

# 令和7年度第2回 南加賀医療圏 地域医療構想調整会議

令和8年3月16日  
石川県健康福祉部

1. 紹介受診重点医療機関の選定（更新）に向けた協議
2. 2040年を見据えた新たな地域医療構想
3. 2026年診療報酬改定
4. 病床機能転換事業補助金の単価改定
5. 個別医療機関の医療機能の見直し（公立病院の建替え）

# 1. 紹介受診重点医療機関の更新に向けた協議

# 紹介受診重点医療機関とは

が始まります。  
紹介受診重点医療機関。



それは、かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた医療機関です。

- ・手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを行っています。
- ・紹介状のありなしに関わらず、受診は可能ですが、紹介状がなく来院された場合は、一部負担金（3割負担等）とは別の「特別の料金」が原則必要となります。

2023年新制度スタート

令和5年8月版

## 1 紹介受診重点医療機関とは？

手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを行っています。



## 2 紹介状を用いた場合の受診のながれ



- ・医療機関を受診後、他の医療機関での診療が必要と判断された場合、紹介状が発行されます。
- ・紹介受診重点医療機関からは、かかりつけ医や身近な医療機関などへの紹介状を発行してもらいましょう。
- ・医療機関どうしの役割分担により、患者さんが適切な検査や治療をよりスムーズに受けられるようになり、待ち時間の短縮などが期待されます。

## 3 紹介受診重点医療機関の情報は、

都道府県や厚生労働省のホームページをご覧ください！



令和5年8月版



かかりつけ医などからの紹介状を持って受診することに重点をおいた医療機関

- 手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを実施
- 紹介状のありなしにかかわらず、受診は可能だが、紹介状がなく来院する患者は、一部負担金（3割負担等）とは別の「特別の料金」（定額負担で医療機関により異なる）が原則必要（診療報酬の加算もあり）
- 当該機関については、意向や紹介率・逆紹介率等を活用して、毎年度、協議の場（地域医療構想調整会議等）で協議を行い、協議が整った医療機関は都道府県が公表

出典：紹介受診重点医療機関について（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00003.html)

# 紹介受診重点医療機関の公表に係る協議の場の進め方

## 協議フローについて

R5.5.17事務連絡  
 外来機能報告制度における  
 協議の進め方について  
 (厚生労働省)

協議の場での再協議が求められる



\*1 紹介受診重点外来の基準：  
 ・初診基準：40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）  
 ・再診基準：25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）  
 \*2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。  
 \*3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

(参考) 「外来機能報告等に関するガイドライン」

- 特別な事情が無い限り、紹介受診重点医療機関となることを想定。

医療圏	医療機関名	紹介受診 重点医療 機関の意向	基準			参考			(参考) 医療機関の 機能	(参考) R8.2.1 一般病床の 許可病床数
			基準を 満たす 医療機関	初診に占める 重点外来の割合 【基準：40%以上】	再診に占める 重点外来の割合 【基準：25%以上】	紹介率	逆紹介率	紹介率 50%以上 及び 逆紹介率 40%以上		
南加賀	小松市民病院	○	○	66.7	27.2	84.6	122.7	○	地域医療 支援病院	300
	加賀市医療センター	○	○	48.3	33.2	41.5	84	×		300

- 医療機関の意向が第一であることを踏まえ、協議の場で説明の上、紹介受診重点医療機関とならないこととされている。
- 今回は該当する医療機関はない。

医療圏	医療機関名	紹介受診重点医療機関の意向	基準			参考			(参考) 医療機関の機能	(参考) R8.2.1 一般病床の許可病床数
			基準を満たす医療機関	初診に占める重点外来の割合 (基準：40%以上)	再診に占める重点外来の割合 (基準：25%以上)	紹介率	逆紹介率	紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上		
南加賀	該当なし									



- 紹介受診重点外来に関する基準に加え、紹介率・逆紹介率の数値を考慮した上で、紹介受診重点医療機関となるべきか検討することとされている。
- 今回は該当する医療機関はない。

医療圏	医療機関名	紹介受診 重点医療 機関の意向	基 準			参 考			(参考) 医療機関の 機能	(参考) R8.2.1 一般病床の 許可病床数
			基準を 満たす 医療機関	初診に占める 重点外来の割合 (基準：40%以上)	再診に占める 重点外来の割合 (基準：25%以上)	紹介率	逆紹介率	紹介率 50%以上 及び 逆紹介率 40%以上		
南加賀	該当なし									

## 2. 2040年を見据えた新たな地域医療構想

# 2040年を見据えた新たな地域医療構想



## 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

出典：  
「新たな地域医療構想等に関する検討会」の  
とりまとめ（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_47465.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_47465.html)

### 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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

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

### 新たな地域医療構想

#### (1) 基本的な考え方

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

#### (2) 病床機能・医療機関機能

- ① **病床機能**
  - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② **医療機関機能報告** (医療機関から都道府県への報告)
  - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(育育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ **構想区域・協議の場**
  - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

#### (3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

#### (4) 都道府県知事の権限

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

#### (5) 国・都道府県・市町村の役割

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

#### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

R7年度以内に国から新たな地域医療構想に関するガイドラインが示され、これを基に、R8年度に県の新たな地域医療構想を策定

新たな地域医療構想において、  
・病床機能における「包括期機能」の設定  
・医療機関機能に関する追加 等  
が予定されている

# 病床機能における「包括期機能」

## 包括期機能について

包括期機能は、これまでの回復期機能に加え、「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」が追加されており、必要病床数の推計に当たっては、この機能の変化も踏まえて、適切なデータを活用し、設定することが必要。

出典：  
令和8年3月3日 「第12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1-1（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_67046.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67046.html)

### 病床機能区分

#### 機能の内容

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、診療密度が特に高い医療を提供する機能
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
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>急性期を経過した患者への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</li> <li>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を集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>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。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>

病床機能における「包括期機能」は、これまでの回復期機能に加え、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等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える機能が追加





令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料（一部改）

## 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。
- 二次医療圏等を基礎とした地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。
  - ・ 2040年頃を見据えて、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。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

### 地域ごとの医療機関機能

#### 主な具体的な内容（イメージ）

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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
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。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
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。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
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地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 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

新たな地域医療構想では、  
各医療機関は、下記の医療機関  
機能を報告する予定、

- ・ 高齢者救急・地域急性期機能
- ・ 在宅医療等連携機能
- ・ 急性期拠点機能
- ・ 専門等機能

### 広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
- ・ 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。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

出典：  
令和7年8月8日「第2回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_61146.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_61146.html)

# 医療機関機能

## 区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

出典：  
令和7年8月8日「第2回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_61146.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_61146.html)

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、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療等</li> </ul>
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者救急の対応</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	
人口の少ない地域	～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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供</li> <li>高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	

南加賀医療圏においては、左記  
困いの部分を念頭に、今後各医  
療機関の医療機能について、検  
討を行うこととなる予定  
(R7.8月時点での厚生労働省 案)

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

## 急性期拠点機能の確保に係る考え方の整理（案）

出典：  
令和8年1月28日 「第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_69356.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html)

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

**急性期拠点機能を持つ病院を設定するにあたり、**

- 救急搬送や全身麻酔手術等の医療資源を要する診療実績等を基本に設定する**
- ただし、経営状況や建物の状況等を鑑み、最終的には総合的に協議する**

# 医療機関機能における「急性期拠点機能」

## 急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

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

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

### 【協議の開始】

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

2028年頃

### 【取組の決定と取組の開始】

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

2035年

### 【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保

出典：

令和7年12月12日 「第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_67046.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67046.html)

**急性期拠点機能を持つ医療機関は、遅くともR10年度までに決定**

**ただし、急性期拠点機能の数は、手術件数や他区域からの流入件数を鑑み、弾力的に設定することが可能**

# 医療機関機能報告・病床機能報告

## 医療機関機能報告・病床機能報告について（案）

- 医療機関機能報告について、地域における医療機関機能の議論に向けては以下のような内容を中心に報告を求めることとしてはどうか。なお、報告にあたっては、病床機能報告と一体的に運用する。

出典：  
令和8年1月16日「第9回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_68718.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_68718.html)

### 報告を求める内容

医療機関機能	<b>【現在の機能】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在担っている機能のうち最も近いものを報告</li> </ul>	医療の内容	<b>【医療機関機能に関する内容】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急医療の提供状況（救急車受入件数、下り搬送件数等）</li> <li>・ 急性期医療の提供状況（患者数、手術件数、時間外の手術件数等）</li> <li>・ 高齢者施設等との連携状況（連携している施設数、施設からの受入患者数、施設への往診件数等）</li> <li>・ 手術に関する実績（緊急手術や全身麻酔の状況等）</li> <li>・ 在宅医療の提供状況（訪問診療や往診等の実績等）</li> <li>・ 高齢者への医療の提供状況</li> </ul>
構造設備・人員	<b>【2040年に担う機能】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2040年において担う機能</li> <li>※2028年以降は調整会議で調整が整ったものを報告</li> </ul>		
	<b>【構造設備等】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院対応や時間外対応可能な診療科</li> <li>・ 医療機関の築年数</li> <li>・ 手術室数</li> <li>・ ICU数</li> <li>・ 医療措置協定等の状況</li> </ul>		
	<b>【人員に係る内容等】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師数（診療科別、常勤医師、非常勤医師、専攻医数等）</li> <li>・ その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）</li> <li>・ 医局に属する医師数や地域への派遣医師数（大学病院本院のみ）</li> <li>・ 休日夜間等の体制等（診療科、手術対応の有無等）</li> </ul>		

**R8年度以降、現在実施している**

**「病床機能報告」と一体的に、  
「医療機関機能報告」を実施予定**

**具体的な報告内容は、左記のとおり**

※ 既に現在の病床機能報告において報告されているものも含めて揭示。

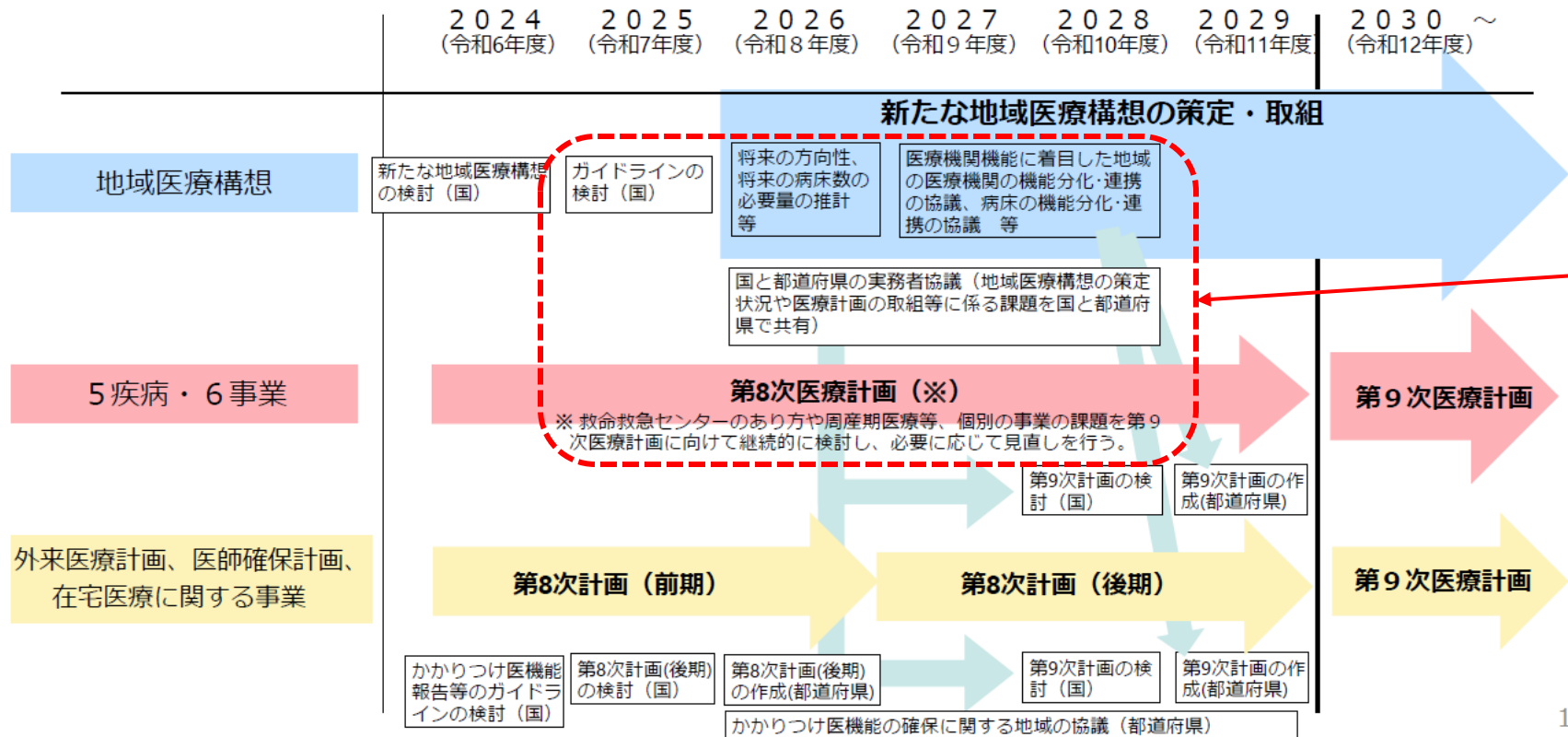
# 新たな地域医療構想の策定に向けたスケジュール



令和6年12月3日新たな地域医療構想等に関する検討会資料(一部改)

## 新たな地域医療構想と医療計画の進め方

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



出典：  
令和7年10月15日「第5回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1(厚生労働省)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_64631.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_64631.html)

当県では、新たな地域医療構想の策定・医療計画に関して、R7年度中に国から示されるガイドラインを基に、

- R8年度
    - ・ 将来の方向性・病床数の必要量の推計
    - ・ 能登半島地震を踏まえた医療計画の更新
  - R9・10年度
    - ・ 医療機関機能に着目した、地域の医療機関や病床の機能分化・連携協議を実施し、これに従って
    - ・ 県全体の地域医療構想部会
    - ・ 各医療圏地域医療構想調整会議
    - ・ 5疾病6事業等の各種部会 等
- を開催する予定。



# 地域医療構想調整会議の進め方

## 地域医療構想調整会議の進め方について（案）

### 改定後の医療法

#### 第三十条の三の三

- 1 1 厚生労働大臣は、都道府県の圏域を超えた広域的な見地から情報の収集、整理及び分析（略）を行い、都道府県に対し、地域の実情に応じた地域医療構想の達成の推進に関する技術的事項について、当該収集等の結果の提供その他の必要な援助を行うものとする。
- 1 2 厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法その他地域医療構想の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。

### 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

#### （6）国・都道府県・市町村の役割

- ① 国
  - 新たな地域医療構想については、対象範囲を医療提供体制全体に拡大すること等を踏まえると、国による役割が重要となることから、国において、都道府県による地域の実情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働大臣の責務を明確化し、データ分析・共有、研修等の支援策を講じることが適当である。
  - 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

### 論点

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

出典：  
 令和8年1月28日「第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_69356.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html)

### 今後の地域医療構想調整会議の予定（案）

- R8.4月～R9.9月
    - ・ 構想区域（2次医療圏）ごとの現状把握に努め、医療機関機能の確保その他新たな地域医療構想に資する課題を設定
    - ・ 必要に応じて、構想区域の見直しを実施
  - R9.10月～R10.3月
    - ・ 新たな地域医療構想に係る取組の方向性を決定し、具体的な取組策を検討
- R17を目途に、一定の成果を出す
- ※R8年度～の医療機関機能報告・病床機能報告で、国から各病院へ上記検討に必要なデータの報告を求める予定。

# 各種会議での検討事項と協議の場

## 新たな地域医療構想における検討事項と協議の場（案）

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

出典：  
令和8年1月28日「第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_69356.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html)

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

当県において、

- 県医療審議会、県地域医療構想部会
  - ・ 全体的な事項
  - ・ 広域的な連携に関する事項
- 各医療圏の地域医療構想調整会議
  - ・ 構想区域の見直し
  - ・ 地域ごとの医療機関機能、病床機能
  - ・ 外来医療
  - ・ 在宅医療、介護との連携
- 県地域医療対策協議会
  - ・ 医療従事者の確保

を協議することとなる予定。

# 新たな地域医療構想の策定に向けた市町・介護関係者の役割



## 調整会議に参加する関係者の役割について（案）

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

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

出典：  
令和8年1月28日「第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」資料1（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_69356.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69356.html)

### 新たな地域医療構想の策定に向けて、

- 市町関係者
  - ・地域全体の医療提供体制の構築・維持や、連携・再編・集約化への協力
  - ・介護側の課題の共有、医療と介護の連携に向けた取組の推進

- 介護関係者
  - ・医療における課題の解決に向けた取組への協力
  - ・入所者の重症化予防や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組の推進

の役割を果たすこととなる。

### 3. 2026年診療報酬改定

# 急性期医療①

- 2026年度診療報酬改定では、急性期拠点機能を評価する診療報酬点数（急性期病院A一般入院料、急性期総合体制加算など）が創設され、急性期入院基本料Aの施設基準は、
  - ①救急搬送件数2,000件/年以上かつ全身麻酔下手術1,200件/年以上、②地域包括医療病棟または地域包括ケア病棟入院料がないこと 等
 急性期入院基本料Bの施設基準は、
  - ①救急搬送件数1,500件/年以上（または救急搬送件数500件/年かつ全身麻酔手術件数500件/年以上）、②地域包括医療病棟がないこと 等とされている。

	医療機関施設名 *能登北部を除き、一般病床 200床以上のみを記載	R7診療報酬の算定状況				診療実績	
		入院基本料			総合入院体制加算 ・急性期充実加算	救急搬送 件数	全身麻酔下 の手術
石川中央	金沢大学附属病院	ICU、NICU、GCU、MFICU、小児	特定機能病院 7対1			2,068	4,056
	石川県立中央病院	ICU、HCU、NICU、MFICU、救急	急性期一般入院料 1		○	4,821	4,126
	金沢医科大学病院	ICU、HCU、NICU、新生児重症	特定機能病院 7対1			2,638	3,859
	公立松任石川中央病院	ICU、HCU	急性期一般入院料 1		○	3,977	1,582
	金沢医療センター	ICU、小児	急性期一般入院料 1	地ケア	○	3,584	1,471
	浅ノ川総合病院		急性期一般入院料 1	地ケア、回リハ	療養、障害	2,452	1,102
	JCHO金沢病院		急性期一般入院料 2	地ケア		1,620	704
	金沢市立病院	HCU	急性期一般入院料 1	地ケア		2,194	592
	金沢赤十字病院		急性期一般入院料 1	地ケア、回リハ		1,557	603
	石川県済生会金沢病院		急性期一般入院料 2	包括医療、地ケア、回リハ	緩和	1,133	554
	城北病院	HCU	急性期一般入院料 2	地ケア、回リハ	緩和、療養	1,750	148
	南加賀	小松市民病院	HCU	急性期一般入院料 1		○	3,436
やわたメディカルセンター		HCU	急性期一般入院料 1	包括医療、地ケア、回リハ		700	973
加賀市医療センター		HCU	急性期一般入院料 2	包括医療、地ケア、回リハ		3,409	834
能登中部	公立能登総合病院	HCU、救急	急性期一般入院料 1	地ケア	○	2,779	1,212
	恵寿総合病院	HCU	急性期一般入院料 1	地ケア、回リハ	○	1,811	932
能登北部	市立輪島病院		急性期一般入院料 4	地ケア		621	80
	珠洲市総合病院		急性期一般入院料 4	地ケア		454	60

（出典）診療実績は、R7年度病床機能報告を参考。

診療報酬の算定状況は、R7年度病床機能報告を参考に、地域包括医療病棟の算定状況を追記

## 急性期医療②

- また、2026年度診療報酬改定では、①地域医療体制確保加算2（消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科のうち、3つ以内の特定診療科の医師に手当を支給した場合に入院料へ加算）や②外科医療確保特別加算（外科系医師に手当を支給した場合に手術料へ加算）が設けられ、外科系医師の集約化を促す内容となっている。
- 今後、「各病院の意向」や「大学病院の状況」（不足診療科の医師の派遣先を重点化せざるを得ない状況かどうか）などを踏まえ、持続可能な医療提供体制のあり方について協議を進めていく必要がある。

### 地域医療体制確保加算2（720点）の新設

（施設基準の抜粋）

- 特定機能病院入院基本料または急性期総合体制加算の届出
- 消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科のうち、3つ以内で特定した診療科（特定診療科）の医師および医療提供体制の確保に関し以下の特別な配慮を行っていること
  - ア：手術及び高度な医療に関する機能分化並びに集約による地域医療の確保について、地域の他の保険医療機関と協議していること
  - ウ：特定診療科の医師の給与体系に他の診療科の医師とは異なる特別な配慮を行っていること

### 外科医療確保特別加算（当該手術の所定点数の100分の15）の新設

（施設基準の抜粋）

- 特定機能病院入院基本料または急性期総合体制加算の届出
- 長時間かつ高難度な手術を年200例以上実施
- 当該診療科の経験を5年以上有する常勤の医師が6名以上配置
- 当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の100分の30以上に相当する額を総額とする手当を当該診療科の医師に支給

### 内視鏡手術用支援機器加算（15,000点）の新設

（施設基準の抜粋）

- 対象となる手術を合わせて年間200件以上実施

# 病院と介護保険施設等の連携①

- 2024年度診療報酬改定では、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟を持つ病院等は、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関となることが努力義務化された。
- また、協力医療機関と介護保険施設等の連携を進めるために、「協力対象施設入所者入院加算」や「介護保険施設等連携往診加算」が新設され、算定医療機関は、ホームページ等で協力医療機関であることを提示することとなった。

	南加賀			石川中央			能登中部		能登北部
	加賀市	小松市	能美郡市	白山市・野々市市	金沢市	河北郡市	羽咋郡市	七尾市・中能登町	
救急告示病院 * 急性期病棟のみ		・小松市民病院		・公立松任石川中央病院	・金沢大学附属病院 ・県立中央病院	・金沢医科大学病院			
救急告示病院 * 地域包括ケア病棟 又は 在宅療養支援病院	・加賀市医療センター ・久藤総合病院 ・石川病院	・やわたメディカルセンター ・小松ソフィア病院 ・森田病院	・芳珠記念病院 ・能美市立病院	・つるぎ病院 ・南が丘病院 ・新村病院	・金沢医療センター ・金沢市立病院 ・済生会金沢病院 ・城北病院 ・金沢有松病院 ・古府記念病院 ・宗広病院 ・浅ノ川総合病院 ・金沢赤十字病院 ・JCHO金沢病院 ・KKR北陸病院 ・金沢西病院 ・金沢聖霊総合病院 ・みらい病院	・河北中央病院	・羽咋病院 ・宝達志水病院 ・富来病院	・能登総合病院 ・恵寿総合病院	・輪島病院 ・珠洲病院 ・穴水病院 ・宇出津病院
救急告示病院以外の在宅療養支援病院		・東野病院	・寺井病院	・池田病院	・安田内科病院 ・小池病院	・石野病院 ・伊藤病院			

- 2026年度診療報酬改定では、急性期入院基本料A、Bの算定のためには、2,000件/年、1,500件/年以上の救急搬送（夜間時間帯の受け入れが1割以上）を受けることが必要とされたが、介護保険施設に入所中の患者の救急搬送については、以下を除き救急搬送件数に算入しないこととされた（2027年3月末までは介護保険施設からの全ての救急搬送件数を実績に算入可能）。

ア 介護保険施設が協力医療機関に連絡した結果、当該協力医療機関において受入が困難（連絡が取れなかった場合を含む。）であり救急要請した場合

イ 「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づく救急搬送の受入れの場合

ウ 急性期病院A又はBで救急搬送受入後3日以内に当該協力医療機関に転院した場合

# 病院と介護保険施設等の連携②

- 2024年度介護報酬改定では、**介護保険施設等（下表の1～4）**は入所者の状態が悪化した時、①相談や②診療、③入院の受け入れを行う協力医療機関を指定することを義務化された（経過措置：2027年3月末）。

介護保険施設等（下表の5～8）は、①相談や②診療を行う協力医療機関を指定することが努力義務化された（経過措置：2027年3月）。

- 介護保険施設等の協力医療機関は、県は所管分（下表の青色）を把握しているが、市町管轄分（下表の緑色）は把握できていない。

介護保険施設等の施設数・入所定員数（R7年4月1日時点）

	南加賀			石川中央			能登中部		能登北部
	加賀市	小松市	能美郡市	白山市 ・野々市市	金沢市	河北郡市	羽咋郡市	七尾鹿島	
1 介護医療院	2施設	なし	1施設	なし	5施設	1施設	3施設	2施設	3施設
2 老人保健施設	5施設	4施設	4施設	5施設	12施設	2施設	2施設	4施設	3施設
3-1 特別養護老人ホーム（広域型）	5施設	8施設	3施設	9施設	19施設	5施設	6施設	6施設	9施設
3-2 特別養護老人ホーム（地域密着型）	5施設	1施設	なし	5施設	24施設	2施設	3施設	2施設	5施設
4 養護老人ホーム	なし	3施設	なし	なし	2施設	なし	なし	1施設	3施設
5 軽費老人ホーム	4施設	2施設	1施設	7施設	8施設	2施設	1施設	3施設	2施設
6 有料老人ホーム	3施設	14施設	5施設	23施設	88施設	7施設	2施設	1施設	5施設
7 サ高住	5施設	5施設	2施設	9施設	28施設	2施設	1施設	3施設	1施設
8 認知症対応型共同生活介護	12施設	12施設	10施設	20施設	54施設	22施設	17施設	14施設	17施設
9 小規模多機能型居宅介護	15施設	7施設	5施設	5施設	24施設	5施設	8施設	6施設	8施設
10 看護小規模多機能	なし	1施設	1施設	1施設	14施設	1施設	1施設	なし	1施設
（小計）1～4の施設数	17施設	16施設	8施設	19施設	62施設	10施設	14施設	15施設	23施設
1～4の定員数	990人	1,277人	507人	1,262人	4,515人	721人	861人	1,168人	1,619人
（小計）5～8の施設数	24施設	33施設	18施設	59施設	178施設	33施設	21施設	21施設	25施設
5～8の定員数	600人	988人	329人	1,991人	6,632人	769人	370人	495人	495人
（合計）1～10の施設数	56施設	57施設	32施設	84施設	278施設	49施設	44施設	42施設	57施設

（出典）石川県健康福祉部長寿社会課調べ

# 介護保険施設等の協力医療機関の一覧（イメージ）

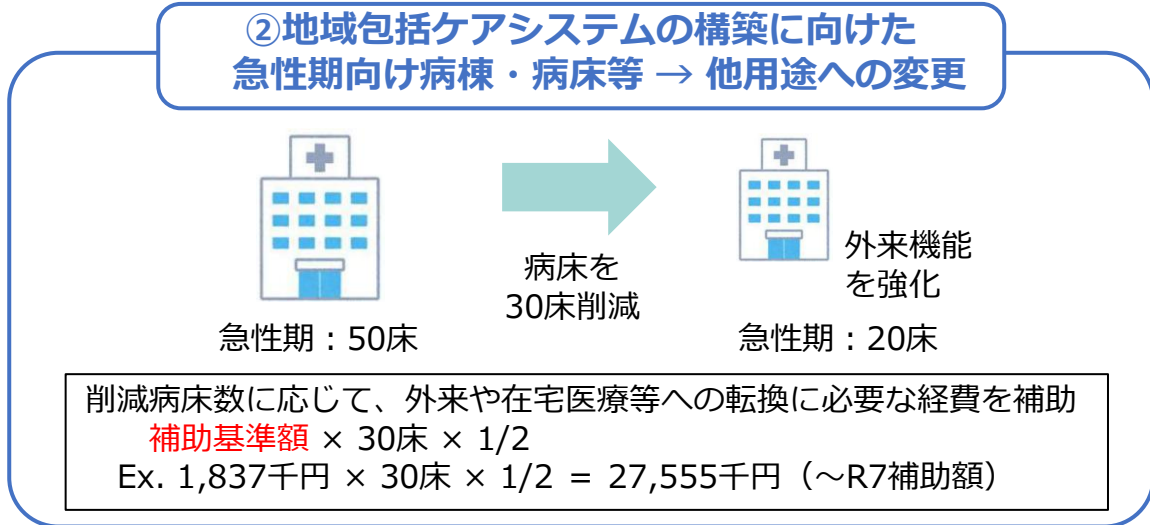
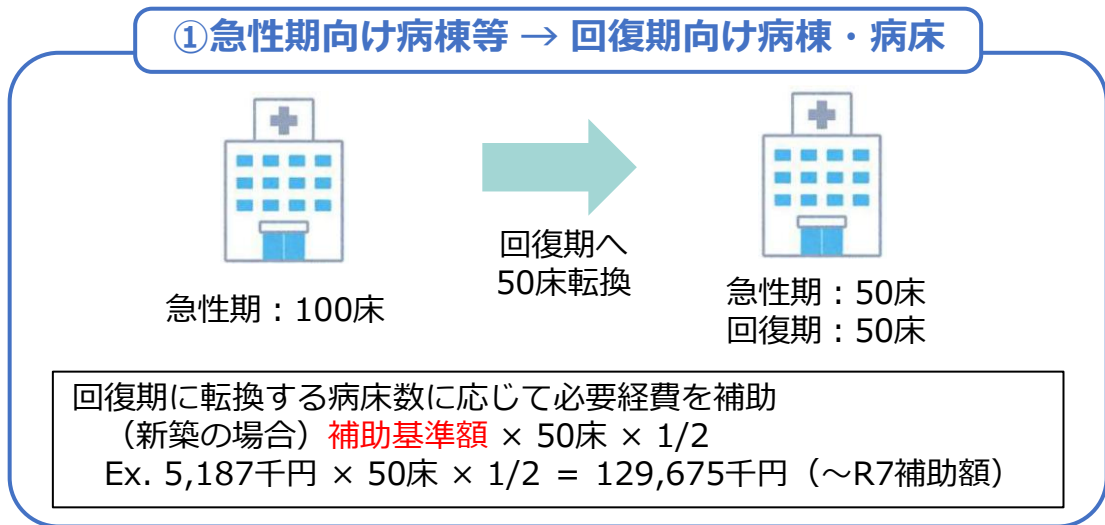
- 県としては、介護保険施設等（特に、介護医療院、老健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム）に対して、協力医療機関の情報について関係機関と情報共有することについて理解を求め、消防本部における搬送先の選定や、3次救急医療機関等における下り搬送先の選定などに役立てることを検討している。
- 今後、県（長寿社会課）から市町の介護保険担当課に対して、市町の所管している介護保険施設等の協力医療機関の情報提供について、具体的な相談をさせて頂きたい。

市町	類型	施設名	定員		運営主体	協力医療機関		
			入所	ショート		相談	診療	入院
〇〇市	老健施設							
	老健施設							
	特養（広域型）							
	特養（広域型）							
	特養（広域型）							
	特養（広域型）							
	特養（地域密着型）							
	特養（地域密着型）							
	特養（地域密着型）							
〇〇市	老健施設							
	老健施設							
	老健施設							
	特養（広域型）							
	特養（地域密着型）							
〇〇町	老健施設							
	特養（広域型）							
	特養（地域密着型）							

## 4. 病床機能転換事業補助金の単価改定

# 病床機能転換事業補助金の補助基準単価の改定

- 医療機関の病床機能に関して、下記の場合に必要な施設・設備整備を支援（地域医療介護総合確保基金を活用）
  - ①急性期向け病棟等から回復期向け病棟・病床への転換
  - ②地域包括ケアシステムの構築に向けた急性期向け病棟・病床等から他用途への変更
- 近年の物価高騰等を考慮し、下記のとおり**令和8年度から補助基準の単価を上昇させること**としたいが、よろしいか。



	①急性期→回復期への転換		②急性期→他用途への転換	
補助対象	急性期向け病棟等から、回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟・病床への転換に必要な施設・設備整備		病床削減に併せて実施する医療機関の機能強化に向けた施設・設備整備	
補助基準額	～R7年度	R8年度～	～R7年度	R8年度～
	<施設整備> 新築：5,187千円/床 改修：3,624千円/床 <設備整備> 10,800千円/医療機関	<施設整備> 新築： <b>12,100</b> 千円/床 改修： <b>8,257</b> 千円/床 <設備整備> 10,800千円/医療機関	1,837千円/廃止病床	<b>4,264</b> 千円/廃止病床
補助率	1 / 2			

## 5. 個別医療機関の医療機能の見直し（公立病院の建替え）

- 小松市民病院については、前回の令和7年度第1回南加賀医療圏地域医療構想調整会議（R7.8.21）にて、建替え計画に関する協議を行って承されています。
- 今年度策定している基本計画の素案について、情報共有を行います。小松市民病院からご説明をいただければと思います。