

資料1

令和8年度第1回県地域医療構想調整会議

—新たな地域医療構想の策定に向けた今後の進め方等について—

令和8年7月3日

(報告事項)

- ① 現行の地域医療構想の取組実績等について p3
- ② 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について p14

(協議事項)

- ③ 新たな地域医療構想の検討体制について p23
- ④ 新たな地域医療構想の策定スケジュールについて p28

【報告事項】

1 現行の地域医療構想の取組実績等について

1—1 地域医療構想の取組実績等

1. 現行の地域医療構想に関する評価

- 現行の地域医療構想は、2025年における地域の医療提供体制のあるべき姿を示すものであり、本県においては、
 - ・ 構想区域における将来の病床の機能区分ごとの必要量(必要病床数)
 - ・ 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化及び連携の推進に関する事項 等について定めている。
- 本構想の実現に向けては、医療関係者等で構成する地域医療構想調整会議における協議や、地域医療介護総合確保基金の活用による病床機能転換等に取り組む医療機関への支援等の取組を通じて、病床の機能分化・連携を推進してきたところ。
- 病床機能報告による本県の病床数は2015年の26,760床から2024年には25,085床に減少(1,675床減)。
病床機能ごとの内訳においては、急性期病床及び慢性期病床は減少しているものの必要病床数を超過しており、回復期病床は増加しているものの必要病床数を下回っている状況。高度急性期病床については増加し、必要病床数を上回っている状況。
- また、本県では、全国に先んじて高齢化や人口減少が進む見込みであることなどから、医療・介護需要に対応した人材の不足が懸念されるほか、高齢者救急の受入れや在宅医療を含む地域包括ケア機能を担う体制についてさらなる検討が必要。

人口減少や高齢化など地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、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よう、地域ごとの医療資源に応じた提供体制の確保に取り組んでいく必要がある。

(県全体における機能別病床数の状況)

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	1,478	1,767	1,540	△227
急性期	12,174	9,375	5,534	△3,841
回復期	3,769	5,946	7,048	1,102
慢性期	8,457	6,518	5,822	△696
休 棟	882	1,479	0	△1,479
計	26,760	25,085	19,944	△5,141
(介護医療院への転換数)	—	1,101	—	—

1-2 地域医療構想の取組実績等(鹿児島保健医療圏)

1. 鹿児島圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	1,392	1,678	982	△696
急性期	5,122	3,879	2,778	△1,101
回復期	1,463	2,728	2,880	152
慢性期	3,121	2,672	2,244	△428
休 棟	346	446	0	△446
計	11,444	11,403	8,884	△2,519
(介護医療院への転換数)	—	289	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 本医療圏の需要は、全国平均より高く推移している。一方、今後、65歳以上人口は増加するものの総人口は減少し、隣接する始良・伊佐医療圏の人口が緩やかな減少見込みであることなどを勘案すると、回復期及び慢性期病床の需要は高まる可能性があり、高度急性期病床及び急性期病床の需要は他医療圏の需要にも影響されることから、それらを含め検討する必要がある。
- 高度急性期病床については、現時点では必要病床数を超過し、増加傾向にある。本医療圏は実質的に県下全域の高度急性期機能を担っていると考えられるため、県全域を俯瞰した対応が必要。

(2) 人材確保について

- 本圏域の人口10万人当たりの医師、歯科医師、薬剤師、看護師の数は、全国及び県全体を上回っている。一方、准看護師数は全国を上回っているが、県全体を下回っている。

(3) 在宅医療・介護連携の推進について

- 本医療圏においても、今後、高齢者人口の増加が見込まれており、当面医療需要、介護需要ともに増加する見込み。
令和6年度の調整会議においては、在宅医療の提供体制は地域により違いが見られること、医療施設と介護施設との連携不足、在宅での看取りに関するマンパワー不足や医師の高齢化等の課題が指摘されたところ。

1-3 地域医療構想の取組実績等(南薩保健医療圏)

1. 南薩圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	62	4	69	65
急性期	1,268	766	353	△413
回復期	428	821	774	△47
慢性期	1,091	624	649	25
休 棟	31	119	0	△119
計	2,880	2,334	1,845	△489
(介護医療院への転換数)	—	176	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 地理的特性から、圏域内の移動に多くの時間を要する一方、鹿児島市へのアクセス状況は比較的良いため、今後も救急医療や循環器、周産期等において、鹿児島医療圏との連携強化を図る必要がある。
- 病床数は、高度急性期機能が不足し、急性期機能が過剰。2015年時点で不足していた回復期機能は2024年時点で充足している一方、2015年時点で過剰であった慢性期機能が不足している。各医療機関の役割分担及び連携のさらなる充実を図る必要がある。

(2) 人材確保について

- 本圏域の人口10万人当たりの医師、歯科医師、薬剤師、看護師の数は、県全体を下回っているものの、圏域別では上位に位置している。一方、准看護師は全国及び県全体を上回っている。今後、医師・歯科医師の高齢化や医療従事者不足により、医療提供体制の維持が困難になることが懸念される。

(3) 在宅医療・介護連携の推進について

- 在宅医療・介護需要の増加が見込まれることから、訪問診療や訪問看護等の在宅医療提供体制を充実させる必要がある。また、医療と介護の連携を重視した各自治体や事業所の取組を通じ、地域における介護基盤を一層充実させることが求められる。

1-4 地域医療構想の取組実績等(川薩保健医療圏)

1. 川薩圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	0	6	77	71
急性期	792	695	422	△273
回復期	324	307	499	192
慢性期	507	400	358	△42
休 棟	138	220	0	△220
計	1,761	1,628	1,356	△272
(介護医療院への転換数)	—	71	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 高度急性期機能は、人口10万人当たり医療施設数は全国より多いが、人口10万人当たり医師数が県全体や全国と比べ少ない状況。鹿児島市への搬送を考慮すると、他圏域との連携が必要である。
- 急性期機能、回復期機能及び慢性期機能については、いずれも平成28年度から減少しているものの、高齢者救急が増加しており、高齢者救急の受入れや在宅医療を含む地域包括ケア機能を担う体制についてさらなる検討が必要。

(2) 人材確保について

- 人口10万人当たりの医師数が全国及び県全体と比べ少ない状況にあり、従業地(市町村)別の医療従事者医師数においても地域ごとの偏りがある。人口10万人当たりの看護師数は全国と比べ多いが、県全体と比べると少ない。
- 本医療圏の医療需要は、今後減少が見込まれるが、看護師や介護士などの人材確保がさらに困難となることが見込まれる。

(3) 在宅医療・介護連携の推進について

- 介護サービスによっては提供可能な事業所が限られるものがあり、対応に苦慮することがある。今後、人口減少や高齢化の進展により人材確保が一層困難となる中、在宅医療・介護サービスの提供体制、急性期医療から在宅医療までの切れ目ない連携が課題になる。特に、人生の最終段階におけるQODを高める医療の提供に当たっては、看護職の一層の充足が望まれる。

1-5 地域医療構想の取組実績等(出水保健医療圏)

1. 出水圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	6	6	53	47
急性期	482	371	176	△195
回復期	161	273	297	24
慢性期	412	238	227	△11
休 棟	65	63	0	△63
計	1,126	951	753	△198
(介護医療院への転換数)	—	76	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 高度急性期機能は、人口10万人当たり医療施設数は全国より多いが、人口10万人当たり医師数及び看護師数は全国や県全体と比べ少ない状況。
- 急性期病床及び慢性期病床は平成28年度から減少した一方、回復期病床は増加。高齢者救急が増加しており、高齢者救急の受入れや在宅医療を含む地域包括ケア機能を担う体制についてさらなる検討が必要。

(2) 人材確保について

- 人口10万人当たりの医師数及び看護師数が全国及び県全体と比べ少ない状況にあり、従業地(市町村)別の医療従事者医師数においても地域ごとの偏りがある。

(3) 在宅医療・介護連携の推進について

- 介護サービスによっては提供可能な事業所が限られるものがあり、対応に苦慮することがある。今後、人口減少や高齢化の進展により人材確保が一層困難となる中、在宅医療・介護サービスの提供体制、急性期医療から在宅医療までの切れ目ない連携が課題になる。特に、人生の最終段階におけるQODを高める医療の提供に当たっては、看護職の一層の充足が望まれる。

1-6 地域医療構想の取組実績等(始良・伊佐保健医療圏)

1. 始良・伊佐圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	0	0	125	125
急性期	1,485	1,412	699	△713
回復期	705	817	1,093	276
慢性期	1,761	1,382	1,005	△377
休棟	92	242	0	△242
計	4,043	3,853	2,922	△931
(介護医療院への転換数)	—	330	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 高度急性期機能は必要病床数より大幅に不足している一方、急性期機能及び慢性期機能は必要病床数を超過している。回復期機能については増加傾向であるが、必要病床数を下回っている状況。
- 病床機能報告は、病棟単位での報告であることから、実際の病床数との差異があることも課題の一つ。地域の実情に応じた病床の医療機能分化・連携や医療機関の連携・再編・集約化の推進を検討していく必要がある。
- 休棟の病床数は2015年と比較して増加しており、将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、非稼働病床への対応について圏域の方針を検討する必要がある。
- 入院患者の流出入に鑑みると、圏域内では完結できない診療科もあるため、圏域内での完結率向上を目指しつつ、隣接する他圏域の医療機関と連携を図りながら、隣接県等との協力体制の構築や構想区域の設定等を検討する必要がある。

(2) 人材確保、在宅医療・介護連携の推進について

- 医療・介護需要は圏域全体では減少見込みであるが、霧島市及び始良市は要介護者数が今後も増加見込みとなっており、地域の実情を踏まえながら、医療看護人材の確保・適正配置や介護施設や在宅での療養生活を支える病院・訪問看護等の確保等について検討していく必要がある。

1-7 地域医療構想の取組実績等(曾於保健医療圏)

1. 曾於圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	0	0	17	17
急性期	374	225	125	△100
回復期	35	105	249	144
慢性期	396	308	273	△35
休 棟	54	44	0	△44
計	859	682	664	△18
(介護医療院への転換数)	—	81	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 急性期病床及び慢性期病床は必要病床数を超過しており、回復期病床は必要病床数を下回っている。本圏域における急性期医療の需要は、2040年にかけて大きく減少する見込み。また、本圏域に高度急性期機能を有する病院はない。
- 本圏域の患者の流出先は県外が最も大きく、都城市等へ流出している可能性が高い。地域での完結率が低く、本医療圏のみで地域の医療を賄うことは極めて厳しい状況であり、他圏域への医療依存度や医療従事者不足を考えると、今後、構想区域の見直しも検討していく必要がある。

(2) 人材確保について

- 本圏域の人口10万人当たりの医師、歯科医師、薬剤師、看護師はいずれも県全体より低く、准看護師数は県全体と同水準。特に医師、薬剤師、看護師は全国及び県全体より大幅に少ない状況。特にスタッフの確保状況が病床の運用に直結している現状に鑑みると、各医療機関の個別の努力だけでは地域全体としてサービスの維持が厳しくなると予想される。

(3) 在宅医療・介護連携の推進について

- 医療・介護需要は圏域全体では減少見込みであるが、志布志市は要介護者が増加する見込みとなっており、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の提供体制を検討していく必要がある。

1－8 地域医療構想の取組実績等(肝属保健医療圏)

1. 肝属圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	8	8	114	106
急性期	1,231	993	450	△543
回復期	374	466	570	104
慢性期	704	343	596	253
休 棟	97	216	0	△216
計	2,414	2,026	1,730	△296
(介護医療院への転換数)	—	141	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 急性期機能は必要病床数を超過しているが、急性期医療の需要は2040年にかけて大きく減少する見込み。回復期及び慢性期は必要病床数を下回っている。また、高度急性期機能は必要病床数に対して大幅に不足している状況。
- 地域で過剰となっている急性期の不足している回復期や慢性期への転換が不十分であるため、今後も地域の実情を踏まえた病床削減や集約化、ネットワーク強化を進めていく必要がある。

(2) 人材確保について

- 人口10万人当たりの医師数・歯科医師数、薬剤師数、看護師数は県全体を下回っている一方、准看護師数は県全体と同水準。市町村別にみると医師の偏在が見られ、今後生産年齢人口のさらなる減少により医療従事者の高齢化と不足が見込まれる。

(3) 在宅医療・介護連携の推進について

- 医療・介護需要は圏域全体では減少見込みであるが、鹿屋市及び垂水市は要介護者が増加する見込みとなっており、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の提供体制を協議していく必要がある。
- 在宅医療については、人口減少等による事業所の閉鎖等に伴い事業所の偏在がみられていることから、地域内の需要量に対して供給が追いついていない状況。近隣市町の介護事業所や訪問看護ステーション等を活用するなど対応に苦慮している。

1-9 地域医療構想の取組実績等(熊毛保健医療圏)

1. 熊毛圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	0	47	25	△22
急性期	350	169	158	△11
回復期	90	107	214	107
慢性期	17	94	128	34
休棟	0	0	0	0
計	457	417	525	108
(介護医療院への転換数)	—	—	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 本医療圏では、回復期、慢性期の機能が不足しており、県内で既存病床数が必要病床数を下回っているのは本医療圏のみとなっている。
- 医療需要については、約7割の患者が本医療圏の医療機関で完結している。
- 実際の医療現場では病棟内に他医療機能の患者が混在しており、病床機能報告上の医療機能を表していない場合がある。

(2) 人材確保について

- 看護師や介護職員等の不足及び高齢化が大きな課題となっており、受入体制の縮小や施設の入所待ちといった状況が続いている。また、近年は医療従事者の住宅及び応援スタッフの宿泊先の確保が困難な状況が発生しており、医療・福祉サービスの質の低下が懸念される。

(3) 在宅医療・介護連携の推進について

- 本医療圏では在宅医療を担う病院及び診療所が少なく、また、高齢者の受け皿である介護施設も十分でないことが課題となっている。

1-10 地域医療構想の取組実績等(奄美保健医療圏)

1. 奄美圏域における機能別病床数の状況

	2015年 病床数	2024年度病床機能報告 (A)	2025年病床数の必要量 (B)	差し引き (B)-(A)
高度急性期	10	18	78	60
急性期	1,070	865	373	△492
回復期	189	322	472	150
慢性期	448	457	342	△115
休棟	59	129	0	△129
計	1,776	1,791	1,265	△526
(介護医療院への転換数)	—	18	—	—

2. 現状・課題

(1) 病床の機能分化・連携の推進について

- 急性期病床及び慢性期病床は必要病床数を超過、高度急性期病床及び回復期病床は不足しており、2025年必要病床数との間に乖離がある状況。
- 休床、休棟中の病棟が129床あり、稼働率が低い病棟も含め、今後の方向性を協議する必要がある。

(2) 人材確保、在宅医療・介護連携の推進について

- 今後、本医療圏の全ての離島において、人口減少と高齢化がさらに進展する見込みであり、医師、看護師等の医療職の人材確保対策や在宅医療の充実を含めた医療介護連携の推進が必要。

【報告事項】

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

令和8年3月26日 社会保障審議会医療部会資料

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ (地域医療構想策定ガイドライン骨子)の概要

地域医療構想が目指す方向性

- ・85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- ・医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- ・救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- ・入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- ・診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- ・へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- ・在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- ・医歯薬連携の推進
- ・D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- ・地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- ・慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- ・医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- ・都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、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
- ・看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

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の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- ・構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- ・手術等の急性期医療を集約して提供
- ・新興感染症等への対応
- ・地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

高齢者救急・地域急性期機能

- ・誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- ・高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- ・大都市等においては頻度の多い手術を提供

在宅医療等連携機能

- ・地域での在宅医療の提供
- ・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実施

専門等機能

- ・集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- ・都道府県と連携した人的協力
- ・症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- ・地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 新たな地域医療構想 とりまとめ（抜粋）

1. はじめに

新たな地域医療構想について

- これまで、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年を目途に、病床の機能の分化及び連携に向けて、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、地域医療構想の取組が進められてきた。
- 今後、2040年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療の需要の減少、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が進むことが想定される。
- こうした地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、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て、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よう、新たな地域医療構想における取組を通じて、医療機関の連携・再編・集約化等を進め、2040年を見据えた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。
- 具体的には、地域包括ケアシステムの構築にも資するよう、2040年に向けた新たな地域医療構想においては、増加する高齢者救急や在宅医療への対応、人口減少する地域でも安心して医療にアクセスできる体制の確保、必要病床数や医療機関機能に着目した連携・再編・集約化、医歯薬連携等の推進、医療と介護の連携による認知症患者も含めた早期退院に向けた取組等を進めていくことが重要である。
- また、今後、人口が少ない地域においては、医療需要が減る中で、医療従事者の確保が困難となる一方、都市部においては、医療需要における高齢者の占める割合が高まり、急性期を担う医療機関が多く過当競争となるなど、一層、地域ごとに課題が異なっていく。このため、地域ごとの医療資源に応じた提供体制を確保し、都道府県内や、必要に応じて都道府県外との連携体制を確保し、補完していく必要がある。

新たな策定ガイドラインについて

- ガイドラインは、都道府県が2040年やその先を見据えて地域の医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた地域医療構想を策定し、医療計画の方向性を示すほか、その策定や継続的なPDCAを含めた今後の取組の指針となるものであり、これまでの病床の機能分化・連携だけではなく、医療提供体制全体の課題解決を図るものとして地域医療構想を位置付けるものである。

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 新たな地域医療構想 とりまとめ（抜粋）

2. 新たな地域医療構想について

(1) 地域における人口構造の変化を踏まえた取組

- 2040年に向けて、日本全体としては、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加する中、高齢者の救急や在宅医療の需要の増加、生産年齢人口の減少が見込まれている。このほか、例えば以下のとおり、**地域の人口規模**に応じた課題がある。
- 大都市型の地域では、高齢者人口の大幅な増加と生産年齢人口の緩やかな減少があり、増加する高齢者救急への対応等が課題となる。相対的に医療資源が多く存在し、医療の担い手の不足は限定的である。
- 地方都市型の地域では、高齢者人口は増加し、生産年齢人口は減少する。増加する高齢者に対する医療提供の確保と同時に、医療の担い手の確保も課題となる。
- 人口の少ない地域では、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少し、将来にわたって地域の医療提供体制を維持するため、効率的で持続可能な提供体制の確保を速やかに確保していくことが課題となる。
- また、現在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。

(2) 構想区域

- これまで、二次医療圏の中で、一定の医療が完結することを目的に構想区域を設定してきており、このため、医療計画において、人口20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、その設定を見直すこととされてきた。また、構想区域は原則として二次医療圏に一致させて運用をしてきている。
- 現在、二次医療圏の半数近くが20万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難である。**現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、**必要に応じて、現在の構想区域の広域化等を検討する必要がある。**
- また、在宅医療や外来医療等について、地域医療構想調整会議は都道府県が主体となって開催するものであり、会議の開催や開催に当たっての関係者との調整などの事務的な負担がある中、さらに、現場レベルの連携までを含め、全てを都道府県が把握し、介入することは不可能である。これまで在宅医療・介護連携推進事業等においては市町村等が主体となって、地域の医療・介護の関係団体等が集い、情報共有や協議を行う場等を地域の実情に応じて開催してきており、こうした会議体と地域医療構想調整会議が連携し、それらの取組状況を把握しながら、県内でも圏域ごとの取組状況を踏まえ、メリハリをつけて必要な介入を行い、協議をするなどの工夫をすることが必要である。

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 新たな地域医療構想 とりまとめ（抜粋）

2. 新たな地域医療構想について

(3) 地域医療構想調整会議

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制等に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。
- 都道府県単位と、構想区域単位の地域医療構想調整会議を設定することが考えられる。また、介護との連携や在宅医療等について、サービス提供者が具体的な連携等を検討する場合は、構想区域よりも狭い単位で検討することが適切な場合が想定される。他方、都道府県が開催する地域医療構想調整会議として、市町村ごとなどの小さい単位で設定することが困難な場合も想定される。このため、将来にわたる慢性期の医療ニーズや人材確保等の見通しに関する現状把握・課題の整理等は、構想区域単位や都道府県単位で行うこと、また、サービス提供者間の連携等のより実務的な連携を検討する場として市町村単位ではなく、郡市区医師会単位や構想区域より狭い在宅医療の圏域等の単位で検討することや、議題等に応じた会議体を設置すること、特に課題がある地域について会議体を設置すること等、都道府県の体制等に応じて設定することが必要である。その際、市町村が主体となる会議体等を活用して連携する場合でも、都道府県は地域医療構想の策定主体として、主体的に関わることが求められる。
- 参加者については、議題に応じて都道府県が設定することを可能とするなど、柔軟に協議の場の設定ができるようにすることが重要である。
- 例えば、都道府県単位における全般的な事項（現状の把握、議題の共有、対応案の検討等）については、関係者全体で協議を行う一方、構想区域単位で急性期拠点機能の確保等といった医療機関機能に関する議論や、病床の許可等に関する事項等といった個別の医療機関の経営方針が関係する協議については、当該医療機関、医師会、病院団体等に限って協議を行うこと等が考えられる。
- また、今後、都道府県が地域住民の理解を深めるため、積極的な情報公開や地域医療構想調整会議等への住民の参加を一層進めることが求められる。
- このため、都道府県単位の地域医療構想調整会議に住民の意見を反映させられるような者を参加させることも重要である。加えて、地域医療構想調整会議における現状の把握、課題の設定、取組案の検討や決定の策定に向けた各段階において、都道府県は案を公表すること、また、その際、例えば、都道府県職員や公衆衛生学の教員等による説明会の開催やパブリックコメントの実施等により、住民に対し説明し、住民からの意見を十分把握できるよう努めることが求められる。
- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実態に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

令和8年1月28日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

調整会議に参加する関係者の役割について（案）

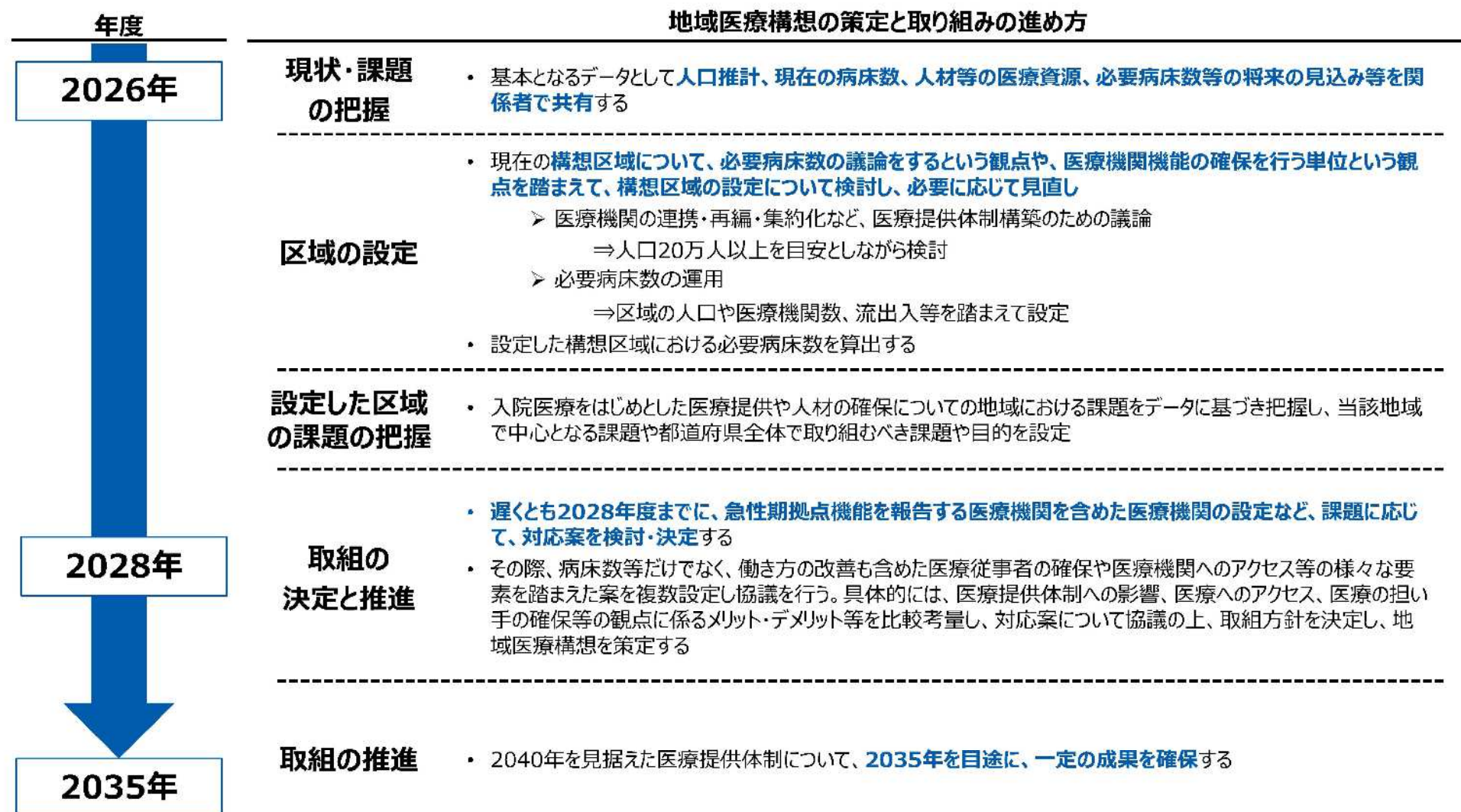
- 地域医療構想調整会議に参加する関係者として位置付けることとなる市町村及び介護関係者について、以下のような役割についてガイドラインにおいて位置付けることとしてはどうか。

	主な役割
市町村	- 市町村立病院の開設者としての観点だけではなく、将来にわたって、地域全体での医療提供を確保するといった観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の提供体制の構築・維持や医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。 - 介護保険事業の実施主体として、介護側の課題を調整会議において共有するとともに、医療側の課題を理解し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。 - 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。
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、地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組への協力が求められる。 - 介護施設における入所者の重症化予防に向けた取組や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組を推進することが求められる。

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

令和8年3月26日 社会保障審議会医療部会資料

新たな地域医療構想の策定・推進に向けたスケジュール（イメージ）



※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要のあるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 新たな地域医療構想 とりまとめ（抜粋）

6. 策定について

（1）策定のプロセス

①策定のプロセスについて

- ・ 地域医療構想の策定は2028年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら、区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。課題の把握や対応案の設定等の各段階において、その内容を公表する。
- ・ 策定に向けて、2026年度から2027年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の2040年に向けて中心に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。
- ・ 課題の設定後、取組の方向性について2028年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果の確保を行う。

②スケジュールの共有・現状の把握

- ・ 地域医療構想の策定に向けた検討プロセスやスケジュール、検討の基本となるデータとしての人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有する。また、具体的な地域の課題の把握や必要病床数の算出に当たっては、まずは区域の設定が必要となる。このため、現在の構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直しを行い、必要病床数を設定する。
- ・ その後の地域医療構想の策定に向けたプロセスにおいて区域の見直しの必要性が認められた場合は適宜見直しを行う。また、すでに新たな地域医療構想の方向性を踏まえ、区域の見直しを行うことが決定している場合は、あらためての協議は不要とする。

③課題・目的の設定

- ・ 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定し、関係者間で共有する。

④対応案の検討、地域医療構想の策定

- ・ 設定された課題や目的に応じて、対応案を検討する。その際、病床数だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を検討する等、基本的に複数の案を設定し協議を行う。
- ・ 医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する。

⑤取組の推進

- ・ 都道府県は、医療所管部署を中心に、介護担当・薬務担当・国保担当等の関係部署とも連携して、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。
- ・ その成果に関しては、毎年度、医療機関機能の確保状況、病床数、在宅等の慢性期需要に対応する体制の確保状況や協議で合意が得られた事項の取組状況等について、地域医療構想の進捗状況として把握・公表し、地域医療構想調整会議での議論を踏まえて必要な対策を検討し、実施することが必要である。

2 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 新たな地域医療構想 とりまとめ（抜粋）

6. 策定について

（6）介護との連携

- 地域医療構想においては、慢性期の医療需要について、現在の療養病床数や介護保険施設定員数、在宅医療を提供している医療機関数、在宅歯科医療を担う歯科医療機関数、訪問薬剤管理指導を行う薬局数、訪問看護の看護師やヘルパーの確保状況、看護小規模多機能型居宅介護を提供する事業所数等を踏まえ、介護を含む地域の資源を確認し、総合確保方針に基づく医療と介護の協議の場等も活用しながら、介護保険事業支援計画との整合性の確保を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備や、人材確保に関する事項について取組を進める必要がある。
- 介護老人保健施設は、医療ニーズのある利用者に対して、点滴等の必要な医療を提供し、居宅における生活を継続できるようにするため、医学管理を実施する者等にショートステイを提供している実態や、リハビリテーションが必要な者に入所や訪問、通所によりリハビリテーションを提供する機能があり、また、認知症を有する患者が急性期を経過した後の退院先の選択肢として挙げられている。介護老人保健施設や介護医療院等の医療と介護の連携に資する介護施設等の機能を地域ごとに適切に医療関係者が把握するほか、介護関係者は各医療機関の機能（高齢者救急・地域急性期機能等）について把握し、医療と介護の連携を進めていくことが重要である。
- 高齢者施設等における医療需要への対応強化や介護老人保健施設等の有する医療やリハビリテーションを提供する機能の活用による早期の退院促進など、介護保険施設の協力医療機関の確保や医療と介護の相互理解の推進等については、すぐにでも取り組むことができる事項もあり、こうしたことについては、地域医療構想策定の時期に関わらず取り組む必要がある。
- 医療機関と介護施設の具体的な連携については、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ等において検討が進められており、得られた好事例については横展開を図ることが重要である。

【協議事項】

3 新たな地域医療構想の検討体制について

3-1 新たな地域医療構想の検討体制について

令和8年3月19日新たな地域医療構想に関するとりまとめ(p5~9一部引用)

(総論)

- 新たな地域医療構想については、入院医療だけでなく様々な議論が必要となることを踏まえ、複数の議題を同時に協議することや、既存の協議の場を活用するなど、効率的かつ効果的に協議を進めることができるよう、都道府県の体制に応じて柔軟な会議運営ができるようにすることが必要である。

(介護との連携)

- 介護との連携においては、市町村や介護関係者が協議に参加することが想定されるが、地域や議題によって、知見を有している者や関係する者が異なることも想定されることから、各都道府県が地域の実情に応じて、協議が円滑に進むような検討体制を整備することが重要である。

(市町村)

- 市町村は、病院開設者の立場、介護保険事業の主体としての立場、行政の中で住民に最も近い立場など、様々な観点を踏まえながら、地域医療構想の策定や推進に協力する必要がある。

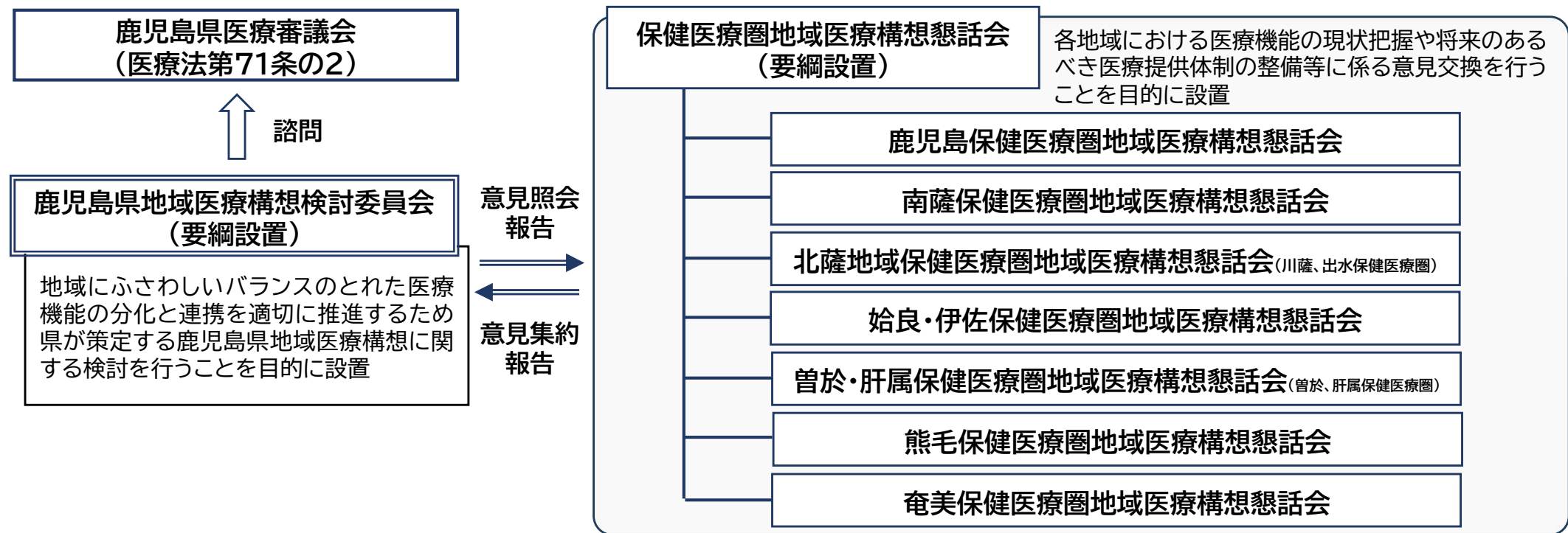
(医療関係者)

- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、有床診療所団体、病院、診療所等は医療提供の主体として、引き続き主たる関係者として、地域医療構想の策定や推進に積極的な関与が求められる。関連する議題に応じて、協議に参画することが期待される。
- 都道府県全体の調整会議には全ての関係者が参画し、県全体の医療提供体制についての協議を行うことや、構想区域ごとの調整会議には関連する議題に応じて、協議に参画し、取組を推進することが求められる。

(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するものとして、都道府県ごとに地域の医師会関係者や地域の医療提供体制に詳しい学識経験者が任命されている。(中略) 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、地域医療構想に加え、医療計画の策定・推進にも一貫して助言することが期待される。

3-2 現行の地域医療構想の策定体制(H27~28)



(鹿児島県地域医療構想検討委員会委員)

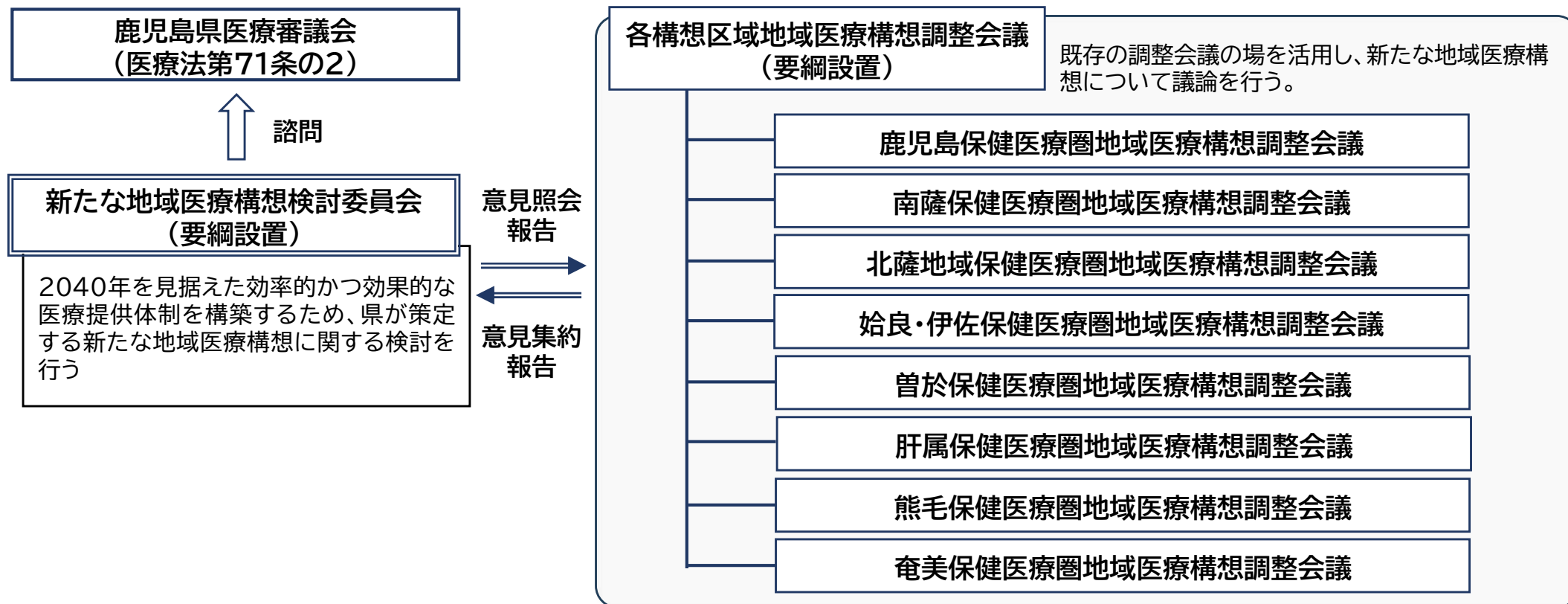
区分	所属	区分	所属
委員長	鹿児島県医師会（会長）	委員	鹿児島県医療法人協会
委員	鹿児島県医師会	委員	鹿児島県保険者協議会
委員	鹿児島県歯科医師会	委員	国立病院長会
委員	鹿児島県薬剤師会	委員	鹿児島大学医学部・歯学部附属病院
委員	鹿児島県看護協会	委員	鹿児島県市長会
委員	鹿児島県栄養士会	委員	鹿児島県町村会
委員	全日本病院協会鹿児島県支部	委員	鹿児島県保健所長会
委員	全国自治体病院協議会鹿児島県支部	委員	鹿児島県立病院
委員	鹿児島県有床診療所連絡協議会	副委員長	鹿児島県保健福祉部（部長）

3-3 新たな地域医療構想の策定体制(案)

新たな地域医療構想の策定体制

- 国のとりまとめにおいては、既存の協議の場を活用するなど効率的・効果的な会議運営が想定されている一方、歯科医師会や薬剤師会、看護協会の協議への参画や、介護関係者の協議への参加、市町村の協力などが求められている。
- しかしながら、現行の県地域医療構想調整会議は、薬剤師会や看護協会、市町村、介護関係者等が委員に含まれていないことからこれらの関係者を含めた形で「新たな地域医療構想検討委員会(仮)」を設置し、策定に向けた協議・検討を行うこととしたい。
- また、各構想区域の地域医療構想調整会議においては、薬剤師会や看護協会、市町村、介護関係者等も委員に含まれていることから、現行の地域医療構想調整会議を協議の場として活用し、必要に応じて委員を追加することとしたい。
なお、各構想区域地域医療構想調整会議議長は、「新たな地域医療構想検討委員会(仮)」の委員を兼ねることとしたい。

新たな地域医療構想の策定体制



3-4 「新たな地域医療構想検討委員会」委員(案)

○ 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県栄養士会、全国自治体病院協議会支部、全日本病院協会支部、医療法人協会、県有床診療所協議会、県保険者協議会、国立病院長会、鹿児島大学医学部・歯学部附属病院、県市長会、県町村会、県老人保健施設協会、県老人福祉施設協議会、県介護支援専門員協議会、保健所長会、県立病院、県保健福祉部並びに各構想区域地域医療構想調整会議議長により構成する。

区分	所属	区分	所属
委員	鹿児島県医師会（会長）	委員	鹿児島県介護支援専門員協議会
委員	鹿児島県医師会	委員	鹿児島保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	鹿児島県歯科医師会	委員	南薩保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	鹿児島県薬剤師会	委員	北薩地域保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	鹿児島県看護協会	委員	北薩地域保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	鹿児島県栄養士会	委員	姶良・伊佐保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	全国自治体病院協議会鹿児島支部	委員	曾於保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	全日本病院協会鹿児島支部	委員	肝属保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	鹿児島県医療法人協会	委員	熊毛保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	鹿児島県有床診療所協議会	委員	奄美保健医療圏地域医療構想調整会議
委員	鹿児島県保険者協議会	委員	鹿児島県保健所長会
委員	国立病院長会	委員	鹿児島県立病院
委員	鹿児島大学医学部・歯学部附属病院	委員	鹿児島県保健福祉部（部長）
委員	鹿児島県市長会		
委員	鹿児島県町村会		
委員	鹿児島県老人保健施設協会		
委員	鹿児島県老人福祉施設協議会		

計30名

【協議事項】

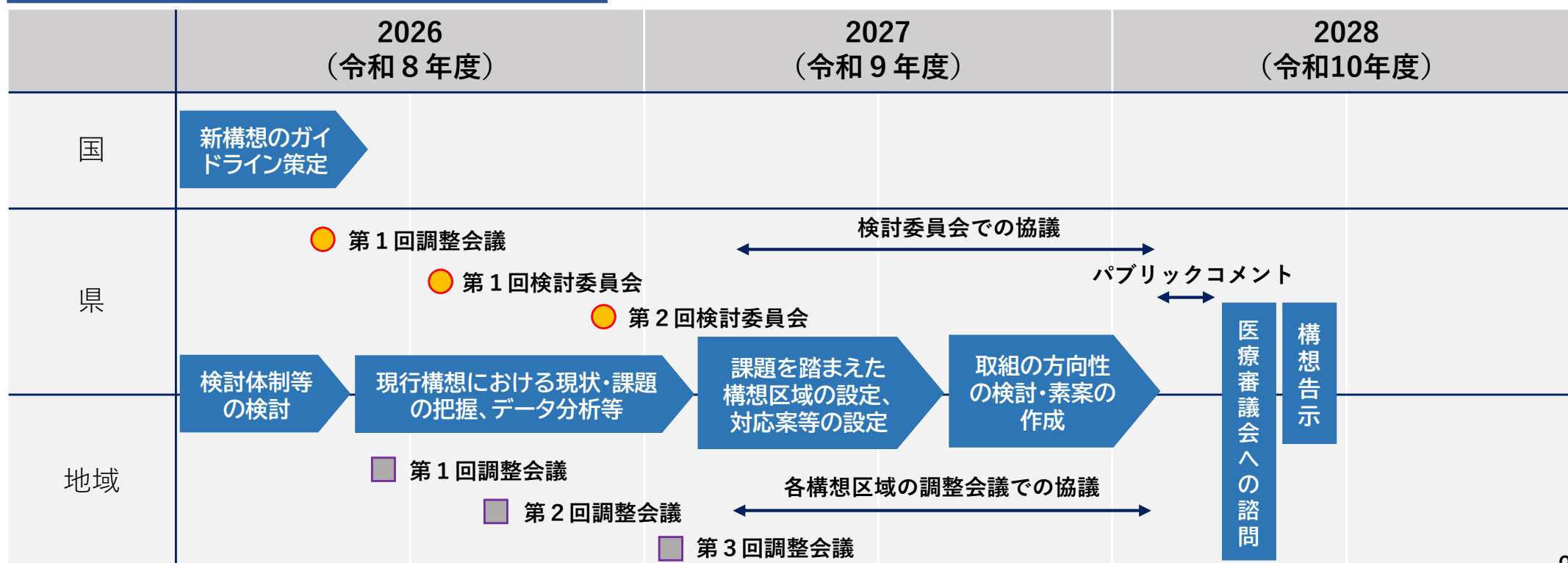
4 新たな地域医療構想の策定スケジュールについて

4-1 新たな地域医療構想の策定スケジュール(案)

令和8年3月19日新たな地域医療構想に関するとりまとめ(p21～22一部抜粋)

- 地域医療構想の策定は2028年度までに行うこととされている。まずは地域における現状を把握し、地域ごとの課題を共有しながら区域の設定や必要病床数の推計、医療機関機能の確保等の目的ごとに、それぞれにおいて具体的な目標を設定・共有し、取組や協議を行う。
- 策定に向けて、2026年度から2027年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、必要病床数の設定、医療機関機能の確保その他の2040年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行う。
- 課題の設定後、取組の方向性について2028年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果の確保を行う。

新たな地域医療構想の策定・検討の進め方



4-2 新たな地域医療構想検討委員会での主な議論事項(案)

回	新たな地域医療構想検討委員会(地域医療構想調整会議)	回	各構想区域地域医療調整会議
R8		R8(～R9)	
第1回	(報告事項) ○現行構想の振り返り(各構想区域の取組実績等) ○「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」 (協議事項) ○新たな地域医療構想の検討体制 ○新たな地域医療構想の策定スケジュール	→	第1回 (必要に応じて) ○新たな地域医療構想の検討体制
第2回	(報告事項) ○現行の構想区域における現状・課題の共有 (協議事項) ○現状把握のために必要なデータ分析内容(素案)	→	第2回 (報告事項) ○現行の構想区域における現状・課題の共有 (協議事項) ○現状把握のために必要なデータ分析内容(素案)
第3回	(協議事項) ○現状把握のために必要なデータ分析結果の共有 ○データ分析を踏まえた課題の共有	→	第3回 (協議事項) ○現状把握のために必要なデータ分析結果の共有 ○データ分析を踏まえた課題の共有
	↓		↓
R9	(協議事項) ○課題を踏まえた構想区域の見直し ○必要病床数の推計 ○医療機関機能確保の協議 ○2040年に向けた対応案等の設定	→	R9 (協議事項) ○課題を踏まえた構想区域の見直し ○必要病床数の推計 ○医療機関機能確保の協議 ○2040年に向けた対応案等の設定
R10	(協議事項) ○新たな地域医療構想(パブコメ案) ○新たな地域医療構想(最終案)		