

令和8年度第1回 南加賀医療圏 地域医療構想調整会議

令和8年8月19日
石川県健康福祉部

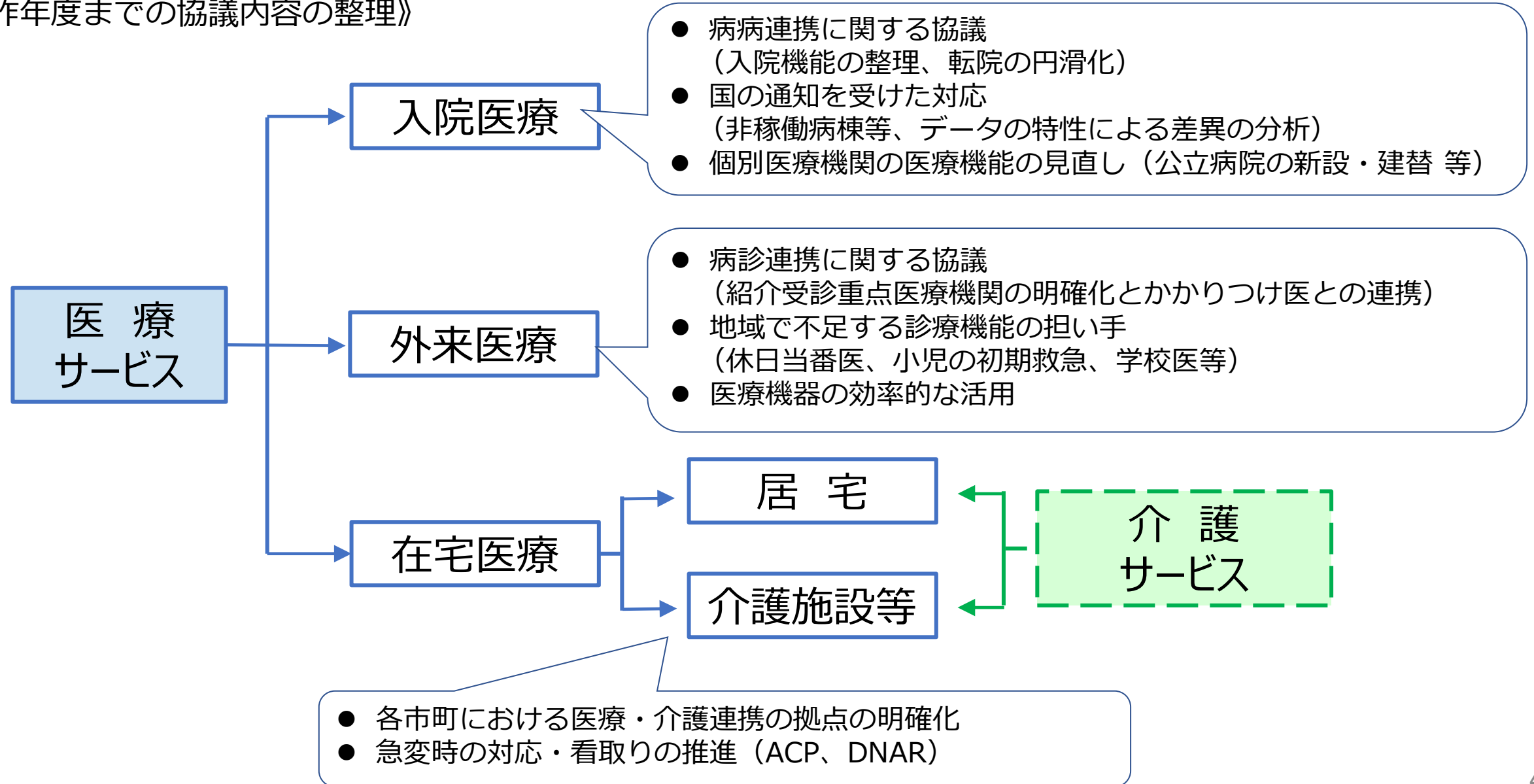
1. 地域医療構想調整会議での協議内容及び今後のスケジュール（想定）
2. 最近の医療を取り巻く状況（令和7年度病床機能報告 結果 等）
3. 2040年を見据えた新たな地域医療構想のガイドライン（策定に向けた令和8～10年度の進め方）
 - （1）新たな地域医療構想の概要
 - （2）新たな地域医療構想の検討体制
 - （3）医療機関機能・病床機能
 - （4）2040年の必要病床数と病床整備の方向性
 - （5）今後のスケジュール
4. 令和8年度病床数適正化支援事業の活用に伴う病床削減に関する協議（第1回申請分）
5. 病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表等

1. 地域医療構想調整会議での協議内容及び今後のスケジュール（想定）

地域医療構想調整会議での協議内容



《昨年度までの協議内容の整理》



R8年度 地域医療構想調整会議 スケジュール（案）



時期	会 議	内 容（ 予 定 ）
5/7	※ 奥能登公立 4 病院機能強化検討会（第 5 回）	産科医療、人材養成、医療DX、今後の対応方針 等
8月～9月	各医療圏 地域医療構想調整会議 ①	（入院医療） 個別医療機関の機能見直し 〔南加賀・石川中央〕 公立病院の新設・建替 新たな地域医療構想のガイドライン R8病床数適正化支援事業に係る病床削減の協議 病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表 等
8月	※ 奥能登公立 4 病院機能強化検討会（第 6 回）	
9～10月	地域医療構想部会（県単位） ①	各医療圏 地域医療構想調整会議の報告 2026診療報酬改定の算定状況の共有
11～12月	各医療圏 地域医療構想調整会議 ②	（入院医療） 個別医療機関の機能見直し・連携協議 病床機能転換・再編への支援に係る整合性の確認 （在宅医療） 在宅医療における各市町の取組の共有 （外来医療） 外来医療計画の見直し
12月末頃	地域医療構想部会（県単位） ②	各医療圏 地域医療構想調整会議の報告 （外来医療） 外来医療計画の見直し、かかりつけ医機能報告制度の協議
2～3月	各医療圏 地域医療構想調整会議 ③	（入院医療） 個別医療機関の機能見直し・連携協議、病床機能報告・医療機関報告の情報共有 R9年度以降の地域医療構想の協議（医療圏内の役割分化・連携）に向けた情報・課題共有 （外来医療） 紹介受診重点医療機関の協議
3月	地域医療構想部会（県単位） ③	各医療圏 地域医療構想調整会議の報告 R9年度以降の新たな地域医療構想に向けた協議

(参考) 第8次医療計画 中間見直し スケジュール (想定)

R8.7書面 R8年度
第1回医療計画推進委員会
資料 (一部修正)

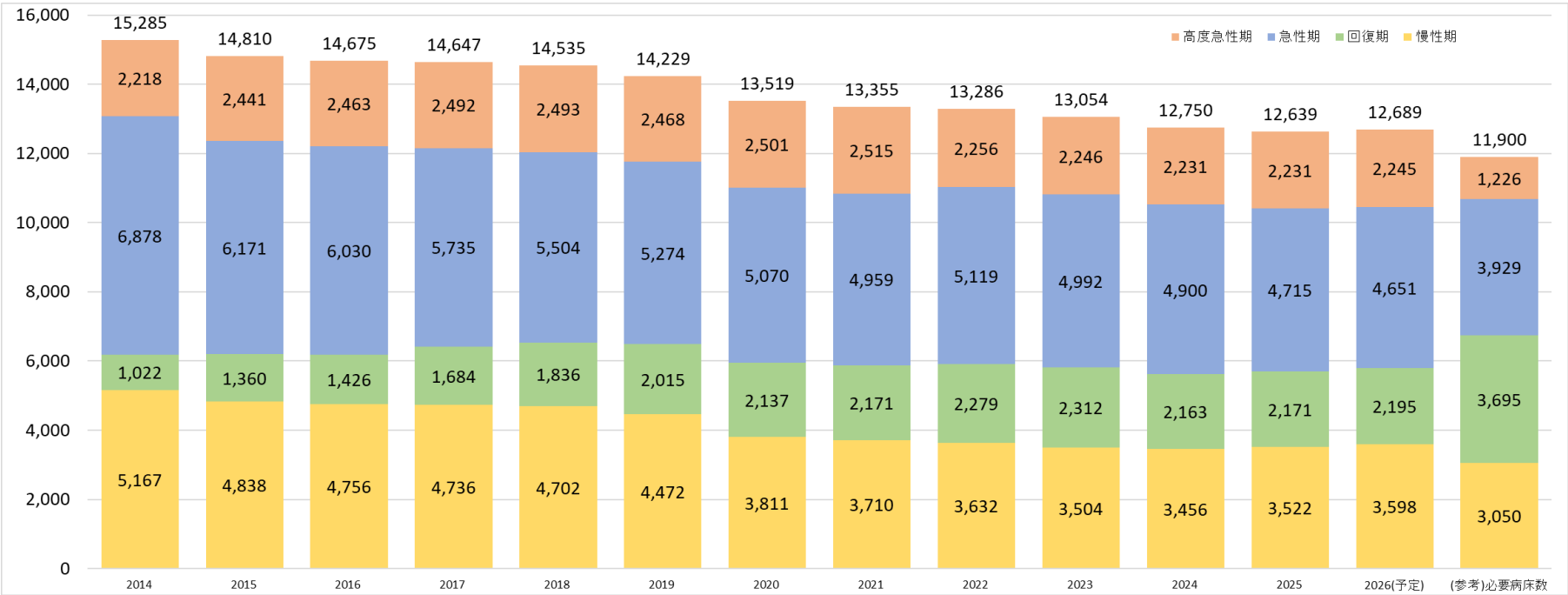


	R8.7月	8月	9月	10月	11月	12月	R9.1月	2月	3月
医療計画 推進委員会	第1回 計画見直し方針 (案) 確認 ・見直しのポイント ・部会設置					第2回 見直し (案) 検討 ・奥能登地震/豪雨を踏まえた検討 ・新たな地域医療構想を踏まえた検討 ・数値目標の見直し ・各種部会での協議結果を反映 等			第3回 諮問 →県へ答申 ※医療審議会と 同時開催
							委員会 報告	パブコメ	
地域医療構想部会 各医療圏推進協議会 (地域医療構想調整会議)		第1回部会 奥能登地震/豪雨を踏まえた 検討 (外来医療計画 等)			第2回部会 ・外来医療計画/在宅医療 ・奥能登地震/豪雨				第3回部会
		第1回 医療圏会議			第2回医療圏会議 ・奥能登地震/豪雨を踏ま えた検討 (能登北部) ・外来医療計画				第3回 医療圏会議
がん医療対策部会	がん計画見直しの進捗に沿って実施								
その他各種部会 ・循環器 (脳卒中・心血管疾患) ・糖尿病 ・感染症 ・難病 ・アレルギー ・小児/周産期 ・災害/救急 ・歯科 ・へき地 ・在宅 (認知症) ・医師/医療従事者確保 (地対協)	第1回 (・第2回) 各種部会 ・奥能登地震/豪雨を踏まえた検討 ・新たな地域医療構想ガイドラインを踏まえた検討 ・数値目標の見直し 等 ※必要に応じて開催								

2. 最近の医療を取り巻く状況（令和7年度病床機能報告結果 等）

病床機能報告（県全体）

- 2025年の病床機能報告上の病床数は、2025年の必要病床数と比較して、740床程度過剰となっている。
- 病床機能別には、**回復期が不足、高度急性期・急性期・慢性期が過剰**となっているが、急性期として報告されている病床の中に、回復期機能（急性期後の在宅復帰支援等）がある程度含まれていると考えられる。



(参考) R8.4
介護医療院
定員1,053人

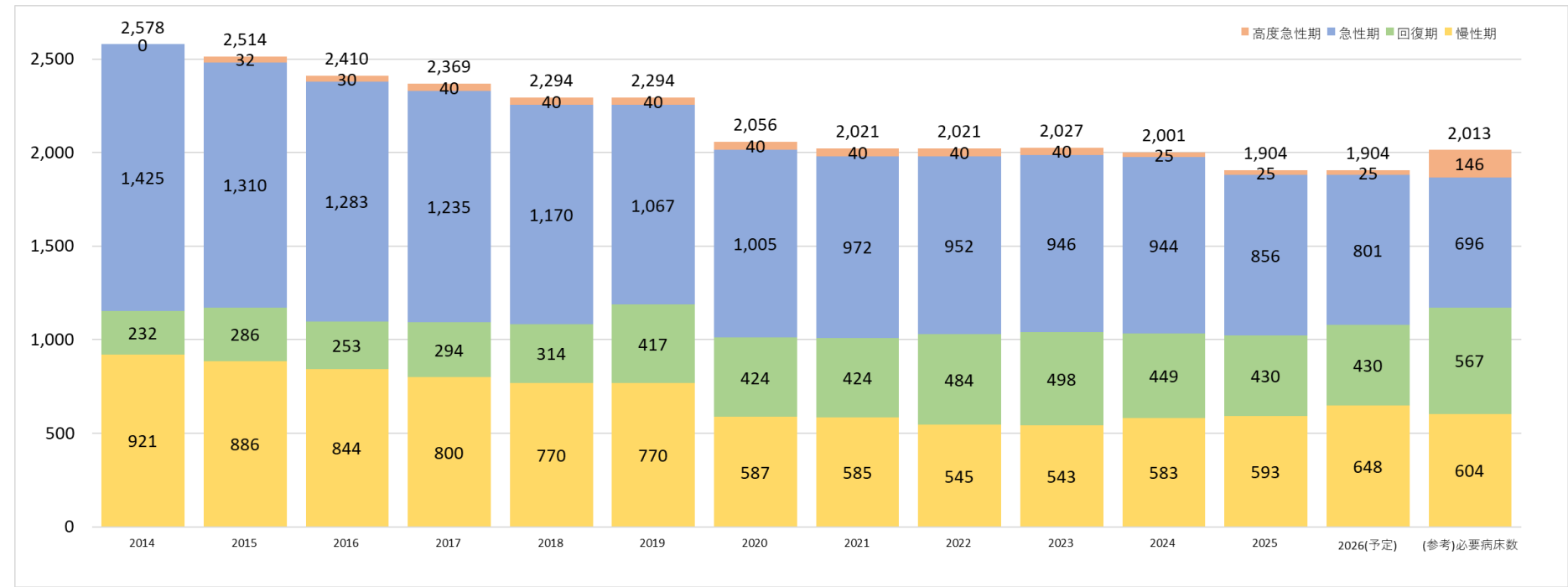
休棟465床

	病床数の推移（床）			2025年の病床の状況および2024年との比較								
	2014	2025	増減 2025-2014	1日あたり在棟患者数（人/日）			平均在棟日数（日）			病棟稼働率（％）		
				2024	2025	増減 2025-2024	2024	2025	増減 2025-2024	2024	2025	増減 2025-2024
高度急性期	2,218	2,231	13	1,556.9	1,582.8	26.0	9.5	9.5	▲ 0.0	69.8	70.9	1.2
急性期	6,878	4,715	▲ 2,163	3,433.2	3,427.1	▲ 6.2	11.4	11.4	▲ 0.0	70.1	72.7	2.6
回復期	1,022	2,171	1,149	1,671.8	1,718.9	47.1	25.4	24.7	▲ 0.7	77.3	79.2	1.9
小計	10,118	9,117	▲ 1,001	6,661.9	6,728.8	66.9	12.5	12.5	▲ 0.0	71.7	73.8	2.1
慢性期	5,167	3,522	▲ 1,645	2,929.7	2,920.6	▲ 9.1	209.5	198.3	▲ 11.2	84.8	82.9	▲ 1.8
合計	15,285	12,639	▲ 2,646	9,591.6	9,649.4	57.8	17.6	17.5	▲ 0.1	75.2	76.3	1.1
休棟等	166	465	299	-	-	-	-	-	-	-	-	-



病床機能報告（南加賀）

- 2025年の病床機能報告上の病床数は、**2025年の必要病床数と同程度**となっている。
- 病床機能別には、**高度急性期、回復期が不足、急性期が過剰**となっているが、急性期として報告されている病床の中に、回復期機能（急性期後の在宅復帰支援等）がある程度含まれていると考えられる。



(参考) R8.4
介護医療院
定員185人

休棟81床

	病床数の推移（床）			2025年の病床の状況および2024年との比較								
	2014	2025	増減 2025-2014	1日あたり在棟患者数（人/日）			平均在棟日数（日）			病床稼働率（％）		
				2024	2025	増減 2025-2024	2024	2025	増減 2025-2024	2024	2025	増減 2025-2024
高度急性期	0	25	25	17.4	17.2	▲ 0.2	3.3	3.7	0.38	69.4	68.7	▲ 0.7
急性期	1,425	856	▲ 569	678.5	674.0	▲ 4.6	10.6	10.8	0.28	71.9	78.7	6.9
回復期	232	430	198	342.2	330.6	▲ 11.5	22.7	22.4	▲ 0.32	76.2	76.9	0.7
小計	1,657	1,311	▲ 346	1,038.1	1,021.8	▲ 16.3	12.3	12.5	0.24	73.2	77.9	4.7
慢性期	921	593	▲ 328	473.3	497.4	24.1	163.4	133.5	▲ 29.88	81.2	83.9	2.7
合計	2,578	1,904	▲ 674	1,511.4	1,519.2	7.8	17.3	17.8	0.52	75.5	79.8	4.3
休棟等	91	81	▲ 10	-	-	-	-	-	-	-	-	-



救急搬送（南加賀）

※下記表で**太字**の部分

- 救急車の受入件数は、小松市民病院、加賀市医療センター、芳珠記念病院の順が多い。
- 休日に受診した患者数は、加賀市医療センターが最も多く（注：加賀市医師会では、内科の休日当番医に関しては、開業医が加賀市医療センターに出向して行っていることが影響していると考えられる）、小松市民病院が次いでいる（注：小松市民病院には、南加賀急病センターが併設しており、急病センターを受診している患者は含まれていない）。
- 新規入棟患者に占める救急医療入院患者の割合は、小松市民病院、加賀市医療センター、やわたメディカルセンター、能美市立病院の順に高い。

医療機関名	救急車 (受入件数)	全体に 占める割合 (%)	休日に受診した 患者数 (延べ数)	全体に 占める割合 (%)	新規入棟 患者数 ①	うち、 救急医療 入院患者数 ②	②/① (%)
国民健康保険 小松市民病院	3,436	35.3%	2,424	19.4%	7,969	3,517	44.1%
加賀市医療センター	3,409	35.0%	4,599	36.9%	7,016	2,772	39.5%
医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院	844	8.7%	960	7.7%	2,754	425	15.4%
特定医療法人社団 勝木会 やわたメディカルセンター	700	7.2%	1,001	8.0%	4,503	858	19.1%
医療法人社団さくら会 森田病院	661	6.8%	1,451	11.6%	988	141	14.3%
国民健康保険 能美市立病院	402	4.1%	598	4.8%	1,468	277	18.9%
小松ソフィア病院	117	1.2%	533	4.3%	896	32	3.6%
独立行政法人国立病院機構石川病院	62	0.6%	67	0.5%	678	49	7.2%
医療法人社団慈豊会 久藤総合病院	24	0.2%	226	1.8%	1,040	67	6.4%
救急告示病院以外	76	0.8%	610	4.9%	5,078	112	2.2%
南加賀の合計	9,731		12,469		32,390	8,250	

手術（南加賀）



- 手術総数は小松市民病院、やわたメディカル、加賀市医療センター、芳珠記念病院の順で多い。
- 全身麻酔の手術総数は、小松市民病院、やわたメディカルセンター、加賀市医療センター、森田病院の順で多い。

医療機関名	手術総数	全身麻酔の手術総数	胸腔鏡下手術	腹腔鏡下手術
小松市民病院	2,780	1,273	86	394
やわたメディカルセンター	1,793	973	0	0
加賀市医療センター	1,737	834	0	185
芳珠記念病院	719	225	0	95
森田病院	314	241	0	0
能美市立病院	210	16	0	0
久藤総合病院	209	0	0	0
小松ソフィア病院	116	0	0	0
石川病院	63	0	0	0
救急告示病院以外	1,726	304	0	0
南加賀の合計	9,667	3,866	86	674

※「*」は件数が1～9件のもの

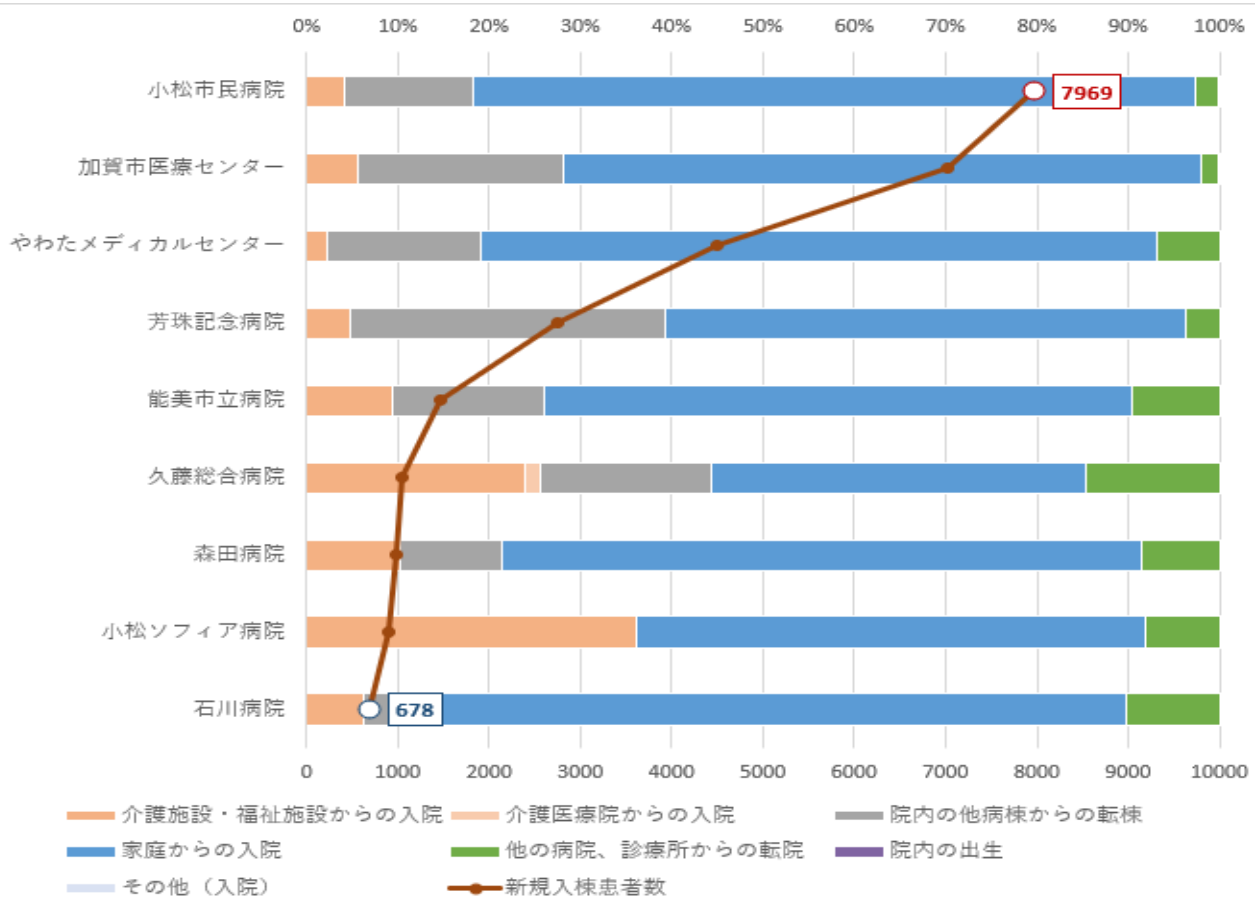
出典：R7年度病床機能報告

2次救急医療機関の入退路経路（南加賀）

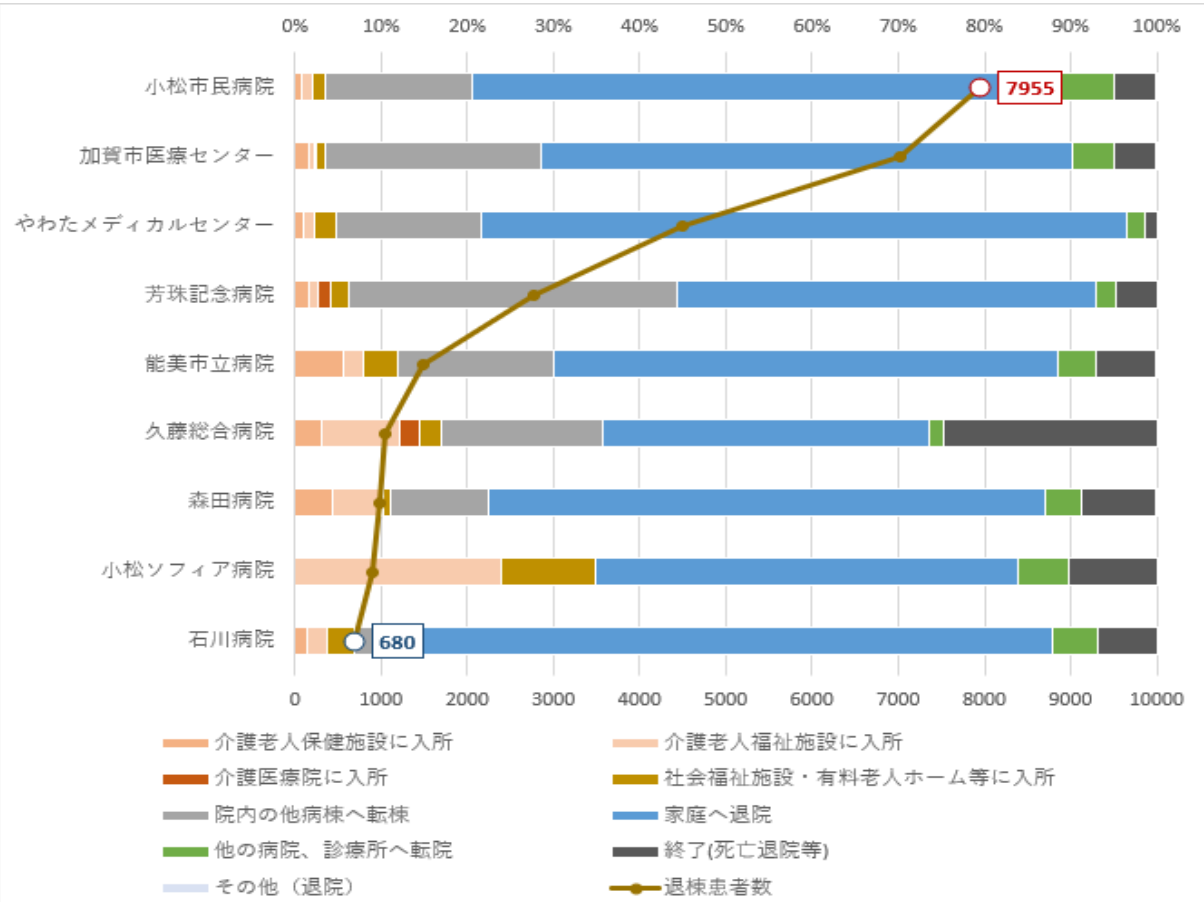


● 小松ソフィア病院、久藤総合病院、森田病院は、入退院の経路の10%以上を介護施設・福祉施設が占めている。

入院経路



退院経路



令和8年度診療報酬改定（急性期病院一般入院基本料、看護・多職種協働加算）



令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-①

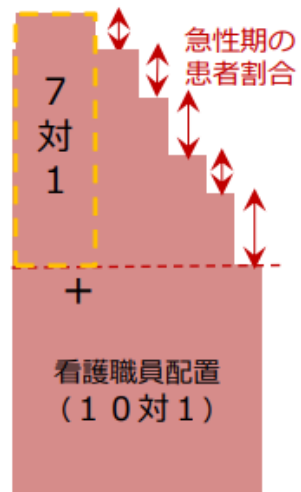
急性期における評価の見直し

- 地域で病院が果たしている救急搬送の受入や手術等の急性期機能に着目し、地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、**病院の機能に着目した急性期病院一般入院基本料を新設**。
- 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者像に合わせた専門的な治療やケアを提供し、患者のADLの維持・向上等に係る取組を推進するため、看護職員や他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制を評価する、**看護・多職種協働加算を新設**。

現行

- 病棟の急性期の患者割合に基づく評価

急性期一般入院料 1～6

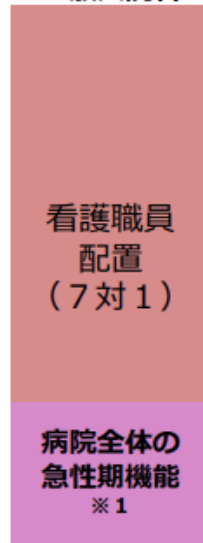


- ※1 救急搬送2000件かつ全身麻酔手術1200件
- ※2 4つのうちいずれか（救急搬送1500件、救急搬送500件かつ全身麻酔手術500件、人口20万人未満地域の最大救急搬送病院（救急搬送1000件以上）、離島地域の最大救急搬送病院）

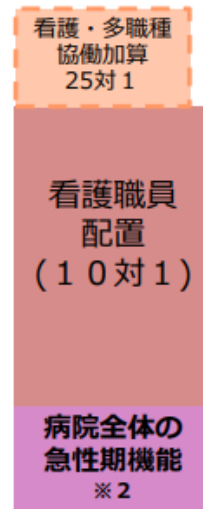
改定後

- 病院の急性期機能に着目した評価を新設（急性期病院一般入院基本料）
- 看護・多職種協働の評価を新設

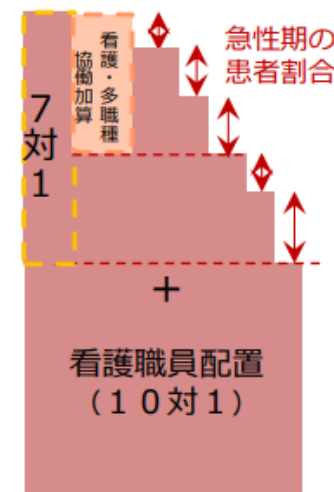
急性期病院A
一般入院料



急性期病院B
一般入院料



急性期一般入院料 1～6



- * 看護・多職種協働加算は入院料4に加算。

出典：令和8年度診療報酬改定説明資料等について（厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_71068.html

【急性期病院A・Bの救急搬送件数の基準】

→下記●をすべて満たす。

急性期病院A（看護職員7対1）

- 救急搬送件数 2,000件以上/年
（夜間時間帯の受入が1割以上）
- 全身麻酔の手術件数 1,200件以上/年

急性期病院B（看護職員10対1）

- 以下のいずれかを満たす。
 - ・ 救急搬送件数 1,500件以上/年
 - ・ 救急搬送件数 500件以上/年かつ、全身麻酔の手術件数 500件以上/年
 - ・ 救急搬送件数 1,000件以上/年かつ、人口20万人未満の二次医療圏で、救急搬送件数が最大の医療機関
 - ・ 離島からなる二次医療圏で、救急搬送件数が最大の医療機関
- 救急搬送件数のうち、夜間時間帯（22時～翌朝8時）に受け入れた救急搬送件数が1割以上

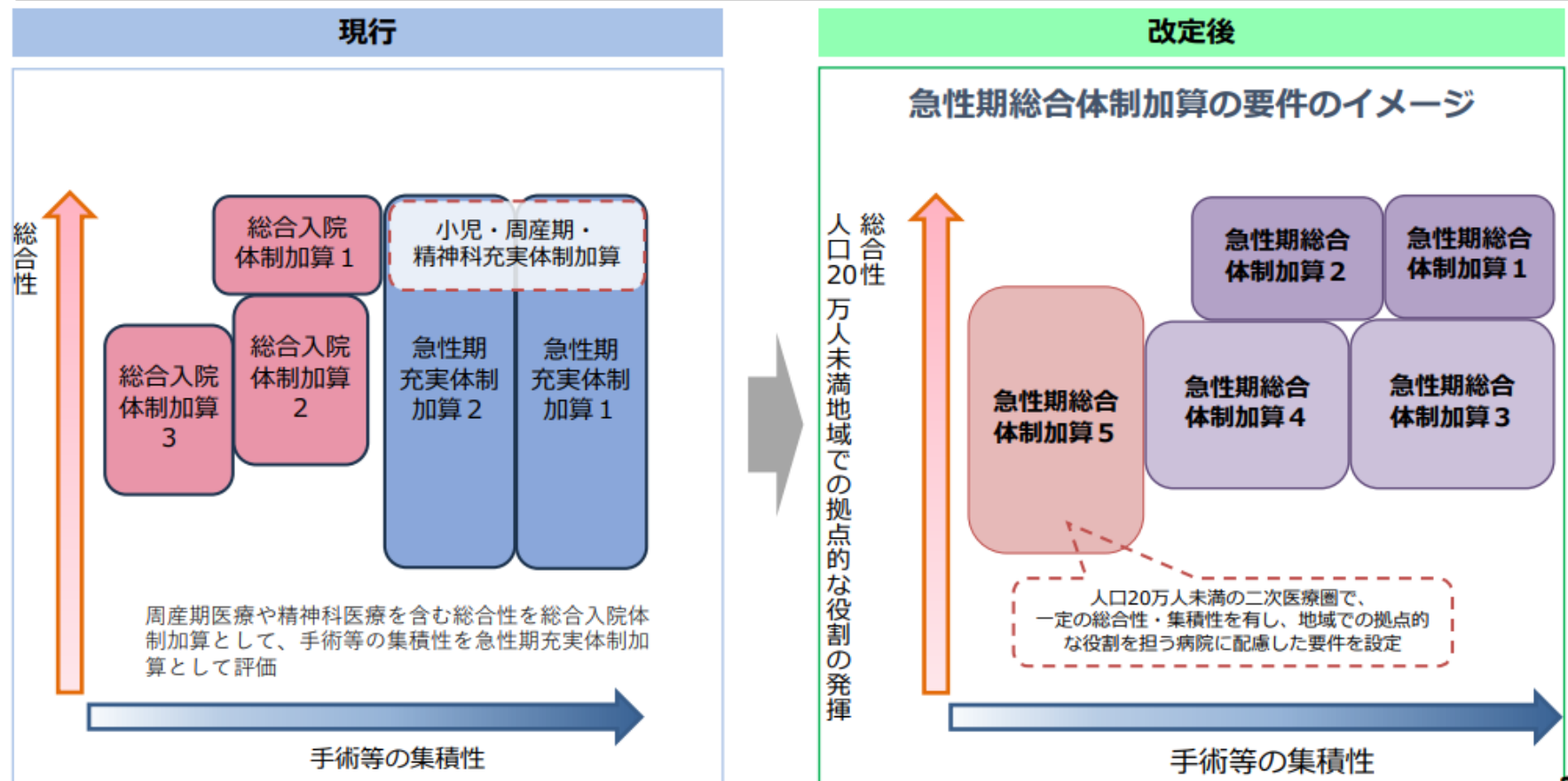
令和 8 年度診療報酬改定（急性期総合体制加算）

令和 8 年度診療報酬改定 II - 1 - 1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備 - ③

急性期総合体制加算の新設

- 地域において総合性と手術等の集積性を持つ拠点的な病院を評価する観点から、総合入院体制加算及び急性期充実体制加算を見直し、新たに**急性期総合体制加算**として評価。
- **急性期総合体制加算 5**の要件は、**人口20万人未満の地域において救急搬送の受入を最も担う病院**の特性に配慮したもののする。

出典：令和 8 年度診療報酬改定説明資料等について（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_71068.html



- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算を統合し、様々な診療科を有する総合性と、手術件数が多い等の集積性を持つ拠点的な病院の評価を新設
- 人口の少ない地域において、救急搬送受入や、地域の外来・在宅診療体制の確保に係る支援を行う拠点的な病院を評価

R8.7現在 救急告示病院の診療報酬算定状況



医療圏	医療施設 ※能登北部を除き、一般病床 200床以上のみを記載	R8診療報酬の算定状況										
		入院基本料									急性期 総合体制 加算	
		ICU	HCU	NICU	MFICU	特定機能病院	急性期	看護・多職種 協働加算	包括 医療	地域 ケア		回復 リハ
石川中央	金沢大学附属病院	○		○	○	A、7対1						
	金沢医科大学病院	○	○	○		A、7対1、13対1						
	石川県立中央病院	○	○	○	○		急性期病院 A					3
	公立松任石川中央病院	○	○				急性期病院 A					4
	金沢医療センター	○					急性期病院 A			○		5
	浅ノ川総合病院						急性期病院 B	○		○	○	
	金沢市立病院		○				急性期病院 B	○		○		
	金沢赤十字病院						急性期一般入院料 1			○	○	
	JCHO金沢病院						急性期一般入院料 2			○		
	済生会金沢病院						急性期一般入院料 2		○	○	○	
	城北病院						急性期一般入院料 2			○	○	
南加賀	小松市民病院		○				急性期病院 A					5
	やわたメディカルセンター						急性期一般入院料 1		○	○	○	
	加賀市医療センター		○				急性期一般入院料 2		○	○	○	
能登中部	公立能登総合病院		○				急性期病院 B	○		○		5
	恵寿総合病院		○				急性期病院 B	○		○	○	5
能登北部	市立輪島病院						急性期一般入院料 4			○		
	珠洲市総合病院						急性期一般入院料 4			○		

3. 2040年を見据えた新たな地域医療構想のガイドライン (策定に向けた令和8～10年度の進め方)

(1) 新たな地域医療構想の概要

2040年を見据えた新たな地域医療構想



2040年に向けた地域医療構想について

背景

- 2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。
- 増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。

- ・ 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- ・ 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・ 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・ 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- ・ 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- ・ 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・ 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- ・ 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- ・ 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- ・ 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- ・ 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

高齢者救急・地域急性期機能

- ・ 高齢者をはじめとした救急搬送の受入
- ・ 入院早期からのリハビリ・退院調整等の実施

在宅医療等連携機能

- ・ 地域での在宅医療の提供
- ・ 他の施設等と連携した24時間対応等の実施

急性期拠点機能

- ・ 人口20万～30万に1つを目安に確保

- ・ 手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

専門等機能

- ・ 集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- ・ 都道府県と連携した人的協力 ・ 広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

R8.7月に国から**新たな地域医療構想に関するガイドライン**が示された。
これを基に、**R8～10年度にかけて、県の新たな地域医療構想を策定**する。

2040年を見据え、**医療機関の役割分担を明確化**し、**医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化**を推進する。

新たな地域医療構想の記載事項

地域医療構想の記載事項

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

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

地域医療構想作成の前提・基本的事項等

基本的な考え方

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

地域の現状等 (将来推計を含む。)

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

構想区域

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

病床数の必要量

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

医療機関機能の見通し

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

医療提供体制の確保に向けた取組等

入院医療

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

外来医療

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

在宅医療

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

介護との連携

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

人材確保

- 連携する大学病院本院の名称
- 大学病院本院との人的協力の方向性 等

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

現行の地域医療構想

入院医療に係る病床の機能・分化
外来医療・在宅医療



新たな地域医療構想

医療だけでなく、介護との連携・
人材確保等、**地域の医療提供体制全体**をカバー

新たな地域医療構想と医療計画の関係



地域医療構想及び医療計画の策定の枠組み

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

【医療法第30条の3第1項】厚生労働大臣は、基本方針を定める。

【基本方針（大臣告示）】医療提供体制の確保に関する基本方針

即して
定める

国（厚生労働大臣）

都道府県

地域
医療
構想

【医療法第30条の3の3第12項】

厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法
その他地域医療構想の作成上重要な技術的事
項について、必要な助言をすることができる。

【地域医療構想策定ガイドライン】

【医療法第30条の3の3第1項】

都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、地域医療構想を定める。

【地域医療構想】

- 将来の医療提供体制の基本的な方向
- 医療機関機能・病床の機能の分化及び連携の推進
- 構想区域
- 外来医療及び在宅医療に係る医療提供体制の確保、
医療と介護の連携、医療従事者確保
- 将来の医療機関機能の見通し
- 医療機関機能・病床の機能に関する情報提供の推進
- 将来の病床数の必要量

即して定める

医療
計画

【医療法第30条の8第1項】

厚生労働大臣は、医療計画の作成の手法その
他医療計画の作成上重要な技術的事項につい
て、必要な助言をすることができる。

【医療計画作成指針】

【疾病・事業及び在宅医療に係る
医療体制構築に係る指針】

【医療法第30条の4第1項】

都道府県は、基本方針及び地域医療構想に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療計画を定める。

【医療計画】

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

地域医療構想は、これまで医療計画
の記載事項の一つだったが、今後、
医療計画の上位概念となる。

3. 2040年を見据えた新たな地域医療構想のガイドライン (策定に向けた令和8～10年度の進め方)

(2) 新たな地域医療構想の検討体制

新たな地域医療構想の検討体制（全体）



地域医療構想の検討体制

- 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等における関係者との協議を通じて、課題や対応等の検討が必要となる。**医療提供体制の構築だけでなく、介護との連携やまちづくり等の様々な観点が必要**であり、**県庁内の他部局等との連携体制の構築等**、協議に必要な体制を整備することが求められる。

地域医療構想調整会議

- 都道府県は、**都道府県単位（都道府県調整会議）**及び**各構想区域単位（区域調整会議）**で地域医療構想調整会議を設置。
- 参加者については、全般的事項については関係者全員が参加し、個別医療機関が関係する協議については特に関係する者に限って参加する等、**議題に応じて柔軟に設定する**。

（主な参加者）

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体等の医療関係者、関係医療機関、大学病院本院、保険者、市町村、介護関係団体、住民、地域医療構想アドバイザー等

- 構想区域よりも狭い単位で検討することが適当な場合等、協議内容や課題の性質に応じて、**既存の協議体の活用やワーキンググループの設置等により協議を進める**。

他部局等との連携

- 新たな地域医療構想は、医療提供体制全体の課題解決を図るものであることを踏まえ、都道府県は、例えば、以下のように**他部局等と連携を図ることが重要**。
 - 介護担当部局、市町村**
 - 介護保険事業（支援）計画の担当部局として、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など、情報共有を検討。
 - 薬務担当部局、市町村等**
 - 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連携の取組について具体的に検討。
 - 地域交通担当部局、都市計画担当部局、市町村等**
 - 医療機関への通院手段等に係る課題の共有や、立地適正化計画等のまちづくり計画との連動を検討。

協議の運営

- 住民参加の推進に加え、**対応案の公表や説明会の実施、パブリックコメント等により、住民からの意見を把握することが重要**。
- 地域医療構想調整会議については、介護や精神保健・障害福祉、公共交通政策等といった事項や、診療報酬上要件とされている事項等について、**地域の医療提供体制に関する意見を聴く場として活用することも可能**。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
（R8.8.7 厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

新たな地域医療構想の策定にあたって、既存の

・ 県全体の地域医療構想部会

- ・ 各医療圏の地域医療構想調整会議

に加え、

医療と介護の連携等を協議するため、

介護等部門の部署や市町を含めた連携体制、住民からの意見を把握する体制の構築が必要となる。

新たな地域医療構想の検討体制（各医療圏 地域医療構想調整会議 で協議する事項）



（参考）地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
（R8.8.7 厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

都道府県

医療計画

都道府県医療審議会

- ・都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

【医療法第72条】

医師確保計画

地域医療対策協議会

- ・医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

【医療法第30条の23】

作業部会（医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置）

- ・5疾病・6事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議

【医療計画作成指針】

連携

圏域連携会議（必要に応じて設置）

- ・必要に応じ圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

【医療計画作成指針】

地域医療構想

地域医療構想調整会議（都道府県単位）

- ・各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
- ・構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

地域医療構想調整会議（構想区域単位）

- ・将来の医療機関機能の見通しを踏まえた医療機関機能の分化及び連携を推進するための方策、その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議

【医療法第30条の14】

医療計画

外来医療計画

（外来・かかりつけ医機能）

外来医療の協議の場

（二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置）

- ・外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
- ・対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

かかりつけ医機能の協議の場

地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討

【医療法第30条の18の5】

【本会議のこれまでの範囲】

各医療圏内における、

- ・入院医療 の医療サービス
- ・外来医療 〃
- ・在宅医療 〃

【今後追加を検討する範囲】

各医療圏内における、

- ・医療全般と介護の連携体制
- ・在宅医療と介護の連携推進

※別の既存の会議もしくは他の会議体の設置等の可能性もあり、今後整理する予定。

医療及び介護の体制整備に係る協議の場

（二次医療圏単位での設置が原則）

- ・医療計画及び介護保険事業（支援）計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議
- ・地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能

【総合確保方針】

在宅医療・介護連携推進事業に係る協議の場

- ・在宅医療・介護連携推進事業において、在宅医療と介護の連携に関する地域の課題を抽出し、その対応策について協議

【地域支援事業実施要綱】

新たな地域医療構想の検討に係り関係者に期待される役割



関係者に期待される役割等

関係者に期待される役割等

都道府県	- 地域医療構想の策定及び推進の主体として、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を実施 - 介護担当部局との連携による介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、市町村職員に対する必要な支援の実施 - 医療へのアクセスの確保等の取組（交通担当部局や市町村との連携等） - 患者の流出入等に対する、都道府県間での連携による取組の推進
市町村	- 病院開設者、介護保険事業、住民に最も近い立場などの観点で、地域医療構想の策定及び推進に協力 - 市町村立病院に係る病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の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 - 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、都道府県との連携による介護に係る課題の共有、医療と介護の連携の推進 - 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携による取組の推進
大学病院本院	診療の他、都道府県との連携による、人的協力や人材育成の取組の推進
医療関係者	- 医療提供の主体として、地域医療構想の策定及び推進へ積極的に関与 - 都道府県調整会議での県全体の医療提供体制に係る協議への参画、区域調整会議での関連する議題に係る協議への参画
公立・公的病院等	市町村と同様、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実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力
医療保険者	- 都道府県調整会議への参画や、区域調整会議の参加者について、保険者協議会に照会の上、選定し参加 - 地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等において定期的に報告する機会を設定 - 都道府県及び市町村は、後期高齢者医療広域連合や国民健康保険の保険者として、効率的な医療提供体制の構築に向けて地域医療構想を推進
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、医療機関との協力体制の構築等の体制整備への協力 - 特に介護老人保健施設、介護医療院等は、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 - 在宅医療を担う医療機関の関係者等と地域における医療と介護それぞれ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を整備
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 - 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、医療計画の策定・推進にも一貫して助言

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
（R8.8.7 厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

新たな地域医療構想の策定に向け、各関係者に期待される役割は左記のとおり。

県や医療関係者（病院・診療所）のみならず、市町や介護関係者など様々な関係者が関わる。

3. 2040年を見据えた新たな地域医療構想のガイドライン (策定に向けた令和8～10年度の進め方)

(3) 医療機関機能・病床機能

医療機関機能報告について

医療機関機能報告制度の概要

- 医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。
- 医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

- **2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告し**、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。
- **在宅医療等連携機能**については、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能を担う医療機関が併せて報告することは想定される**。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのもの**であり、**両機能を併せて報告しない**。

<留意点>

- ・ 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- ・ 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- ・ 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・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。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

医療機関機能

→**病院・診療所が医療機関全体で
担う医療の役割**

医療機関間の役割分担を明確化するため、
**今年度より、新たに各医療機関が現在及び
在2040年に担う医療機関機能、及びその他
診療実績等を報告。**

- **各医療機関が自ら検討**し報告。その後、その内容は**地域医療構想調整会議等で確認・協議**。
- R10年度以降、医療機関機能の見直しを行う場合、必要に応じて、地域医療構想調整会議にて医療圏内への影響を確認。
- 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等で機械的に決定されるものではなく、地域における診療実態等を総合的に検討し、協議。

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 構想区域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。

構想区域ごとの医療機関機能

具体的な内容

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 人口20～30万人に1つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 ※ 有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・后方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

広域な観点での医療機関機能

- 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。
 - ※ 大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

各医療機関の医療機能は、左記の4つに分類される。

「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」

※ただし、大学病院本院は医育及び広域診療機能とし、構想区域ごとの医療機関機能の分類はしない。

急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保について

- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の目的は、地域における持続可能な入院医療提供体制の構築に向け、手術や救急医療等の役割分担を進めていくことにある。
- まず急性期拠点機能について確保すべき医療機関数を設定した上で、各医療機関機能を担う医療機関を決定し、医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性を踏まえ、地域での具体的な役割分担のあり方について協議を行う。

医療機関機能の確保に向けた協議

- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議は、地域における持続可能な入院医療提供体制の構築に向け、手術や救急医療等の役割分担を進めていくためのものであり、単に医療機関機能の形式的な決定自体を目的とするのではなく、必要な医療提供体制の確保に資するかという観点から、連携・再編・集約化や役割分担の方向性も見据えながら検討を行うことが重要である。

急性期拠点機能を確保すべき数

- 急性期拠点機能の確保の単位としては、急性期拠点機能を担う医療機関において、待機的な手術だけでなく、休日・夜間を含めた緊急手術に対応していく必要があること、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多いこと等を踏まえ、2040年の人口推計をもとに、人口20万人から30万人程度につき一か所程度が目安となる。
- 地域の協議においては、この目安だけでなく、患者の流出入の状況や区域全体及び各医療機関の全国的な水準と比較した診療実績、2040年に向けた症例数や医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、将来的な医療機関の役割分担に資するよう設定する。
(※) 構想区域ごとに設定することが基本であるが、都道府県全体として人口規模が限られている場合等では都道府県単位で設定することも考えられる。

医療機関機能を踏まえた役割分担

- 急性期拠点機能は、手術等の急性期医療を集約して提供するものであり、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応できる総合性を確保するとともに、政策医療を含めた関連する役割を総合的に担うことが求められるが、こうした基本的な役割を踏まえ、具体的にどの程度の範囲の総合性や政策的役割を求めることとするかは、同一都道府県内であっても構想区域ごとに異なりうる。
- 高齢者救急・地域急性期機能は、増加する高齢者救急を中心とした救急患者の受入を行うとともに、入院中のリハビリテーションや退院調整等の機能の強化が求められるが、病床規模や医療従事者の人員数、救急搬送受入件数の規模は相当程度幅があると考えられる。
- 周囲に病院が限られている地域や、高齢者救急の増加が著しい都市部等において、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急の受入を行っていくことや、大都市型の地域や一部の地方都市型の地域において、救急搬送を多く受け入れる高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、高齢者救急に関連する頻度の高い手術・処置等を行っていくことも考えられるが、医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性は確保した上で、その具体的なあり方について地域で協議を行うことが重要である。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

「急性期拠点機能」

- 手術等の急性期医療を集約して提供し、政策医療など関連する役割を総合的に担う。
- 2040年の人口推計を基に人口20～30万人に1機関(目安)
- その他、地域の患者の流出入、診療実績、医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、将来的な医療機関の役割分担に資するよう設定。

「高齢者救急・地域急性期機能」

- 増加する高齢者救急を中心とした救急患者を受入れるとともに、入院中のリハビリや退院調整など等の機能強化が求められる。
- 病床や救急受入件数の規模など、医療機関間で相当の幅がある。



医療機関の基本的な役割分担は確保の上、
地域の実情に応じた具体的なあり方は地域内で協議する。

急性期拠点機能を担う医療機関の役割

総合的な診療機能

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

その他の役割

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

	概要	考え方等
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、 地域災害拠点病院)	災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う	24時間緊急対応し、災害発生時に被災地内の傷病者等の受入及び搬出を行うことが可能な体制を有することや、災害発生時に被災地からの傷病者の受入拠点にもなること等が要件。
医療措置協定の締結	新興感染症発生時に必要な医療提供体制を確保	病床確保や医療人材派遣をはじめとして、新興感染症発生時に備えた都道府県との医療措置協定を締結する。
臨床研修及び専門研修の実施	基幹型臨床研修病院や、専門研修基幹施設等として、医師の修練の場を提供	急性期拠点機能を担う医療機関には、手術等の急性期症例も集約され、医師も重点的に配置されることになるため、一定の症例数や適切な指導体制の整備が求められる初期臨床研修や専門研修に積極的に協力する必要がある。
地域における必要な病床の確保 のための積極的な役割	医療需要の動向に応じた病床数の整備を推進	今後、手術等の医療資源を多く必要とする医療ニーズの減少が見込まれる中、高齢者救急等の症例を必要以上に受け入れることはせず、総合的な急性期医療の提供機能を維持できる範囲で、病床数の適正化（ダウンサイズ）を行う。
地域への医師の派遣	地域の他の医療機関へ医師等を派遣し、地域の医療提供体制を維持	地域において医師が相対的に多く配置されることになるため、地域の他の医療機関への当直医や代診医の派遣等により、地域全体の医療提供体制の確保に積極的に関与する必要がある。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

「急性期拠点機能」を担う医療機関

は、手術等の急性期医療の提供に加え、左記のような役割を担うことが求められる。

・総合的な診療医療の提供

→消化器外科・整形外科・循環器内科
など、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応可能

・災害拠点病院

・新興感染症発生時の病床確保等の
医療措置協定の締結

・医師の臨床研修や専門研修の実施

・地域への医師派遣 等

急性期拠点機能を担う医療機関の数について

急性期拠点機能を担う医療機関の数

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

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

「急性期拠点機能」を担う医療機関の数について、

- ・ 2040年の人口規模の区域で、**20～30万人程度につき1か所**
- ・ **人口の少ない区域で、診療実績が同程度だからと言って、複数個所は設けない。**将来に向けた効率化・集約化の検討を行う。
- ・ 地理的要因等で**構想区域の広域化を行わない場合、急性期拠点機能の確保を前提とせず、**隣接する区域と連携して一定の急性期医療を担えるよう、連携・再編等の検討を行う。

急性期拠点機能を担う医療機関の決定

急性期拠点機能を担う医療機関の決定

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

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

「急性期拠点機能」を担う医療機関
を決定するにあたり、

- ・ 役割分担や人的協力等、具体的な
取組を確認する。
- ・ 自治体立病院は不採算の医療を担
いつつ財政上の制約があると見込
まれ、一定の急性期医療を担う近
隣の病院に、医療機能を集約す
る検討の余地がある。

協議が調わない場合の考え方

協議が調わない場合の考え方

○ 区域内において、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、関係者間の協議が調わない場合の考え方は以下のとおり。

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

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

「急性期拠点機能」を担う医療機関を決定するにあたり、仮に協議が調わない場合、

- ・ 県で病院間の意見交換等の場を設定する。
- ・ 上記で難しそうなら、大学病院本院を交え、人材確保の観点から協議を行う。
- ・ 最終的に県において、各医療機関の診療実績や将来の医療需要などを客観的に勘案し、大学病院本院の協力も得ながら、最終的な方向性の決定をする。

高齢者救急について

- 今後増加が見込まれる高齢者救急については、年齢や疾患による一律の区分は困難であるものの、手術や一定の処置等が必要となる割合は高齢化するほど低下し、また、治療だけでなく、在宅復帰も見据えたリハビリや退院支援等、包括的な入院医療の提供が求められる。
- こうした特徴を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との連携による受入体制や、リハビリテーションの実施体制、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要。

高齢者救急の基本的な考え方

- 年齢や疾患のみで一律に区分することは困難
- 手術等を要する割合は相対的に低い
- 包括的な入院医療の提供の必要性



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

対応のイメージ

役割分担、相互連携による受入体制の確保



急性期拠点機能

②

高齢者救急・
地域急性期機能

①



在宅医療

介護保険
施設等

③

在宅・介護との連携
等による切れ目のない
退院・療養支援

具体的な取組

- ・ 包括期機能を有する病床での高齢者救急の受入。
- ① ① ADL低下防止や早期の在宅復帰に向けた、入院早期からのリハビリテーション・退院支援等を実施。
- ・ 休日・夜間を含む高齢者施設等からの外来受診への対応
- ② ② 地域の医療資源や医療需要も踏まえた役割分担に係る協議。
- ・ 高齢者救急の特徴を踏まえた実施基準への反映。
- ③ ③ 下り搬送や上り搬送を活用した受入後の連携体制の構築。
- ※救急者の適時・適切な利用に向けた取組も併せて検討
- ④ ④ 多職種連携や他の施設等との連携により、退院後のリハビリテーション等の切れ目のない提供体制を確保。
- ⑤ ⑤ 相互理解を前提とした、退院先としての介護保険施設の活用。
- ⑥ ⑥ 協力医療機関として、高齢者施設との平時からの連携、状態悪化時の受診及び搬送のルールの整理。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

「高齢者救急・地域急性期機能」を担う医療機関は、

- ・ 「急性期拠点機能」を担う医療機関との連携による受入体制
 - ・ リハビリテーションの実施体制
 - ・ 在宅医療・介護との連携体制
- を確保する必要がある。

急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能の確保に係る協議の進め方

協議の進め方

構想区域の設定

急性期拠点機能を担う
医療機関の数の設定各医療機関機能を担う
医療機関の決定地域において担うべき役割や
医療機関間の役割分担
に係る協議

- 2040年に向けた医療提供体制の構築を見据え、急性期拠点機能の確保の観点から、急性期医療の需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定。
- 設定した区域に基づき、急性期機能を担う医療機関について、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保。
- 人口規模のみではなく、患者の流出入の状況や区域全体・各医療機関の診療実績、医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案。
- 急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、連携・再編・集約化の方向性も踏まえ協議。
- その際、急性期拠点機能としての役割を果たすことができるよう、人的協力の取り決め等を併せて確認。
- 各医療機関機能を担う医療機関が当該地域において求められる役割に向けた具体的な取組について協議。
- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の間での、手術や救急医療に係る具体的な役割分担のあり方について協議。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

各医療機関からの医療機関機能の報告に関し、「急性期拠点機能」「高齢者救急・地域急性期機能」については、**医療圏内でその報告が適当か、地域医療構想調整会議で検討**する必要がある。

検討にあたっては、左記の流れで進め、医療圏における各医療機関の最終的な医療機関機能を決定する。

在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割について

- 在宅医療等連携機能を担う医療機関に具体的に求められる役割や範囲は様々であり、地域の実情を踏まえ協議を行う。
- また、具体的に担う役割に応じて、診療所や訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関、介護サービス事業所等の在宅医療を支える関係者や高齢者施設等との連携を図っていくことが重要。

自施設で担う役割の例

役割	概要
在宅医療の後方支援	急変時に入院対応が必要な患者の受入先としてバックベッドを確保した上で、必要時の入院受入を行う
往診の実施	休日・夜間等において、診療所のみでは対応が困難な場合に、必要に応じて自ら往診等の診療の補完を行う
訪問診療の実施	小児や医療的ケア児等に対する専門性の高い在宅医療も含め、在宅医療を担う診療所と連携して、自ら訪問診療を行う
訪問看護の提供	地域の資源の状況に応じて、自施設での訪問看護の提供を行う

他の施設との連携の例

連携先	概要
在宅医療を担う診療所	連携する診療所等との定期的なカンファレンスを開催し、患者情報を共有するとともに、休日・夜間等の連携体制を構築する
歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所等	ICT等の活用により、患者の病状、服薬状況、口腔機能、栄養状態、ADL、介護の状況等について、必要な情報を関係者間で平時から共有できる体制の整備や、定期的なカンファレンス、急変時の連絡体制の整備等を行う
高齢者施設等	高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と同様、高齢者施設等の協力医療機関として、入所者の急変時の相談対応や診療、入院対応を行う

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

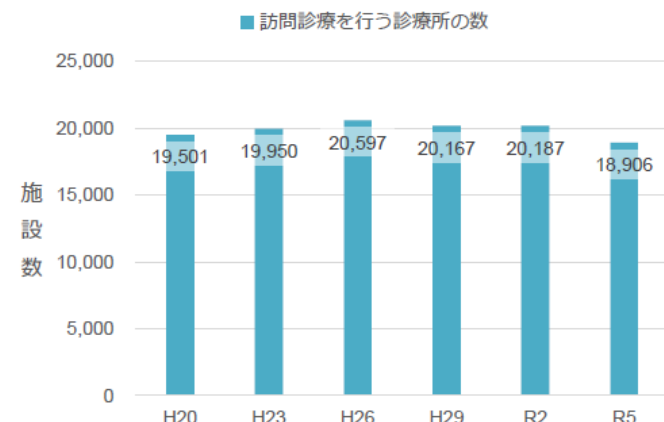
「在宅医療等連携機能」を担う医療機関は、自施設で担う役割と他施設との連携で担う役割など、様々な範囲の役割を担うこととなる。

在宅医療に係る提供体制の構築について

在宅医療の現状・課題

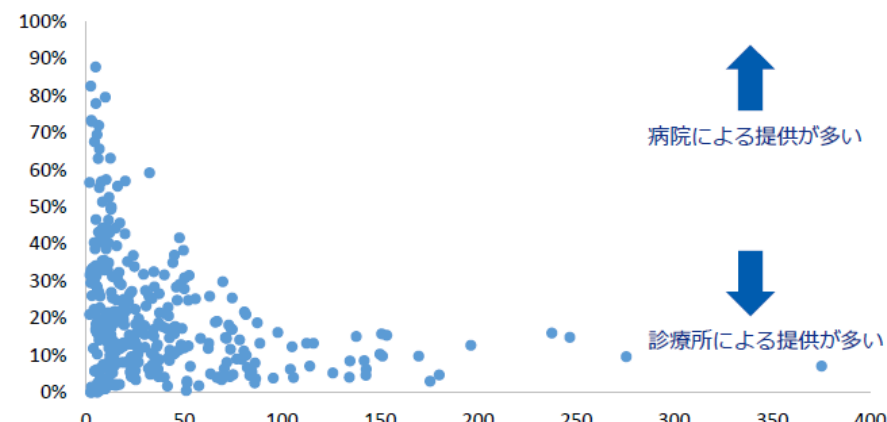
- 2040年に向けて、在宅医療の需要の増加が見込まれる中、在宅医療を提供する診療所数は近年横ばいであり、特に人口の少ない地域ほど、在宅医療において病院が担う役割が大きくなる傾向が見られる。
- また、地域の在宅医療の提供体制の整備に当たっては、訪問診療・往診だけでなく、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導、訪問介護をはじめとする介護保険サービスの提供体制についても併せて検討が必要。

在宅医療を担う診療所数の推移



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

病院の訪問診療料算定割合（人口規模別）



※ 訪問診療科（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定件数について、病院が算定した割合を集計
資料出所：2023年10月NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
（R8.8.7 厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

在宅医療について、慢性期医療の観点から、療養病床や介護保険施設の整備と一体的に考えるとともに、地域の病院が「在宅医療等連携機能」を担うことも考慮し、医療提供体制を確保する。

在宅医療に係る提供体制の整備の方向性

- 在宅医療については、地域の慢性期医療の受け皿の一つとして、療養病床や介護保険施設の整備と一体的に考えていくとともに、従来の体制による在宅医療の提供の維持が難しい場合には、地域の病院等が在宅医療等連携機能として新たに在宅医療を担うことも含め、地域全体として必要な在宅医療を提供できる体制を確保していく。
- 在宅医療等連携機能を担う医療機関は、技術的支援も含めた訪問看護ステーション等との連携や、そのほか歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等との連携体制を構築していくことが重要。

在宅医療等連携機能の確保に係る協議の進め方

協議の進め方

慢性期の医療需要の
一体的な把握

- 慢性期の医療需要に対応する体制として、療養病床、在宅医療及び介護保険施設について、地域の資源を踏まえ一体的に検討。
- 慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを踏まえ、将来的な需要量の傾向を把握。

慢性期の医療提供体制としての
在宅医療の方向性に係る協議

- 地域における、療養病床数、在宅医療を提供する医療機関数、介護保険施設の定員数等を把握し、現在の医療・介護資源の状況を確認。
- 慢性期の医療需要の見込みに対し、療養病床や介護保険施設を活用しつつ、在宅医療をどの程度提供するかの方角性を検討。

在宅医療等連携機能を担う
医療機関の役割に係る協議

- これまでの在宅医療提供体制の状況や今後の需要及び提供の見込みを踏まえ、在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的に求められる役割や範囲を検討。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

各医療機関からの医療機関機能の報告に関し、「在宅医療等連携機能」については、**慢性期の医療需要の把握や在宅医療の方角性を協議**したうえで、医療圏内でその報告が適当か検討する必要がある。

検討にあたっては、左記の流れで進め、医療圏における各医療機関の最終的な医療機関機能を決定する。

令和 8 年度医療機関機能報告の報告項目等について

医療機関機能報告

医療機能等		医療機関機能に関する内容	
現時点で担っている医療機関機能 2040年において担う医療機関機能 ※調整会議での決定以降は、決定した医療機関機能を報告		救急医療の提供状況	
構造設備・人員配置		手術の実績	
構造設備等	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等 標榜診療科 築年数・構造＋ 手術室数 災害拠点病院指定の有無 へき地拠点病院指定の有無 周産期母子医療センター指定の有無 小児救命救急センター・地域小児救命救急センター指定の有無 医療措置協定の内容 初期臨床研修の実施状況 専門研修の実施状況	高齢者等への医療の提供状況	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、既存の入棟経路区分を一部見直す
			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/深夜加算併算定件数）※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む
			退院患者数（年齢区分別＊） 休日におけるリハビリテーション実施体制の有無 回復期リハビリテーション病棟退院患者数（状態区分別、在棟期間区分別） 外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション科等） 在宅復帰等に向けた取組（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、排尿自立支援加算、栄養サポートチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）
			協力医療機関として連携する高齢者施設等の数 協力対象施設入所者の受入のための確保病床数
人員に係る内容等	初期研修医数 専攻医数 診療科別の医師数 在宅医療部門の従事者数（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等） 救急外来の人的体制（医師、看護師、救急救命士等） 地域への派遣医師数、派遣医療機関数（大学病院本院のみ） 休日/夜間・時間外の救急受入体制の有無 休日/夜間・時間外の各種診療体制の有無（検体検査、CT検査、MRI検査、消化管内視鏡検査、血管造影検査、小児科診療、産科診療、全身麻酔を伴う手術）	在宅医療の提供状況	高年齢者施設等との連携状況 高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等連携往診加算）
			連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先/後方支援に係る連携先） 連携する訪問看護ステーション数 在宅医療の実績（訪問診療実績（訪問診療料等算定回数）、往診実績（往診料算定回数）、訪問看護実績（在宅患者訪問看護指導料等の算定回数、訪問看護費等（介護保険）の算定回数）、併設訪問看護ステーションの訪問看護実績、訪問リハビリテーション実績（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等の算定回数、訪問リハビリテーション費等（介護保険）の算定回数）、看取り実績＊） 在宅療養患者の受入のための確保病床数 在宅療養患者の受入状況（緊急入院受入件数＊、在宅患者緊急入院診療加算）

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

期間・時点

7月1日時点

1年分（前年の実績等）

病床機能報告

見直し前

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



見直し後（令和9年度以降）

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

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
（R8.8.7 厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

「急性期拠点機能」及び

「高齢者救急・地域急性期機能」

- ・ 1 医療機関で両機能の報告はできない。

「在宅医療等連携機能」

- ・ 在宅医療の提供を行う or 主として在宅医療の後方支援を担う等の役割を担う医療機関が報告
- ・ 場合によっては、他の医療機関機能と重複も可。

病床機能報告について

病床機能報告制度の概要

- 病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

病床機能の報告について

- 病床の機能区分については、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの4区分のうち、「回復期機能」について、「**包括期機能**」として位置づけを見直している。
- 報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。
- 有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

病床の機能区分と目安となる入院料の例

機能区分	機能の内容	目安となる入院料の例
高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	- 救命救急入院料 - 特定集中治療室管理料 - 小児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 等
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	- 急性期病院A、B一般入院料 - 急性期一般入院料 1～6 - 小児入院医療管理料 1～3 等
包括期機能 ※回復期機能を見直し	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ※新たに追加 ・急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、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 ・地域包括医療病棟入院料 ・回復期リハビリテーション病棟入院料 ・地域包括ケア病棟入院料 等
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	・療養病棟入院料 1～2 ・障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） ・特殊疾患病棟入院料 等

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料（R8.8.7 厚生労働省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

病床機能

→病棟単位で病床が担う医療の役割

これまでどおり医療機関が報告。

- 病床の機能区分について、
「回復期機能」→「包括期機能」
として位置付け。
- 医療機関機能と病床機能は、必ずしも一対一**
で対応しないが、**相応の病床は持つ**と想定。
- 有床診療所は、以下の機能選択が考えられる。
 - ・産科や整形外科等で手術等を実施
→「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
→「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実施
→「慢性期機能」

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：

R8.3.3「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

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	- 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 - 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 - 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーション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）
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 - 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

「回復期機能」



「包括期機能」

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

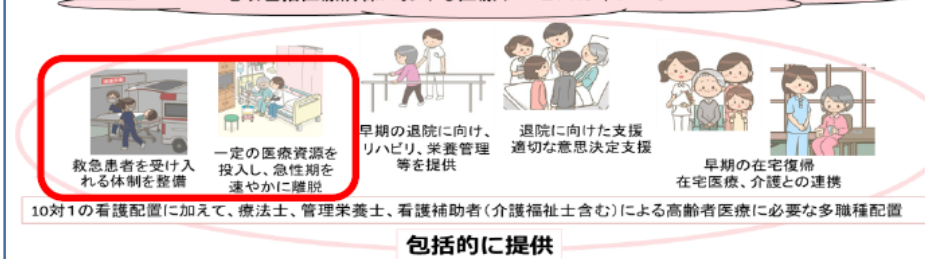
を行い、早期の在宅復帰を目的と

した治し支える機能 が追加

地域包括ケア病棟・病室の役割



地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



令和 8 年度病床機能報告の報告項目について

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

医療機能等		入院患者に提供する医療の内容				
医療機能（現在/2040年の方向） ※介護施設に移行する場合は移行先類型		手術の幅が広い 心筋梗塞・脳卒中への治療 重症患者への対応 救急医療の実施 在宅復帰後の急性期後の支援	手術総数 人工心臓を用いた手術 腹腔鏡下手術件数 悪性腫瘍手術件数 術中迅速病理組織標本作製 化学療法件数 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 超急性期脳卒中加算 経皮的冠動脈形成術 精神科リエゾンチーム加算 精神疾患診療体制加算	全身麻酔の手術件数 胸腔鏡下手術件数 内視鏡手術用支援機器手術数 病理組織標本作製 放射線治療件数 がん患者指導管理料 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤 肝動脈内注入 t-PA投与 入院精神療法 認知症ケア加算 精神疾患診断治療初回加算 ハイリスク分娩管理加算 地域連携分娩管理加算 観血的肺動脈圧測定 大動脈バルーンパンピング法 補助人工心臓・植込型補助人工心臓 人工心臓 吸着式血液浄化法 院内トリアージ実施料 救急医療管理加算 救命のための気管内挿管 非開胸的心マッサージ 心臓穿孔 早期栄養介入管理加算 処置・手術の休日加算、時間外加算、深夜加算	全身管理 中心静脈注射 酸素吸入 ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工腎臓、腹膜灌流 疾患別リハビリテーション科 障害児（者）リハビリテーション科 がん患者リハビリテーション科 認知症患者リハビリテーション科 急性期リハビリテーション加算 早期リハビリテーション加算 早期離床・リハビリテーション加算 初期加算 摂食機能療法 休日リハビリテーション提供体制加算 入院時訪問指導加算 褥瘡対策加算 重度褥瘡処置 重症皮膚潰瘍管理加算 難病等特別入院診療加算 特殊疾患入院施設管理加算 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算	呼吸心拍監視 観血的動脈圧測定 人工呼吸 経管栄養・薬投与用力テスト 交換法
構造設備・人員配置等			精神疾患診療体制加算	ハイリスク妊産婦共同管理料 救急搬送診療料 持続濾過式血液濾過 経皮的肺動脈圧測定 頭蓋内圧持続測定 血漿交換療法 血球成分除去療法 夜間休日救急搬送医学管理料 在宅患者緊急入院診療加算 体表面ベージング法／食道ベージング法 カウンターストック 食道圧迫止血チューブ挿入法算		
病床数・人員配置・機器等	設置主体 主とする診療科 部門別職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、救急救命士等） DPC群の種類 承認の有無（特定機能病院・地域医療支援病院） 診療報酬届出状況（急性期総合体制加算、包括期充実体制加算、医療提供機能連携確保加算、看護・多職種協働加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院） 第三次救急医療機関、第二次救急医療機関、救急告示病院の有無 施設全体の最大・最小使用病床数 医療機器の保有状況（CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、マンモグラフィ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）） 退院調整部門の設置状況 退院調整部門の配置職員数（医師、看護職員、MSW、事務員） 許可病床数 稼働病床数（一般・療養別） 算定する入院基本料・特定入院料		精神疾患診療体制加算	ハイリスク妊産婦共同管理料 救急搬送診療料 持続濾過式血液濾過 経皮的肺動脈圧測定 頭蓋内圧持続測定 血漿交換療法 血球成分除去療法 夜間休日救急搬送医学管理料 在宅患者緊急入院診療加算 体表面ベージング法／食道ベージング法 カウンターストック 食道圧迫止血チューブ挿入法算	早期からのリハビリテーション 疾患に応じたリハビリテーション 長期療養患者等の受入 有床診療所の多様な機能	呼吸心拍監視 観血的動脈圧測定 人工呼吸 経管栄養・薬投与用力テスト 交換法
	入院患者の状況		入院患者数の状況 入院患者の場所・退院先の場所別入院患者の状況 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 分娩件数 看取り件数（在宅療養支援病院/診療所である場合） 救急医療の実施状況（休日・夜間/時間外患者数、救急車受け入れ件数）	在宅復帰後の急性期後の支援	入院時支援加算 在宅患者支援療養病床初期加算 有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算 有床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算 急性期患者支援（療養）病床初期加算・在宅患者支援（療養）病床初期加算 地域連携診療計画加算 介護支援等連携指導料 退院前訪問指導料	入院時支援加算 在宅患者支援療養病床初期加算 有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算 有床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算 急性期患者支援（療養）病床初期加算・在宅患者支援（療養）病床初期加算 地域連携診療計画加算 退院時共同指導料 退院時リハビリテーション指導料 二次性骨折予防継続管理料

期間・時点

7月1日時点

1年分（前年4月～報告年3月分）

3. 2040年を見据えた新たな地域医療構想のガイドライン (策定に向けた令和8～10年度の進め方)

(4) 2040年の必要病床数と病床整備の方向性

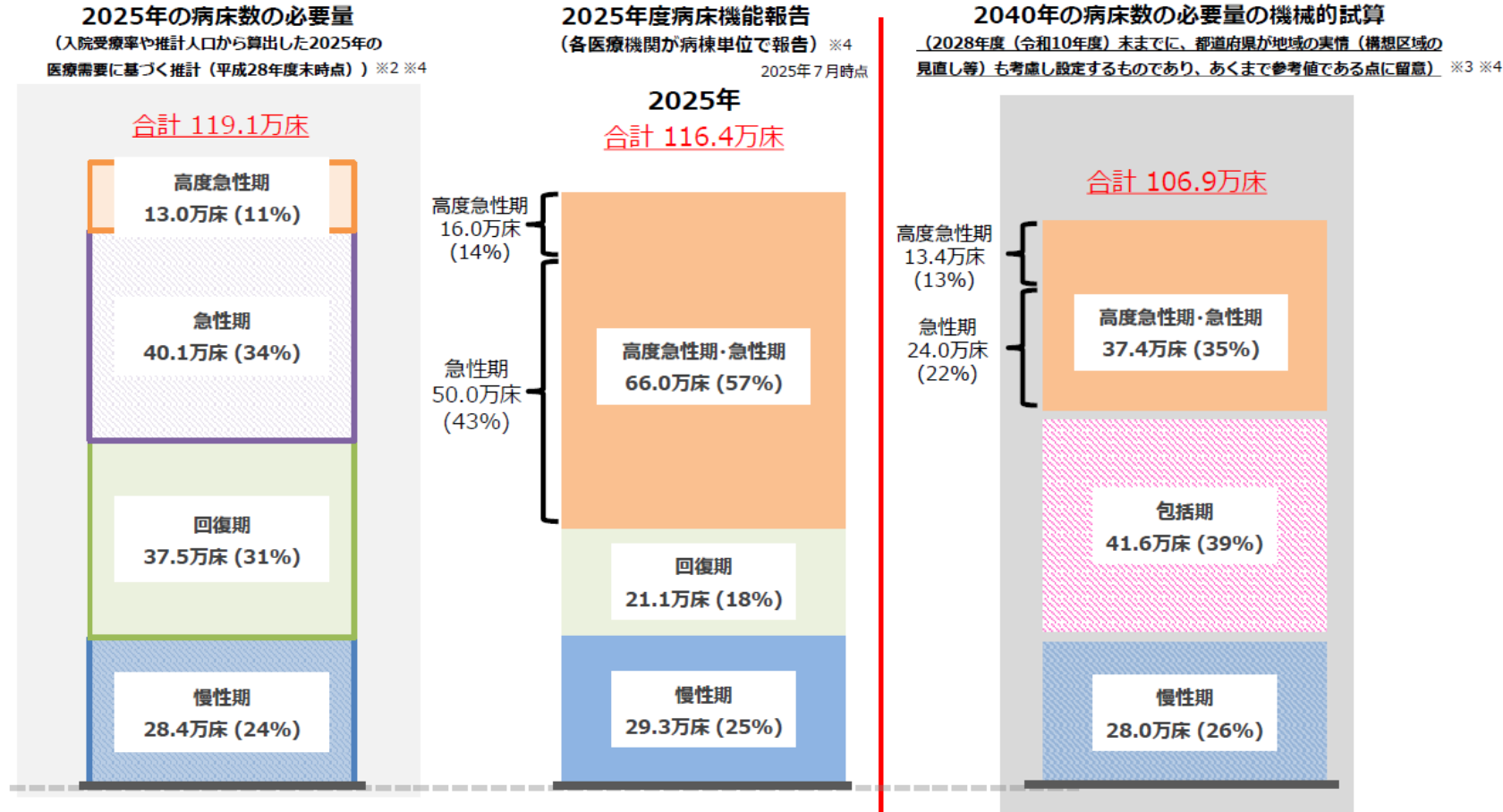
2025年 → 2040年 の病床数の推移試算



2025年度病床機能報告について

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html



出典：2025年度病床機能報告

新たな地域医療構想に係る機能別の病床数に関し、国全体として下記の傾向を進めていく。

病床数の総和 → 削減

「高度急性期機能」 } 削減

「急性期機能」 }

「包括期機能」 → 増加

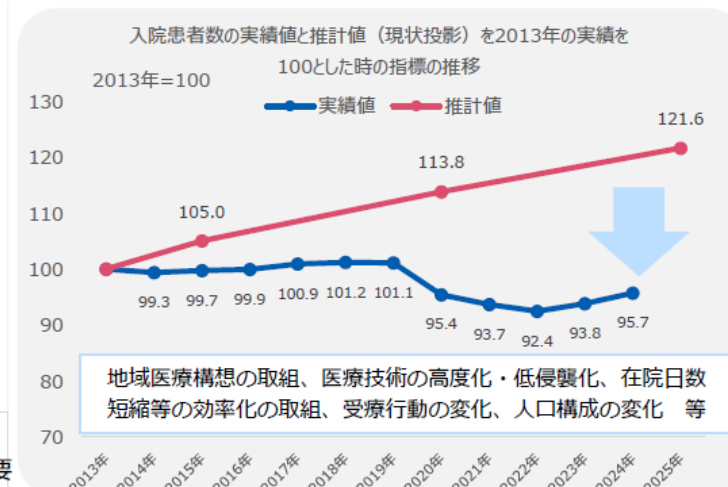
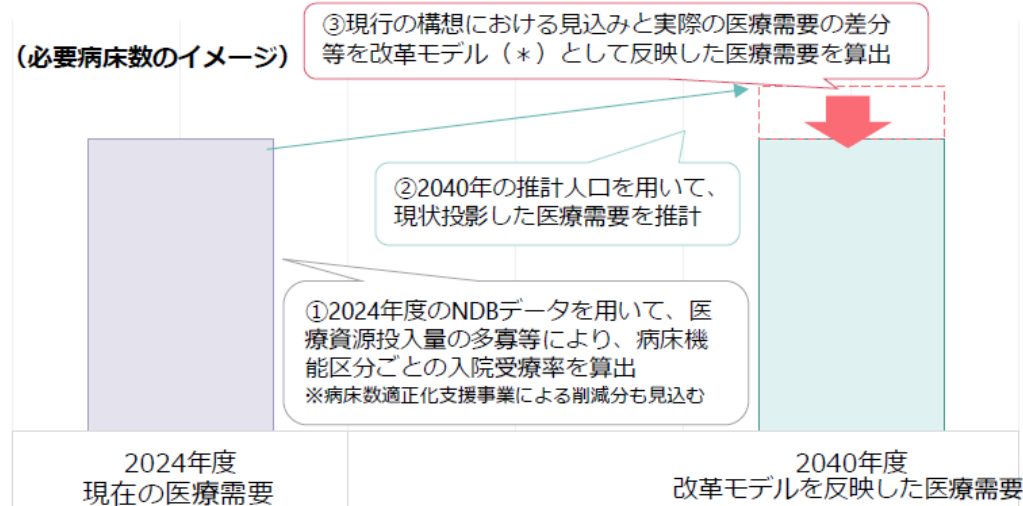
※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
※3：令和6年度(2024年度)のNDBのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(令和5年(2023年)推計)』等を用いて、現在の構想区域(令和6年度)を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2040年の必要病床数

2040年の必要病床数について

必要病床数の考え方

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



*改革モデル

- 入院受療率の低下傾向や、現行の地域医療構想の取組等の効果を反映するため、医療機関の連携・再編・集約化に伴う病床利用の効率化分、入院受入時からのリハビリ等の提供による、早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現行の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映する。
- 75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていること等に鑑み、急性期の75歳以上の入院患者の5割を引き続き急性期として、残り5割を包括期の需要として見込む。
- 回リハ病床入院料を算定する整形外科患者について、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見込む。
- 病床稼働率について、現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、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算出し、さらに、今後の医療DX等の取組、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分を見込む。

必要病床数の留意点

- 地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。
- 人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年と2036年で見直しを行う。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料（R8.8.7 厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

医療圏における2040年の必要病床数について、NDB（レセプト・特定健診等情報データベース）や性・年齢階級別人口を用いて医療需要を推計し、左記**改革モデル**を反映させて算出。

（※国の推計ツール等を活用予定）

なお、医療計画の見直しのタイミングである、**2030年・2036年に見直しを実施予定。**

2040年に向けた病床整備の方向性



病床整備の考え方について

病床整備の方向性

- 入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれる中、全体としてはダウンサイズを進めつつ、今後需要の増加が見込まれる包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備していくことが重要である。
- 構想区域ごとに、足元の病床機能報告における病床数と2040年の必要病床数の比較を、病床機能別の比較も含め行っていくとともに、背景にある医療需要の動向や病床の利用実態等を把握した上で、医療機関機能の確保の方向性を踏まえ、各医療機関が担う役割に応じた形で病床の機能分化・連携を進める。

病床整備の留意点

①病床機能報告と必要病床数の比較について

- 病床機能報告に基づく病床数と必要病床数については、それぞれ算出方法が異なり、両者の数値を比較し、マクロの病床規模を把握していくことは引き続き重要であるものの、入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、両者に差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない。

②既存の病床の活用について

- ある病床機能の不足が課題となる場合であっても、地域における当該病床機能を有する各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床をせずとも、既存の病床を有効に活用することで、当該病床機能に係る患者の受入体制を確保できないか等を検討することも重要である。

③構想区域内の地域差を踏まえた病床整備について

- 構想区域の広域化を行った場合等、構想区域内において医療資源の地域差が見られる場合については、あくまで、区域の中でも相対的に医療資源が少ない地域において病床を確保することが望ましい場合がある。このため、増床等の必要性を単に構想区域全体で一体的に判断するのではなく、市区町村単位等の一定の地域ごとに、機能区分別の病床数や各医療機関の医療機関機能、病床稼働率等を把握・整理した上で、特に必要性が認められる地域において、増床等の病床整備を行うといった対応を検討することが重要である。

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

医療圏における病床の整備に関し、

- ・ 病床数は削減
- ・ 「包括期機能」を中心に必要な機能の病床を整備
- ・ 医療機関機能に応じた、病床の機能分化・連携を進める

の方向性で整備する。

なお上記にあたって、

- ・ 既存病床の有効活用
- ・ 広域化した医療圏において、特に必要性が認められる地域での病床整備の検討

等には留意する。

3. 2040年を見据えた新たな地域医療構想のガイドライン (策定に向けた令和8～10年度の進め方)

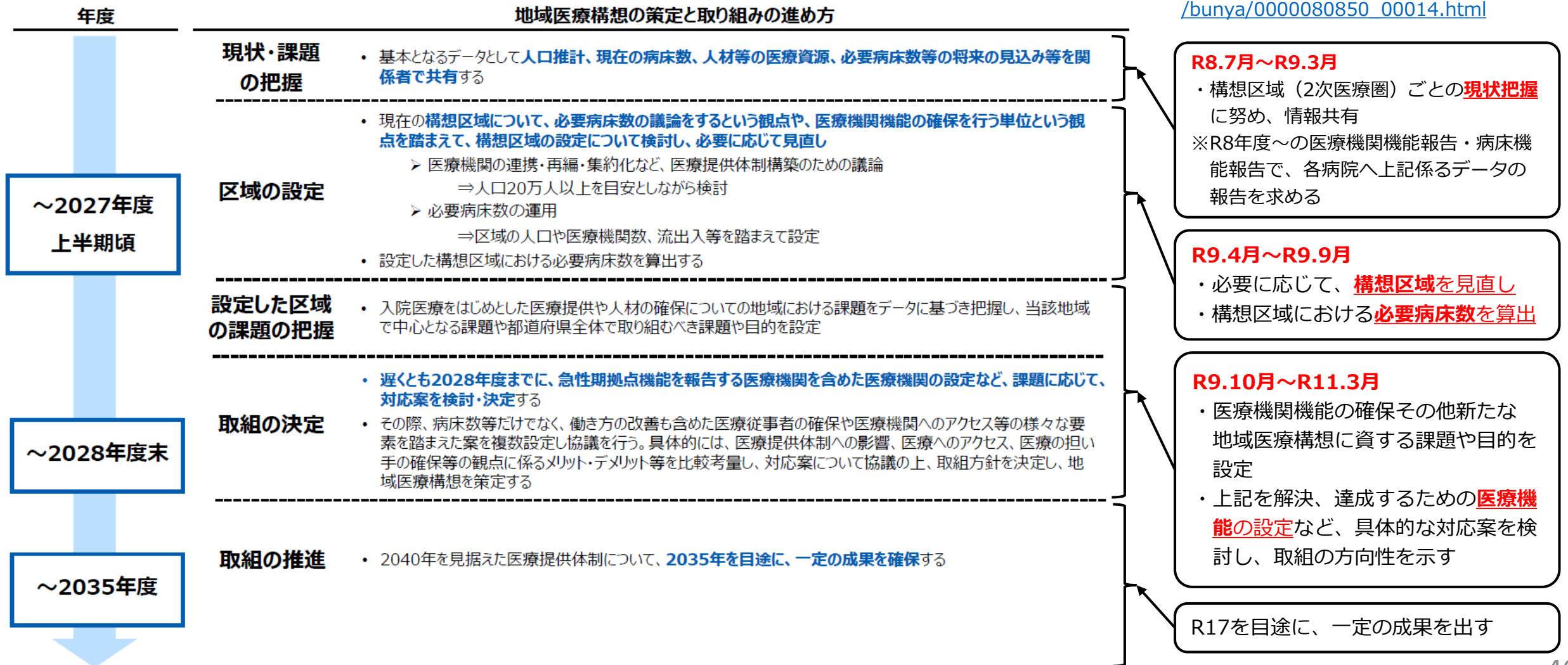
(5) 今後のスケジュール

新たな地域医療構想の策定に向けたスケジュール



地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html



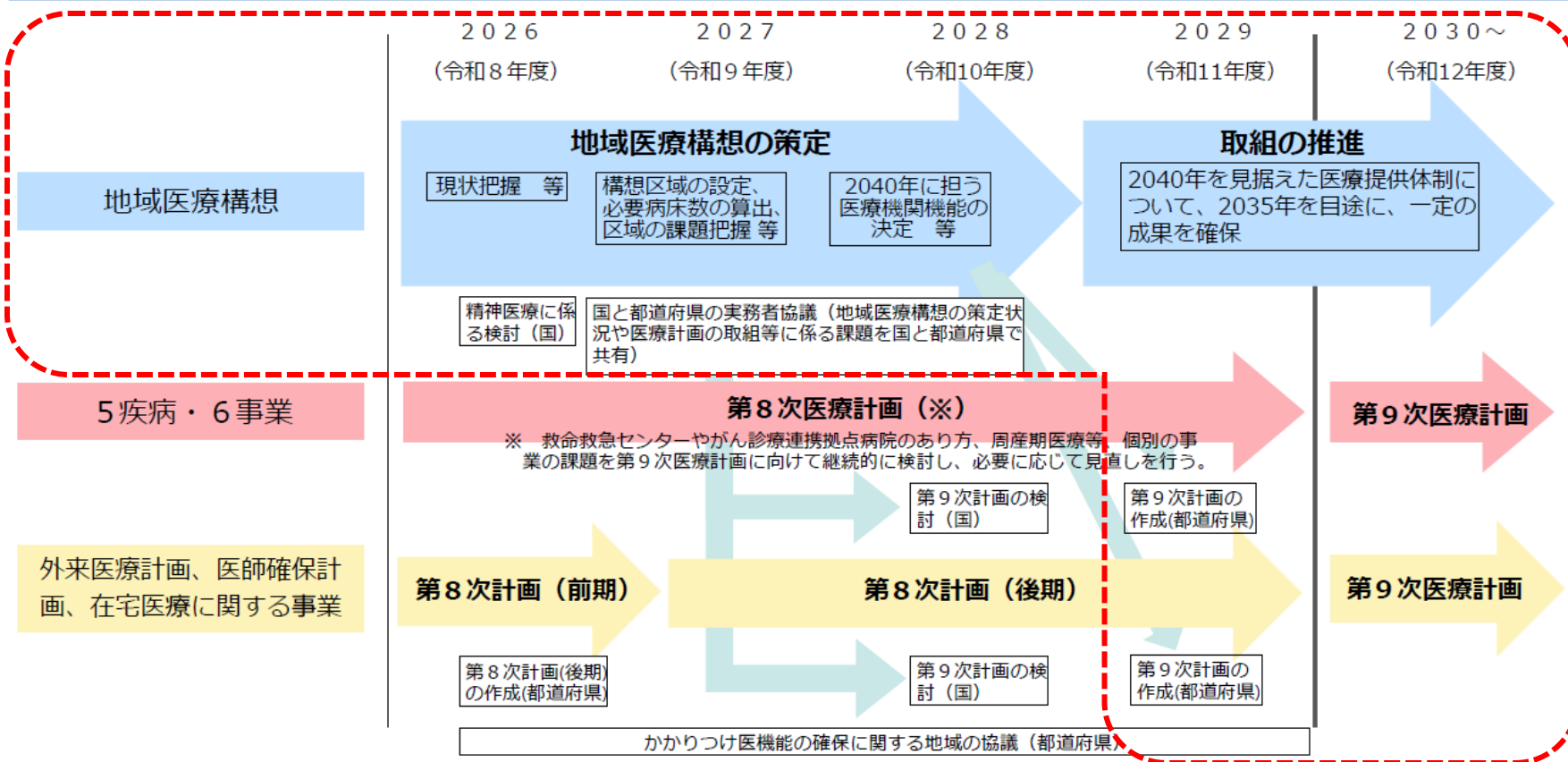
※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

新たな地域医療構想・次期医療計画の策定に向けたスケジュール



2040年に向けた地域医療構想と医療計画の進め方

- 人口構造の変化、医療需要の見通し、医療資源の状況等を踏まえ、地域医療構想調整会議における協議を通じて、地域の医療提供体制の方向性を整理し、2028年度末までに地域医療構想を策定する。
- 医療需要の変化や医療提供体制の状況など、策定した地域医療構想の内容を踏まえ、具体的実行計画として、2029年度頃に第9次医療計画を策定する。



出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料
(R8.8.7 厚生労働省)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850_00014.html

- 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

ただし、新たな地域医療構想が策定されるのはR10年度末となるため、**新たな地域医療構想を全面的に反映させた医療計画は、第9次医療計画の策定時(R11年度)に検討する。**

4. 令和8年度病床数適正化支援事業の活用に伴う病床削減に関する協議 (第1回申請分)

R8年度病床数適正化支援事業に伴う病床削減



【○病床数の適正化に対する支援】

施策名:オ 病床数の適正化に対する支援

令和7年度補正予算案 3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課
(内線4095、2665)

厚生労働省
R7補正予算資料より

① 施策の目的

- 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

② 対策の柱との関係

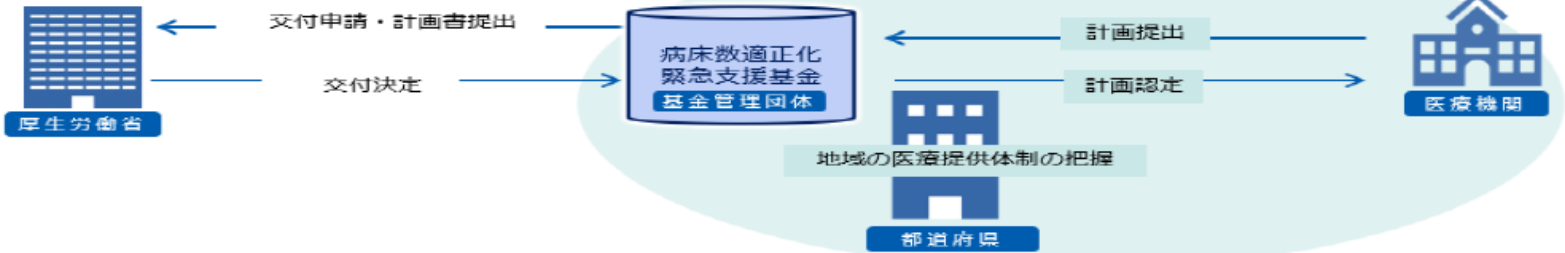
I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
	○								

③ 施策の概要

- 「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。
(概要) 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。
(交付対象・交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診療所:4,104千円/床(ただし、休床の場合は、2,052千円/床)

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(イメージ図)



- 医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
- 基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する(10/10)

⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。
人口減少等により不要となると推定される、約11万床(※)の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。

※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

- ・国は、効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化を受けて病床数の適正化（病床削減）を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に際して生じる負担について支援を行うこととしている。
- ・R7.6.6、自民・公明・維新の社会保障制度改革協議にて、新たな地域医療構想の開始までに、全国的に病床11万床（一般・療養約56,000＋精神約53,000）を削減する方針とされ、R7年度厚労省補正予算にて計上された（3,500億円程度）。
- ・上記に関し、R8年度は次ページの制度内容に基づいて、病床削減に対する支援を行うこととされているが、病床削減のパターンによっては、事前に各医療圏の地域医療構想調整会議で諮る必要がある。



各医療機関からの病床削減の意向について、医療圏内の医療提供体制に問題が無いか協議を行うこととしたい

※なお、本事業で病床数を削減したとき、不可逆的措置として、病床を削減した医療機関が所在する2次医療圏における基準病床数を削減することとなる（削減する数は、国の指定する算出方法に基づく）。

R7 → R8年度 病床数適正化支援事業 制度概要



	R 7 年度	R 8 年度
概要	一般・療養・精神病床を削減（廃院や地域医療構想に基づく再編統合によるものは除く）した医療機関へ削減病床数に基づき支援	
対象 病床	R6.12.17～R7.9.30に削減した病床	・R7.12.16～R9.3.31に削減する病床 ・R7年度事業における活用意向調査（R7.3実施）を提出し、R6.12.17～R7.9.30に削減した病床 ・厚労省調査（R7.8～9実施）で病床削減意向を示し、削減した病床 上記のうち、いずれか1つに該当するものが対象
対象外	下記の国の基準に基づいた内示から漏れた病床 【第1次内示】 ・R4～R6の3年連続赤字、もしくはR5～R6の2年連続赤字でR6に病床削減済みの医療機関 ・上限50床 ・公立病院以外 等 【第2次内示】 ・R5～R6の2年連続赤字の医療機関 ・上限10床 ・公立病院含む	①申請時点で、入院医療を受入れしていない医療機関 ②本事業の病床削減により、入院の受入れを停止する（無床診療所への転換も含む）医療機関 ③R9.3.31で廃院予定の医療機関 →上記①～③は、各医療圏の地域医療構想調整会議で、当該地域の医療提供体制に問題が無いと認められた場合は、対象 ・R9.3.31時点で事業譲渡予定の医療機関 ・R7年度病床数適正化事業や単独支援給付金で既に支給した病床 等
単価	稼働・休床問わず、4,104千円/廃止病床	稼働病床：4,104千円/廃止病床 休床病床：2,052千円/廃止病床
支給 手続き	R7.3 県→医療機関 意向調査 国へ調査結果提出 R7.4～6 国→県 配分の基準・内示 R7.7～ 県→医療機関 交付決定・支払	・医療機関→県 書類等を提出 ・県で審査を行った後、県→厚労省 書類等を提出 ・基金管理団体→医療機関 給付金支給 その他、 上記①～③、④現に患者が入院中の病床削減、⑤100床以上の病床削減は、事前に各医療圏の地域医療構想調整会議で協議が必要。
本制度による 県内削減 病床数	108床	-

本事業での病床削減に伴う基準病床数の取扱い

基準病床数

- ・ 全国一律の算定方法により、医療計画上で、地域ごとに望ましい病床数の一定水準（地域での病床数の上限）を定めたもの
- ・ 一般・療養病床は二次医療圏ごとに、精神病床等は県全体で定める。
- ・ 既存病床数が基準病床数を超える地域（病床過剰地域）において、県は公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる。

※**必要病床数**：全国一律の算定方法により、地域医療構想上で、将来の病床の必要量を病床の機能区分ごとに推計したもの。

病床数適正化支援事業により削減された病床数を踏まえ、**不可逆的措置として基準病床数を引き下げる**こととなる。

※基準病床数の引き下げ時期：令和8年度の本事業終了後～令和9年度上半期

引き下げに際しては、令和7年度に行った病床数適正化支援事業（南加賀：一般・療養 33床）での病床削減も加味する。

	一般・療養病床（南加賀医療圏）						精神 （県全体）
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床	合計	
基準病床数 （第8次医療計画）						2,028	2,846
R7.10.1現在 既存病床数（推計） R7病床機能報告 + R7本事業より推計	25	856	430	593	81	1,985	3,507 （うち休床112）
R7年度 必要病床数 （現行 地域医療構想）	146	696	567	604		2,013	
既存病床数－必要病床数	▲121	160	▲137	▲11	81	▲28	661 （既存－基準）

下記医療機関から、病床削減に伴う本事業の活用意向があるが、認めてよいか。

本会議内にて投影

各医療機関からの病床削減意向については、地域への様々な影響等を鑑み、会議当日、画面上にて投影。

※1 国要綱上の協議理由

- ①申請時点で、入院医療を受入れしていない ②本事業の病床削減により、入院の受入れを停止（無床診療所への転換も含む）
③R9.3.31で廃院予定 ④現に患者が入院中の病床削減 ⑤100床以上の病床削減

※2 新興感染症発生時に感染症の患者用の病床を確保するよう、県と医療機関間で協定締結を行ったもの。
今回の病床削減に係り、協定締結した病床分の削減は行わない旨、医療機関から誓約書を提出いただく。

5. 病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表等

病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表等について

経緯

新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、今後の新興感染症の発生及びまん延に備え、令和4年12月に感染症法が改正され、**都道府県知事は感染症発生・まん延時において医療機関が講ずべきこと等を記載した「医療措置協定」を医療機関と締結することとされた**

➤ 協定に基づく南加賀地域の確保病床数(R8.6.19時点)
流行初期期間：39床 流行初期経過以降：90床

・能登北部	流行初期期間：31床	流行初期経過以降：35床
・能登中部	流行初期期間：32床	流行初期経過以降：67床
・石川中央	流行初期期間：234床	流行初期経過以降：320床

今後の懸念

先般の「令和8年度病床数適正化支援事業の活用に伴う病床削減に関する協議」のように、**今後も病床削減が進んだ場合、新興感染症の発生・まん延時において、協定に基づく医療提供体制の確保に支障をきたすことが懸念される**

対応案

- (1) 確保病床数の公表【医療支援課】（参考：P56～60）
 - ・現在、県のホームページにおいて協定締結医療機関名等に限り公表しているが、**病院ごとの確保病床数についても公表し、各地域における新興感染症の発生・まん延時における病床確保状況を共有する**
- (2) 地域医療構想調整会議における協議【地域医療政策課】
 - ・地域医療構想調整会議では、病床削減等を伴う国や県の補助金の活用にあたって、感染症の医療措置協定（特に第1種協定締結医療機関の確保病床数）の継続を確認しながら、協議
- (3) 医療措置協定の実効性の確保【健康推進課】（参考：P61～62）
 - ・県では、協定締結医療機関に対する準備状況調査を実施するとともに、感染症発生に備えた訓練を実施するなど、医療措置協定の実効性が高まるような取り組みを推進

病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表等について

<南加賀地域における現在の公表内容>

【変更前】 → 【変更後】 (参考)

区分	医療機関名	市町	医療機関所在地	第1種 協定指定 医療機関	第2種 協定指定 医療機関	協定締結項内容						入院 (確保病床数)		診療報酬 における 感染対策向上 加算1の算定
						入院	発熱 外来	自宅療養者 への 医療の提供	高齢者施設等 への 医療の提供	後方 支援	人材 派遣	流行 初期 期間	流行 初期 期間 経過後	
病院	医療法人社団慈豊会 久藤総合病院	加賀市	加賀市大聖寺永町117番地	○	○	○	○	○	○	○		5	5	
病院	加賀市医療センター	加賀市	加賀市作見町36番地	○	○	○	○				○	8	30	○
病院	独立行政法人国立病院機構 石川病院	加賀市	加賀市手塚町4150	○	○	○	○	○	○	○	○	1	2	
病院	医療法人社団松陽 東病院	小松市	小松市大領中町3丁目121番地		○		○	○	○	○		0	0	
病院	医療法人社団東野会 東野病院	小松市	小松市今江町7丁目468番地	○	○	○	○	○	○	○		0	4	
病院	国民健康保険小松市民病院	小松市	小松市向本折町460	○	○	○	○				○	18	18	○
病院	森田病院	小松市	小松市園町99番地1	○	○	○	○	○	○	○		3	3	
病院	小松ソフィア病院	小松市	小松市沖町478番地		○		○	○	○	○		0	0	
病院	特定医療法人社団 勝木会 やわたメディカルセンター	小松市	小松市八幡12番地7	○	○	○	○	○	○	○	○	0	8	○
病院	粟津神経サナトリウム	小松市	小松市矢田野町788		○		○			○		0	0	
病院	医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院	能美市	能美市緑が丘11-71	○	○	○	○	○	○	○		0	1	○
病院	国民健康保険能美市立病院	能美市	能美市大浜町785番地	○	○	○	○	○	○	○	○	4	19	○
病院	公益社団法人石川勤労者医療協会 寺井病院	能美市	能美市寺井町784番地		○		○	○	○	○		0	0	

病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表等について

<(参考)能登中部・能登北部地域における現在の公表内容>

【変更前】 → 【変更後】

(参考)

区分	医療機関名	市町	医療機関所在地	第1種 協定指定 医療機関	第2種 協定指定 医療機関	協定締結項内容						入院 (確保病床数)		診療報酬 における 感染対策向上 加算1の算定
						入院	発熱 外来	自宅療養者 への 医療の提供	高齢者施設等 への 医療の提供	後方 支援	人材 派遣	流行 初期 期間	流行 初期 期間 経過後	
病院	公立羽咋病院	羽咋市	羽咋市の場町松崎24番地	○	○	○	○				○	7	17	○
病院	町立富来病院	志賀町	羽咋郡志賀町富来地頭町7の110番地1	○	○	○	○	○	○	○	○	4	4	
病院	公立能登総合病院	七尾市	七尾市藤橋町7部6番地4	○	○	○	○	○		○	○	16	27	○
病院	七尾松原病院	七尾市	七尾市本府中町7部5番地		○		○	○	○	○		0	0	
病院	独立行政法人国立病院機構七尾病院	七尾市	七尾市松百町八部3番地の1	○	○	○	○	○		○	○	3	3	
病院	社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院	七尾市	七尾市富岡町94番地	○	○	○	○	○		○	○	1	15	○
病院	医療法人社団豊明会 北村病院	七尾市	七尾市御祓町木部2 6 の 5		○		○					0	0	
病院	町立宝達志水病院	宝達志水町	羽咋郡宝達志水町子浦口11番地1	○	○	○	○	○	○	○		1	1	
病院	公立穴水総合病院	穴水町	鳳珠郡穴水町川島夕の8	○	○	○	○		○	○		5	5	
病院	珠州市総合病院	珠州市	珠州市野々江町2部1 番地 1	○	○	○	○			○	○	5	7	
病院	公立宇出津総合病院	能登町	鳳珠郡能登町字宇出津夕字97番地	○	○	○	○			○	○	5	5	
病院	市立輪島病院	輪島市	輪島市山岸町は1 番 1 地	○	○	○	○	○	○	○	○	16	18	○

病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表等について

<(参考)石川中央地域における現在の公表内容>

【変更前】 → 【変更後】 (参考)

区分	医療機関名	市町	医療機関所在地	第1種 協定指定 医療機関	第2種 協定指定 医療機関	協定締結項内容						入院 (確保病床数)		診療報酬 における 感染対策向上 加算1の算定
						入院	発熱 外来	自宅療養者 への 医療の提供	高齢者施設等 への 医療の提供	後方 支援	人材 派遣	流行 初期 期間	流行 初期 期間 経過後	
病院	金沢西病院	金沢市	金沢市駅西本町6-15-41		○		○	○	○	○		0	0	
病院	金沢古府記念病院	金沢市	金沢市古府1丁目150		○		○	○	○	○		0	0	
病院	石野病院	金沢市	金沢市千日町7-15		○		○	○	○	○		0	0	
病院	医療法人社団映寿会 みらい病院	金沢市	金沢市鞍月東1丁目9番地		○		○	○	○	○		0	0	
病院	医療法人社団中央会 金沢有松病院	金沢市	金沢市有松5-1-7	○	○	○	○	○	○	○		5	5	
病院	医療法人社団浅ノ川 千木病院	金沢市	金沢市千木町へ33番地1		○		○			○		0	0	
病院	医療法人社団浅ノ川 心臓血管センター金沢循環器病院	金沢市	金沢市田中町は16番地	○	○	○	○			○	○	2	2	
病院	金沢赤十字病院	金沢市	金沢市三馬2-251	○	○	○	○				○	20	25	○
病院	石川県立中央病院	金沢市	金沢市鞍月東2丁目1番地	○		○					○	20	40	○
病院	金沢市立病院	金沢市	金沢市平和町3-7-3	○	○	○	○		○	○	○	20	40	○
病院	石川県済生会金沢病院	金沢市	金沢市赤土町二13-6	○	○	○	○	○			○	20	20	○
病院	地域医療機能推進機構金沢病院	金沢市	金沢市沖町ハ-15	○	○	○	○			○	○	20	30	○
病院	独立行政法人国立病院機構医王病院	金沢市	金沢市岩出町二73-1		○		○	○				0	0	
病院	小池病院	金沢市	金沢市大手町9番20号		○		○					0	0	
病院	鈴木レディスホスピタル	金沢市	金沢市寺町2丁目8番36号		○			○	○			0	0	
病院	十全病院	金沢市	金沢市田上本町カ45番地1		○		○			○	○	0	0	
病院	伊藤病院	金沢市	金沢市十三間町98番地		○		○	○	○	○		0	0	
病院	医療法人財団医王会 医王ヶ丘病院	金沢市	金沢市田上本町324番地5							○	○	0	0	

病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表等について



【変更前】

【変更後】

(参考)

<(参考)石川中央地域における現在の公表内容>

区分	医療機関名	市町	医療機関所在地	第1種 協定指定 医療機関	第2種 協定指定 医療機関	協定締結項内容						入院 (確保病床数)		診療報酬 における 感染対策向上 加算1の算定
						入院	発熱 外来	自宅療養者 への 医療の提供	高齢者施設等 への 医療の提供	後方 支援	人材 派遣	流行 初期 期間	流行 初期 期間 経過後	
病院	社会医療法人財団董仙会 恵寿金沢病院	金沢市	金沢市下新町6番26号	○	○	○	○			○		0	2	
病院	木島病院	金沢市	金沢市松寺町子41番地1		○		○	○	○	○		0	0	
病院	医療法人社団 安田内科病院	金沢市	金沢市大豆田本町162番地		○		○	○	○	○		0	0	
病院	林病院	金沢市	金沢市本町1丁目2-27		○		○					0	0	
病院	国家公務員共済組合連合会 北陸病院	金沢市	金沢市泉が丘2丁目13番43号	○	○	○	○	○	○	○	○	21	21	○
病院	医療法人社団青樹会 青和病院	金沢市	金沢市大浦町22番地1	○	○	○	○	○		○	○	1	1	
病院	医療法人社団晃樹会 石田病院	金沢市	金沢市寺町3丁目10番15号		○		○	○	○	○		0	0	
病院	金沢大学附属病院	金沢市	金沢市宝町13-1	○		○					○	12	12	○
病院	公益社団法人石川勤労者医療協会城北病院	金沢市	金沢市京町20番3	○	○	○	○	○		○		4	4	
病院	金沢聖霊総合病院	金沢市	金沢市長町1丁目5番30号	○	○	○	○		○	○		2	2	
病院	独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター	金沢市	金沢市下石引町1番1号	○	○	○	○				○	20	32	○
病院	整形外科米澤病院	金沢市	金沢市京町1番30号	○	○	○	○			○	○	0	1	
病院	医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院	金沢市	金沢市小坂町中83番地	○	○	○	○	○	○	○	○	16	16	○
病院	社会医療法人財団松原愛育会 松原病院	金沢市	金沢市石引4-3-5		○		○	○		○		0	0	
病院	医療法人社団浅ノ川 桜ヶ丘病院	金沢市	金沢市観法寺町へ174番地	○		○					○	1	1	
病院	医療法人社団光風会 結城病院	金沢市	金沢市円光寺3-21-7	○	○	○		○	○	○	○	2	2	
病院	医療法人社団金沢 宗広病院	金沢市	金沢市桜町24番地30号		○		○	○	○	○	○	0	0	

病院ごとの医療措置協定に基づく確保病床数の公表等について



【変更前】

【変更後】

(参考)

<(参考)石川中央地域における現在の公表内容>

区分	医療機関名	市町	医療機関所在地	第1種 協定指定 医療機関	第2種 協定指定 医療機関	協定締結項内容						入院 (確保病床数)		診療報酬 における 感染対策向上 加算1の算定
						入院	発熱 外来	自宅療養者 への 医療の提供	高齢者施設等 への 医療の提供	後方 支援	人材 派遣	流行 初期 期間	流行 初期 期間 経過後	
病院	すずみが丘病院	金沢市	金沢市もりの里3丁目76番地		○		○	○	○	○	○	0	0	
病院	医療法人社団和宏会 大手町病院	金沢市	金沢市大手町5番32号		○		○			○		0	0	
病院	医療法人社団和宏会 敬愛病院	金沢市	金沢市兼六元町14番21号		○		○			○		0	0	
病院	二ツ屋病院	かほく市	かほく市二ツ屋72番地	○	○	○	○	○	○	○	○	1	1	
病院	中田内科病院	かほく市	かほく市内日角6-35-1	○	○	○	○	○	○	○		3	3	
病院	石川県立こころの病院	かほく市	かほく市内高松736	○		○					○	2	2	
病院	公立河北中央病院	津幡町	河北郡津幡町津幡051番地2	○	○	○	○	○	○	○	○	6	15	
病院	医療法人社団瑞穂会 みずほ病院	津幡町	河北郡津幡町字潟端422番地1		○		○	○	○	○		0	0	
病院	内灘温泉病院	内灘町	河北郡内灘町白帆台1丁目88-1							○		0	0	
病院	金沢医科大学病院	内灘町	河北郡内灘町大学1-1	○	○	○	○				○	11	13	○
病院	公立松任石川中央病院	白山市	白山市倉光三丁目8番地	○	○	○	○	○	○		○	20	20	○
病院	公立つるぎ病院	白山市	白山市鶴来水戸町11番地	○	○	○	○			○	○	0	3	
病院	新村病院	白山市	白山市月橋町722番地12	○	○	○	○	○	○	○		3	5	
病院	ときわ病院	野々市市	野々市市中林4-123								○	0	0	
病院	特定医療法人扇翔会 南ヶ丘病院	野々市市	野々市市西部中央土地区画整理事業 施行地区56街区1番	○	○	○	○	○	○	○	○	1	1	
病院	池田病院	野々市市	野々市市新庄2丁目10番地		○		○	○	○	○		0	0	
病院	医療法人社団浅ノ川 金沢脳神経外科病院	野々市市	野々市市郷町262-2	○		○				○	○	1	1	

第1種協定指定医療機関（入院）と締結した医療措置協定

- ・A.流行初期の確保病床数は、336床であり、目標値（258床）を確保しているが、**南加賀医療圏は人口あたりの病床数が少ない**。また、**重症病床は、27床であり、石川中央医療圏に偏っている**。
- ・B.流行初期以降の確保病床数も、512床であり、**目標値（533床）に達しておらず、引き続き確保に努める必要がある**。
- ・**精神を受け入れ可能な病院は、石川中央と能登中部、妊産婦、小児を受け入れ可能な病院は、南加賀、石川中央、能登中部と限局**しているが、障害児、認知症、がん、透析、外国人を受け入れ可能な病院はすべての2次医療圏に存在している。

	A.流行初期						B.流行初期以降						2020 人口
	病床確保			うち、重症病床確保			病床確保			うち、重症病床確保			
	病院数	病床数	人口 10万対	病院数	病床数	人口 10万対	病院数	病床数	人口 10万対	病院数	病床数	人口 10万対	
南加賀	6	39	17.4	1	1	0.4	9	90	40.2	1	1	0.4	224,094
石川中央	25	234	32.1	8	24	3.3	28	320	43.9	8	28	3.8	729,320
能登中部	6	32	27.1	1	1	0.8	6	67	56.8	1	2	1.7	117,998
能登北部	4	31	50.7	1	1	1.6	4	35	57.3	1	1	1.6	61,114
石川県	41	336	29.7	11	27	2.4	47	512	45.2	11	32	2.8	1,132,526

	重症者の 受入可能な病院数	特別に配慮が必要な患者を受け入れ可能な病院数（B.流行初期以降）							
		精神	妊産婦	小児	障害児者	認知症	がん	透析	外国人
南加賀	1	0	2	1	3	4	4	4	1
石川中央	8	7	5	6	8	12	15	13	7
能登中部	1	1	1	2	2	3	3	2	1
能登北部	1	0	0	0	1	2	1	2	1
石川県	11	8	8	9	14	21	23	21	10

第一種協定指定医療機関に対する準備状況調査（R7）



第一種協定指定医療機関（47施設）のうち、感染対策向上加算1を算定している20病院に対して、準備状況調査を実施した結果、責任者の決定、物品の備蓄、ゾーニング・動線など院内の使い方などは、8割以上で準備されているが、**使用する病床や勤務する職員を決定している施設は半数以下に留まっている**ことが分かった。

第一種協定指定医療機関に対する準備状況調査（N = 20）

