



令和 8 年度第 3 回神奈川県保健医療計画推進会議 資料 1

協議：新たな地域医療構想の策定

目次

- 本資料では、新たな地域医療構想（以下、「次期構想」という。）の**策定スケジュール**及び国の推計ツールに基づく病床機能区分ごとの**将来（2040年）の必要病床数の算定結果**について説明する。
- また、第2回地域医療構想調整会議では、主に「入院医療」をテーマに、診療実績データ等に基づき、課題の抽出等に関する議論を行った。**各地域での主な意見等を共有するとともに、第3回以降の地域医療構想調整会議での議論の進め方について説明**する。

- 1-1 次期構想の策定時期
- 1-2 次期構想策定までのスケジュール案
- 2-1 必要病床数の算定（国の考え方／算定式）
- 2-2 必要病床数の算定結果
- 2-3 必要病床数に関する本県の取扱い
- 3 第2回地域医療構想調整会議における議論
- 4 ご意見を伺いたい事項

1－1 新たな地域医療構想（次期構想）の策定時期

（参考）令和8年7月3日付け厚生労働省医政局長通知「地域医療構想ガイドラインについて」等を基に作成

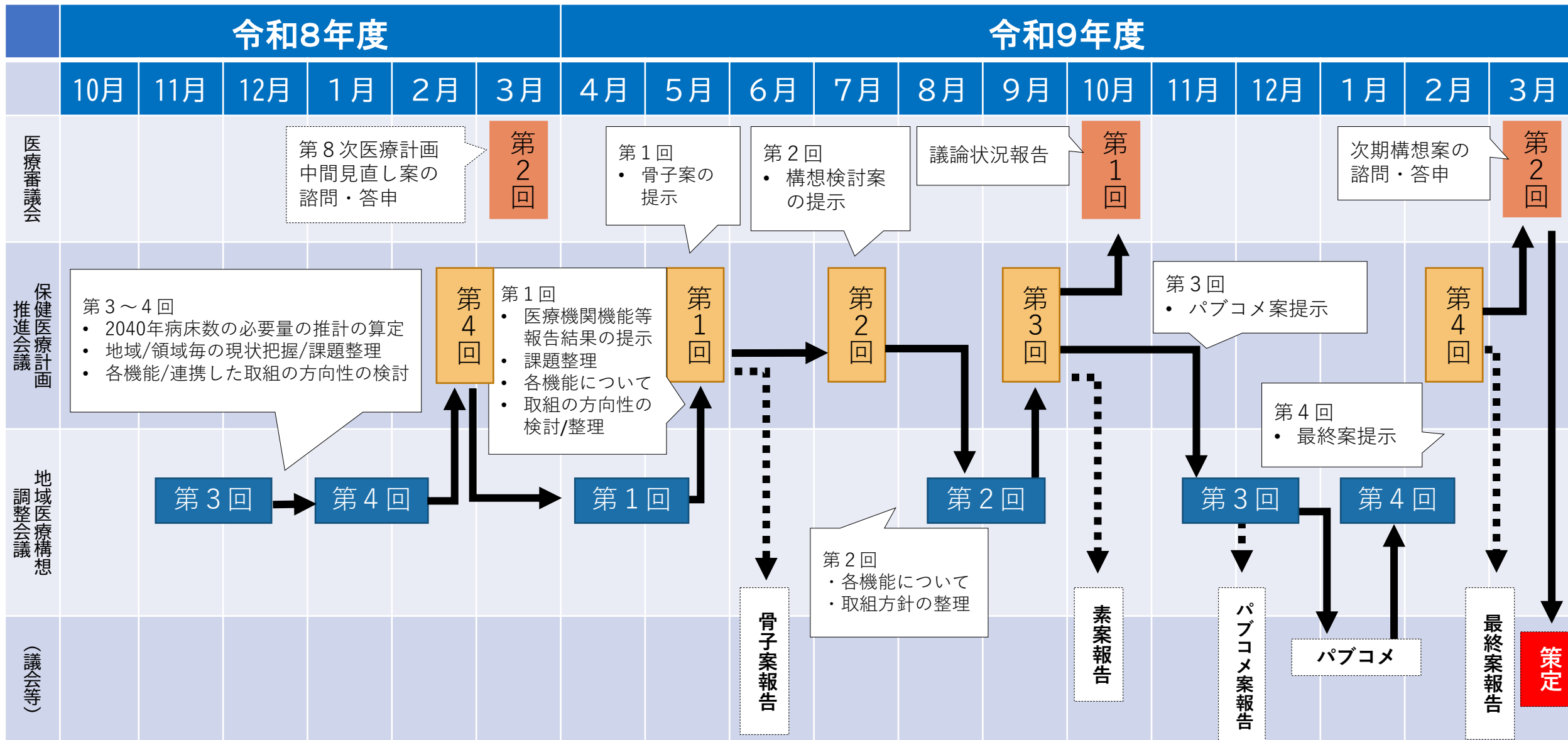
- 次期構想は、遅くとも2028（令和10）年度末までに策定とされているが、本県は、**2027（令和9）年度末まで**に策定し、2028（令和10）年度以降で疾病・事業別の具体的な取組に関する協議を開始し、第9次保健医療計画（2030（令和12）年度～）への反映を目指す。

➤ 策定に向けた項目別の検討の流れ

検 討 項 目	R 8年4～9月		10月～R 9年3月	4～9月	10月～R10月3月	R10年4月以降
構想区域設定	・ 構想区域の検討		・ 構想区域の設定(決定)			
2040年病床数の必要量の推計(必要病床数)		・ 必要病床数の算定		・ 病床機能報告結果の収集、分析 ・ 病床機能分化・連携に向けた協議		
医療機関機能の確保	・ 医療提供の現状把握、課題整理	・ 医療機関機能報告開始(自院の判断で報告) ・ 医療提供の現状把握、課題整理		・ 報告結果の共有 ・ 不足する機能等課題整理 ・ 地域毎に必要な機能の検討、設定	・ 医療機関機能報告(設定した機能で報告)	・ データに基づき役割分担が適切か評価し、必要な取組を検討
取組の方向性の検討	・ 地域毎/領域毎の医療提供体制に係る現状把握、課題の整理			・ 領域毎の地域課題に応じた対応策の検討、 具体的な取組のあり方・方向性の整理		構 想 策 定 ・ 疾病・事業別に具体的な取組の検討 ・ 取組の実現に向けた体制の整備 ➤ 医療計画に反映
	第2回調整会議	第3回調整会議	第4回調整会議	第1・2回調整会議	第3回調整会議	
	入院医療	外来/在宅医療 介護連携	人材確保 入院医療 等	・ 領域毎に地域特性(課題)を踏まえた取組の方向性を整理 ・ 役割分担と連携する仕組み(取組)、疾病・事業別に検討すべき事項の整理	・ 医療計画上の取組として疾病・事業別に検討を進めるべき事項(取組の方向性・方針)の確定 ➤ 構想の方針決定	
増える需要、変わる需要を限りある資源で、医療のどの機能/役割で受け止めるのか。不足する医療提供体制や病病連携、病診連携、医療機関と施設との連携、多職種との連携等がないか、必要な取組は何か、意見交換						

2

1-2 次期構想策定までのスケジュール案



参考 次期構想の記載事項/検討事項

(参考) 令和8年8月5日付け厚生労働省医政局長通知「地域医療構想の作成について」等を基に作成

- 次期構想については、都道府県は遅くとも2028年度末までに策定することが求められている。
- 次期構想の主な記載事項は次のとおりであり、改正医療法第30条の3第1項に規定する基本方針に即し、かつ、地域の実情に応じ定める。
- 次期構想の方向性を踏まえ、具体の取組(疾病・事業別)は第9次医療計画(2030年度～)に反映

主な記載事項/検討する具体的事項

- ・ 地域の現状や課題
- ・ 構想区域
- ・ 2040年の病床数の必要量（＝「必要病床数」）
(医療計画の見直しのタイミングに合わせ、2030年、2036年に取組状況、成果を踏まえ見直しを行う)
- ・ 2040年の医療機関機能の見通し
(各医療機関が2040年に担う医療機関機能・具体的な役割を遅くとも2028年度末までに設定)
- ・ 入院医療・外来医療・在宅医療に係る医療提供体制の確保
(医療需要の見込みを踏まえた医療提供体制の確保や病病連携、多職種連携に向けた取組等)
- ・ 介護との連携に係る取組
(介護保険施設等の資源の活用の方角性、医療機関と高齢者施設等との具体の連携のあり方等)
- ・ 人材確保に向けた取組
(医療機関機能の見通し等を踏まえた人的協力、連携する大学病院本院の名称や具体的な連携の方角性等)

参考 精神医療に関する地域医療構想の国検討状況

(出典)令和8年9月2日開催 第1回精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ(資料2)
(参考)令和8年7月3日付け厚生労働省医政局長通知「地域医療構想ガイドラインについて」等を基に作成

- 改正医療法により、地域医療構想に精神医療が位置付けられた。国では「精神医療に関する地域医療構想ワーキンググループ」を設置し、策定ガイドラインの作成(令和8年度末目途)に向け、検討を開始している。
- 国は、当ワーキンググループにおいて、都道府県は、当該ガイドライン発出後に取組の検討を進め、2029(令和11)年3月までに精神医療を含む地域医療構想を策定するとのスケジュールを示している。

精神医療に関する地域医療構想に係る今後のスケジュール(見込み)		
	精神医療に関する地域医療構想	医療計画
令和8年度	- 精神医療を含む地域医療構想策定ガイドラインの作成に向けて国で議論 <u>ガイドラインの作成(令和8年度末を目途)</u>	第8次医療計画(後期)に向け、都道府県において見直しの議論
令和9年度	医療機関機能等報告制度への報告開始 (令和9年10月施行) 都道府県において精神医療を含む地域医療構想の策定 (令和11年3月末までに策定)	第8次医療計画(後期)施行
令和10年度	地域医療構想に精神医療が追加 令和10年4月施行※ ※令和11年3月末までの間 既存の地域医療構想について、 精神医療を含む地域医療構想とみなす	地域医療構想を踏まえ、第9次医療計画見直しに向けて国において議論
令和11年度	都道府県が策定した地域医療構想に基づく取組を進める。	地域医療構想を踏まえ、第9次医療計画策定に向け、都道府県において見直しの議論
令和12年度		第9次医療計画施行

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループの進め方について(案)

○ 本ワーキンググループにおいては、主に、

- ・ 2040年に向けた精神医療提供体制の基本的な方向性
- ・ 構想区域、必要病床数、医療機関機能・病床機能等の制度枠組み
- ・ 一般医療との連携をはじめとする個別の課題や取組についての協議の場の設定や方向性の確認

を検討の対象とし、一般医療における地域医療構想の内容を踏まえながら議論を進めることとする。

その上で、策定された地域医療構想の実現に向けた具体的な施策や、外来医療・在宅医療、介護・福祉との連携等については、これまでの医療計画等における取組も踏まえながら、実行計画である第9次医療計画を見据えながら検討を行い、上記の構想全体の枠組みを踏まえた課題認識や基本的な方向性を位置付ける。

精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ

〈主として取り扱う議題〉

- ・ 構想全体の枠組み
- ・ 精神医療に係る総論的事項
- ・ 構想区域
- ・ 地域医療構想調整会議
- ・ 各関係者に期待される役割
- ・ 病床機能区分、必要病床数の推計方法
- ・ 医療機関機能・報告制度 等

連携

関係する審議会・検討会等

- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・ 精神保健福祉法における入院医療による支援
- ・ 気分障害、依存症、ストレス関連障害等の対策
- ・ 精神保健指定医の資質等の確保に向けた取組 等

2-1 必要病床数の算定（国の考え方／算定式）

（参考）医療法等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令等を基に作成

国の考え方

- 必要病床数は、**各構想区域において、病床機能別に2040年に必要とされる病床数の推計値**
- 全国横並びでの比較・検討のため、国から各都道府県に全国一律の算定式による推計ができるよう推計ツールが提供され、推計ツールによる算定結果の変更はできない。
- なお、入院受療率や人口推計等の変化を考慮し、医療計画の見直しのタイミングに合わせ、**2030年、2036年に見直しを想定している。**

算定式

<必要病床数の算定式>

必要病床数 = 医療需要（2040年度） / 病床稼働率

全国一律：変更不可

（算定条件）

- ・ 医療需要(2040年度) = Σ (将来推計人口 $\times$ 入院受療率(2024年度) $\times$ 病床数適正化事業の効果 $\times$ 地域医療構想の取組等の効果 $+ 75$ 歳以上急性期患者の包括期への移行の効果 $-$ 回復期リハビリテーションの効率化の効果)
- ・ 入院受療率(2024年度) = 医療需要(2024年度) / 人口(2025年1月1日)
- ・ 地域医療構想の取組による効果は、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、入院受入時からのリハビリ等の提供、早期退院、在宅医療や介護との連携による効率化分
- ・ 75歳以上急性期患者の包括期への移行の効果は、急性期はマイナス、包括期はプラスに算定、回復期リハビリテーションの効率化の効果は包括期のみ算定
- ・ 病床稼働率は、今後の医療DX等の取組みの効果を加算し、**高度急性期79%、急性期84%、包括期89%、慢性期92.5%と設定**

2-1 必要病床数の算定結果（県全体）

（参考）令和9年4月1日施行 医療法施行規則(令和8年厚生労働省令第119号)等を基に作成

- 国の推計ツールに基づく算定結果で、推計ツールの結果は都道府県で変更できない仕様となっている。
「改革モデル」を反映した必要病床数は、現行の基準病床数や既存病床数に近づいたものとなっている。

構想 区域	機能 区分	①2025 必要病床数 (現行)	②2040 必要病床数 (従来ベース)	③2040 必要病床数 (改革モデル反映)	④基準病床数 (第8次計画)	⑤既存病床数 (2026.4.1)
県全体	高度急性期	9,419	10,479	9,450	—	—
	急性期	25,910	26,022	15,682	—	—
	包括期	20,934	21,886	22,807	—	—
	慢性期	16,147	17,709	14,994	—	—
	合計	72,410	76,096	62,933	61,766	59,742

2-2 必要病床数の算定結果（横浜、川崎北部、川崎南部）

構想区域	機能区分	①2025 必要病床数 (現行)	②2040 必要病床数 (従来ベース)	③2040 必要病床数 (改革モデル反映)	④基準病床数 (第8次計画)	⑤既存病床数 (2026.4.1)
横浜	高度急性期	4,187	4,342	3,930	—	—
	急性期	10,687	10,244	6,234	—	—
	包括期	8,883	9,043	9,210	—	—
	慢性期	6,398	5,792	4,907	—	—
	合計	30,155	29,421	24,281	25,209	22,993
川崎北部	高度急性期	687	972	874	—	—
	急性期	1,808	2,253	1,402	—	—
	包括期	1,437	1,567	1,670	—	—
	慢性期	1,171	1,615	1,361	—	—
	合計	5,103	6,407	5,307	4,279	4,249
川崎南部	高度急性期	856	1,082	969	—	—
	急性期	2,327	2,726	1,684	—	—
	包括期	1,569	1,561	1,804	—	—
	慢性期	572	590	496	—	—
	合計	5,324	5,959	4,953	3,658	4,516
(北部+南部)	計	10,427	12,366	10,260	7,937	8,765

※現在、構想区域を検討中の川崎地域については、仮に構想区域を見直すこととした場合、推計ツールを用いて赤枠部分の再算定を行う

2-2 必要病床数の算定結果③（相模原、横須賀・三浦、湘南東部）

構想 区域	機能 区分	①2025 必要病床数 (現行)	②2040 必要病床数 (従来ベース)	③2040 必要病床数 (改革モデル反映)	④基準病床数 (第8次計画)	⑤既存病床数 (2026.4.1)
相模原	高度急性期	808	892	808	—	—
	急性期	2,305	2,100	1,291	—	—
	包括期	1,710	1,523	1,629	—	—
	慢性期	2,413	2,891	2,454	—	—
	合計	7,236	7,406	6,182	6,389	5,945
横須賀・三浦	高度急性期	780	825	739	—	—
	急性期	2,210	1,901	1,101	—	—
	包括期	1,913	1,484	1,657	—	—
	慢性期	1,227	988	841	—	—
	合計	6,130	5,198	4,338	5,238	5,038
湘南東部	高度急性期	539	721	651	—	—
	急性期	1,585	2,099	1,222	—	—
	包括期	1,303	1,909	2,011	—	—
	慢性期	1,150	1,464	1,232	—	—
	合計	4,577	6,193	5,116	4,726	4,444

2-2 必要病床数の算定結果④（湘南西部、県央、県西）

構想 区域	機能 区分	①2025 必要病床数 (現行)	②2040 必要病床数 (従来ベース)	③2040 必要病床数 (改革モデル反映)	④基準病床数 (第8次計画)	⑤既存病床数 (2026.4.1)
湘南西部	高度急性期	752	735	660	—	—
	急性期	2,140	1,745	1,059	—	—
	包括期	1,404	1,395	1,464	—	—
	慢性期	1,205	1,675	1,424	—	—
	合計	5,501	5,550	4,607	4,360	4,400
県央	高度急性期	541	608	546	—	—
	急性期	2,071	2,081	1,202	—	—
	包括期	1,852	2,565	2,462	—	—
	慢性期	1,239	1,518	1,285	—	—
	合計	5,703	6,772	5,495	5,229	5,312
県西	高度急性期	269	302	273	—	—
	急性期	777	873	487	—	—
	包括期	863	839	900	—	—
	慢性期	772	1,176	994	—	—
	合計	2,681	3,190	2,654	2,678	2,845

参考 国の考え方の参考資料について

新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年12月18日「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」

○ 他方、現行の地域医療構想については、以下のような課題が指摘されている。

- ・ **病床数の議論**が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされにくい。また、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていない。
- ・ 病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい。
- ・ 機能別の必要病床数は患者単位のデータから設定され、病棟単位で報告される実際の病床数との間で差異が生じている。
- ・ 必要病床数と基準病床数の関係がわかりづらい。

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」

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。**

2－3 必要病床数に関する本県の取扱い

- 今回の**必要病床数（改革モデル）の算定結果**は、現行の地域医療構想の必要病床数と比べ、**基準病床数や既存病床数に近づいたもの**となっており、本県ではこちらを採用する。
- 一方、現行の地域医療構想の必要病床数をめぐっては、例えば、入院受療率や入院患者数は、必ずしも推計どおりには推移していない。また、医療関係者からは、医療従事者の確保が難しい中、必要病床数を目指した病床整備は非現実的であること、既存の病床数でも地域の医療需要に対応できているとの意見も多い。
- こうした点や**必要病床数があくまで一定の仮定に基づく推計値であることを踏まえ、今後の議論の参考として取り扱う。**

3 第2回地域医療構想調整会議における議論（概要）

（1）構想区域の設定

- 川崎北部・川崎南部地域を除く地域は、現行の構想区域を維持
- 川崎北部・川崎南部地域は、協議を継続（一旦、「現行の構想区域」のまま）とし、
令和8年度第4回地域医療構想調整会議で改めて協議・決定予定

（2）地域の医療提供体制の現状把握・課題整理

- 次期構想の策定に向け、各地域での協議にあたっての前提や進め方、地域ごとに検討すべき課題を確認するとともに、県データ分析チーム（横浜市立大学 清水講師）がまとめた「データ分析からみえた地域の特徴・課題、検討すべき取組の視点(論点)」（17～18頁参照）について、地域ごとに説明を実施し、各地域で意見聴取を実施（主な意見は、19～22頁参照）。
- ※ 関連として、本年10月から開始される医療機関機能報告（病床機能報告との一体的な報告を予定）や、病床機能報告の見直し（回復期⇒包括期）等について、国から詳細が示され次第、情報提供を行っていく旨を説明

3 第2回地域医療構想調整会議における議論（今後に向けて）

次回以降の地域医療構想調整会議での議論に向けて

テーマ	第3回地域医療構想調整会議では、主に「 外来・在宅医療、介護との連携 」を、第4回地域医療構想調整会議では、主に「 人材確保 」をテーマに、今回と同様、各種のデータ等を共有しながら、 現状把握・課題の整理等 を行っていく。
運営上の課題	今回、「データを活用した協議」「データ分析(解釈)と合わせたデータの説明、取組検討にむけた論点の整理」を目指し、第2回地域医療構想調整会議でデータの共有を行った。 一方で、提示したデータに関する説明に一定の時間を要したほか、データに関連した質疑応答が多く、発言者も限定される結果となった。  課題等の抽出のためには、<u>市町村を始め、様々な関係者から広く意見を聴取することが必要であるため、事務局としては、議論の進め方について工夫が必要と考えている。</u>
課題整理に向けた運営の工夫など	工夫の例として、例えば、次のようなことが考えられるのではないか。 ・ 一定の説明が必要なデータ関係（分析結果と解釈、アカデミアからみた議論すべき論点の整理等）の資料については、事前に説明動画等を共有し、会議までに確認いただいた上で、<u>会議当日は議論の時間を多く確保する。</u> ・ 事務局で想定する地域ごとの議事の論点を事前に委員へ共有した上で、会議当日は進行役である座長から、出来るだけ<u>多くの委員に発言をいただけるような進行を行う。</u>

5 ご意見を伺いたい事項

〔次期構想の策定スケジュール〕

- 次期構想の策定は、**2027（令和9）年度末までに目指す方向性**について、了承いただきたい。

〔必要病床数に関する本県の取扱い〕

- 改革モデルの算定結果の採用と県の考え方について、ご意見を伺いたい。

〔テーマごとの地域の課題等抽出に関する地域医療構想調整会議での議論の進め方について〕

- 第2回地域医療構想調整会議では、診療実績等のデータを活用した議論を行った。
一方、議論の進め方については課題もあった。今後の工夫すべき点、検討を進めるべき視点等について、ご意見を伺いたい。

説明は以上です。

参考 データから言える地域の特徴(テーマ別課題の整理)

(出典) 令和8年度第2回神奈川県地域医療構想調整会議(資料1-2)「データから言える地域の特徴(テーマ別まとめ)」より一部抜粋し整理

	急性期拠点	高齢者救急	在宅医療需要	病院と在宅の連携
横浜	人口377万人の大都市型として一律の目安が適用しにくく、実績の厚い病院(三次救急・充実加算12院)を軸にした集約と役割分担の合意形成が必要 稼働率75%未満の病棟の転換・集約と働き世代-5%を見据えた人材の重点配置が焦点	救急搬送困難4.4%と全県(3.5%)より高く、85歳以上の受入病院の明確化と満床時の受入調整が課題	量は全県水準を確保しており、大規模施設への患者集中の緩和と看取り機能の質の確保が課題	退院時共同指導1.2回・介護支援等連携指導1.2回(退院100件対)と、全県水準を下回る個別連携の実働づくりが必要
川崎北部	実績の厚い病院は2院と目安(2~5か所)に見合い、拠点機能の維持と他機能を担う役割転換の協議が必要 低稼働病棟の病床機能の見直しと県全体の担い手減少を見据えた人材の重点配置が焦点	救急搬送困難5.1%と全県(3.5%)より高く、85歳以上の受入病院の明確化と満床時の受入調整が課題 区域内完結率82%と搬送の約18%が区域外(県外・不明を含む)へ流れており、近隣区域と一体の受入体制づくりが必要	85歳以上+53%と全県(+47%)を上回る増加を見据えた、退院先・在宅の整備の先行が必要	退院時共同指導0.6回・介護支援等連携指導1.2回(退院100件対)と全県水準を下回る個別連携の実働づくりが課題 転院搬送の約39%が区域外へ向かっており、隣接区域と一体の下り搬送ルールづくりが必要
川崎南部	実績の厚い病院は4院と目安(2~4か所)に見合い、拠点機能の維持と他機能を担う役割転換の協議が必要 稼働率67%未満の病棟の転換・集約と県全体の担い手減少を見据えた人材の重点配置が焦点	救急搬送困難5.1%と全県(3.5%)より高く、85歳以上の受入病院の明確化と満床時の受入調整が課題 区域内完結率82%と搬送の約18%が区域外(県外・不明を含む)へ流れており、近隣区域と一体の受入体制づくりが必要	量は全県水準を確保しており、大規模施設への患者集中の緩和と看取り機能の質の確保が必要	退院時共同指導0.6回・介護支援等連携指導1.2回(退院100件対)と全県水準を下回る個別連携の実働づくりが課題 転院搬送の約39%が区域外へ向かっており、隣接区域と一体の下り搬送ルールづくりが必要
相模原	実績の厚い病院は3院と目安(2~4か所)に見合い、拠点機能の維持と他機能の役割転換の協議が必要 稼働率74%未満の病棟の転換・集約と働き世代-7%を見据えた人材の重点配置が焦点	救急搬送困難4.6%と全県(3.5%)より高く、85歳以上の受入病院の明確化と満床時の受入調整が課題 区域内完結率87%と搬送の約13%が区域外(県外・不明を含む)へ流れており、近隣区域と一体の受入体制づくりが必要	85歳以上+58%と全県(+47%)を上回る増加を見据えた、退院先・在宅の整備の先行が必要 在支診等が75歳以上10万対55と全県(80)より薄く、訪問診療の担い手の量的確保が課題	退院時共同指導0.7回・介護支援等連携指導1.4回(退院100件対)と全県水準を下回る個別連携の実働づくりが課題 転院搬送の約35%が区域外へ向かっており、隣接区域と一体の下り搬送ルールづくりが必要
横須賀・三浦	実績の厚い病院は4院と目安(2~4か所)に見合い、拠点機能の維持と他機能の役割転換の協議が必要 稼働率70%未満の病棟の転換・集約と働き世代-14%を見据えた人材の重点配置が焦点	軽症・中等症中心の85歳以上搬送を、受け入る病院の明確化と施設・在宅との連携で受け止める体制づくりが必要	量は全県水準を確保しており、大規模施設への患者集中の緩和と看取り機能の質の確保が必要	退院100件に1~2回にとどまる個別連携(共同指導・ケアマネ連携)の実働化と、下り搬送の受け皿・ルールの明確化が必要

参考 データから言える地域の特徴(テーマ別課題の整理)

(出典) 令和8年度第2回神奈川県地域医療構想調整会議(資料1-2)「データから言える地域の特徴(テーマ別まとめ)」より一部抜粋し整理

	急性期拠点	高齢者救急	在宅医療需要	病院と在宅の連携
湘南東部	実績の厚い病院は2院と目安(2~4か所)に見合い、拠点機能の維持と他機能の役割転換の協議が必要 低稼働病棟の病床機能見直しと働き世代-3%を見据えた人材の重点配置が焦点	区域内完結率87%と搬送の約13%が区域外(県外・不明を含む)へ流れており、近隣区域と一体の受入体制づくりが必要	在宅看取り率33.7%と全県(38.9%)を下回っており、看取りまで担う施設の底上げが課題	退院時共同指導0.6回・介護支援等連携指導1.4回(退院100件対)と全県水準を下回る個別連携の実働づくりが必要 退院後在宅『不明』8.7%(全県5.4%)=退院時の情報連携の空白の解消が課題
湘南西部	実績の厚い病院は3院と目安(1~3か所)に見合い、拠点機能の維持と他機能の役割転換の協議が必要 低稼働病棟の機能見直しと働き世代-12%を見据えた人材の重点配置が焦点	介護施設発26%と全県より高く、施設との事前連携(搬送基準・情報共有)が必要	85歳以上+63%と全県(+47%)を上回る増加を見据えた、退院先・在宅の整備の先行が必要	退院100件に1~2回にとどまる個別連携(共同指導・ケアマネ連携)の実働化と、下り搬送の受け皿・ルールの明確化が必要
県央	実績の厚い病院は3院と目安(2~5か所)に見合い、拠点機能の維持と他機能の役割転換の協議が必要 稼働率73%未満の病棟の転換・集約と働き世代-7%を見据えた人材の重点配置が焦点	軽症・中等症中心の85歳以上搬送を、受入病院の明確化と施設・在宅との連携で受け止める体制づくりが必要	85歳以上+64%と全県(+47%)を上回る増加を見据えた、退院先・在宅の整備の先行が必要 在支診等が75歳以上10万対62と全県(80)より薄く、訪問診療の担い手の量的確保が課題	退院時共同指導0.6回・介護支援等連携指導2.1回(退院100件対)と全県水準を下回る個別連携の実働づくりが必要 退院後在宅『不明』21.9%(全県5.4%)=退院時の情報連携の空白の解消が課題
県西	実績の厚い病院は1院と目安(1~2か所)に見合い、拠点機能の維持と他機能の役割転換の協議が必要 稼働率67%未満の下位病棟の転換・集約と働き世代-17%を見据えた人材の重点配置が焦点	救急搬送困難6.9%と全県(3.5%)より高く、85歳以上の受入病院の明確化と満床時の受入調整が課題 区域内完結率85%と搬送の約15%が区域外(県外・不明を含む)へ流れており、近隣区域と一体の受入体制づくりが必要	在宅看取り率34.5%と全県(38.9%)を下回っており、看取りまで担う施設の底上げが課題	退院時共同指導0.8回・介護支援等連携指導0.9回(退院100件対)と全県水準を下回る個別連携の実働づくりが必要 転院搬送の約28%が区域外へ向かっており、隣接区域と一体の下り搬送ルールづくりが必要

参考 第2回地域医療構想調整会議における主な意見（地域の現状把握・課題整理）

※各地域で出た意見については、事務局（県）の責任で整理し以下に記載

入院医療

既存病床の活用／連携方策（病病、病診、介護）／医療機関機能の確保（再編等含む）

- 病床稼働状況に余力、ばらつきが多い。高齢者の需要増が予測されるなか、どのように現状の病床を活用するかの検討が大事（横浜）
- 急性期医療の提供は、地域によっては偏在や慢性期患者をも対応している状況で、充足しているとは言えない。従事者不足は共通であるが、病床があっても対応できなくなることも危惧される（相模原）
- 患者を地域で受ける病病連携、円滑な退院調整のほか、救急搬送や入院患者となる人を減らす施策も合わせて検討が必要（相模原）
- 必要な医療機関機能の設置、確保では、医療経営等に係る行政支援（基金活用）の検討も合わせて今後必要（川崎）
- データは病床があっても上手く回っていないという実感と一致（平均在院日数や病床稼働率）。人手不足だけでなく、患者像と受け取った病院側の病床の機能が一致していない状況もある（県央）
- 病院完結ではなく、「どこで誰と誰が診るのが最適か」、役割分担は地域で異なる。上りで受けることが可能、下りで受けることが可能等の病病連携・役割分担や、地域が連携して点ではなく面で受ける、複数のプレイヤーで対応する等地域の病床活用の最適化の検討を地域で行うことが重要（県央）
- 今後の需要の変化を見据え医療の集約化、診療科の再編は必要（横須賀・三浦）
- 急性期拠点機能は実績評価など役割はわかりやすいが、他の機能の区分は判断しにくい（横須賀・三浦）

参考 第2回地域医療構想調整会議における主な意見（地域の現状把握・課題整理）

※各地域で出た意見については、事務局で整理し以下に記載

高齢者救急

いわゆる「下り搬送」のルールづくり／介護施設との連携／休日・夜間対応

- ・ 搬送困難割合の改善は病院群の努力を評価。一方で要因分析では、対応病床・人員の確保のほか、**介護施設との事前連携、搬送ルールの対策**を中心という示唆を受けた（横浜）
- ・ 高齢者救急で入院するマルチモビリティ、ポリファーマシー、老老介護の患者を**地域（病床、在宅、施設）でどのように診るか、診れるのか**が課題（横浜）
- ・ 搬送困難事案の要因分析を受け、受ける側（病院）だけでなく、**送る側（施設、在宅等）のACPの取組、（協力医療機関等との）連携状況等のデータも必要**（相模原）
- ・ **救急搬送や入院患者となる人を減らす施策**も合わせて検討が必要（相模原）【再掲】
- ・ 病床稼働のバラつきが大きいなか、搬送困難支障理由が「満床」とは、人材不足なのか、病床機能と受入可能な患者像の乖離なのか、**数字だけでない地域の情報（実態）の共有が今後の協議に必要**（県央）
- ・ 高齢者の**軽症中等症の搬送増**や**深夜×介護施設からの搬送増**は、施設の嘱託医の対応体制等の**背景のわかる情報も必要**。それにより地域の機能強化型でどのような連携するのか模索する議論が深まる（県央）
- ・ 救急搬送や入院医療のデータは実情と一致。地域で役割分担し、転院調整も現状は課題感ない。急速に高齢者が増えるなかでは**急性期で受けたあとの円滑な下り搬送**が重要。他地域のルール等取組情報も知りたい（湘南西部）
- ・ 高齢者だけでなく、搬送困難事案が多い背景に、**夜間の人員不足による病床調整困難**がある。**3次救急だけでなく、地域の2次救急が夜間対応ルールや役割分担・連携等工夫し、3次救急を支える仕組みの検討が必要**である（県西）
- ・ 施設入所者は自立者・元気な方も多く、ACPの理解を得にくいことも多いが、（需要を減らす）普及・推進も必要（県西）

参考 第2回地域医療構想調整会議における主な意見（地域の現状把握・課題整理）

※各地域で出た意見については、事務局で整理し以下に記載

医療・介護連携 介護施設との連携（再掲）／在宅医療のあり方／医療・介護連携の仕組みづくり

- ・ 介護施設の協力医療機関の協定推進の検討が大事（横浜）
- ・ 介護保険適用外の施設と医療提供側がどのように連携するか、実効性のある連携した取組を地域でどのように進めるかの協議が必要（横浜）
- ・ 在宅側の実感として、（老老世帯、独居世帯増等）家庭での介護継続が困難なケースが多く、今後の課題（横浜）
- ・ 自立者が対象の施設では、行政介入の権限や状況把握、情報共有ができない実情がある。高齢者の居宅の場として増加するなか、医療とどのようなルールづくりが必要かの検討が必要（相模原）
- ・ 在宅療養支援では一人体制の診療所が多い。在支診・在支病で機能強化型を増やす等地域で継続できる体制づくりの検討が必要（県央）
- ・ 今は、誰かが在宅で診療している。介護需要が増えるなかで、病床活用含め高齢者を地域で連携して診るルールづくりのほか、支援する関係者が増えるなか、看取り等の質の担保も必要（県央）
- ・ 独居高齢者世帯で在宅療養を実現できるのか、支えられるか、地域で考える必要がある。病床でなのか、施設なのか含め、医療機関・病床の機能と在宅、介護と一体的な検討が必要（県央）
- ・ 院内の多職種連携はあるが、地域との連携が少ない。また訪問診療・訪問看護の実績は上がりつつあるが看取りは病院が多い。今後の需要増を見込むと病院と訪問看護やケアマネ等の地域との連携は改善が必要（県西）
- ・ 現在、各地域にある医介連携の仕組み（情報ネットワーク等）を活かす検討も必要（横須賀・三浦）

参考 第2回地域医療構想調整会議における主な意見（地域の現状把握・課題整理）

※各地域で出た意見については、事務局で整理し以下に記載

人材確保

医療従事者の育成のあり方／既存人材の維持・活用

- ・ 医療需要の詳細分析から2040年(あと14年)で求められる医師像について想像。医育機関側がどのような人材育成が必要か、さらなるデータの提供を期待(横浜)
- ・ 高度急性期・急性期で患者を受け、回復期への転院で困る(転院先の不足感)のは専門分化が進んでいること(横浜)
- ・ 回復期病床の増が高齢者を診られる病床増とは言えない時代。診る側の病床増、人員増だけでなく、地域と守備範囲、医育機関との協議が改めて大事(横浜)
- ・ 生産年齢人口の減少幅が大きく、高齢者等の医療需要増の対応が困難と想定されるなか、「増えることを期待するのではなく、ある医療資源をどのように活用するか」に切り替えないといけない(県西)
- ・ 中小規模病院では役割を担うにも人材の維持すら困難になっている。限りある人材を活かす取組必要(横須賀・三浦)

参考 医療機関機能(新設)

(参考) 令和8年7月3日付け厚生労働省医政局長通知「地域医療構想ガイドライン」及び「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」

- 令和8年10月から新たに、診療側が提供する医療機関機能(提供内容・地域での役割)に着目した報告が開始される。
※病床機能報告と一体的な報告の予定
- 各医療機関は、診療体制や実績のほか、現在担っている医療機関機能の報告、2040年において担う医療機関機能の報告を新たに行う(2040年に担う医療機関機能は、次期構想では各地域で調整の上、決定)。

広域的観点の医療機関機能

医育及び広域診療機能

- ・ 大学病院本院が担う(大学病院本院は、本機能のみを報告し構想区域毎の医療機関機能については報告しない)
- ・ 広域な関連が求められる総合的な診療の提供
- ・ 都道府県と連携した人的協力
- ・ 広域的な観点で医師等医療従事者の育成、地域支援を担う

構想区域毎の医療機関機能

急性期拠点機能

- ・ 医療の質の確保等に資するよう、手術や救急医療等医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を担う
- ・ 高度急性期機能・急性期機能の病床を有する
- ・ 災害拠点機能や新興感染症発生時に備えた県との協定締結による役割等、各地域で政策的に必要な医療も含め地域において求められる医療を担う

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、専門病院や施設等と協力・連携し、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役割を担う
- ・ 包括機能の病床を有する

在宅医療等連携機能

- ・ 在宅医療の実施、他医療機関や介護施設、訪問看護事業所等と連携した24時間対応や入院対応を担う
- ※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、一部の診療科に特化した診療のほか、集中的リハ、中長期にわたる入院提供、診療を担う

参考 病床機能報告の機能区分の見直しと入院料の目安

(参考) 令和8年7月3日付け厚生労働省医政局長通知「地域医療構想ガイドライン」及び「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」

- 地域における病床の機能分化・連携に向け、医療機関(病院及び有床診療所)が**病棟単位**で報告を行うもの。
 - 病床の機能区分は、「**回復期機能**」が「**包括期機能**」として**見直し**がなされた。
 - 報告にあたり、**選択する機能区分に一定の客観性**をもたせるよう、次のとおり、**選択の際の目安となる診療報酬上の入院料**が、国ガイドラインに示された。

機能区分	病床機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能 ※ 下線は、R 8診療報酬改定等により変更があったもの なお、今後の改定で入院料等の変更があれば適宜見直される	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 - 特定集中治療管理料 - ハイケアユニット入院医療管理料 - 脳卒中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重症児対応体制強化管理料 - 新生児特定集中治療室管理料 - 総合周産期特定集中治療室管理料 - 新生児治療回復室入院医療管理料 - 一種感染症患者入院医療管理料
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 - 特定機能病院A～C入院基本料(7:1、10:1) - 専門病院入院基本料(7:1、10:1) - 小児入院医療管理料1～3
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等を行い、早期在宅退院を目的に医療を提供する - 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向け他医療やリハを提供する - 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てリハの提供を集中的に行う	- 地域一般入院料1～3 - 専門病院入院基本料(13:1) - 有床診療所入院基本料1、4 - 地域包括医療病棟入院料 - 小児入院医療管理料4、5 - 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 - 特定一般病棟入院料
慢性期機能	長期療養が必要な患者の入院や重度障害者等への入院医療を提供する	- 療養病棟入院料1～2 - 障害者施設等入院基本料(7:1～15:1) - 有床診療所入院基本料2、3、5、6 - 有床診療所療養病床入院基本料 - 特殊疾患入院医療管理料 - 特殊疾患病棟入院料 - 緩和ケア病棟入院料

参考 必要病床数と基準病床数について

	必要病床数	基準病床数
目標年等	2040年 (医療計画見直しのタイミングに合わせ、 2030年、2036年に見直し予定)	原則6年 (医療計画見直しのタイミングに合わせ見直し) ※第8次医療計画は2029年まで
計画等	地域医療構想に定める	医療計画に定める
目的	構想区域において各医療機関機能が担う役割 (医療機関機能)に応じた形で病床機能の分 化・連携を推進	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

<地域医療構想策定ガイドラインより抜粋>

- 基準病床数と必要病床数については、基本的な算定式の考え方は同様であるが、基準病床数は、6カ年計画である医療計画において設定し病床の地域的偏在を是正することで全国的に一定水準以上の医療の確保を目的とするものである一方、必要病床数は地域医療構想として中長期に設定し、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である。

また、基準病床数は一般病床と療養病床の数字を合算している一方、必要病床数は機能区分ごとに病床数を算出している等、算定に当たって目標とする時期や意義等が異なる。