

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
新たな地域医療構想 とりまとめ(案)

1. はじめに
2. 新たな地域医療構想について
 - (1) 地域における人口構造の変化を踏まえた取組
 - (2) 構想区域
 - (3) 地域医療構想調整会議
 - (4) 関係者に期待される役割等
 - ① 都道府県
 - ② 国
 - ③ 市町村
 - ④ 大学病院本院
 - ⑤ 医療関係者
 - ⑥ 医療保険者
 - ⑦ 介護関係者
 - ⑧ 地域医療構想アドバイザー
 - (5) 策定・推進のためのデータ
3. 医療機関機能の確保について
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) 高齢者救急・地域急性期機能
 - ① 高齢者救急について
 - ② 医療機関機能について
 - (3) 急性期拠点機能
 - (4) 在宅医療等連携機能
 - (5) 専門等機能
 - (6) 医療機関の連携・再編・集約化について
 - (7) 医育及び広域診療機能
4. 医療需要の推計と病床機能報告について
5. 人口規模に応じた地域ごとの課題について
6. 策定について
 - (1) 策定のプロセス
 - ① 策定のプロセスについて
 - ② スケジュールの共有・現状の把握
 - ③ 課題・目的の設定

- ④地域医療構想の策定
- ⑤取組の推進
- (2) 構想区域
- (3) 入院医療
 - ①急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能の確保について
 - ②搬送基準
 - ③必要病床数
 - ④アクセスの確保
- (4) 外来医療
- (5) 在宅医療
- (6) 介護との連携
- (7) 人材確保
- 7. 地域医療構想と医療計画の関係
- 8. 精神保健医療福祉との関係について

1. はじめに

- これまで、いわゆる団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2025 年を目途に、地域医療構想が進められてきたところ、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と、同時に、生産年齢人口の減少が一層見込まれる 2040 年、また、さらにその先を見据えて、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築していく必要がある。
- このため、地域包括ケアシステムの構築にも資するよう 2040 年に向けた新たな地域医療構想においては、増加する高齢者救急や在宅医療への対応、人口減少する地域でも安心して医療にアクセスできる体制の確保、必要病床数や医療機関機能に着目した連携・再編・集約化、医歯薬連携等の推進、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要である。
- 地域医療構想策定ガイドライン(以下「ガイドライン」という。)は、都道府県が 2040 年やその先を見据えて地域の医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた地域医療構想を策定し、医療計画の方向性を示すほか、その策定や継続的な PDCA を含めた今後の取組の指針となるものであり、これまでの病床の機能分化・連携だけではなく、医療提供体制全体の課題解決を図るものとして地域医療構想を位置付けるものである。
- また、今後、人口が少ない地域においては、医療需要が減る中で、医療従事者の確保が困難となる一方、都市部においては、医療需要における高齢者の占める割合が高まり、急性期を担う医療機関が多く過当競争となるなど、一層、地域ごとに課題が異なっていく。このため、地域ごとの医療資源に応じた提供体制を確保し、都道府県内や、必要に応じて都道府県外との連携体制を確保し、補完していく必要がある。
- ガイドラインの策定に向けて、2025 年7月から地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において検討を進めてきたところであり、本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、次のとおりとりまとめを行う。
- 国においては、本とりまとめのほか、医療法等の一部を改正する法律(令和7年法律第87号。以下「改正医療法」という。)に係る事項やこれまでの地域医療構想の取組において示してきた事項を踏まえ、速やかにガイドラインを策定すべきである。

2. 新たな地域医療構想について

(1) 地域における人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040 年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。このほか、例えば以下のとおり、地域の人口規模に応じた課題がある。
- 大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。相対的に医療資源が多く存在し、医療の担い手の不足は限定的である。
- 地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。
- 人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。
- また、現在の人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、地域特有の課題がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

(2) 構想区域

- 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ついては、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。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ている。
- 現在、二次医療圏の半数近くが 20 万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難である。現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。
- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまでも在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地

域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

(3) 地域医療構想調整会議

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療ニーズや人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと、また、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討する場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。
- 参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に協議の場の設定ができるようにすることが重要である。
- 例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、議題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位で急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する協議については、当該医療機関、医師会、病院団体等に限って協議を行うこと等が考えられる。
- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。

- このため、都道府県単位の地域医療構想調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の設定、取組案の検討や決定の策定に向けた各段階において、都道府県は案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

(4)関係者に期待される役割等

① 都道府県

- 地域医療構想の策定や推進の主体として、引き続き地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援等を行う。
- また、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図ることとされており、都道府県庁内の介護部門と連携して対応することが求められるとともに、市町村によっては医療提供に関する部署がない場合等があるため、都道府県は地域医療構想調整会議等に市町村の参加を求めるに当たり、研修の実施など、必要な支援を行うことが求められる。
- また、都道府県庁内の介護関係部署をはじめとして、医療へのアクセスの確保等のため、公共交通等について、当該庁内の関係部署や関連する市町村、都道府県間での連携体制の構築も求められる。
- 特に、人口の少ない地域であって、都道府県境に位置する区域については、隣接する都道府県の区域に患者が多く流出又は流入している場合がある。こうした場合、都道府県間で、地域医療構想調整会議における医療機関機能等に関する議論を両区域で一体的に進め、両都道府県で連携して取組を推進するなど、実質的な取組が進むよう、都道府県間で連携を行うことも考えられる。

② 国

- 地域医療構想の取組主体としての都道府県に対して、必要な助言や支援等を引き続き実施する。都道府県に対し、地域医療構想の策定や推進に係る考え方の提示や、データ分析に関する体制構築支援、都道府県ごとに行わ

れている取組の把握や横展開のほか、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することが求められる。

- また、議論のために必要なデータ等のうち、都道府県ごとの把握が困難であり、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、適宜提供することが求められる。

③ 市町村

- 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。
- 病院開設者としては、人口の少ない地域における自治体立病院は、当該地域での唯一の基幹的な医療機関として地域を支えている医療機関でもある一方で、都市部においては、他の医療機関と機能が競合している医療機関があるなど、地域における役割は様々である。市町村は、自治体立病院の開設者としての観点だけではなく、他の医療機関と同様に、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等を行い、地域全体に係る提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。
- 介護保険関連では、介護保険事業の実施主体として、都道府県と連携しながら、介護に係る課題について地域医療構想調整会議において共有するとともに、医療側の課題を把握し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。
- また、隣接する自治体や構想区域内の他の市町村と連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。

④ 大学病院本院（「3.（7）医育及び広域診療機能」も参照のこと。）

- 大学は医師の卒前・卒後教育をはじめ、診療以外の側面からも医療提供体制の構築において役割を担っている。今後、大学病院本院は、診療のみならず、人的協力や人材育成について、都道府県と密な連携体制のもと、地域医療構想の取組を推進することが求められる。

⑤ 医療関係者

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供

体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には、関連する議題に応じて、協議に参加し、取組を推進することが求められる。

⑥ 医療保険者

- 都道府県単位での地域医療構想調整会議に参加することや、地域ごとの調整会議への参加者については、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定する。また、地域ごとの協議について都道府県が保険者協議会の場等において定期的に報告する場を設定することが求められる。
- また、都道府県及び市町村についても、後期高齢者医療広域連合や市町村国保の保険者としての観点から、効率的な提供体制の構築に向けて構想の推進に取り組むことが求められる。

⑦ 介護関係者

- 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題を共有し、医療機関との協力体制の構築等を通じた体制整備への協力が求められる。
- 特に介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。
- 増加する在宅医療のニーズの見込み等については、在宅医療を担う医療機関の関係者等とともに把握し、将来的な提供体制の確保の議論や、協力医療機関の確保等、医療、介護の相互の地域での資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制整備が求められる。

⑧ 地域医療構想アドバイザー

- データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化するものとして、都道府県ごとに任命されている。地域の医療提供体制に関する有識者のほか、医療提供体制に関する公衆衛生学の教員等の医療政策に関する有識者等の需要推計等を提供体制の議論に活用できる者、他の地域で医療機関の再編や統合の実務や地域医療連携推進法人の設立に携わった者等の現場での利害調整を行うことができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターを務めることができる者等を任命することが望ましい。医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

(5) 策定・推進のためのデータ

- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となる

データについて、ガイドラインで整理することが必要である。また、診療領域ごとの病院単位での入院患者数のデータ等といった詳細なデータについては、国以外で作成されているデータの活用のほか、国における、データ提供や、都道府県が公開データから必要なデータを加工できるような体制作りに向けた支援を行うことが求められる。

- 今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告することが求められる。

3. 医療機関機能の確保について

(1) 基本的な考え方

- 今後の人口動態に応じた地域ごとの入院医療や在宅医療の確保等の諸課題に対応するため、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する必要がある。
- 医療機関の連携・再編・集約化については、地域における急性期拠点機能を担う医療機関の確保をはじめとして、高齢者救急等の救急搬送への対応や慢性期医療需要の確保等、単に医療機関機能を選択するだけでなく、それぞれの機能において求められる医療提供体制の課題を地域ごとに把握し協議を行い、地域全体で取り組むことが重要となる。
- また、関係者が医療機関の役割を理解できるようにするため、医療機関機能報告において、医療機関がそれぞれの機能に対応する診療実績等を報告することが必要である。
- まずは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年に向けて担う医療機関機能、診療実績等を医療機関機能報告において報告し、その後、地域医療構想調整会議において、診療実績等の客観的なデータも踏まえながら協議を行う。協議において、遅くとも2028年度までに、各医療機関が2040年に向けて担う医療機関機能を決定した上で、地域医療構想調整会議での決定以降は、決定された医療機関機能とその診療実績等を都道府県へ報告する。また、2028年度以降に、医療機関の取組の状況や地域の医療需要の変化等を踏まえて、地域医療構想調整会議で協議し、医療機関機能の見直しを行うことも想定される。
- 在宅医療を担う医療機関であっても、救急車の受入も多い医療機関があるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を担うことが考えられる。他方、多くの医療機関が高齢者救急と在宅医療における後方支援等、複数の役割を担っており、そうした場合に多くの医療機関で複数の役割を報告することは役割分担の協議に資さないため、複数の

医療機関機能を報告する上での考え方を整理することが必要である。

(2) 高齢者救急・地域急性期機能

① 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、集中的な医療資源を投入して救命の上、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、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(実施基準)に位置づ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、介護保険施設でのリハビリテーション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。

② 医療機関機能について

- 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。
- 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れ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、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。

(3) 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。
- また、急性期拠点機能に、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、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。
- その他、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を見込まれる場合や、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。
- 大学病院本院が所在する構想区域の場合であって、当該大学病院本院が当該区域より広域な三次医療圏などを対象とした医療を主に提供している場合等においては、大学が担う医療の内容や病院間の役割分担等を踏まえた上で、効率的な提供体制の構築が可能であれば、必要に応じて大学病院本院と別に急性期拠点機能を確保することも検討する。
- 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。
- 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。

(4) 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。
- 地域の医療資源に応じて、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、在宅医療や訪問看護を提供すること、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。

(5) 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、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものである。
- 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、地域の外来や在宅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、在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等については、地域の実情に応じて、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能として報告する。
- 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、地域の中で、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。
- また、がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、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つつ、第9次医療計画等に向けた医療計画における5疾病6事業等の検討に当たっては、こうした医療計画における医療機関の類型などの考え方についても確認し、必要に応じて整理することが必要である。

(6) 医療機関の連携・再編・集約化について

- 今後、2040 年に向けて、人口の少ない地域においては、高齢者人口も減少

し、医療の担い手の不足が見込まれ、様々な医療需要が減少する。

- 大都市型の地域においては、医療需要の総量としては大きく減少はしないが、手術等の集学的な医療は相対的に減少し、高齢者救急等の包括期の医療需要や慢性期の需要が相対的に増加していくなど、医療需要の質が変化していく。こうした中で、大都市型の地域における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等への影響だけでなく、医療従事者が都市部を志向する傾向等により、結果として医師の偏在等が助長されること等も懸念されることを踏まえると、それぞれの地域ごとにその状況に応じた医療機関の連携・再編・集約化の取組が求められる。
- 急性期医療については、構想区域ごとに、緊急性の高い疾患や頻度の高い疾患等の確保すべき疾患に対応できる体制の確保が必要となる。がん手術やその他の高度な外科手術については、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を確保する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、重症例について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。
- 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、救急車の受入れ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。

(7) 医育及び広域診療機能

- 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た上で、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することになると考えられる。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。
- その際、急性期拠点機能を有する医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を行う場合には、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地域の都道府県立病院等において勤務するといった取組が見られた。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提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療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。
- 現在は、いわゆる1県1医大の県において当該県の人材の多くが当該大学に関係するところもあれば、他の都道府県に所在する大学に人材の提供を頼っているところ、都道府県内に多くの大学があるところなど、都道府県と大学の関係性は様々である。今後の具体的な取組も都道府県と大学との関係性により様々ではあるが、求められる役割に関する取組状況については病床機能報告等を通じて把握し、先進事例について横展開すること等が求められる。
- 広域な観点での診療について、大学病院本院では、都道府県がんセンターや救命センター等、医療計画における都道府県の基幹となる役割をはじめとして、小児がんや小児血管外科や移植医療等、希少性の高い疾患に対する医療の提供を担っている。引き続きこうした役割や、場合によっては都道府県を越えた連携体制の構築も含め、検討が必要である。
- なお、大学病院本院は地域毎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. 医療需要の推計と病床機能報告について

- 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受療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を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、

必要病床数について、
前回までの検討会での意見を踏まえ、別途議論予定。

- このほか、必要病床数については、人口推計の変化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必要に応じて見直しを行う。
- 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でも高度急性期と

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、高度急性及び急性期の病床数を一体として取り扱う。

- 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、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。
- 外来医療や在宅医療について、地域別等の将来推計人口データを用いて将来の医療需要を算出するほか、地域差に係る指標の推計値についても、2040年の人口推計を基に推計し、地域ごとの協議に活用できるよう検討する。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一に対応するものではない。ただし、急性期拠点機能を担う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・地域急性期のみを報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。
- 病床機能報告と必要病床数についての考え方も、関係者がその意義等を理解できるように示す必要がある。具体的には、
 - 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、地域における病床の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。
 - 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、機能分化を推進するために報告をしている。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、ということではなく、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、取組を推進していくことが重要である。

- また、基準病床数と必要病床数について、基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらはそれぞれ、6カ年計画である医療計画において設定するものであるか、地域医療構想として中長期に設定するものであるかということや、基準病床は一般病床と療養病床の数字を合算しており、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出していること等、算定に当たって目標とする時期や意義等が異なる。そのため、増床の申請に対する許可の検討に当たっては、それぞれの病床数の相違点等に留意しつつ、両者の数字について足下の病床数(既存病床数及び許可病床数)との関係をそれぞれ適切に考慮することが必要である。
- 必要病床数と基準病床数について、そのどちらかが現状の病床数より多い場合には、現在の医療需要が長期的に減少することが見込まれることを踏まえ、特に慎重に増床等の許可を検討することが必要である。
- また、構想区域の広域化を検討する中で、構想区域全体としては数字上、増床が考えられうる場合であっても、病床機能によっては、新たな構想区域内でも、広域化前の相対的に医療資源が少ない地域等での増床が望ましいと考えられる場合において、広域化後の構想区域内の地域のうち、特に増床することが考えられる地域(例えばA市B区など)を地域医療構想調整会議であらかじめ協議しておくこと等、増床等の許可の検討に当たっての考え方の整理が必要である。

5. 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の、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、区域間の流出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。流出入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等においては、急性期拠点機能で全ての手術に対応することは困難であり、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について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、足下における、各医療機関が担っている手術の状況、区域内の手術数、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、近接するあまり実績のな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。
- 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が起きることとなる地方都市型の地域においては、大都市型の地域と同様に、高齢者救急・地域急性期機能においても、例えば高齢者に対する骨折の手術等、頻度の高い一部の手術について対応する必要がある場合もあれば、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する場合もあると考えられることから、地域ごとに医療需要等を踏まえながら協議や役割分担を進めることが必要である。
- 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ていることから、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投入する医療行為について集約化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。

6. 策定について

- 地域医療構想の具体的な策定や推進に係る事項について整理した上で、入院医療、外来医療等の議題に応じた主な課題や協議事項について、ガイドラインで具体的に示すべきである。

(1) 策定のプロセス

① 策定のプロセスについて

- 地域医療構想の策定は 2028 年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら、区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。課題の把握や対応案の設定等の各段階において、その内容を公表する。
- 策定に向けて、2026 年度から 2027 年度上半期を目途に、構想区域ごとに

現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の 2040 年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。

- 課題の設定後、取組の方向性について 2028 年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035 年を目途に一定の成果の確保を行う。

②スケジュールの共有・現状の把握

- 地域医療構想の策定に向けた検討プロセスやスケジュール、検討の基本となるデータとしての人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する。また、具体的な地域の課題の把握や必要病床数の算出に当たっては、まずは区域の設定が必要となる。このため、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行い、必要病床数を設定する。
- その後の地域医療構想の策定に向けたプロセスにおいて区域の見直しの必要性が認められた場合は適宜見直しを行う。また、すでに新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、区域の見直しを行うことが決定している場合は、あらためての協議は不要とする。

③課題・目的の設定

- 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定し、関係者間で共有する。

④対応案の検討、地域医療構想の策定

- 設定された課題や目的に応じて、対応案を検討する。その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を検討する等、基本的に複数の案を設定し協議を行う。
- 医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する。

⑤取組の推進

- 都道府県は、医療所管部署を中心に、介護担当・薬務担当・国保担当等の

関係部署とも連携して、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。

- その成果に関しては、毎年度、医療機関機能の確保状況、病床数、在宅等の慢性期需要に対応する体制の確保状況や協議で合意が得られた事項の取組状況等について、地域医療構想の進捗状況として把握・公表し、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討し、実施することが必要である。

(2) 構想区域

- 構想区域については、必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。
- 構想区域の見直しに当たって、当該区域の人口規模等が大きく、交通等の整備状況によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が区域内で完結しなくなる。こうした点に留意しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、現有する医療資源の状況や患者のアクセス等を踏まえながら設定することが必要である。このため、構想区域の見直しに当たっては、現在の人口や人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物・医療機器等の整備状況、医療従事者の医療資源や他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源、患者の流出入等について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難であることが見込まれる場合は、構想区域の統合や再編を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で一つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することも必要である。

(3) 入院医療

- 病床数や各医療機関の診療実績等を踏まえながら、医療機関機能の確保や必要病床数に関する協議にあわせて、急性期や包括期の医療需要に関する役割分担、手術や救急搬送における役割分担等について協議し、症例数が減少するとともに医療従事者の確保が困難となる中で持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。具体的には、以下の事項について協議を行う。
 - 医療機関機能について、急性期拠点機能の確保に関する事項
 - 包括期機能の確保等、病床機能に関する事項
 - 実施基準の検討を含む救急搬送や手術、診療科ごと等の役割分担に関する事項
 - 在宅医療等のバックベッドや協力医療機関の確保に関する事項
 - 慢性期の医療需要の体制整備に関する事項
 - 介護との連携に関する事項
 - 人材の確保に関する事項
 - 患者の医療アクセスに関する事項
 - 退院後のリハビリテーションの確保に関する事項 等

(4) 外来医療

- 外来医療の需要は一部の大都市型の地域を除いて減少が見込まれる中、すべての地域の患者が安心して地域で療養できるよう、地域において診療体制やかかりつけ医機能で求められる役割が充足しているか、医歯薬連携体制が構築されているかを確認し、必要な取組を行う。
- また、高齢者救急が増加する中、入院から外来まで必要な患者に適切なリハビリテーションが提供され、速やかな在宅復帰が進むよう、医療保険での外来のリハビリテーションや、介護保険での通所や訪問リハビリテーションの活用を進めることが求められる。
- 初診・再診やオンライン診療の活用状況や将来の見込み、かかりつけ医機能報告等も踏まえつつ、医療機関、歯科医療機関、薬局の数等を把握しながら、外来医療を引き続き診療所中心で提供できるか、患者の医療アクセスを担保できるか、といった観点で以下の事項について協議が求められる。
 - 外来医療の体制確保に関する事項
 - 休日、夜間等の診療体制の確保に関する事項
- 特に人口の少ない地域を中心に、診療所の減少が進む中、診療所では担いきれない外来医療へのアクセスを確保する観点から、地域の病院を中心に提供体制を構築する必要がある、急性期拠点機能や高齢者救急・地域急性期機能等を担う医療機関がオンライン診療を含む外来医療の提供を担うこ

とも考える必要がある。また、へき地や診療所の数が限られている地域等において、オンライン診療の活用を推進することが必要である。

(5) 在宅医療

- 高齢者の増加に伴い、在宅医療の需要の増加が見込まれる。在宅医療は医師等の従事者が患家等へ移動する必要があり、外来医療等と比較すると効率的ではなく、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいても、今後の在宅医療のあり方の検討が必要とされている。
- 在宅医療については、現在の提供実態や需要の将来見込みなどを活用し、将来の需要の状況を把握した上で、現状と比較して、今後充足できるかを把握する。
- 在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があります。地域の資源に応じてサービス提供が行われている。さらに需要が増加する場合、体制強化や効率化等による在宅医療の提供量の増加のほか、介護施設や療養病床も含めて、慢性期の需要を地域で支える提供体制を構築することが必要である。
- 都道府県は、都道府県単位や構想区域単位の議論において、在宅医療等連携機能を報告する予定の医療機関や在宅医療を提供する医療機関、歯科医療機関、薬局、介護関係者等とともに、在宅医療の需要の増加や、在宅医療を提供する医療機関、歯科医療機関、薬局の数、療養病床の数、介護保険施設の定員、訪問看護や訪問介護に係る人員の充足状況、医歯薬連携体制に係る状況等を把握する。
- 一般的には、在宅医療等連携機能を担う医療機関が、地域において在宅医療を提供する診療所等に対し、バックベッド機能の提供や、小児・難病等に関する専門的な訪問診療・訪問看護等に係る技術的な支援等を通じて、後方的な支援を行うことが求められる。
- また、人口の少ない地域を中心に、地域の在宅医療の提供が十分ではない場合等においては、在宅医療等連携機能や専門等機能(有床診療所)を担う医療機関が在宅医療の提供を推進する必要がある。
- また、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループにおいて、患者が在宅での療養を継続するためには、疾患の重症化予防とともに、患者の生活機能を維持することが必要であり、そのためには、病院、診療所や介護老人保健施設が提供する訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション等を、患者の状況に応じて組み合わせながら、地域において切れ目なくリハビリテーションを提供していくことが重要である、と指摘されており、こうしたことも踏まえながら取組の検討が必要。

- 地域ごとに、オンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により支えていく、といった様々な方策を組み合わせるなどの取組について検討していく。

(6) 介護との連携

- 地域医療構想においては、慢性期の医療需要について、現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数、訪問看護の看護師やヘルパーの確保状況を踏まえながら、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める必要がある。
- 介護老人保健施設は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするための、いわゆるショートステイを提供している実態や、リハビリテーションが必要な者に入所や訪問、通所によりリハビリテーションを提供する機能があり、また、認知症を有する患者が急性期を経過した後の退院先の選択肢として挙げられている。こうした実態や機能を地域ごとに適切に医療関係者が把握するほか、介護関係者は各医療機関の機能(高齢者救急・地域急性期機能等)について把握し、医療と介護の連携を進めていくことが重要である。
- 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。
- 医療機関と介護施設の具体的な連携については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ等において検討が進められており、得られた好事例については横展開を図ることが重要である。

(7) 人材確保

- 医師の確保について、医師確保計画や医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおいて取組が進められている。また、医師以外の医療従事者については、第8次医療計画等において、確保に係る取組が進められている。
- また、厚生労働省の各担当部局において、各職種に関する需給推計等が進められているところ、新たに、将来の医療提供体制の確保に向けた人材確保等の方向性が定まった場合等には、その内容を踏まえ、必要に応じてガ

イドライン又は医療計画において内容を反映させることが重要である。

- 急性期拠点機能を担う医療機関は、大学病院本院から人的協力を受けるなど、相対的に医師が多く勤務することが想定される。このため、当該医療機関は地域の医療機関における代診医や当直医の確保に協力するなどの体制の確保への協力が重要であり、構想区域単位の調整会議において協力のあり方について協議を行う。

7. 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、今後、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次医療計画の見直しの際には、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。

8. 精神保健医療福祉との関係について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神医療が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法、精神医療と障害福祉サービスとの連携等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- 本検討会のもとにワーキンググループを設置し、2027年(令和9年)10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度(令和8年度)中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

う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毎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. 医療需要の推計と病床機能報告について

- 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受療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。
 - 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を鑑み、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(病床稼働率)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といったことや、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を進める必要がある。これらの取組による効率化分として必要病床数の算出にあたり用いる値について、高度急性期・急性期+1%、包括期+2%、慢性期+0.5%を見込んで算出することとする。
- ・ この数値は、必要病床数の算定のためのものであり、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必要に応じて見直しを行う。
- ・ 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でも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、高度急性及び急性期の病床数を一体として取り扱う。
- ・ 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、病床機能に対応する診療報酬の入院料の種類について、ガイドラインで示すことが必要である。
- ・ 外来医療や在宅医療について、地域別等の将来推計人口データを用いて将来の医療需要を算出するほか、地域差に係る指標の推計値についても、2040年の人口推計を基に推計し、地域ごとの協議に活用できるよう検討する。
- ・ 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、急性期拠点機能を担う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・地域急性期を報告する医療機関は包括期

スケジュールについて

医療法改正について

「医療法等の一部を改正する法律」（令和7年法律第87号）が令和7年12月12日に公布

医療法改正の概要

- 1 オンライン診療に関する事項（令和8年4月1日施行）
- 2 美容を目的とした治療を行う病院等の報告等に関する事項
（公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日施行）
- 3 基準病床数に係る都道府県知事の権限の見直しに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 4 病床の機能の分化及び連携の推進のための協議に関する事項（令和9年4月1日施行）
- 5 基本方針に関する事項（公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日又は令和9年4月1日施行）
- 6 地域医療構想の位置付けに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 7 医療計画の策定事項の見直しに関する事項
（公布日、令和8年4月1日又は令和9年4月1日施行）
- 8 医療機関機能の報告に関する事項（令和8年10月1日施行）
- 9 協議の場の見直しに関する事項（令和9年4月1日施行）
- 10 外来医師過多区域における都道府県知事の要請等に関する事項（令和8年4月1日施行）
- 11 地域医療構想における精神病床の追加に関する事項
（令和9年10月1日又は令和10年4月1日施行）

地域医療構想の位置付けについて

現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして位置づけられている。

令和9年4月1日から、地域医療構想は、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の将来の構想として、医療計画の上位に位置づけられる。

<現行>

<今後>

基本指針 (国)

基本指針 (国)

基本指針 (国)

基本指針 (国)

・ 地域医療介護総合確保法の総合確保方針に即して定める

・ 地域医療介護総合確保法の総合確保方針に即して定める

医療計画 (都道府県)

介護保険
事業支援
計画
(都道府県)

地域医療構想 (都道府県)

介護保険
事業支援
計画
(都道府県)

5 疾病・6 事業及び在宅医療
医師の確保
外来医療提供体制 等

地域医療構想 (都道府県)
病床の機能分化・連携の推進

入院医療、外来・在宅医療、介護との連携
等を含む医療提供体制全体の将来の構想

医療計画 (都道府県)

介護保険
事業支援
計画
(市区町村)

※ 地域医療構想は、医療法上、医療
計画の記載事項の一部とされている。

5 疾病・6 事業及び在宅医療
医師の確保
外来医療提供体制 等

介護保険
事業計画
(市区町村)

※ 1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、
新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

※ 1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、
新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

国の想定スケジュール

新たな地域医療構想の策定スケジュールについて、国は以下のとおり想定している。
 (新たな地域医療構想が策定されるまでは、改正法の経過措置により、現行の地域医療構想が新たな地域医療構想とみなされる。)

	(R7) 2025年	(R8) 2026年	(R9) 2027年	(R10) 2028年	(R11) 2029年	(R12) 2030年
区域点検・見直し		区域の点検 構想区域の見直し				
必要病床数		必要病床数の算出 機能分化連携の議論			取組の推進	
医療機関機能の確保		医療機関機能の確保 連携・再編・集約化の議論				
外来・在宅介護との連携等		慢性期需要等の見込みの共有 介護との連携等に係る議論				
医療従事者の確保	これまでの医師偏在対策等の 取組の推進					
		各職種の新たな確保対策も 踏まえた取組				

岡山県の策定等のスケジュール（案）

	(R7) 2025年度	(R8) 2026年度	(R9) 2027年度	(R10) 2028年度	(R11) 2029年度	(R12) 2030年度
現行の地域医療 構想の評価						
区域点検・ 見直し						
必要病床数						
医療機関機能の 確保						
外来・在宅 介護との連携等						
医療従事者の 確保						
新たな地域医療 構想のとりまとめ						

取組の推進

検討体制について

新たな地域医療構想の記載事項

新たな地域医療構想は、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の将来の構想となるため、記載事項も大幅に増える見通しとなっている。

議論すべき内容が多岐にわたるため、本会議を効率的に運用する必要がある。

現行の地域医療構想の主な記載事項

- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 病床機能の情報提供の推進

新たな地域医療構想の主な記載事項（案）

- **地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性**
 - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- **構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方**
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- **地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組**
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- **医療機関機能の情報提供の推進**
- 病床機能の情報提供の推進
 - ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

※ 医療計画において、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定める。

※ 新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。

今後の岡山県地域医療構想調整会議の進め方について

構成

- 地域医療構想の範囲が広がることから、岡山県地域医療構想調整会議（親会議）の構成を見直すこととしたい。
- ※ 具体的な構成は、今後、国のガイドラインの内容を踏まえて検討

区分	現在の構成団体等
医療関係団体	県医師会、県病院協会
保険者	岡山県国民健康保険団体連合会、健康保険組合連合会岡山連合会 全国健康保険協会岡山支部
各構想区域代表	各構想区域地域医療構想調整会議議長
学識経験者	地域医療構想アドバイザー

運営方法

- 限られた期間に、様々な議論を行う必要があることから、岡山県地域医療構想調整会議（親会議）の下に、必要に応じ、特定のテーマについて議論を深めるためのワーキンググループ（仮）を設置してはどうか。
- ※ 構想区域別の地域医療構想調整会議については、各調整会議において、必要に応じ、地域の実情を踏まえた構成や運営方法を検討

現行の地域医療構想の振り返りと
今後に向けた課題等

各種データによる受療動向等の分析

地域医療構想について

① 背景

団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向け、医療・介護需要の増加が想定

② 策定

平成27年度に策定した第7次岡山県保健医療計画（計画期間：平成28～29年度）に併せて策定

③ 目的

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、医療機関の機能分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの

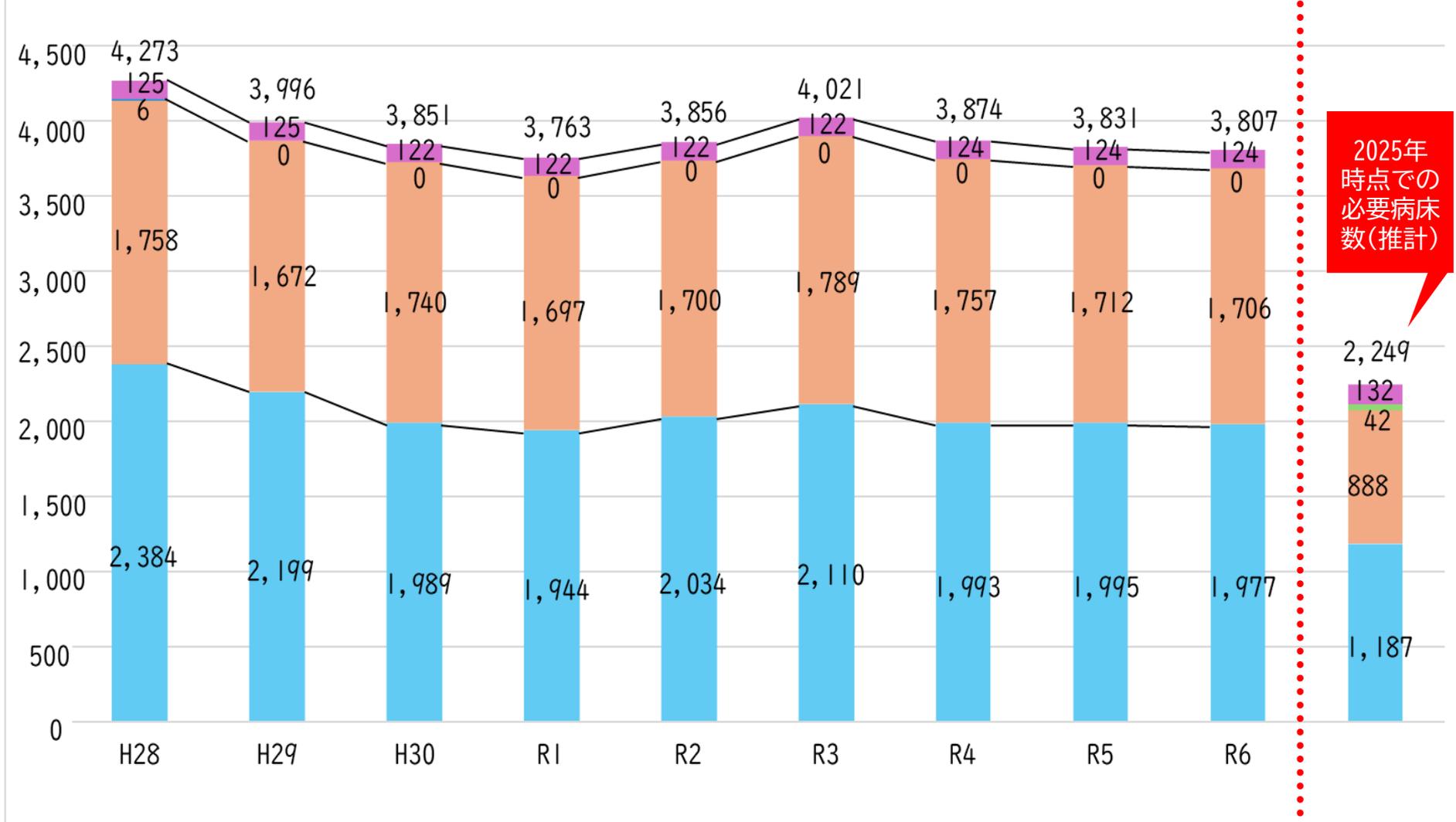
④ 内容

- 都道府県が、各構想区域における2025年の医療需要と病床数の必要量について、医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに推計
- 各医療機関が都道府県に対し、医療機能ごとの病床数等を「病床機能報告」として報告
- 各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施
- 都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援

岡山県の病床数の推移

令和7年度第1回岡山県地域医療構想調整
会議資料2（一部改）

高度急性期

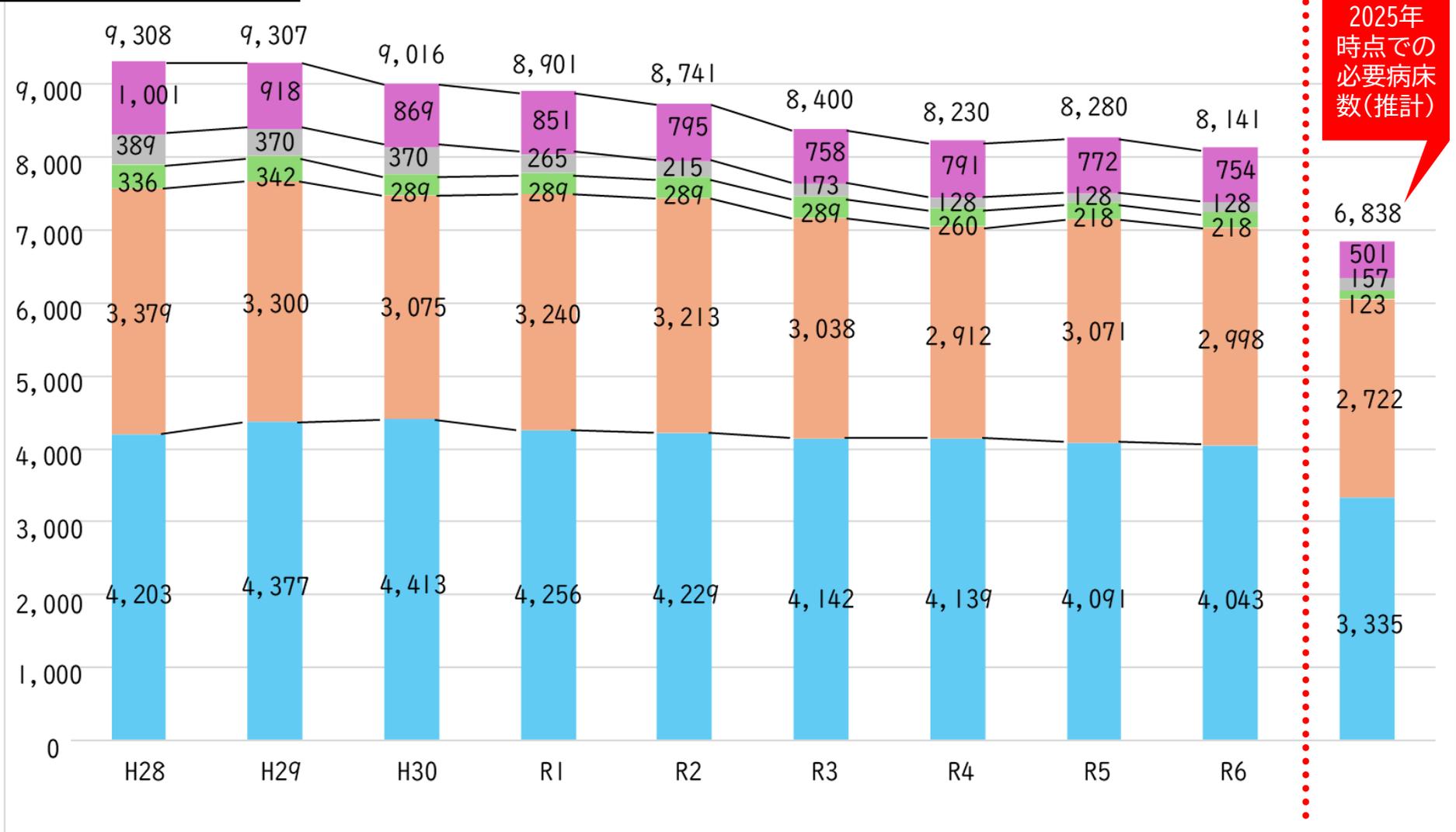


厚生労働省「病床機能報告」から作成

岡山県の病床数の推移

令和7年度第1回岡山県地域医療構想調整
会議資料2（一部改）

急性期



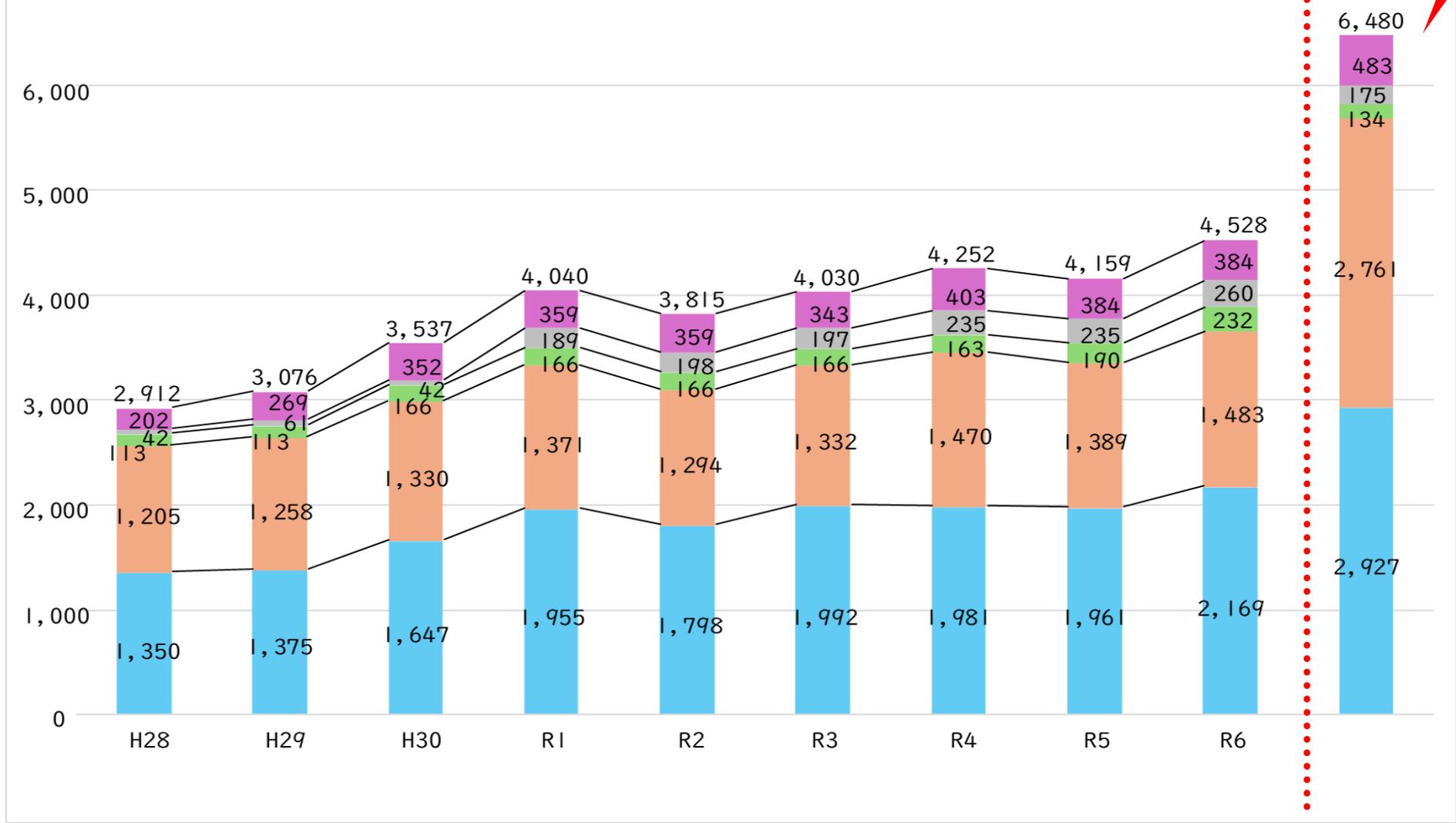
厚生労働省「病床機能報告」から作成

岡山県の病床数の推移

令和7年度第1回岡山県地域医療構想調整
会議資料2（一部改）

2025年
時点での
必要病床
数(推計)

回復期



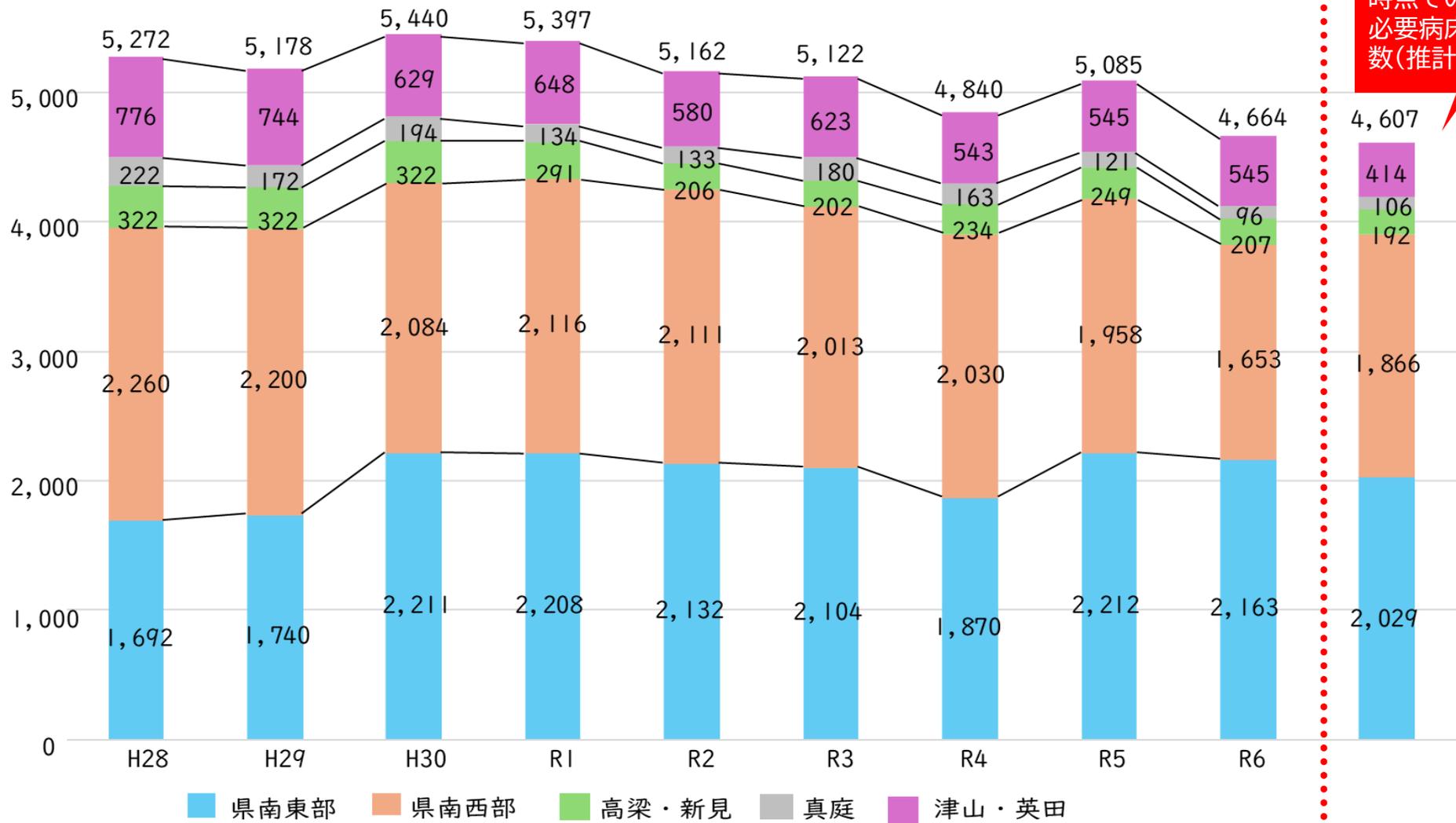
厚生労働省「病床機能報告」から作成

岡山県の病床数の推移

令和7年度第1回岡山県地域医療構想調整
会議資料2（一部改）

2025年
時点での
必要病床
数(推計)

慢性期



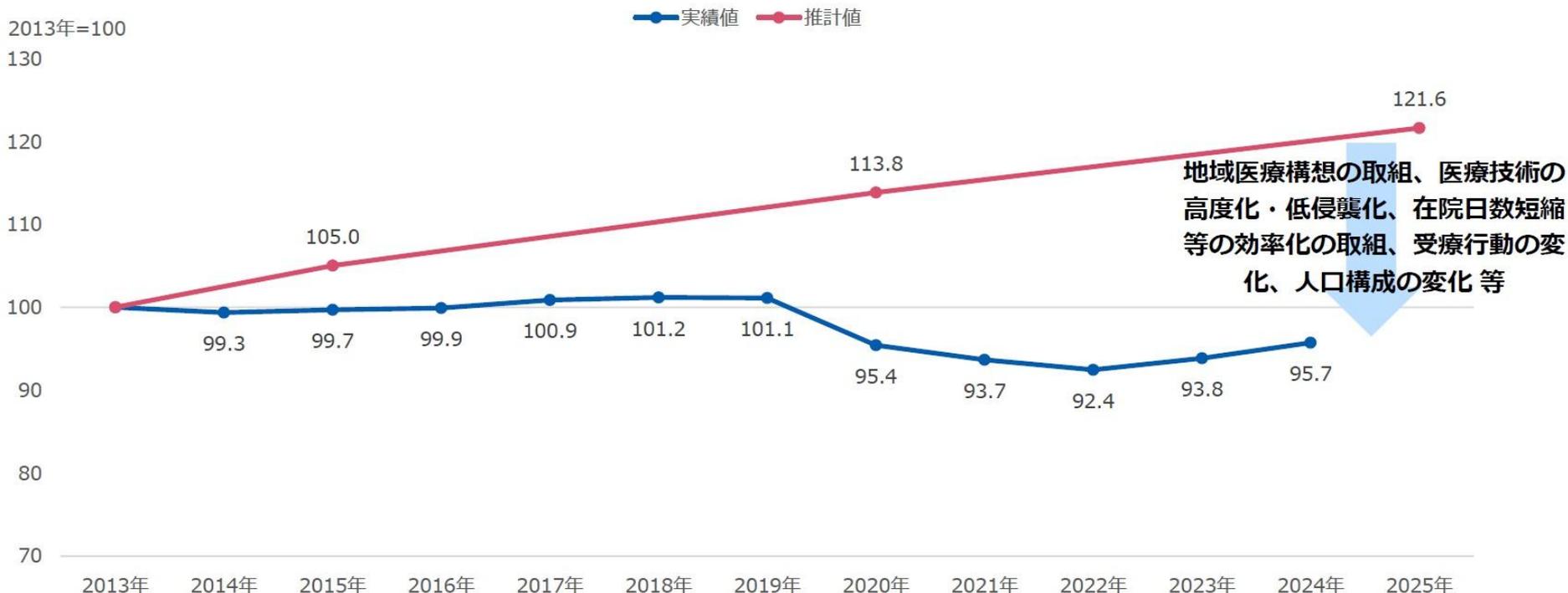
厚生労働省「病床機能報告」から作成

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）

国全体

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

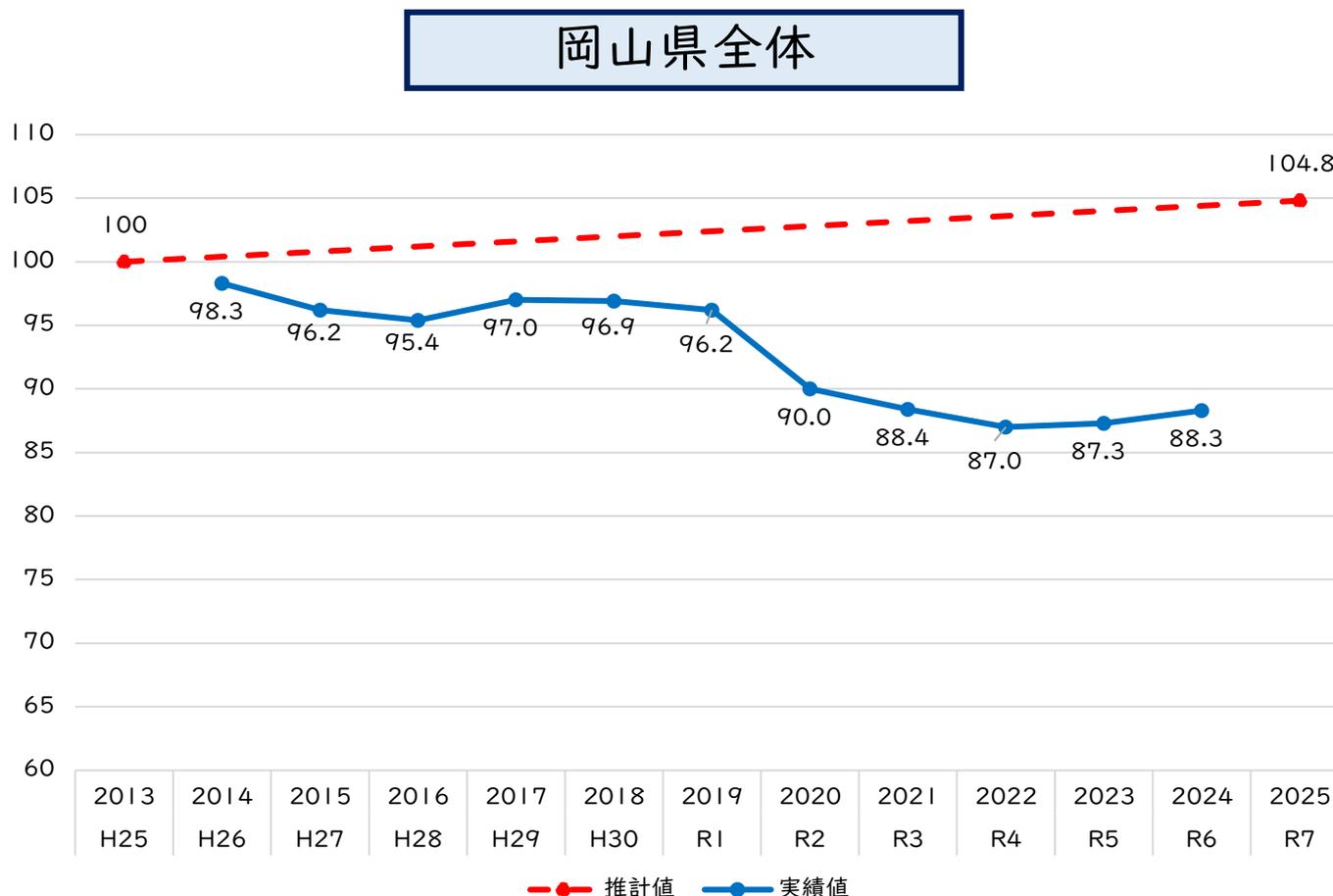
（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



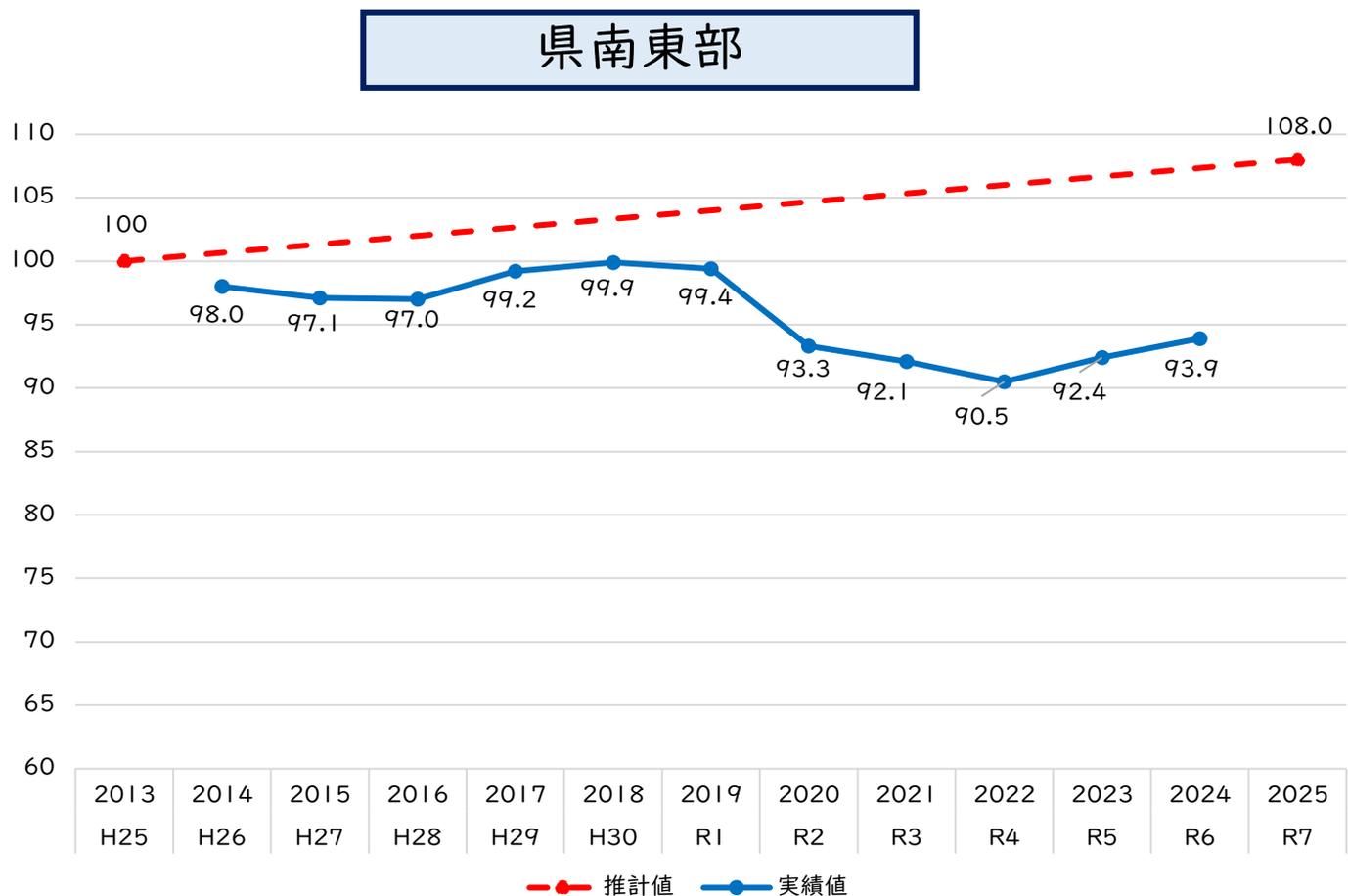
【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



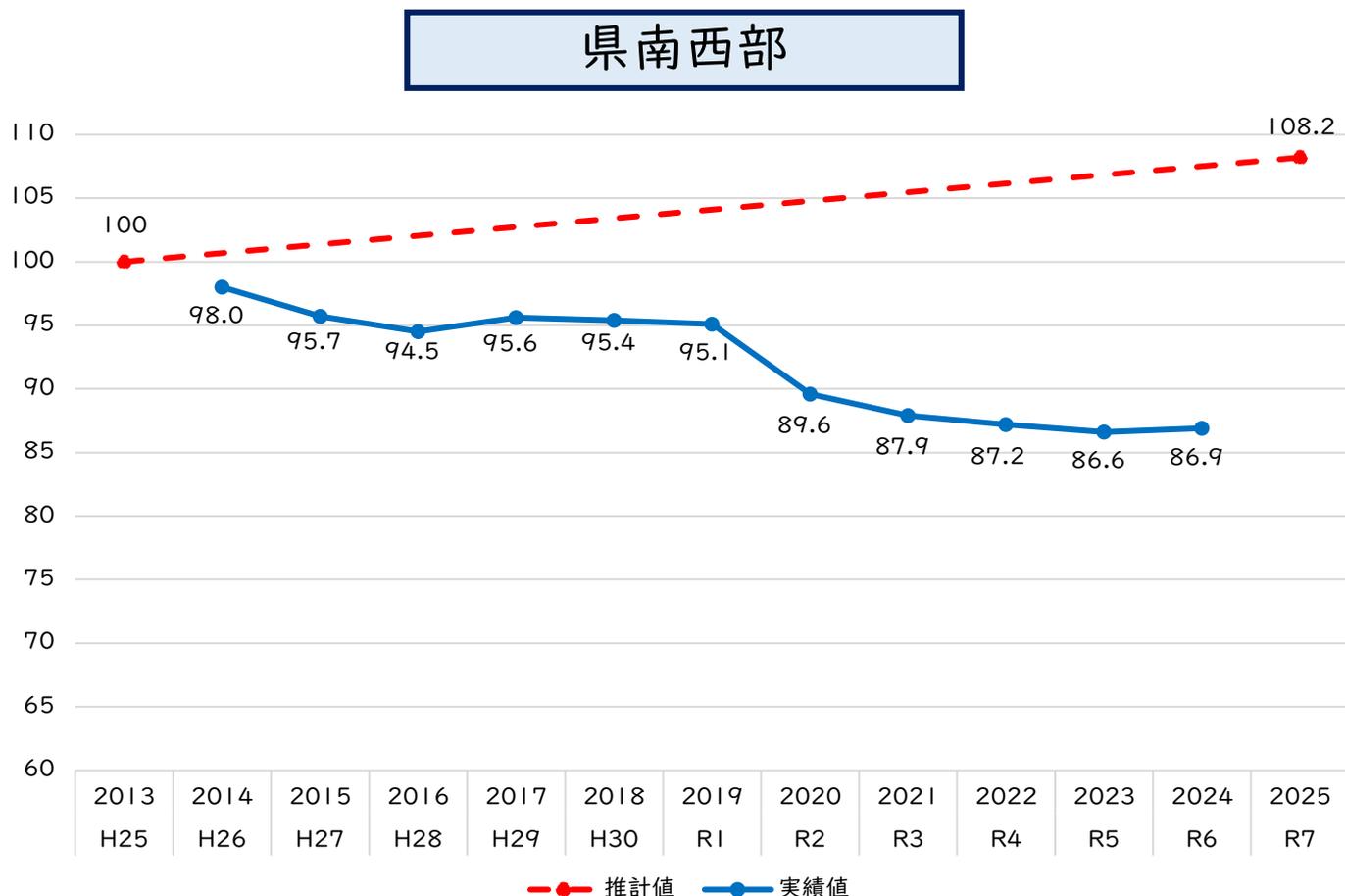
【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



【出典】

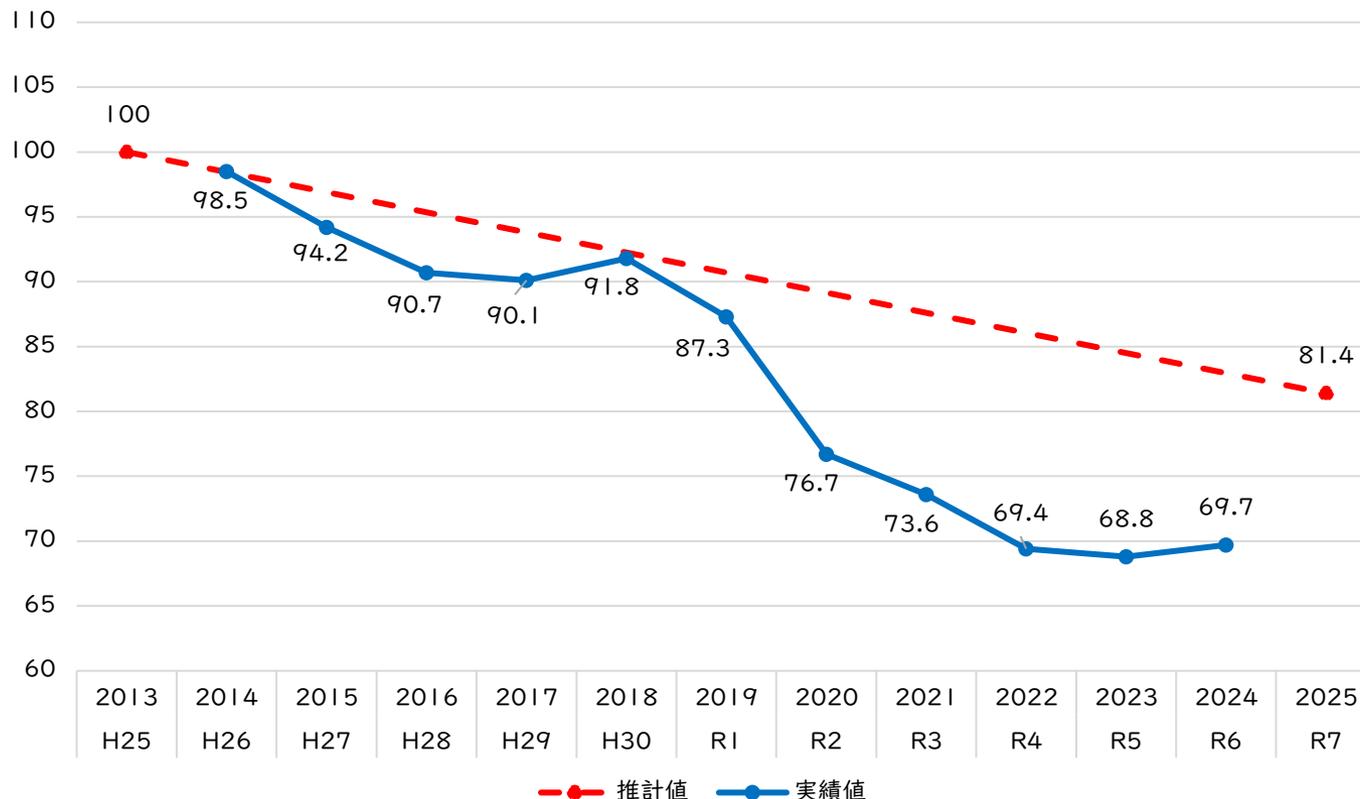
実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）

高粱・新見



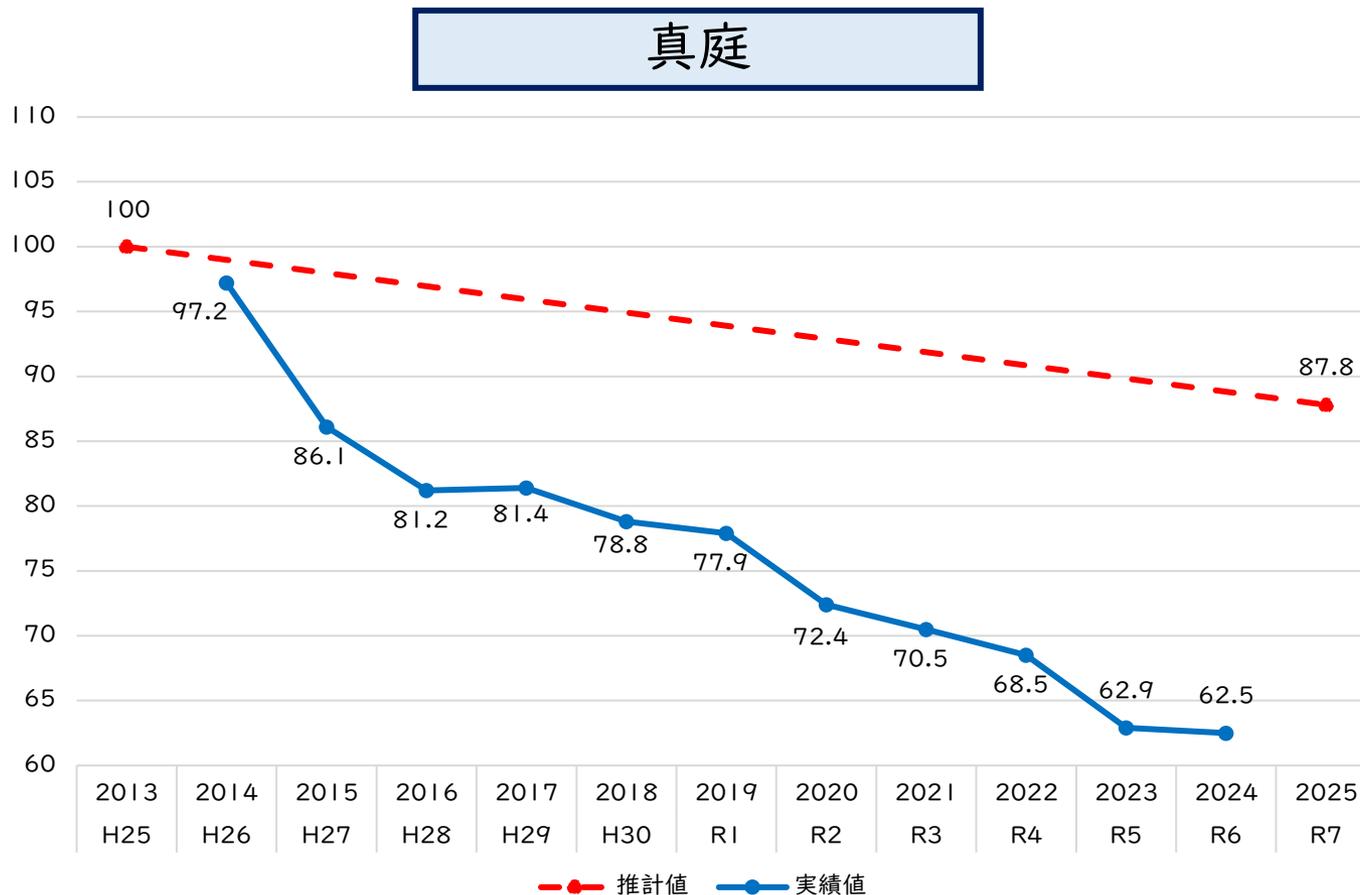
【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



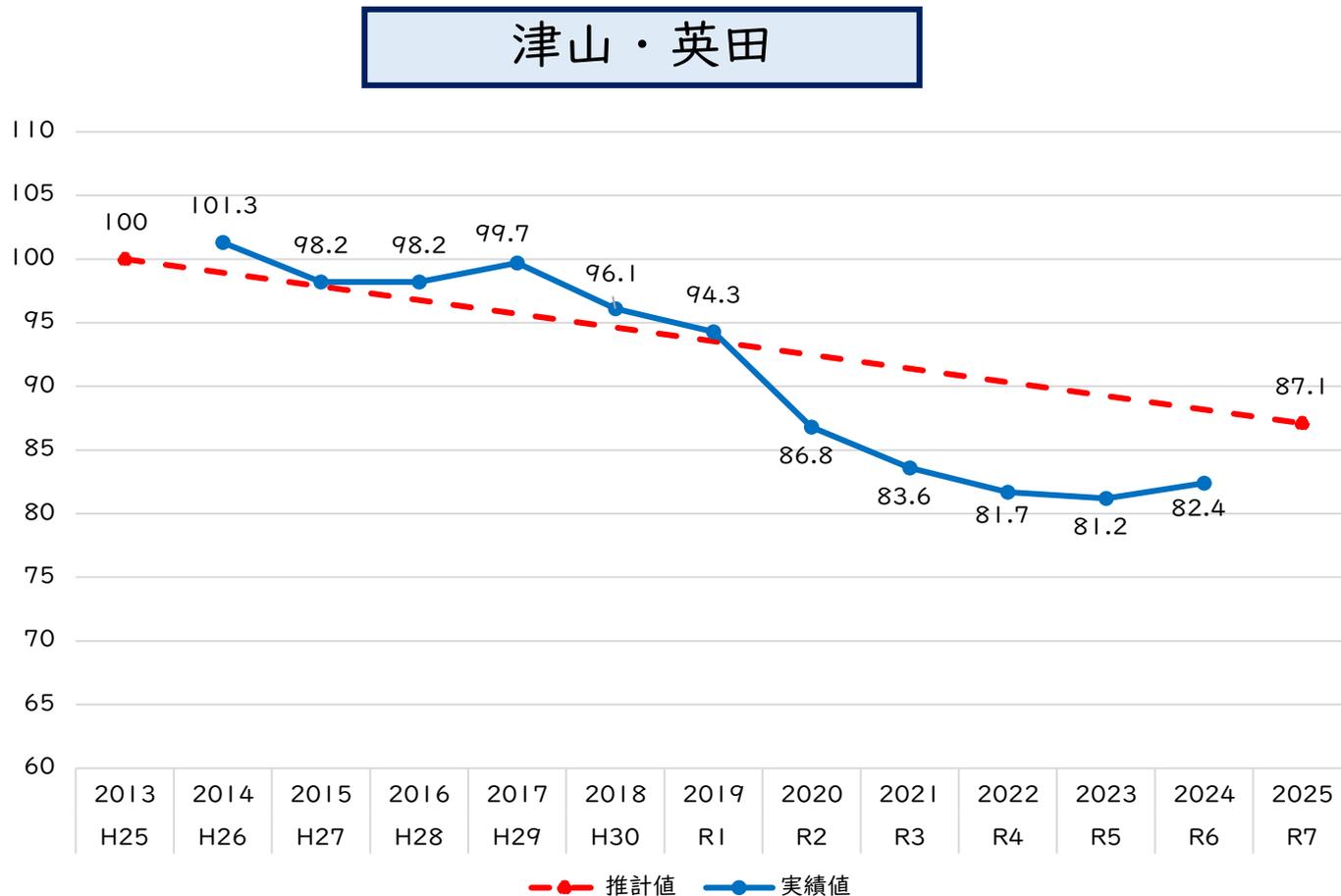
【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

医療需要の推計と実績の比較

地域医療構想における入院患者数の推計値と実績値の指標の推移（2013年を100としたとき）



【出典】

実績値：厚生労働省「病院報告」

推計値：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」（地域医療構想策定時の推計値）

二次医療圏域をまたぐ入院患者の流出入の状況

(単位：%)

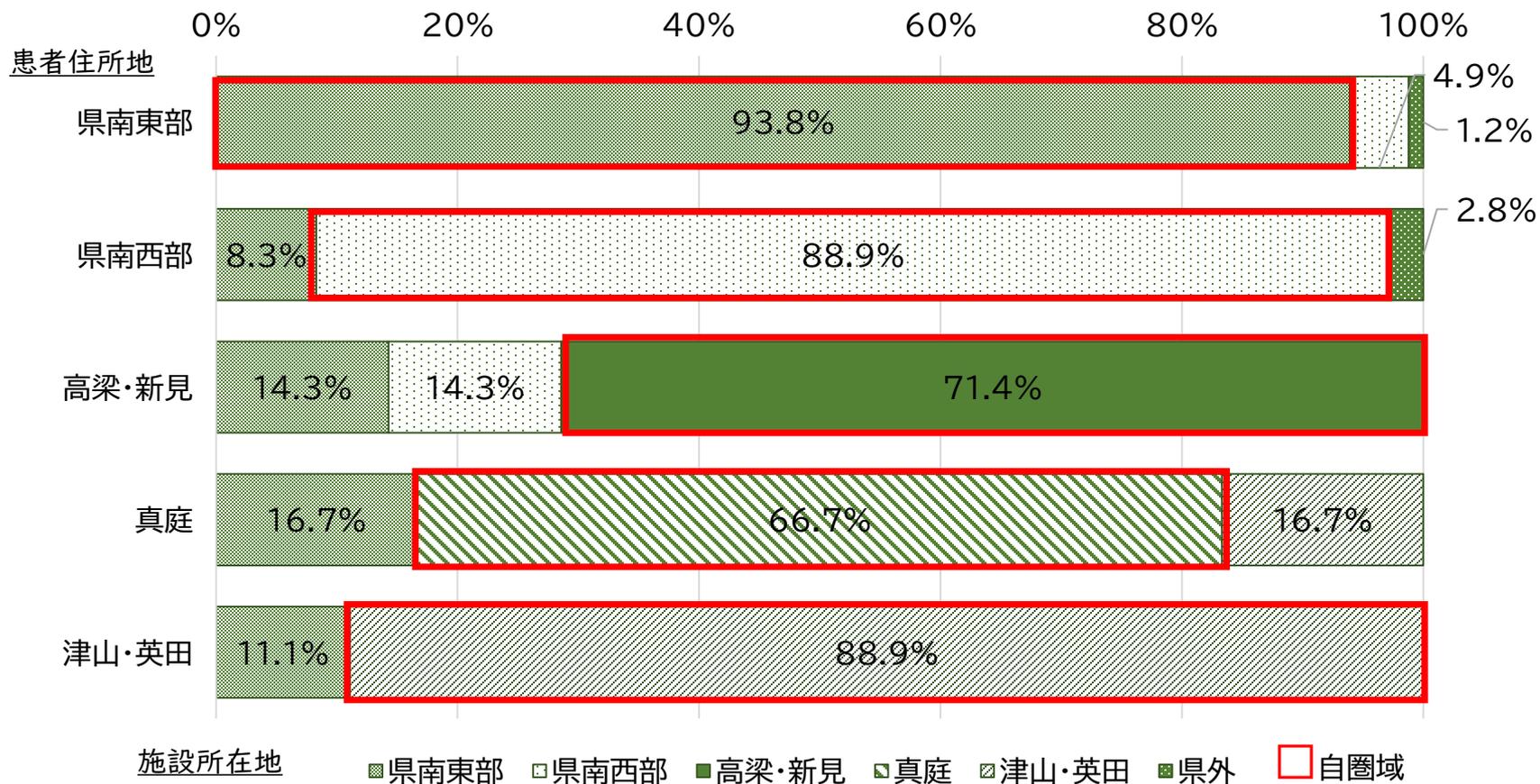
圏 域	流出患者割合			流入患者割合		
	2014年 (H26)	2023年 (R5)	増減	2014年 (H26)	2023年 (R5)	増減
県南東部	10.1	7.6	▲2.5	18.5	16.5	▲2.0
県南西部	15.4	12.3	▲3.1	18.1	13.9	▲4.2
高梁・新見	38.0	37.2	▲0.8	14.0	14.1	+0.1
真 庭	28.1	41.3	+13.2	18.1	13.0	▲5.1
津山・英田	18.1	16.2	▲1.9	6.0	6.2	+0.2

厚生労働省「平成26（2014）年患者調査」及び「令和5（2023）年患者調査」より作成

「患者調査」による分析

病院の推計入院患者数（施設所在地×患者住所地）

2023年（R5）



厚生労働省「令和5（2023）年患者調査」より作成

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数の推移

岡山県の救急自動車による救急搬送人員は、新型コロナウイルス感染症のまん延時に一旦減少したものの、その後増加に転じ、令和4年には令和元年の件数を上回った。

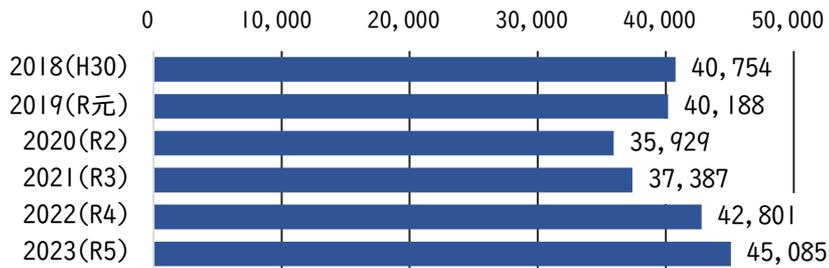
岡山県全体



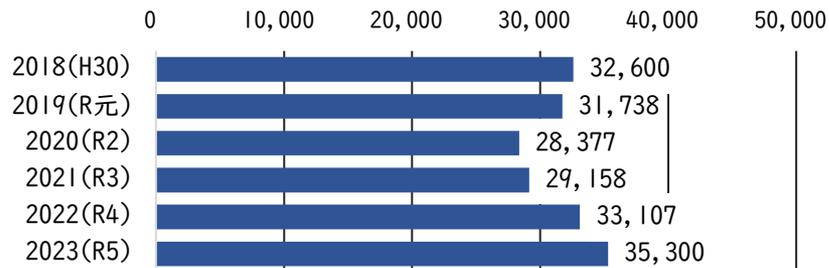
岡山県消防保安課「岡山県消防防災年報」より作成

救急搬送実績データによる分析

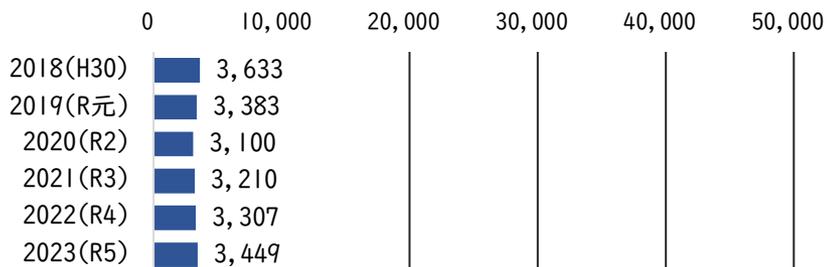
県南東部



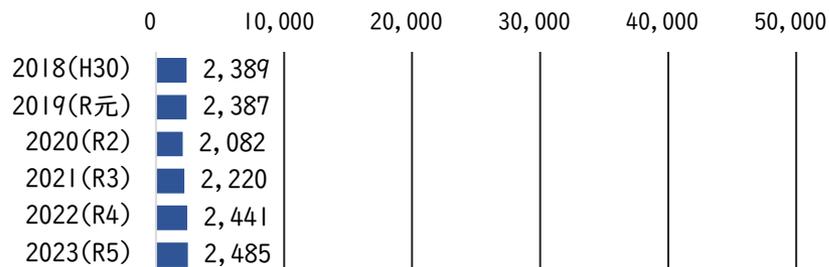
県南西部



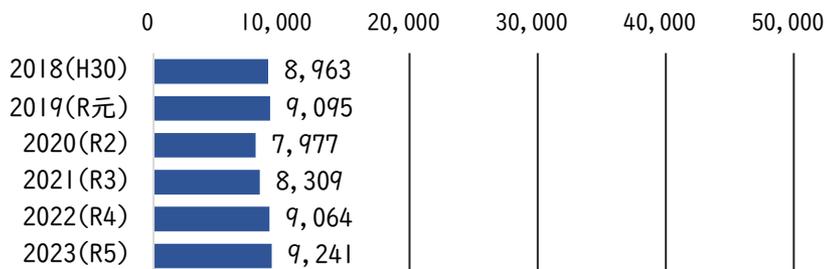
高梁・新見



真庭



津山・英田



救急搬送実績データによる分析

自圏域内での救急搬送への対応状況

(単位：%)

圏 域	重篤・重症患者			中等症・軽症患者		
	2017年 (H29)	2024年 (R6)	増減	2017年 (H29)	2024年 (R6)	増減
県南東部	95.3	96.5	+1.2	97.3	97.7	+0.4
県南西部	98.3	94.7	▲3.6	98.4	97.8	▲0.6
高梁・新見	52.0	54.1	+2.1	75.7	72.1	▲3.6
真 庭	54.0	55.0	+1.0	87.9	78.6	▲9.3
津山・英田	91.0	92.1	+1.1	94.5	93.5	▲1.0

消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

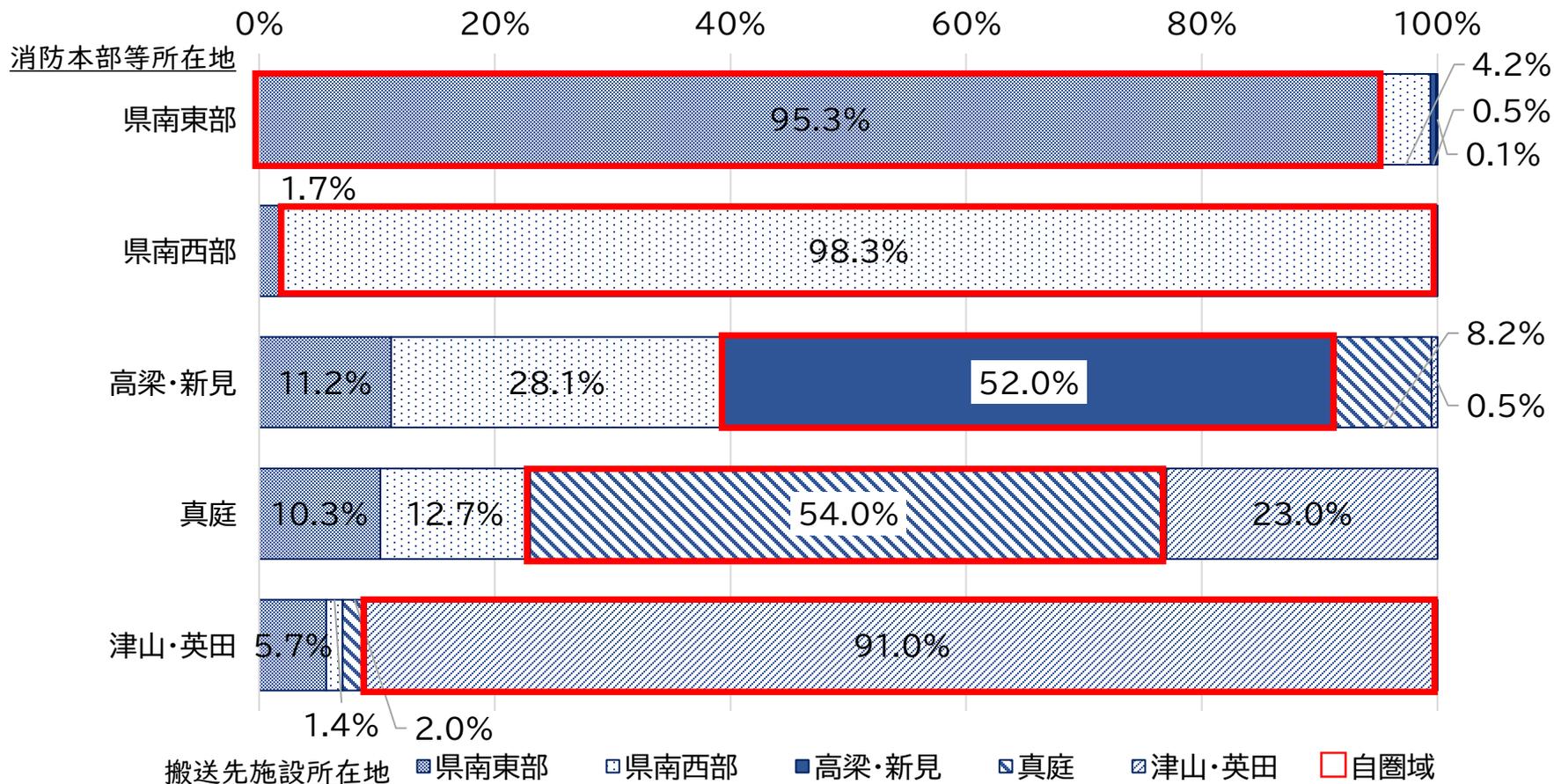
※平成29年のデータが、県外への搬送件数が不明なデータのため、平成29年、令和6年とも判別可能な県内における搬送件数から割合を算出している。

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数（消防本部等所在地×搬送先施設所在地）

重篤・重症

2017年(H29)



消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

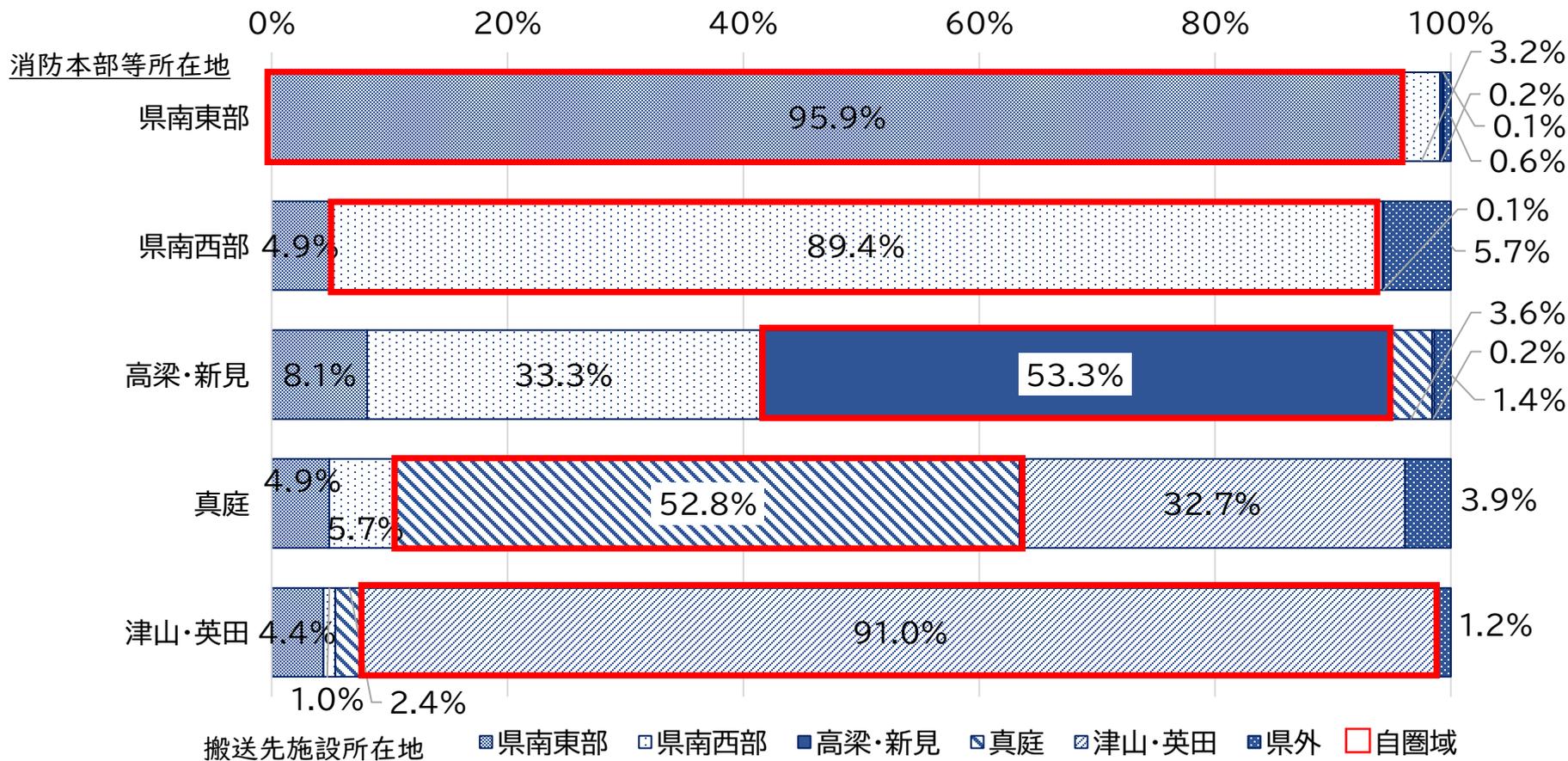
※県外への搬送件数が不明なデータのため、判別可能な県内における搬送件数から割合を算出している。

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数（消防本部等所在地×搬送先施設所在地）

重篤・重症

2024年(R6)



消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

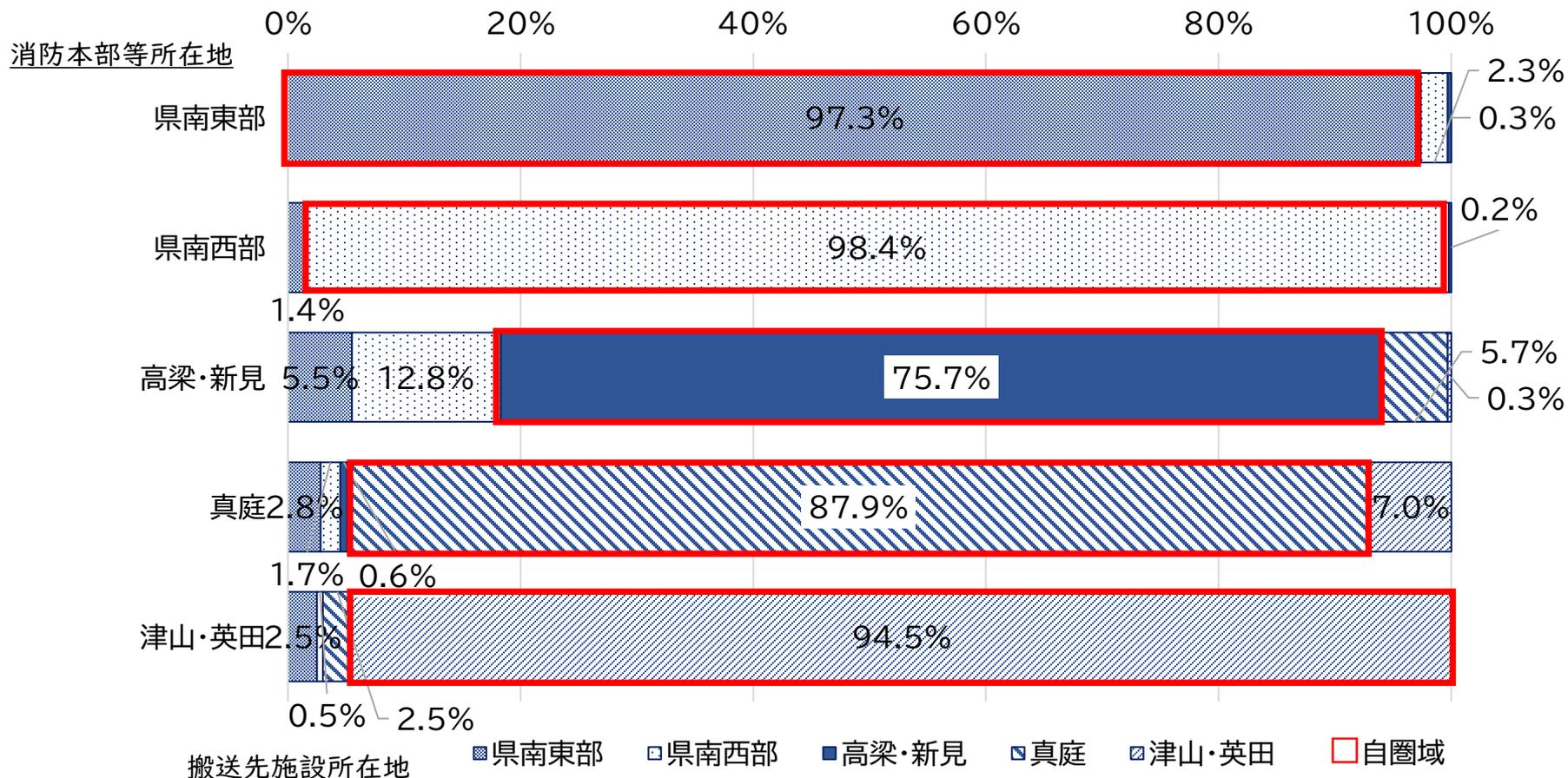
※県外への搬送件数も含んで算出しているため、スライド18とは異なる割合になっている。

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数（消防本部等所在地×搬送先施設所在地）

中等症・軽症

2017年(H29)



消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

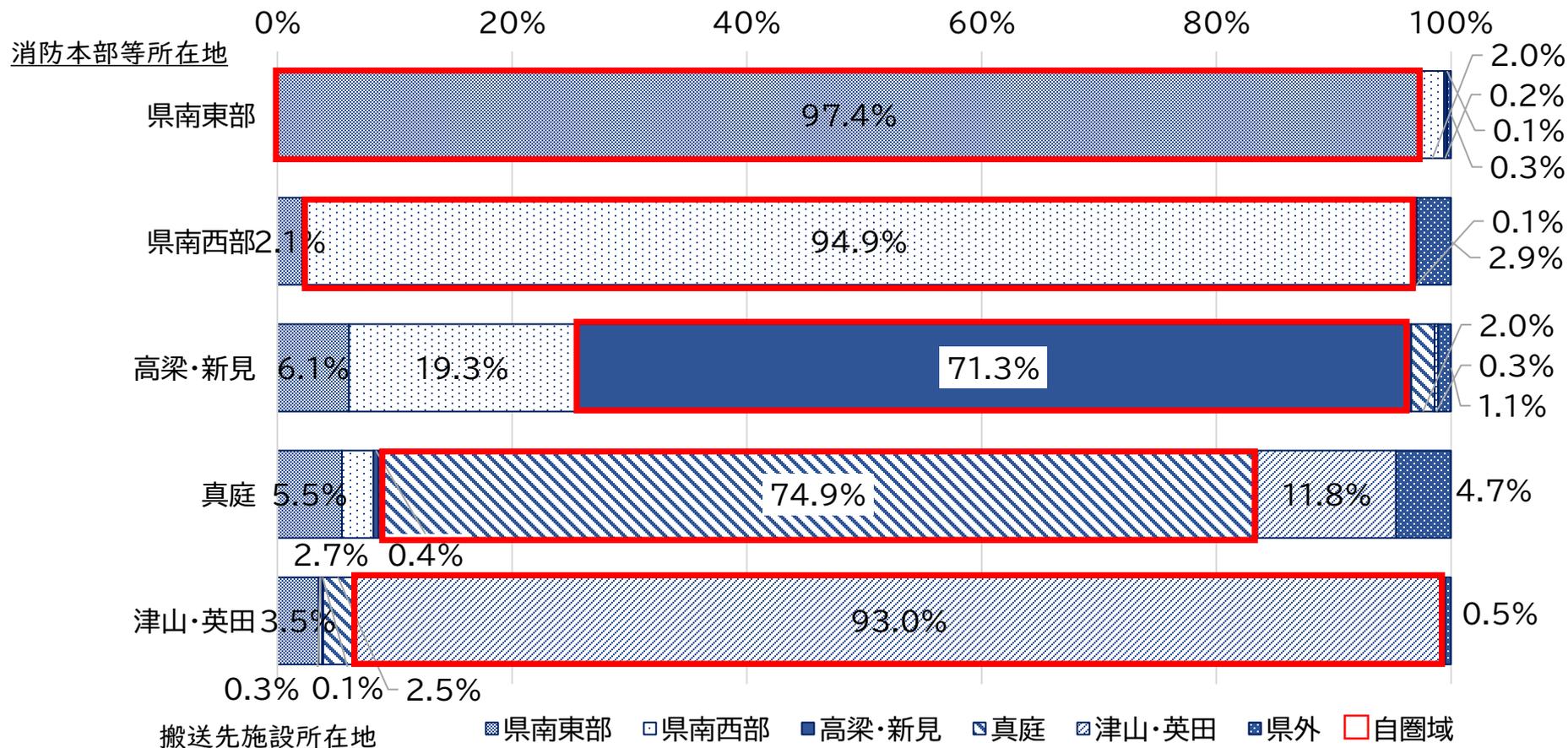
※県外への搬送件数が不明なデータのため、判別可能な県内における搬送件数から割合を算出している。

救急搬送実績データによる分析

救急搬送件数（消防本部等所在地×搬送先施設所在地）

中等症・軽症

2024年(R6)



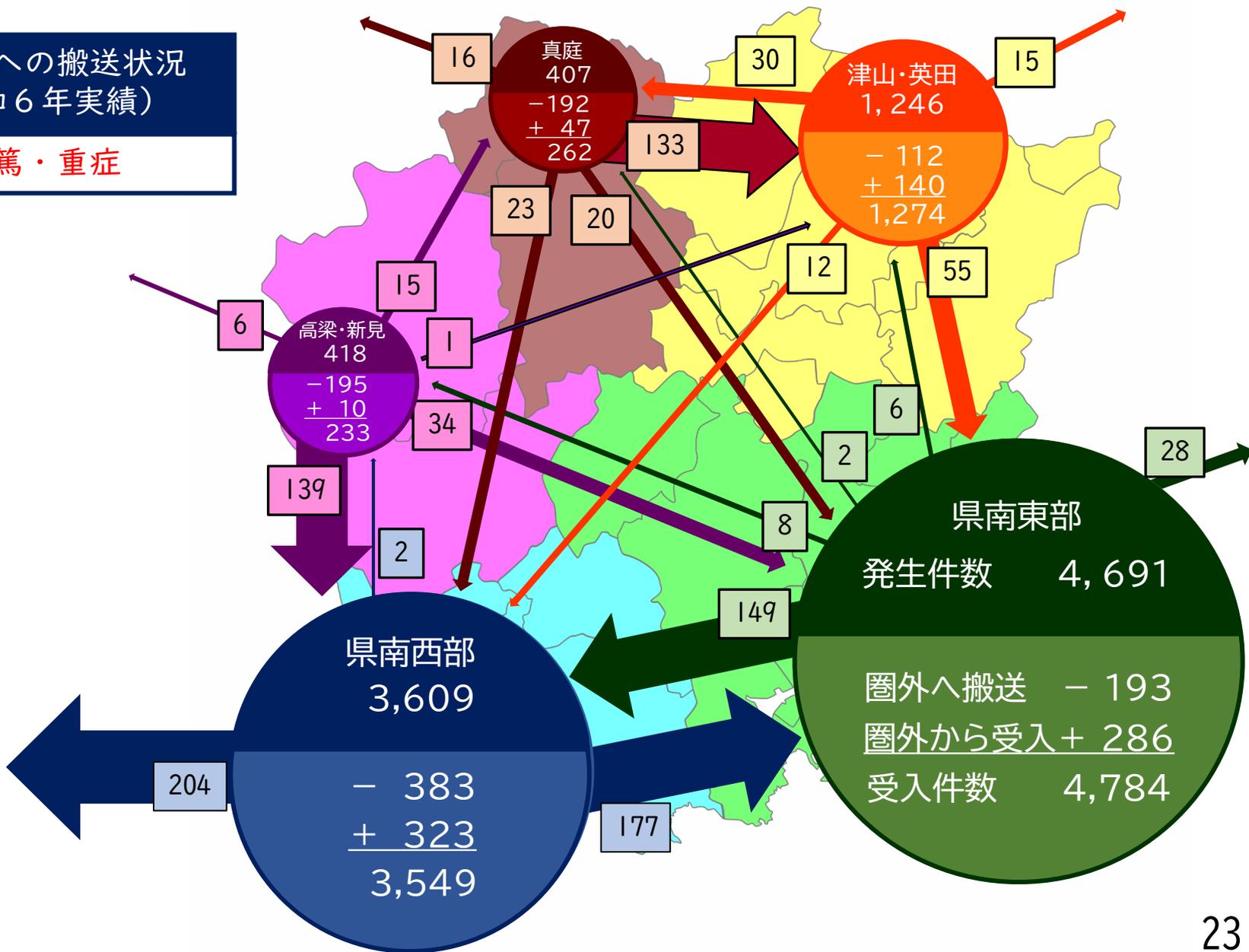
消防庁「統計調査系システム」における「救急・ウツタイン調査業務」データ（岡山県消防保安課提供）より作成

※県外への搬送件数も含んで算出しているため、スライド18とは異なる割合になっている。

救急搬送実績データによる分析

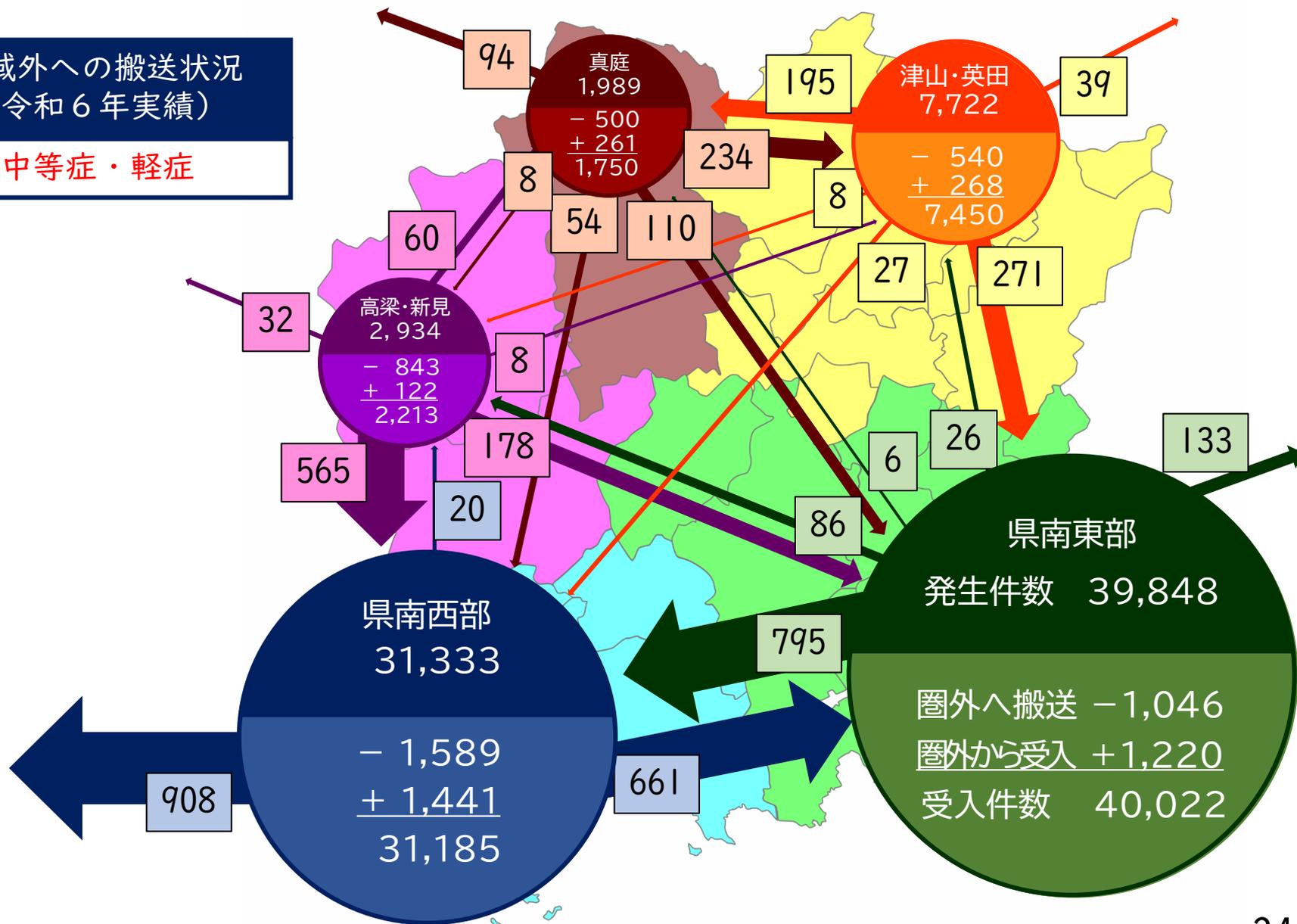
圏域外への搬送状況
(令和6年実績)

重篤・重症



救急搬送実績データによる分析

圏域外への搬送状況
(令和6年実績)
中等症・軽症

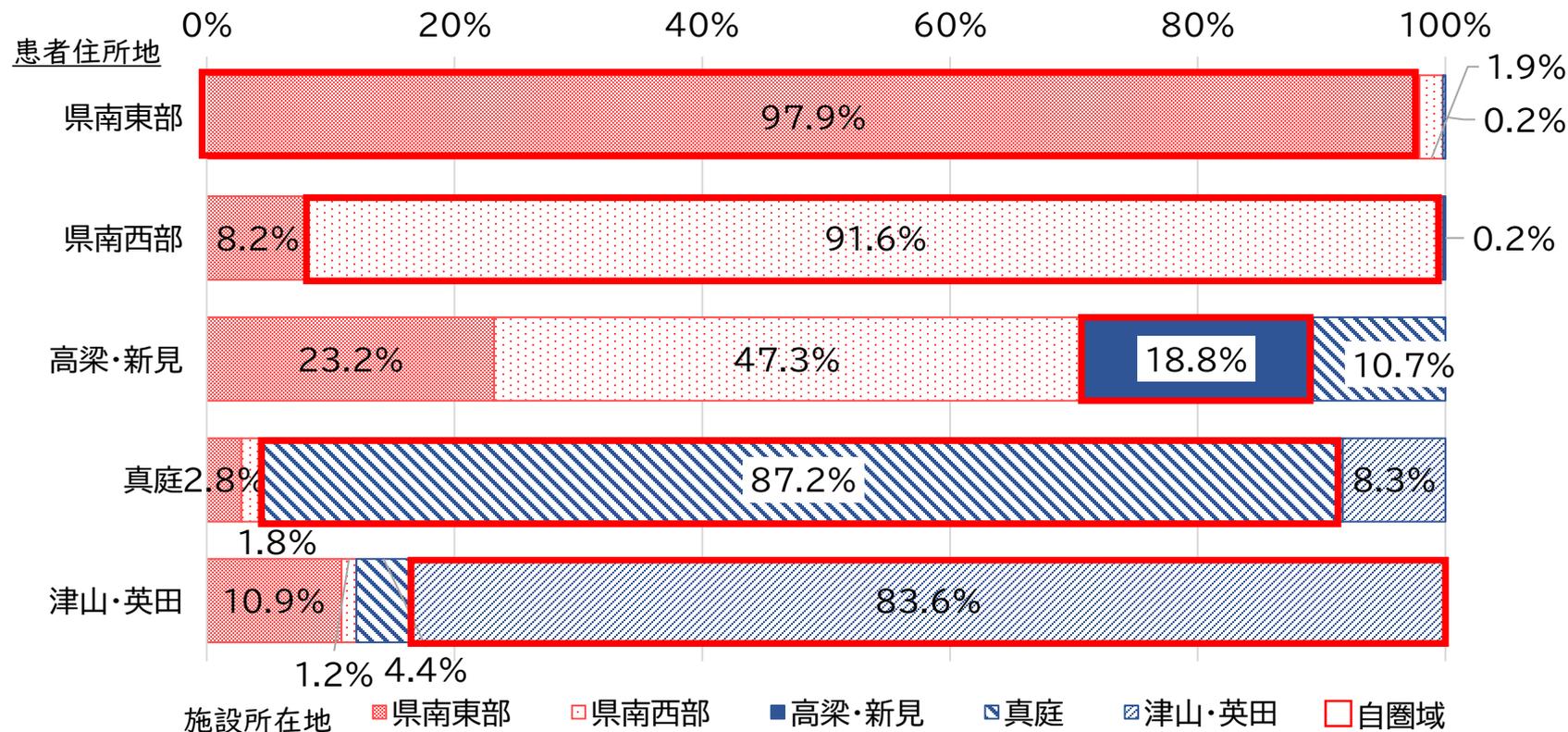


脳卒中医療連携体制の実績調査結果による分析

新規脳卒中入院患者数（施設所在地×患者住所地）

急性期機能を担う医療機関

2017年度(H29)



岡山県「脳卒中の医療連携体制を担う医療機関等における実績調査」結果から作成

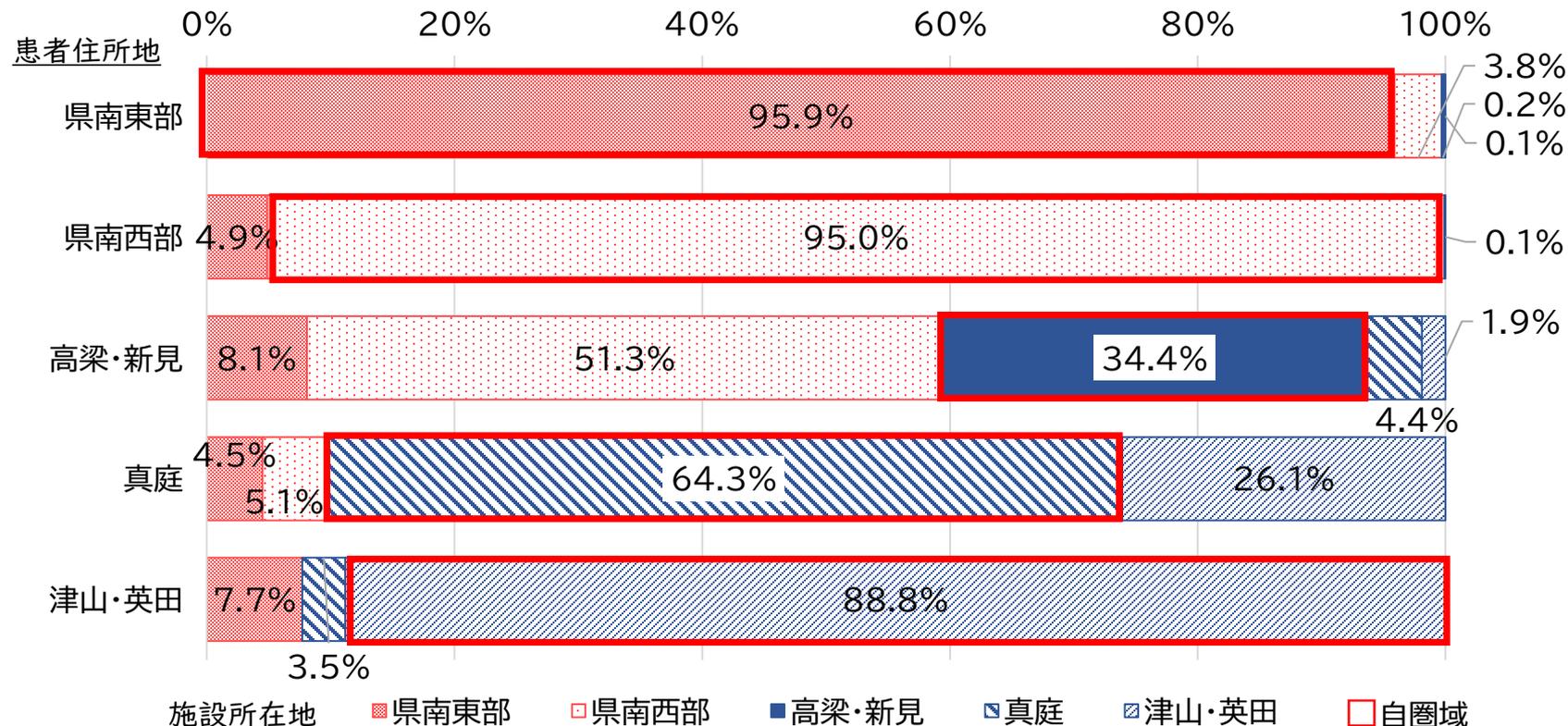
※脳卒中については、県保健医療計画において、急性期、回復期、維持期の経過に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件を定めており、各期の医療機能を満たす医療機関に、自発的に届出をしてもらっている。（地域医療構想上の「急性期」とは異なる）

脳卒中医療連携体制の実績調査結果による分析

新規脳卒中入院患者数（施設所在地×患者住所地）

急性期機能を担う医療機関

2024年度(R6)

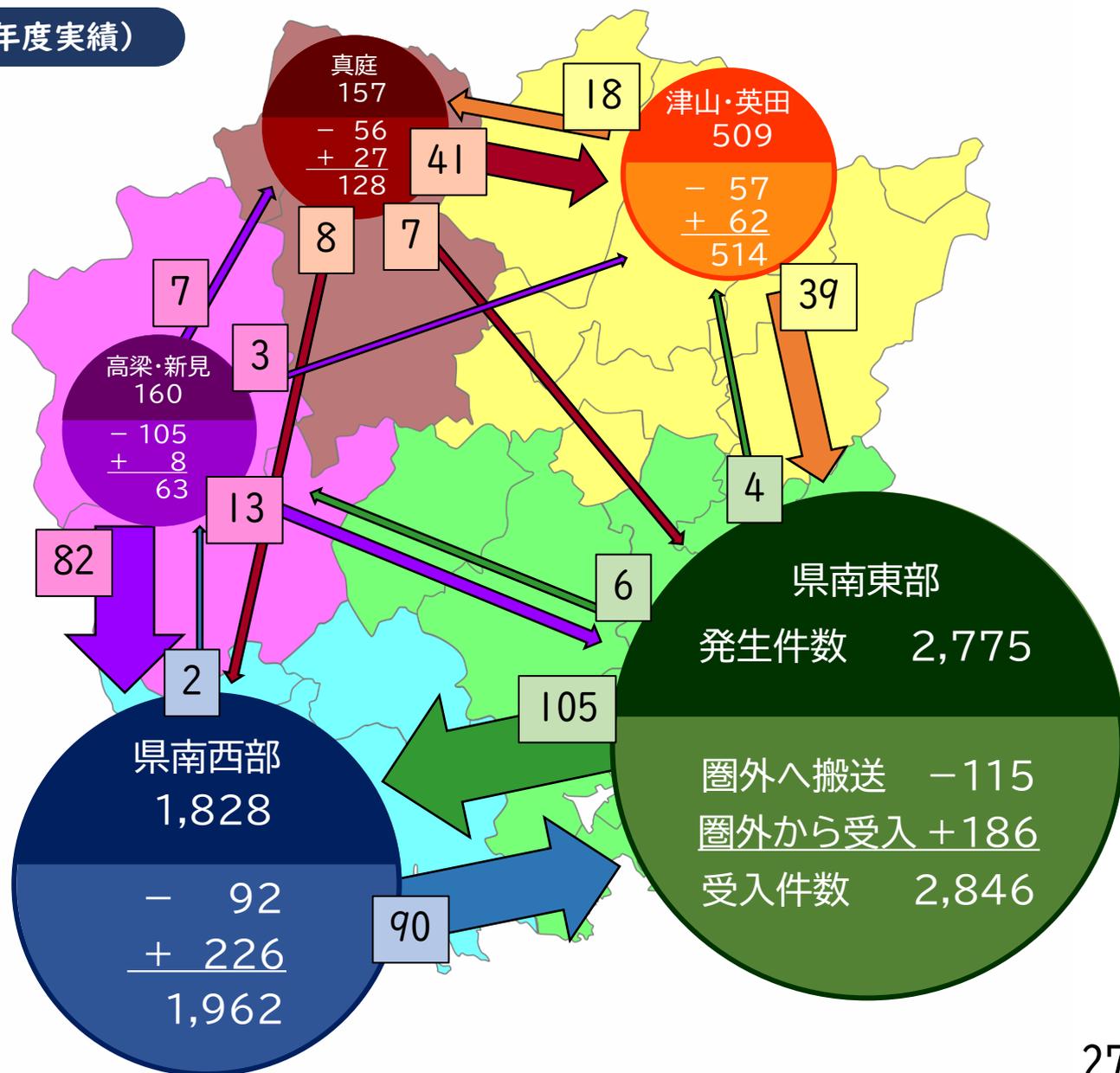


岡山県「脳卒中の医療連携体制を担う医療機関等における実績調査」結果から作成

※脳卒中については、県保健医療計画において、急性期、回復期、維持期の経過に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件を定めており、各期の医療機能を満たす医療機関に、自発的に届出をしてもらっている。（地域医療構想上の「急性期」とは異なる）

脳卒中医療連携体制の実績調査結果による分析

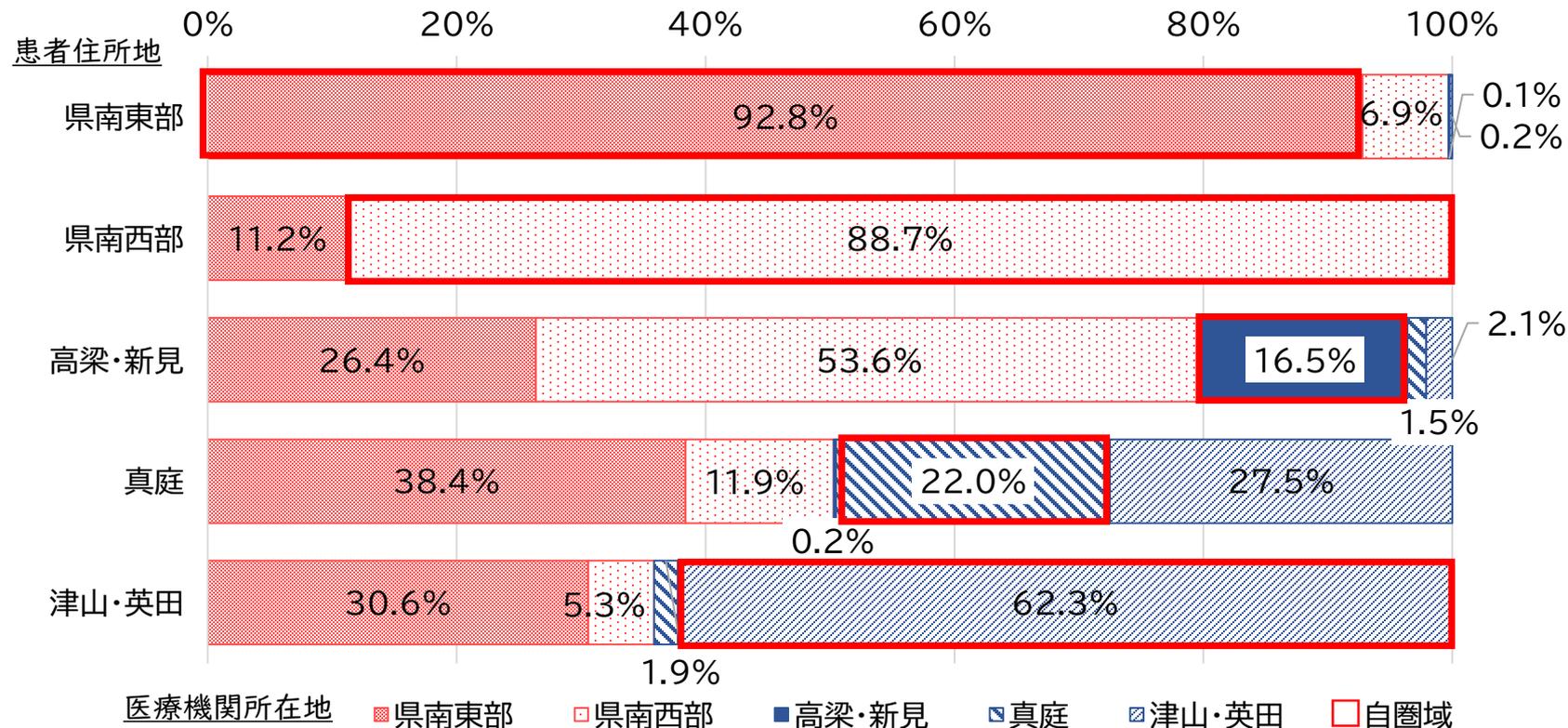
新規脳卒中入院患者（令和6年度実績）



院内がん登録データによる分析

新規がん患者登録件数

2022年(R4)

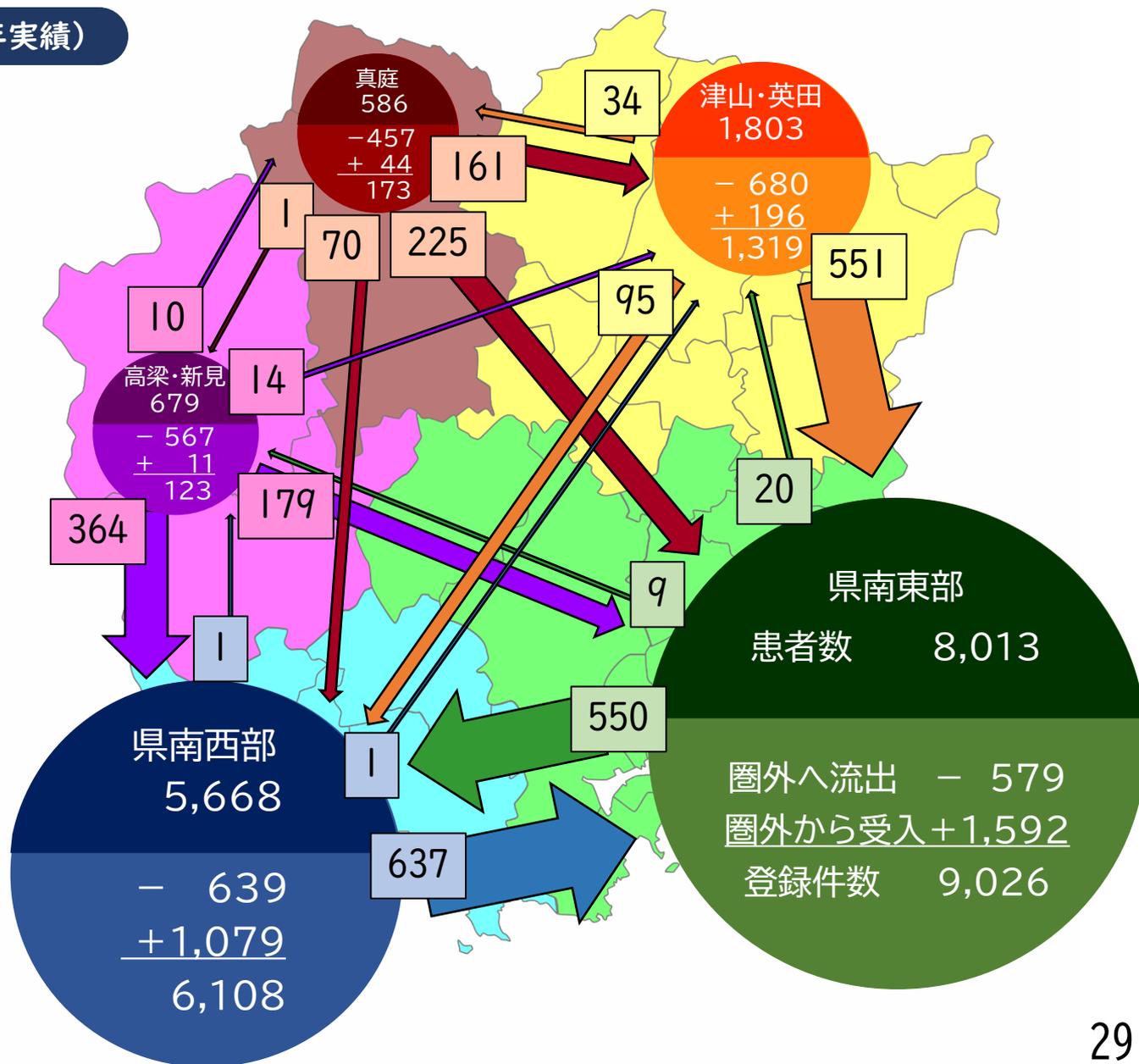


岡山県がん診療連携協議会事務局（岡山大学病院）発行「岡山県院内がん登録報告書2022年版」より作成

※院内がん登録データは、岡山県内の「都道府県がん診療連携拠点病院」1施設、「がん診療連携拠点病院」6施設、「地域がん診療病院」2施設、「岡山県がん診療連携推進病院」4施設から提出された、入院・外来を問わない1年間の登録データ

院内がん登録データによる分析

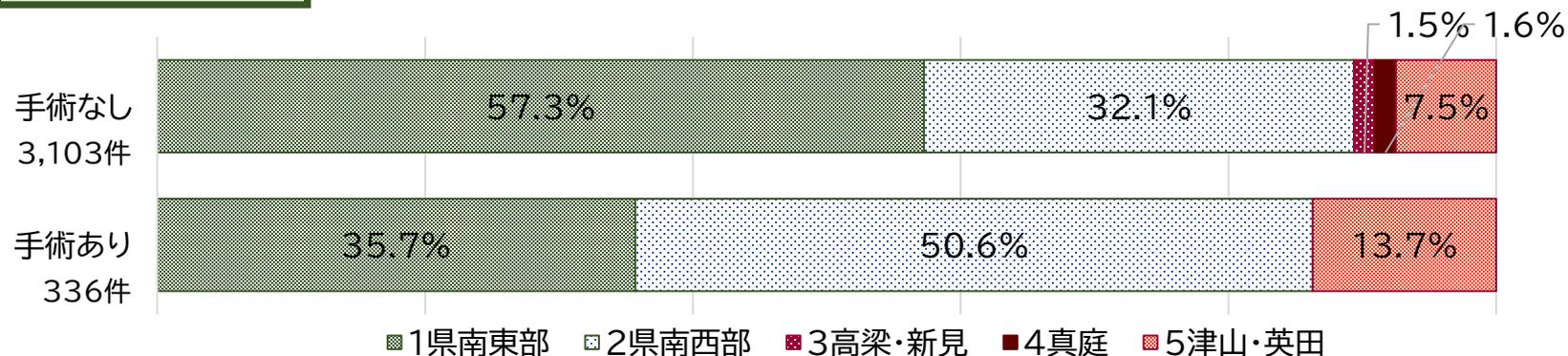
院内がん登録件数（令和4年実績）



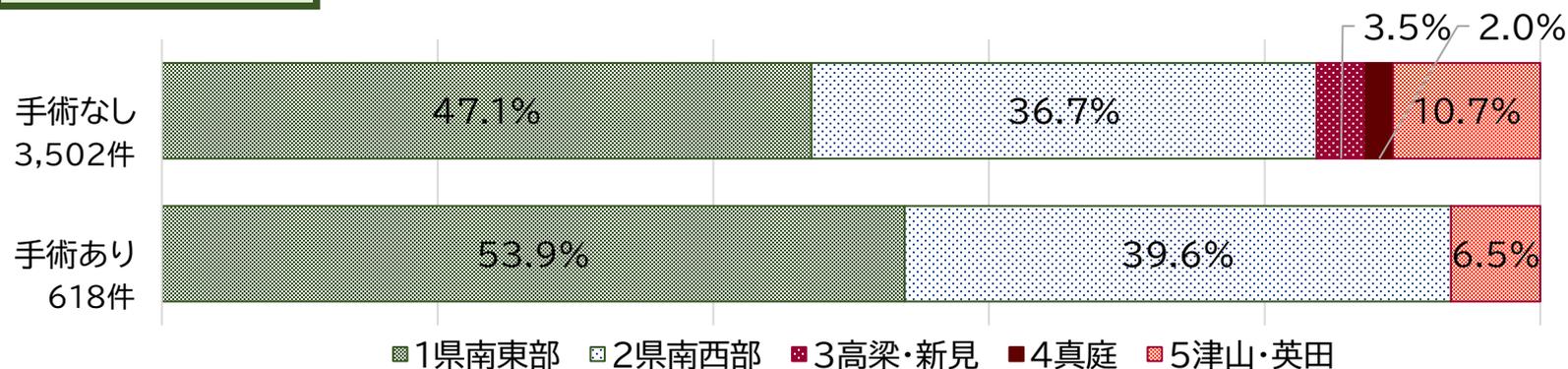
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

脳梗塞



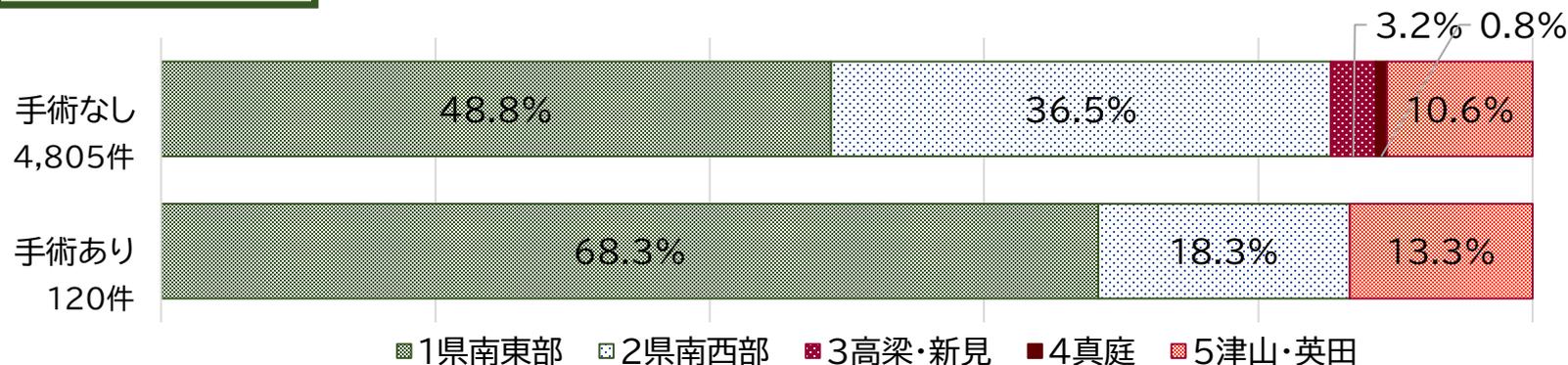
心不全



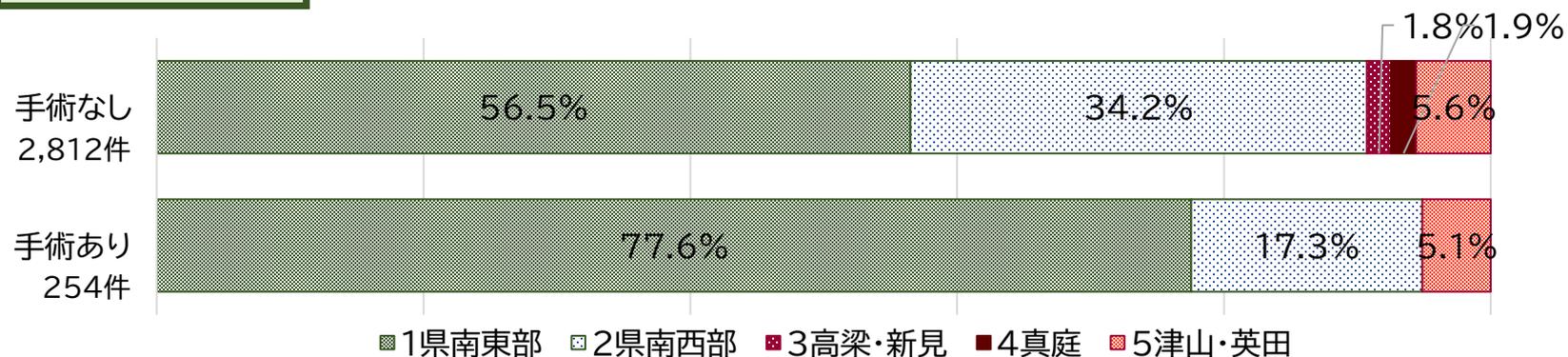
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

肺炎等



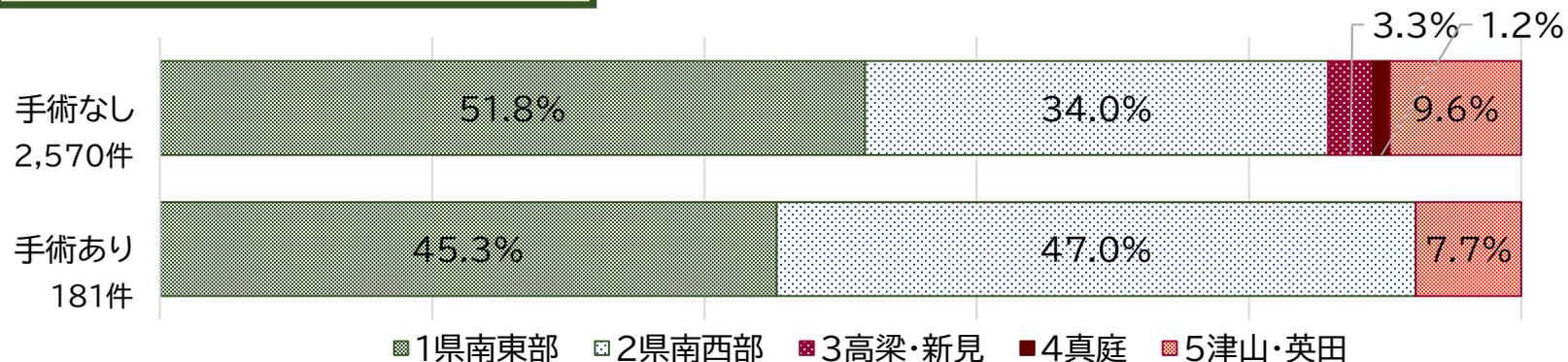
誤嚥性肺炎



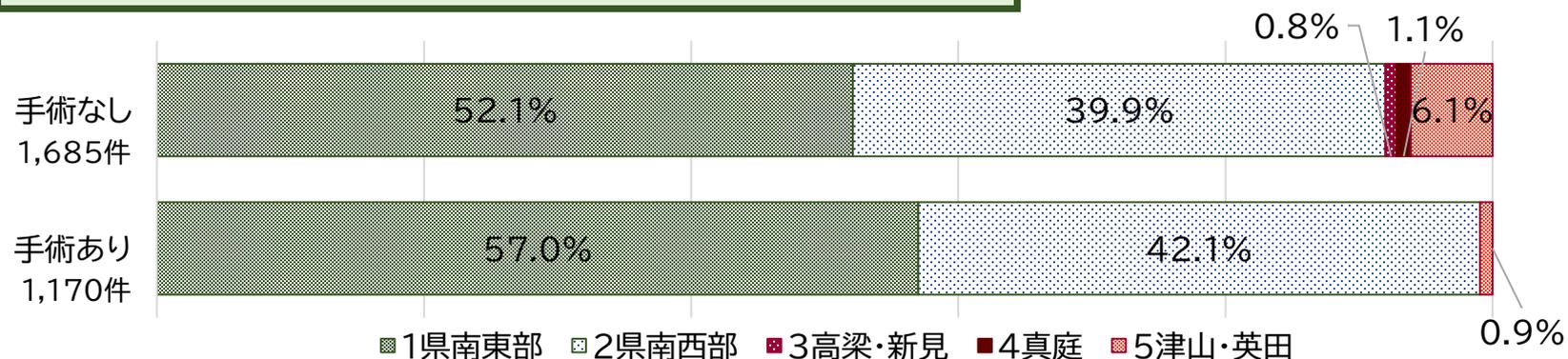
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

腎臓又は尿路の感染症



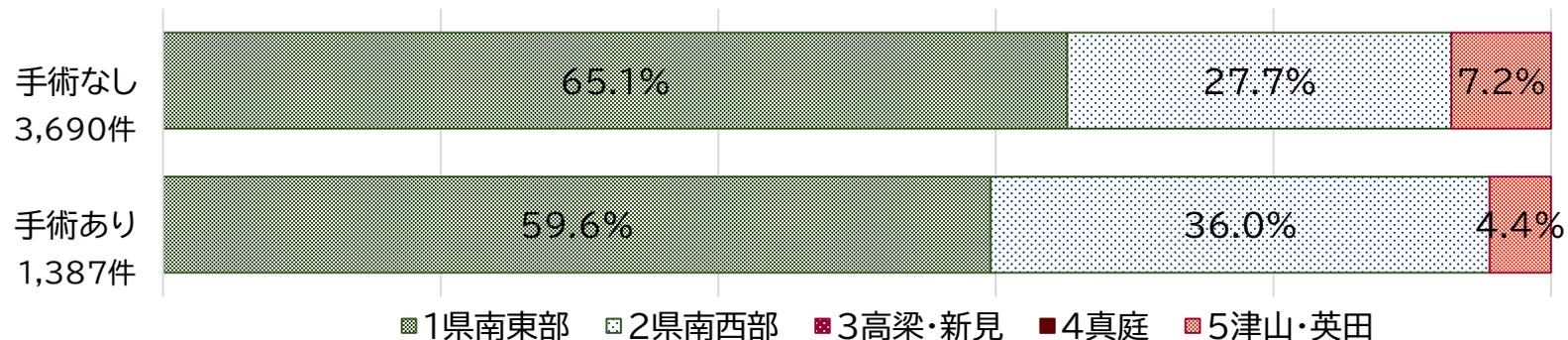
慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全



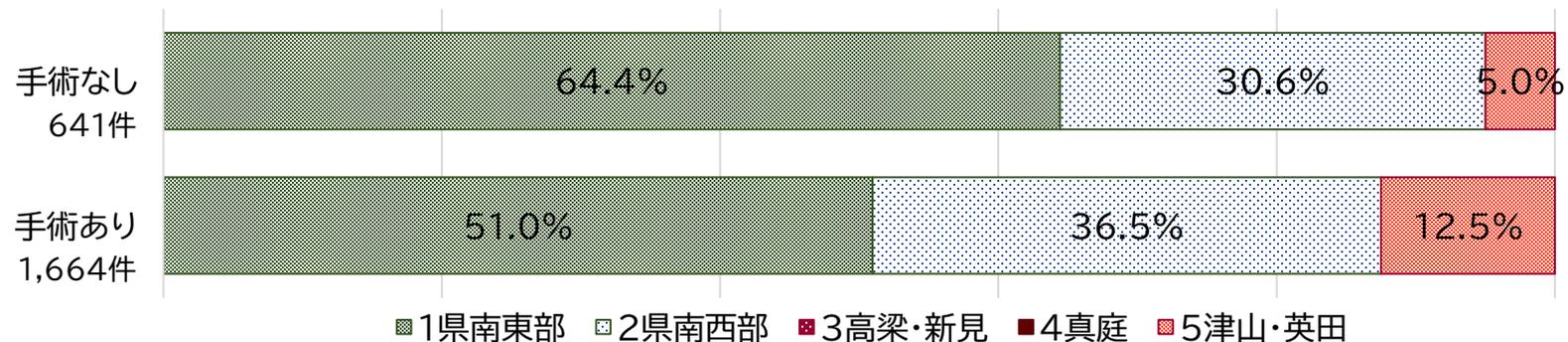
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

肺の悪性腫瘍



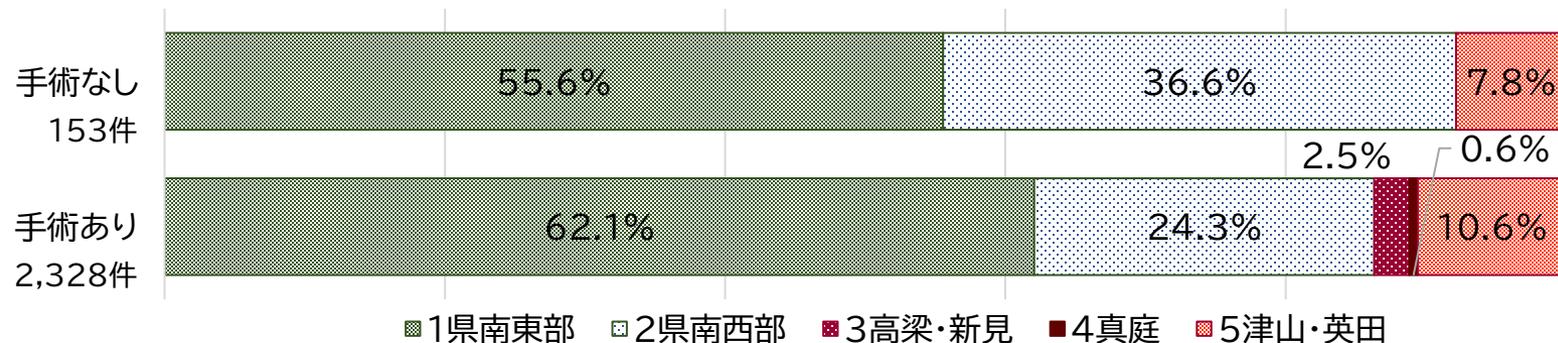
胃の悪性腫瘍



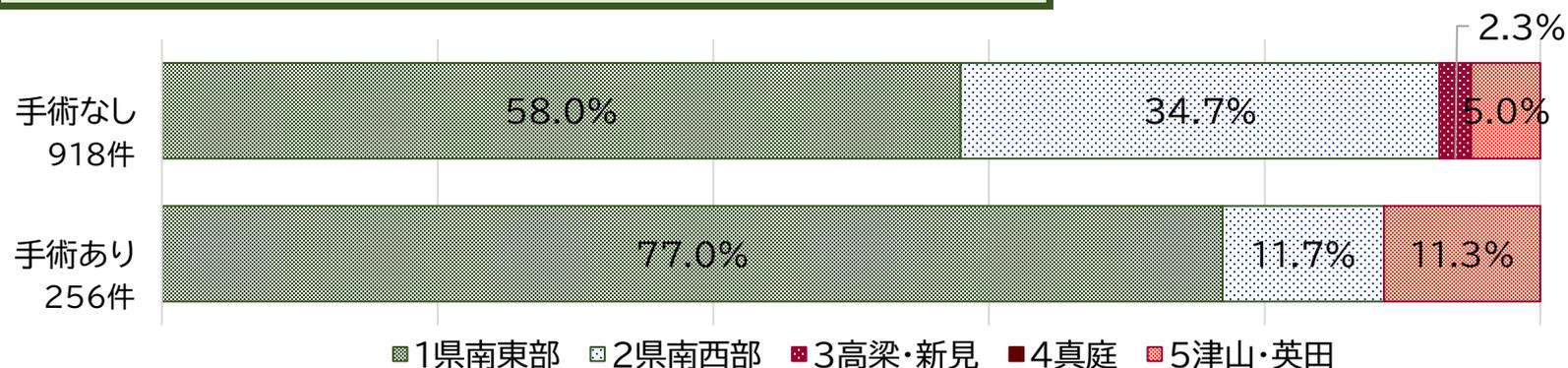
DPC導入の影響評価に関する調査（退院患者調査）による分析

令和5年度調査

股関節・大腿近位の骨折



胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）



県南東部

救急搬送

脳卒中

がん

構
想
策
定
時
の
状
況

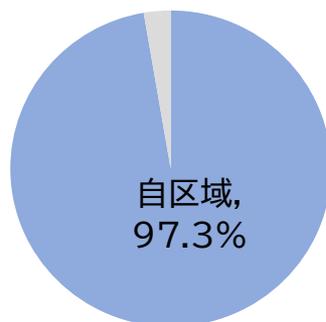
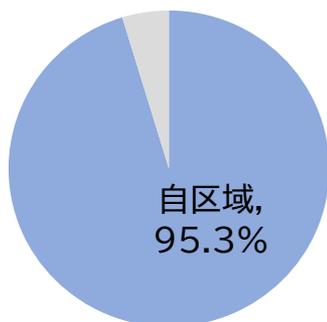
2017年 (H29)

2017年度 (H29)

<重篤・重症>

<中等症・軽症>

<急性期入院>



現
在
の
状
況

2024年 (R6)

2024年度 (R6)

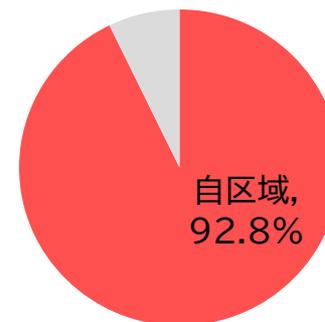
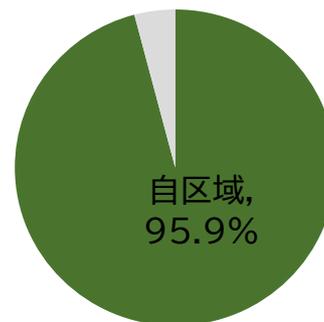
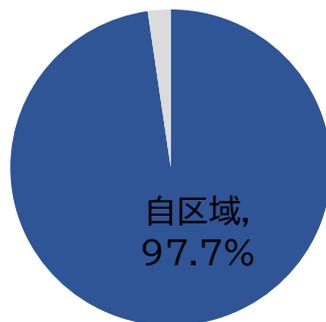
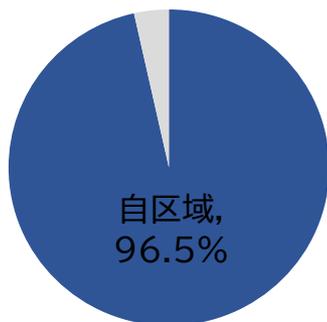
2022年 (R4)

<重篤・重症>

<中等症・軽症>

<急性期入院>

<院内がん登録>



県南西部

救急搬送

脳卒中

がん

構
想
策
定
時
の
状
況

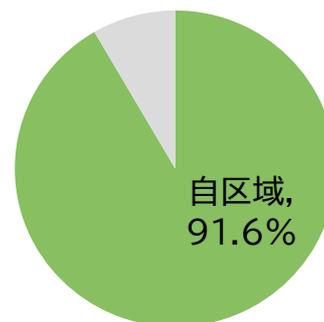
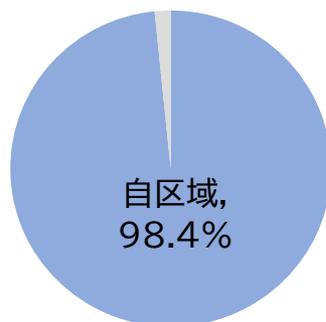
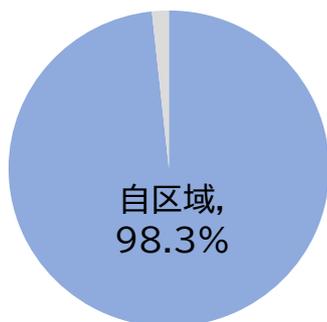
2017年 (H29)

2017年度 (H29)

<重篤・重症>

<中等症・軽症>

<急性期入院>



現
在
の
状
況

2024年 (R6)

2024年度 (R6)

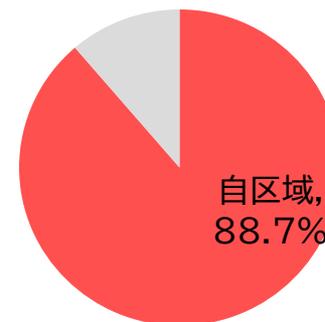
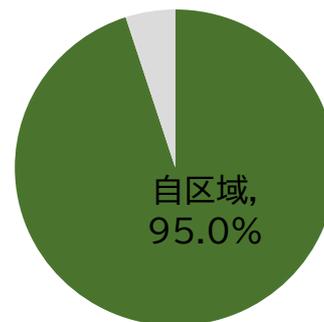
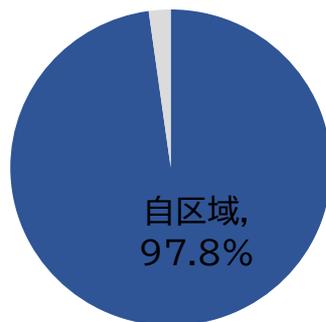
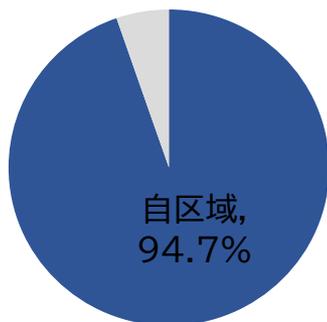
2022年 (R4)

<重篤・重症>

<中等症・軽症>

<急性期入院>

<院内がん登録>



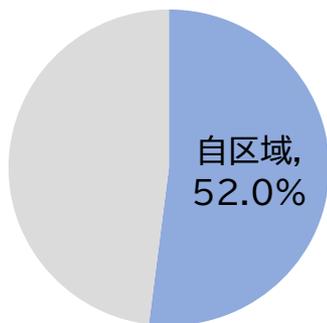
構想区域ごとの状況

高梁・新見

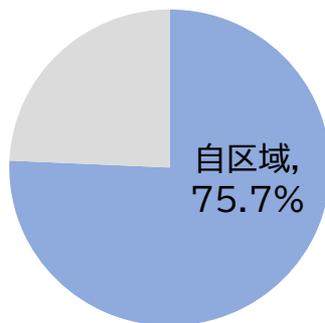
救急搬送

2017年 (H29)

<重篤・重症>



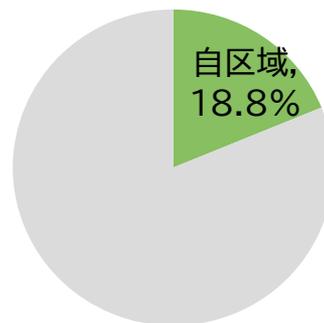
<中等症・軽症>



脳卒中

2017年度 (H29)

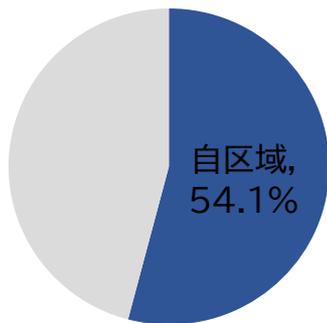
<急性期入院>



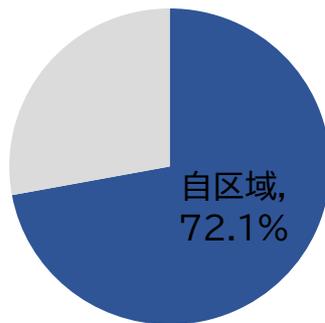
がん

2024年 (R6)

<重篤・重症>

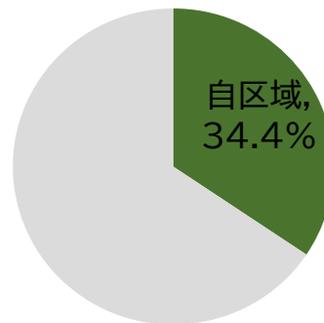


<中等症・軽症>



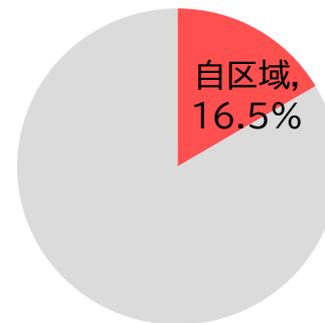
2024年度 (R6)

<急性期入院>



2022年 (R4)

<院内がん登録>



構
想
策
定
時
の
状
況

現
在
の
状
況

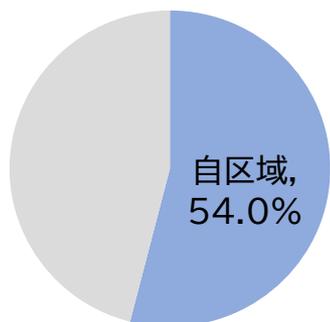
構想区域ごとの状況

真 庭

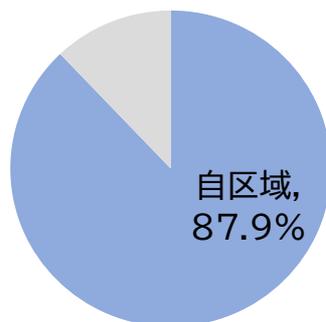
救急搬送

2017年 (H29)

<重篤・重症>



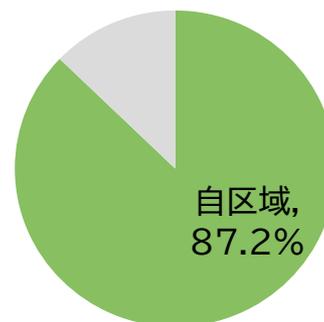
<中等症・軽症>



脳卒中

2017年度 (H29)

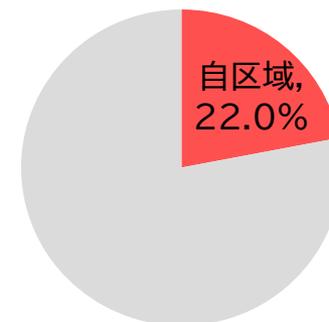
<急性期入院>



がん

2022年 (R4)

<院内がん登録>

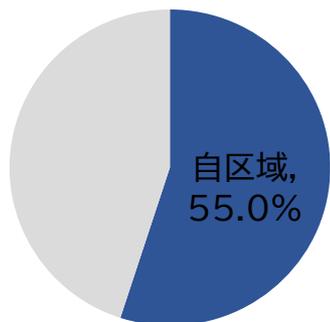


構
想
策
定
時
の
状
況

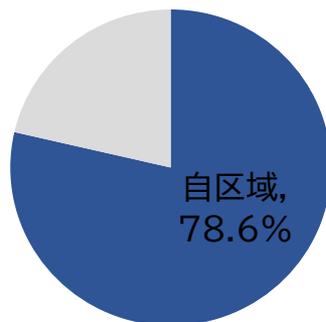
現
在
の
状
況

2024年 (R6)

<重篤・重症>

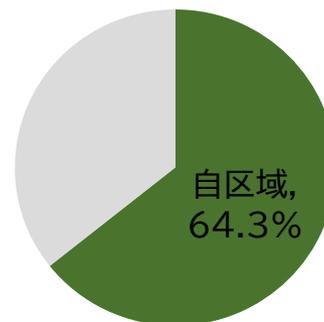


<中等症・軽症>



2024年度 (R6)

<急性期入院>



構想区域ごとの状況

津山・英田

救急搬送

脳卒中

がん

構
想
策
定
時
の
状
況

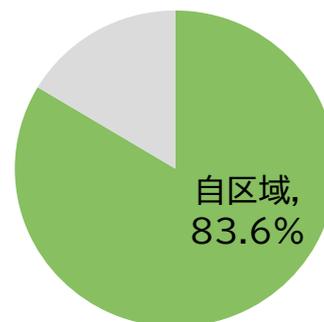
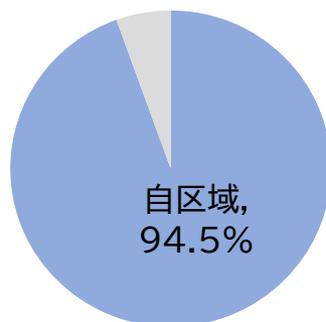
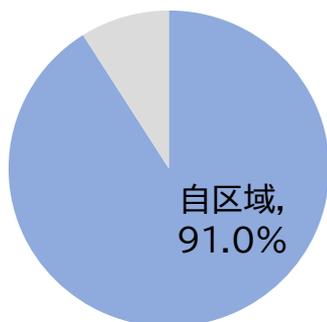
2017年 (H29)

2017年度 (H29)

<重篤・重症>

<中等症・軽症>

<急性期入院>



現
在
の
状
況

2024年 (R6)

2024年度 (R6)

2022年 (R4)

<重篤・重症>

<中等症・軽症>

<急性期入院>

<院内がん登録>

