資料１－１

地域医療構想策定ガイドラインについて

（「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」からの追加事項）

令和８年３月19日付けで地域医療構想及び医療計画等に関する検討会が取りまとめた「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」（以下「とりまとめ」という。）は、社会保障審議会医療部会での審議・承認を経て、令和８年７月３日、厚生労働省医政局より「地域医療構想策定ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）として正式に発出された。

ここでは「ガイドライン」において新たに追加・具体化されたポイントを以下のとおり整理する。

1. 新たに追加・具体化された主なポイント

（1）構想区域の設定・見直しと急性期拠点機能

- 急性期拠点機能を担う医療機関数について、とりまとめでは「人口20万人から30万人の単位で一つ確保する」旨の方向性のみが示されていたが、ガイドラインでは、2040年の人口推計をもとに算出した目安数を前提としつつも、①手術件数等が全国と比較して少ない・減少見込みの場合は目安より少ない数での確保を検討、②人口100万人超の区域・首都圏など個別性が高い区域では人口規模による一律設定ではなく総合性を有する医療機関に限定、③地方都市型・人口の少ない区域で診療実績が同程度の複数医療機関がある場合でも安易に複数か所確保としない、といった適用上の考え方が具体的に追加された（ガイドライン46～47頁）。
- 急性期拠点機能を担う医療機関の決定について、具体的な考え方や関係者間の協議が調わない場合の手続き（①都道府県による病院間の意見交換の場の設定、②大学病院本院を交えた協議、③それでも調わない場合は都道府県が診療実績・医療需要の見通し等を勘案し方向性を決定）が新規に明記された（同48～49頁）。
- 構想区域の見直しに関する具体的な判断材料として、「現時点で20～30万人程度の人口規模であっても、今後人口減少が見込まれる区域」「全身麻酔手術等の診療実績が同程度の人口規模の他区域と比べて低い区域」「患者の流出が多い区域」は、2040年に向けて区域内での医療提供の完結が困難となる可能性があるとし、区域合併の検討対象となり得ることが新たに示された（同39頁）。
- 東京都特別区等、人口規模が極めて大きく患者の受療行動が広域化・複雑化している地域における区域設定の困難性や、都道府県境をまたぐ構想区域間の連携（合同区域調整会議の開催、地域医療介護総合確保基金による合同協議の事務費用支弁等）について、具体的な運用方法が新たに整理された（同37～40頁）。
- 必要病床数の算定式が、次のとおり明示された（同41頁）。

必要病床数 ＝［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 × 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

- とりまとめでは同様の計算方法が文章で説明されていたが、ガイドラインでは算定式として図示されたほか、患者の構想区域間の流出入数を踏まえた算定（流出先・流入先双方の数字を加味）や、区域見直し時の簡易按分手法（人口比率での按分）についても新たに具体化された。

（2）医療機関機能報告・病床機能報告

- とりまとめの本文には報告様式・報告項目に関する記載はなかったが、ガイドラインでは「令和8年度医療機関機能報告の報告項目について」（別添２）として、医療機能等・構造設備／人員配置・救急医療の提供状況・手術に関する実績・高齢者等への医療の提供状況・高齢者施設等との連携状況・在宅医療の提供状況の各区分について、具体的な報告項目（救急搬送件数、全身麻酔手術件数、リハビリテーション実施状況、協力医療機関数等）が一覧化された（ガイドライン25頁）。
- 「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、両機能を一つの医療機関が報告することはしない、という明確なルールが新規に示された（同24頁）。一方、在宅医療等連携機能については、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の後方支援を担う場合、複数機能の報告が差し支えないとされた。
- 病床機能報告の区分について、従来の「回復期機能」を、①「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」と、②従来の「回復期機能」を併せて、「包括期機能」として新たに位置付けることが明記された（同26頁）。とりまとめの本文中でも必要病床数の推計等の文脈で「包括期」の語は使用されていたが、病床機能報告における正式な区分再編としての明記はガイドラインが初出である。
- 病床機能報告における機能区分ごとの報告の目安となる入院料の対応表（別添３）が新規に示された（同27頁）。

（3）策定プロセス・検討体制・基本データ

- 2040年までのスケジュールが、「現状・課題の把握（～2027年度上半期）」「区域の設定」「設定した区域の課題の把握」「取組の決定（～2028年度末）」「取組の推進（～2035年度）」という5段階のフロー図（別添１）として可視化された（同8頁）。
- 検討体制について、都道府県調整会議・区域調整会議の設置に加え、介護担当部局・薬務担当部局・国民健康保険担当部局・地域交通担当部局・都市計画担当部局・保健所等の関係部局との連携体制の構築や、介護担当部局との定期的な情報共有の具体的な検討事項（介護保険施設の整備状況の共有、退院支援・在宅医療への移行に関する医療介護双方が参加する協議の場の設置等）が新たに整理された（同28～29頁）。
- 協議に当たって共有すべき基本データの一覧（別添４：人口、患者の流出入、医療機関の資源、手術件数、救急搬送件数、病床稼働率、医療機関の建築物の状況等の確認データとデータ出典）が新規に整理された（同32～35頁）。あわせて、手術件数・救急搬送受入件数を用いた分析を行う際の留意点（受入件数の多寡のみで急性期拠点機能を担う医療機関を決定することは適切でない等）が新たに示された（同30～31頁）。

- 改正医療法に基づく必要病床数等に係る都道府県知事権限（基準病床数に満たない場合や将来の病床数の必要量を超える場合には増床許可を与えないことができる仕組み）について、具体的な要件が新たに解説された（同 58 頁）。

（4）入院医療（急性期拠点機能・手術・救急医療の役割分担）

- 急性期拠点機能を担う医療機関に共通して求められる診療領域として、「消化器外科と整形外科、循環器内科、脳神経外科を中心として、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」という具体的な診療科名が新たに明記された（同 45 頁）。
- 手術症例の集約化・役割分担、救急医療の役割分担（下り搬送・上り搬送のルール化、＃7119・＃8000 の活用推進等）について、急性期拠点機能・高齢者救急地域急性期機能を担う医療機関及び大学病院本院、消防機関等が協議すべき具体的項目が新規に列挙された（同 54～56 頁）。
- 病床整備について、必要病床数と病床機能報告上の病床数との差分を単純に比較して増床の要否を判断するのではなく、市区町村単位等より狭い地域単位での医療資源の把握や、病床稼働率等を踏まえた既存病床の有効活用の検討など、具体的な留意点が新規に追加された（同 57～58 頁）。
- 構想区域内で完結できない医療への対応として、発生頻度の限られた手術等について隣接区域や大学病院本院での対応を検討する体制構築、島嶼など地理的制約がある区域におけるドクターヘリ等を活用した搬送体制の構築等が新たに整理された（同 59～60 頁）。

（5）外来医療（とりまとめから大幅拡充）

とりまとめにおける外来医療の記載は、6.（4）として数行程度の簡潔な記載にとどまっていたが、ガイドラインではⅡ.5 として独立した節に拡充され、現状と課題、協議の進め方、協議事項（休日・夜間も含めた持続可能な提供体制の構築、患者のアクセス確保、効率的かつ効果的な提供の推進）が新たに具体化された。

- 患者のアクセス確保に向けた具体的な取組例（別添 5）として、オンライン診療（D to P、D to P with N、D to D）、送迎支援、巡回診療、宿泊施設・宿泊費補助、有床診療所の活用、隣接都道府県との連携が、実施主体の例とともに一覧化された（同 63 頁）。
- 医科・歯科・薬局が連携した医歯薬連携の具体的な取組例（口腔機能低下が疑われる患者の歯科医療機関への受診つなぎ、服薬情報の相互共有等）が新たに示された（同 64 頁）。

（6）在宅医療

- 在宅医療等連携機能を担う医療機関の具体的な役割として、①急変時の入院受入先としてのバックベッドの確保、②休日・夜間等における自ら往診等による診療の補完、③小児・医療的ケア児等への専門性の高い訪問診療、④訪問看護ステーション等との連携による患者の状態変化の早期把握、⑤連携する診療所等との定期的なカンファレンスの開催、が新たに列挙された（同 66 頁）。

- 効率的な在宅医療提供体制の整備に向けた具体的方策として、ICT 等の活用による平時からの連携体制構築、D to P with N を含めたオンライン診療の活用、在宅療養患者のバイタル等の遠隔モニタリング等の活用、多職種連携に係る具体的取組が新規に整理された（同 67～68）

（7）介護との連携

- 医療機関と介護保険施設の連携による早期退院に向けた具体的な取組例（介護保険施設における医療提供・リハビリテーション機能の理解促進の場の設定、退院時の受入可能な状態像の医療介護間での整理、連携事例のタイムスケジュール共有、介護保険施設と協力医療機関とのマッチング支援）が新規に列挙された（同 70～71 頁）。
- 高齢者施設入所中の利用者が状態変化時に適切な医療を受けられる体制の整備について、令和 6 年度介護報酬改定で施設に義務付けられた協力医療機関確保の 3 要件（医師等による相談対応体制の常時確保、診療体制の常時確保、入所者の急変時の入院受入体制の確保）を踏まえた具体的な連携方策が新たに整理された（同 68～72 頁、脚注 8）。

（8）人材確保・大学病院本院との連携

- 大学病院本院との連携について、地域枠医師・自治医科大学卒業医師等の都道府県内就業契約情報の共有方法や、複数の大学病院本院が関係する地域における役割分担の考え方（特定診療領域に強みを有する大学、特定の構想区域と人的関係が深い大学等を踏まえた分担）、複数大学病院本院が参加する協議の場の設置検討が新規に整理された（同 74～75 頁）。

（9）推進体制（ロジックモデル・PDCA・見直し手続き）

- ロジックモデルの構造（事業・アウトプット→中間アウトカム→分野アウトカムの論理的関係、別添 6）が新たに図解され、「高齢者救急の増加」という課題を例に、「高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の確保」等の取組を「医療機関数」「救急搬送の状況」等の指標で進捗把握し、「高齢者救急に適切に対応できる体制が確保されている状態」を目指す、という具体的な適用例が新規に示された（同 76～78 頁）。とりまとめでは PDCA サイクルの重要性への言及にとどまっていた。
- 地域医療構想の見直しに関する手続きが、①必要病床数の見直し（厚生労働省による医療計画見直しにあわせたパラメータ見直しを都道府県に反映）、②医療機関機能の見直し（各医療機関の希望による見直しと調整会議での影響確認）、③その他の取組等の見直し（人口・患者流出入・交通事情等の変化に応じた点検）に区分して体系的に整理された（同 79～80 頁）。

2. とりまとめとガイドラインの構成対応

ガイドラインは、とりまとめの記載順序を概ね踏襲しつつ、「Ⅰ．地域医療構想の考え方」「Ⅱ．地域医療構想の策定について」「Ⅲ．地域医療構想の推進について」の 3 部構成に再編されている。おおまかな対応関係は次のとおり。

とりまとめにおける記載項目	ガイドラインにおける記載項目	とりまとめから追加された項目やポイント
1.はじめに 2.新たな地域医療構想について	Ⅰ.1　2040 に向けた医療提供体制について Ⅰ.2 地域医療構想について	構想区域の考え方についてはより明確化（Ⅱ.2 医療機関機能で記載）
3.医療機関機能の確保について	Ⅰ.3 医療機関機能の確保について	医療機関機能報告の運用ルールが一部具体化
4.医療需要の推計と病床機能報告について	Ⅰ.4 医療需要の推計について	内容は概ね同一。 算定式等はⅡ.3 へ
5.人口規模に応じた地域ごとの課題について	Ⅰ.3(1)④ 人口規模に応じた地域ごとの課題について Ⅱ.4(1)② (入院医療)地域類型ごとの特性	地域類型（大都市型／地方都市型／人口の少ない地域）ごとの記載として拡充・再編
6.策定について	Ⅱ.1～8 （医療機関機能報告・病床機能報告、策定プロセス、構想区域、入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保）	現状と課題、協議の進め方、協議事項で整理・大幅追記。外来・在宅・介護連携について大幅追記。
7.地域医療構想と医療計画の関係	Ⅲ.2 地域医療構想と医療計画の関係	内容は概ね同一
8.精神保健医療福祉との関係について	Ⅲ.3 精神医療に関する地域医療構想について	変更なし（精神医療のガイドライン策定は引き続き令和 8 年度中目途）
	Ⅲ.1 取組の推進（ロジックモデル等を活用した PDCA サイクルと構想見直し）	PDCA 運用の具体的手法を初めて明示