

新たな地域医療構想 早わかりガイド

概要・機能分化の仕組み・いつまでに何をすべきかのタイムライン

Ver.2.0（2026 年 7 月改訂版） 厚生労働省『地域医療構想策定ガイドライン』（2026 年 7 月 3 日公表）反映

■ Background

なぜ「新たな」地域医療構想が必要なのか

2025 年目標の旧構想は「2040 年を見据えた体制づくり」では不十分な側面がありました。今後は 85 歳以上の増加・生産年齢人口の急減・医療従事者不足が同時進行します。2040 年に間に合う医療提供体制を今から設計し直すのが「新たな地域医療構想」です。

2040 年	2028 年度	4 機能
構想の目標年次	機能決定の期限	医療機関機能の区分数

旧構想が「病床の機能分化」に焦点を当てていたのに対し、新たな構想は外来・在宅・介護連携・人材確保・医療 DX まで含めた「医療提供体制全体の再設計」へと対象を拡大しています。

また、2025 年に成立した改正医療法により地域医療構想が医療計画の上位概念に格上げされ、医療機関機能報告の義務化や、必要病床数を超える増床への知事権限強化など、実効性を高める制度整備が行われました。

■ Key Concept

医療機関機能の 4 区分——自院はどれを選ぶか

すべての医療機関（大学病院本院を除く）は、以下 4 つのいずれかの「主たる機

能」を 2028 年度までに選択・報告します。複数機能を担う場合も、主機能を明確にする必要があります。

① 急性期拠点機能 地域の急性期医療の中核 手術・救急等の医療資源を多く要する症例を集約化。原則、人口 20～30 万人に 1 施設を目安に確保（人口の少ない地域では 1 施設に集約）。救急医療・政策医療・医育も担う。	② 高齢者救急・地域急性期機能 高齢者救急と二次救急の受け皿 誤嚥性肺炎・心不全等の高齢者救急を受け入れ、早期リハビリ・退院調整・在宅復帰支援まで担う。包括期の病床を有することが想定される。
③ 在宅医療等連携機能 在宅医療の実施と後方支援 24 時間対応・入院対応を含む在宅医療の提供、訪問看護・介護との連携。オンライン診療（D to P with N）や遠隔モニタリングの積極活用が求められる。	④ 専門等機能 集中リハビリ・専門診療・有床診療所 ①～③に当てはまらない機能：集中的リハビリテーション、中長期入院、有床診療所の地域診療、特定診療科の専門医療など。

【2026 年度診療報酬改定との関係】

今改定で新設された「急性期病院一般入院基本料（急性期病院 A・B）」は、病院単位の救急搬送・手術実績を評価する仕組みで、地域医療構想が目指す急性期拠点機能の集約化（人口 20～30 万人に 1 か所目安）と方向性を共有する「先取り」的な改定と位置づけられます。実績要件は以下のとおり。

【急性期病院 A】 救急搬送 2,000 件以上かつ全身麻酔手術 1,200 件以上

【急性期病院 B】 救急搬送 1,500 件以上／救急搬送 500 件以上かつ全身麻酔手術 500 件以上／人口 20 万人以下地域の最大病院かつ救急搬送 1,000 件以上、のいずれか

A・B の要件を満たさない場合でも、従来の急性期一般入院料 1～6 は廃止されず存続するため、直ちに急性期からの転換を迫られるわけではありません。

『地域医療構想策定ガイドライン』は「特定の診療報酬項目の届出の有無を医療機関機能の必要条件・十分条件のように扱うのは適切でない」と明記しており、診療報酬上の区分（急性期病院 A・B 等）と、医療機関機能報告における「急性期拠点機能」は別建ての制度である点に留意が必要です。

とはいえ両制度が着目する指標（救急搬送件数・全身麻酔手術件数）は共通しており、A・B 要件の充足状況を確認することは、地域医療構想の協議に向けた自院ポジション把握の「予行演習」として有用です。

■ Regional Context

地域類型別の課題——自院の地域を確認する

地域類型	2040 年に向けた特徴	経営上の主な論点
大都市型	高齢者人口が大幅増・生産年齢は緩やかに減少。急性期機関が多く過当競争が深刻化。	急性期拠点への集約と役割分担。高齢者救急への機能転換が急務。
地方都市型	高齢者は増・生産年齢は減少。医師確保と高齢者対応を同時解決しなければならない。	急性期拠点機能を維持しながら高齢者救急対応力を高める戦略が必要。
人口の少ない地域	高齢者・生産年齢ともに急減。医療資源維持そのものが最大課題。	急性期拠点を 1 施設に集約し、持続可能な体制を早急に確保。広域化・連携・再編も選択肢。

■ Timeline

いつまでに何をすべきか——医療機関の行動タイムライン

◆ 2026 年度（今まさに）

現状把握と機能の仮設定

- ・ 2026 年度診療報酬改定の自院への影響を試算する
- ・ 急性期病院 A・B の実績要件（救急・手術件数）を確認する
- ・ 4 機能のうち自院が担える機能を経営会議で仮設定する
- ・ 医療機関機能報告（初回：令和 8 年度・7 月 1 日時点）の対応状況を確認する。

◆ 2026～2027 年度上半期

構想区域での協議参加・課題設定

- ・ 地域医療構想調整会議で現状データを共有・課題を整理

- ・必要病床数・構想区域の見直し議論に参画する
- ・近隣医療機関との連携・役割分担の協議を開始する

◆ 2028 年度（最重要期限）

🔗 機能決定・地域医療構想の策定完了

- ・各医療機関が「2040 年に向けて担う医療機関機能」を決定・報告
- ・都道府県が地域医療構想（策定）を完了する
- ・取組方針・病床数の方向性が確定。変更には地域調整会議での再確認が必要になる

◆ 2029 年度頃

第 9 次医療計画の策定

- ・策定された地域医療構想の内容を踏まえ、具体の実行計画として第 9 次医療計画を策定
- ・自院の機能決定内容が、医療計画上の指標・数値目標へ落とし込まれる段階

◆ 2030 年 / 2036 年

必要病床数の見直し（医療計画の改定タイミング）

- ・人口推計・受療率の変化を反映した見直しが行われる
- ・医療機関機能の再検討もこのタイミングで可能

◆ 2035 年

取組の成果確認・中間評価

- ・地域医療構想の取組成果を一定確保する目標年
- ・急性期医療の集約化・在宅医療体制の充実が問われる

◆ 2040 年

新たな地域医療構想の目標年次

- ・2040 年の人口構造・医療需要に適した体制が完成している状態を目指す

■ Action

経営層が今すぐ着手すべき 5 つのアクション

1 自院の「機能」を言語化する

4 機能のどれを主機能として担うか、経営層・管理職で議論し仮設定します。「急性期」の看板を維持するメリット・リスクを数字で試算することが出発点です。

2 診療実績データを読む習慣をつける

救急搬送件数・手術件数・在院日数・逆紹介率など、施設機能の評価に直結するデータを月次で把握します。医療機関機能報告の数値との照合も必要。

3 地域医療構想調整会議に「主体的に」参加する

会議を「交渉・協議の場」として活用します。隣接病院との役割分担、連携・集約化の方向性を、自院の立場から積極的に提案・発信する。

4 機能転換に必要な人材・設備を今から整備する

機能転換はすぐにはできません。在宅医療等連携機能を目指すなら在宅・多職種連携の体制を、急性期拠点を維持するなら救急・手術体制の強化を、今期の投資計画に盛り込む検討を。

5 「2040 年の自院像」を全職員に語る

機能転換の波は職員の不安に直結します。経営層が「なぜこの機能を選ぶのか」「2040 年に地域でどんな役割を担うのか」を繰り返し語ることが、組織の求心力を維持します。

■ Self Check

経営層の自己チェックリスト

以下の項目を確認し、未着手のものから優先的に取り組んでいきます。

☐ 機能の選択	自院が担う医療機関機能（4 区分）を仮決定し、経営会議で合意している
☐ 実績確認	急性期病院 A・B の実績要件（救急搬送件数・全身麻酔手術件数）を直近 1 年で把握している
☐ 収益影響の試算	2026 年度改定による自院の月間収益への影響額を試算し、経営会議に報告している
☐ 地域協議への参加	構想区域の地域医療構想調整会議の開催スケジュールを把握し、担当者を決めている
☐ 機能報告の対応	令和 8 年度（初回・7 月 1 日時点）医療機関機能報告への対応状況を確認している
☐ 人材・体制の整備	機能転換を見据えた採用・育成計画・設備投資計画を 2026 年度内に立案している
☐ DX・ICT への対応	在宅医療のオンライン診療・遠隔モニタリング等の導入方針を検討している
☐ 職員への周知	自院の 2040 年に向けた機能の方向性を全職員に説明する機会を設けている（予定含む）

本資料は「新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和 8 年 3 月 19 日）」および「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて」をもとに作成した解説資料です。個別の経営判断については専門家にご相談ください。
初版：2026 年 6 月作成（Ver.1.0） / 本版：2026 年 7 月改訂（Ver.2.0）