

議題 4 : 新たな地域医療構想について

地域医療構想の振り返りについて

埼玉県保健医療部保健医療政策課

地域医療構想の振り返りについて

本県における地域医療構想の取組の中心であり、地域医療構想推進会議や地域医療構想調整会議で協議を行ってきた「医療機能の分化・連携を進め、高度急性期から回復期、在宅医療等まで切れ目のない医療提供体制の整備について」、以下の視点において振り返りを行う。

1. 本県における地域医療構想の取組の概要

地域医療構想推進会議及び地域医療構想調整会議の実施経過（第2回推進会議）

2. 医療機能の分化・連携の取組結果

入院医療における医療需要の推計と実績値（第2回推進会議）

在宅医療等の体制整備

医療機関対応方針における協議・検証の取組

推進区域の取組＊

3. 構想区域単位の取組

地域医療構想アドバイザーの取組

圏域別フェイスシートに基づく取組の振り返り＊

4. 振り返りのまとめ＊

＊令和8年度第4回地域医療構想推進会議にて報告

医療機能の分化・連携の取組結果

令和6年度病床機能報告 定量基準分析結果【埼玉県全体】

4機能区分別の病床稼働率について、「(国の基準による)地域医療構想における想定%」と「今回の区分結果の%」との比較表示をしている。

大区分	入院科・診療科	4機能区分	該当病床数	1日当たり入院患者数	定量基準適用時の機能別病床数	病床稼働率(*)	平均在床日数(*)	備考
成人の医療等	救命救急・ICU等	高度急性期	105病床	914人/日	1,203床	67.8%	4.0日	区分線1・区分線2によって高度急性期・急性期・回復期に区分
	一般病床・地域包括ケア病床等	高度急性期	109病床	3,436人/日	4,368床	77.8%	9.7日	
		急性期	297病床	10,137人/日	12,927床	77.9%	11.5日	
		回復期	224病床	6,523人/日	9,251床	72.7%	17.8日	
	回復期リハビリ病床	回復期	83病床	3,544人/日	4,034床	86.7%	58.9日	
	特殊疾患病床・障害者施設等	慢性期	64病床	2,464人/日	3,007床	81.9%	115.9日	
	医療療養病床	慢性期	178病床	7,099人/日	8,770床	82.0%	189.1日	
	介護療養病床	慢性期	0病床	0人/日	0床	-	-	令和6年度より無し
周産期	MFICU・NICU・GCU	高度急性期	27病床	283人/日	451床	67.4%	15.2日	医師・看護師の配置要件等を勘案し、入院科の種類に応じて高度急性期・急性期・回復期に区分
	産科の一般病床	急性期	79病床	1,243人/日	1,855床	72.4%	6.0日	
小児	小児入院管理科・小児科の一般病床等	高度急性期	16病床	326人/日	440床	74.4%	6.0日	
		急性期	15病床	245人/日	477床	51.4%	5.2日	
		回復期	3病床	27人/日	87床	32.4%	4.5日	
緩和ケア	緩和ケア病床	急性期	3病床	55人/日	70床	79.0%	21.3日	放射線治療の実施がある病床を急性期、ない病床を慢性期とする
		慢性期	16病床	244人/日	369床	70.4%	25.5日	
その他	不明	不明/休棟	86病床	1,023人/日	2,193床	46.8%	15.8日	
	休棟・休床中	不明/休棟	43病床	38人/日	971床	0.7%	10.0日	

4機能ごとに集計

4機能区分	該当病床数	1日当たり入院患者数	定量基準適用時の機能別病床数	病床機能報告の機能別病床数	地域医療構想の必要病床数	病床稼働率(*)	平均在床日数(*)
高度急性期 計	257病床	4,959人/日	6,462床	5,942床	5,528床	75.1%	7.7日
急性期 計	394病床	11,681人/日	15,329床	24,615床	17,954床	76.3%	10.2日
回復期 計	310病床	10,093人/日	13,372床	6,484床	16,717床	77.1%	23.6日
慢性期 計	258病床	9,807人/日	12,146床	12,461床	14,011床	81.6%	139.3日
機能区分不明または休棟・休床中の病床(※)	129病床	1,061人/日	3,164床	971床☆		30.8%	15.8日
全体	1,348病床	37,600人/日	50,473床	50,473床	54,210床	75.0%	15.6日

※「機能区分不明」とは、入院科の届出し・不明、様式2不提出等により判定ができないもの。

☆…病床機能報告中、「当年7/1時点の医療機能」が「休棟・休床中」または無回答のもの

*「病床稼働率」「平均在床日数」は、「年間新規入院患者数と退院患者数とが大きく乖離」「救命救急・ICU等」以外で平均在床日数が2日間未満「産科以外で病床稼働率が100%超」の病床を除いて算出。

	1日当たり入院患者数	病床稼働率(*)	
		地域医療構想の想定	今回の区分結果
高度急性期	4,959人/日	75.0%	75.1%
急性期	11,681人/日	78.0%	76.3%
回復期	10,093人/日	90.0%	77.1%
慢性期	9,807人/日	92.0%	81.6%
不明	1,061人/日	—	30.8%
合計	37,600人/日	—	75.0%

回復期の内訳	病床稼働率(*)
うち回復期リハビリテーション病床	86.7%
うち産科・小児科を除く急性期一般病床1、一般病床7:1	78.0%
うち産科・小児科を除くその他の一般病床	65.7%
うち産科・小児科を除く地域包括ケア病床等	78.6%
うち産科・小児科を除く有床診療所	52.2%
うち小児科の一般病床・有床診療所	32.4%

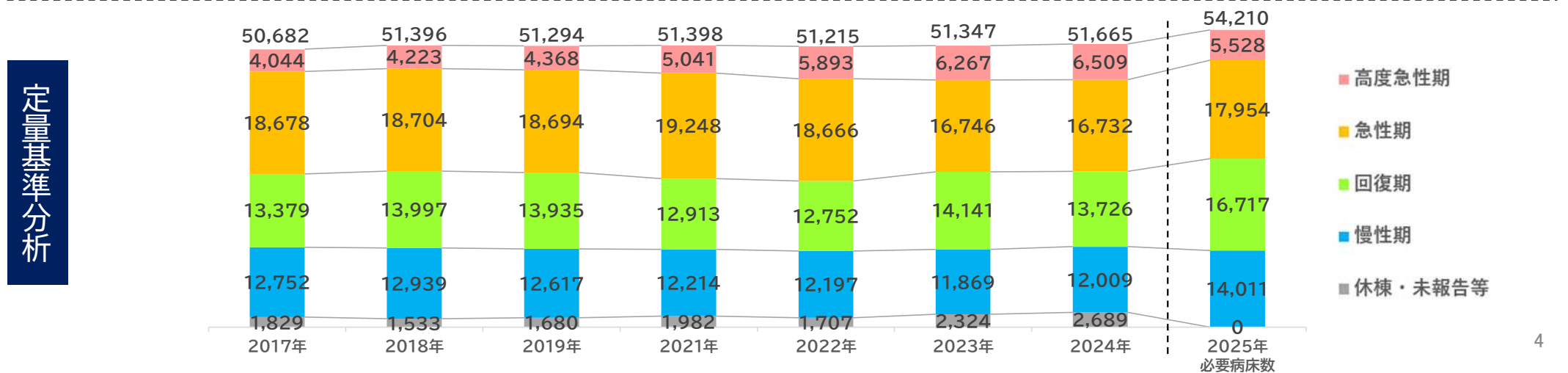
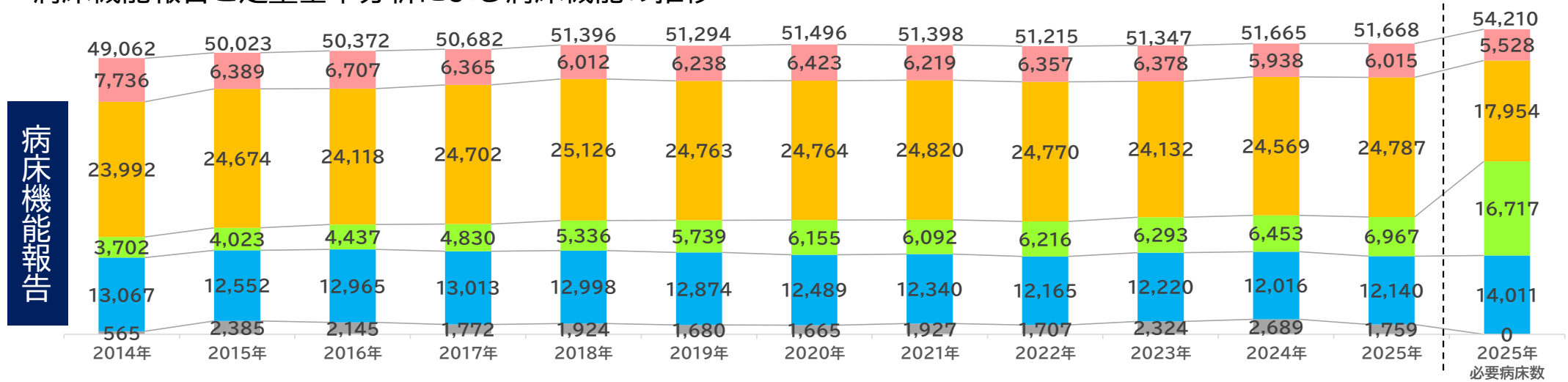
4機能区分	入院科や診療実績に関する報告がない病床等の病床機能報告の機能別病床数
高度急性期	51床
急性期	1,449床
回復期	385床
慢性期	308床
休棟中・無回答	971床
	3,164床

4機能区分別の病床数について、「今回の区分結果」「病床機能報告」「地域医療構想の必要病床数」の3つを比較表示している。

回復期については、入院料や診療科の種類によって、より細分化する形で、病床稼働率を表示している。

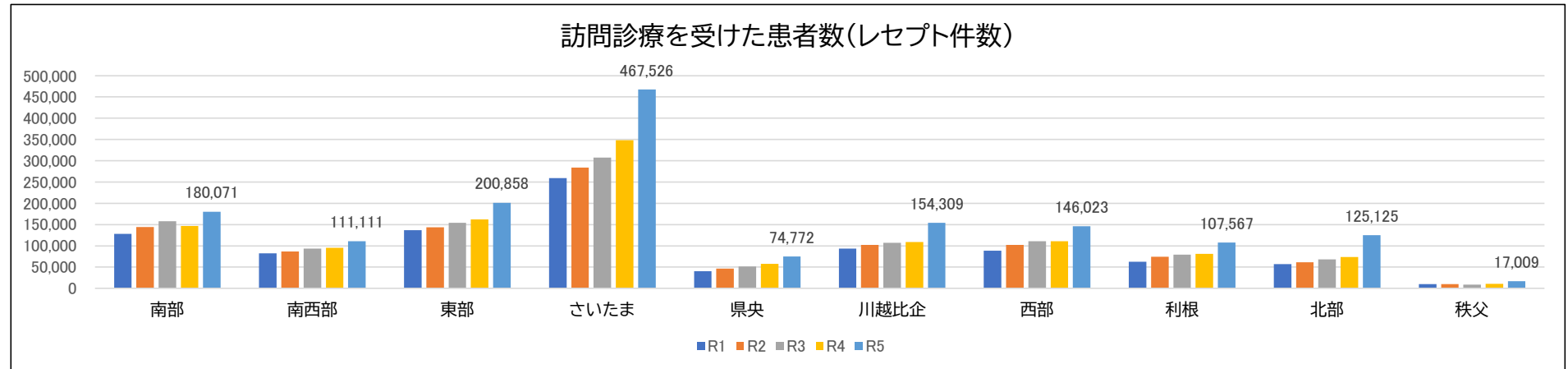
医療機能の分化・連携の取組結果

病床機能報告と定量基準分析による病床機能の推移

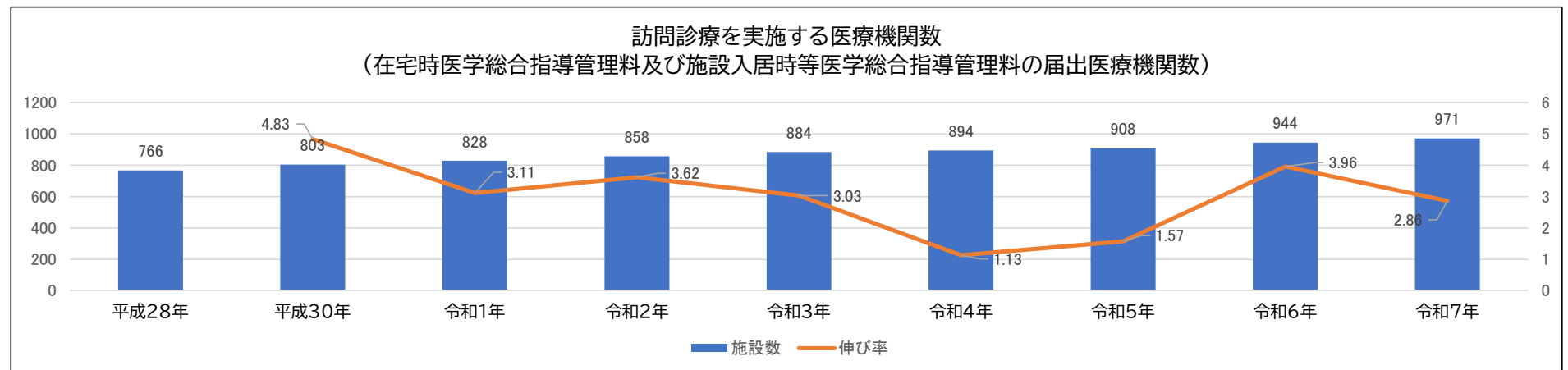


在宅医療等の体制整備

本県において訪問診療を利用する患者数が増加しており、それに対応するための医療機関数も増加している。
医療機関数の増加ペースを考慮すると、今後も在宅医療を支える体制の整備や、地域ごとの支援体制強化が重要である。



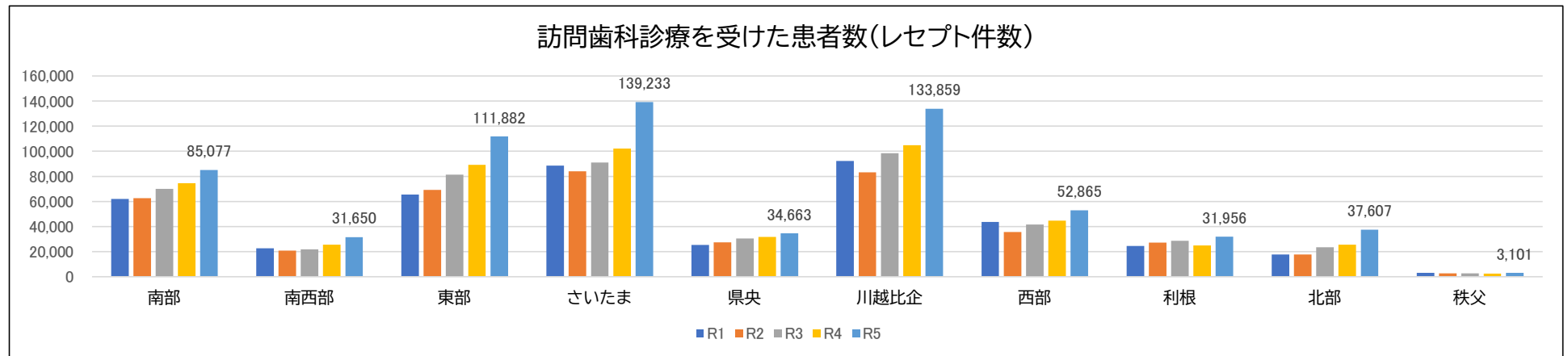
出典:厚生労働省NDBデータ 在宅患者訪問診療料等から集計



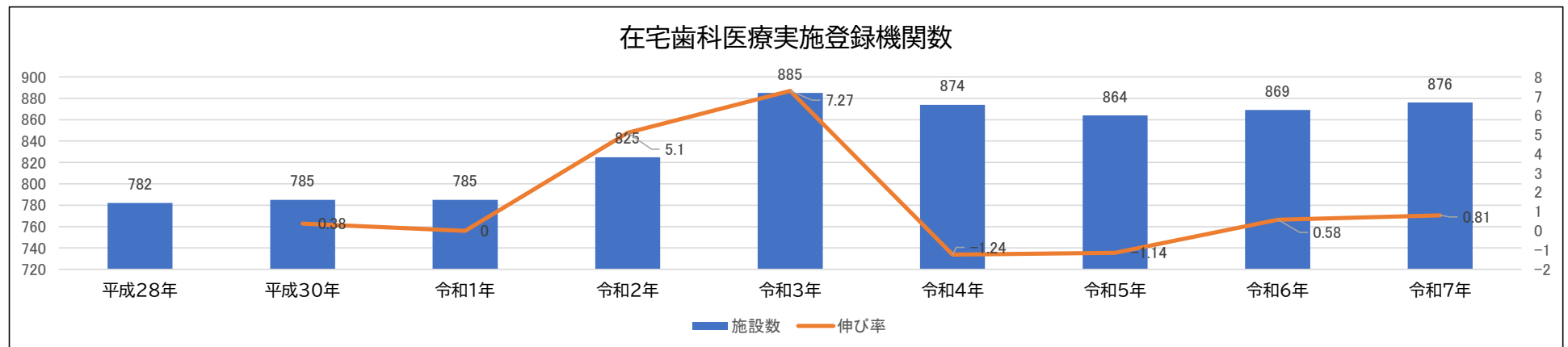
出典:令和6年度、7年度埼玉県地域保健医療計画推進協議会資料より一部改変

在宅医療等の体制整備

訪問歯科診療を利用する患者数は増加しており、それに対応する在宅歯科医療の提供体制も拡充されている。
今後の高齢化の進展に伴い在宅療養者の増加が見込まれるため、在宅歯科医療を担う医療機関の確保と提供体制のさらなる強化が重要である。



出典:厚生労働省NDBデータ 歯科訪問診療から集計



出典:令和6年度、7年度埼玉県地域保健医療計画推進協議会資料より一部改変

(参考) 在宅療養支援診療所・病院の施設数

構想区域	支援 診1	支援 診2	支援 診3	支援診 小計	支援 病1	支援 病2	支援 病3	支援病 小計	支援診・病合計		在医総管合計	
										うち 機能強化型		在支診病 以外
南部	4	25	29	61	2	2	7	11	72	33	85	13
南西部	2	18	23	43	2	5	4	11	54	27	67	13
東部	1	41	37	79	2	3	5	10	89	47	128	38
さいたま	4	56	105	165	1	7	1	9	174	68	244	70
県央	1	16	23	40	2	3	0	5	45	22	62	17
川越比企	2	24	27	53	2	3	5	10	63	31	116	53
西部	3	18	33	54	0	4	8	12	66	25	90	24
利根	1	14	26	41	0	3	4	7	48	18	67	19
北部	1	15	31	47	3	4	2	9	56	23	85	29
秩父	0	3	0	3	0	1	5	6	9	4	15	7
計	19	230	337	586	14	35	41	90	676	298	959	283

出典：令和7年度埼玉県在宅医療部会資料一部改変(数値はR7.11.1時点)

医療機関対応方針における協議・検証の取組

地域医療構想に係る医療機関の対応方針は、民間医療機関を含む全ての病院・有床診療所が策定し、令和4年度から令和5年度にかけて地域医療構想調整会議にて検証し、合意を目指してきた。医療機能転換などを目指す医療機関においては、地域医療構想調整会議にて協議・検証の実施を継続して行った。

	策定までの経過	方針・プラン	備考
公立病院	- 令和元年9月に国のワーキンググループで再検証対象医療機関が公表された。その後、コロナを経て、令和4年3月に国から通知があり、令和4年度及び5年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うこととされた。 - 令和5年度中にすべての再検証対象公立・公的医療機関について、地域医療構想調整会議での再検証が完了し、合意に至っている。 - プラン作成医療機関数 36(公立11・公的25)	公立病院経営強化プラン(総務省)	「地域医療構想の進め方について」(平成30年2月7日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)に基づき、 プランの変更がある場合は、調整会議で協議・検証。
公的病院		公的医療機関等2025プラン(2022年版)	
民間含む全ての医療機関 ※有床診療所含む	- 地域医療構想に係る医療機関の対応方針は、民間を含む全ての病院・有床診療所が策定し、令和4年度から5年度までに、各圏域の地域医療構想調整会議で協議のうえ、合意を目指すというもの。 - 地域医療構想調整会議では、公立・公的病院はプランの説明を、それ以外の民間医療機関は一覧表で現状と2025年の予定を示す形で対応方針を明らかにし、協議を進めた。 - 令和6年9月末現在の段階で、病床数ベースでは99.8%、医療機関数ベースでは97.5%の対応方針の策定について合意に至っている。	2025年における医療機関対応方針	

地域医療構想アドバイザーの取組

新たな地域医療構想の策定に向けた各構想区域での議論が本格的になる中、協議体制の一層の充実を図るため、令和元年より地域医療構想アドバイザーの取り組みを開始。

○ アドバイザーの役割及び活動内容

(1) 役割

- ・ 都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。
- ・ 地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること

(2) 活動内容

- ・ 厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席(年2～3回)
- ・ 担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援(適宜)
- ・ 担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席(適宜)等

本県における活動の具体例

- ・ 埼玉県地域医療構想推進会議構成員として、各構想区域における議論の状況を情報提供
- ・ 各回の埼玉県地域医療構想推進会議・調整会議の開催前に本庁事務局への技術的助言の実施



○ アドバイザーの構成(令和8年7月末現在まで)

推薦団体	氏名(敬称略)	任期	役職	職種
埼玉県医師会	湯澤 俊	令和元年度～令和2年度	埼玉県医師会 副会長	医師
	廣澤 信作	令和2年度～	埼玉県医師会 副会長	医師
	齊藤 正身	令和元年度～	埼玉県医師会 常任理事	医師
埼玉医科大学	宮山 徳司	令和元年度～令和4年度	埼玉医科大学医学部特任教授	教員
	小野寺 亘	令和5年度～	埼玉医科大学医学部特任教授	教員

○ 地域医療構想調整会議への出席・助言

	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
出席(回数)	7	20	20	27	20	27

圏域ごとの課題に対する対応状況【南西部地域】

地域医療提供体制の推進に係る課題(2023年度(R5)に設定)

- ◆ 南西部圏域の入院患者の受療動向は、流出超過となっている。当圏域は都内への流出のみならず、県内他圏域への流出が多い点が特徴。これは、南西部地域の一部である富士見市、ふじみ野市、三芳町が川越地区と救急医療圏を同じにしており、入院患者の搬送先が自然と他圏域になることが原因の一つである。
- ◆ 南西部圏域の許可等病床数は必要病床数を満たしている。医療機能別に見ると、「病床機能報告」ベースでは急性期機能が過剰で、回復期機能に不足が見込まれている。「定量基準分析結果」によれば、高度急性期、急性期、回復期、慢性期ともに2025年に必要とする病床を概ね確保できている。南西部地域の病床利用率は、一般病床及び療養病床ともに県平均を大きく上回っている。
- ◆ 外来機能について、朝霞4市では、初期救急、在宅医療、介護認定審査にやや不足感がある。東入間地区では、初期救急、在宅医療、公衆衛生(学校医)にやや不足感がある。
- ◆ 新興感染症対応に係る医療(入院、外来、在宅)及び保健所の機能連携が必要である。

2025年に向けて圏域が目指す姿(2023年度(R5)に設定)

- ◆ 南西部地域では病床4機能が概ね適切に配分されているとともに、高い病床利用率となっている。引き続き他圏域の病床も利用しつつ、必要に応じて高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等まで、質が高く効率的な医療体制を整備する。
- ◆ 新規及び既存の医療機関に対して、地域で不足する外来医療機能の情報提供、協力依頼を行い、安全安心な医療提供体制の充実・確保を目指す。
- ◆ 新興感染症対応に係る医療連携体制の構築を目指す。

現状・残された課題

- ◆ 「定量基準分析」の結果からは、2025年の必要病床数と比較して、高度急性期病床は必要数をやや超過、急性期病床は少々不足、回復期病床は概ね適正数、慢性期病床は少々不足、となっている。全体的に必要な病床数との大きな乖離は見受けられない。
⇒ 当地域では病床4機能が概ね適切に配分されているとともに、県平均を概ね上回る病床利用率となっている。
引き続き、この病床の4つの機能について、バランスの取れた状態を維持する必要がある。
- ◆ かかりつけ医機能制度の趣旨である、今後の更なる高齢化社会へ備えた医療提供体制の充実・強化に取り組む必要がある。
- ◆ 次なる新興感染症に対応できる医療連携体制の構築に引き続き注力する必要がある。
- ◆ 令和8年熊本地震や千葉県等の水害の発生にあるとおり、災害への備えを強化する必要がある。

議題 4 : 新たな地域医療構想について

新たな地域医療構想の推進体制について

埼玉県保健医療部保健医療政策課

地域医療構想調整会議 新規の参加予定者と現行の体制の比較

地域医療構想調整会議 標準例との比較

調整会議の委員は、県の定める標準例を基に各事務局保健所が選任しているため、標準例の改定について検討する必要がある。

地域医療構想策定ガイドライン				標準例		備考
参加予定者の種類	ガイドラインの記載			所属	委員として選任する者	
医師会	医療関係者	☆		医師会	各都市医師会長	
病院団体		☆		病院団体	埼玉県病院団体協議会からの推薦者	
歯科医師会		☆		歯科医師会	各都市歯科医師会長	
薬剤師会		☆		薬剤師会	各都市薬剤師会長	
看護協会		☆		看護協会	埼玉県看護協会からの推薦者	
関係医療機関			特別委員	各機能を有する医療機関の代表 「病院団体の代表」の中に該当者がいない機能	急性期(高度急性期)	
					回復期	
					慢性期	
					主要な診療所の代表者	
					在宅医療を行っている主要な医療機関の代表者	
公立・公的病院等	市町村と同様に病床数の適正化や医療内容の見直し等の実施 等			—		新規(実際には既に参画)
保険者	健康保険組合 全国健康保険協会 等			保険者	埼玉県保険者協議会からの推薦者	
					国民健康保険の保険者の代表	
市町村	病院管理者としての立場 介護保険事業の主体としての立場 住民に最も近い立場 等	☆	特	市町村の職員	保健部門	
				市町村の職員	福祉(介護)部門	新規
				市町村の職員	在宅医療(または地域包括ケアシステム)担当部門	
介護関係団体	介護老人保健施設、介護医療院 等	☆		—		新規(一部では既に参画)
住民				—		住民に最も身近である市町村の構成員の意見や、県民コメントの実施等を通じて、住民の意見の反映に努める。
地域医療構想アドバイザー				—		毎調整会議に参加
その他			特	救急医療関係者	消防関係者(救急)等	(一部圏域で参画)
					精神医療	(一部圏域で参画)
都道府県				保健所長	各保健所長	

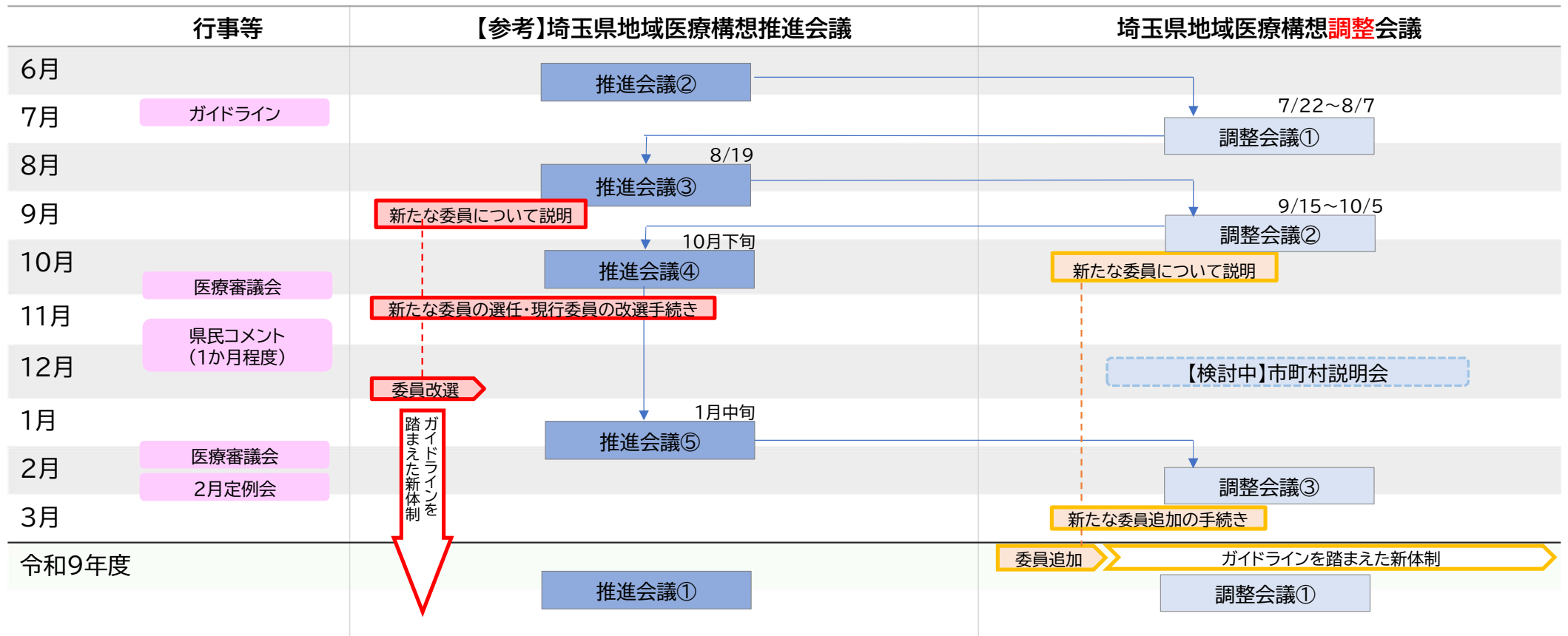
赤字・・・新たにガイドラインに示された参加予定者 特別委員・特・・・標準例において、議事内容に応じて出席するとされているもの
 ☆・・・地域医療構想策定ガイドライン参考資料中、議題に参加する主な医療・介護関係者の例で地域の範囲を「構想区域」としていたもの

(参考) 地域医療構想調整会議 新規の参加予定者と現行の体制の比較

※令和8年4月1日時点の情報

団体区分	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
医師会	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
病院団体	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
歯科医師会	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
薬剤師会	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
看護協会	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
関係医療機関	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
公立・公的病院等	■川口市立、 済生会川口 等	■国立病院機構	■春日部市立、 越谷市立 等	■さいたま赤十 字、さいたま市 立 等	■北里、県がん 等	■埼玉医大総合、 小川赤十字 等	■防衛医大 埼玉医大国際 等	■行田総合、国 立病院機構 等	■深谷赤十字、 県循環 等	■秩父市立、 小鹿野中央
大学病院本院	□	□	□	□	□	■埼玉医大	□	□	□	□
保険者	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
市町村	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
介護関係団体	□	□	□	□	■介護施設	□	□	□	□	□
その他	訪問看護								精神医療 消防	
委員数	24	21	27	20	21	35	23	31	36	19

新たな地域医療構想の推進体制 スケジュール 令和8年度～令和9年度当初



参考「地域医療構想の策定・推進に向けた体制の整備について」(R8.8.5付医政発0805第4号医政局長通知)

1. 市町村等への研修について

医療法等の一部を改正する法律(令和7年法律第87号。以下「改正法」という。)において、地域医療構想調整会議の構成員として市町村が規定されたことを踏まえ、都道府県は、病院開設者の立場、介護保険事業計画の作成主体としての立場及び行政の中で住民に最も近い立場などの様々な役割を有する市町村に対し、地域医療構想等に係る市町村職員向けの研修等を実施すること。研修等の機会を通じて、市町村職員間並びに市町村職員及び都道府県職員間の情報共有や意見交換等を行い、地域における様々な立場を踏まえ、地域医療構想の策定及び推進に協力いただきたい。

また、各構想区域における地域医療構想調整会議の参加者や議長、事務局を含む関係者間の認識を共有する観点から、研修等を実施すること。研修の実施に際しては、都道府県医師会等の関係者と十分に協議を行い、共催も含め、より実効的な開催方法について検討すること。

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、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係者、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。**

11

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料（都道府県説明会資料）

地域医療構想調整会議の進め方

- 2040年に向けた地域医療構想においては、入院だけでなく、外来、在宅、介護との連携等、取り扱う議題が多岐にわたる。これまでの地域医療構想調整会議の年間の開催回数は平均2～4回/年であるが、多くの議題について、効率的かつ実効的に協議が進められるよう、議題に応じた参加者や地域の範囲の設定や、既存の会議体の活用等を行いながら運営を行う。

(参考) これまでの地域医療構想調整会議の開催実績

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
構想区域当たりの平均	3.1回	3.9回	3.0回	1.9回	1.9回	2.6回	4.1回

	議題に関係する主な医療・介護関係者の例	地域の範囲
全体的な事項	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
入院医療/医療機関機能	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体	構想区域 市町村
大学病院本院による人的協力	医師会、大学病院本院、病院団体	都道府県

※議題に応じて参加者を選定

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料（都道府県説明会資料）

関係者に期待される役割等

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（都道府県説明会資料）

地域医療構想アドバイザーの増員について

新たな地域医療構想の策定に向けた各構想区域での議論が本格的になる中、**協議体制の一層の充実**を図るため、地域医療構想アドバイザーを1名増員する。

○ アドバイザーの役割及び活動内容

(1) 役割

- ・ 都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。
- ・ 地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること

(2) 活動内容

- ・ 厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席(年2～3回)
- ・ 担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援(適宜)
- ・ 担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席(適宜)等

○ アドバイザーの構成

推薦団体	氏名(敬称略)	役職	職種
埼玉県医師会	廣澤 信作	埼玉県医師会 副会長	医師
	齊藤 正身	埼玉県医師会 常任理事	医師
	新任 西村 直久	埼玉県医師会 常任理事	医師
埼玉医科大学	小野寺 亘	埼玉医科大学医学部特任教授	教員

議題 4 : 新たな地域医療構想について

構想区域について

埼玉県保健医療部保健医療政策課

構想区域について



1. 新たな「地域医療構想策定ガイドライン」での位置づけ等

1-1. 構想区域の役割について

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料（都道府県説明会資料）

- 構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のための、2つの役割がある。
- 2040年とその先を見据え、人口規模や患者の流出入割合等のデータや、地域ごとの実情を踏まえ、区域ごとの現状と課題を認識し、適切な区域設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

① 医療提供体制の構築

- 医療機関機能の確保や医療機関の連携・再編・集約化等の協議や取組を行う単位
- 将来にわたり、医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした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する必要

⇒ 2040年時点の人口規模として20万人以上を目安としながら検討

② 必要病床数の運用

- 今後入院医療の需要が減少することも踏まえ、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、地域医療構想調整会議等での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位として設定する必要

⇒ 都道府県が人口規模や医療機関の配置、患者の流出入等を踏まえて設定

1-2. 構想区域の見直し

- 人口20万人未満の構想区域等、人口規模が小さい区域や医療資源が限られている区域で、隣接する構想区域に多く患者が流出しており、将来的には、当該隣接区域と一体的に医療提供体制の確保を検討することが適切な場合については、構想区域を統合する案が検討される。
- 構想区域内の一部の市区町村について、患者の実際の受療行動が隣接する構想区域と強く結びついている場合には、当該市区町村を当該隣接区域に含める等、構想区域を再編する案が検討される。

構想区域について

Ⅱ. 地域医療構想の策定について （※その他「構想区域」に関する内容の抜粋）

4. 入院医療

P. 45 （２）協議事項

① 医療機関機能の確保

ア 急性期拠点機能

（ウ）急性期拠点機能を担う医療機関数について

- 人口規模が限られた構想区域であって、構想区域に係る協議を踏まえてもなお、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は、当該区域において一定の医療の完結を見込むことが困難であると考えられる。当該区域内においては、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、当該区域内では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保することとし、当該医療機関が一部の頻度の高い疾患等を中心に、一定程度の急性期医療を担えるよう、連携・再編・集約化の取組や医師の確保等の取組を検討する。

④ 広域的な観点での医療提供体制の確保

イ 構想区域内で完結できない医療への対応

- 人口規模の小さい構想区域等においては、医療需要の規模や医療従事者の確保状況等を踏まえると、すべての医療を当該区域内で確保することが困難な場合がある。こうした場合、都道府県調整会議において、構想区域間の連携や都道府県単位での提供など、地域の実情に応じた様々な医療提供体制の構築のあり方について、検討することが必要となる。

（略）

- また、島嶼など、アクセスにおける制約があり、かつ人口規模が限定的な構想区域等においては、まずは高齢者救急・地域急性期機能や専門等機能を担う医療機関において救急搬送患者の受入や入院対応を行い、重症患者や高度な医療が必要な患者については、構想区域外の急性期拠点機能を担う医療機関へ病院救急車を含む救急車やドクターヘリ等により転院搬送する体制の構築について検討が必要である。

構想区域について

2. 「地域医療構想策定ガイドライン」を踏まえた協議・検討

2-1. 2040年に係る圏域別人口推計値

○ 将来の医療需要を考える基礎的な視点として、埼玉県における構想区域ごとの推計人口の動向について整理する。

区域	区域内市町村	市町村数	総人口 ¹⁾	2040年の推計人口 ²⁾	検討対象圏域
南部	川口市・蕨市・戸田市	3	825,859	831,588	—
南西部	朝霞市・志木市・和光市・新座市・富士見市 ふじみ野市・三芳町	7	738,733	732,965	—
東部	春日部市・草加市・越谷市・八潮市・三郷市 吉川市・松伏町	7	1,160,009	1,107,679	—
さいたま	さいたま市	1	1,350,500	1,361,675	—
県央	鴻巣市・上尾市・桶川市・北本市・伊奈町	5	532,118	478,864	—
川越比企	川越市・東松山市・坂戸市・鶴ヶ島市 毛呂山町・越生町・滑川町・嵐山町・小川町 川島町・吉見町・鳩山町・ときがわ町・東秩父村	14	782,570	714,518	—
西部	所沢市・飯能市・狭山市・入間市・日高市	5	766,312	689,494	—
利根	行田市・加須市・羽生市・久喜市・蓮田市 幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町	9	633,887	539,773	—
北部	熊谷市・本庄市・深谷市・美里町・神川町 上里町・寄居町	7	494,191	429,578	—
秩父	秩父市・横瀬町・皆野町・長瀬町・小鹿野町	5	90,119	66,796	○
		63	7,374,298	6,952,930	

○「2040年時点」の人口規模として20万人以上を目安としながら検討

1) 町(丁)字別人口調査 令和7年1月1日現在 結果報告

2) 出典：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3月推計）」

構想区域について

2. 「地域医療構想策定ガイドライン」を踏まえた協議・検討

2-2. 秩父圏域を広域化した場合の検討

- 人口の少ない地域においては、構想区域を広域化した場合、区域内の一部の地域で医療機関までの移動時間が自動車で一時間程度等と長く、住民の医療アクセスが課題となる場合がある。このため、区域の見直しに当たっては、住民が必要な医療にアクセスできるかをあわせて確認することも重要である。他方、**患者のアクセス等を考慮し広域化をせず、人口の少ない地域として区域の設定を見直さない場合**であっても、**広域化し、連携・再編・集約化を行う場合の案も比較検討**すること。

(1) 圏域の広域化の検討（5疾病）

	■秩父圏域	ア：現状（※現在の体制）
5 疾 病	①がん	○拠点病院を中心に原則二次医療圏で対応 (※秩父圏域には該当病院なし)
	②脳卒中	○医療圏の設定はないが、急性期は救急の医療圏で対応 (※救急の医療圏＝秩父圏域)
	③心筋梗塞等の 心血管疾患	○同上
	④糖尿病	○圏域の設定はなし
	⑤精神医療 (精神科救急)	○第二精神医療圏で対応



イ：広域化しなかった場合	ウ：広域化した場合
○秩父圏域には、拠点となる病院がないため、隣接する医療圏の拠点病院で対応	○広域化後の圏域の拠点病院で対応 (北部の場合 → ①深谷赤十字病院、西部の場合 → ②埼玉医科大学国際医療センター／③防衛医科大学校病院) ※ 患者の居住地域によっては、現在よりも拠点病院までのアクセスが遠くなる可能性あり。
○現状と変更なし (※救急の医療圏で対応)	
○現状と変更なし (※救急の医療圏で対応)	
○現状と変更なし	
○現状と変更なし (※第二次精神医療圏で対応)	

構想区域について

2-2. 秩父圏域を広域化した場合の検討（続き）

（2）圏域の広域化の検討（6事業（※へき地医療除く）及び在宅医療）

	■秩父	ア：現状
6事業 （※へき地除く）	①救急	○第二次救急医療圏
	②災害	○災害拠点病院・災害時連携病院を中心に、原則二次医療圏で対応
	③周産期	○周産期母子医療センターの各担当区域を中心に対応
	④小児	○第二次救急医療圏を中心に対応
	⑤感染症	○第一種感染症指定医療機関は全県で、第二種は二次医療圏で対応
在宅	○在宅	○二次医療圏で対応



イ：広域化しなかった場合		ウ：広域化した場合
		○現状と変更なし （※第二次救急医療圏で対応）
		○現状と変更なし （※災害拠点病院・災害時連携病院を中心に、原則二次医療圏で対応）
		○現状と変更なし （※周産期母子医療センターの各担当区域を中心に対応）
		○現状と変更なし （※第二次救急医療圏を中心に対応）
【第一種】		○現状と変更なし（※指定感染症医療機関で対応）
【第二種】		○秩父圏域で対応
		○広域化後の圏域内で対応
		○現状と変更なし （※秩父圏域で対応）
		○現状と変更なし （※秩父地域で対応）

構想区域について

【参考資料】地域保健医療計画 疾病・事業ごとの区域

○ 本県の地域保健医療計画では、疾病の種類や事業の特性に応じて、広域的な区域又は各事業ごとに設定した区域において施策を実施している。

	がん	脳卒中・心筋 梗塞等の心 血管疾患	糖尿病	精神医療 (精神科救急)	救急	災害	周産期	小児	感染症	在宅医療
南部				第1	戸田・蕨 川口					
南西部				第2	朝霞 川越					
東部					東部南					
さいたま				第1	さいたま					
県央					中央					
川越比企					川越・比企 坂戸・飯能					
西部				第2	所沢 坂戸・飯能					
利根				第1	熊谷・深谷 東部北					
北部					熊谷・深谷 児玉					
秩父				第2	秩父					

拠点病院を中心に
原則二次医療圏で対応

医療圏の設定はないが、急性期は救急の医療圏で対応

圏域の設定はなし

第1

第2

災害拠点病院・災害時連携病院を中心に、
原則二次医療圏で対応

周産期母子医療センターの各担当区域を中心に対応

第二次救急医療圏で対応

第一種感染症指定医療機関は全県で、
第二種は二次医療圏で対応 ※感染症病床

二次医療圏で対応

議題 4 : 新たな地域医療構想について

2040年の必要病床数について

埼玉県保健医療部保健医療政策課

2040年の必要病床数について

令和7年10月15日
第5回地域医療構想と医療計画等に関する検討会資料

基準病床数と必要病床数

- 基準病床数と必要病床数は基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらの病床数の利用目的の違いに応じ、算定に当たって目標とする時期や織り込まれている効果等が異なる。

		基準病床数	必要病床数
目的		病床の整備を過剰地域から非過剰地域へ誘導することにより、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療の確保を目的とするもの。	2040年（現構想では2025年）の医療機能別の病床数の必要量を推計した上で、将来における病床の機能分化・連携の推進を目的とするもの。
算定式の考え方		性・年齢階級別受療率に性・年齢階級別人口を乗じることにより患者数を推計し、病床利用率（稼働率）※で割り戻すことにより病床数を算定。 ※ 必要病床数算定に当たっての患者数には、入院患者数に加えて退院患者数を含むことから、病床稼働率（＝病床利用率＋退院患者による病床の利用率）を用いることとしている。	
主な相違点	地域	二次医療圏	構想区域
	区分	一般病床・療養病床（2区分）	病床機能（4機能区分）
	時期	医療計画期間の最終年（6年後）	将来のある時点（2040年/2025年）
	織り込まれる効果	一般病床の平均在院日数の短縮等	目指すべき将来の姿（改革モデル）等
	比較対象	既存病床数	許可病床数

2040年の必要病床数について

必要病床数の考え方

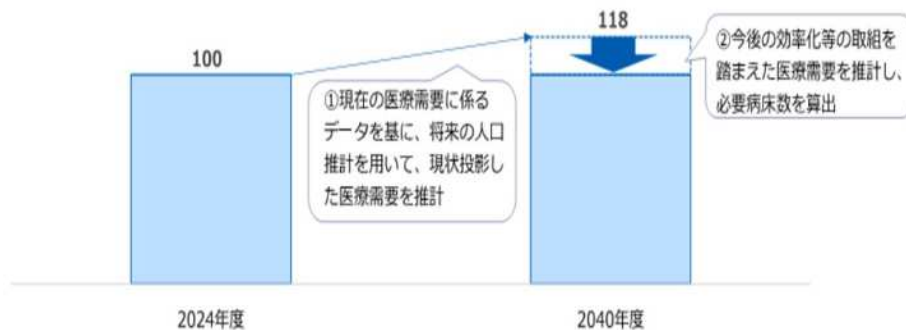
- ①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出
- ②2040年の性・年齢階級別人口に乗じることで、**現状投影した医療需要**を推計
- ③地域医療構想の取組による効果等を**改革モデル(※1)**として**反映した医療需要**を算出
- ④病床稼働率(※2)で割り戻し、病床数に変換

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とあわせ、2030年と2036年で見直しを行う。

■ 必要病床数の算出のイメージ

医療需要の見込み (2024年度=100とした場合)



※2 病床稼働率

	①	②	①+②
高度急性期	78%	+1%	79%
急性期	83%	+1%	84%
包括期	87%	+2%	89%
慢性期	92%	+0.5%	92.5%

- ① 現在の病床稼働率(外れ値を除く)
② 医療DX,入退院円滑化等による効率化分

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



※1 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あため、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、入院受け入れ時から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。
- ・ 増加が見込まれる高齢者救急について、一定割合を包括期機能の病床で対応する必要性等を踏まえ、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。
- ・ また、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する整形外科患者について、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、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。

2040年の必要病床数について

【参考】新ガイドラインにおける「必要病床数」に関する内容（抜粋）

I. 地域医療構想の考え方

P20 4. 医療需要の推計について

- 病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き地域において協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040年の性・年齢階級別人口について、2024年のNDBデータを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDBデータに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療需要に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
さらに、現時点で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。
- その後、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、
 - ・ 入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させる。
 - ・ 令和7年度補正予算において、病床数適正化緊急支援事業として、令和8年度末までに病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業については、新たな地域医療構想の取組開始前に病床数の適正化に取り組むことを目的としており、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計に当たっては、病床が削減されることを前提として検討することが必要である。このため、当該事業において削減が見込まれる病床について、病床利用率を乗じて入院患者数に換算し、NDBデータから算出される医療需要のデータから、これらを控除した場合の減少率を算出し、「1－減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乘じることによって反映する。
 - ・ 75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することに鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込む。
 - ・ 回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込む。
 - ・ 必要病床数の算出にあたり用いる値（以下「算出に用いる病床稼働率」という。）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されている。
 - ・ 医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま算出に用いる病床稼働率として用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働を高める取組に資するよう、現在の病床利用率のうち、低い外れ値を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期83%、包括期87%、慢性期92%を算出に用いる病床稼働率とする。
 - ・ さらに、今後の医療DX等の取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や慢性期においても入院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組や病床数の適正化を進める必要がある。このため、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率について、高度急性期・急性期＋1%、包括期＋2%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加算することで、これらの取組による効率化分を見込むこととする。
 - ・ この数値は、必要病床数の算定のために用いるものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

2040年の必要病床数について

【参考】新ガイドラインにおける「必要病床数」に関する内容（抜粋）

I. 地域医療構想の考え方

P20 4. 医療需要の推計について（つづき）

- このほか、必要病床数については、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年、2036年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて見直しを行う。その際、国においても、病床数の適正化を含めた医療提供の効率化の取組の進展その他の医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、必要に応じて、必要病床数の見直しについて検討を行うこととする。
- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合、高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。

II. 地域医療構想の策定について

3. 構想区域

P. 38 (2) 協議事項
p. 41 ③必要病床の算出

- 構想区域を設定した後、区域ごとに必要病床数の算出を行う。
(式のイメージ)
$$\text{必要病床数} = [\text{当該構想区域に所在する医療機関に入院する患者の2040年の性・年齢階級別の入院受療率} \times \text{当該構想区域の2040年の性・年齢階級別推計人口}]$$

の総和を（病床稼働率）で除したものと
- なお、必要病床数は、構想区域に所在する医療機関に入院する患者数をもとに入院受療率を算出しているものである。一方、国から提供するデータを用いて、各構想区域に居住している患者が他の構想区域に所在する医療機関に流出している数や、構想区域に所在する医療機関に他の構想区域に居住する患者が流入している数等を踏まえた必要病床数を算出することも可能であり、各構想区域の実情に応じた算出を行うことは差し支えない。ただし、こうした場合においても、患者の流入のいずれかの数字のみを考慮して必要病床数を算出するのではなく、都道府県をまたぐ場合も含めて、流出先又は流入先となる構想区域と連携し、流入の両方の数字を加味して算出することとする。
- 構想区域の見直しを行った場合は、2026年度から2028年度までの間においては、都道府県からの求めに応じて、見直し後の区域の将来推計人口等を踏まえたデータの提供を行う予定である。このほか、簡易的に、区域の見直し前に算出した必要病床数に対して、人口比率等に応じて按分する等の手法も考えられる。

2040年の必要病床数について

1 県の全体像(医療圏別)

圏域	① 改革モデル反映後	② 現状投影	①－② 改革モデル反映分	③ 2025年必要病床数	①－③ 2040年-2025年	④ 現在の許可等病床数	①－④ 整備可能病床数
南部	4,691	5,699	▲1,008	5,025	▲334	4,898	▲207
南西部	5,266	6,293	▲1,027	4,777	489	4,753	513
東部	7,425	9,024	▲1,599	8,935	▲1,510	8,620	▲1,195
さいたま	7,744	9,204	▲1,460	7,664	80	7,063	681
県央	3,213	3,880	▲ 667	3,534	▲321	3,430	▲217
川越比企	7,075	8,479	▲1,404	7,652	▲577	7,435	▲360
西部	8,024	9,641	▲1,617	7,951	73	7,959	65
利根	4,469	5,350	▲ 881	4,630	▲161	4,670	▲201
北部	3,775	4,526	▲ 751	3,442	333	3,903	▲128
秩父	553	669	▲ 116	600	▲47	754	▲201
全県	52,235	62,765	▲10,530	54,210	▲1,975	53,485	▲1,250

2040年の必要病床数について

1 県の全体像(病床機能別)

機能区分	① 改革モデル反映後	② 現状投影	① - ② 改革モデル反映分	③※1 2025必要病床数	① - ③ 2040年-2025年	④※2 R6定量基準分析	① - ④
高度急性期	6,928	7,630	▲702	5,528	1,400	6,539	389
急性期	12,442	21,296	▲8,854	17,954	▲5,512	16,947	▲4,505
包括期	18,888	17,427	1,461	16,717	2,171	14,349	4,539
慢性期	13,977	16,412	▲2,435	14,011	▲34	12,254	1,723
合計	52,235	62,765	▲10,530	54,210	▲1,975	52,928	▲693

※1 包括期欄には、回復期の病床数を記載

※2 包括期欄には、回復期の病床数を記載。合計の病床数は、休棟・未報告等2,689床を含む

2040年の必要病床数について

2 医療圏別

圏域	機能区分	① 改革モデル 反映後	② 現状投影	① - ② 改革モデル 反映分	③※ 2025 必要病床数	① - ③ 2040年- 2025年
南部	高度急性期	686	760	▲74	609	77
	急性期	1,282	2,127	▲845	1,922	▲640
	包括期	1,917	1,860	57	1,623	294
	慢性期	806	952	▲146	871	▲65
	合計	4,691	5,699	▲1,008	5,025	▲334
南西部	高度急性期	752	828	▲76	425	327
	急性期	1,330	2,296	▲966	1,685	▲355
	包括期	1,865	1,620	245	1,356	509
	慢性期	1,319	1,549	▲230	1,311	8
	合計	5,266	6,293	▲1,027	4,777	489
東部	高度急性期	898	997	▲99	831	67
	急性期	1,768	2,999	▲1,231	2,783	▲1,015
	包括期	2,834	2,760	74	2,734	100
	慢性期	1,925	2,268	▲343	2,587	▲662
	合計	7,425	9,024	▲1,599	8,935	▲1,510

圏域	機能区分	① 改革モデル 反映後	② 現状投影	① - ② 改革モデル 反映分	③※ 2025 必要病床数	① - ③ 2040年- 2025年
さいたま	高度急性期	1,487	1,607	▲120	1,039	448
	急性期	2,180	3,629	▲1,449	2,770	▲590
	包括期	2,558	2,183	375	2,301	257
	慢性期	1,519	1,785	▲266	1,554	▲35
	合計	7,744	9,204	▲1,460	7,664	80
県央	高度急性期	448	502	-54	344	104
	急性期	844	1,407	-563	1,273	▲429
	包括期	1,121	1,028	93	1,120	1
	慢性期	800	943	-143	797	3
	合計	3,213	3,880	▲667	3,534	▲321
川越比企	高度急性期	835	917	▲82	802	33
	急性期	1,419	2,384	▲965	2,260	▲841
	包括期	2,317	2,263	54	2,518	▲201
	慢性期	2,504	2,915	▲411	2,072	432
	合計	7,075	8,479	▲1,404	7,652	▲577

※ 2025年必要病床数の包括期欄には、回復期の病床数を記載

2040年の必要病床数について

2 医療圏別

圏域	機能区分	① 改革モデル 反映後	② 現状投影	① - ② 改革モデル 反映分	③※ 2025 必要病床数	① - ③ 2040年- 2025年
西部	高度急性期	861	954	▲93	694	167
	急性期	1,664	2,918	▲1,254	2,249	▲585
	包括期	2,751	2,526	225	2,370	381
	慢性期	2,748	3,243	▲495	2,638	110
	合計	8,024	9,641	▲1,617	7,951	73
利根	高度急性期	543	598	▲55	426	117
	急性期	1,065	1,950	▲885	1,580	▲515
	包括期	1,834	1,602	232	1,448	386
	慢性期	1,027	1,200	▲173	1,176	▲149
	合計	4,469	5,350	▲881	4,630	▲161

圏域	機能区分	① 改革モデル 反映後	② 現状投影	① - ② 改革モデル 反映分	③※ 2025 必要病床数	① - ③ 2040年- 2025年
北部	高度急性期	385	430	▲45	327	58
	急性期	806	1,425	▲619	1,258	▲452
	包括期	1,471	1,370	101	1,066	405
	慢性期	1,113	1,301	▲188	791	322
	合計	3,775	4,526	▲751	3,442	333
秩父	高度急性期	33	37	▲4	31	2
	急性期	84	161	▲77	174	▲90
	包括期	220	215	5	181	39
	慢性期	216	256	▲40	214	2
	合計	553	669	▲116	600	▲47

※ 2025年必要病床数の包括期欄には、回復期の病床数を記載

2040年の必要病床数について

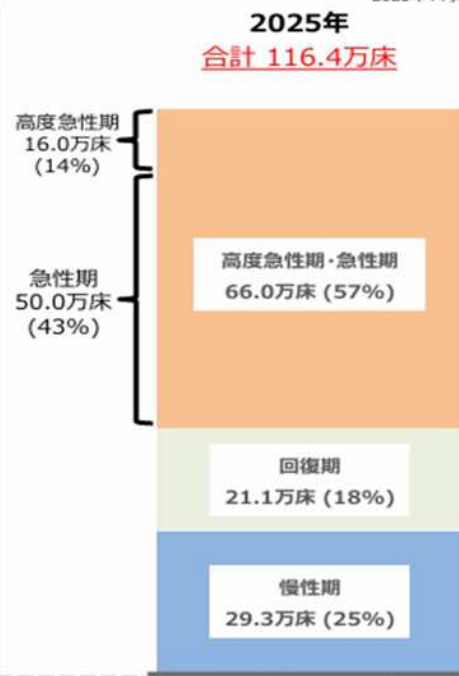
3 国の必要病床数

2025年度病床機能報告について

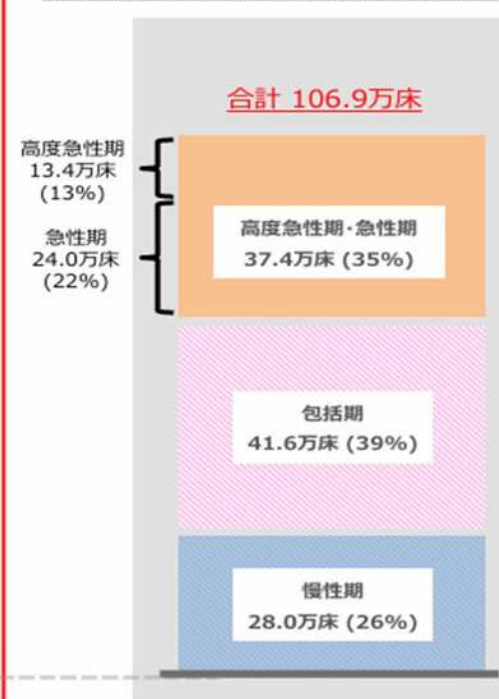
2025年の病床数の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の
医療需要に基づく推計(平成28年度末時点)) ※2 ※4



2025年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告) ※4
2025年7月時点



2040年の病床数の必要量の機械的試算
(2028年度(令和10年度)末までに、都道府県が地域の実情(構想区域の
見直し等)も考慮し設定するものであり、あくまで参考値である点に留意) ※3 ※4



出典：2025年度病床機能報告

- ※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。

議題 4 : 新たな地域医療構想について

医療機関機能について

埼玉県保健医療部保健医療政策課

医療機関機能について

1 医療機関機能の概要

出典:地域医療構想策定ガイドライン参考資料(厚生労働省)

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・後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。
------------	---

ガイドラインの
記載事項を
次頁以降に掲載

医療機関機能について

1 医療機関機能の概要 ① 高齢者救急・地域急性期機能

ガイドラインの主な記載

- 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保するものである。
- 救急の受入に当たっては、特定の施設からの受入に限定せず、高齢者救急等の二次救急や受入後の早期からの医療やリハビリテーションの提供、早期退院に向けた取組、介護施設の協力医療機関として、介護施設と連携を行う等が求められる。
- 人口の少ない地域等では、急性期拠点機能を担うような医療機関が二次救急の役割を担う地域も存在すると考えられるが、地域内のアクセスや地域全体の医療需要の観点を踏まえると、基本的に、急性期拠点機能を担う医療機関や高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が連携して受入体制を確保することとなる。そうした場合であっても、手術等の医療資源を要する急性期医療を安定的に提供していくためには、地域の個別の実情、地域全体の医師の数や働き方の状況等を踏まえ、急性期拠点機能を担う医療機関に集約しつつ、それ以外の救急搬送については、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が主に受け入れるなどの役割分担について協議することが重要となる。
- 高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、両機能を一つの医療機関が報告することはない。

医療機関機能について

1 医療機関機能の概要 ② 急性期拠点機能

ガイドラインの主な記載

- 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。
- 救急医療の提供や、手術等の医療資源を多く要する医療について、幅広く総合的に提供することが求められる。提供する医療の内容については、緊急性及び頻度の高い疾患を基本としながら、地域の医療資源や医療需要を踏まえて検討し、不足する医療サービスについては、大学病院本院や他の構想区域の急性期拠点機能を有する医療機関等との連携体制を構築することが必要である。
- 急性期拠点機能を担う医療機関に、地域において相対的に多くの医療資源や急性期に係る症例が集約化されることとなるため、急性期拠点機能を担う医療機関は、単に手術の実施や救急医療の提供を行うだけでなく、例えば、災害医療への対応、新興感染症への対応、医育（臨床研修・専門研修）、地域の医療機関への人的協力、地域における必要な病床の確保のための積極的な役割など、各地域において政策的に必要な医療等も含め、地域において求められる医療を提供する必要がある。
- また、診療実績だけに着目した場合に、急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合や経営状況が悪い場合もある。2040年やその先を見据え、当該医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合や、当該医療機関以外に、急性期に係る診療実績は相対的に低いものの、建物の建替が当面必要ない病院が存在する場合には、その他の医療機関が急性期拠点機能を担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含め、総合的に地域で協議することが重要である。
- 今後は、人口構造や医療資源に応じて効率的な急性期医療の提供体制を構築することが求められていく。こうした中、二次医療圏内で2日に1日以上緊急手術が発生する医療圏は人口30万人以上が多いことや、人口20万人未満の医療圏には時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在すること等を踏まえ、一定以上の緊急手術の需要が生じる単位で急性期拠点機能を一つ確保することが必要である。このため、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口20万人から30万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方として確保する。
- また、人口の少ない構想区域においても、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に二つ確保することや、人口が30万人を超える場合であっても他区域への流出が多く、手術件数等の症例数が少ない場合には一つ確保することを目安とする。
- なお、急性期拠点機能を確保する数が増加し、医師等の医療資源や急性期に係る症例数が分散されると、医療従事者の働き方に不均等や非効率が生じ、結果として、必要な24時間の救急医療提供や緊急手術等への対応体制の維持が地域全体として困難になること、医育や医療の質の確保に必要な症例数が集積されなくなり、医師の偏在傾向が悪化すること等、医療提供体制の持続可能性が懸念されることを踏まえ、地域で協議することが求められる。

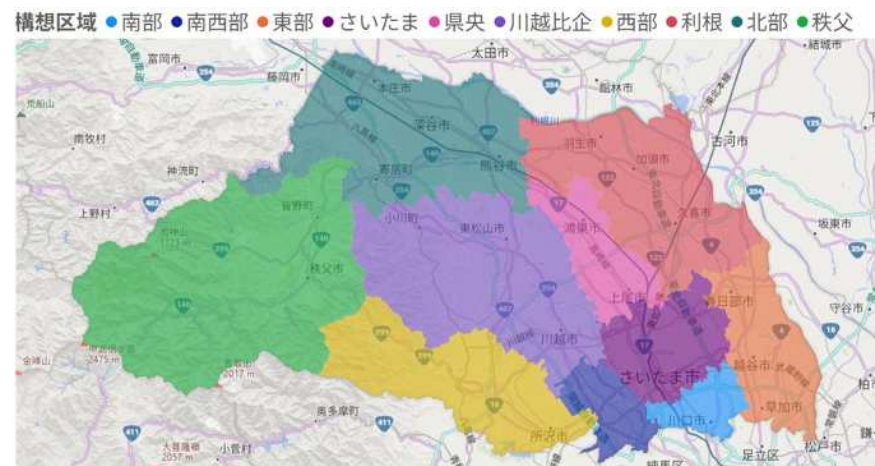
医療機関機能について

(参考) 急性期拠点機能を担う医療機関数について

- 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する。

構想区域	2040年 総人口 ¹⁾	人口20万人 あたり	人口30万人 あたり	急性期拠点機能 医療機関数
南部	831,588	4.2	2.8	
南西部	732,965	3.7	2.4	
東部	1,107,679	5.5	3.7	
さいたま	1,361,675	6.8	4.5	
県央	478,864	2.4	1.6	
川越比企	714,518	3.6	2.4	
西部	689,494	3.4	2.3	
利根	539,773	2.7	1.8	
北部	429,578	2.1	1.4	
秩父	66,796	0.3	0.2	
全県	6,952,930	34.8	23.2	

1) 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3月推計)」



ガイドラインの記載 (一部改)

医療機関の決定に当たっては、医療機関機能報告・病床機能報告等のデータを活用し、下記データを考慮しながら協議を行う。

- ・ 各医療機関の全身麻酔手術件数・緊急手術件数(必要に応じて診療科別件数等)
- ・ 救急搬送受入件数(必要に応じて年齢区分別件数、経路区分別件数)等の急性期医療に係る診療実績
- ・ 医師をはじめとする医療従事者の確保の見込み
- ・ 医療機器の整備状況等の施設の整備状況
- ・ 建物の築年数
- ・ 各種補助金や繰入金の活用状況等

医療機関機能について

(参考) 急性期医療を担う医療機関の例 (県全体)

- 例えば、県内医療機関のうち、救急車受け入れ件数が年間で2,000件以上 かつ、
全身麻酔の手術件数が年間で1,200件以上 の医療機関は、**全45件**

医療機関	救急車 受入件数	全身麻酔 手術件数
A	9,835	3,985
B	9,071	5,555
C	9,015	7,857
D	8,792	6,687
E	8,304	6,725
F	8,286	4,025
G	7,455	1,778
H	7,055	5,350
I	6,889	2,556
J	6,680	3,639
K	6,633	6,106
L	6,521	8,961
M	6,424	1,581
N	6,188	2,252
O	6,134	1,520

医療機関	救急車 受入件数	全身麻酔 手術件数
P	6,002	3,115
Q	5,992	1,393
R	5,564	1,421
S	5,157	8,298
T	4,952	2,673
U	4,884	1,905
V	4,787	2,002
W	4,716	2,347
X	4,650	7,532
Y	4,617	6,204
Z	4,462	2,189
a	4,376	2,225
b	4,270	2,671
c	4,250	3,224
d	4,228	2,333

医療機関	救急車 受入件数	全身麻酔 手術件数
e	3,982	2,059
f	3,911	2,157
g	3,776	1,605
h	3,727	1,638
i	3,573	1,249
j	3,095	2,278
k	2,918	1,307
l	2,900	4,798
m	2,511	4,193
n	2,373	1,293
o	2,352	1,413
p	2,140	2,182
q	2,125	1,457
r	2,081	1,450
s	2,033	1,860

※救急車受入件数順 (降順)

出典：令和7年度病床機能報告

医療機関機能について

1 医療機関機能の概要 ③ 在宅医療等連携機能

ガイドラインの主な記載

- 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行うものである。
- 人口の少ない構想区域や、局所的に在宅医療を提供する医療機関等が少ない場合等において、地域の医療資源に応じながら、在宅医療を提供すること、また、診療所による在宅医療の実施等が多い場合に入院対応等の後方支援や、介護施設と連携して協力医療機関になること等、地域の医療資源に応じた在宅医療を支える役割が求められる。
- 特に、在宅医療を提供する場合においては、在宅医療に係る生産性向上に資する取組等を通じて効率的な在宅医療の提供体制を構築できるよう、往診、D to P with N を含むオンライン診療や、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等を積極的に活用することが求められる。
- 在宅医療の提供を行う、あるいは主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討した上で、そうした役割を担う医療機関が在宅医療等連携機能を報告する。
- 地域の医療資源や医療需要等の実情を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能を担う医療機関が、在宅医療や在宅医療の後方支援についても担う場合、複数の医療機関機能を報告することは差し支えない。

医療機関機能について

1 医療機関機能の概要 ④ 専門等機能

ガイドラインの主な記載

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

医療機関機能について

1 医療機関機能の概要 ⑤ 医育及び広域診療機能

ガイドラインの主な記載

- 大学病院本院が担うものであり、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行うものである。
- 今後、人材の確保がますます困難となるほか、症例数の減少が見込まれる中、地域の医療提供体制を持続可能なものとする観点に加え、医師の育成の観点からも、人的協力について、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となる。
- 具体的には、大学病院本院は、都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有し、都道府県は、地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整し、都道府県内全体の状況や地域枠の医師の勤務状況等の情報を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整することが考えられる。その中で、都道府県単位で、特に、大学病院本院から急性期拠点機能を担う医療機関に対する医師派遣を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議を行うことが重要である。
- 急性期拠点機能を担う医療機関に対して外科医や麻酔科医等の人的協力を大学病院本院が行う場合には、地域ごとの医療機関の連携・再編・集約化の取組に沿った人的協力が行われることが求められる。なお、地域枠の医師について、これまでは都道府県職員として就業契約を締結した上で、地域の自治体立病院において勤務するといった取組が見られている。今後は、民間病院も含め、地域医療構想に沿った人的協力や地域枠の医師の派遣が可能となるよう取組を進める必要がある。
- 広域的な観点での診療については、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療の提供について、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療の提供を将来にわたって維持できるようにすること、医育については、これらの地域で多様な症例に対応する人材を育成する体制が構築できるようにすること等が求められる。
- また、大学病院本院についても、他の医療機関と同様に、地域全体に係る医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力の観点を踏まえて、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の取組を進めることが重要である。
- なお、大学病院本院は、地域ごとに確保する医療機関機能ではなく、医育及び広域診療機能のみを報告するものとする。

医療機関機能について

2 医療機関機能報告の概要

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料(厚生労働省)

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。

医療機関機能について

2 医療機関機能報告の概要

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料(厚生労働省)

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	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
構造設備・人員配置		手術に関する実績	手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置）※手術（帝王切開術を除く。）は全身麻酔を伴うものに限る 緊急手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術の時間外加算/休日加算/深夜加算併算件数）※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む
構造設備等	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等	高齢者等への医療の提供状況	退院患者数（年齢区分別＊）
	標榜診療科		休日におけるリハビリテーション実施体制の有無
	築年数・構造†		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）
	手術室数		外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション料等）
災害拠点病院指定の有無	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）	高齢者施設等との連携状況	協力医療機関として連携する高齢者施設等の数
へき地拠点病院指定の有無	協力対象施設入所者の受入のための確保病床数		
周産期母子医療センター指定の有無	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）		
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			
人員に係る内容等	医療措置協定の内容	在宅医療の提供状況	連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先/後方支援に係る連携先）
	初期臨床研修の実施状況		連携する訪問看護ステーション数
	専門研修の実施状況		訪問診療の対象としている施設等の数
	初期研修医数		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＊）
専攻医数		在宅療養患者の受入のための確保病床数	
診療科別の医師数		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）	
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）			

† 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）

医療機関機能について

【参考】病床機能報告

出典：地域医療構想策定ガイドライン参考資料（厚生労働省）

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、各病床機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照することとするが、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。
- 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。
- 有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担っている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 - ハイケアユニット入院医療管理料 - 小児特定集中治療室管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 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・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 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） ・有床診療所療養病床入院基本料 ・特殊疾患病棟入院料 等

医療機関機能について

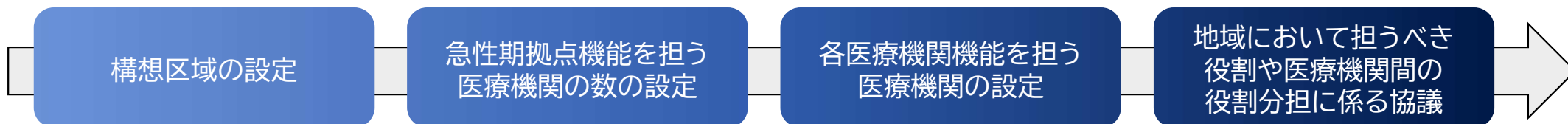
3 今後のスケジュール（予定）

- 医療機関機能報告は従来の病床機能報告・外来機能報告と一体的に実施される。



- 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(ガイドラインの記載内容)

▶ まずは、急性期拠点機能を担う医療機関数を決定し、その後各医療機関機能を担う医療機関を決定する。



- 医療機関機能報告の最終データが国から提供されるのは、早くても令和9年3月末の見込み。

▶ 早期から医療機関機能の協議を推進していくため、**本県独自のアンケート調査**を実施し、今後の方向性を把握する。

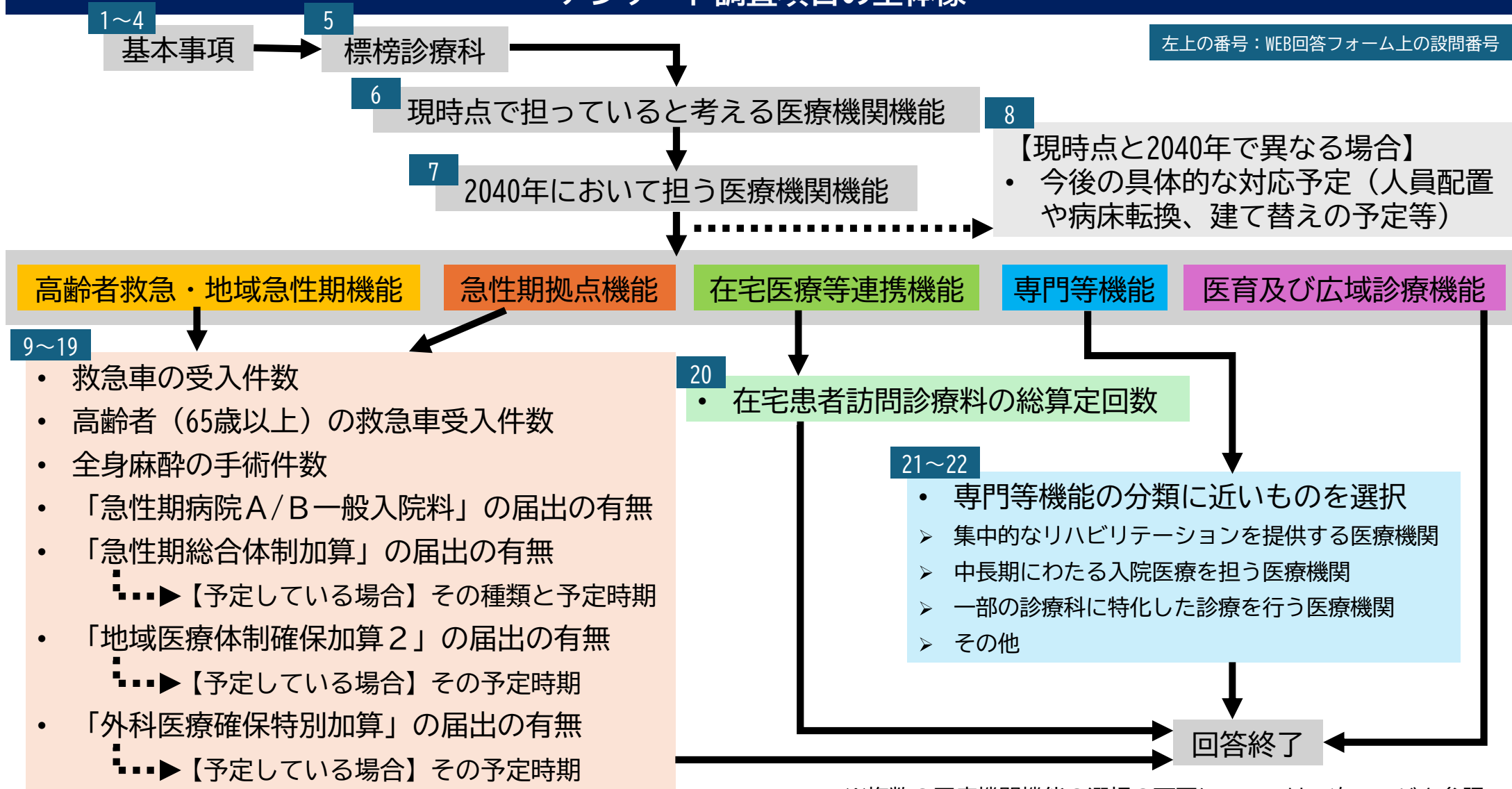
医療機関機能について

4 医療機関機能に関する本県独自のアンケート調査の実施について

調査目的	医療機関機能に関するアンケート調査		
調査対象	県内の令和8年度医療機関機能報告対象病院（296施設）		
調査項目	①現時点で担っていると考える医療機関機能	②2040年において担う医療機関機能	③（①と②が異なる場合）今後の具体的な対応予定（人員配置や病床転換、建替えの予定等）
	④標榜診療科	⑤救急車受け入れ件数（※R7.4～R8.3の合計）	⑥ ⑤のうち、高齢者（65歳以上）の件数
	⑦全身麻酔の手術件数（※R7.4～R8.3の合計）	⑧急性期病院A一般入院料、急性期病院B一般入院料の届出の有無（または予定）	⑨急性期総合体制加算（※1～5）、地域医療体制確保加算2、外科医療確保特別加算の届出の有無（または予定）
	⑩在宅患者訪問診療料の総算定回数	⑪専門等機能の分類 ・ 集中的なリハビリテーションを提供する医療機関 ・ 中長期にわたる入院医療を担う医療機関 ・ 一部の診療科に特化した診療を行う医療機関 ・ その他	⑫自由記載
調査期間	令和8年9月1日～9月30日		
調査方法	Microsoft Forms		

アンケート調査項目の全体像

左上の番号：WEB回答フォーム上の設問番号



※複数の医療機関機能の選択の可否については、次ページを参照