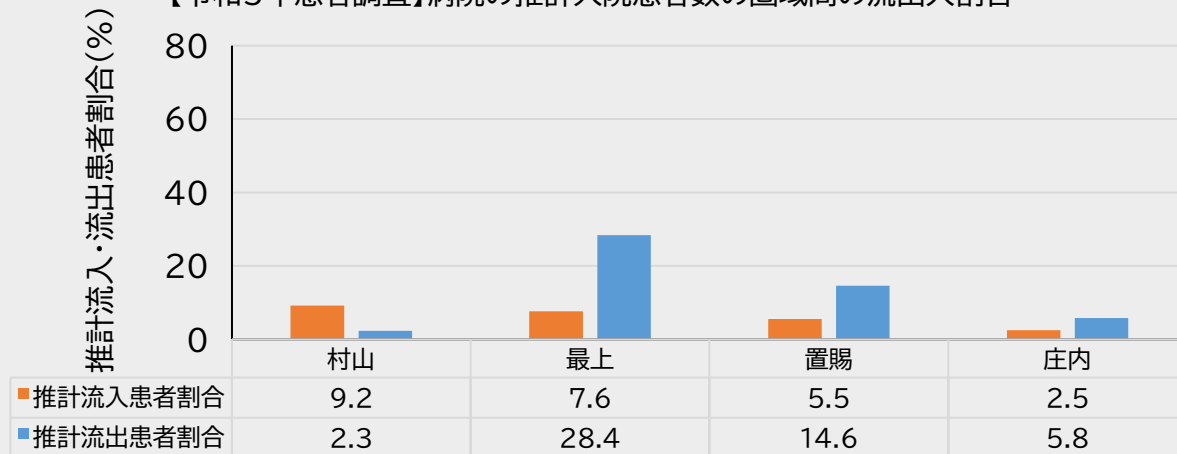
※奈良県：都道府県で可住地面積は最小

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- 「令和5年患者調査」に基づき、病院の推計入院患者数の圏域間の流出入割合は下図の通り。
- 他圏域からの流入割合が高いのは村山地域であり、他圏域への流出割合が高いのは、最上地域、置賜地域である。
- 3年に一度の患者調査における流出入割合の推移を二次医療圏で見た場合、流入患者割合は、概ね収斂している一方、流出患者割合については、最上地域において、流出割合が拡大する傾向が見られる。

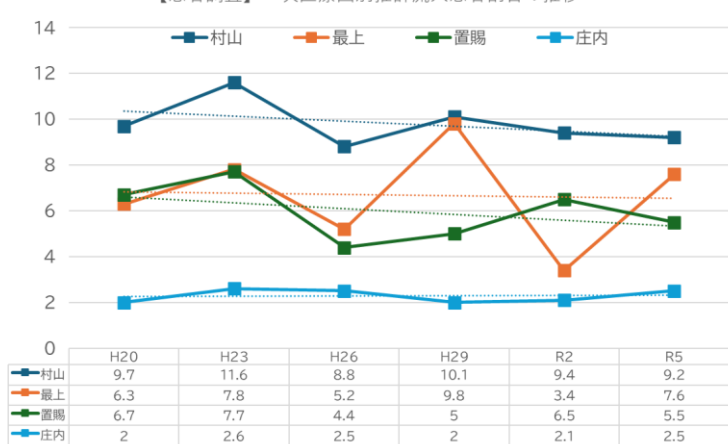
【令和5年患者調査】病院の推計入院患者数の圏域間の流出入割合



出典：令和5年患者調査

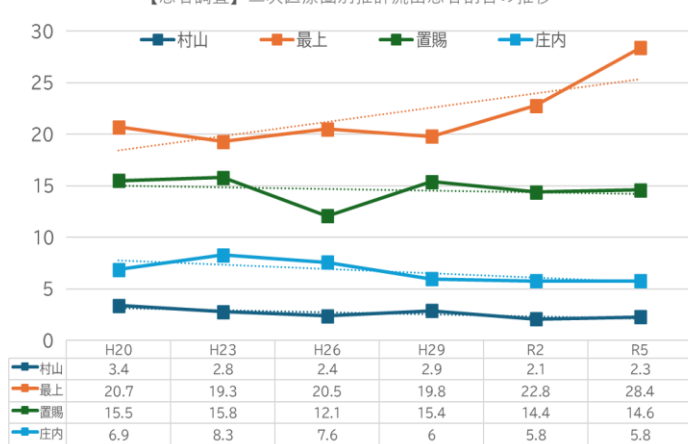
【患者調査】二次医療圏別推計流入患者割合の推移

単位：%



【患者調査】二次医療圏別推計流出患者割合の推移

単位：%



出典：各年患者調査に基づき作成

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【①構想区域】

- ・ 総面積、可住地面積ベースのいずれも、山形県における現行構想区域あたりの面積は全都道府県でも2～3位の大きさとなっている（面積÷構想区域数で算出したものであり、個別の面積を積み上げたものではない）。
- ・ 総面積では、県内4地域のいずれも、村山・置賜・庄内地域は佐賀県・神奈川県と同等程度、最上地域は大阪府・香川県と同程度の面積を有する。
- ・ 可住地面積では、村山地域は山梨県（可住地面積）と同程度、庄内地域は奈良県（可住地面積）と同程度である。

○都道府県の面積と現行構想区域あたりの面積（総面積ベース）

都道府県名	総面積 (100km ²)	現行構想 区域数	区域あたり 面積	区域あたり 面積順
北海道	83,421	21	3,972	1
山形県	9,323	4	2,331	2
福島県	13,784	6	2,297	3
岐阜県	10,621	5	2,124	4
宮城県	7,282	4	1,821	5
新潟県	12,584	7	1,798	6
高知県	7,102	4	1,776	7
岩手県	15,275	9	1,697	8
青森県	9,645	6	1,608	9
秋田県	11,638	8※	1,455※	10

※秋田県は第8次医療計画策定時に二次医療圏を3つに統合したため、今後、構想区域を二次医療圏単位(3つ)で整理した場合には、総面積ベースでは区域あたり3,879㎡、可住地面積ベースでは1,078㎡と、それぞれ全国2番目の大きさとなる。

○都道府県の面積と現行構想区域あたりの面積（可住地面積ベース）

都道府県名	可住地面積 (100km ²)	現行構想 区域数	区域あたり 面積	区域あたり 面積順
北海道	22,691	21	1,081	1
宮城県	3,186	4	797	2
山形県	2,873	4	718	3
福島県	4,231	6	705	4
新潟県	4,550	7	650	5
青森県	3,253	6	542	6
栃木県	3,005	6	501	7
富山県	1,842	4	461	8
岡山県	2,228	5	446	9
岐阜県	2,211	5	442	10
秋田県	3,233	8※	404※	13

出典：「統計でみる都道府県のすがた2026」ほか各種資料を基に作成

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 2040年に向け、外来・在宅・介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に向けて、病床だけでなく、地域に必要な医療機関機能に着目した機能分化・連携等を図るため、「医療機関機能報告制度」が令和8年10月から開始される。

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た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、マルチモビリティ（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

- | | |
|-------------------|---|
| <p>医育及び広域診療機能</p> | <ul style="list-style-type: none"> 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。 |
|-------------------|---|

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 令和8年7月31日付けで「医療法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令」が公布され、病院・診療所であって療養病床・一般病床を有するものの管理者が報告することとなる医療機関機能に応じた区分は以下のとおり明示された。

医療法施行規則（医療機関機能報告）

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者その他の者に対し、救急医療を提供するとともに、必要に応じ、医療提供施設及び医療法施行規則第1条各号に掲げる場所と連携しながら、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の提供及び退院支援を行い、並びに退院後のリハビリテーションその他の必要な保健医療サービス及び介護給付等対象サービス等（介護保険法（平成9年法律第123号）第24条第2項に規定する介護給付等対象サービス及び老人福祉法（昭和38年法律第133号）に基づく福祉サービスをいう。③において同じ。）の提供を確保する機能

②急性期拠点機能

地域において、医療従事者が継続的かつ安定的に医療に従事することができる体制及び医療の質の確保に資することを目的として、手術、救急医療その他の医療資源を多く要する医療を集約的に提供する機能

③在宅医療等連携機能

地域における在宅医療を提供し、又は他の病院若しくは診療所若しくは訪問看護ステーション、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設若しくは同法第41条第1項に規定する指定居宅サービスに該当する同法第8条第2項に規定する訪問介護を行う事業所その他の患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう支援するため介護給付等対象サービス等を提供する者との円滑な連携の下、診療の実施及び入院の受入れその他の必要な対応を行う体制を常時確保する機能

④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若しくは地域の実情に応じた医療（有床診療所（医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第2項に規定する診療所のうち、19人以下の患者を入院させるための施設を有するものをいう。）が提供するものに限る。）を提供し、又は一部の診療科に特化して医療を提供する機能（①、②、③に掲げる機能を除く。）

⑤医育及び広域診療機能

医師養成課程を設置する大学に附属する病院のうち主たるものが担う機能であって、広域的な医師の確保に寄与する役割、医師養成課程を履修する学生の大学卒業前及び卒業後の教育その他の医療従事者の育成をする役割並びに広域的な観点が求められる診療を総合的に提供する役割を担い、並びにこれらの役割が地域全体で果たされるよう都道府県と必要な連携を行う機能

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- ・ 病床の機能に応じた区分についても、これまでの“回復期”機能が“包括期”機能に変更され、**高齢者その他の者に対し、治療並びに入院早期からのリハビリテーションその他の早期の在宅復帰に向けた療養上必要な管理及び支援を一体的に行うもの**又は急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療若しくはリハビリテーションの提供を行うものと規定された。
- ・ 特に高齢者救急への対応にあたっては、包括期機能を有する病床で受入を主に担う「高齢者救急・地域急性期機能」を担う医療機関を中心として、急性期拠点機能を担う医療機関との連携、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要となる。

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

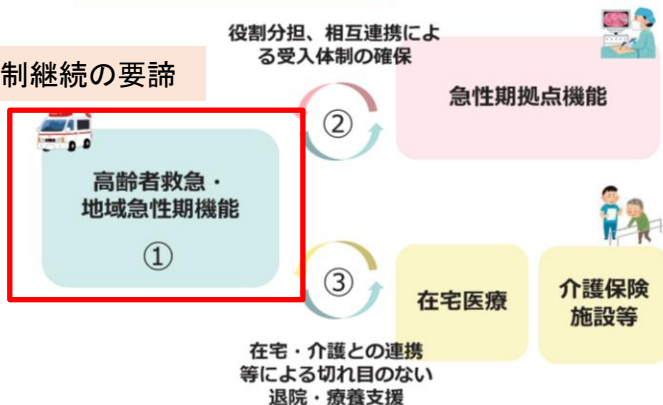


- 高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能と連携しつつ、適切な役割分担による受入体制を確保。
- 在宅医療・介護とも連携し、入院早期から退院後までの切れ目のないリハビリテーション等の提供を確保。

高齢者救急への対応のイメージ

具体的な取組

地域医療提供体制継続の要諦



- 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。
- 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の整理。

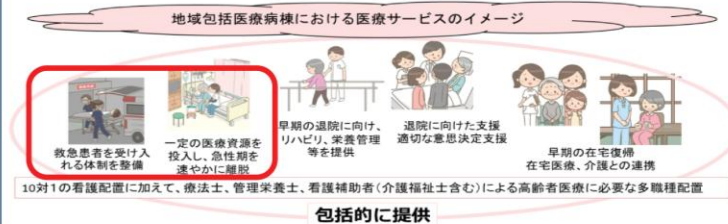
構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 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と、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に多い傷病は一定程度共通。
- 高齢者救急や一般的な救急において、在宅・施設等で療養を行っている患者の受入れの役割を担うことが期待され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。

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

資料出所：2023年DPCデータ

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

60

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 病床機能報告制度においても、2040年に向けて増加する高齢者救急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」が「包括期機能」として、その位置づけが見直されることとなった。

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

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 病床機能の報告に当たっては、これまでと同様、自主的に医療機関が報告することとなるが、一定の客観性をもった報告となるよう、医療機関は、各病床機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類を参照し、病床機能の報告を行うことがガイドラインにおいて示されている。
- ※病床機能報告は、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではなく、各病棟において実際に担っている医療機能や入院患者の状態を含めた客観的なデータ等を踏まえて、医療機関が適切に判断し報告することが重要であることに留意

病床機能報告における報告の目安

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

※ 診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 「令和8年度医療機関機能報告」において、該当医療機関から報告いただく項目（予定）は下表のとおり。
※医療機関機能報告の制度開始にあたり、病床機能報告の既存の入力項目が必須項目に変更される事項（医療機関の築年数・構造）もある。

令和8年度医療機関機能報告の報告項目等について

医療機関機能報告	
医療機能等	医療機関機能に関する内容
現時点で担っている医療機関機能 2040年において担う医療機関機能 ※調整会議での決定以降は、決定した医療機関機能を報告	救急医療の提供状況 救急車受け入れ件数（年齢区分別＊、経路区分別＊、転院搬送件数（下り搬送、上り搬送を含む。）＊） ※年齢区分については、15歳、65歳、75歳、85歳で区分する ※経路区分については、既存の入機経路区分を一部見直す
構造設備・人員配置	医療機関機能に関する内容
同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等 標榜診療科 築年数・構造† 手術室数 災害拠点病院指定の有無 へき地拠点病院指定の有無 周産期母子医療センター指定の有無 小児救命救急センター・地域小児救命救急センター指定の有無 医療措置協定の内容 初期臨床研修の実施状況 専門研修の実施状況	手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置）※手術（帝王切開術を除く。）は全身麻酔を伴うものに限る 緊急手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術の時間外加算/休日加算/深夜加算併算件数）※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む 退院患者数（年齢区分別＊） 休日におけるリハビリテーション実施体制の有無 回復期リハビリテーション病棟退院患者数（状態区分別、在棟期間区分別） 外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション料等） 在宅復帰等に向けた取組（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、排尿自立支援加算、栄養サポートチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）
人員に係る内容等	連携状況 協力医療機関として連携する高齢者施設等の数 協力対象施設入所者の受入のための確保病床数 高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等連携往診加算）
	在宅医療の提供状況 連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先/後方支援に係る連携先） 連携する訪問看護ステーション数 在宅医療の実績（訪問診療実績（訪問診療料等算定回数）、往診実績（往診料算定回数）、訪問看護実績（在宅患者訪問看護指導料等の算定回数、訪問看護費等（介護保険）の算定回数）、併設訪問看護ステーションの訪問看護実績、訪問リハビリテーション実績（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等の算定回数、訪問リハビリテーション費等（介護保険）の算定回数）、看取り実績＊） 在宅療養患者の受入のための確保病床数 在宅療養患者の受入状況（緊急入院受入件数＊、在宅患者緊急入院診療加算）

† 病床機能報告における既存の入力項目について、医療機関機能報告として入力必須とする
＊ 前年の実績等を入力する項目であることを踏まえ、令和9年度以降入力必須とする。

期間・時点

7月1日時点

1年分（前年の実績等）

病床機能報告

見直し前

- 一般病床用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合
- リハビリテーションの状況（回リハ病床入院料を算定する病床、有床診）
- 看取りを行った患者数（在支診/病）、往診・訪問診療等患者延べ数（在支診）等
- 各報告項目における月別報告



見直し後（令和9年度以降）

- （削除予定）
- （削除予定）
- （医療機関機能報告に統合した上で、削除予定）
- （削除予定）

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 医療機関機能報告の開始に合わせて、一部見直しが行われる「令和8年度病床機能報告」において、該当医療機関から報告いただく項目（予定）は下表のとおり。

令和8年度病床機能報告の報告項目について

医療機能等		入院患者に提供する医療の内容					
医療機能（現在/2040年の方向） ※介護施設に移行する場合は移行先類型				全身管理	中心静脈注射	呼吸心拍監視	
					酸素吸入	観血的動脈圧測定	
構造設備・人員配置等		手術の幅広い実施	手術総数	全身麻酔の手術件数	早期からのリハビリテーション	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	人工呼吸
			人工心肺を用いた手術	胸腔鏡下手術件数		経管栄養・薬剤投与用力ターテル交換法	
		心筋梗塞等への治療	腹腔鏡下手術件数	内視鏡手術用支援機器手術数	疾患別リハビリテーション料		
			悪性腫瘍手術件数	病理組織標本作製	障害児（者）リハビリテーション料		
病床数・人員配置・機器等	設置主体 主とする診療科	術中迅速病理組織標本作製	放射線治療件数	がん患者リハビリテーション料			
		化学療法件数	がん患者指導管理料	認知症患者リハビリテーション料			
		抗悪性腫瘍剤局所持続注入	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	急性期リハビリテーション加算			
		超急性期脳卒中加算	t-PA投与	早期リハビリテーション加算			
		経皮的冠動脈形成術	入院精神療法	早期離床・リハビリテーション加算			
		精神科リエゾンチーム加算	認知症ケア加算	初期加算			
		精神疾患診療体制加算	精神疾患診断治療初回加算	摂食機能療法			
		ハイリスク分娩管理加算	ハイリスク妊産婦共同管理料	休日リハビリテーション提供体制加算			
		地域連携分娩管理加算	救急搬送診療料	入院時訪問指導加算			
		観血的肺動脈圧測定	持続緩徐式血液濾過				
重症患者への対応	大動脈バレーンパンピング法	経皮的肺補助法					
	補助人工心臓・植込型補助人工心臓	頭蓋内圧持続測定					
救急医療の実施	人工心臓	血漿交換療法					
	人工心臓	血球成分除去療法					
在宅復帰後の急性期後・在宅療養への支援	吸着式血液浄化法						
入院患者の状況	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	在宅患者緊急入院診療加算					
入院患者の状況	救命のための気管内挿管	体表面ベージング法／食道ベージング法					
	非開胸的心マッサージ	カウンターショック					
入院患者の状況	心臓穿孔	食道圧迫止血チューブ挿入法算					
	早期栄養介入管理加算						
入院患者の状況	処置・手術の休日加算、時間外加算、深夜加算						
入院患者の状況	入退院支援加算・小児加算 入院時支援加算						
	救急在宅等支援病床初期加算・在宅患者支援療養病床初期加算						
入院患者の状況	有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算・有床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算						
	急性期患者支援（療養）病床初期加算・在宅患者支援（療養）病床初期加算						
入院患者の状況	地域連携診療計画加算	退院時共同指導料					
	介護支援等連携指導料	退院時リハビリテーション指導料					
入院患者の状況	退院前訪問指導料	二次性骨折予防継続管理料					

期間・時点

7月1日時点

1年分（前年4月～報告年3月分）

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- ・ 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、遅くとも2028年度までに決定し報告した上で、当該報告以降については、協議の整ったものを報告する。
（※）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。
- ・ 在宅医療等連携機能について、**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ものの、高齢者救急・地域急性期拠点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することはしない**とされている。

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、高齢者救急・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。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の目的は、手術や救急医療等の役割分担を進めていくためのものとされている。
- 急性期拠点機能の確保に向けた大きな流れとして、①地域ごとに確保すべき医療機関数を設定 ②各医療機関機能を担う医療機関を決定 ③医療機関機能に応じた役割分担の方向性、あり方についての協議 の順に進んでいく。

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にするのではなく、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、患者の流出入の状況や区域全体及び各医療機関の全国的な水準と比較した診療実績、2040年に向けた症例数や医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、**将来的な医療機関の役割分担に資するよう設定する。**
(※) 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。**

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 急性期拠点機能の確保に向けた協議の進め方の詳細は下図のとおり。
- 山形県においては、区域の点検・見直しが必要となる地域が複数存在することから、①構想区域の設定 ②急性期拠点機能を担う医療機関の数の設定は、地域医療構想部会が中心となって、両者を一体的に協議していくことが必要。
- その上で、各医療機関機能を担う医療機関の決定にあたっては、構想部会における協議事項や方向性等に基づき、地域の実情を踏まえながら、地域医療構想調整会議等において、主体的に協議を行っていくことを想定。

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。

一体的に議論

◆構想部会が中心となって一体的に議論

方向性
提示
(複数回
想定)

協議・報告
(複数回
想定)

一体的に議論

◆調整会議において主体的に議論

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 急性期拠点機能を担う医療機関の役割については、以下の機能を担うことなどが期待されている。

急性期拠点機能を担う医療機関の役割

総合的な診療機能

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する医療について、地域の実情に応じて総合的に提供することが求められる。具体的には、消化器外科や整形外科、循環器内科、脳神経外科等を中心とした頻度の高く、救急対応や手術等を要する疾患に対応できる必要がある。
- 小児・周産期医療や精神医療等の一部の診療領域については、人口の少ない地域等において、地域の資源を集約して、急性期拠点機能を担う医療機関が担うことも考えられうるが、大都市部等において、既に他の医療機関によりこうした診療領域の体制が整備されている場合、新たに当該領域の診療機能を担う必要はない。

その他の役割

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、地域において相対的に多くの医療資源が配置されることになることから、関連する様々な役割を担うことが求められる。

	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	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入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入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	病床確保や医療人材派遣をはじめとして、新興感染症発生時に備えた都道府県との医療措置協定を締結する。
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、医師の修練の場を提供	急性期拠点機能を担う医療機関には、手術等の急性期症例も集約され、医師も重点的に配置されることになるため、一定の症例数や適切な指導体制の整備が求められる初期臨床研修や専門研修に積極的に協力する必要がある。
地域における必要な病床の確保のための積極的な役割	医療需要の動向に応じた病床数の整備を推進	今後、手術等の医療資源を多く必要とする医療ニーズの減少が見込まれる中、高齢者救急等の症例を必要以上に受け入れることはせず、総合的な急性期医療の提供機能を維持できる範囲で、病床数の適正化（ダウンサイズ）を行う。
地域への医師の派遣	地域の他の医療機関へ医師等を派遣し、地域の医療提供体制を維持	地域において医師が相対的に多く配置されることになるため、地域の他の医療機関への当直医や代診医の派遣等により、地域全体の医療提供体制の確保に積極的に関与する必要がある。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 急性期拠点機能を担う医療機関の数については、当該構想区域の2040年の人口規模に基づき「20万人から30万人程度につき一か所程度」が目安とされている。
- 構想区域の見直しの協議にあたり、人口規模が限られた構想区域であって、地理的な要因等により広域化等の見直しを行わないこととした場合においては、急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを検討することや、当該構想区域内で一定の急性期医療を担えるよう、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保しつつ、近隣の区域の急性期拠点機能を担う医療機関等との連携や、連携・再編・集約化の取組、医師の確保等の取組を検討することが求められている。

急性期拠点機能を担う医療機関の数について

急性期拠点機能を担う医療機関の数

- 構想区域における急性期拠点機能を担う医療機関の数は、当該構想区域の2040年の人口規模に基づき「20万人から30万人程度につき一か所程度」が目安となる。
- 人口規模が100万人を超える区域や、都道府県間をまたいで患者が多く流出入している首都圏に所在する区域については、目安を一律に適用すると、機能の異なる様々な医療機関が同じ急性期拠点機能として位置付けられることとなるため、単に人口規模に基づき設定するのではなく、一定の総合性を有する医療機関に限り設定することとする。
- 地方都市型の区域や人口の少ない区域においては、診療実績が同程度の複数の急性期医療機関が存在する場合があるが、現状の診療実績が同程度であることを理由として、急性期拠点機能を当該複数か所確保するといった進め方は適切でない。診療実績等について、他の区域の比較等、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。
- 大学病院本院については、医育及び広域診療機能を報告し、急性期拠点機能は報告しないが、地域における二次救急等の急性期医療も実施している場合もあり、こうした区域においては、当該大学病院本院の診療実態等も考慮した上で、急性期拠点機能を担う医療機関の数を検討する。
- 構想区域の見直しの協議において、人口規模が限られた構想区域であって、地理的な要因等により広域化等の見直しを行わないこととした場合においては、急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを検討する。この場合であっても、当該構想区域内で一定の急性期医療を担えるよう、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保しつつ、近隣の区域の急性期拠点機能を担う医療機関等との連携や、連携・再編・集約化の取組、医師の確保等の取組を検討する。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- ・ 将来的な医療機能維持の観点から、厚生労働省が検討の目安として類型化した「区域」と「人口規模」を基に、本県の人口（R7国勢調査【速報値】）を機械的に当てはめた場合には、村山地域は「地方都市型」、最上地域、置賜地域及び庄内地域は「人口の少ない地域」に概ね区分される。
- ・ このうち、急性期拠点機能については、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度に一か所を確保することを目安とし、具体的な医療機関を決定していく必要がある（特に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検討したうえで、圏域の設定と一体的に検討していく必要がある）。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

人口規模を機械的に当てはめた場合の地域想定(令和5年社人研推計値：2040年)

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、骨折の手術など、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 村山(43.9万人)	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 最上(4.7万人) 置賜(14.8万人) 庄内(19.4万人)	～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	

大学病院別枠ルールの適用は地域の実態に即して判断

※ 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

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 急性期拠点機能を担う医療機関の決定にあたり、ガイドライン記載の留意事項は下記のとおり。
- 急性期拠点機能の決定にあたっては、今後の人口構造の変化とそれに伴う医療需要の変化の見込みや、建物の老朽化・建替見込み、各種補助金・繰入金の活用状況を踏まえ、従前と同様の診療機能や役割の維持を前提とせずに、2040年において現実的に担いうる医療機関機能を検討（建物の状況など施設の整備状況等も踏まえて協議を行うことも重要）するとされている。

急性期拠点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、当該区域において、急性期拠点機能として果たすべき役割を満たすことができるよう、手術や救急医療等の急性期医療の役割分担や人的協力の取り決め等の具体的な取組も併せて確認しつつ、急性期拠点機能を担う医療機関を決定する。
- 今後の人口構造の変化とそれに伴う医療需要の変化の見込みや、建物の老朽化・建替見込み、各種補助金・繰入金の活用状況を踏まえ、従前と同様の診療機能や役割の維持を前提とせずに、2040年において現実的に担いうる医療機関機能を検討する。開設主体に基づき急性期拠点機能を担う医療機関を決定するといった考え方は想定されず、設立主体によらず、診療実態や将来の医療資源の確保の見込み等を踏まえて検討する。
- 地方の自治体立病院は、小児・周産期医療等をはじめとした不採算とされる政策医療や人口の少ない地域での医療を担っている場合がある。今後、自治体財政上の制約等を背景に、医療機関の連携・再編・集約化の検討が一層求められることが見込まれる中、具体的な収支の状況も踏まえながら、一定の急性期医療を担う近隣の公的病院や民間病院に、当該自治体立病院が担っている政策医療等を集約することも検討する必要がある。
- 建物の状況など施設の整備状況等も踏まえて協議を行うことも重要である。地域医療構想は2040年やその先の将来にわたって持続可能な医療提供体制の構築を目的とするものであり、単に、築年数が浅いことをもって急性期拠点機能を担う医療機関として選定するのではなく、診療実績等も含めた総合的な検討により決定し、公的医療機関や民間医療機関等であっても、設立主体の別を問わず、施設整備等に係る費用の支援も含めて検討することが求められる。
- 以下のような場合については、急性期拠点機能以外の医療機関機能を担っていくことも検討する必要がある。
 - 診療実績等が相対的に低く、人材確保等の制約から、将来的には、手術等の急性期医療は、当該区域内の他の急性期医療機関や、隣接区域において急性期拠点機能を担う医療機関に集約して行っていくことが現実的であると考えられる場合
 - 同一市内等の近接した地域に、同程度の急性期医療の実績を有する医療機関が存在し、将来的な医療ニーズや人材確保の見込みも踏まえると、将来にわたり双方の症例数を確保していくことが困難な場合

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 医療機関機能の確保に向けた協議にあたっては、5疾病6事業等における医療機関類型や診療報酬上の評価に用いられている要件等を確認、把握していくことも想定されている。

実績等に係る要件が設定されている主な事例

- 協議に当たっては、5疾病6事業等における医療機関類型や診療報酬上の評価に用いられている要件等を確認、把握していくことも考えられる。

項目	規定	要件					
地域がん診療連携拠点病院	がん診療連携拠点病院等の整備について (令和4年8月1日付け健発0801第16号厚生労働省健康局長通知)	・①または②を概ね満たすこと。なお、同一がん医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。 ① 以下の項目をそれぞれ満たすこと。 ア 院内がん登録数(入院、外来は問わない自施設初回治療分)年間500件以上 イ 悪性腫瘍の手術件数 年間400件以上 ウ がんに係る薬物療法のべ患者数 年間1,000人以上 エ 放射線治療のべ患者数 年間200人以上 オ 緩和ケアチームの新規介入患者数 年間50人以上 ② 当該がん医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること。					
災害拠点病院	災害拠点病院指定要件の一部改正について (令和5年2月28日付け医政初0228第1号厚生労働省医政局長通知)	(抜粋) ・災害派遣医療チーム(DMAT)を保有し、その派遣体制があること。 ・診療機能を有する施設は耐震構造を有することとし、病院機能を維持するために必要な全ての施設が耐震構造を有することが望ましい。 ・多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な診療設備等を有すること。 ・原則として、病院敷地内にヘリコプターの離着陸場を有すること。 ・DMATや医療チームの派遣に必要な緊急車輛を原則として有すること。					
急性期総合体制加算	基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (令和8年3月5日保医発0305第7号)		加算1	加算2	加算3	加算4	加算5
		全身麻酔手術	2000件以上			1200件以上	800件以上 (地域最多救急病院除く)
		要件	下記アからキのうち6つ以上及びク、ケ	下記アからキのうち4つ以上及びク又はケ	下記アからキのうち5つ以上	下記アからキのうち3つ以上及びク又はケ	下記アからク及びコのうち2つ以上
			ア 悪性腫瘍手術400件以上 イ 腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術400件以上 ウ 心臓カテーテル法手術200件以上 エ 心臓胸部大血管手術60件以上(加算1及び3では100件) オ 消化管内視鏡手術600件以上 カ 脳神経外科手術50件以上※ キ 放射線治療(対外照射法)200例以上 ク 分娩件数100件以上 ケ 6歳未満の手術40件以上 コ 医療提供機能連携加算の届出(地域最多救急病院が加算5を算定する場合に限る) ※地域最多救急病院が加算5を算定する場合、急性期脳卒中加算等10件以上を満たすことで差支えない				

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 区域内において、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、関係者間の協議が調わない場合の進め方について、地域医療構想策定ガイドラインでは以下の考え方が示されている。

令和8年7月3日 地域医療構想策定ガイドライン（抄）

- 区域内において、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、関係者間の協議が調わない場合の考え方は以下のとおり。
 - ・ 地域において設定すべき数以上の医療機関が急性期拠点機能を担う意向があり、協議が円滑に進まない場合であって、医療機関から求めがあった場合や都道府県が必要と認めた場合等については、**都道府県が病院間での意見交換等の場を設定する。**
 - ・ 病院間での協議でも調わない場合においては、**都道府県や医師の人的協力を行う大学病院本院も交え、人材確保の見通しを踏まえた上で、協議を行う。**
 - ・ 例えば、大都市、**地方都市部**において、県立病院と市立病院、あるいは市立病院同士等が近接して所在し、急性期医療の役割分担について協議が必要となるような場合は、**県と市の病院事業担当部局が、県の地域医療構想担当部局、医療関係者、人的協力を行う大学病院本院等の協力を得ながら、診療実態や各種補助金・繰入金の活用状況等を踏まえ協議を行い、2040年に向けた連携・再編・集約化の方針の下で、それぞれの病院がどのような役割分担を行っていくか整理する必要がある。**
 - ・ その上で、なお、関係者間の協議が調わない場合には、**都道府県において、改めて各医療機関の診療実績や将来の医療需要の見通し等を客観的に勘案し、医療関係者や人的協力を行う大学病院本院等の協力も得ながら、方向性を決定する。**なお、その場合、急性期拠点機能を担わないこととなった病院についても、高齢者救急の対応や地域の初期救急の対応等、地域で必要な役割を果たすことができるよう、高齢者救急の主な受入先とする体制を構築するなど、関係医療機関との協議も踏まえ、具体的な取組を検討していく。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【②医療機関機能】

- 医療の質や従事者の持続的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有する医療は、急性期機能を担う医療機関に集約していくとともに、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など、連携・再編・集約化に係る基本的な方針を、県全体で共有することが重要。

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・医療機関機能の検討にあたっての論点

【③必要病床数の考え方】

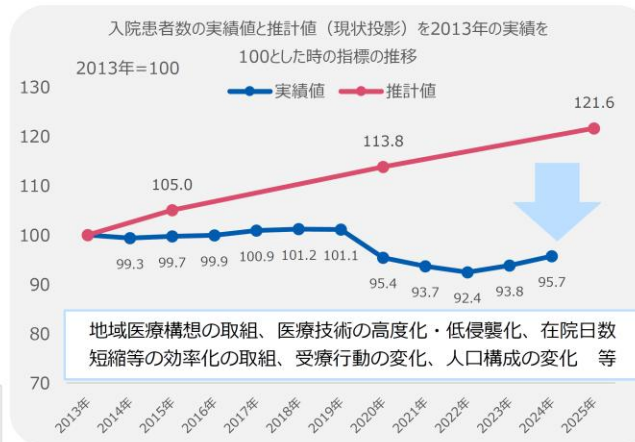
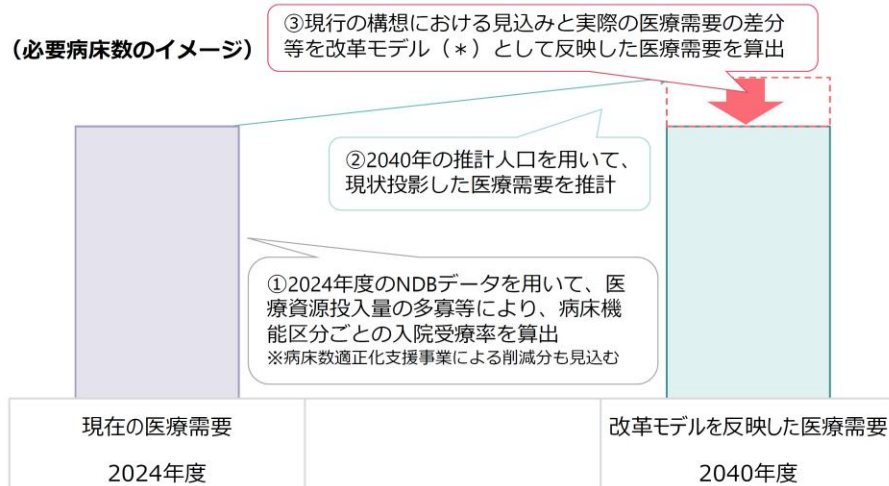
- 2040年の病床機能区分別の必要病床数については、下記の考え方により算定される。

2040年の必要病床数について

必要病床数の考え方

- 2040年の病床機能区分別の必要病床数については、①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出し、②2040年度の性・年齢階級別人口に乗じることで、現状投影した医療需要を推計、③その上で、地域医療構想の取組による効果等を改革モデル（*）として反映した医療需要を算出、病床稼働率で割り戻し、病床数に変換する。

（必要病床数のイメージ）



* 改革モデル

- ・ 入院受療率の低下傾向や、現行の地域医療構想の取組等の効果を反映するため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院受入時からのリハビリ等の提供による、早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現行の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映する。
- ・ 増加が見込まれる高齢者救急について、一定割合を包括期機能の病床で対応する必要性等を踏まえ、75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていること等に鑑み、急性期の75歳以上の入院患者の5割を引き続き急性期として、残り5割を包括期の需要として見込む。
- ・ また、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する整形外科患者について、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を見込む。
- ・ 病床稼働率について、現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本とし、さらに、今後の医療DX等の取組、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分を見込む。

必要病床数の留意点

- 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。
- 人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年と2036年で見直しを行う。

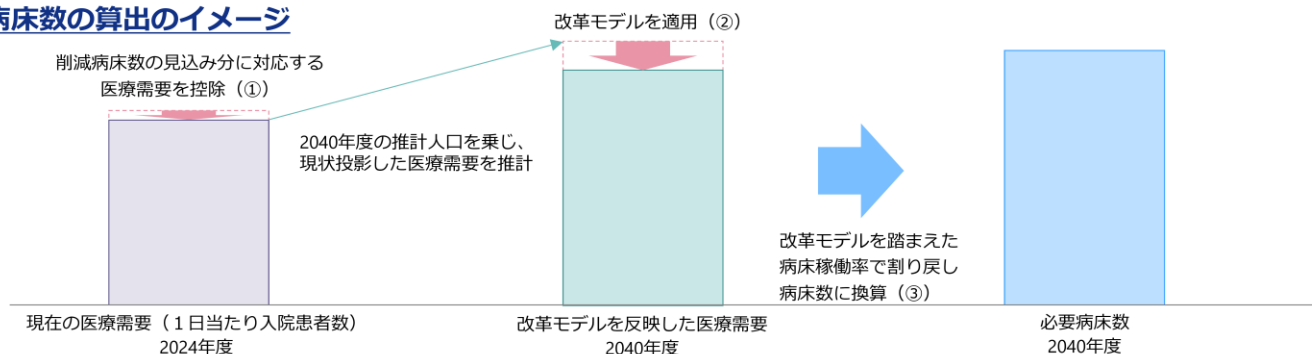
構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【③必要病床数の考え方】

- 医療需要及び必要病床数の推計方法の算出式の詳細は下記のとおり。第2回構想部会までに、山形県における2040年の病床機能区分別の必要病床数を推計、提示していくことを想定している。

2040年の必要病床数の算出について

必要病床数の算出のイメージ



概要	内容
① 病床数適正化支援事業による削減病床数の見込み分の反映	- 令和7年度補正予算による病床数適正化支援事業は、新たな地域医療構想の取組開始前に病床数の適正化に取り組むことを目的としており、当該事業趣旨を踏まえ、病床数削減を前提とした推計を行う。 - 一般病床・療養病床の必要病床数を超える約5.6万床のうち、稼働病床と見込まれる約3.2万床分について、一般病床・療養病床の病床利用率を乗じ、入院患者数に換算。 - 一般病床・療養病床の入院患者数から、上記患者数を控除した場合の減少率を算出し、「1－減少率」を性・年齢階級別の一般病床・療養病床の入院患者数に乘じる。
② 改革モデルの適用 (現行構想の効果の反映)	現行構想の取組等による効果分として、現行構想策定時の2024年度の推計患者数 (現状投影) と2024年度の患者数 (実績値) の差分の比率を乗ずる。
(包括期への移行)	75歳以上の急性期の入院患者の50%を包括期に移行する。
(回復期リハの効率化)	回復期リハビリテーション病棟の入院患者数のうち整形外科分の平均在院日数について、地域包括ケア病棟での平均在院日数との差分の減少を見込む。
③ 改革モデルを踏まえた病床数への換算	- 現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期83%、包括期87%、慢性期92%とする。 - さらに、今後の医療DX等の取組等による、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分として、高度急性期・急性期＋1%、包括期＋2%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加える。

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【④慢性期医療・介護との連携】

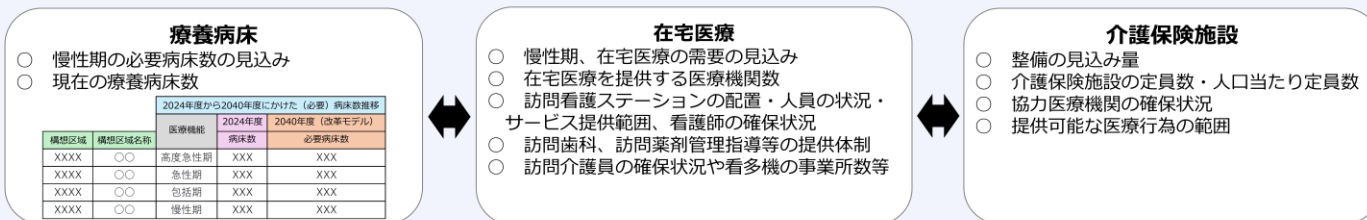
- 医療と介護の複合ニーズを有する者、認知症を有する者等が増加することが見込まれることから、入院医療、在宅医療、介護保険施設が、それぞれの機能に応じて役割分担しつつ、連携する体制の確保が重要となる。
- 特に、慢性期の医療需要は、療養病床、在宅医療、介護保険施設のいずれかのみで受け止めるのではなく、地域に既に存在する資源を組み合わせるという観点で検討することが必要となる。

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のではなく、地域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。



在宅医療の提供・介護保険施設活用の方向性

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て対応。
- 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

構想区域・医療機関機能の検討にあたっての論点

【④慢性期医療・介護との連携】

- ・ 在宅医療等連携機能の確保に係る協議の進め方については、以下のとおり。
- ・ 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する必要がある。
- ・ その上で、現在の医療・介護資源の状況を把握・確認しつつ、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していく必要がある。

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。

人材確保にあたっての論点

- ・ 新たな地域医療構想では、医師派遣における大学病院と県の連携が重視されている。
- ・ 診療科別の医師数（年齢等を含む）や山形大学など関係医局からの派遣状況について、関係者間の情報共有・把握を行っていくことが重要。 例） 麻酔科医の将来推計・配置状況 → 県内で設定しうる急性期拠点機能の数の考慮条件 等
- ・ 医療従事者の現状や将来見通し等を把握・検討するため、県内各病院に対し、別途調査を行う方向で検討。

令和8年1月28日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

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

麻酔科医は全県で56人
(R6調査 全国46位)

急性期拠点が実施する
休日夜間の緊急手術に対
応可能な人員体制の視点

麻酔科医の常勤医師数、
オンコール体制等の確認
が必要ではないか

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

人材確保にあたっての論点

- ・ 人材確保に関して、地域医療構想策定ガイドラインにおける記載事項は下記のとおり。

令和8年7月3日 地域医療構想策定ガイドライン（抄）

- ～医療機関機能の確保に関する協議を進めていく中で、医師の配置状況等のデータを踏まえつつ、当該区域においてどの医療機関に、どの診療領域の医師が、どの程度必要となるかを把握する。
- そうした上で、都道府県調整会議において、～ 大学病院本院による人的協力のあり方、地域枠医師等の活用の方向性、構想区域を越えて確保すべき診療領域の医師の確保の方向性等について協議を行う。特に、急性期拠点機能を担う医療機関への外科医、麻酔科医等の派遣、区域内では完結的に確保することが困難な専門的医療を支える医師の確保、人口の少ない地域等への代診医の確保等については、都道府県全体の観点から整理することが重要である。
- 具体的には、急性期拠点機能を担う医療機関において必要となる外科医、麻酔科医等の確保、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関において必要となる内科系医師等の確保について、都道府県は大学病院本院と連携しながら検討していくことが必要である。
- また、大学病院本院や急性期拠点機能を担う医療機関は、相対的に多くの医師が配置されることとなるため、当該医療機関は地域の他の医療機関に対し、代診医や当直医の確保等について協力することが求められる。都道府県は、協議の場において、こうした人的協力のあり方についても検討することが重要である。
- ～都道府県は、構想区域ごとの協議を踏まえ、どの区域において、どの医療機関機能の確保のために、どのような診療領域の医師が必要となるかを整理し、大学病院本院と共有することが重要である。一方、大学病院本院は、こうした地域の必要性を踏まえ、教育及び研究への影響も勘案しつつ、急性期拠点機能を担う医療機関への外科医、麻酔科医等の派遣、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関への内科系医師等の協力、へき地や人口の少ない地域における代診医の確保等について、都道府県と調整を行う。
- また、人的協力に関連して、都道府県は大学病院本院に、地域枠医師や自治医科大学を卒業した医師等、都道府県内で医師として就業する契約を締結している医師の情報を共有し、都道府県と大学病院本院の両者が医師の状況を共有しながら検討することが必要である。
- 都道府県内に大学病院本院が複数ある場合や、他の都道府県に所在する大学病院本院からも一定程度人的協力を得ている場合には、それぞれの大学病院本院が担う診療領域、人的資源の状況、地域との関係性等が異なることから、都道府県は、各大学病院本院の特性を踏まえつつ、人的協力の役割分担を整理することが重要である。

人材確保にあたっての論点

- ・ 県内各病院に対し、調査を行う様式については、現在検討中であるが、令和8年9月頃に実施される「令和8年医療施設静態調査」の設問も参照しながら、別途独自調査を行う方向で様式を検討中。
※特に医療従事者の年齢構成については、各医療機関を含む地域医療提供体制の持続可能性を検討するうえで重要な情報であることから、公表可能な集計単位（5歳刻みを想定）により、各病院へ調査を行う方向で検討中。

【参考：大分県の調査様式】

(公 印 省 略)

医 政 第 1 0 8 4 号
令和 7 年 9 月 2 6 日

各病院管理者 殿

大分県福祉保健部医療政策課長

令和 7 年度地域医療構想推進のためのデータ提供について（依頼）

本県の医療行政につきまして、平素から格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、当課では地域医療構想の推進に向け、各医療圏の課題を抽出・分析するとともに、地域での議論を支援することを目的にデータ分析事業を行います。
つきましては、各構想区域の分析に利用するため、医療法第 30 条の 5 の規定に基づき、下記のとおりデータのご提供をお願いいたします。

記

1	必要データ	職員調査票 〔 ・診療科別医師数データ ・年齢別看護職員数データ 〕 ※ 統計処理のため、エクセルデータのままだと提出ください。
2	調査時点	令和 7 年 6 月 1 日時点 ※ 医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査で用意いただく医師及び医療従事者名簿（6 月 1 日現在）を元に記載ください。
3	提供方法	下記メールアドレスまで送付をお願いします。
4	提供期限	令和 7 年 10 月 20 日（月）まで

【本件担当・送付先】

大分県福祉保健部医療政策課医療計画班 今津・河野
〒870-8501 大分県大分市大手町 3 丁目 1 番 1 号
TEL：097-506-2652 / Mail：a12620@pref.aita.lg.jp

診療科別医師数データ（2025年6月1日時点の人数をお願いいたします） 医療機関名称：

※労働時間による常勤・非常勤人数について、常勤換算人数をお願いいたします。

記載担当者：

※行数が足りない場合、適宜追加をお願いします。

No,	診療科 (全角文字入力)	常勤・非常勤 (選択式)	常勤換算人数 (半角数字入力)	年齢 (半角数字入力)	宿直・当直 (選択式)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

医療法（抄）

第三十条の五 都道府県は、医療計画を作成し、又は医療計画に基づく事業を実施するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署、**介護保険法第七條第七項**に規定する医療保険者（**第三十条の十四第一項**及び**第三十条の十八の五第一項**において「医療保険者」という。）又は医療提供施設の開設者、管理者若しくは設置者に対し、当該都道府県の区域内における医療提供施設の機能に関する情報その他の必要な情報の提供を求めることができる。

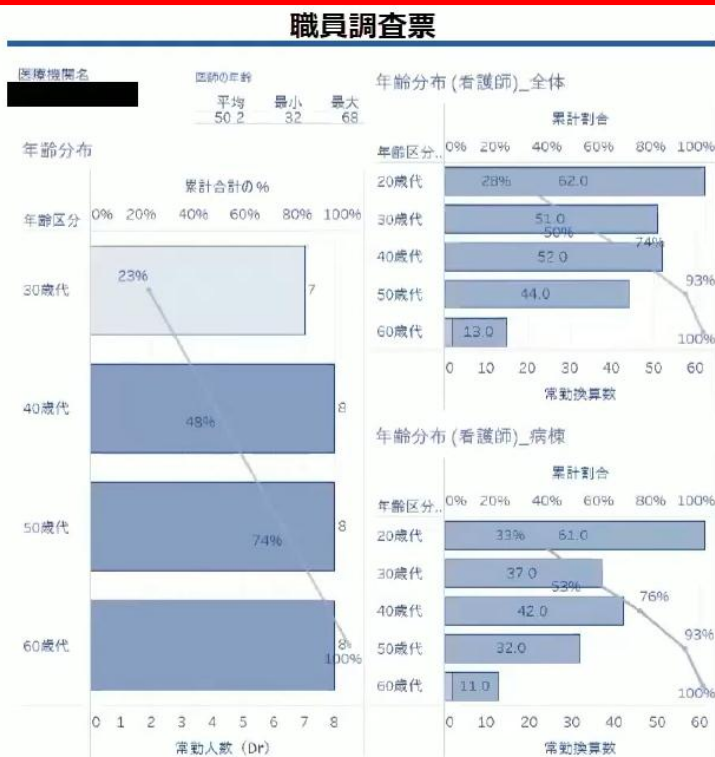
第二十五条 都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、必要があると認めるときは、病院、診療所若しくは助産所の開設者若しくは管理者若しくはオンライン診療受診施設の設置者に対し、必要な報告を命じ、又は当該職員に、病院、診療所、助産所若しくはオンライン診療受診施設に立ち入り、その有する人員若しくは清潔保持の状況、構造設備若しくは診療録、助産録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

人材確保にあたっての論点

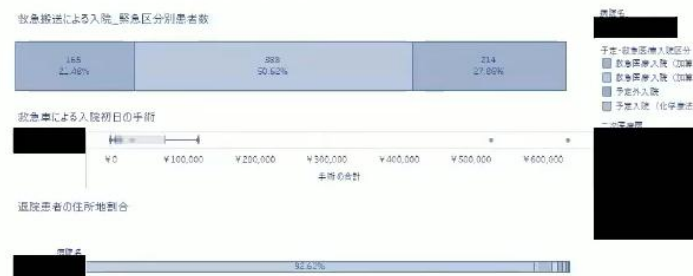
- ・ 他地域における、協議用の公表イメージは別添のとおり。

個別医療機関データの分析結果（サンプル）

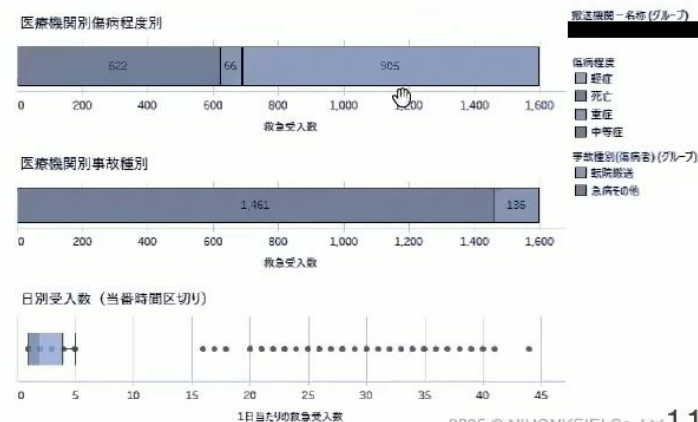
将来的に救急体制を維持するにあたり、医師・看護師の年齢分布、現在受け入れている救急搬送件数と患者層、緊急手術の実施状況等について確認し、経営状況も併せて5年後、10年後の体制を予想することで、事前に課題の整理を行う。



DPCデータ



救急搬送デ一タ



構想部会のスケジュール、各地域調整会議での協議事項（案）

- ・ 地域医療構想部会及び地域医療構想調整会議の今後のスケジュール、各地域において協議いただきたい事項は下記のとおり

Step1：構想区域の現状・課題の把握（地域医療構想部会①②）【今回・次回】

- ✓ 将来人口推計、患者の流出入、医療機関の配置状況、医療従事者の確保状況、医療へのアクセス等の客観的なデータをもとに県全体の方向性（**構想区域の素案、急性期拠点機能の考え方**）、地域医療構想調整会議での協議の論点を整理

次回開催予定：10月中旬～11月中旬

Step2：構想区域の現状・課題の把握（地域医療構想調整会議①（②））

- ✓ 地域医療構想部会の論点をもとに、構想区域の現状・課題を整理・共有した上で、区域として一定の医療提供の完結が可能か検証。整理した課題は、地域医療構想部会へ報告。

★検討・確認ポイント：医療提供体制の構築、必要病床数の運用の観点

時期：11月～令和9年1月

Step3：構想区域の検討・設定（地域医療構想部会③）

- ✓ 構想区域について、現在の区域の維持、隣接する区域との統合又は再編等の素案提示（**構想区域案、急性期拠点機能の考え方②**）★検討・確認ポイント：統合又は再編等の対応を実施しない場合の急性期拠点機能の配置の可否

時期：令和9年3月頃

Step4：構想区域の検討・設定（地域医療構想部会④）

- ✓ 県全体の構想区域案の決定

★検討・確認ポイント：統合又は再編等の対応を実施しない場合の急性期拠点機能の配置の可否

時期：令和9年4月～9月頃

構想部会のスケジュール、各地域調整会議での協議事項（案）

- ・ 新たな地域医療構想では、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む地域の医療提供体制全体を対象とし、その内容を踏まえた第9次医療計画を策定することとされている（第9次医療計画：2030年度～）。
- ・ このため、構想区域の現状・課題は、病床機能だけでなく、外来・在宅医療、かかりつけ医機能、医療・介護連携等を含め、地域全体の医療提供体制の観点から把握する必要がある。

令和8年7月3日 地域医療構想策定ガイドライン（抄）

2. 地域医療構想と医療計画の関係

- これまで、地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとされてきたが、新たな地域医療構想は医療計画の上位概念として位置付けられることとなる。
- 地域医療構想の方向性を踏まえ、医療計画に基づき取組を実行していくため、第9次医療計画に向けては、二次医療圏は、見直し等を通じて設定された構想区域と原則として一致させる必要がある。
- 医療計画は、**地域医療構想の実行計画として5疾病・6事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者の確保等の具体的な取組を定めることとなる。地域全体での医療に係る課題を把握し、病床機能や医療機関機能の確保等を進める中で、第9次医療計画から、新たな地域医療構想を踏まえた医療計画を策定する。**

外来医療計画、かかりつけ医機能の協議について

- 「外来医療計画」は、地域の外来医療機能（初期救急、在宅医療、公衆衛生等）等の偏在・不足を可視化し、医療機関の連携や医療機器の共同利用等を進めることで、地域に必要な外来医療機能を確保することを目的とする。
- 今年度中に、山形県外来医療計画（第8次後期）（計画期間：令和9年度から令和11年度まで）を策定する必要がある。

山形県外来医療計画（第8次前期）について



計画の概要

- ◆目的：地域に不足する外来医療機能（初期救急、在宅医療、公衆衛生等）等の情報や外来医療を担う診療所の医師の偏在状況を可視化し、新規開業者にその情報を提供することにより外来医師の偏在是正につなげるとともに、各地域の実情を踏まえ外来医療機能を確保する
- ◆位置づけ：医療法第30条の4の規定に基づき、第8次山形県保健医療計画の一部として山形県の外来医療提供体制の確保に関する事項について定めるもの
- ◆計画期間：令和6年度から令和8年度まで（3年間）
- ◆改正の方向性：厚生労働省が定める「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」の改正内容を踏まえ策定

現状と課題

○ 外来患者推計

全国では、2025年に外来患者数のピークが見込まれているところ、本県では人口減少に伴い2015年をピークに既に減少。
（平成29年患者調査等を基に厚生労働省において推計）

○ 医師の高齢化

本県で外来医療の多くを担っている診療所医師の70歳以上の割合が全国平均と比較して高く、今後診療所が担ってきた外来医療機能が不足していくことが想定される。

※診療所に従事する医師の70歳以上の割合：全国：21.8%、山形県：24.5%
（厚生労働省；令和2年度医師・歯科医師・薬剤師統計）

○ 外来医師の偏在状況（令和5年4月公表）

外来医師偏在指標は、県内すべての圏域で全国330二次医療圏の外来医師偏在指標の平均値を下回る状況。

	村山	最上	置賜	庄内
外来医師偏在指標	103.3	74.4	82.0	87.2
全国平均値	112.2			
全国順位	149	301	273	245

※外来医師偏在指標：地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を可視化したもの。医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流出、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定されている。

○ 紹介患者への対応を基本とする医療機関

一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担が増加する等の問題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、紹介患者への対応を基本とする「紹介受診重点医療機関」を設定。（R5.8月時点7箇所）

○ 医療機器の効率的な利用

医療機器の配置台数は地域や医療機器の種類により状況が異なるため、人口減少下においても医療機器が効率的に活用できるよう対応が必要。

外来医療を確保するための取組

1 地域で不足する外来機能の確保

二次医療圏ごとに不足する外来医療機能等について協議を行い、地域で不足する外来医療機能を確保するための目標設定及び達成に向けた取組を実施
いずれの医療圏においても不足する医療機能として、「初期救急」「在宅医療」「公衆衛生」を設定

村山圏域 「取組（主なもの）」 ・「かかりつけ医」の普及推進や適切な医療機関受診の周知啓発 ・在宅医療に対する理解の促進と在宅医療に取り組む関係者の増加充実を図る ・山形県医師確保計画等の施策を通じた医療従事者の確保・養成等	最上圏域 「取組（主なもの）」 ・山形県医師確保計画による医師確保の取組 ・地域の協議の場において、役割分担や連携について議論を行い、地域における課題を共有し、各医療機関が不足する外来医療機能の確保に努めることを促す
置賜圏域 「取組（主なもの）」 ・事業承継の促進や不足する診療科の開業誘致など、各地区医師会や市町等と連携して医師確保に努める ・在宅医療に対する理解を深めるための研修等を通じ、従事者の増加が図られることを促す等	庄内圏域 「取組（主なもの）」 ・在宅医療を担う関係機関相互の連携体制の充実強化及び訪問看護師等の人材確保と育成強化を支援 ・山形県医師確保計画による医師確保の取組等

2 外来医療に関する情報提供

新たに開業しようとする医療関係者等が自主的な経営判断を行うための有益な情報として参照できるよう、外来医師偏在指標等のデータを県ホームページで周知等

3 医療機器の効率的な活用

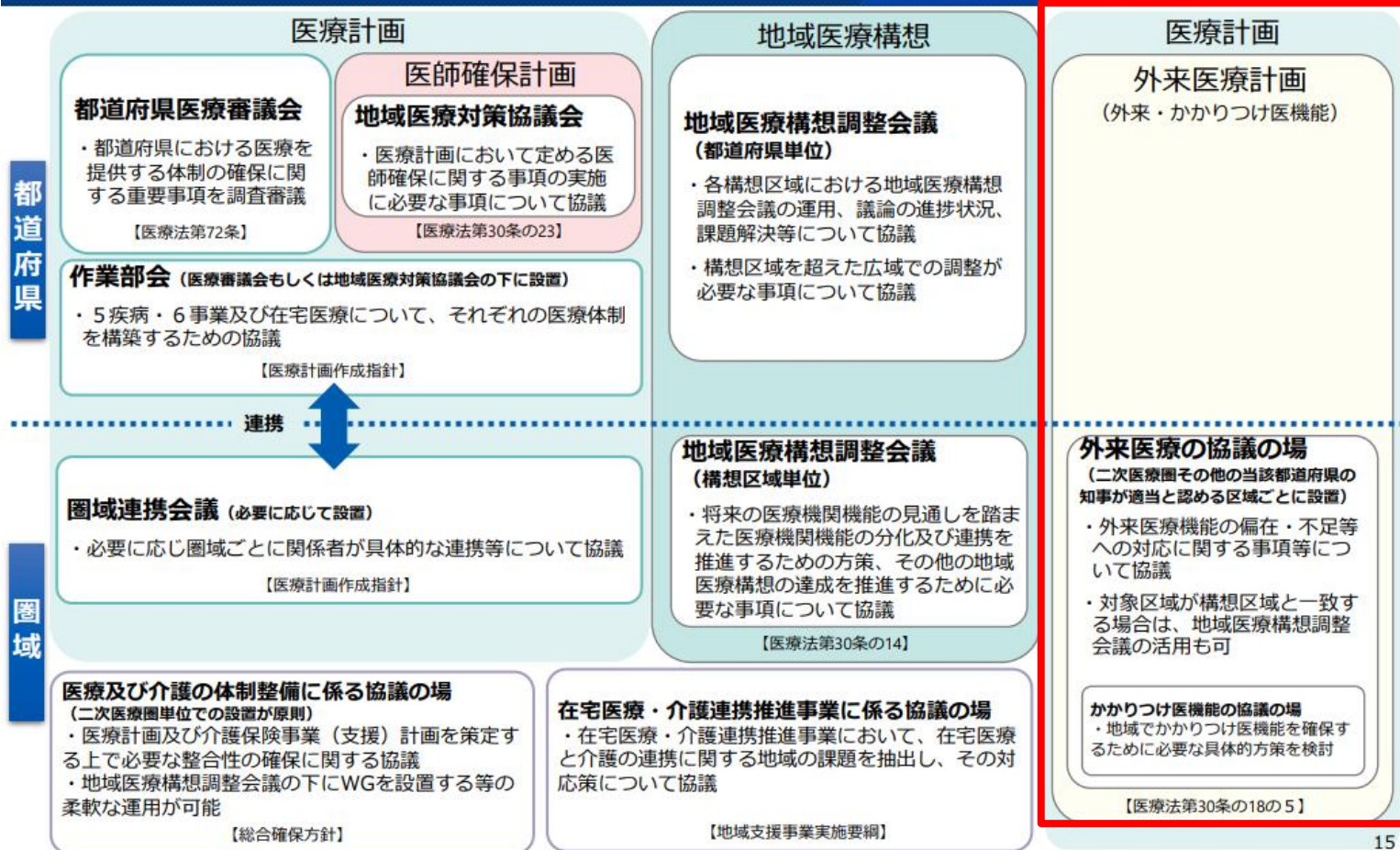
医療機器の効率的な活用を図るため共同利用の方針を定め医療機器の共同利用を推進
「共同利用の方針」

医療機器を新規に購入（又は更新）する場合、医療機関に「共同利用計画書」の提出を求め、各地域の調整会議において確認。共同利用を行わない場合は、その理由についても確認。
（対象機器）CT、MRI、PET、放射線治療機器、マンモグラフィ

外来医療計画、かかりつけ医機能の協議について

- ・ 今年度は、地域医療構想の策定に加え、次期外来医療計画の策定及びかかりつけ医機能に関する協議を同時期に進めることから、各制度の目的や協議事項を踏まえつつ、計画策定、協議に関連するデータを、地域医療構想関連資料と一元化したうえで、地域医療構想と外来医療計画の策定、かかりつけ医機能の協議が一体的に行われるよう対応していく。

(参考) 地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項



外来医療計画、かかりつけ医機能の協議について

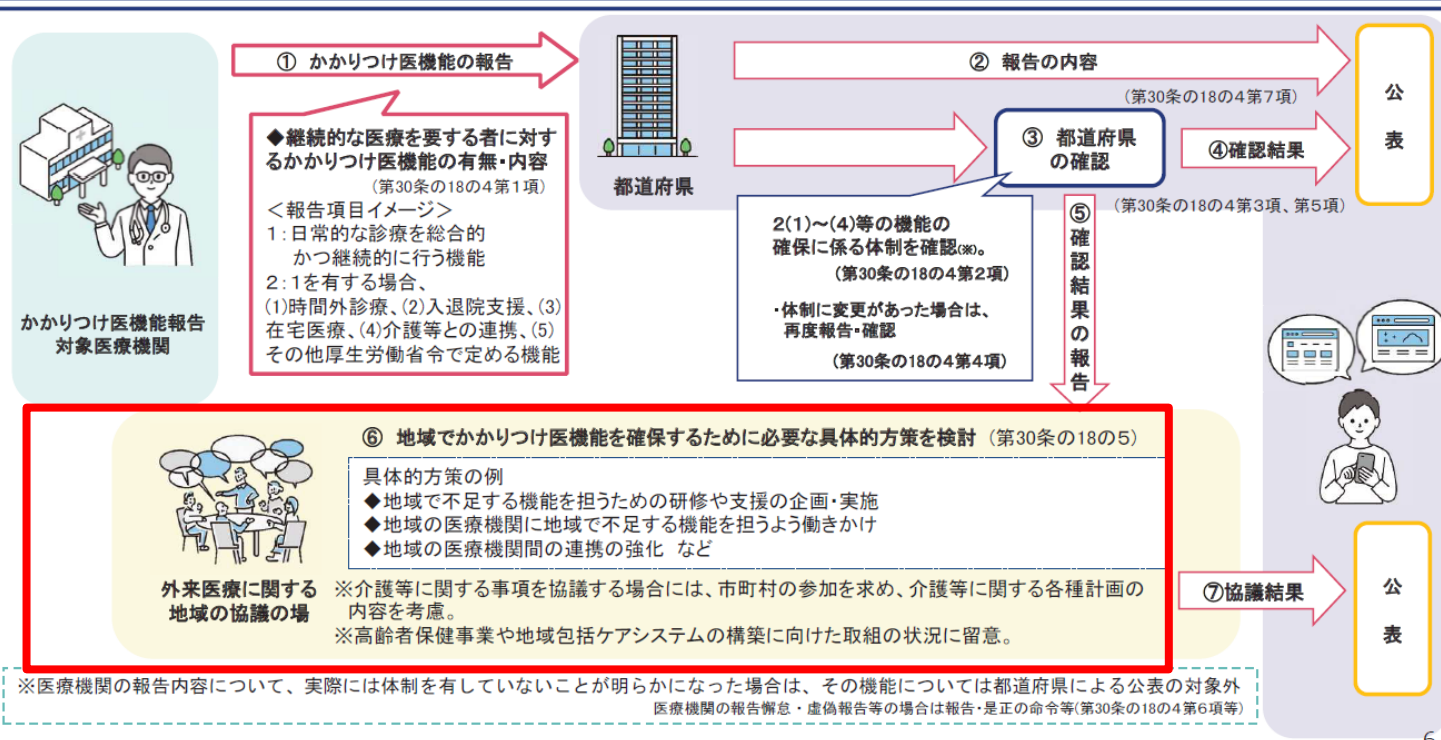
- 令和7年4月施行の改正医療法により、「かかりつけ医機能報告制度」が導入され、都道府県ではその報告結果を基に、保健所、市町村、医療関係者等が協議を行う「協議の場」を開催し、地域で不足する機能を確保する方策等の検討を行う必要がある。

かかりつけ医機能報告の流れ

令和5年11月15日 第1回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。

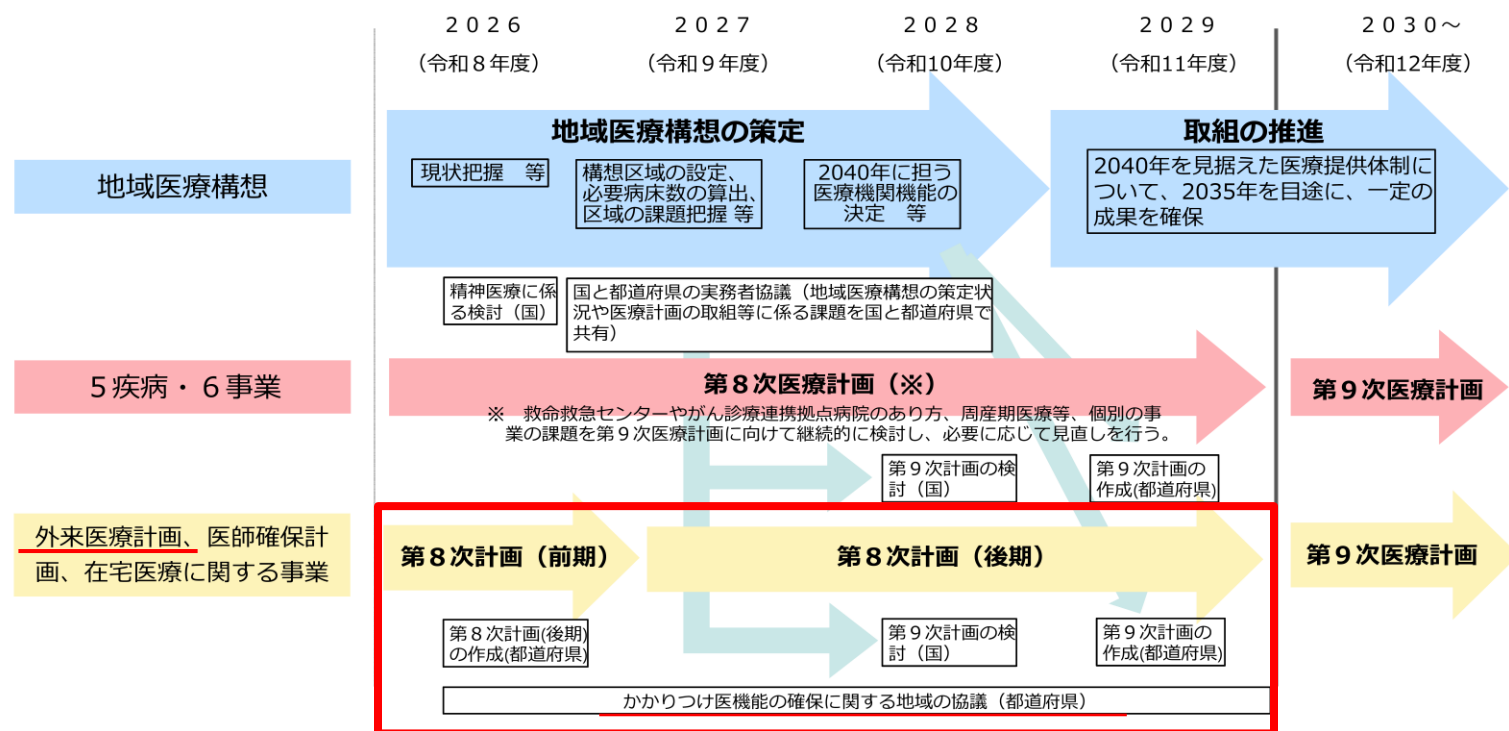


外来医療計画、かかりつけ医機能の協議について

- ・ 令和8年度は、新たな地域医療構想の策定と並行して、次期外来医療計画の策定及びかかりつけ医機能に関する協議を進める。
- ・ 次頁以降では、次期外来医療計画及びかかりつけ医機能の協議に関する今年度の検討スケジュールを示す。

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。



外来医療計画、かかりつけ医機能の協議について

- ・ 地域医療構想部会及び地域医療構想調整会議の開催にあたっては、次期山形県外来医療計画の策定スケジュールと整合を図りながら検討を進めていく。

外来医療計画（第8次後期）の策定スケジュールについて

	～7月	8月	9月	10月	11月	12月	R9/1月	2月	3月
R8	ガイドライン発出	8月5日「山形県保健医療推進協議会」で見直しを行う旨、了承	9月14日「第1回山形県保健医療推進協議会 地域医療構想部会」で策定の進め方等について協議	10月～11月「第2回山形県保健医療推進協議会 地域医療構想部会」で本編の協議	11月～1月 各地域の「地域医療構想調整会議」において、地域編の協議		令和9年1月「山形県保健医療推進協議会」で協議	他計画とともにパブコメ実施	令和9年3月「医療審議会」諮問・答申
参考(R5)			令和5年9月「山形県保健医療推進協議会 地域医療構想病床機能調整推進部会」で本編協議	各地域の「地域医療構想調整会議」において、地域編の協議	村山：12月18日 最上：12月21日 置賜：12月19日 庄内：12月20日		令和6年1月「山形県保健医療推進協議会」で協議	他の計画とともにパブコメ実施（保健医療計画、アルコール健康障害対策推進計画、障がい者計画等）	令和6年3月「医療審議会」諮問・答申

外来医療計画、かかりつけ医機能の協議について

- 「かかりつけ医機能」に関する協議についても、外来医療や在宅医療に密接に関連する内容であることを踏まえ、次期山形県外来医療計画の策定スケジュールと整合を図りながら検討を進めていく。

かかりつけ医機能に関する「協議の場」のスケジュールについて

今年度の進め方（検討内容・スケジュール）

【今年度の検討内容】

- かかりつけ医機能報告の結果等に基づき、①地域における医療提供体制の現状分析と課題の洗い出し、②対応の方向性の検討を行う。

※進捗に応じて、令和8年度中に議論するテーマ及び具体的な課題を決定し、議論を行うことも可

【スケジュール】

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	R9/1月	2月	3月
協議の場	協議の場に向けたデータ分析・資料調整		9月中旬～11月頃 かかりつけ医機能報告「協議の場」 地域医療構想調整会議・在宅医療専門部会			協議結果の公表	必要に応じて継続して議論		年度末 地域医療構想調整会議 かかりつけ医機能報告「協議の場」 の結果について報告
定期報告		報告内容の公表					医療機関における定期報告		