

については、症例数が多い医療機関ほど、医療の質が高いことが一般的に知られており、こうした高度な手術等については、地域の医療資源に応じて、構想区域よりも広域な単位で集約して実施することを検討する必要がある。

- また、胆嚢炎の手術等といった頻度が高い全身麻酔を要する手術については、均てん化され、構想区域ごとに確保されることが求められるが、医療資源が潤沢ではない地域であって、複数の医療機関で同じ診療科の手術をそれぞれ小規模で実施しているなど、小規模で全身麻酔手術を実施する医療機関が多く存在している地域においては、外科医師の確保や育成、麻酔科医等の周術期に関係するその他の職種の確保という観点を踏まえながら、体制について検討する必要がある。
- 救急医療の役割分担については、救命救急センター等の基幹的な病院が多くの救急車を受け入れて下り搬送を行う地域や、多くの医療機関で救急車を受け入れ、初期診療を実施した結果、緊急性が高く、専門的な医療が必要な場合等に、救命救急センター等に上り搬送を行うといった地域が存在している。増加する高齢者救急への対応等のため、急性期拠点機能を担う医療機関以外でも救急対応を確保する必要がある。高齢者救急に係る「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）の検討に当たっては、地域の実情に応じて下り搬送や上り搬送の活用等についても、メディカルコントロール協議会等において、地域医療構想の考え方も踏まえて検討することが求められる。
- また、医療機関機能の連携・再編・集約化について、例えば急性期拠点機能や急性期病床の集約化だけではなく、救急車の受入や手術の実施を行う医療機関の集約化や役割分担、夜間に緊急手術を行う医療機関の集約化等も取組として検討が必要である。

③ 高齢者救急について

- 高齢者は一般的に、年齢が上昇するほど介護が必要となり、また、高齢者救急については、誤嚥性肺炎や心不全等の疾患や症候が多く見られることから、入院医療の需要は高まるものの、高齢となるほど手術を要する入院の割合は低下していく。そうした疾患は、地域の基幹的な医療機関以外の医療機関も含め、多くの医療機関で対応されている。
- また、入院によりADLが低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーション・栄養管理・口腔管理を提供して早期からの離床を促すとともに、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。
- さらに、高齢者個人に着目すると、同年齢でもADL等の差が大きく、また、高齢者に特徴的な疾患や症候であっても、集中的に医療資源を投入し、救命の上で生活に復帰する場合も存在するなど、年齢で一概に高齢者救急を定義づけることは困難である。
- こうした特徴を踏まえると、患者の救急搬送先を選定する際に、何らか一律の基準をもって当該患者が高齢者救急であると判断して包括期機能の病床を有す

る医療機関に搬送する、といった一律な対応は困難であるが、救急隊と医療機関の情報連携や平時からの治療状況・方針等の情報連携の体制の構築や地域の医療提供体制の確保状況を踏まえながら、高齢者救急について実施基準に位置付けることが必要である。

- また、高齢者への適切な医療やリハビリテーションを提供するため、医療機関に加えて、介護老人保健施設や介護医療院においてリハビリテーションの提供が可能であること等、介護側の資源を理解し、早期退院や適切な受診につなげられる体制の確保が必要である。

④ 人口規模に応じた地域ごとの課題について

- 特に人口の大きな都市部においては、医療資源の差異以外にも、交通網の発達等といった様々な要因により、患者の受診行動が多様となり、区域間の患者の流入が複雑となっている。また、医療機関が極めて近接している場合等もあり、区域の境界部にも多くの医療機関が存在するなど、適切な区域の設定が困難である。流出率等が一定あることを踏まえながらも、地域での医療提供体制の協議や必要病床数の運用が可能な単位で、実態を踏まえて適切に区域を設定することが求められる。
- 大都市型や地方都市型の構想区域においては、急性期拠点機能を担う医療機関で全ての手術に対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関においても、例えば高齢者に対する骨折手術等、頻度の高い一部の手術については対応することが考えられる。こうした手術の役割分担については、足下で各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術件数、麻酔科医の数等も踏まえながら、地域ごとに協議し、役割分担を進めることが重要である。
- また、こうした手術や救急医療を一定数担う医療機関が複数存在している場合において、近接している実績の乏しい医療機関については、在宅医療等の他の役割を担うことを検討することが求められる。
- 大都市型の地域を含み、構想区域が広大な場合であっても、局所的に在宅医療を担う診療所が少ない場合等は、在宅医療等連携機能を担う医療機関が在宅医療等を提供することも考えられる。
- 人口の少ない地域においては、生産年齢人口の減少に加え、高齢者人口の減少が生じることとなることから、急性期医療の需要が現時点においても少なく、今後更に減少することが見込まれる。このため、手術等の医療資源を多く要する医療を集約して区域内に急性期拠点機能を一つ確保し、持続可能な提供体制を構築することが求められる。また、高齢者救急・地域急性期機能等についても、2040年の人口も見据えながら、適切な医療機関数や病床数となるよう、適正化を進めることが求められる。

(2) 医療機関機能について

① 高齢者救急・地域急性期機能

- 高齢者救急・地域急性期機能は、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テーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保するものである。
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。
- 人口の少ない地域等では、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点から踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域の個別の実情、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。

② 急性期拠点機能

- 急性期拠点機能は、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ものである。
- 急性期拠点機能は、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、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。
- 急性期拠点機能を担う医療機関に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、急性期拠点機能を担う医療機関は、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症への対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。
- また、診療実績だけに着目した場合に、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や経営状況が悪い場合もある。2040 年やその先を見据え、当該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や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を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、総合的に地域で協議することが重要である。
- 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。
- なお、急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な 24 時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念されることを踏まえ、地域で協議することが求められる。

③ 在宅医療等連携機能

- 在宅医療等連携機能は、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ものである。
- 人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。
- 特に、在宅医療を提供する場合においては、在宅医療に係る生産性向上に資す

る取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。

④ 専門等機能

- 専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所が担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものである。
- 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関としては、入院時におけるリハビリテーションに加え、地域の外来医療や在宅医療においてリハビリテーションを必要とする患者に対してリハビリテーションを提供することが期待される。
- 中長期にわたる入院医療を担う医療機関としては、今後増加する在宅医療等の慢性期の医療需要が増加する中で、長期にわたり入院医療を必要とするマルチモビディティ（多疾病併存状態）の患者に対する医療の提供が期待される。
- 有床診療所においては、基本的に専門等機能を選択するが、地域において在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受入を担っている場合等については、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として医療機関機能を報告する。
- 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関については、専門等機能を報告することが基本となる。
- 大腿骨近位部骨折等の今後増加する整形外科領域に対して、夜間の救急対応も含めて地域において効率的に機能している医療機関もある一方で、地域において、減少傾向にある脳血管疾患患者等に対する手術の需要がさらに減少することや、麻酔科医や外科医等の確保が更に困難となることが見込まれる中で、地域としてそうした医師等を確保し、効率的な医療提供を行うためには、地域内で手術等の集約化が必要であることも想定される。

⑤ 医育及び広域診療機能

- 医育及び広域診療機能は、大学病院本院が担うものであり、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ものである。
- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。
- 具体的には、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し、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

必要な病院を調整し、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、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することが考えられる。その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を担う医療機関に対する医師派遣を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。

- 急性期拠点機能を担う医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を大学病院本院が行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として就業契約を締結した上で、地域の自治体立病院において勤務するといった取組が見られている。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域的な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療の提供について、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の取組を進めることが重要である。
- なお、大学病院本院は、地域ごとに確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

4. 医療需要の推計について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き地域において協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040年の性・年齢階級別人口について、2024年のNDBデータを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDBデータに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療需要に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
- その後、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、
 - ・ 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、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、入院の受入時からリハビリ等を提供し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、現在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させる。

- 令和7年度補正予算において、病床数適正化緊急支援事業として、令和8年度末までに病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業については、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、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計に当たっては、病床が削減されることを前提として検討することが必要である。このため、当該事業において削減が見込まれる病床について、病床利用率を乗じて入院患者数に換算し、NDB データから算出される医療需要のデータから、これらを控除した場合の減少率を算出し、「1－減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乘じることで反映する。
 - 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や、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することに鑑み、これまで急性期と区分してきた75 歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む。
 - 回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、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進めることを見込む。
 - 必要病床数の算出にあたり用いる値（以下「算出に用いる病床稼働率」という。）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されている。
 - 医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま算出に用いる病床稼働率として用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分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を高める取組に資するよう、現在の病床利用率のうち、低い外れ値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%を算出に用いる病床稼働率とする。
 - さらに、今後の医療DX等の取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組や病床数の適正化を進める必要がある。このため、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率について、高度急性期・急性期＋1%、包括期＋2%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加算することで、これらの取組による効率化分を見込むこととする。
 - この数値は、必要病床数の算定のために用いるものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。
- このほか、必要病床数については、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。その際、国においても、病床数の適正化を含めた医療提供の効率化の取組の進展その他の医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、必要に応じて、必要病床数の見直しについて検討を行うこととする。

- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合、高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。
- 病床機能報告と必要病床数の考え方については、具体的に、以下の点に留意する。
 - 必要病床数については、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、地域における病床機能の分化及び連携が推進されるよう、現在の患者の受療率が変わらないものと仮定し、人口変化を踏まえて 2040 年の推計人口に受療率を乗じ、算出するものである。
 - 必要病床数の設定に当たっては、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出したものとなる。
 - 病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化し、病床の機能分化及び連携を推進するために報告するものである。病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在するが、病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択することとしている。
 - このため、医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、必ずしも必要病床数と一致するものではない。
- こうした、それぞれの算出方法が異なることを理解した上で、必要病床数を地域における機能別の病床数としてとらえ、現在の病床数との差分について、単に数字上で、必要病床数が現在の病床数を上回るため必要病床数となるよう病床を整備するのではなく、地域ごとに実際の診療実態等を踏まえて病床の過不足を議論し、地域の医療提供体制を構築していくことが重要である。
- 基準病床数と必要病床数については、基本的な算定式の考え方は同様であるが、基準病床数は、6 力年計画である医療計画において設定し病床の地域的偏在を是正することで全国的に一定水準以上の医療の確保を目的とするものである一方、必要病床数は地域医療構想として中長期に設定し、将来における病床の機能分化・連携の推進を目的とするものである。また、基準病床数は一般病床と療養病床の数字を合算している一方、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出している等、算定に当たって目標

とする時期や意義等が異なる。

Ⅱ. 地域医療構想の策定について

1. 医療機関機能報告・病床機能報告

(1) 医療機関機能報告

- 医療機関は、地域における医療機関機能を都道府県知事に報告することとしており（医療法第30条の13）、各医療機関が現に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、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を報告する（別添2）。
- 具体的には、毎年医療機関機能報告において、各医療機関が自ら検討を行った上で、現在担っている機能に近い医療機関機能、2040年において担う医療機関機能、診療実績等を報告する。また、協議において、遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040年において担う医療機関機能を決定し報告した上で、当該報告以降については、決定された医療機関機能等を報告する。
- 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。
- 報告を行う医療機関機能は、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い。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医療機関機能に係る協議を行うことは考えられるが、特定の診療報酬項目の届出の有無を各医療機関機能の必要条件や十分条件のように取り扱うことは適切ではなく、地域における診療実態等を総合的に検討し、協議すること。
- 医療機関機能の報告にあたり、在宅医療等連携機能については、地域の医療資源や医療需要等の実情を踏まえ、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、在宅医療や在宅医療の後方支援についても担う場合、複数の医療機関機能を報告することは差し支えない。ただし、医療機関機能は、医療機関間の役割分担を明確化するためのものであり、在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れうる医療機関が全て当該機能を報告することはこの趣旨にそぐわない。在宅医療の提供を行う、あるい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た上で、そうした役割を担う医療機関が在宅医療等連携機能を報告する。
- 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。

令和8年度医療機関機能報告の報告項目について

医療機能等		医療機関機能に関する内容	
構造設備等	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、既存の入院経路区分を一部見直す
	構造設備・人員配置	手術に関する実績	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
人員に係る内容等	構造設備等	高齢者等への医療の提供状況	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加算、嚥下ハイリスク患者ケア加算）
	人員に係る内容等	高齢者施設等との連携状況	協力医療機関として連携する高齢者施設等の数 協力対象施設受入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（協力対象施設受入者の外来診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設受入者入院加算、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 訪問診療の対象としている施設等の数 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。
※入力負担の軽減等の観点から以下の対応を行う
・玉網部の項目については、厚生労働省において確認や集計等を行い、結果をG-MIS上に表示する
・外来医療の提供状況については、外来機能報告の内容を踏まえ新たな報告は求めない

期間・時点 7月1日時点 1年分（前年の実績等）

(2) 病床機能報告

- 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、従来の「回復期機能」については、「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」及び従来の「回復期機能」を併せて、「包括期機能」として位置付けることとしている。
- 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するが、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（別添3）。
- ただし、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する必要がある。
- 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。ただし、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。また、専門等機能を担う医療機関のうち、「集中的なリハビリテーション」を行う医療機関は包括期機能の病床を、「高齢者等の中長期にわたる入院医療機能」を担う医療機関は慢性期機能の病床を有することが想定される。
- 有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、以下のような病床機能の選択が考えられる。
 - ・ 産科や整形外科等の診療科で手術等を実施している場合：急性期機能
 - ・ 在宅患者の急変時の受入や急性期経過後の患者の受入等、幅広い病期の患者に医療を提供している場合：急性期機能又は包括期機能
 - ・ 療養病床として慢性期の患者の診療を行っている場合：慢性期機能

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。

2. 地域医療構想の策定

(1) 2040 年までのスケジュール

- 2040 年に向けた地域医療構想、第 9 次医療計画については、以下のスケジュールで進める。

① 地域医療構想の策定（2026～2028 年度）

人口構造の変化、医療需要の見通し、医療資源の状況等を踏まえ、地域医療構想調整会議における協議を通じて、地域の医療提供体制の方向性を整理し、地域医療構想を策定する。

② 第 9 次医療計画の策定（2029 年度頃）

医療需要の変化や医療提供体制の状況など、策定した地域医療構想の内容を踏まえ、具体的実行計画として、第 9 次医療計画を策定する。

③ 取組の推進

策定した地域医療構想や第 9 次医療計画に係る取組を進め、PDCA サイクルやロジックモデルを活用しながら、地域医療構想の内容を確認し、必要に応じて見直しを行う。

④ 成果の確保（2035 年頃）

これまでの取組も踏まえつつ、2040 年やその先に向けた地域の医療需要に応じた医療提供体制が確保されるよう、医療機関機能の役割分担等について、一定の成果を確保する。

(2) 検討体制の構築

- 地域医療構想の策定に当たっては、都道府県が主体となり、地域医療構想調整会議を中心として関係者との協議を行いながら、地域の医療提供体制の課題を整理し、必要な医療機関機能を確保した上で、医療機関間の役割分担の方向性を検討することが重要である。
- こうした地域医療構想の策定プロセスにおいては、地域医療構想調整会議の開催、医療提供体制の現状や課題の把握、協議のためのデータの整理、関係者との調整等、多くの実務的な作業が必要であり、このために必要な事務局の体制を整備することが求められる。
- 都道府県調整会議と区域調整会議を設定して協議を進める。地域医療構想の策定や医療提供体制の確保に向けては、介護との連携、医歯薬連携、医療へのアクセス等の観点が必要であり、都道府県の医療担当部局だけではなく、介護担当部局、薬務担当部局、国民健康保険担当部局、地域交通担当部局、都市計画担当部局等の関係部局や保健所等との連携体制を構築し、在宅医療の協議の場や医療及び介護の体制整備に係る協議の場等の検討の場と連携し、効率的かつ効果的に検討・協議を進める体制を構築する。また、調整会議での協議において、これら部局が関係する議題においては、関係部局が出席し、対応を検討すること等が求められる。
- 特に、2040 年に向けては、介護との連携も地域医療構想における重要な事項とし

て位置付けており、介護担当部局とは、

- ・ 地域医療構想の検討に当たり、介護保険事業（支援）計画の担当部局と定期的に情報共有を行う体制を整備すること
- ・ 慢性期の医療需要への対応や退院後の生活支援の観点から、介護保険施設（介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム）や居宅サービスの整備状況、高齢者施設等の協力医療機関の確保状況、療養病床の整備状況等を共有すること
- ・ 退院支援や在宅医療への移行の課題について、医療・介護双方の関係者が参加する協議の場を設けること

等について検討する。

- 医歯薬連携の推進や関連職種の確保については、薬務担当部局やその他関連部局、市町村等と連携し、在宅医療における訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等を含む多職種間の連携体制の構築に係る具体的取組について検討すること等が想定される。
- 医療へのアクセスの確保に向けては、地域交通担当部局等と連携し、医療機関への通院手段等に係る課題を共有することや、市町村等とも連携し、具体的な通院支援のあり方について検討することが想定される。また、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う立地の検討に当たっては、都市計画担当部局等と連携し、立地適正化計画等のまちづくり計画も踏まえながら検討することも想定される。
- 介護や精神保健・障害福祉、公共交通政策等といった、地域医療構想調整会議とは別に県や市町村に設置される審議会等で議論される事項であって、医療提供体制との関連性も議論されるべき事項や、診療報酬上、調整会議での協議が調っていることが要件等とされている事項については、調整会議を地域の医療提供体制に関する意見を聴く場として活用し、他部局や医療機関等からの求めに応じ、当該意見を踏まえて審議会等で議論することも考えられる。
- データ整理や論点提示に当たっては地域医療構想アドバイザーの活用等により、ファシリテーション等を通じて協議の活性化や円滑な合意形成を図ることが望ましい。

（３）策定に向けた協議

- 地域医療構想の策定に向けては、都道府県の体制や協議内容に応じて、都道府県調整会議、区域調整会議や関係する会議体を適切に使い分けて協議を行う。かかりつけ医機能に係る協議の場等の既存の他の協議体とは、一体的に運用していくことのほか、地域医療構想調整会議において将来を見据えた医療提供体制の方向性を議論し、既存の他の協議体において個別具体的な取組を議論するといった使い分けも考えられる。なお、協議に当たっては、地域医療構想は、医療機関の報告を踏まえ、医療機関の自主的な取組を前提として進めるものであることに留意する。
- 会議体については、あらかじめ決定した構成員で協議を行うほか、議題に応じたワーキンググループごとに参加者を設定することや、既存の他の協議体の議論をもって代えること等、柔軟に体制を設定し、効率的に協議を進める。
- 都道府県調整会議では、都道府県内の構想区域ごとの課題や議論の状況の共有、特

に医療提供体制の構築のための支援が必要な構想区域について、連携体制の構築や、地域医療対策協議会との連携による医師の人的協力の検討・調整などを行う。

- 地域医療構想の策定に向け協議すべき事項は、人口構造や医療需要の見込み、医療資源の状況等により地域ごとに異なる。都道府県は、管轄内の構想区域について、一律に同一の内容の協議を行う必要はなく、区域ごとに異なる課題やその軽重に応じて柔軟に協議を行うことは差し支えない。
- 地域の関係者の理解を得ながら協議を進めることが重要であり、地域の医療提供体制の構築に向けた現状の把握、課題の整理、対応案の検討・決定といった各段階において、検討内容や方向性を整理した案を地域住民も含め広く共有できる形で公表する。また、パブリックコメントの実施等により、住民の意見を十分に把握できるよう検討を進めていくことが望まれる。
- 対応の検討に当たっては、複数案を比較検討することが望ましい。例えば、急性期拠点機能の確保に当たって、医療機関の連携・再編・集約化等を行う場合と、現状の体制を継続する場合等について検討し、可能な場合には複数案を作成した上で、それぞれの案について医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療従事者の確保等の観点から比較検討を行うといった進め方が考えられる。

(4) 基本となるデータについて

- 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となる。
- 協議に当たって地域の関係者と共有すべき基本となる主なデータは別添4のとおりである。データの出典については、公表されているものを可能な限り示しているが、特に施設単位でのデータで不足するものについては、必要に応じて調査を行う等により把握すること。
- 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。
- また、各医療機関の診療実績等に基づく協議を進めるに当たっては、がん診療連携拠点病院等の診療実績や、診療報酬上の各種要件に係る実績についても、現時点での水準の把握や、他地域・全国との相对比较等を行った上で、2040年に向け、地域全体としてどの程度の診療実績が必要となるかを検討することが望ましい。
- なお、医療機関機能報告・病床機能報告等により、構想区域別、医療機関別の手術件数や救急搬送受入件数に基づく検討を行う場合、以下の点に留意すること。
 - 手術件数
 - 一 急性期医療の実施状況の把握のため、全身麻酔を伴う手術の実施件数や緊急手術の実施件数を用いることが考えられるが、全身麻酔を伴う手術も、高度な技術を要する手術から、高齢者救急に関連する手術（大腿骨近位部骨折に対する

手術等)、頻度の高い手術、外来でも実施可能な手術等様々であること等を踏まえ、地域ごとに急性期拠点機能を担う医療機関に求められる役割に応じた詳細な把握、検討が望ましい。

- 救急搬送受入件数

- ― 救急搬送された症例の中でも、緊急性や重症度は様々であり、また、公共交通機関が乏しい等、自宅や高齢者施設から医療機関までのアクセスに課題があるために、他の地域よりも相対的に多く救急車が利用される場合、医療機関と高齢者施設との間で救急車を利用して搬送する取り決めを行っている場合等も存在し、救急搬送受入件数にはこうした様々な実態が反映されるものである。このため、救急搬送受入件数が多いことのみをもって急性期拠点機能を担う医療機関を決定することは適切ではない。また、区域全体の救急搬送受入件数を、人口規模が同程度の他の地域と比較すること等により、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。

協議にあたって基本となるデータ①

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）

協議にあたって基本となるデータ②

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ではないか。	・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な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

協議にあたって基本となるデータ③

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

協議にあたって基本となるデータ④

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、バックアップの確保状況	・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