

令和7年度第3回神奈川県保健医療計画推進会議 資料4-1

協議：新たな地域医療構想の策定に向けて －構想区域について－

- 令和8年度から「新たな地域医療構想」の策定を開始する。
- 「新たな地域医療構想」の策定にあたっては、令和7年度中に行った「現行の地域医療構想の振り返り」での意見や国ガイドラインを踏まえて検討していく必要がある。
- 本資料では、「新たな地域医療構想」の策定に向けた[令和8年度の検討スケジュール案](#)とともに、[本県の構想区域の方向性](#)について説明する。

1. 令和8年度の検討スケジュール案

2. 構想区域とは

3. 検討の視点

4. 検討にあたっての基本的な考え方

5. 本県の構想区域の方向性（案）

【参考】新たな地域医療構想とは

○ 策定の趣旨

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すること。

○ 策定期期

2027年3月 ※現時点予定

○ 目標時期

2040年

○ 新たな地域医療構想の策定に当たって、検討すべき主な事項（例）

- ・ 構想区域 ⇒本資料で説明
- ・ 入院医療と外来・在宅医療、介護連携の一体的な検討（協議方法・検討体制等）
⇒資料4-2で説明
- ・ 医療機関機能
- ・ 病床機能
- ・ 必要病床数 など

【参考】新たな地域医療構想に関する国のとりまとめ概要

令和6年12月18日社会保障審議会医療部会資料

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報告書より作成

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

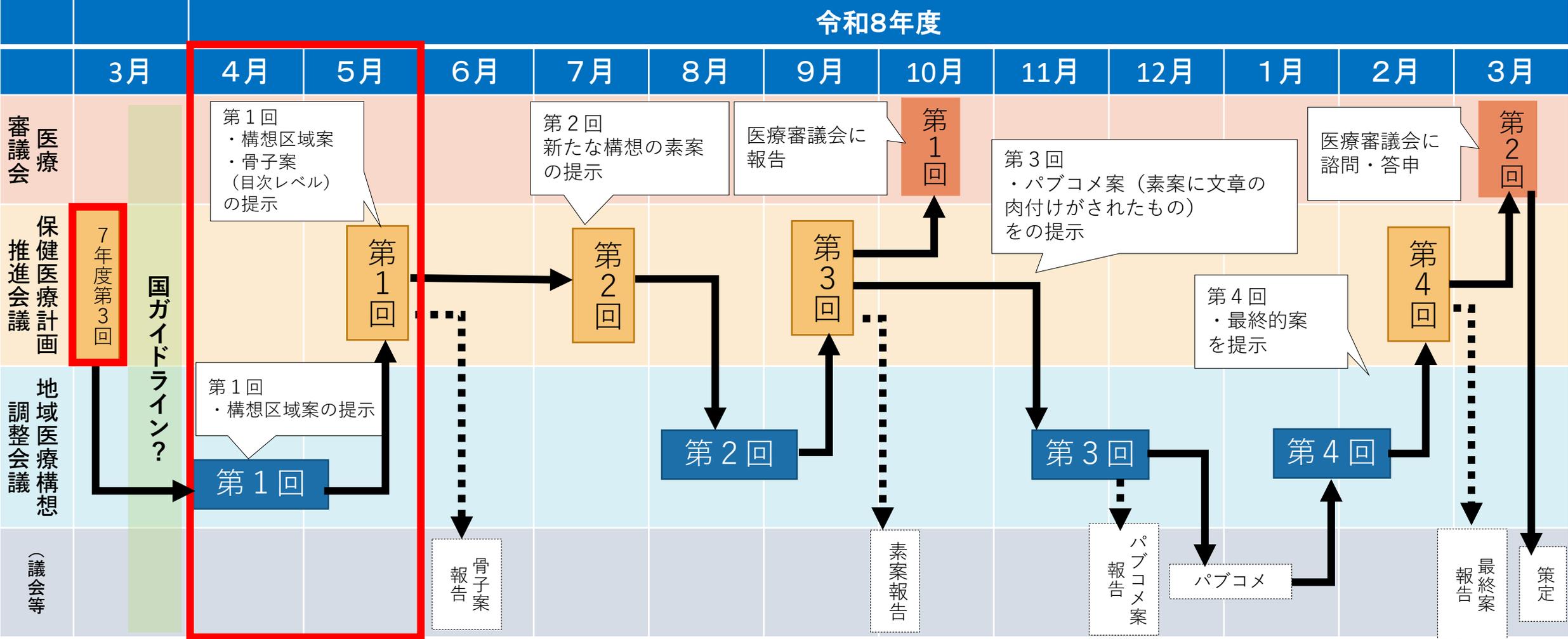
1 令和8年度の検討スケジュール案

〔ア 考え方〕

- 県では、令和8年度中の「新たな地域医療構想」の策定を想定している。
- また、令和8年度は「第8次神奈川県保健医療計画」の中間年度になるため、計画の中間見直しについても検討する必要がある。
- そのため、令和8年度は会議の開催回数を3回⇒4回に増やすことを想定。
 - ・ **神奈川県保健医療計画推進会議** 例年：3回 → R8年度：4回
 - ・ **各地域の地域医療構想調整会議** 例年：3回 → R8年度：4回
- なお、令和7年度末に国が都道府県に示す予定の策定ガイドラインを踏まえ、スケジュールについては改めて検討予定

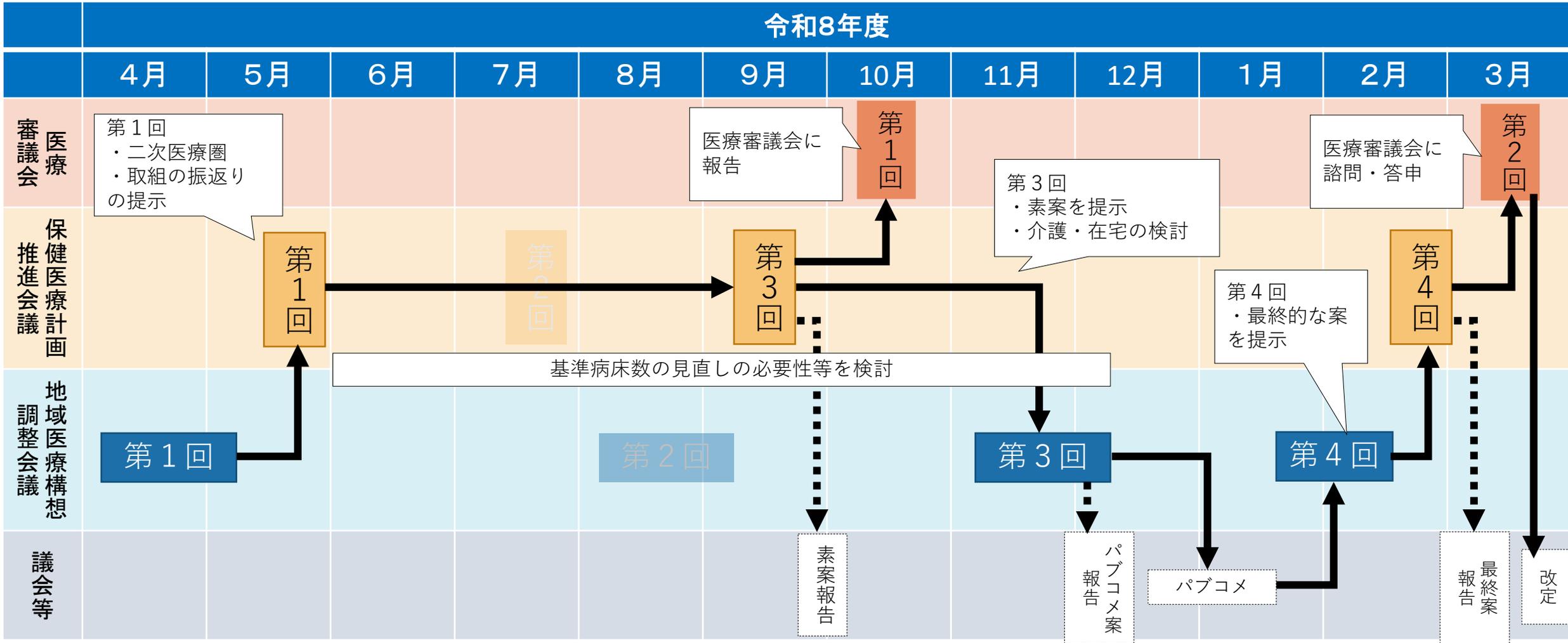
1 令和8年度の検討スケジュール案

〔イ 新たな地域医療構想の策定スケジュール案〕



1 令和8年度の検討スケジュール案

〔ウ 第8次保健医療計画の中間見直し検討スケジュール案〕



2 構想区域とは -医療法・二次保健医療圏等との関係-

〔構想区域とは〕

- 医療法上、「地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として、厚生労働省令で定める基準に従い定める区域」と規定

〔二次医療圏等との関係〕

- 本県では、機能分化・連携を含め地域の医療提供体制の確保を図る区域として、保健医療計画の中で「二次保健医療圏」を定めているが、国告示では「構想区域は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置いて設定すること」とされている。



構想区域は、原則として二次医療圏を基本として設定するとともに、老人福祉圏域との整合性が求められる。

※本資料における用語の使用について

法令上は「二次医療圏」、「老人福祉圏域」であるが、本県計画上の用語に合わせ、以降のスライドでは「二次保健医療圏」、「高齢者保健福祉圏域」と呼称する。

- 構想区域については、**①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のため**の、大きく2つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

構想区域 の 役割

① 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

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒**人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要**

② 必要病床数の運用

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、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、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒**都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定**

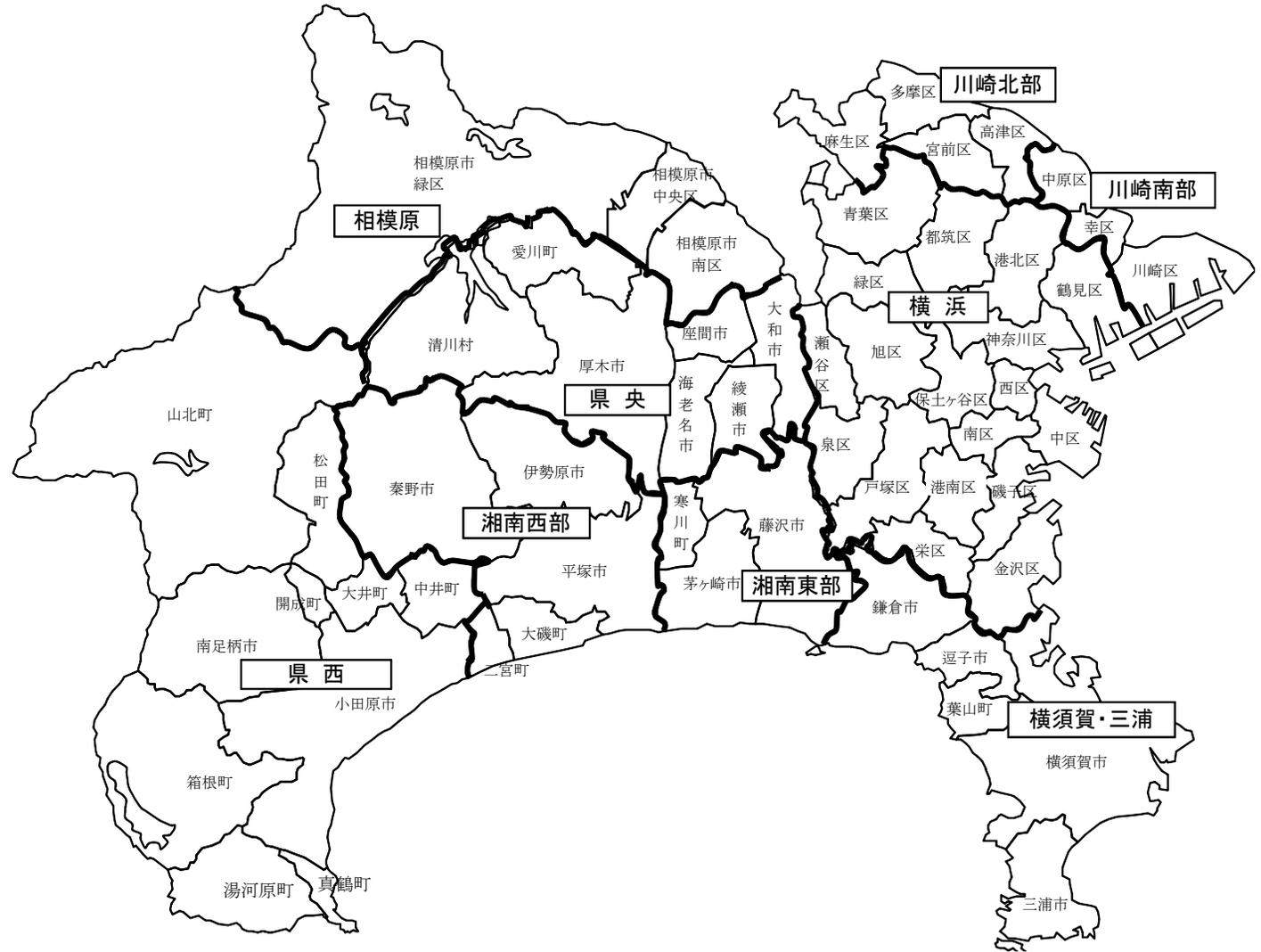
【参考】 本県における圏域の設定状況（二次保健医療圏、構想区域、高齢者保健福祉圏域）

〔構想区域／二次保健医療圏〕

・ 右図のとおり、9つの圏域を設定

〔高齢者保健福祉圏域〕

・ 川崎を1圏域として8つの圏域を設定



【参考】医療に関する圏域

(平成26年9月18日国会議資料参考)

| | 二次保健医療圏 | 構想区域 | 高齢者保健福祉圏域 | 精神医療（病床） |
|---------------------|---|---|---|---|
| 根拠法令 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療法 <ul style="list-style-type: none"> ・第30条の4第2項第14号 ○医療法施行規則 <ul style="list-style-type: none"> ・第30条の29第1号 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療法 <ul style="list-style-type: none"> ・第30条の4第2項第7号 | <ul style="list-style-type: none"> ○老人福祉法 <ul style="list-style-type: none"> ・第20条の9第2項 ○介護保険法 <ul style="list-style-type: none"> ・第118条第2項 | <ul style="list-style-type: none"> ○医療法 <ul style="list-style-type: none"> ・第30条の4第2項第14号 ○医療法施行規則 <ul style="list-style-type: none"> ・第30条の29第2号 |
| 設定に関する基準 (法令の規定) | <p>地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域</p> | <p>地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域</p> | <p>都道府県介護保険事業支援計画においては、当該都道府県が定める区域ごとに当該区域における各年度の・・・<u>介護給付等対象サービスの量の見込みを定めるものとする</u></p> | <p>地域の実情を勘案して弾力的に設定</p> |
| その他 | <p>⇒ 入院医療を提供する体制確保のための地域単位</p> <p>⇒ 病床整備の検討を行うための地域単位</p> | <p>⇒ 必要病床数の検討を行うための地域単位</p> <p>⇒ 4つの病床機能ごとに、地域で役割分担を検討する地域単位</p> | <p>⇒ 介護給付等対象サービスの種類ごとの見込みを定めるための地域単位</p> | <p>⇒ 本県は県全体を1圏域として設定</p> |

＜一次保健医療圏＞ ⇒ 市町村単位で設定

- 地域住民に密着した保健医療福祉サービスと日常の健康管理やかかりつけ医による初期医療や在宅医療を提供していくための最も基礎的な地域単位として、市区町村を区域として設定。
- 休日夜間急患センターなどによる初期救急医療や母子保健事業、介護保険制度など住民に身近なサービスは市町村が主体となって実施しており、市町村の役割が重要。

＜二次保健医療圏＞ ⇒ 9つの区域に分けて設定

- 一般的な入院医療への対応を図り、保健・医療・福祉の連携した総合的な取組を行うために、市区町村域を超えて設定する圏域。
- 保健・医療・福祉における広域的な連携を図る観点から、高齢者保健福祉圏域及び障害保健福祉圏域と同一の圏域を設定。

＜三次保健医療圏＞ ⇒ 県全域で設定

- 高度・特殊な専門的医療や広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するために設定する圏域。本県では県全体を1区域として設定。

3. 検討の視点

- 本日の会議では、構想区域の**県全体の方向性等**を議論し、令和8年度第1回地域医療構想調整会議等において、国ガイドライン等も踏まえた構想区域案の提示を行う予定
- スライド20ページでお示しする「**構想区域の方向性等（案）**」については、次の視点を踏まえて整理した。

— 検討の視点 —

- ① **医療を取り巻く環境の変化**
- ② **病床整備との関連**
- ③ **入院医療と外来・在宅医療、介護連携の一体的な検討**
- ④ **これまでの会議等でいただいたご意見**

3. 検討の視点（①医療を取り巻く環境の変化）

- 医療を取り巻く環境の変化としては、主に次の要素が考えられる。
 - ・ **85歳以上の高齢者が2040年に向けて増加**
 - 高齢者を中心に、医療・介護の複合ニーズは今後も増加する。
 - ・ **生産年齢人口（働き世代）は、2025年以降さらに減少が加速**
 - 他業種を含めてすでに人材の獲得競争は激化しており、
今後はより一層、医療従事者の確保が困難となる。
 - 合計特殊出生率等を見ても、当面の間は改善の見通しが立たない。



- 2040年に向けては、医療・介護の複合ニーズの増加に対して医療資源の増加は見込めないことを前提として、構想区域を検討する必要があるのではないか。
- 構想区域を細分化すると、細分化された地域内での医療提供体制の構築が求められる。医療を取り巻く環境の変化を踏まえると、「構想区域を統合する」という選択はあるが、「細分化する」という選択は難しいのではないか。

3. 検討の視点（②病床整備との関連）

- これまでの構想区域（二次保健医療圏）での主な議論は「病床機能又は病床整備」
 - ・ **病床機能（2025プラン）の変更等に関する協議**
 - ・ **病床の整備（病床整備事前協議）に関する協議**
- これまでの協議の積み重ねにより整備・転換を進め、形成してきた各地域の病床のバランスがある。
- また、近年は病床機能等の分析に関する「**データによる地域の見える化**」の取組を進めてきた。
 - これらの取組は、現行の区域単位で実施しているため、構想区域を見直すとした場合、経年比較が困難となる可能性がある。



- これまでの取組・積み重ねを活かす観点では、現在の構想区域をベースとして
はどうか。

3. 検討の視点（③入院医療と外来・在宅医療、介護連携の一体的な検討）

- 新たな地域医療構想では、入院医療と外来・在宅医療、介護連携を一体的に捉えて、医療・介護提供体制を検討していくとの方向性が示されている。



- 今後、これまで以上に医療・介護との連携が求められることから、構想区域と高齢者保健福祉圏域との整合性について、特に留意する必要があるのではないか。

3.検討の視点（④これまでの主なご意見）

- 構想区域の見直し（統合・細分化等）についてのご意見
- 隣接する地域と情報共有等を行える工夫についてのご意見



- 「現在の構想区域のままでよい」とする意見が多い。
- 隣接地域との情報共有等を行える工夫については、議題に応じた地域医療構想調整会議の合同開催や、隣接地域の会議への参加（発言権のあるオブザーバー参加）等の対応を検討してはどうか。

【参考】令和7年度第3回各地域地域医療構想調整会議での主なご意見

〔現行のまま又は特に意見なし〕

- 現行の区域のままでよい又は特に意見なし
(相模原、湘南東部、県央、県西)
- 現行の区域のままでよいが、区域内でのバランスには留意が必要
(湘南西部)
- 現行の区域のままでよいが、各方面ごとの議論は続けていくべき。(横浜)
- 現行の区域のままでよいが、他の構想区域と近接する地域にある医療機関の意見を聞いてほしい。(横須賀・三浦)

〔その他の意見（川崎北部・川崎南部）〕

- 政令市で構想区域を2つに分けている地域は川崎以外にない。1つの市を南北に分ける意味はなくなってきているのではないか。
- 北部は高齢者人口が急増と言われていたため、南北の地域特性を踏まえて検討する必要がある。

4. 検討に当たっての基本的な考え方

- これまでの取組や意見等を考慮し、現在の構想区域をベースに、運用面での工夫も検討する。
- 構想区域の細分化はせず、仮に見直す場合でも広域化を基本とする。
- 医療・介護連携の観点から高齢者保健福祉圏域との整合性に留意する。

5. 本県の構想区域の方向性（案）

〔構想区域について〕

- 基本的に構想区域は現状を維持する。
- ただし、川崎は北部と南部の統合について検討を行っていくこととする。
 - ※ 川崎地域では、すでに地域医療構想調整会議を一体で開催

〔運用上の工夫について〕

- 隣接地域と関わりについて、次のような**運用上の工夫を図っていくことを検討する。**
 - 運用上の工夫（例） -
 - ・ **議題に応じた地域医療構想調整会議の合同開催**
 - ・ **隣接地域の会議への参加（発言権のあるオブザーバー参加）**

- **本県の構想区域の方向性（案）についてご意見をいただきたい。**

本県の構想区域の方向性（案） … スライド20

- なお、本日いただいたご意見も踏まえ、令和8年度第1回地域医療構想調整会議（4～5月開催予定）において、構想区域案を提示する。

説明は以上です。

【参考】各地域の人口状況等

| 二次保健医療圏 | 2025年人口 | 2040年推計人口 | 基準病床数 | 既存病床数 (2025年 4月1日時点) | 2025年の 必要病床数 |
|---------|-----------|-----------|--------|----------------------------|-----------------|
| 横 浜 | 3,753,398 | 3,664,048 | 25,209 | 23,217 | 30,155 |
| 川崎北部 | 862,715 | 900,400 | 4,279 | 4,130 | 5,103 |
| 川崎南部 | 672,426 | 706,668 | 3,658 | 4,590 | 5,324 |
| 相模原 | 716,494 | 682,037 | 6,389 | 5,910 | 7,236 |
| 横須賀・三浦 | 683,058 | 580,176 | 5,238 | 5,020 | 6,130 |
| 湘南東部 | 741,383 | 720,853 | 4,726 | 4,435 | 4,577 |
| 湘南西部 | 574,110 | 517,803 | 4,360 | 4,495 | 5,501 |
| 県 央 | 867,201 | 816,637 | 5,229 | 5,324 | 5,703 |
| 県 西 | 331,774 | 280,400 | 2,678 | 2,914 | 2,681 |
| 合 計 | 9,202,559 | 8,869,022 | 61,766 | 60,035 | 72,410 |

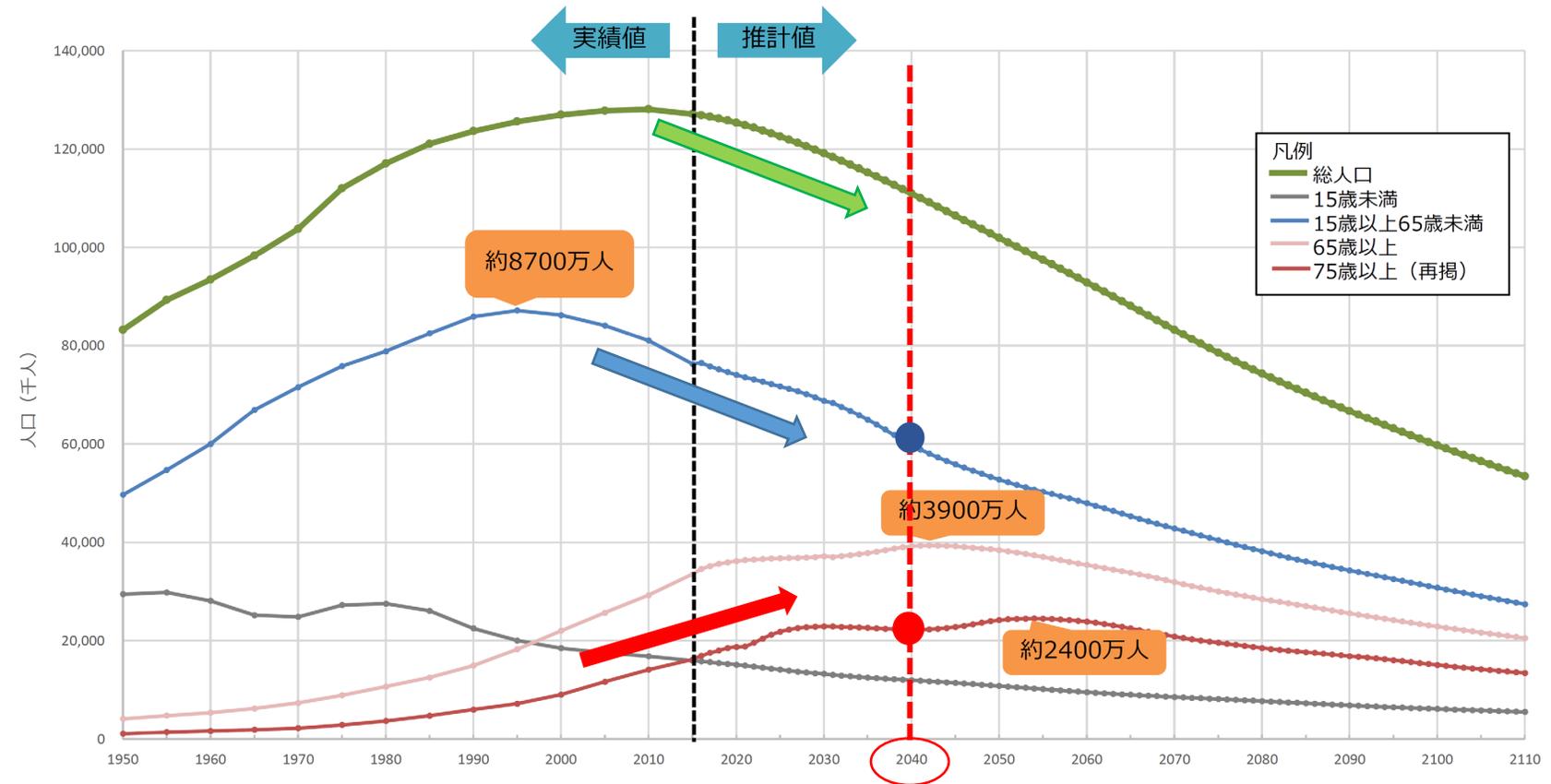
※ 2025年人口：総務省「【統計】令和7住民基本台帳年齢階級別人口（市町村別）」より

※ 2040年推計人口：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年推計）」より

※ 既存病床数には、前年度までの事前協議承認分、医療法第7条第3項の許可を要しない診療所として決定された分を含んでいます。

【参考】全国の人口動態① 2040年頃に65歳以上人口がピーク

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代(生産年齢人口)の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳(後期高齢者)となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」
※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

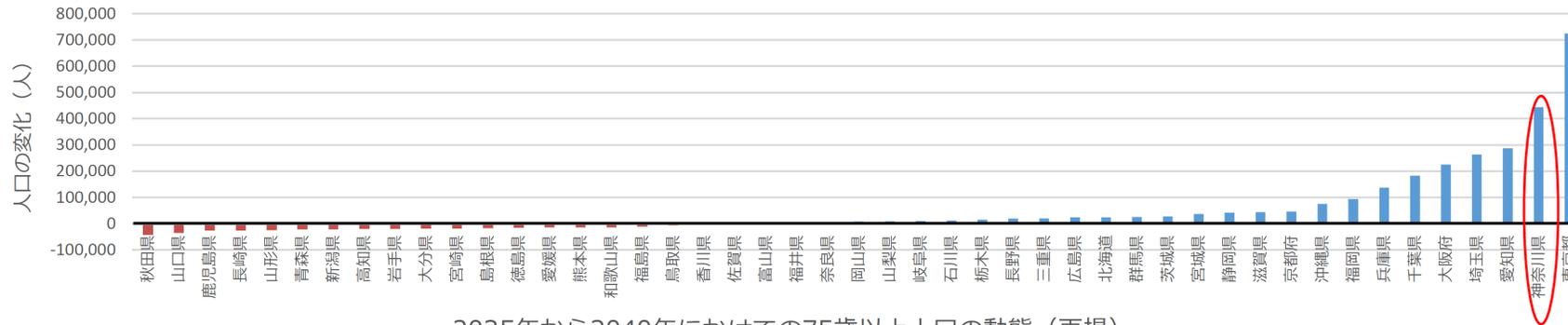
【全国の見通し】

- 総人口は減少
- 生産年齢人口は減少
- 65歳以上人口は2040年頃まで増加し、その後減少

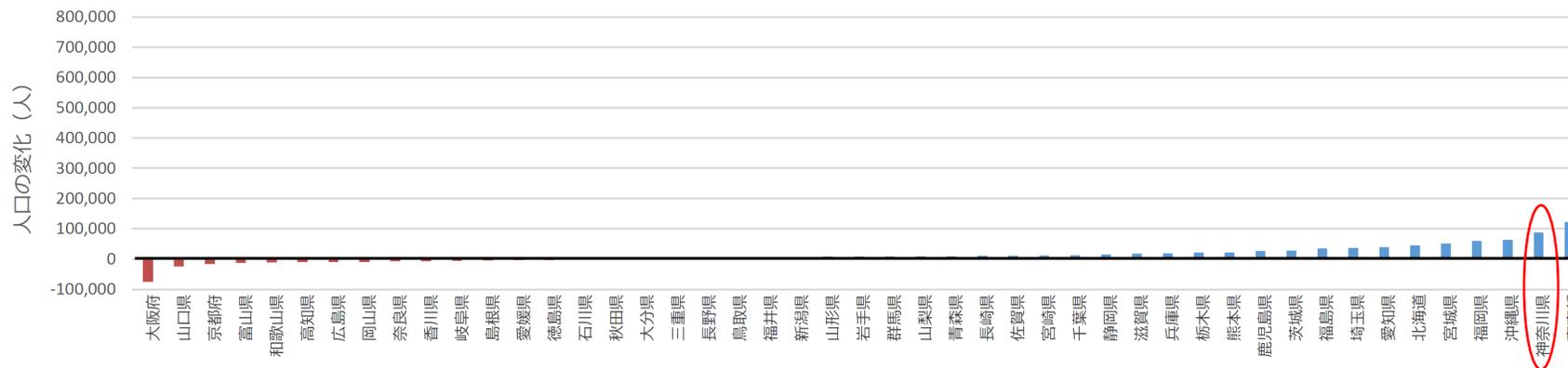
【参考】全国の人口動態② 65歳以上／75歳以上の人口

- 都道府県単位で見ると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する(計21県)。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が多い。
- また、75歳以上人口で見ると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が多い。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。

2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動態



2025年から2040年にかけての75歳以上人口の動態 (再掲)



【全国の見通し】

○2040年にかけて、高齢化が低下（65歳以上人口が減少）する都道府県も発生

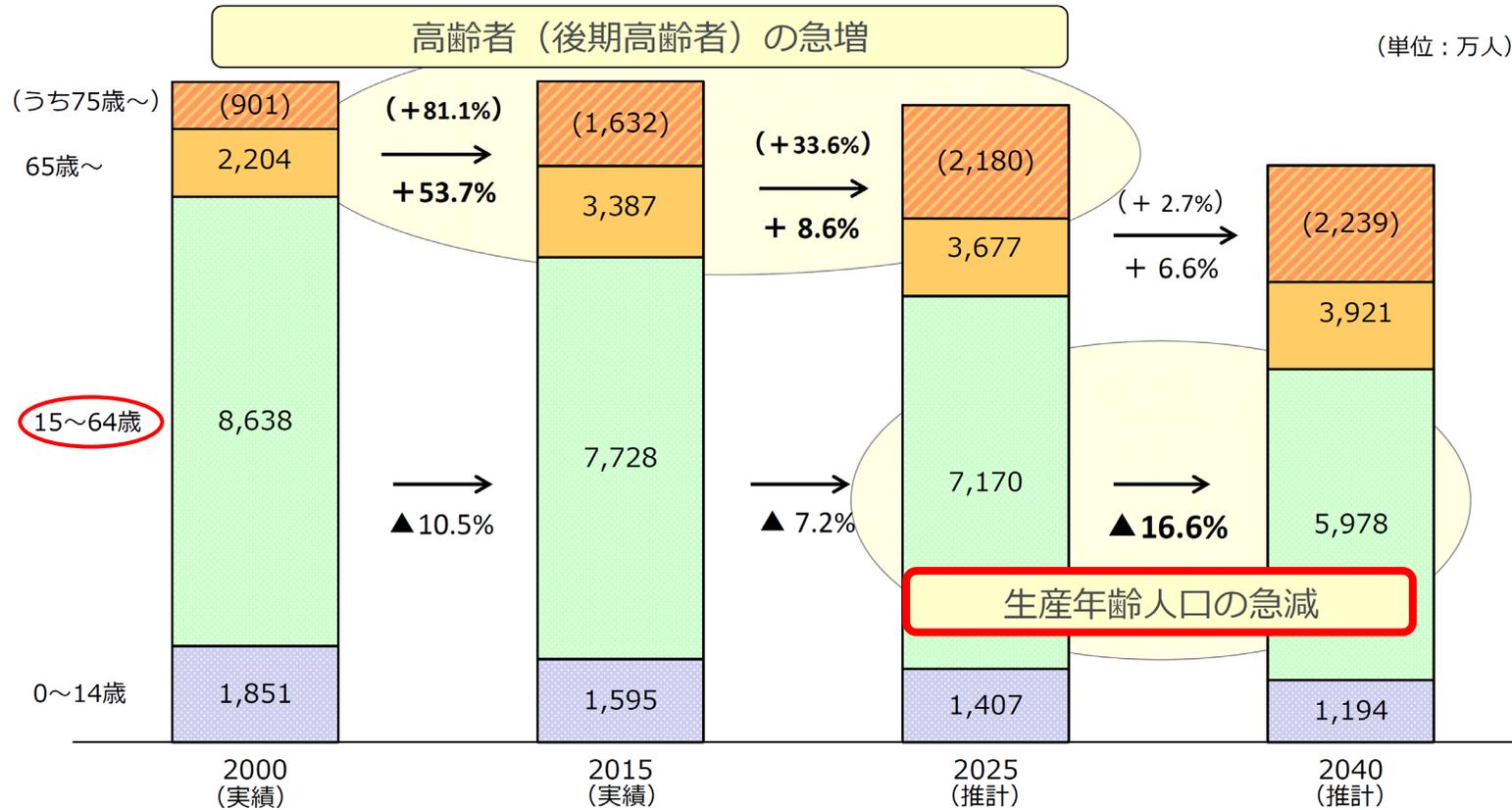
○本県は、2040年にかけて65歳以上、75歳以上ともに、人口が大きく増加

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（平成30（2018）年推計）」12

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



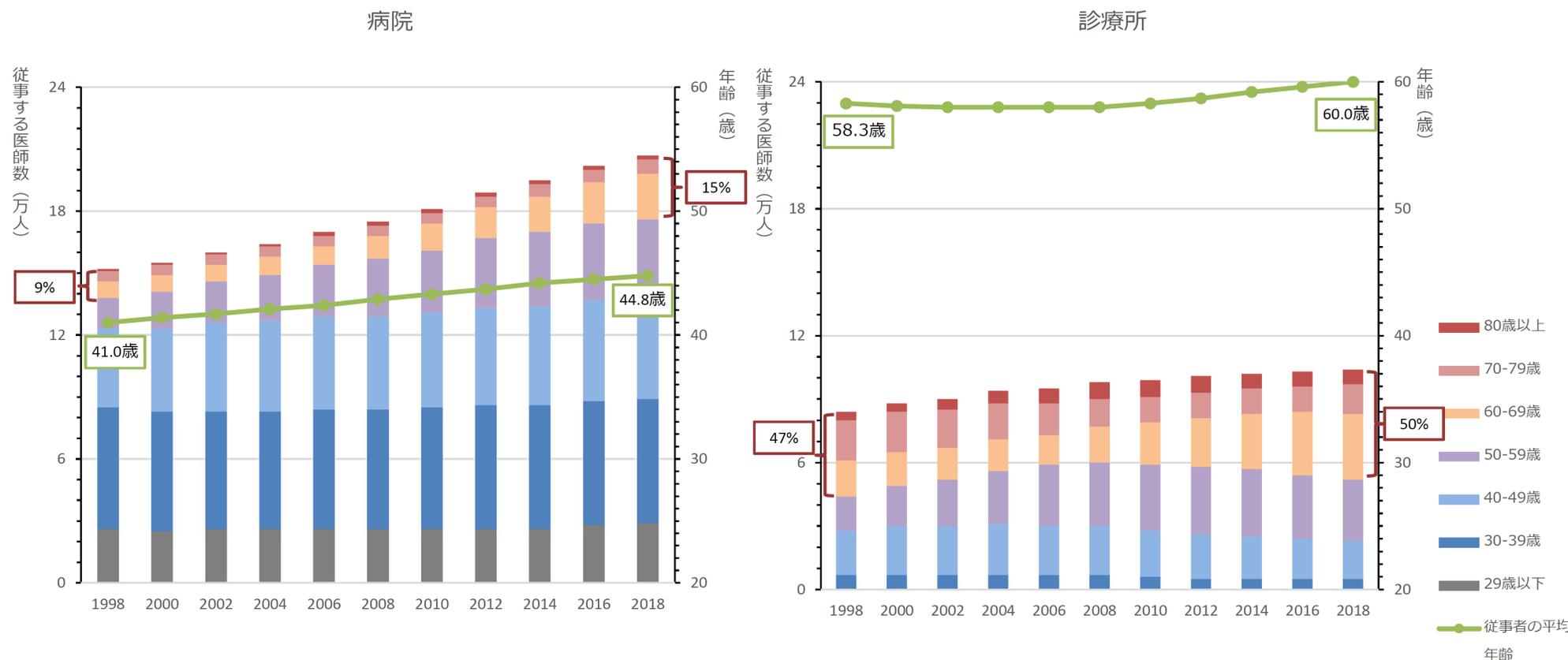
(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

【全国の見通し】

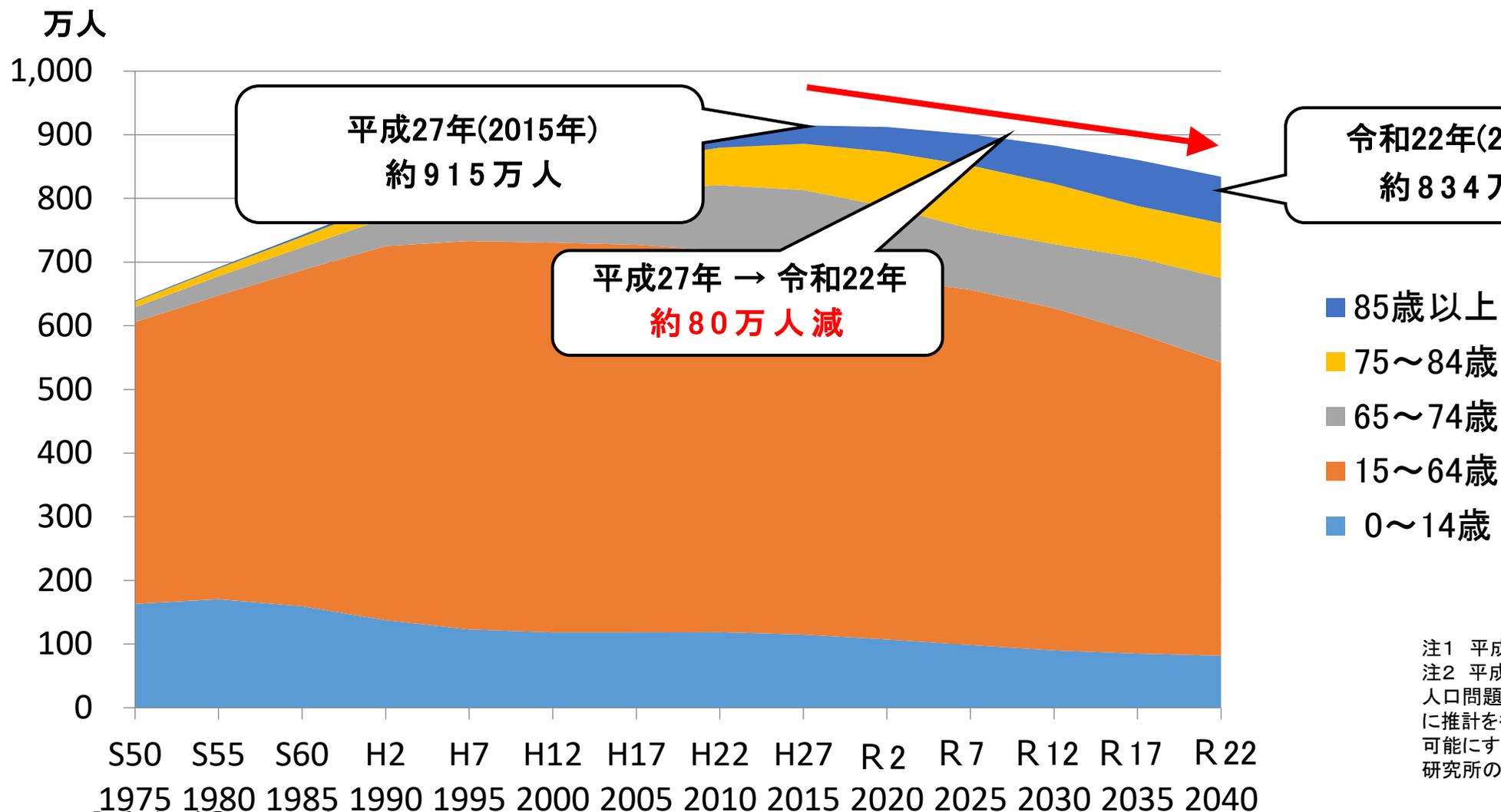
- 生産年齢人口はすでに減少に転じている。
- 2025年以降は、さらに減少が加速

- 病院に従事する医師数は、ここ20年で5.5万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は15%に増加しており、平均年齢は44.8歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で2.0万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は50%程度で、平均年齢は60.0歳まで上昇している。

年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移



人口が全国第2位の**本県**においても、すでに人口減少時代が到来



注1 平成22年度までは、国勢調査による
注2 平成27年度以降は、国立社会保障・人口問題研究所による推計（本県も独自に推計を行っているが、他県との比較等を可能にするため、国立社会保障・人口問題研究所の推計を使用。）

【参考】神奈川県人口動態② 2040年の老年人口割合30%超

2040年には老年人口（65歳以上）が33.3%に達する見込み。

