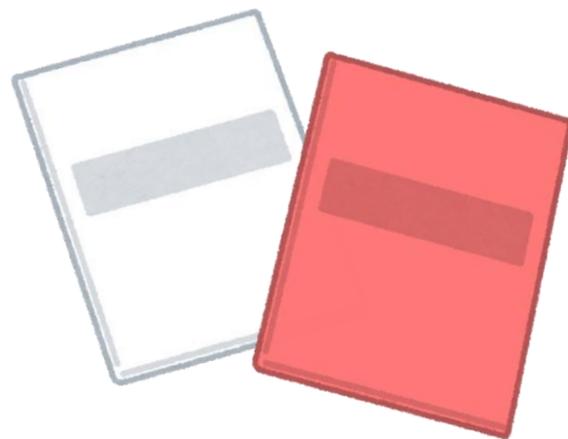




新たな地域医療構想について

✓ 医療機関機能と必要病床数について

医療圏と構想区域について



現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

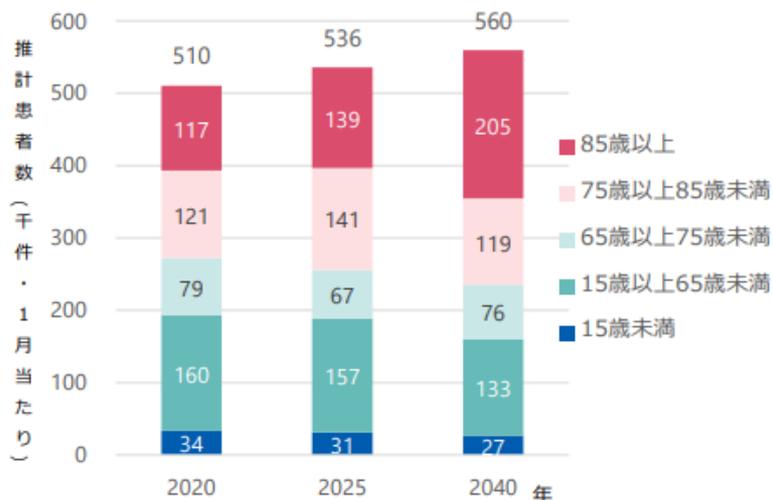
新たな地域医療構想

入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図る地域医療構想へ

全国的な背景

救急搬送の増加

年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

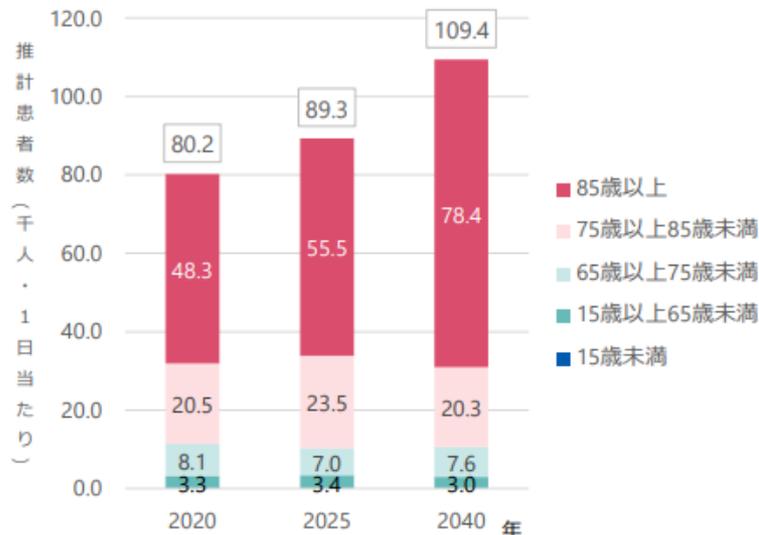
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。

※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）

総務省「人口推計」（2017年）

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（2023年推計）」を基に地域医療計画課において推計。

病床機能報告制度（回復期から包括期へ）

現行の地域医療構想

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

回復期

- 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
- 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（回復期リハビリテーション機能）

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（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

新たな地域医療構想

高度急性期

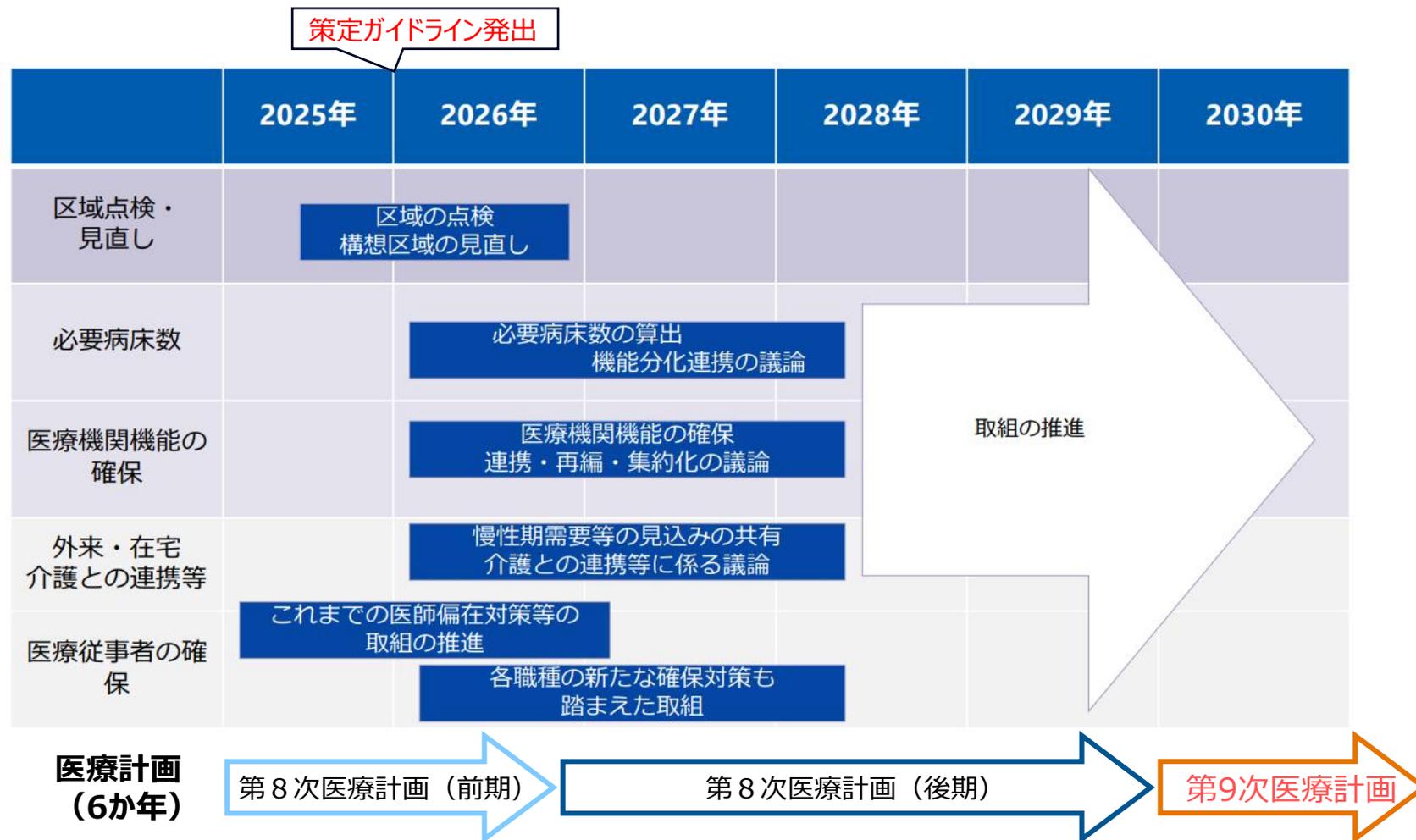
急性期

包括期

- 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**
- 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
- 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（回復期リハビリテーション機能）

慢性期

- 例として、入院医療に係る構想策定のスケジュールとして、今年度以降速やかに検討等を開始できる内容と、来年度以降開始される予定の医療機関機能報告など、順次検討すべき内容がある。



医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、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化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|--|
| 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、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、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。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 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。
※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 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、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を行う。
※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的な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。
※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要 |

広域な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、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。
 - ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

今後の病床機能報告から新たに追加される事項

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 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確認することを目安とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確認することを目安とする</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	
人口の少ない地域	～30万人 ※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かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>※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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	

※ 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

MEMO

県内の8つの構想区域のうち、30万人を超えているのは「三泗区域」のみ

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1-2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、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、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

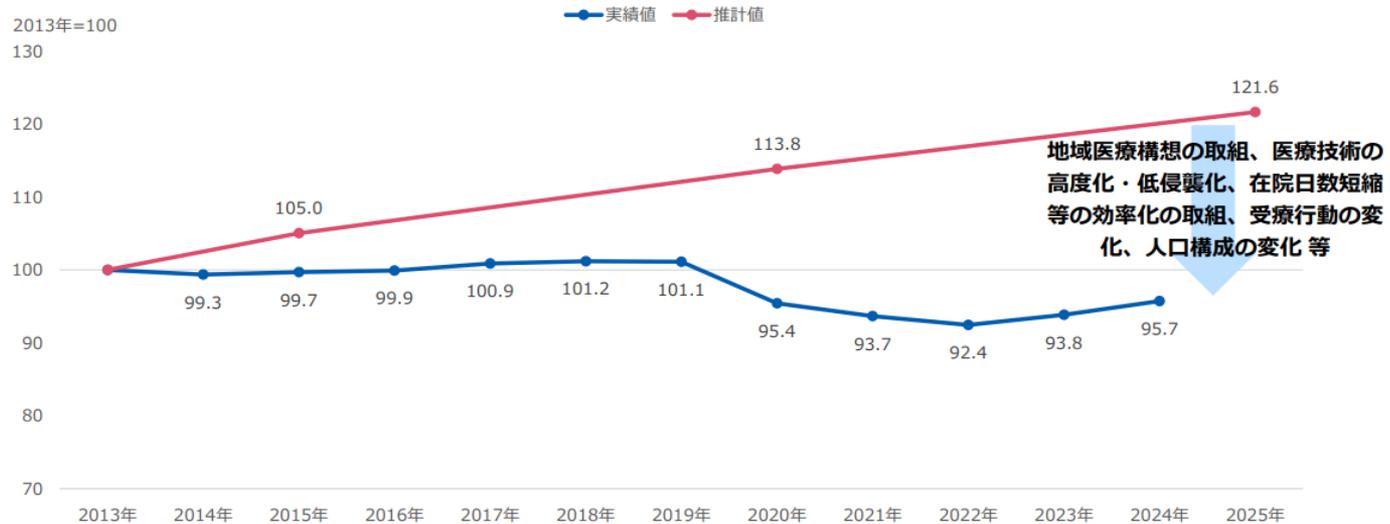
2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保

- 現行の地域医療構想策定ときに、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した入院患者数**（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、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」（2013年推計）を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

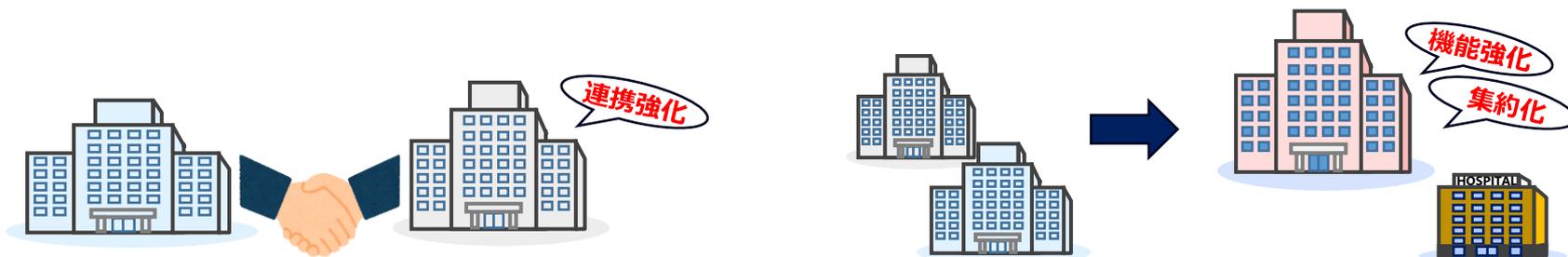
※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

34

- **がんをはじめとする急性期の入院医療の提供は効率化が進み、在院日数の減少や、外来治療への移行等の取組が進んでいる。** また、地域医療構想の取組等により入院受療率は低下し、実際の入院患者数は推計よりも減少している。
- 必要病床数の算定に当たっては、医療技術の進歩や医療提供の効率化の取組等の複数の要因から受療率は低下してきていることを踏まえ、**改革モデルとして受療率の低下を組み込んで計算すること**としてはどうか。また、包括期機能について急性期機能の病床にかわって高齢者等の急性期患者を受け入れることや回復期リハビリテーションの効率的な提供、**医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組による効率化等を、改革モデルとして組み込むこと**としてはどうか。

協議いただきたいこと ①

- 新たな地域医療構想においては、地域の医療資源や医療人材を的確に把握し、患者の受療動向等のデータを丁寧に分析し、地域での最適な医療提供体制を検討していく必要がある。
- そのうえで地域の実情に応じて、各医療機能（診療科）の集約化や連携、病院の再編といった取組も含めた議論が必要となってくる。



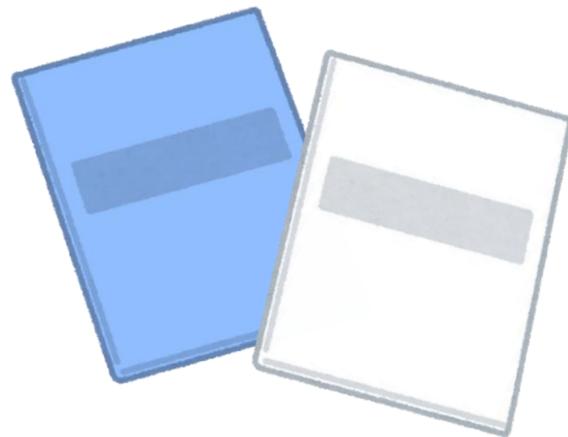
協議いただきたいこと

- 現時点では新たな地域医療構想の策定ガイドラインは通知されていないが、今後のこの地域での医療機関の再編・集約化や機能強化の進め方について、ご意見をいただきたい。

たとえば、協議に資するデータ（こういったデータをもとに議論を進めるか）や会議の開催頻度、参加する委員や会議体のあり方など、議論を活性化させるため手法について幅広くご意見をいただきたい。

医療機関機能と必要病床数について

✓ 医療圏と構想区域について



第8次医療計画における医療圏、地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として、二次医療圏と原則一致するものとして設定している。また、第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏について、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区域の設定の見直しを検討する、また、100万人以上の二次医療圏について、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。
- 令和6年4月時点で、構想区域と二次医療圏は2県を除き一致している。

二次医療圏

330医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の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**と認められるものを単位として設定

構想区域

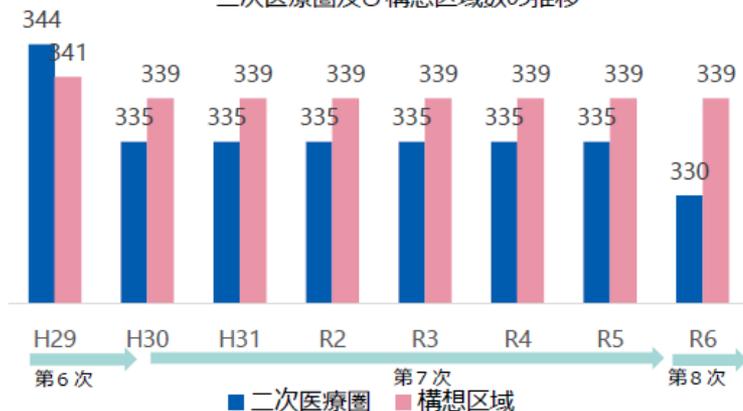
339構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

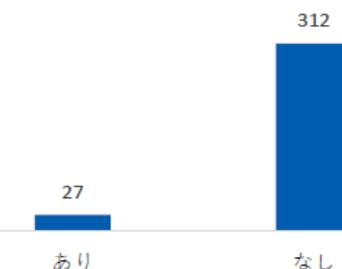


2県以外で一致

二次医療圏及び構想区域数の推移



第8次医療計画策定時における構想区域設定の見直しの検討



見直しを行わなかった理由について

- ◆ 二次医療圏の統合等により、全体として医療提供体制が向上するといった明確な変化が見られない
- ◆ 複数の要因（地理的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情、他計画等への影響等）から現行区域の設定が妥当と判断

見直しを行うことへの課題等について

- ◆ 構想区域を統合し、面積が広大となる場合の基幹病院へのアクセス
- ◆ 区域の見直しにより他の行政分野との不整合、医療サービスの低下等が懸念
- ◆ 市町村や隣接県との調整
- ◆ 関係医療機関、医療関係団体からの理解

※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等も含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置づける。このため、構想区域について、二次医療圏を基本としたこれまでの構想区域のほか、広域な観点が求められる診療や医療従事者の育成等を検討するための広域な区域、在宅医療等についてきめ細かく対応するためのより狭い区域を設定して取組を推進する。
- 区域全体の医療資源に応じて確保する医療や、区域内で確保が困難な医療に関する隣接区域等との連携のあり方等の具体的な運用については、2025年度に策定予定の新たな地域医療構想に関するガイドラインの作成段階で検討する。

基本となる構想区域

- 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、専門等機能の医療機関機能を整備
- 二次医療圏（330程度）を基本としつつ、人口規模が20万人未満の区域や、100万人以上の区域で医療提供体制上の課題がある場合には必要に応じて構想区域の見直しを行う

広域な区域

- 大学病院や、その他急性期の拠点となる医療機関による広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療、人材育成を議論するための区域を設定。
- 都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定

より狭い区域

- 在宅医療等については地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、より狭い区域を設定
- 医療計画の在宅医療の圏域の設定は、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定

- 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

これまでの圏域の設定状況

平成29年3月 三重県地域医療構想を策定

二次医療圏をベースとしつつ、高齢社会に対応するため、在宅医療提供体制や、地域包括ケアシステムの構築などを見据え、より地域に密着した議論がなされるよう、関係団体とも協議の上、二次医療圏を細分化し、8つの構想区域を設定

平成30年4月～

第7次三重県医療計画

三重県

- 北勢・中勢伊賀・南勢志摩医療圏では、患者の8割以上が医療圏内で入院医療を受けており、概ね標準的な医療提供体制が一体的に確保されていると認められる
- 東紀州医療圏を南勢志摩と統合する場合、面積が広大となり、南勢志摩医療圏の基幹病院へのアクセスも悪く、へき地を抱える東紀州地域の医療提供体制の整備がさらに困難になるおそれがある

第6次と同様、4つ（北勢・中勢伊賀・南勢志摩・東紀州）の二次医療圏を設定

⇒ 従前の伊賀サブ保健医療圏、伊勢志摩サブ保健医療圏は、構想区域と圏域が同じであるため、設定せず

令和6年4月～

第8次三重県医療計画

三重県

- 今後の人口減少・高齢化、医師の働き方改革などを踏まえると、東紀州医療圏に限らず、絶対的な症例数やマンパワーの減少が長期的には避けられず、より広域での体制整備、診療科等の再編・集約化等に向けた検討は引き続き必要ではないか。
- 一方で、新たな地域医療構想の議論が国においてこれから本格化するところであり、二次医療圏と構想区域が異なっている本県は、構想区域の考え方の影響を大きく受けることから、その方向性を注視する必要がある。

- 上記を踏まえ、第8次計画における医療圏は、第7次医療計画での医療圏を維持。
- 東紀州医療圏等の課題や、新たな地域医療構想における構想区域の議論を踏まえ、**第8次計画の中間評価（令和8年度）又は第9次計画策定（令和11年度）の際に、二次医療圏の見直しをあらためて検討**することを第8次計画に明記。

二次医療圏 【基準病床数】

330医療圏（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の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ものを単位として設定

2県以外で一致

構想区域 【必要病床数】

339構想区域（令和6年4月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定

現状（ 4 医療圏 ・ 8 構想区域 ） 人口と2040年の人口推計

中勢伊賀医療圏

人口約41.9万人 → **36.7万人**

津構想区域

（人口約26.5万人） → **23.8万人**

伊賀構想区域

（人口約15.4万人） → **12.9万人**

東紀州医療圏

人口約5.8万人 → **4.1万人**

東紀州構想区域

（人口約5.8万人） → **4.1万人**

北勢医療圏

人口約81.4万人 → **75.0万人**

桑員構想区域

（人口約20.9万人） → **19.1万人**

三泗構想区域

（人口約36.5万人） → **34.2万人**

鈴亀構想区域

（人口約23.9万人） → **21.7万人**

南勢志摩医療圏

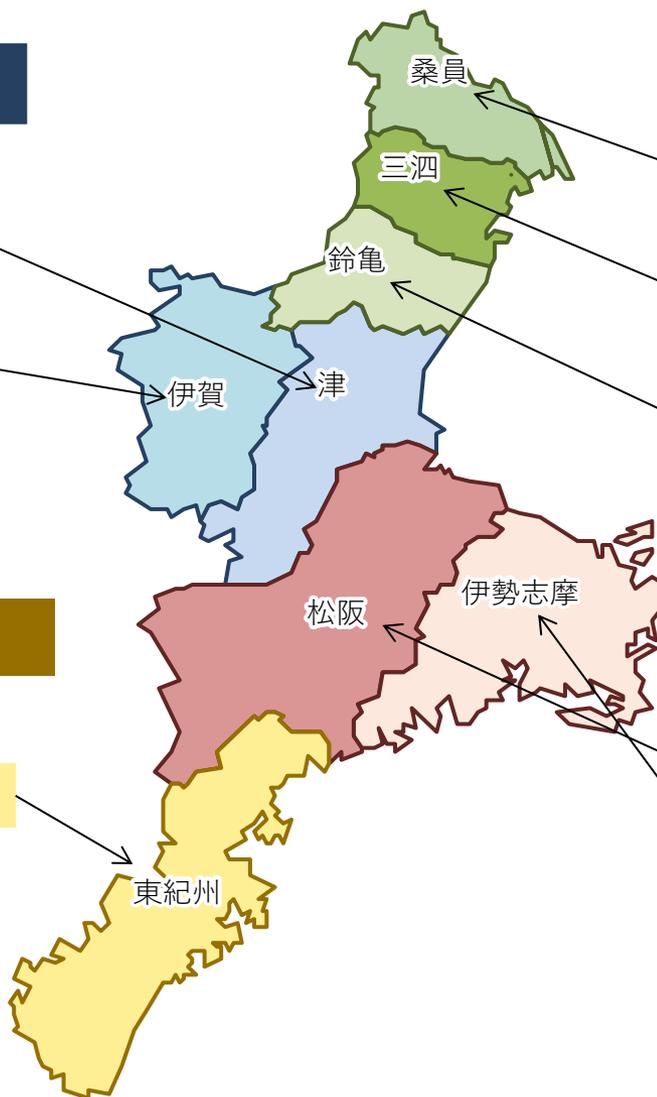
人口約40.5万人 → **33.4万人**

松阪構想区域

（人口約20.1万人） → **17.2万人**

伊勢志摩構想区域

（人口約20.3万人） → **16.2万人**



出典：三重県人口調査結果（令和7年9月1日現在）

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）」

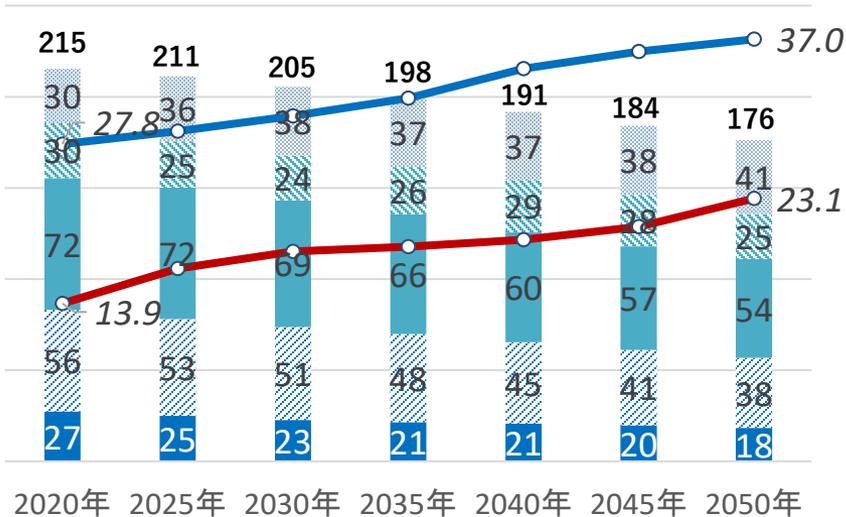
三重県の構想区域別人口の将来推計①

○ 生産年齢人口の減少や75歳以上人口の増加は、桑員や三泗では比較的緩やかに進展する。

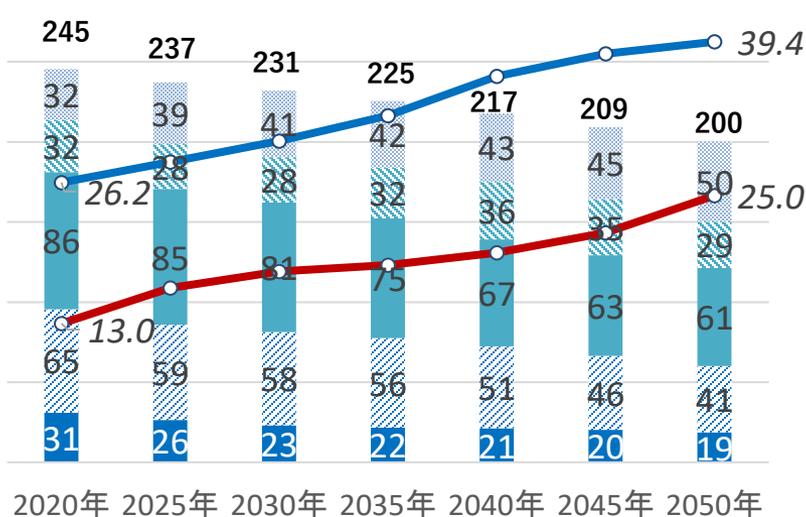
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」

（単位：棒グラフ（千人）、折れ線グラフ（％））

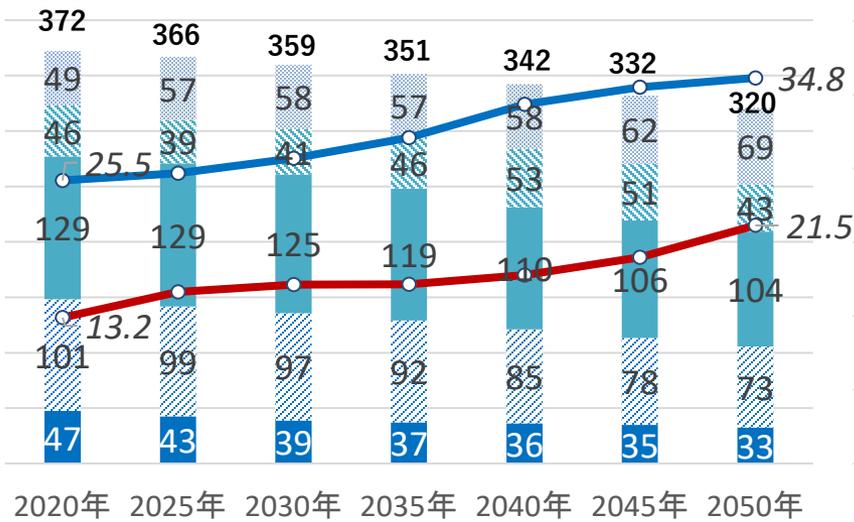
桑員



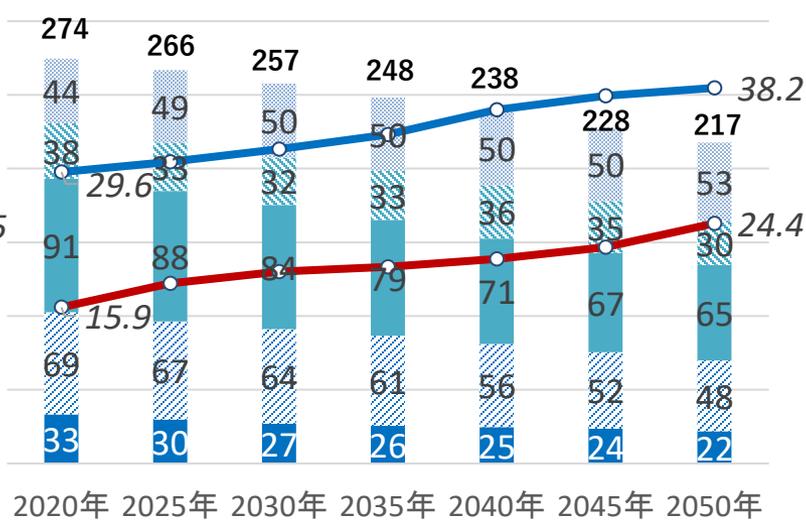
鈴亀



三泗



津

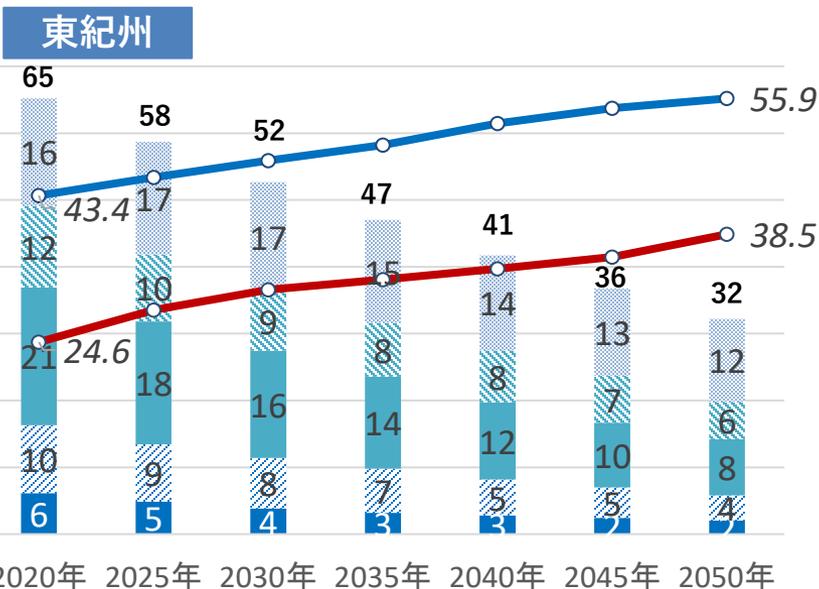
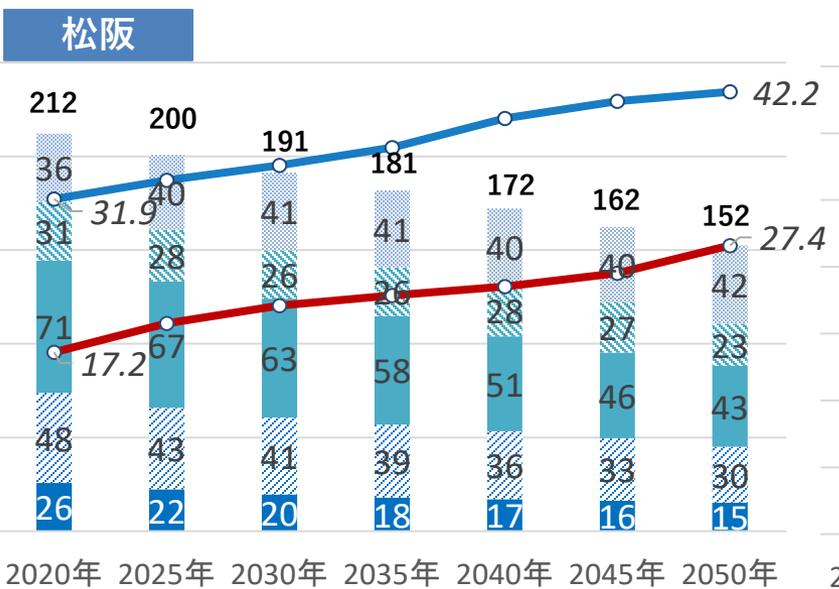
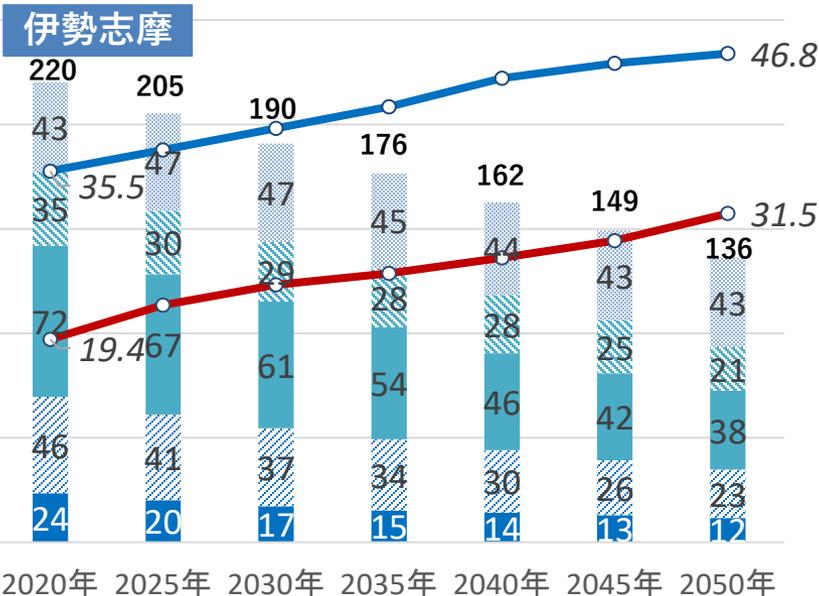
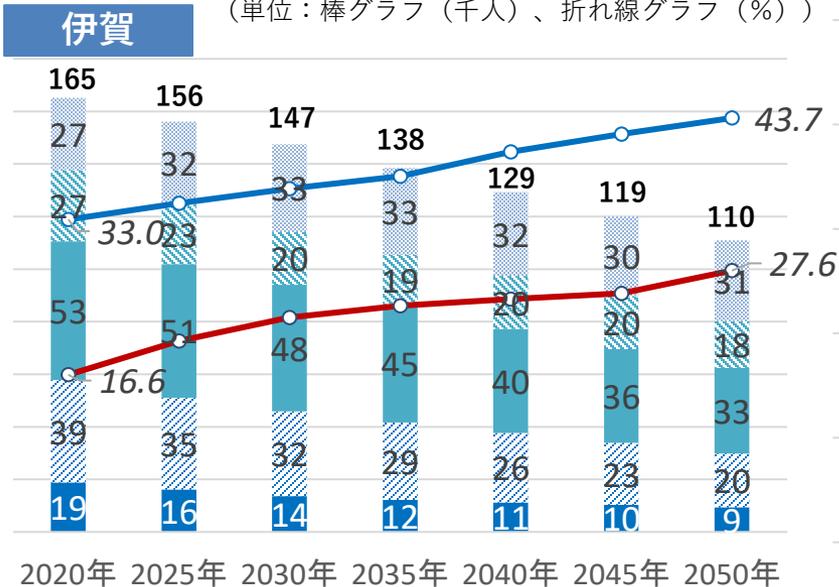


- 75歳以上
- 65~74歳
- 40~64歳
- 15~39歳
- 0~14歳
- 高齢化率
- 75歳以上割合

三重県の構想区域別人口の将来推計②

○ 県南部では人口減少が加速度的に進むと予測される。

(単位：棒グラフ(千人)、折れ線グラフ(%))



- 75歳以上
- 65~74歳
- 40~64歳
- 15~39歳
- 0~14歳
- 高齢化率
- 75歳以上割合

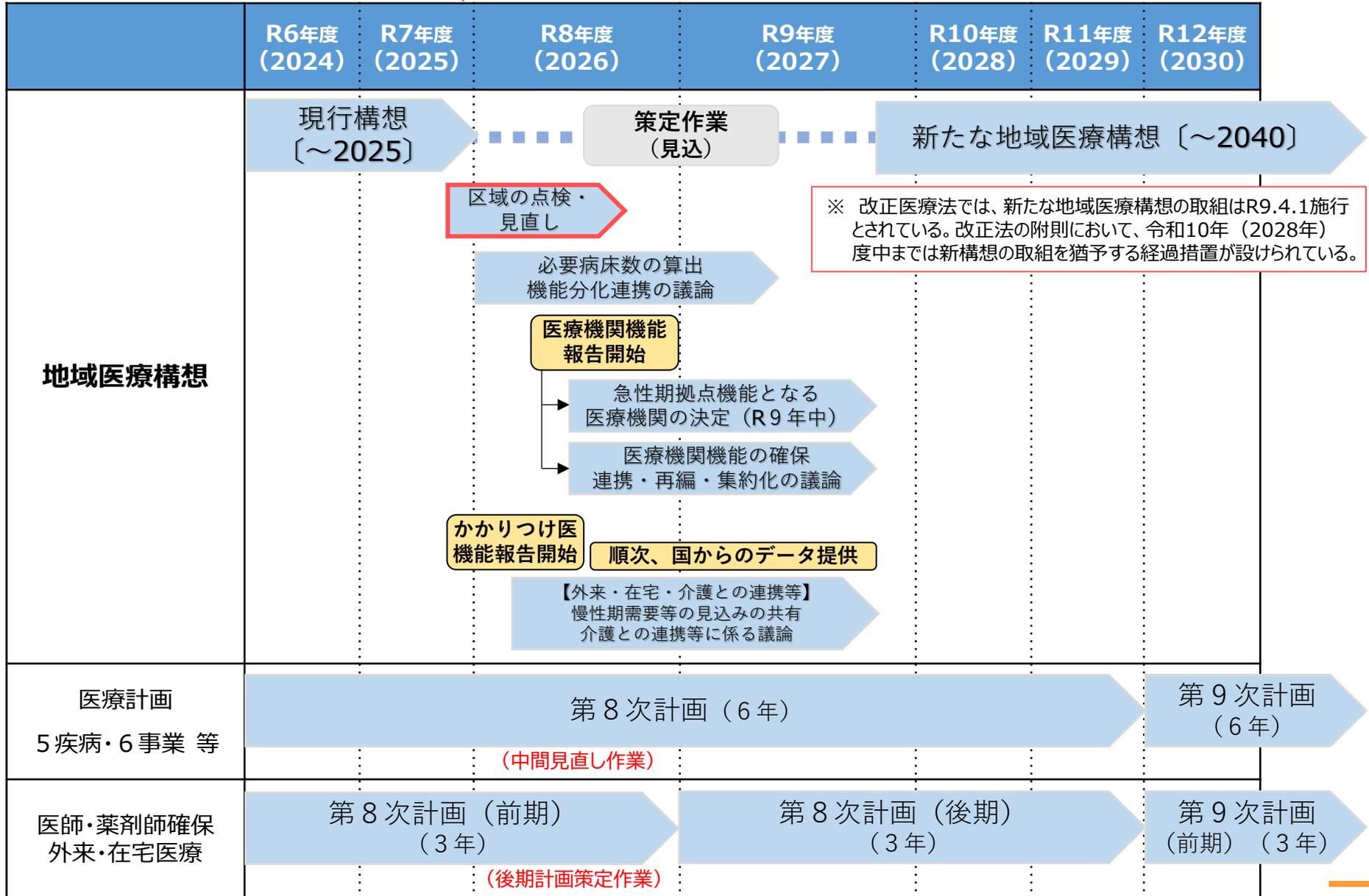
療養病床および一般病床の入院患者の流出・流入状況

(単位：千人/日)

医療機関所在地 患者住所地	総数	北勢			中勢伊賀		南勢志摩		東紀州		県外	流出率			
		桑員	三泗	鈴亀	津	伊賀	松阪	伊勢志摩	東紀州						
総数	6.4	2.4	0.7	1.2	0.5	1.7	1.3	0.5	1.5	1.0	0.6	0.5	0.5	0.3	5%
北勢	2.5	2.2				0.1			0.0			0.0		0.2	12%
桑員	0.7		0.5	0.1	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.1	26%
三泗	1.3		0.1	1.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0	20%
鈴亀	0.5		0.0	0.1	0.3		0.1	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0	42%
中勢	1.5	0.1				1.3			0.1			0.0		0.1	15%
津	0.9		0.0	0.0	0.0		0.8	0.0		0.1	0.0		0.0	0.0	13%
伊賀	0.6		0.0	0.0	0.0		0.1	0.4		0.0	0.0		0.0	0.1	29%
南勢志摩	1.7	0.0				0.2			1.4			0.0		0.0	15%
松阪	0.9		0.0	0.0	0.0		0.1	0.0		0.7	0.0		0.0	0.0	24%
伊勢志摩	0.8		0.0	0.0	0.0		0.1	0.0		0.2	0.5		0.0	0.0	35%
東紀州	0.6	0.0				0.0			0.1			0.4		0.1	28%
東紀州	0.6		0.0	0.0	0.0		0.0	0.0		0.1	0.0		0.4	0.1	28%
県外	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	—	—
流入率	3%	9%	24%	18%	37%	24%	34%	11%	9%	32%	12%	10%	10%	—	—

構想策定の具体的なスケジュール（案）

令和7年10月15日
第5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一部改



協議いただきたいこと ②

昨年度調整会議の内容

本県のこれまでの取組 本県では、平成28年度に現行の地域医療構想を策定する際、二次医療圏をベースとしつつ、高齢社会に対応するため、在宅医療提供体制や、地域包括ケアシステムの構築などを見据え、より地域に密着した議論がなされるよう、関係団体とも協議の上、二次医療圏を細分化し、8つの構想区域を設け、地域に根差した協議を進めてきたところ。

- ▶ 次期構想に向けて構想区域や医療圏のあり方を議論していく際には、これまでの地域に根差した協議の取組とともに、今後の人口推計や患者の受療動向等をふまえて検討していきたい。

協議いただきたいこと

- 新たな地域医療構想の策定作業にあたり、国からは構想区域の点検・見直しを早期に行うこととされている。
- これまで医療審議会や地域医療構想調整会議において、特に東紀州区域については検討が必要といったご意見をいただいているところであるが、各地域の区域設定の在り方等について、2040年頃を見据えた人口規模や現状の患者流出入率等をふまえ、様々なご意見をいただきたい。
- いただいたご意見や今後の需給推計等のデータもふまえ、以下のスケジュールにより、見直し案の方向性を固めてはどうか。

～R8.3

- 調整会議・医療審議会において各区域の今後の在り方について意見聴取。（点検・見直しの必要性について）

～R8 秋ごろ

- いただいたご意見や今後の需給推計等のデータをもとに、新構想での構想区域を考察
- 調整会議において構想区域の見直し案を提示
- 構想区域の見直しについて調整会議において合意
→ のちに医療審議会においても協議

R9以降

- 見直し後の構想区域もふまえた医療機関機能に関する協議

※ ここでの「見直し」とは必ずしも統合や再編を伴うものだけでなく、現状維持も含まれる。

※ 見直しを考える場合は様々な施策が構想区域単位で設定されている事情を考慮する。