

令和7年度 第2回 嶺南地域医療構想調整会議 若狭分科会	資料1
令和8年2月16日（月）19時～	

地域医療構想の推進について

～令和8年度からの新構想策定に向けた事前準備・確認～

新たな地域医療構想の方向性、策定スケジュール

方向性

- 2040年以降の人口・医療ニーズを見据え、入院だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、医師・看護師など人材確保まで視野に入れた、医療体制全体の構想
- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築

新たに追加された取組みや制度（主なもの）

- 外来、在宅医療、介護との連携
- 2040年を見据えた必要病床数の推計
- 「回復期機能」が「包括期機能」に位置付け変更
- 医療機関機能報告制度の開始

- 構想区域の点検と見直し
 - 市町の調整会議への参画
 - 精神医療を新たな地域医療構想に位置付け
 - 医療機関機能に着目した地域医療介護総合確保基金による支援
- ※ 青字について「医療法等の一部を改正する法律」が令和7年（2025年）12月12日に成立（参考資料：p3、p4）

国が想定する策定スケジュール

（参考資料：p2）

令和8年度（2026年度）

- 地域の医療提供体制全体の方向性の検討
- 将来の病床数の必要量の推計 等

令和9年度（2027年度）～令和10年度（2028年度）

- 医療機関機能に着目した地域医療の医療機関の機能分化・連携の協議、病床の機能分化・連携の協議 等

新構想の基礎を固める年

令和8年度の具体的な取組み（想定）

令和10年度には新構想の取組を開始

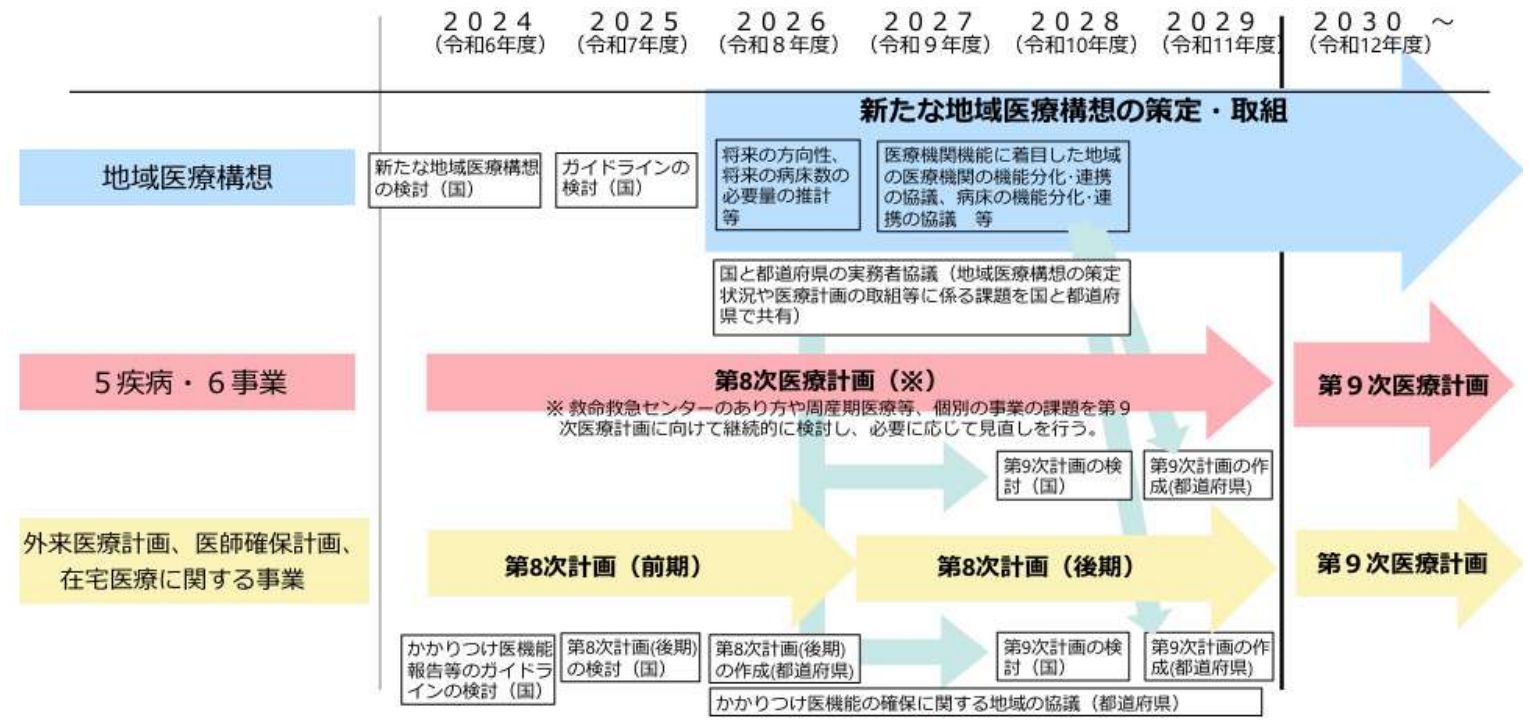
事前準備、
方向性の確認

- 「包括期機能」の新設を踏まえた病床機能報告（例年は10月～11月に報告）
- 国の算定式を踏まえた必要病床数の推計（算定式が示される時期は未定）
- 医療機関機能報告の開始に向けた準備と報告（令和8年度報告は10月開始の見込み）
- 構想区域の点検と見直し

※ 国ガイドライン公表前の本県想定であり、今後変更があり得る

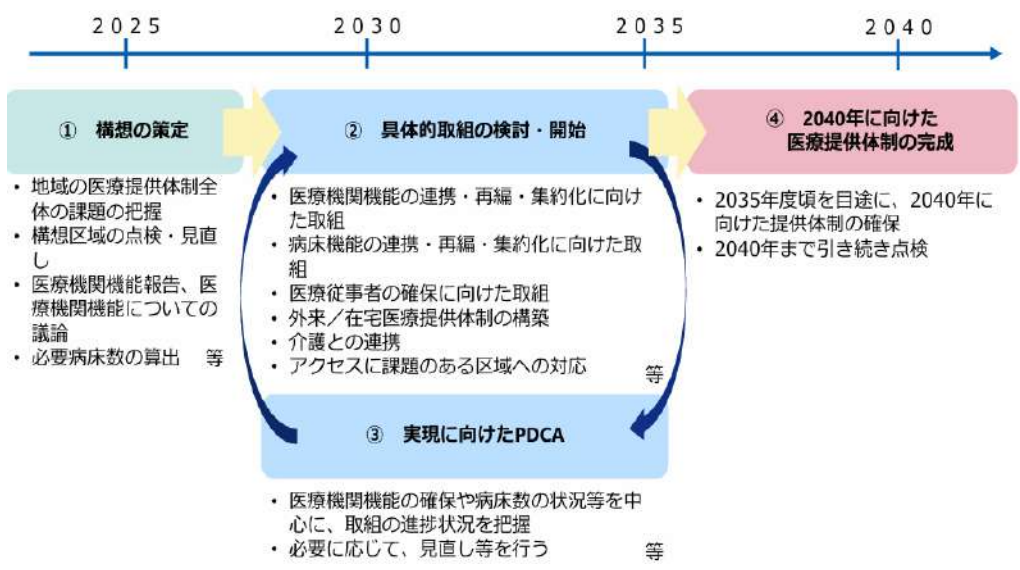
令和7年度第2回地域医療構想調整会における説明・協議ポイント

- 令和8年度の具体的な取組み（想定）上記（1）～（4）について、国ガイドラインの検討状況や県の考え方などを説明
- 特に、急性期拠点機能の評価の方向性（案）と、それを踏まえた本県の策定スケジュール（案）について御意見をいただきたい。



新構想は医療計画の上位概念に位置づけが変わる。新構想に即して医療計画の具体的な取組を進める。
(現在は、地域医療構想は医療計画の一部)

※ 国検討会資料の注記 抜粋
医療法改正法案において、新たな地域医療構想の取組は令和9年(2027年)4月1日施行とされている。
なお、改正法案の附則において、**令和10年(2028年)度中までは新構想の取組を猶予**する旨の経過措置が設けられている。



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

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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

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

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

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

(2) 病床機能・医療機関機能

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

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

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

(5) 国・都道府県・市町村の役割

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

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医療法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

※赤字は、衆議院による修正部分

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ① 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
- ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- 厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。
- 都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとするとともに、医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
- 保険者からの提出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請助告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課することとする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- 政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。
- 政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
- また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

（その他）

- ・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べるができる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。
- ・ 政府は、この法律の公布後速やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的な負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者等並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①の一部及び3②）等）

(1) 病床機能報告（「包括期機能」の新設）

取組の方向性

- ・ 病床機能区分のうち、これまでの「回復期機能」について、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あわせもつことが重要となること等を踏まえ、「包括期機能」として位置づけ

病床機能区分	機能の内容
高度急性期	・ 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	・ 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	<u>【ポストアキュート機能（地域包括ケア病棟など）】</u> ・ 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 <u>【回復期リハビリテーション病棟】</u> ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能 <u>【サブアキュート機能（地域包括医療病棟、急性期一般病棟の一部など）】</u> ・ 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
慢性期	・ 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

ガイドライン公表に向けた今後の論点（国の検討会における意見など）

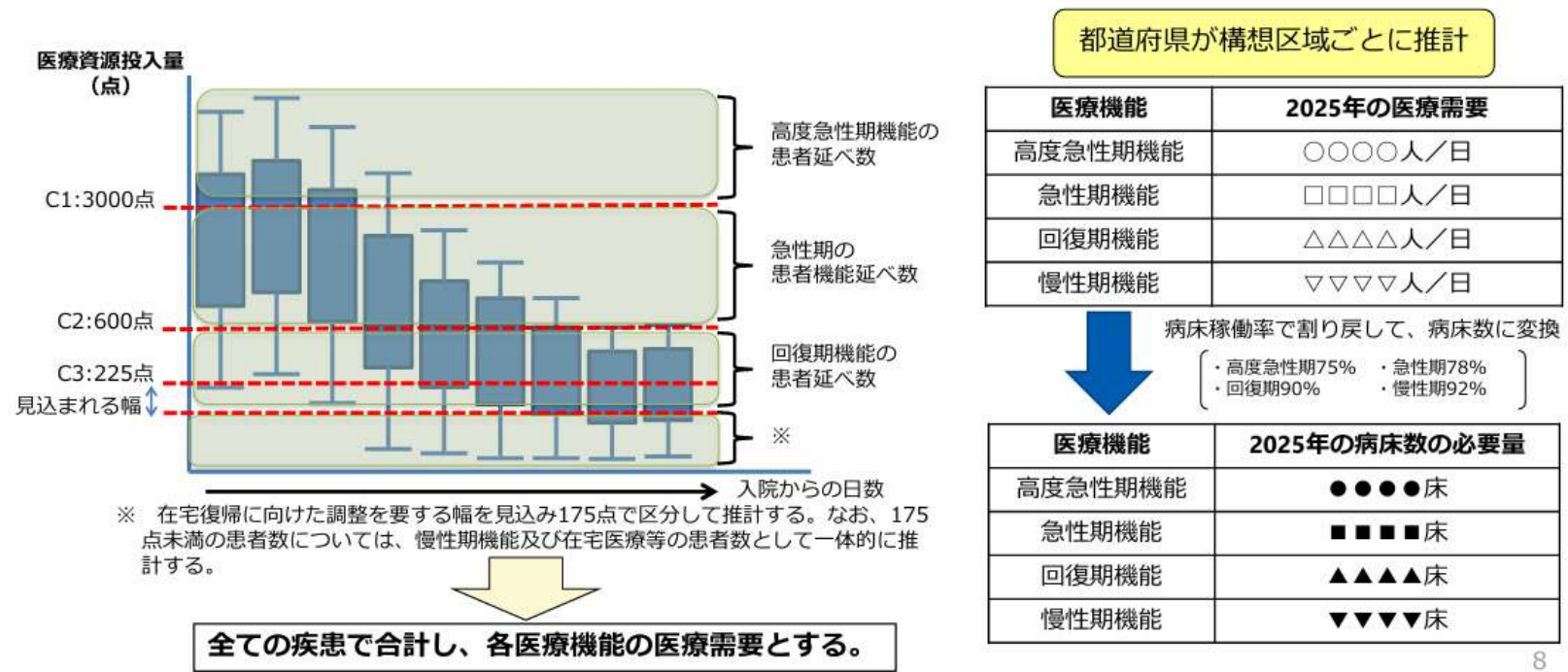
- ・ 病床機能報告制度の改善（参考資料:p6）、入院料の種類ごとに対応する機能区分の目安が整理される見込み

県の考え方

- ・ 「包括期機能」は「回復期機能」より広義で、早期リハビリや急性期機能の一部を含んでおり、報告される病床数は「回復期機能」から増加すると推測

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



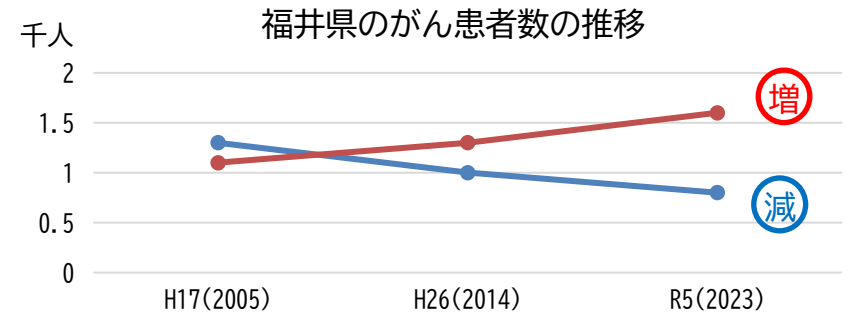
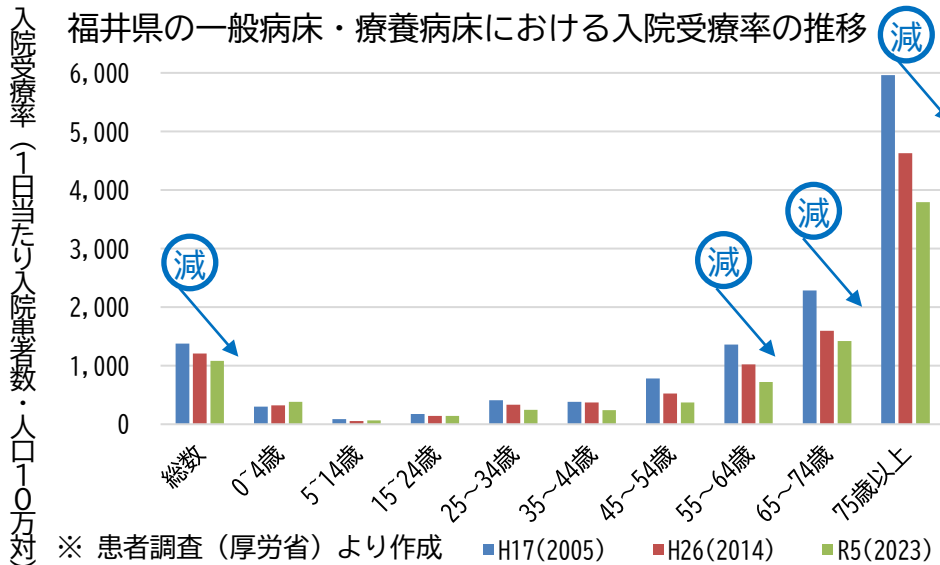
8

必要病床数は医療資源投入量を基にした定量推計（国が示す方法）⇔ 病床機能報告は医療機関の定性的な自己判断。病棟単位
→ 両者の乖離が大きくなる。
→ 都道府県において独自の定量的基準の設定や病床数調査が必要になるなど事務負担が増大し、構想の本質的な議論が停滞

(2) 必要病床数の推計

取組の方向性

- 医療技術の進歩や医療提供の効率化による受療率の変化等を踏まえ、定期的に見直し（医療計画の作成、将来推計人口の公表等）
- これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討



- 例えばがん患者では、医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮 ※、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等を背景に、入院患者数が減少し、外来患者数が増加
- ※ 全国：入院2週間未満のがん患者割合 2008年 45.1%→2023年 60.6%
- 全国傾向と同様に、本県でも年齢階級別の入院受療率は低下傾向

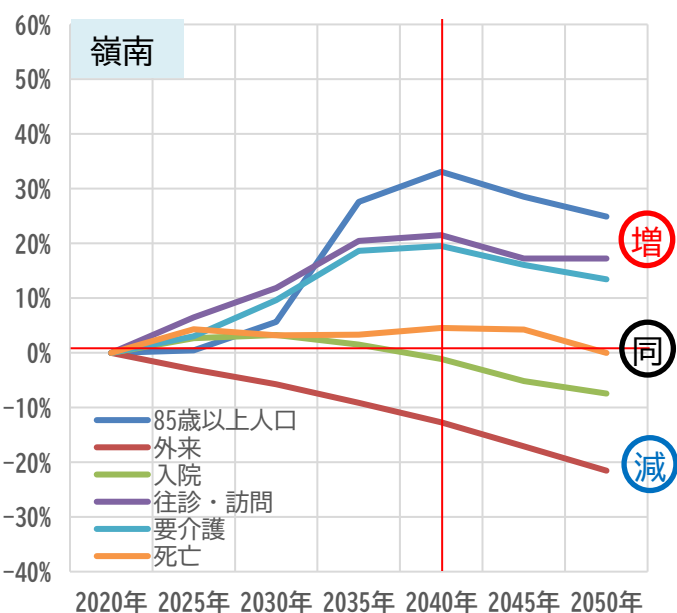
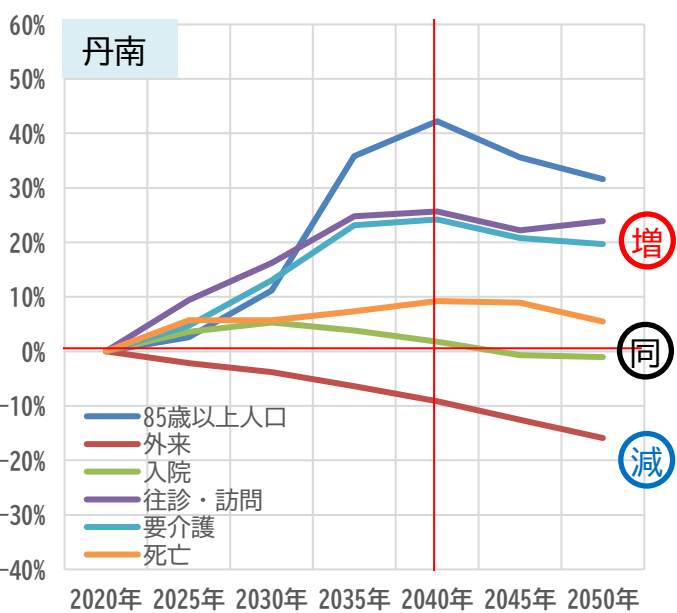
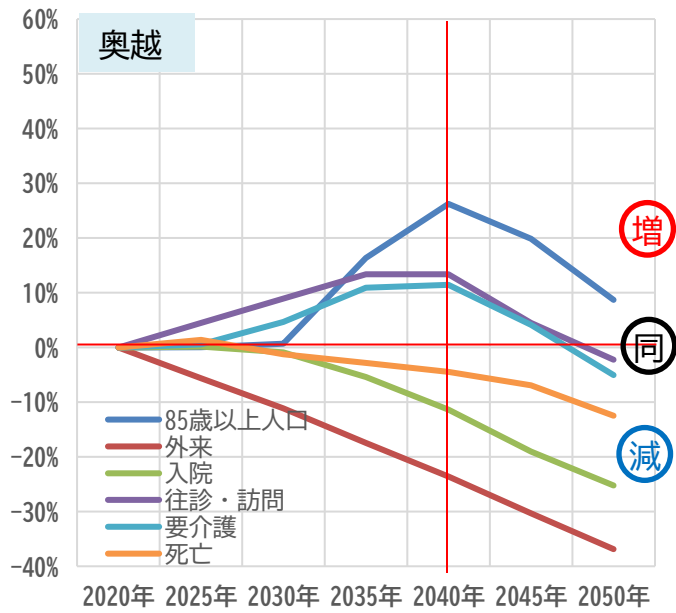
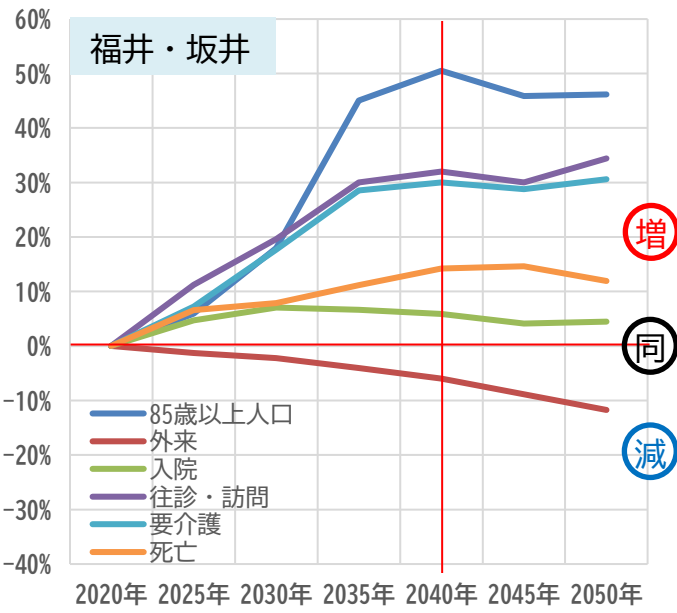
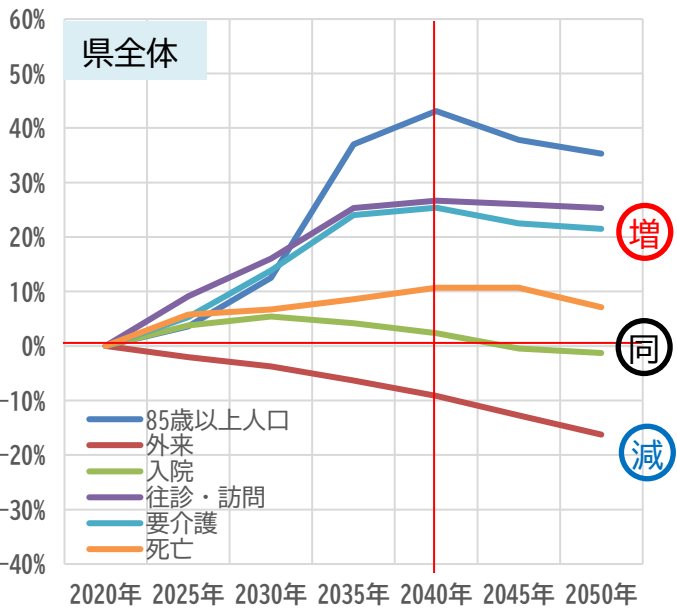
ガイドライン公表に向けた今後の論点（国の検討会における意見など）

- 改革モデルとして、今後の受療率の低下や、医療介護複合ニーズに対応する包括期機能への転換、医療機関の連携等の効率化、三党合意を踏まえた病床数適正化支援事業の活用見込み等が組み込まれる見込み

県の考え方

- 県推計（参考資料：p8）では入院は2040年頃まで現在と同程度の需要だが、改革モデルを採用した国の推計方法では2040年の必要病床数は2025年から更に減少すると推測
- 必要病床数の内訳では、包括期機能（急性期から転換）と在宅医療・介護サービスへの移行（慢性期からの転換）は増加すると推測

<参 考> 本県の今後の医療・介護需要推計 (2020年(令和2年)を基準にした増減)



・ 本県の85歳以上人口は2040年頃にピーク

↓

・ 外来の需要は既に減少

・ 入院は2040年頃までは現在と同程度の需要

・ 在宅医療（往診・訪問）、要介護、死亡は2040年頃に向けて増加

・ 2040年以降は医療・介護需要ともに横ばい、あるいは減少

・ 2040年までに医療・介護需要の減少が始まる地域もある。

(3) 医療機関機能報告（制度の開始、機能区分）

取組の方向性

- 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にし、医療機関の連携・再編・集約化を進めるため、令和8年度から新たな報告制度が開始
- 病院、有床診療所が地域で求められる役割に応じた「医療機関機能」を都道府県に報告（令和8年10月1日施行）

地域ごとの機能	機能の内容	協議・報告の検討データ（例）
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、<u>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</u>を行う。	※ 地域シェアも考慮 ・ 救急車受入件数 ・ 全身麻酔手術件数 ・ 医療従事者数 等
高齢者救急・地域急性期機能	• <u>高齢者をはじめとした救急搬送</u>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、<u>入院早期からのリハビリ・退院調整等</u>を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。	・ 地ケア病棟入院料等の届出状況 ・ 介護施設との連携 ・ 医療従事者数 等
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。	・ 訪問診療、訪問看護の提供状況 ・ 介護施設との連携 等
専門等機能	• 上記の機能にあてはまらない、集中的なりハビリテーション、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。	・ 回りハ病棟入院料、療養病棟入院料等の届出状況 ・ 有床診療所の病床数 等
広域な機能	機能の内容	
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。	

(3) 医療機関機能報告（構想区域の人口を踏まえた考え方）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	・高齢者救急の対応の他、頻度の多い一部の手術についても対応	・診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 ・高齢者施設等からの患者受入等の連携	・特定の診療科に特化した手術等を提供 ・有床診療所の担う地域に根ざし
地方都市型 嶺北	50万人程度	- 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 - 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする	・高齢者救急の対応 ・手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	・地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 ・高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	・た診療機能 ・集中的な回復期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等
福井・坂井	～30万人	- 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する - 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる ※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる	・地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 ・手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送	・診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 ・高齢者施設等からの患者受入れ等の連携	
人口の少ない地域 丹南 嶺南 奥越	※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能なかどうか等について特に点検し、 圏域を設定				

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて2040年の人口等も踏まえながら、**どの区域に該当するか等を地域で検討**

区域	2020年	2030年	2040年	2050年
嶺北	632,190 人	581,830 人	531,351 人	478,465 人
福井・坂井	397,298 人	370,125 人	342,236 人	312,136 人
奥越	53,436 人	45,045 人	37,244 人	29,970 人
丹南	181,456 人	166,660 人	151,871 人	136,359 人
嶺南	134,673 人	120,889 人	107,831 人	94,420 人
計	766,863 人	702,719 人	639,182 人	572,885 人

令和7年8月27日 第3回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料、日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）を基に作成

(3) 医療機関機能報告（急性期拠点機能）

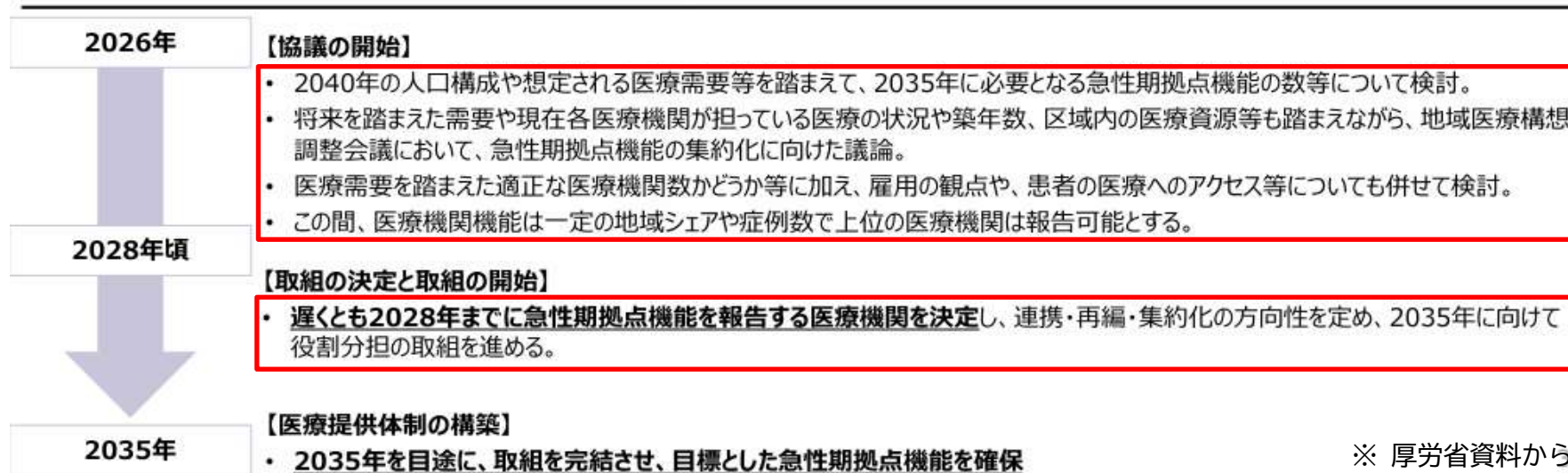
急性期拠点機能が担う役割

- 国は、急性期拠点機能を担う医療機関について、救急車の受入 2,000台/年、全身麻酔手術の実施 2,000件/年、各地域における急性期医療のシェアといった具体的な数値基準を検討
- 症例と人員の集約に伴い、災害時や新興感染症発生時の医療提供体制の確保と平時からの備え、医育や医師派遣など様々な役割を担うことが期待される。
- 今後の医療需要に合わせて積極的に病床数を適正化することも求められる。

急性期拠点機能の議論の進め方

- 各地域には、公立病院や公的病院等（日赤、済生会、NHO、JCHO）、民間病院など、経営状況が異なる様々な設置主体の医療機関があり、1～2年で手術の実施や救急受入体制等を大きく変える合意形成は困難
- また、住民の医療アクセスの確保や医療従事者の雇用など、検討すべき課題は多岐に渡る。
- 急性期拠点機能の数については、20～30万人に1医療機関を目安とするが、地域の実情に応じて設定することも可能

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



※ 厚労省資料から抜粋

(3) 医療機関機能報告（高齢者救急・地域急性期機能）

高齢者救急の考え方、制度的な位置づけ

<考え方>

- ・ 年齢や疾患のみで区分は困難：高齢者は年齢だけでなく、身体・認知機能等も含めた総合的な判断が必要
- ・ 高度医療の必要性は限定的：手術や高度処置を要する症例は少なく、対応可能な医療機関は多い
- ・ 包括的な入院医療が必要：入院初期からのリハビリ、退院支援、在宅医療・介護との連携を一体的に提供

<制度的な位置づけ>

- ・ 救急搬送先は個別判断：緊急度や症例に応じて選定。高齢者救急を一律に包括期病床へ搬送することは困難。救急医療における情報連携等の地域の実情を踏まえた搬送を実施。
- ・ 病床数の算定：急性期相当の患者でも、一定数は包括期病床で対応する必要がある、必要病床数に反映

ガイドライン公表に向けた今後の論点（国の検討会における意見など）

- ・ 各医療機関機能の考え方や検討・報告にあたっての客観的な基準、地域の実情をどの程度許容するか等について検討中

令和7年12月12日 第8回 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料を基に作成

県の考え方

- ・ 令和8年度は、医療機関機能報告の結果が国から共有されない見込みの中、限られた情報を基にした議論が必要
- ・ 国の「人口20万人～30万人毎に1拠点」を念頭に、「どの医療機関が急性期拠点機能を担うか」が重要な論点
→ 構想区域の点検・見直しや、医療機関の役割分担・連携体制の検討の基礎になる。
- ・ あわせて、急性期拠点機能には該当しないが急性期医療を提供している医療機関の位置づけについて、診療実績や高齢者救急の状況等から検討する必要がある。
(例：特定診療科に特化して高度・専門的な急性期医療を提供 → 専門等機能？)
(例：救急搬送の件数が多く、地域シェアも高いが、大半は高齢者救急 → 高齢者救急・地域急性期機能？)

(4) 構想区域の点検と見直し

構想区域の役割

①医療提供体制の構築 → 人口20~30万人以上を目安に設定

- ・ 区域内の病院の機能（急性期、高齢者救急など）を議論する単位
- ・ 急性期拠点機能を確保・維持できる急性期医療の需要（緊急手術など）がある規模

②必要病床数の運用 → 県が人口、医療機関数、流出入等を踏まえ設定

- ・ 2040年の需要推計に基づき、機能別に適切な病床数を確保。調整会議、医療審議会等で議論し、県が法令上の権限を行使

構想区域の点検と見直しの方向性

- ・ 急性期拠点機能の確保や必要病床数の運用範囲として適切か点検と見直しが必要
- ・ 区域内で急性期拠点機能の確保が難しい場合は、区域内での連携・再編・集約化だけでなく、区域合併・広域化等も検討
- ・ 地理的条件、交通事情、医療機関の分布により、一部の疾患は隣接する医療圏で対応、県境を越えた連携や圏域設定、区域を分割した上で他区域との統合もあり得る。
- ・ 医療資源や受療動向を踏まえて設定している5疾病6事業ごとの医療圏を念頭に置いた検討も必要

ガイドライン公表に向けた今後の論点（国の検討会における意見など）

- ・ どのような客観的データに基づいて区域の点検と見直しを行うか。
- ・ 区域を再編・集約化した場合に、これまで病床過剰だった区域での増床の是非（医療資源の偏在が加速する恐れ）

県の考え方

- ・ 「構想区域内で急性期拠点機能を担う医療機関があるか」が点検の重点
- ・ 構想区域内で急性期拠点機能を担う医療機関がない場合は、構想区域の見直しや、区域外の病院による補完など、どのように対応するか検討が必要
- ・ 医療機関機能と同様に、診療実績や高齢者救急の状況等の客観的データ、2040年の医療需要を踏まえた検討が必要

令和8年度 新構想策定の論点整理

令和8年度の具体的な取組みのうち、(3) 医療機関機能、(4) 構想区域の点検と見直しについては、地域での協議を得て進める必要がある。

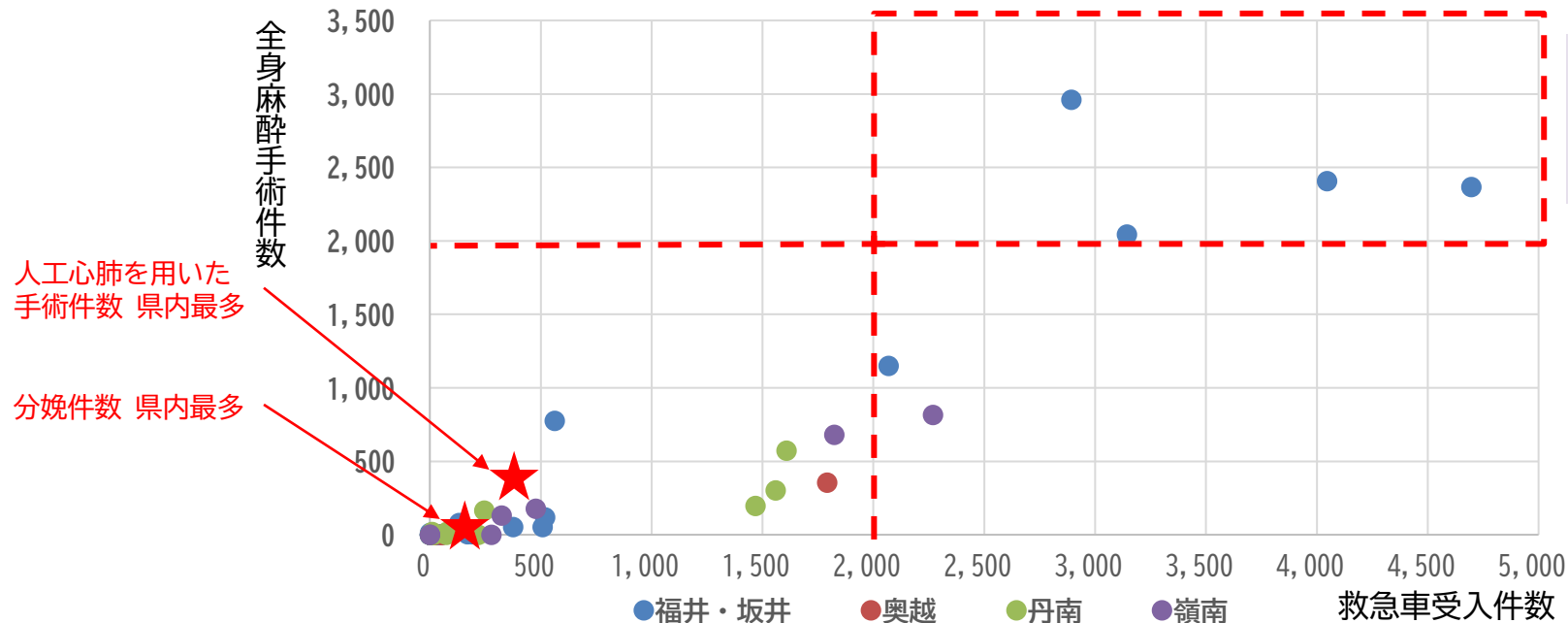
論 点

- ① どの医療機関が急性期拠点機能を担うか。
- ② 構想区域内で急性期拠点機能を担う医療機関があるか。
- ③ 構想区域内で急性期拠点機能を担う医療機関がない場合は、構想区域の見直しや、区域外の病院による補完等を含めて、どのように対応するか。

①～③の検討にあたって、「急性期拠点機能」をどのような指標で評価するか明確化が必要

※ 国ガイドライン公表前の本県想定であり、ガイドラインへの明記もあり得る

<例> 国が「急性期拠点機能」の水準として示した「救急車受入2,000件/年、全身麻酔手術2,000件/年」の本県状況（令和6年度病床機能報告（令和5年4月～令和6年3月））



国が例示した水準に当てはめた場合、急性期拠点機能は福井・坂井の4病院

急性期拠点機能の評価にあたっての課題と方向性（案）

- 救急受入件数や全身麻酔手術件数といった「量的な指標」だけで急性期拠点機能の評価する場合、次のような課題がある。

総合性 (幅広い疾患対応力)	質 (医療の高度性・難易度)	連携力 (地域医療への貢献)	地域特性 (人口・疾病構造・地理条件)
例えば、全身麻酔手術件数が多くても、特定領域（整形外科など）に偏っている場合もあり、<u>幅広い疾患への対応力は不明</u>	件数だけでは<u>手術の難易度や専門性を評価できない</u>。 例えば、人工心肺を使う心臓手術は高度だが件数は少ないため、単純な件数では過小評価される。	<u>24時間救急対応、ICU体制、医師派遣など地域医療への貢献度</u>について、件数だけでは、こうした「ハブ機能」を測れない。	人口規模や疾病構造により、件数の水準を満たせない病院でも、<u>地域シェアや交通アクセスを見れば、地域に欠かせない</u>役割を果たしている。



急性期拠点機能の評価の方向性（案）

- 「量的な指標」だけではなく、「総合性」・「質」・「連携力」・「地域特性」を組み合わせることで多角的に評価してはどうか。

総合性 (幅広い疾患対応力)	質 (医療の高度性・難易度)	連携力 (地域医療への貢献)	地域特性 (人口・疾病構造・地理条件)
- 診療科の数・構成 - 常勤医師数 - DPCカバー率 (どれだけ多様な疾患に対応しているか) - 年間入院患者数 - 急性期病床数・稼働率	- 全身麻酔手術件数 - 手術難易度指標 (外保連手術指数 等) - ICU、HCUの整備状況、稼働率 - 高度医療機器の保有状況 (人工心肺、血管造影装置 等) - 専門領域の実績 (心臓手術、脳内血栓除去術件数 等)	- 救急車受入件数・時間外受入割合 - 救急搬送の症状別の地域シェア - 医師派遣実績 - 地域医療連携室の機能・紹介率・逆紹介率 - 災害・感染症への対応体制	- 圏域人口・高齢化率・疾病構造 (循環器疾患、分娩等需要) - 地理的アクセス (山間部、豪雪地帯 等) - 地域内の医療資源分 (他病院との距離、診療所を含めた役割分担 等) - 搬送時間・救急医療体制の実効性

医療機関機能報告・病床機能報告について（案）

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

報告を求める内容		
医療機関機能	【現在の機能】 現在担っている機能のうち最も近いものを報告	医療の内容
	【2040年に担う機能】 2040年において担う機能 ※2028年以降は調整会議で調整が整ったものを報告	
構造設備・人員	【構造設備等】 - 入院対応や時間外対応可能な診療科 - 医療機関の築年数 - 手術室数 - ICU数 - 医療措置協定等の状況	医療機関機能に関する内容
	【人員に係る内容等】 - 医師数（診療科別、常勤医師、非常勤医師、専攻医数等） - その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） - 医局に属する医師数や地域への派遣医師数（大学病院本院のみ） - 休日夜間等の体制等（診療科、手術対応の有無等）	

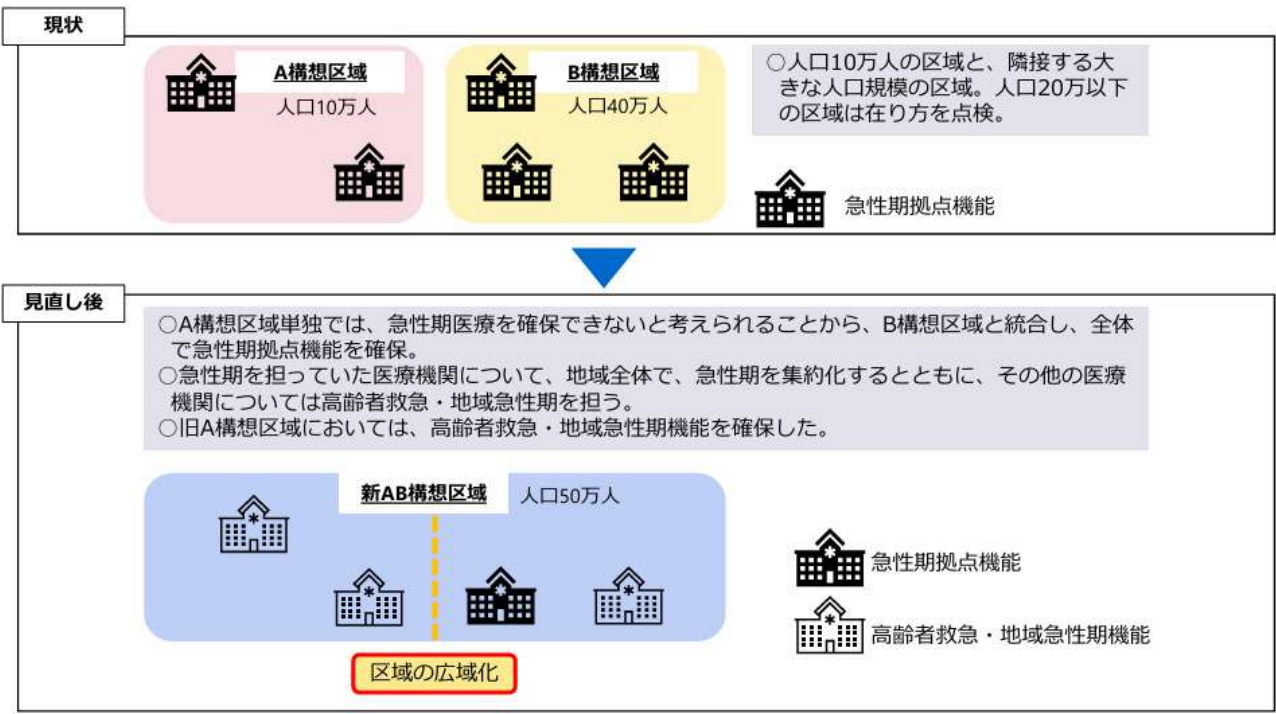
※ 既に現在の病床機能報告において報告されているものも含めて揭示。

医療機関機能は複数選択可能

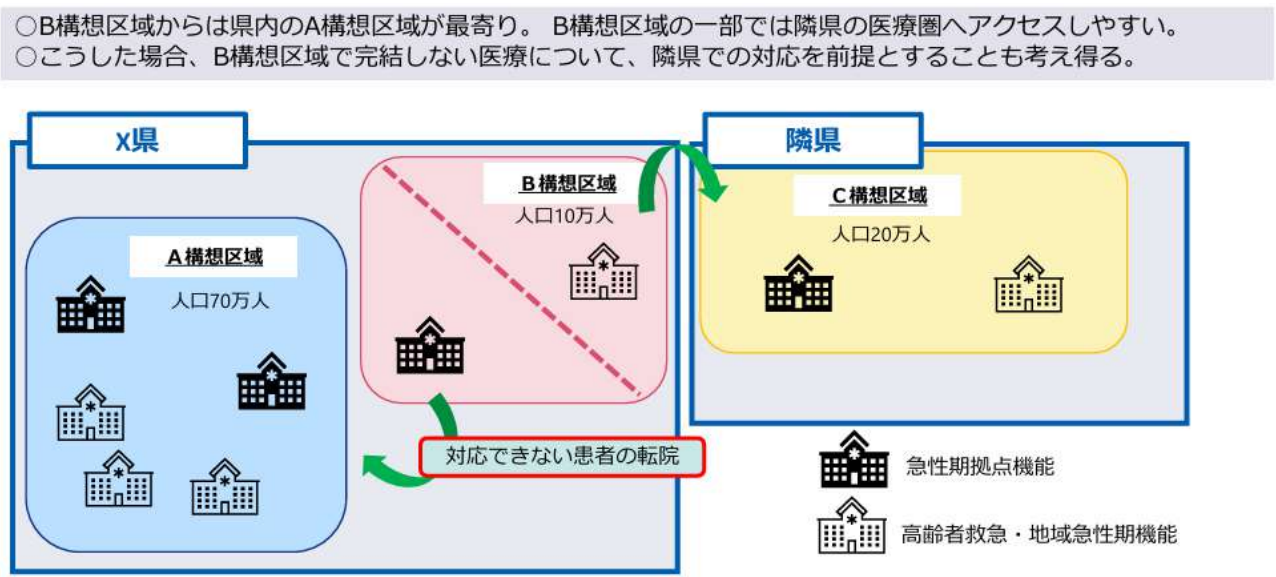
<参 考> 第8次福井県医療計画における病院の主な役割（急性期医療に関するもの）

	がん	脳卒中	心血管疾患	小児救急	周産期医療	救急医療	災害医療
	がん診療連携拠点	急性期医療を担う医療機関	急性期医療を担う医療機関	夜間輪番	総合周産期★ 地域周産期	救命救急C★ 病院群輪番制	基幹災害拠点★ 地域災害拠点
福井・坂井	県立病院 赤十字病院 済生会病院	県立病院 赤十字病院 済生会病院	県立病院 赤十字病院 済生会病院	県立病院 赤十字病院 済生会病院	県立病院★ 赤十字病院 済生会病院	県立病院★ 赤十字病院 済生会病院	県立病院★ 赤十字病院 済生会病院
	福大附属病院 特定機能病院	福大附属病院 福井総合病院	福大附属病院 福井総合病院 福井循環器病院	福大附属病院 地域医療支援病院	福大附属病院★ 福井愛育病院	福大附属病院	福大附属病院
奥越	(済生会病院)	勝山総合病院				勝山総合病院	勝山総合病院
丹南	(赤十字病院)	公立丹南病院 中村病院 林病院	中村病院			公立丹南病院	公立丹南病院
嶺南	市立敦賀病院	市立敦賀病院 公立小浜病院	市立敦賀病院 公立小浜病院	市立敦賀病院 敦賀医療センター 公立小浜病院	市立敦賀病院 公立小浜病院	市立敦賀病院 公立小浜病院★	市立敦賀病院 公立小浜病院
医療圏	4 医療圏	4 医療圏	3 医療圏	2 医療圏	2 医療圏	2 医療圏	2 医療圏

区域の広域化



隣接県との連携



令和8年度 新構想策定の主な工程（案）

新構想策定の主な工程（案）

- 令和8年度の新構想策定について、次のとおり進めてはどうか。

※ 国ガイドライン公表前の本県想定であり、変更もあり得る

**令和8年度目標：急性期拠点機能の候補整理と
構想区域ごとの対応方針の整理**

時期	国ガイドライン等に準拠して進める取組み		地域の協議を得て進める取組み	
	病床機能報告	必要病床数の推計	医療機関機能報告	構想区域の点検・見直し
令和8年3月	・国ガイドライン公表。県内関係者へ周知（これ以降、必要に応じて国通知等を周知）			
4月～7月			・急性拠点機能を評価するための指標や構想区域の点検に必要な調査・分析、意見照会等を実施	
7月下旬～8月上旬	第1回地域医療構想調整会議			
	・「包括期機能」の基準や、報告制度の改善等の情報があれば説明	・必要な事項があれば協議	・調査・分析、意見照会等を基に、区域内の医療機関が担っていると推測される医療機関機能を確認 ・区域内で急性期拠点機能を担う医療機関がない場合の対応案を検討。ある場合も他区域との関係等について検討	
8月下旬	第1回医療審議会（新構想の策定状況を説明）			
9月		<想定> ・国が算定式を提示（第8次医療計画の基準病床数の算定式はR5.10月に最終確定）	・調整会議、審議会での意見を踏まえて追加の調査・分析、意見照会等を実施 ・医療機関機能報告に資する情報を対象医療機関へ共有	
10月～	・報告（例年制度の改定）		・報告（新規制度の開始）	
11月下旬～12月上旬	第2回地域医療構想調整会議			
		・推計した必要病床数を説明	・追加の調査・分析、意見照会等を基に区域の対応案を精査	
12月下旬	第2回医療審議会（新構想の策定状況を説明）			
令和9年1月	・県へ報告内容を提供依頼		・県へ報告内容を提供依頼	・必要に応じて追加の調査・分析、意見照会等
2月下旬～3月中旬	第3回地域医療構想調整会議			
	・提供いただいた報告内容と推計した必要病床数を比較 ・今後検討すべき課題、取組みの方向性等について協議		・これまでの検討を踏まえて、区域内で急性期拠点機能を担う医療機関がない場合の対応を決定 ・提供いただいた報告内容を基に今後検討すべき課題、取組みの方向性等について協議	
3月下旬	第3回医療審議会（新構想の策定状況を説明）			

令和9年度・令和10年度 新構想策定の主な検討事項（案）

新構想策定の主な検討事項（案）

- 令和9年度・令和10年度の新構想策定の主な検討事項（案）は次のとおり
- 国ガイドラインや令和8年度の策定状況を踏まえて今後検討

検討事項	具体的な検討内容と懸念事項など
医療機関機能の確保と協議	- 国から共有される令和8年度の医療機関機能報告の結果を基に<u>各区域における医療機関の機能分化・連携について協議</u> <u>令和10年度までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定</u> - 必要に応じて、区域内の急性期拠点機能の確保等の対応について再検討
外来・在宅・介護との連携	- 現時点で検討事項は示されておらず、今後検討が進み、ガイドラインに反映される見込み - 現在実施している<u>医療・介護連携に関する地域での取組みを継続しながら、課題等を把握</u>
医療従事者の確保	- 現時点で検討事項は示されておらず、今後検討が進み、ガイドラインに反映される見込み <u>令和8年度に見直しを行う医師確保計画など、他計画と整合した検討が必要</u>
精神医療の位置づけ	<u>令和8年度中に国がガイドラインを策定</u> - 令和9年度以降の検討に向けて、県においても現状分析および必要病床数の検討が必要

本日特に御意見をいただきたい事項

- p15掲載：急性期拠点機能の評価の方向性（案）。特に検討すべき指標があれば御意見をいただきたい。
- p19掲載：令和8年度 新構想策定の主な工程（案）

県からの依頼事項

- 各種調査、意見照会への御協力をお願いします。なお、一部調査について、県委託事業者が実施する場合もありますので、御了承ください。
- 地域で担う医療機関機能を具体的に協議する必要があるため、調整会議等において医療機関名を明示したデータの提示に、御理解と御協力をお願いします。