

目指す姿

- ・「2025年に向けた病床の機能分化」中心から、医療提供体制全体の再設計へ
- ・急性期医療の需要の減少、増える高齢者救急・在宅医療への対応と人口減少下での医療アクセス確保
- ・医療従事者の持続可能な働き方（集約・連携・ICT活用）を両立

主な変更点

- ・**構想区域**：二次医療圏前提を固定せず、**必要に応じて広域化**・県境連携も検討（構想区域と二次医療圏は原則一致）
- ・**調整会議**：入院に加え**外来・在宅・介護連携も扱う**ため、議題に応じ運営を柔軟化（住民理解・情報公開も重視）
- ・地域医療構想は**医療計画の上位概念**へ（第9次医療計画から新構想を踏まえた実行計画として策定）
- ・精神医療を新構想に位置付け（WGで2027年10月からの病床機能・医療機関機能の報告開始に向け、2026年度に検討）

必要病床数の推計

2040年の医療需要推計

2040人口

×

直近実績
(NDB受療率
等)

×

構想の取組による効果等
【改革モデル】

ex)

- ・入院受療率の低下傾向等を反映させるため、**現構想の見込と実際の医療需要との差分反映**
- ・急性期の75歳以上は、急性期5割／包括期5割として見込む

×

病床数
適正化分
病床数適正化
事業により、
削減が見込ま
れる病床数分
の医療需要を
差し引き

1ー減少率

病床稼働率

現在の病床稼働率の中央値に医療DXの取組を
上乗せ

- 【高度急性期】78%+1%（現75%）
- 【急性期】83%+1%（現78%）
- 【包括期】87%+2%（現90%）
- 【慢性期】92%+0.5%（現92%）

新構想における
医療機能別の
必要病床数

÷

※医療計画改定のタイミング（2030年と2036年）で見直し

地域類型別の課題

【大都市型】

高齢者の大幅増による**高齢者救急への対応**が焦点。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**

【地方都市型】

増加する高齢者への医療提供と人材確保が同時課題

【人口の少ない地域】

高齢者も生産年齢も減→効率的で持続可能な提供体制確保

医療機関機能の概要（令和8年10月から報告制度開始）

病床だけでなく「医療機関が担う機能」を明確化し、2028（令和10）年度までに調整会議で各病院の役割を調整

地域ごとの医療機関機能

急性期拠点

- ・救急・手術を幅広く総合的に提供
- ・目安：人口20～30万人に1つ
- ・症例集約→医療の質と働き方両立
- ・政策医療、経営や建物の状況も含めて総合的に選定
- ・大学病院本院と別に確保も可

専門等

- ・集中的リハ
- ・中長期入院
- ・有床診療所
- ・一部の診療科に特化（がん等）

高齢者救急・地域急性期

- ・高齢者（特定の疾患・症候、入院需要は高いが手術必要度は低い）の救急受入
- ・年齢など一律的な対応は困難
- ・入院早期からリハ等（栄養・口腔管理含む）

在宅医療等連携

- ・地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割（24時間対応、後方支援等）
- ・効率的な在宅医療実施

広域的な観点の
医療機関機能

医育及び広域診療

- ・医師派遣元としての人的協力
- ・希少疾患・高度医療提供
- ・大学病院本院の役割
- ・大学病院本院は、地域毎に確保する他の4つの機能ではなく、本機能のみを報告

新たな地域医療構想に関する国のとりまとめ(つづき)

スケジュール

2026～2027年
上半期

現状把握
課題設定
区域見直し

2028
年度まで

構想策定
方向性決定
(医療機関機能決定)

2030年

必要病床数
見直し

2035年
目途

一定の成果

2036年

必要病床数
見直し

主な推進体制（役割のイメージ）

- ・都道府県：策定・推進主体（介護・交通等含む市内連携、必要に応じ県境連携）
- ・国：進捗・運用フォロー、基金等財政支援、データ提供・分析支援、横展開、研修
- ・市町村：自治体立病院のダウンサイズ・機能見直し（公立・公的病院等も同様）、介護に係る課題を調整会議で共有
- ・大学病院本院：診療＋人材育成・派遣等で都道府県と密に連携（医育・広域）

都道府県が検討すべき主な論点

①構想区域（必要病床数・会議体）

- ・人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物等の整備状況、患者の流出入等を把握しながら区域を検討
- ・特に人口の大きな都市部においては、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区域を設定
- ・必要病床数と基準病床数のどちらかが現状の病床数を上回る場合は、長期的な医療需要の減少を踏まえ、慎重に増床等は許可

②医療機関機能に基づく連携

（１）高齢者救急（実施基準・情報連携）

- ・年齢で一概に高齢者救急は定義付けできず、一律の救急搬送先選定は困難であるが、救急隊⇄医療機関の情報連携等を踏まえ、高齢者救急を実施基準に位置付ける必要（下り/上り搬送の活用等も含めてMC協議会で検討）

（２）急性期拠点（集約・働き方）

- ・緊急手術・救急の需要／症例集積／人材（麻酔科等）などに加え、政策医療、経営や建物の状況も踏まえて評価すべき
- ・拠点の増えすぎによる症例分散を抑え、夜間・時間外の体制を維持できる配置が必要

③外来・在宅、介護との連携

- ・外来：地域において「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
- ・在宅：需要の将来見込を把握した上で、現状と比較して、今後充足できるかを把握
- ・介護との連携：医療と介護の関係者間において、提供実態や機能の相互理解と連携推進

④人材確保

- ・急性期拠点機能を担う病院から地域の医療機関へ代診医・当直医の確保を支援するなど、構想区域単位で協力のあり方を協議