



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

新たな地域医療構想策定ガイドラインについて (構想の策定・取組の進め方、病床等の医療需要の見込み)

- 1. 地域医療構想の策定・取組の進め方**
- 2. 病床等の医療需要の見込みについて**

1. 地域医療構想の策定・取組の進め方

第119回医療部会での意見

今後の検討会での主な論点（第119回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

- 新たな地域医療構想については、医療機関機能の確保や外来、在宅医療、介護との連携等を対象としており、区域の点検等の直ちに検討を開始出来る事項から、医療機関機能報告のように報告の開始や地域での協議が直ちに開始出来ない事項等、案件や都道府県ごとの実情に応じて取組時期に幅があることが考えられる。他方、2040年やその先も含めた医療提供体制の確保のためには、2040年よりも一定早い時期に医療提供体制の確保が出来ていることが必要。こうしたことを踏まえ、地域医療構想の2040年までの取組のスケジュールについて検討会で議論することとしてはどうか。

※第119回「社会保障審議会医療部会」における意見を事務局において整理

- 地域医療構想の策定プロセスにおいて、地域の医療提供体制全体の課題を把握し、調整会議を進めていく中で、医療機関側・医療従事者のみで議論を深めるのではなく、医療の受益者である患者の視点を常に意識していただくことが、より実効性の高い構想策定につながる。
- 地域医療構想推進のプロセスにおいて、地域医療の再編がなぜ必要なのか、その課題を地域住民と共有し、理解を得た上で建設的な意見交換ができるような仕組み、患者が不安なく医療を受けられる体制づくりが必要。
- 2040年に向けて85歳以上の人口が増加する中、急激に増加する医療需要にどう対応していくかの過程が重要なポイントであり、こうした視点も含めスケジュールを考えていく必要。
- 急性期拠点機能の集約化については、人口の少ない構想区域に限らない課題として検討が必要ではないか。
- 2040年をめどに体制を固めていく全体の構想としては異論はないが、医療体制の限界が、5年先に来る地域もあれば、10年も持たないという地域もある。その地域に応じたスケジュールがあり、これに沿ってPDCAを回していくことが重要。議論を行う際に、スケジュールのみ固定するのではなく、流動的に急いでやれるところは進めていくべきということを発信することが重要。
- 令和8年度から10年度にかけて策定等に取り組むとの記載がありますが、都道府県では、推進体制の整備や関係者との調整などが必要となることから、都道府県の実情を踏まえた上で、具体的なスケジュールを早期に示していただきたい。

都道府県との意見交換会（令和7年9月26日）

【ガイドラインの策定】

- 都道府県が新たな地域医療構想を策定する上で、共通の理解を持ち検討を進められるよう、オールジャパンの方向性が示される必要がある。各人口類型別地域にどのような課題とその解決方法が存在しているか、マクロな視点での将来像が示されるよう検討が必要。
- 合意形成を行う上では、計画段階で関係者との対話により、今後の見通し等について調整していくことが重要。

【スケジュール】

- ガイドラインが示された後、現行の構想との兼ね合いも考慮しつつ、どのようなスケジュールで新構想を策定していくのか具体的に示してほしい。策定にかかる時間が極端に短くなると、十分な議論を出来ないことが懸念される。

【区域】

- 高度急性期や急性期については、圏域統合の議論が避けられない。
- 都道府県ごとに医療資源等の実情がさまざまであり、都道府県において柔軟に設定できるようにする必要がある。

【医療機関機能】

- 医療機関の役割分担を議論していくためには、恣意的な報告になってはならないと思っている。一定の客観的な基準の下で、医療機関に報告していただく仕組みが必要。
- 医療機関の機能について、重複して機能を報告された場合、役割分担が不明確になるのではないかという懸念がある。報告した医療機関の診療実態の可視化が必要。

【協議の場】

- それぞれの取組の関係性を整理することで、関係者が効率的に協議できるようにする必要がある。
- 市町村既存の協議の場を活用し、県の協議の場に報告する等、協議のあり方も様々な形となるようにする必要がある。

地域医療構想の策定プロセスについて

- 2025年に向けたガイドラインにおいても地域医療構想策定のプロセスについて整理されており、新たな地域医療構想においても、検討プロセスやスケジュールについて整理が必要。

地域医療構想策定ガイドライン

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

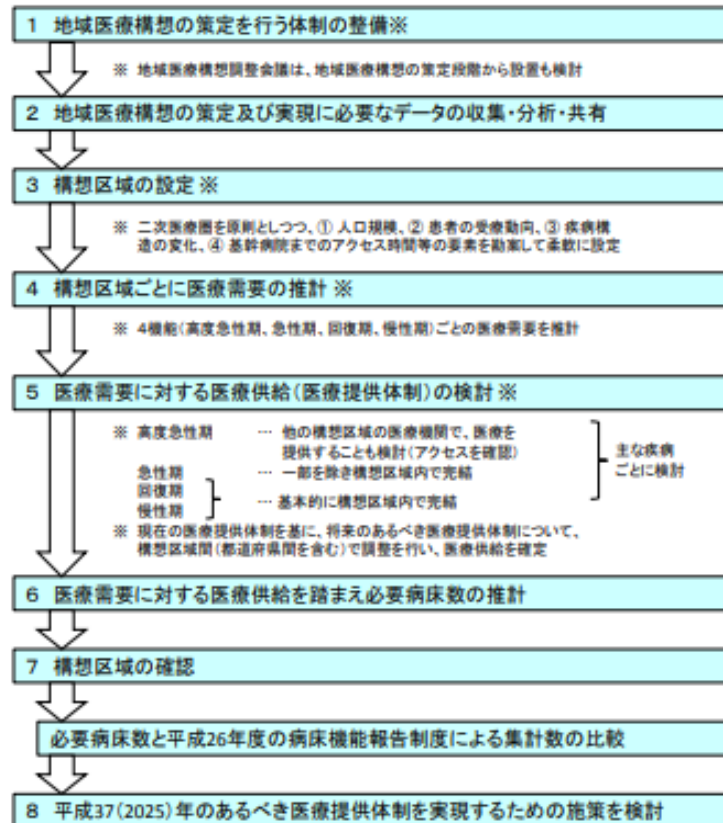
- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたP D C A

III 病床機能報告制度の公表の仕方

- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用

○ 地域医療構想の策定プロセスについて整理すると、以下となる。

【策定プロセス】



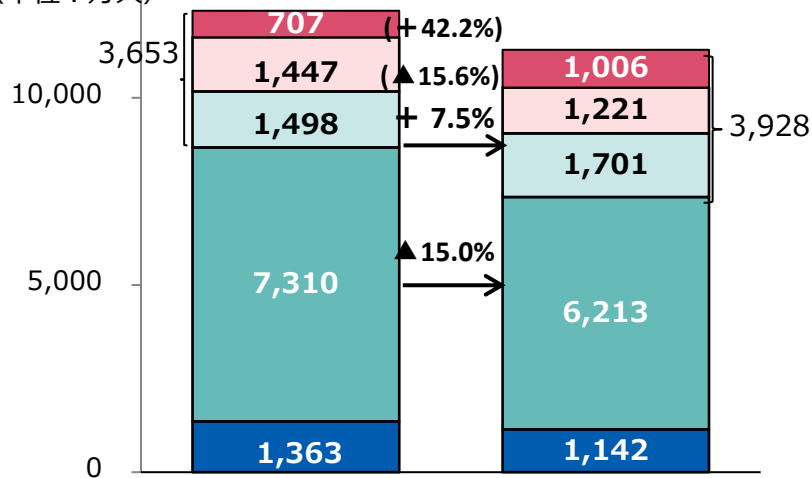
（参考）策定後の取組

2040年に向けた課題

- ガイドラインにおいては、日本全体としての高齢化や生産年齢人口の減少等の課題や、地域ごとの異なる課題を踏まえながら、整理していく必要がある。

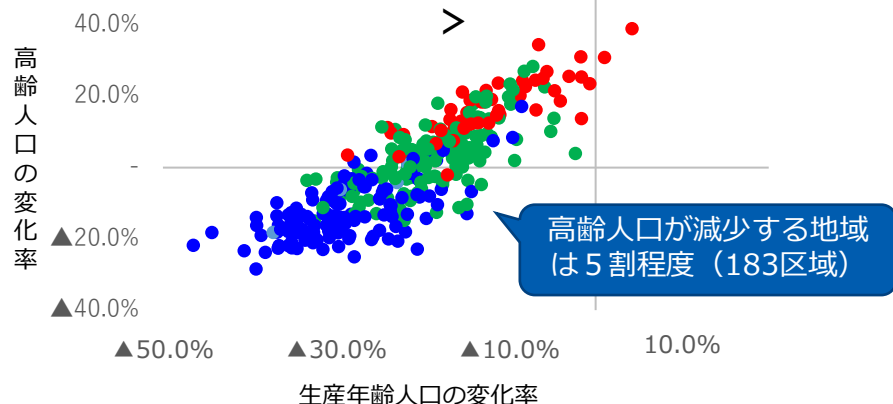
<日本全体の課題（人口構造の変化）>

(単位：万人)



(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 令和5年推計」

<地域ごとの課題（2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況）>



大都市型

医療需要

- 地域の人口：横ばい →
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：横ばい →

生産年齢人口

- 一部の地域で増 ↑
- 多くは0～30%程度減 ↓

課題

- 増加する高齢者救急・在宅医療の受け皿の整備等

地方都市型

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：増 ↑
- 在宅医療需要：増 ↑
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 0～40%程度減 ↓

課題

- 支え手の減少に対応できる提供体制の構築等

人口の少ない地域

医療需要

- 地域の人口：減 ↓
- 高齢者人口：減 ↓
- 在宅医療需要：増 ↑ ～ 減 ↓
- 外来医療需要：減 ↓

生産年齢人口

- 10～50%程度減 ↓

課題

- 地域の実情に応じた必要な医療機能の維持等

※地域毎に状況は異なるものの、大きな方向性について記載

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

地域における「連携」を通じたサービス提供体制の確保と地域共生社会

- 2040年に向けて、高齢化・人口減少のスピードが異なる中、地域の実情を踏まえつつ、事業者など関係者の分野を超えた連携を図り、サービス需要に応じた介護、障害福祉、こどもの福祉分野のサービス提供体制の構築が必要。
- 地域住民を包括的に支えるための包括的支援体制の整備も併せて推進することで、地域共生社会を実現。

2040年に向けた課題

- 人口減少、**85歳以上の医療・介護ニーズを抱える者や認知症高齢者、独居高齢者等の増加**
- **サービス需要の地域差**。自立支援のもと、地域の実情に応じた効果的・効率的なサービス提供
- 介護人材はじめ福祉人材が安心して働き続け、利用者等とともに地域で活躍できる地域共生社会を構築

基本的な考え方

- ① **「地域包括ケアシステム」を2040年に向け深化**
- ② **地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保**
- ③ **人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援**
- ④ **地域の共通課題と地方創生（※）**

※介護は、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動、生産性向上など他分野との共通課題の解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

方向性

（1）サービス需要の変化に応じた提供体制の構築 等

【中山間・人口減少地域】サービス維持・確保のための柔軟な対応

- ・ 地域のニーズに応じた柔軟な対応の検討
- （**配置基準等の弾力化、包括的な評価の仕組み、訪問・通所などサービス間の連携・柔軟化、市町村事業によるサービス提供 等**）
- ・ **地域の介護等を支える法人への支援**

※サービス需要変化の地域差に応じて3分類

【大都市部】需要急増を踏まえたサービス基盤整備

- ・ 重度の要介護者や独居高齢者等に、ICT技術等を用いた24時間対応
- ・ 包括的在宅サービスの検討

【一般市等】サービスを過不足なく提供

- ・ 既存の介護資源等を有効活用し、サービスを過不足なく確保
- 将来の需要減少に備えた準備と対応

（2）人材確保・生産性向上・経営支援 等

- ・ テクノロジー導入・タスクシフト/シェアによる生産性向上
※ 2040年に先駆けた対応。事業者への伴走支援や在宅技術開発
- ・ 都道府県単位で、雇用管理・生産性向上など経営支援の体制の構築
- ・ 大規模化によるメリットを示しつつ、介護事業者の協働化・連携（間接業務効率化）の推進

（3）地域包括ケアシステム、医療介護連携 等

- ・ 地域の医療・介護状況の見える化・状況分析と2040年に向けた介護・医療連携の議論（地域医療構想との接続）
- ・ 介護予防支援拠点の整備と地域保健活動の組み合わせ
※ 地リハ、介護予防、一体的実施、「通いの場」、サービス・活動C等の組み合わせ
- ・ 認知症高齢者等に対する、医療・介護等に加え、地域におけるインフォーマルな支援の推進

（4）福祉サービス共通課題への対応（分野を超えた連携促進）

- ・ 社会福祉連携推進法人の活用を促進するための要件緩和
- ・ 地域の中核的なサービス主体が間接業務をまとめることへの支援

- ・ 地域の実情に応じた既存施設の有効活用等（財産処分等に係る緩和）
- ・ 人材確保等に係るプラットフォーム機能の充実
- ・ 福祉医療機構による法人の経営支援、分析スコアカードの活用による経営課題の早期発見

医師を除く各職種における需給推計等の検討状況

- 職種ごとに需給の状況や確保のための対策が異なることから、各職種の検討会等において、需給推計や偏在指標等、実情を踏まえた検討が進められている。

	需給推計等の検討状況
歯科医師	「歯科医療提供体制等に関する検討会」及び「歯科医師の適正配置に関するワーキンググループ」において、歯科医師の偏在対策を含め今後の歯科医療提供体制のあり方等について検討中 - 歯科医師の必要数については、「歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループ」において、今後検討予定
薬剤師	2020年～2045年の需給推計を公表（2021年） - 薬剤師偏在指標を含む「薬剤師確保計画ガイドライン」を発出（2023年） - 都道府県が薬剤師偏在指標に基づく薬剤師確保計画を策定（2023年度）し、計画に基づく偏在対策を開始（2024年度～） 「病院薬剤師の確保及び業務改革推進事業」において、病院薬剤師の確保に係る医療計画への記載事項等を調査（2025年度）
看護職員	「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会」において、2025年の需給推計を含む、とりまとめを公表（2019年） 2025年以降の需給推計については、新たな地域医療構想を踏まえた上で検討予定
その他	「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士分科会」において、2040年の需給推計を含む、理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性を公表（2019年）

調整会議において議論すべき内容や議題に応じた参加者について

- 地域医療構想調整会議は、議題に応じて、必要な関係者が参画して、実効性のある協議を実施することが重要であり、新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者を明確化することが重要。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

5. 新たな地域医療構想

（3）医療機関機能・病床機能

⑤ 調整会議

- 地域医療構想調整会議には、議題に応じて、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が参画して、医療機関の経営状況等の地域の実情も踏まえながら、実効性のある協議を実施することが重要である。一方、地域においては、調整会議を含む多くの会議が開催されていることを踏まえ、既存の会議の活用や合同で開催するなど、都道府県や参加者に過重な負担が生じないよう効率的に開催することが適当である。
- 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や効率的な運用に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者を明確化する等について、ガイドラインを検討する際に検討すべきである。

本検討会における検討の前提

- 新たな地域医療構想や医師偏在対策等は多岐にわたるところ、その一部は法律改正を要する事項もある。関連する改正事項を含む医療法等の一部を改正する法律案が継続審議とされていることを踏まえ、本検討会においては、法案を前提としない事項（法律事項以外）から具体的な検討を進める。

<医療法改正法案を前提とせずに検討する事項>

- ・ 必要病床数、医療機関や病床の機能
- ・ 構想区域のあり方
- ・ 医師偏在指標

等

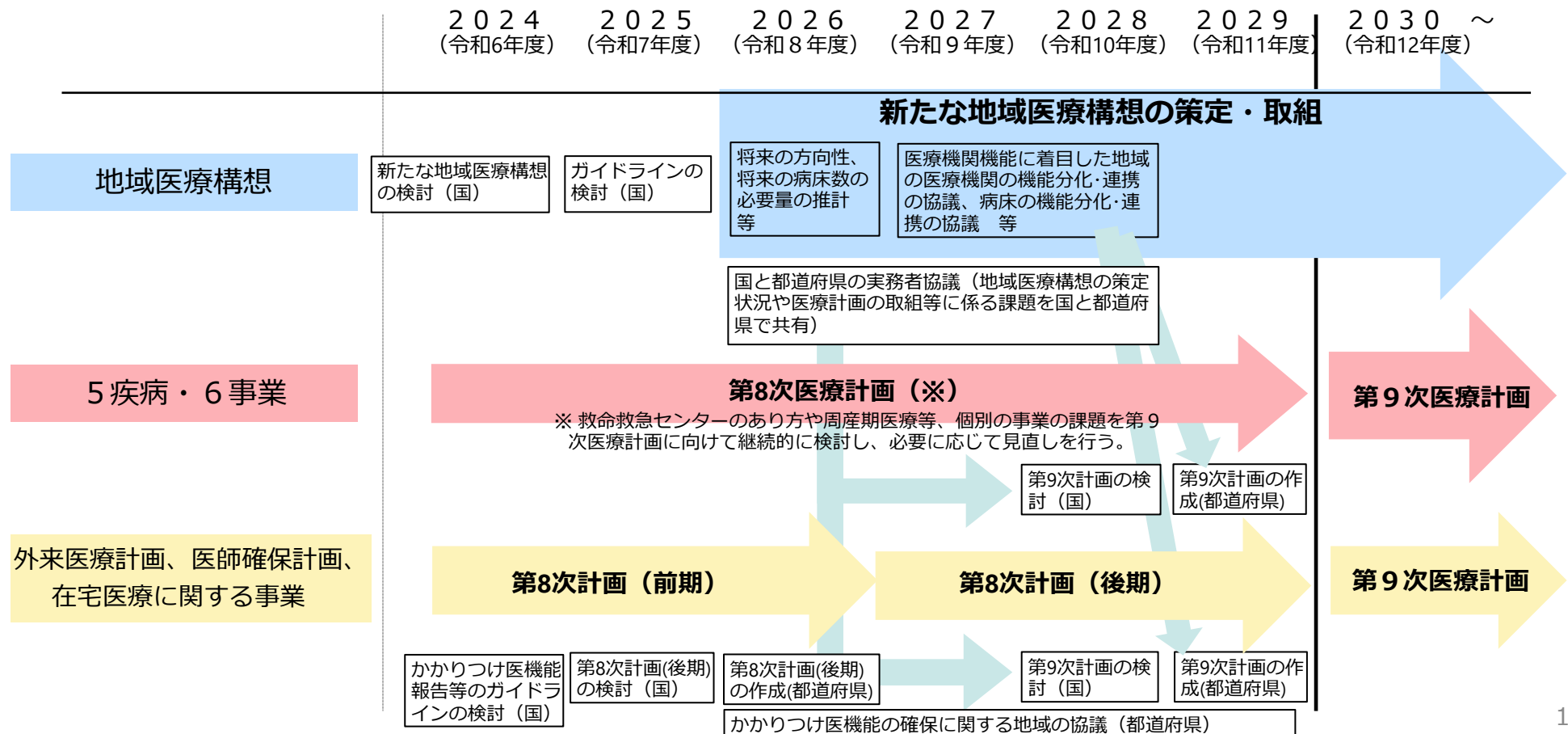
<医療法改正法案の成立後に検討する事項>

- ・ 地域医療構想への精神病床の追加
- ・ 医師手当事業の創設
- ・ 外来医師過多区域における無床診療所の新規開設者への要請等

等

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



都道府県における2040年に向けた構想の進め方（イメージ）

2025

2030

2035

2040

① 構想の策定

- 地域の医療提供体制全体の課題の把握
- 構想区域の点検・見直し
- 医療機関機能報告、医療機関機能についての議論
- 必要病床数の算出 等

② 具体的取組の検討・開始

- 医療機関機能の連携・再編・集約化に向けた取組
- 病床機能の連携・再編・集約化に向けた取組
- 医療従事者の確保に向けた取組
- 外来／在宅医療提供体制の構築
- 介護との連携
- アクセスに課題のある区域への対応 等

④ 2040年に向けた医療提供体制の完成

- 2035年度頃を目途に、2040年に向けた提供体制の確保
- 2040年まで引き続き点検

③ 実現に向けたPDCA

- 医療機関機能の確保や病床数の状況等を中心に、取組の進捗状況を把握
- 必要に応じて、見直し等を行う 等

※ 医療法改正法案において、新たな地域医療構想の取組は令和9年（2027年）4月1日施行とされている。
 なお、改正法案の附則において、令和10年（2028年）度中までは新構想の取組を猶予する旨の経過措置が設けられている。

地域医療体制の整備に関する協議の場と協議事項

医療計画

都道府県医療審議会

- ・ 都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医師確保計画

地域医療対策協議会

- ・ 医療計画において定める医師確保に関する事項の実施に必要な事項について協議

地域医療構想

地域医療構想調整会議 (都道府県単位)

- ・ 各構想区域における地域医療構想調整会議の運用、議論の進捗状況、課題解決等について協議
- ・ 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項について協議

外来医療計画

(外来・かかりつけ医機能)

作業部会

(医療審議会もしくは地域医療対策協議会の下に設置)

- ・ 5 疾病・6 事業及び在宅医療について、それぞれの医療体制を構築するための協議

連携

支援

報告

圏域連携会議

(必要に応じて設置)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議

地域医療構想調整会議 (構想区域単位)

- ・ 将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議

外来医療の協議の場

(二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに設置)

- ・ 外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議
- ・ 対象区域が構想区域と一致する場合は、地域医療構想調整会議の活用も可

医療及び介護の体制整備に係る協議の場

(二次医療圏単位での設置が原則。地域医療構想調整会議の下にWGを設置する等の柔軟な運用が可能)

- ・ 医療計画及び介護保険事業（支援）計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議

かかりつけ医機能の協議の場

- ・ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討

これまでの地域医療構想調整会議の進め方について

- ・ 現行、地域医療構想調整会議の参加者の選定や専門部会等の設置については、議事の内容や地域の実情に鑑み、柔軟な運用を可能としている。

議事			参加する関係者
通常 の 開 催	病床の機能分化・連携の推進	①地域の病院・有床診療所が担う病床機能に関する協議	・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとする。ことが望ましい。なお、医療保険者については、必要に応じ、都道府県毎に設置された保険者協議会に照会の上、選定する。 ・ 都道府県は議事等に応じて、参加を求める関係者（代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者を含む。）を柔軟に選定することとし、出席要請に係る所定の手続きをするとともに、これらの関係者の設定に当たっては公平性・公正性に留意すること。
		②病床機能報告制度による情報等の共有	
		③都道府県計画に盛り込む事業に関する協議 （地域医療介護総合確保基金の活用についても検討の対象）	
	その他	④その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議 （在宅医療を含む地域包括ケアシステム、医療従事者の確保、診療科ごとの連携など）	
病床の開設・増床、医療機能の転換への対応		⑤開設・増床等の許可申請の内容に関する協議	・ 当事者及び利害関係者等に限って参加することが適当。
		⑥過剰な医療機能への転換に関する協議	

専門部会やワーキンググループの設置（地域医療構想策定ガイドラインP42）

- 急性期医療に係る病床の機能の分化及び連携や地域包括ケアシステムの推進など、特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、地域医療構想調整会議の下に専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる。

※地域医療構想策定ガイドライン

介護との連携について（案）

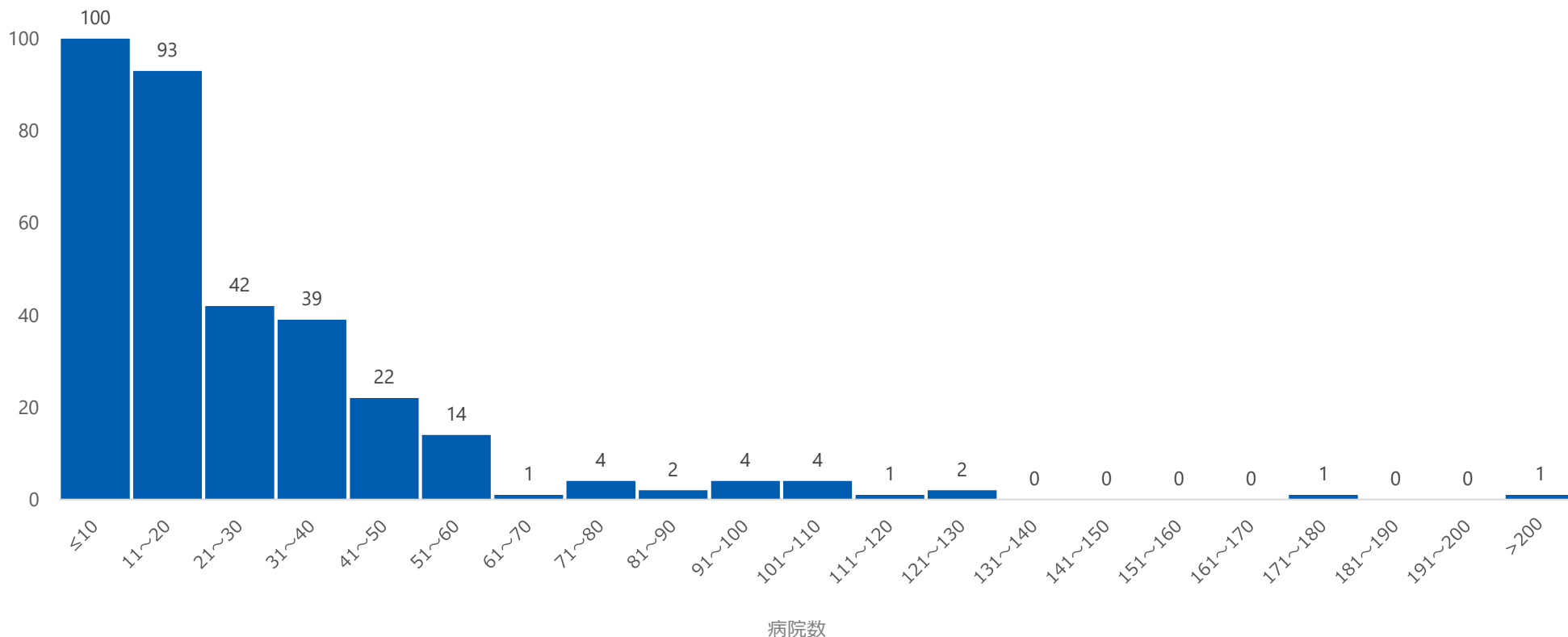
- 患者像の重複しうる在宅医療と介護保険施設、療養病床の一部の提供体制の検討にあたっては、それぞれの提供実態等のデータを踏まえてそのあり方の検討が必要。療養病床は構想区域、二次医療圏単位で確保を検討されるものであることや、**小さな単位での検討の場を多数作ることは、運営上の課題が懸念されることを踏まえると、構想区域単位等の範囲で都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者等が将来の提供について検討することとし、圏域内において提供体制について特に課題がある地域については、既存の協議の場も活用しながら、具体的に検討することとしてはどうか。**
- 検討にあたっては、療養病床の病床数、介護保険施設の定員数、在宅医療の提供状況等をあわせて検討することが考えられる。こうしたデータについて、都道府県で把握しているもの、データとして公開されているものだけでは、在宅医療の提供実態の把握に課題がある場合があるので、必要なデータについては国が都道府県に提供することとし、そのために必要なデータについては国で把握すること等の対応を検討してはどうか。
- 医療と介護との連携は、協力医療機関と介護保険施設・高齢者施設等の間のみならず、急性期医療を担っている病院を中心とした連携など、様々な類型が考えられる。救急搬送について、今後、85歳以上の高齢者の増加に伴い、更に件数が増加することが見込まれる中、効率的かつ持続可能な救急の維持のため、可能な限り日中の時間に外来を受診する等の取組も重要となる。そういった前提のもと、介護保険施設の協力医療機関としての役割については、例えば、介護保険施設から医療機関へ連絡すべき入所者の状態等を事前に協議して決めておく等の地域の医療資源に応じた具体的な取組が求められる。
- 具体的な事項については、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で検討することとしてはどうか。なお、その際、介護との連携については、関係者が連携の参考とできるよう、知見を集積し共有できるようにすることとしてはどうか。

二次医療圏内の病院数

- 二次医療圏内の病院数について、病院数が100を超える医療圏が9存在するなど、二次医療圏内に多くの病院が所在する二次医療圏が存在する。
- 二次医療圏内の病院数が少ない区域で、役割分担・連携する病院が隣接する区域に多い場合や、二次医療圏内の病院が極めて多い場合等、地域の実情に応じて会議の進め方は多様であることが想定され、病院間の役割分担・連携の実態にあわせて、必要な場合により小さな単位で会議を実施することや、都道府県の規模や実情に応じて都道府県単位で協議を進めることも考えられる。

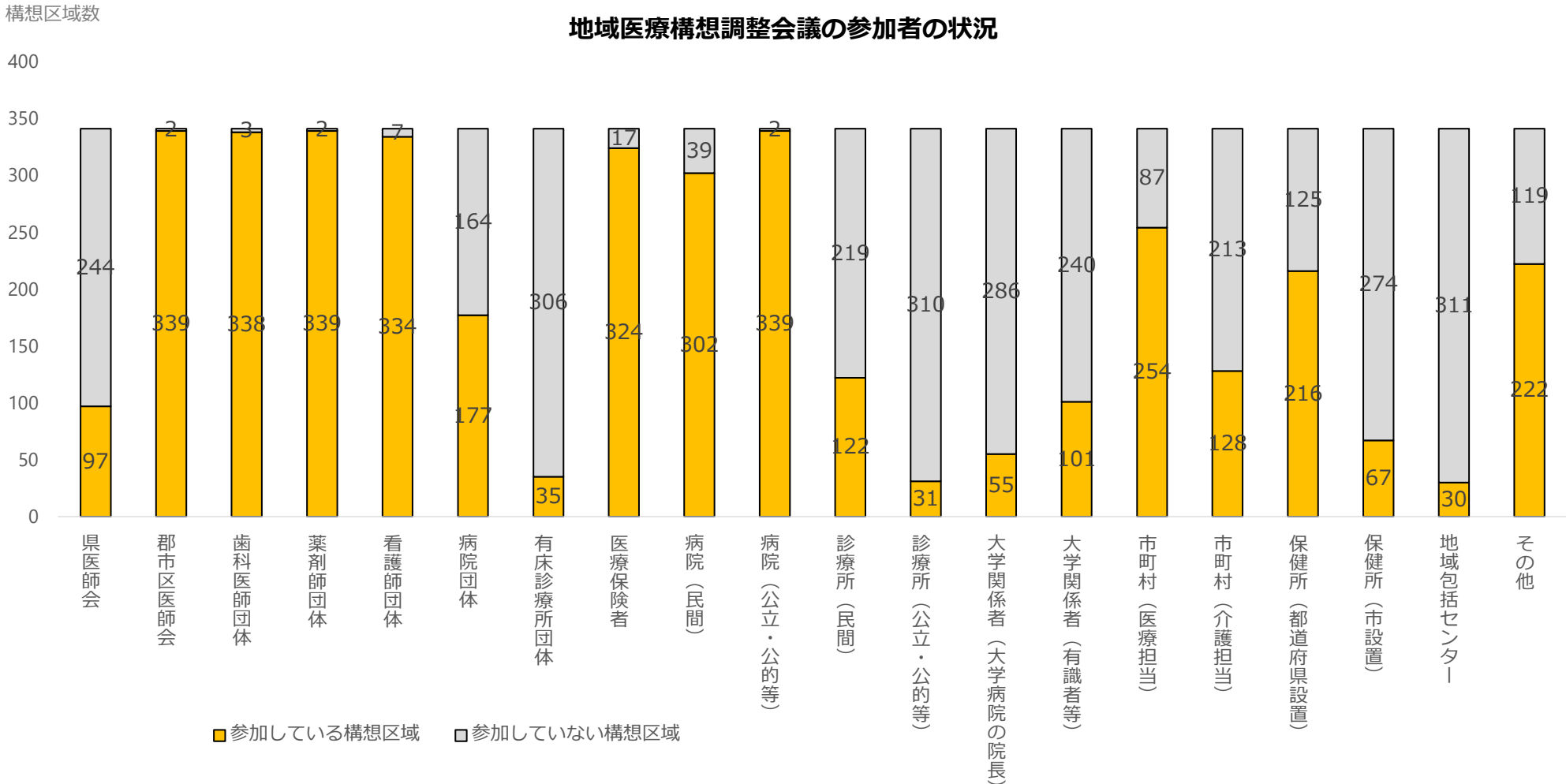
二次医療圏内の病院数

二次医療圏数



地域医療構想調整会議の参加者の状況

- これまで様々な関係者が調整会議に参加している。議題が提供体制全体になる中、具体的で実効性のある議論を行うためには、効率的な会議運営が必要。運営に向けて主な参加者を整理することが求められる。



※ 1 構想区域の総数は339であるが、一部の区域において地域医療構想調整会議を複数設置しているため、本調査における母数は341となっている。

※ 2 社会福祉協議会、消防本部、訪問介護ステーション協議会、介護・福祉関係団体、住民代表 等

資料出所：厚生労働省医政局地域医療計画課調べ 令和6年3月末時点

調整会議における議題に応じた参加者について

- 地域医療構想調整会議は、議題に応じて、必要な関係者が参画して、実効性のある協議を実施することが重要である。他方、これまでの2025年に向けた地域医療構想のガイドラインにおいても、調整会議において患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開として実施することとされてきた。
- 今後、医療機関の連携・再編・集約化に関する議論等において、医療機関の経営方針に関する情報等を取扱う場合が想定され、そうした場合には限定した関係者で議論することも想定される。

地域医療構想策定ガイドライン（抜粋）

2. 地域医療構想調整会議の設置・運営

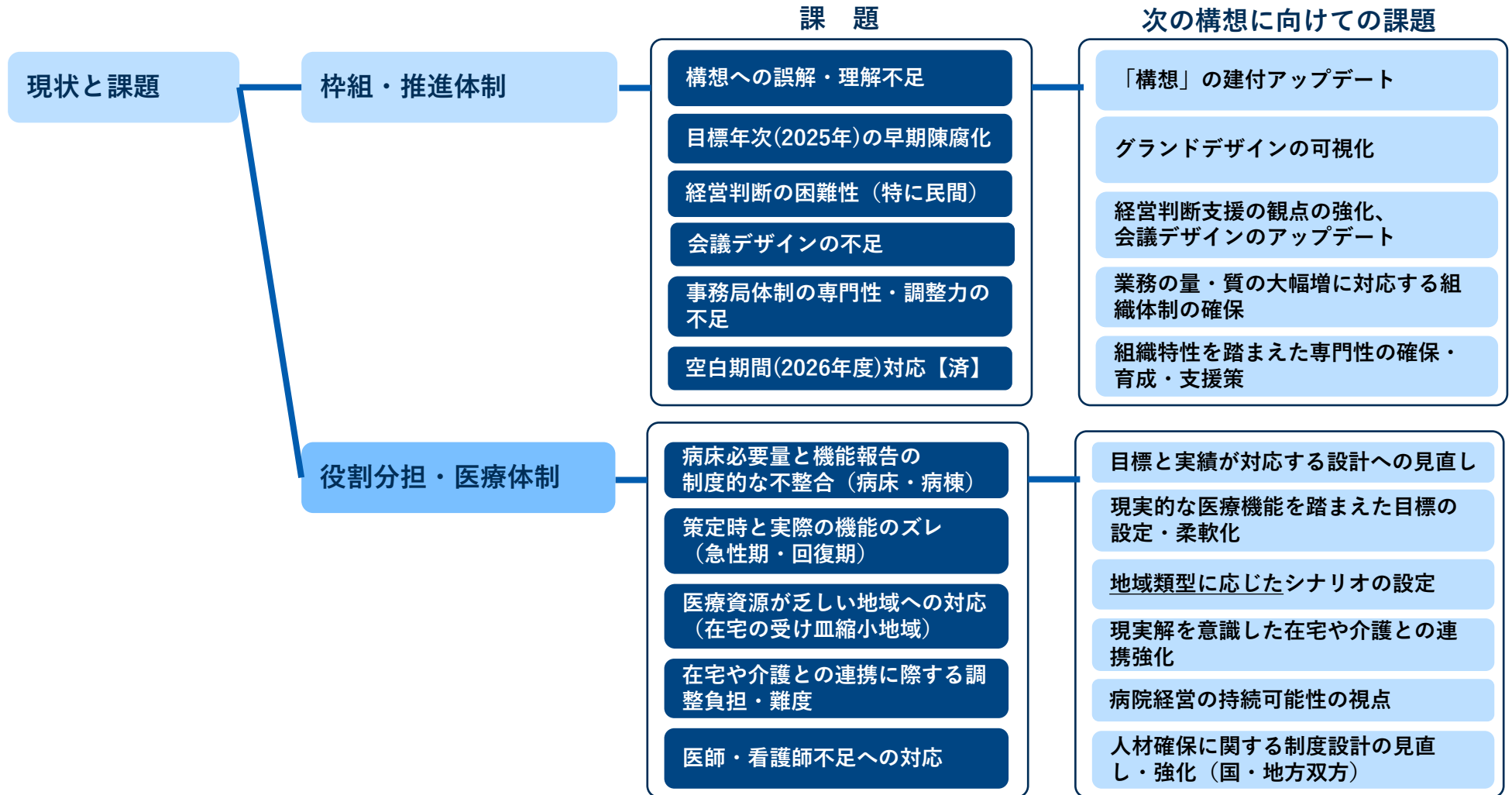
（4）参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者への対応

ウ 公表

- 地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域住民や多くの医療関係者の協力が不可欠であるため、地域住民等に対する協議の透明性の観点から、**患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開**とし、その他の場合は公開とする。また、協議の内容・結果については、原則として、周知・広報する。

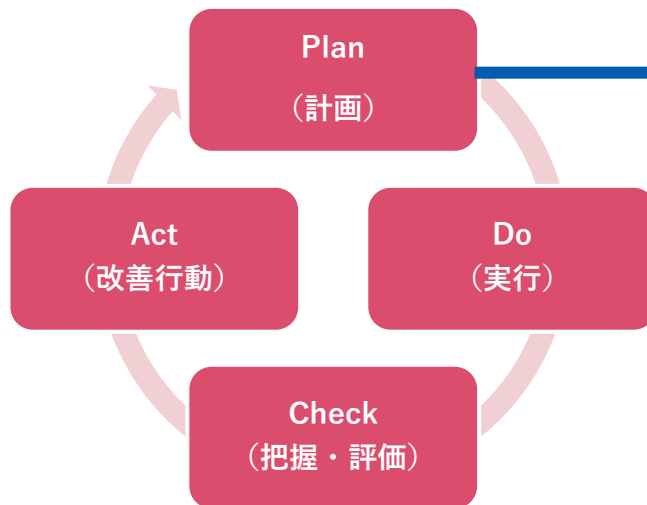
Ⅱ 現在の地域医療構想における課題と対応

Ⅱ－1 全体像 ～現在、そして次に向けて～

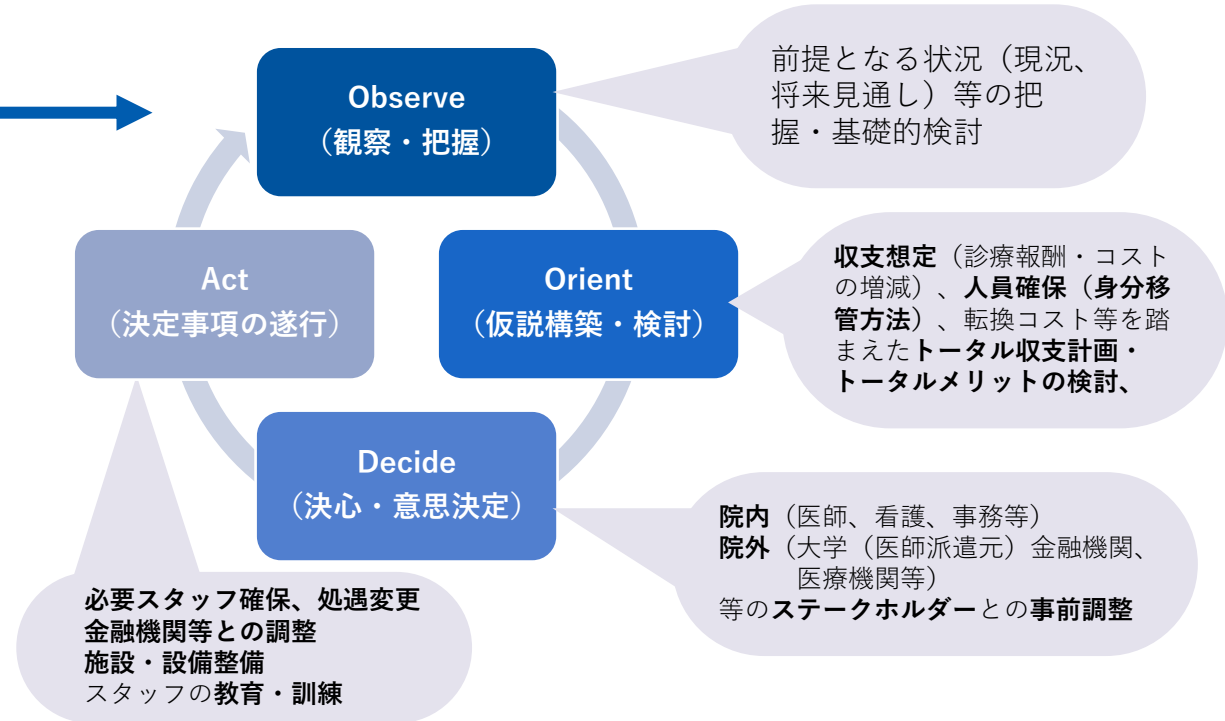


Ⅲ－３ 会議デザインのアップデート、主要ステークホルダーへの理解（病院経営者の視点）

【行政の目線～行政計画：PDCAの視点】



【経営者の目線：OODAループの視点】



- ・ 経営側では行政計画の「P」の段階においても、OODAといった多層の検討・調整ステップが介在
- ・ 方向転換の合意形成を行う上では、当該医療機関に「OOD」のステップを踏んでいただくことが前提に
- ・ 「経営判断」の転換につなげるためにも、経営の視点による環境整備・支援、調整の在り方等のアップデートが不可欠

構想策定における合意形成のあり方（案）

- 地域医療構想の策定にあたっては、各医療機関や保険者など、様々な関係者が参加し、様々なデータを踏まえ、地域で課題を共有するとともに、2040年を見据えた対応案（方向性）を検討し、地域で合意を得ながら進める必要がある。
- 対応案の検討にあたっては、各医療機関の経営や地域住民のアクセスなどについて、それぞれメリット・デメリットが存在しえることから、関係者で納得を得ながら進めていくため、複数の案を複数の観点から比較評価していくこととしてはどうか。他の行政分野での事例等を踏まえ、以下のような合意形成のあり方も選択肢としてガイドラインに位置付けることとしてはどうか。
- 複数の観点からの比較評価にあたっては、様々な関係者が関係することから様々な意見が出てくることが想定される。評価が合理的かつ効果的なものとなるよう、都道府県が地域において比較評価を進めるにあたっての参考として、比較評価の観点を整理してはどうか。例として、急性期拠点機能を検討する場合、以下のような観点が考えられるのではないかな。

基本的なプロセス

合意形成のあり方

地域医療構想調整
会議を組織

（調整会議）

発議・
検討の進め方の設定

目的・課題の設定

複数案の設定

比較評価

取組方針
の策定・確定

「具体的方策」
医療計画において定
める将来の病床数の
必要量を達成する
ための方策の決定

- 発議・検討の進め方の設定
 - 地域医療構想調整会議におけるプロセスを関係者間で共有
- 目的・課題の設定
 - 2040年人口等のデータを関係者で共有
 - データを踏まえながら、地域における課題を協議し、地域で共有する
- 複数案の設定
 - 都道府県から、複数の取組案を関係者に提示
 - 関係者で議論した上で、複数の取組案を確定する
- 比較評価
 - 確定された取組案を評価項目で評価する
- 取組方針の策定・確定
 - 選好案を選定するとともに、付帯条件当初案を公表し、意見を踏まえて追加修正して確定

比較評価の 観点	例）急性期拠点機能を検討する場合の イメージ
医療の需要 と供給	・ 年齢別受療率と将来人口を踏まえた医療の需要に合うものか
アクセス （交通手段・ 到達時間）	・ 各医療機関の位置関係が適切か ・ 患者のアクセス（通院の場合・救急の場合）が確保できるか
病院経営	・ 建替や高度医療機器導入も想定し、将来的な収支が見込めるか ・ 現在の経営の状況を踏まえ経営を維持できるか
医師・医療 従事者確保	・ 医師・医療従事者の働き方を維持できるだけの人員を確保できるか
インフラ・ BCP	・ 立地のハザードリスクはないか ・ 築年数や建て替えに係る費用等は問題ないか
行財政への 負荷	・ 再編統合等に必要な地方自治体の財政負担が許容される範囲か
その他	・ 地域の雇用への影響など

地域医療構想の策定・推進の具体的な進め方について（案）

- 地域医療構想を策定する都道府県からは、充実した構想を策定するためにスケジュールや区域の設定について、地域の実情を踏まえた柔軟な設定が可能となることや、病床機能報告、医療機関機能報告において一様の報告となること、広範な地域医療構想の議論を実効的にするため、会議運営をスリム化できることなどの意見があった。
- 地域医療構想の推進には、地域の状況や将来の見込みを整理しながら、地域ごとに課題を把握することが重要。そのための前提として、日本全体の2040年に向けたグランドデザインや人口規模毎のイメージの共有が必要。
- 地域医療構想では地域での協議が肝要であるが、新たな地域医療構想においては、入院医療のみならず、外来医療、介護との連携等多岐にわたる。「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」の議論や、医師以外の従事者確保に向けた議論も踏まえながら取組を進めることが重要。
- これまでの調整会議は、主に急性期や回復期を中心とした入院医療、必要病床数を対象に議論を行ってきたが、外来医療等の検討に当たって、主たる関係者は議題に応じて異なる。効率的な推進のため、会議運営のあり方、議題ごとのスケジュールや参加者の整理が必要。
- 地域医療構想の実現に向けてはPDCAサイクルに沿って取り組みを推進することが重要であるところ、地域医療構想の策定や合意形成の過程では必要に応じてOODA等の観点を踏まえることも重要。



- 地域医療構想策定ガイドラインについて、地域医療構想の範囲が入院以外にも広がること等も踏まえ、前回のガイドラインの主な構成は踏襲しつつアップデートしてはどうか。また、議題ごとのスケジュールを幅を持って整理し、都道府県が柔軟で効果的、効率的な会議運営に資するよう、議題や主な関係者を整理してはどうか。（詳細次頁以降）

ガイドラインの構成（案）

- 新たな地域医療構想の策定ガイドラインについて、現在の地域医療構想策定ガイドラインを踏襲しつつ、新たな地域医療構想の対象が多岐にわたることに対応して議題の整理やグランドデザインなどのアップデート、合意形成等を踏まえた構成としてはどうか。

概論

I 経緯・背景

- 1 ガイドラインの目的
- 2 位置づけ
- 3 新たな地域医療構想の対象について
- 4 背景となる地域毎の課題
- 5 医療計画との関係
- 6 これまでの地域医療構想について

策定まで

II 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定の進め方について
- 2 構想区域について
- 3 医療機関機能・病床機能と、当該機能を踏まえた需要推計の基本的な考え方
- 4 入院医療に関する取組について
- 5 外来・在宅医療に関する取組について
- 6 介護との連携について
- 7 医療従事者の確保について

策定後

III 取組の推進について

- 1 地域での課題等の共有
- 2 知事権限について
- 3 地域医療介護総合確保基金の活用について
- 4 地域医療構想の実現に向けた柔軟かつ実践的な点検・プロセス・評価の観点

IV 地域医療構想と医療計画の関係等

- 1 5 疾病 6 事業との関係について
- 2 地域医療構想調整会議とその他の会議体との関係について

※医療法等の一部を改正する法律案が継続審議となっているところ、国会審議等を踏まえて変更すること考えられる。

構想策定の具体的なスケジュール（案）

- 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。

	2025年	2026年	2027年	2028年	2029年	2030年
区域点検・見直し		区域の点検 構想区域の見直し				
必要病床数			必要病床数の算出 機能分化連携の議論			
医療機関機能の確保			医療機関機能の確保 連携・再編・集約化の議論			
外来・在宅 介護との連携等			慢性期需要等の見込みの共有 介護との連携等に係る議論			
医療従事者の確保	これまでの医師偏在対策等の 取組の推進					
		各職種の新たな確保対策も 踏まえた取組				

取組の推進

地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	地域医療構想の進め方	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（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）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	- 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） - オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	- 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） - DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	- 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） - 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

※現行のガイドラインにおいて、医療保険者については、必要に応じ、都道府県ごとに設置された保険者協議会に照会の上、選定することとされている。

※患者団体や有床診療所団体など、参加者や会議の範囲については、各都道府県において柔軟に設定。

2. 病床等の医療需要の見込みについて（必要病床数）

これまでの主な意見（必要病床数）

※第116回「社会保障審議会医療部会」、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見より事務局において整理

- 必要病床数について、地域医療構想が医療計画の上位概念に位置づけられるため、これまでの基準病床数と必要病床数の関係もまた大きく変わる。基準病床数、必要病床数の関係が分かりづらい。
- 必要病床数に関して、急性期病床に偏った病床の転換を進め、手術後などにおける早期のリハビリを徹底することは重要。一方で、医療機関の機能分化・連携を進めることが必要であり、地域包括医療病棟や外来・在宅との連携なども踏まえて御検討いただきたい。
- 入院患者数が増加するという記載があるが、高齢化により一般入院の患者数は減っていく一方で、入院や介護施設、在宅医療でケアされているような慢性期の患者は増えていく。一般入院患者数は減り、高齢者救急は増えることを分けて検討する必要がある。
- 必要病床数の推計は必要になるが、コロナ前の状況やコロナ後など、いつ時点の数字を使うかによって将来推計は大きく変化する。患者の受療行動が大きく変化している現状が続くのか、一時的なものなのか考慮することが必要。
- 必要病床数の推計にあたり医療資源投入量だけではなく、年齢などの客観的な指標を加味しながらデータに基づき医療需要を推計することが重要。
- 入院医療の需要の状況が刻々と変わっている中、単純な計算式では現状をつかみきれない。推計について定期的な見直しが必要。

必要病床数の推計について

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

5. 新たな地域医療構想

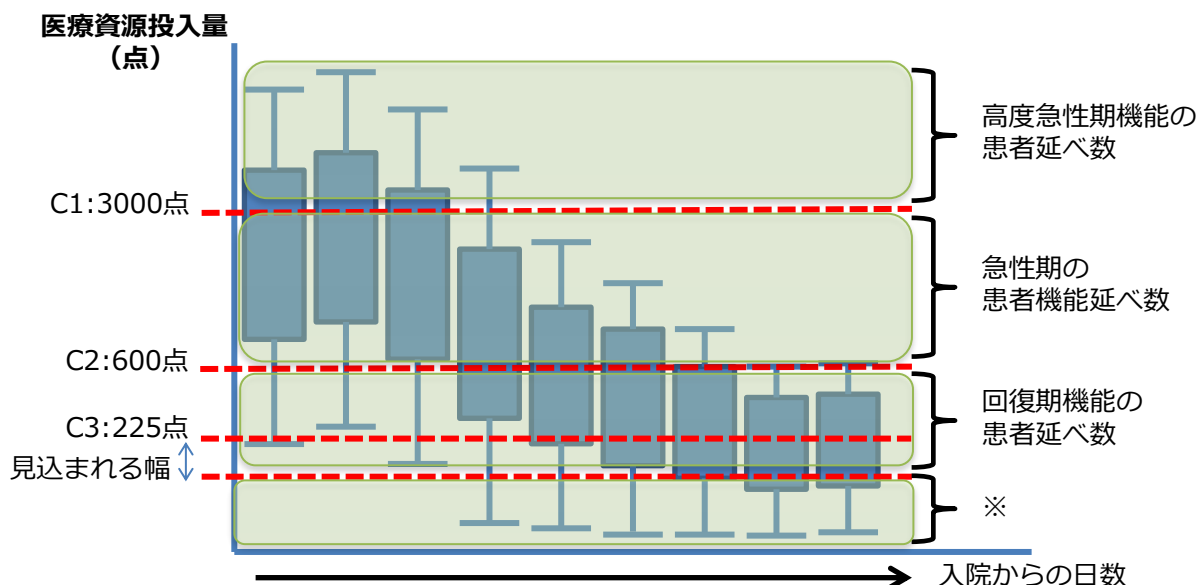
（3）医療機関機能・病床機能

③ 病床機能

- また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来 推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040 年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討すべきである。

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	〇〇〇〇人／日
急性期機能	□□□□人／日
回復期機能	△△△△人／日
慢性期機能	▽▽▽▽人／日

病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

・高度急性期75% ・急性期78%
・回復期90% ・慢性期92%

医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■ ■ ■ ■ 床
回復期機能	▲ ▲ ▲ ▲ 床
慢性期機能	▼ ▼ ▼ ▼ 床

病床機能について（案）

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
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
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）
慢性期機能	- 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者（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

基準病床数と必要病床数

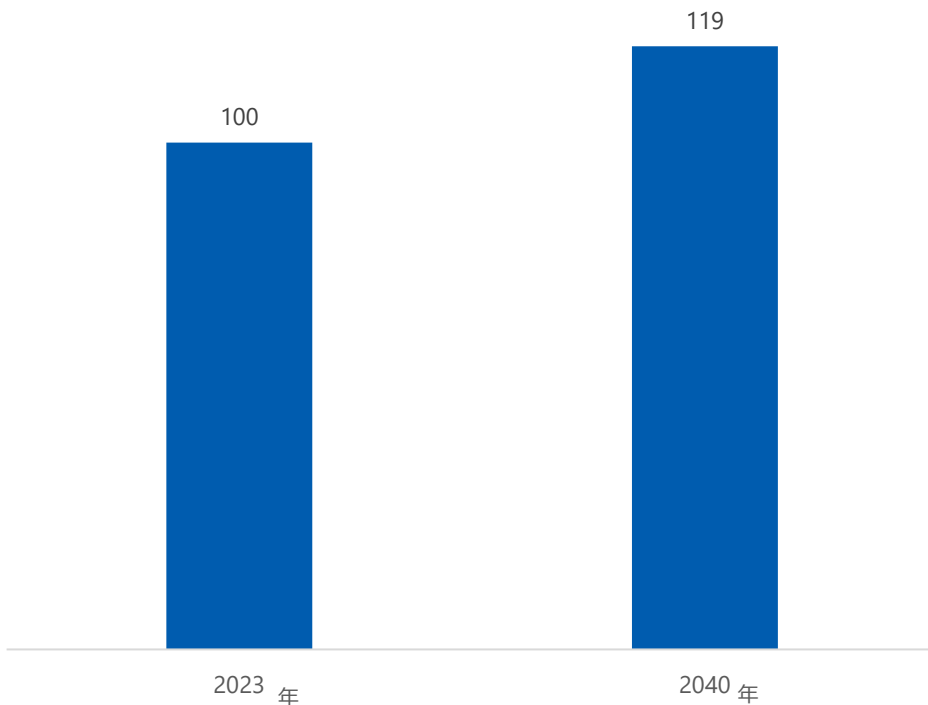
- 基準病床数と必要病床数は基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらの病床数の利用目的の違いに応じ、算定に当たって目標とする時期や織り込まれている効果等が異なる。

		基準病床数	必要病床数
目的		病床の整備を過剰地域から非過剰地域へ誘導することにより、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を目的とするもの。	2040年（現構想では2025年）の医療機能別の病床数の必要量を推計した上で、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。
算定式の考え方		性・年齢階級別受療率に性・年齢階級別人口を乗じることにより患者数を推計し、病床利用率（稼働率）※で割り戻すことにより病床数を算定。 ※ 必要病床数算定に当たっての患者数には、入院患者数に加えて退院患者数を含むことから、病床稼働率（＝病床利用率＋退院患者による病床の利用率）を用いることとしている。	
主な相違点	地域	二次医療圏	構想区域
	区分	一般病床・療養病床（2区分）	病床機能（4機能区分）
	時期	医療計画期間の最終年（6年後）	将来のある時点（2040年/2025年）
	織り込まれる効果	一般病床の平均在院日数の短縮等	目指すべき将来の姿（改革モデル）等
	比較対象	既存病床数	許可病床数

入院医療の需要について

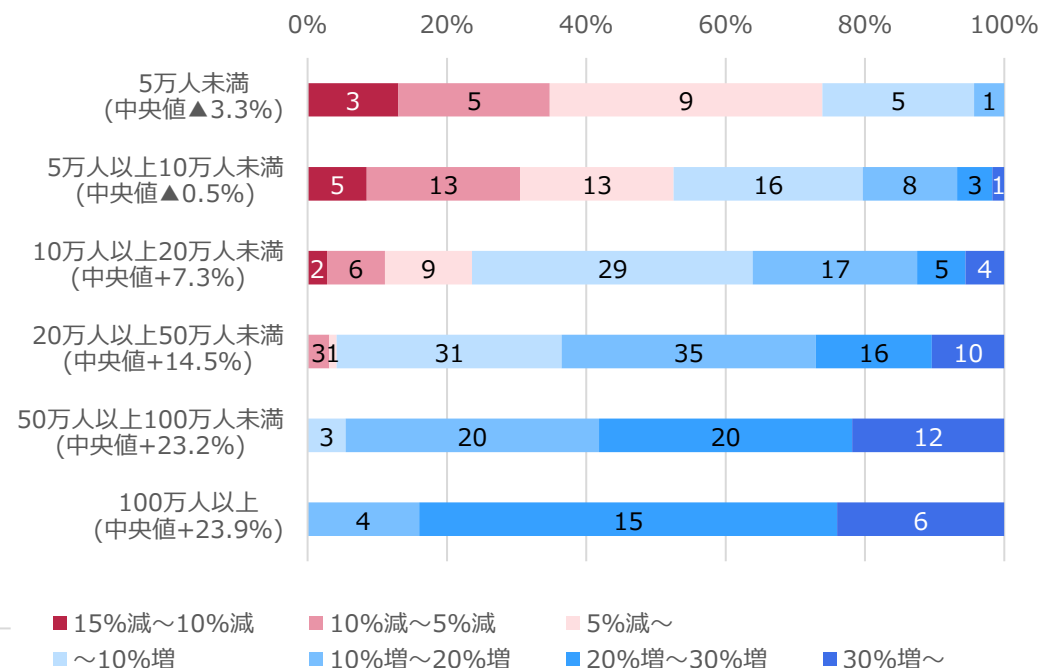
- 2023年から2040年にかけて、**年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計（現状投影）**した場合には、日本全体としては入院患者数は増加する見込みであるものの、**圏域ごと人口規模ごと**にみると、10万人未満の二次医療圏では半数以上で入院患者数は減少する見込みである。

全国の入院患者数（2023年を100とした場合）



2023年から2040年への入院患者数の増減率別

二次医療圏数（人口規模別）



資料出所：2023年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2024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、厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

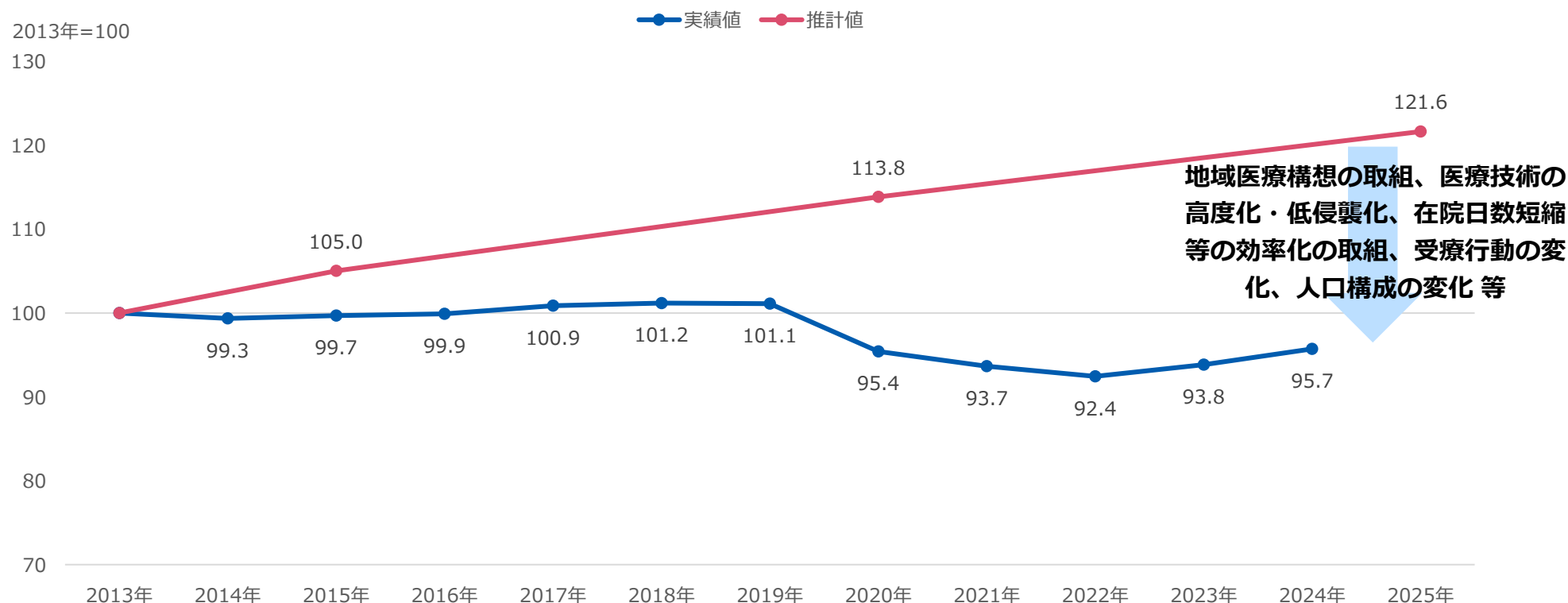
※二次医療圏（330圏域）ごとの入院患者数は医療機関所在地ベース。人口規模は2020年国勢調査人口から区分している。

※入院患者数は一般病床及び療養病床に入院する者に限る。

入院患者数の推計と実績について

- 現行の地域医療構想策定当時に、**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。

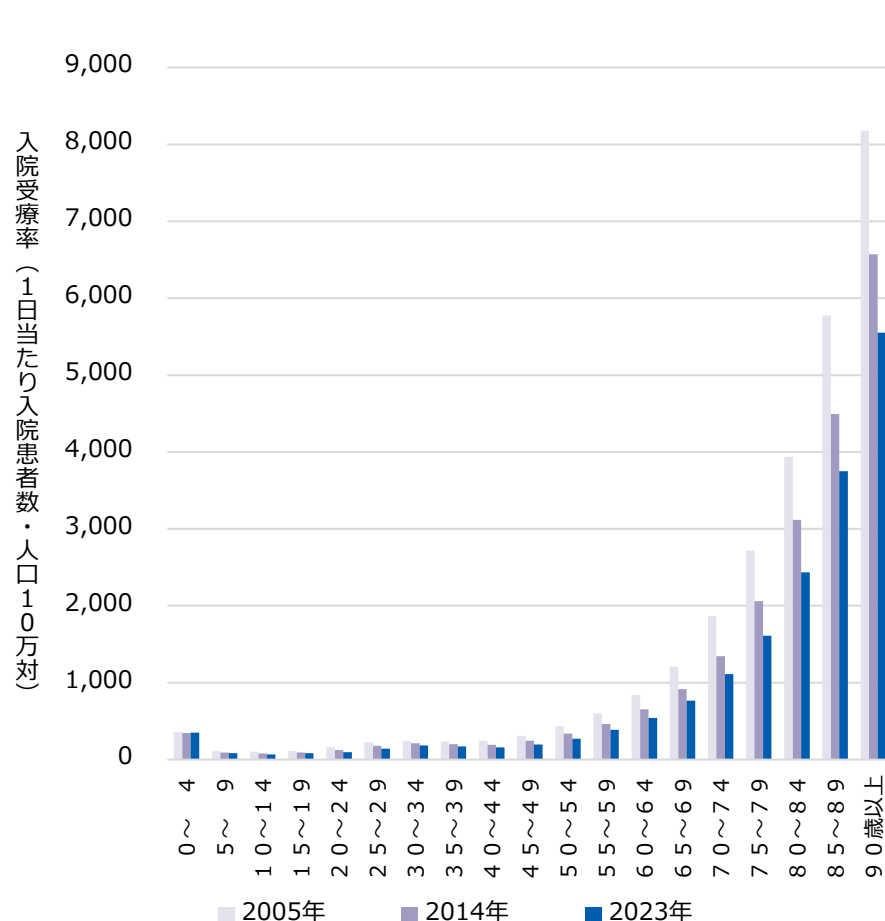
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。

※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。

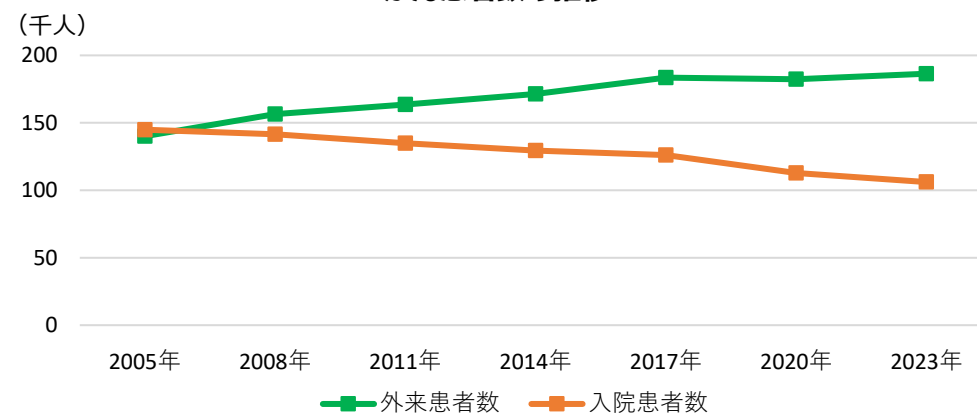
入院受療率の低下について

- 例えばがん患者は入院患者数が減少し、外来患者数が増加する等、**医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等**を背景に、年齢階級別の入院受療率は低下傾向にある。

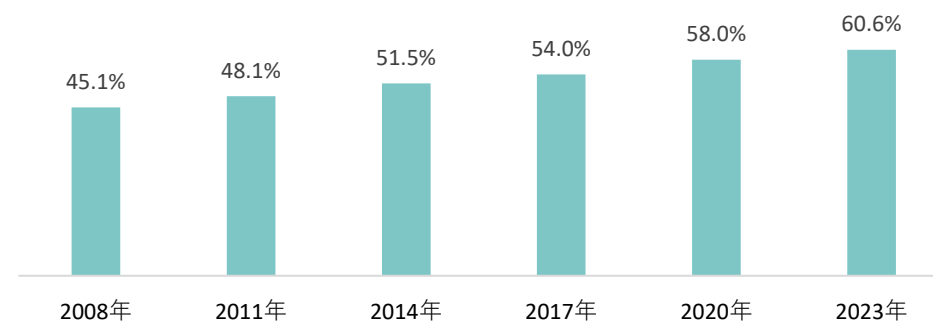
一般病床・療養病床における入院受療率の推移



がん患者数の推移



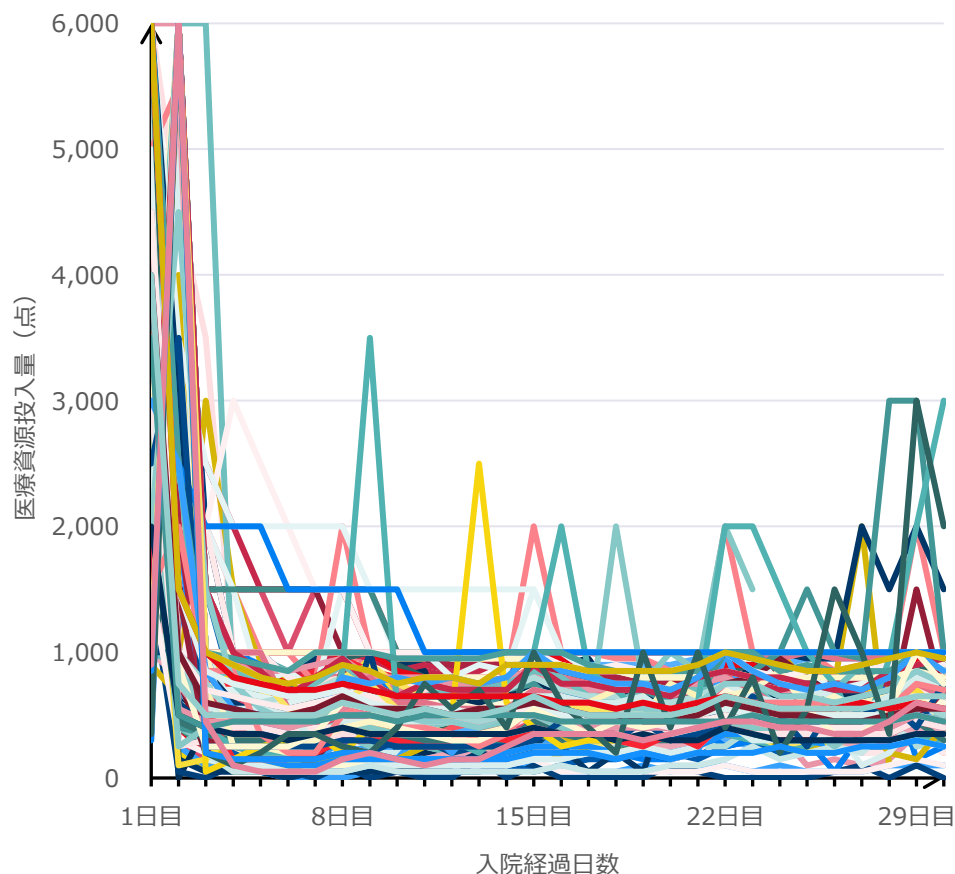
がん入院患者のうち、入院期間が2週間未満の患者の割合



入院後の医療資源投入量の推移

- 急性期で入院後の医療資源投入量は、基本的に入院初期に大きく、入院後数日で一定となる。前回の構想策定当時（2016年頃）と比較しても、こうした傾向は進んでおり、また、入院後数日してから医療資源を投入するケース等が減少し、在院日数短縮などの効率化の取組が進んでいる。

DPC(上位255分類)別 医療資源投入量の中央値の推移



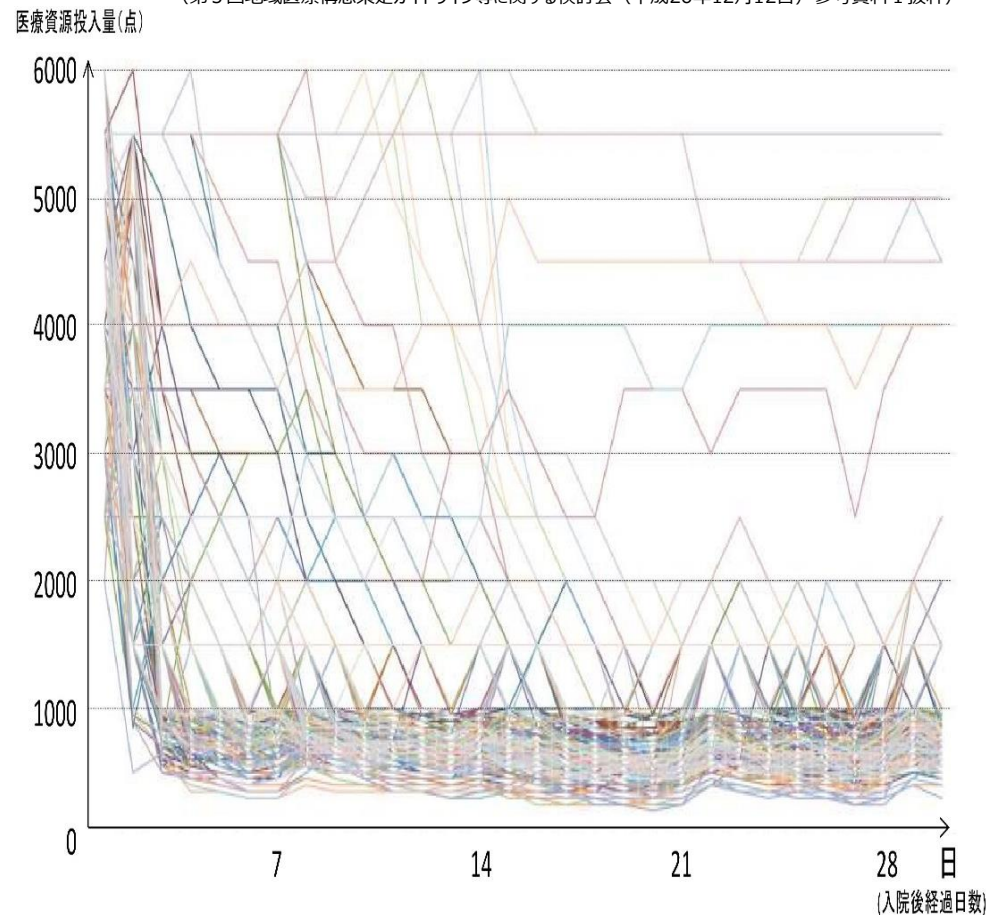
資料出所：DPCデータ（2023年）

※DPC上位255：患者毎に付与されたDPCを用いて、DPC毎の患者数が多い上位255DPCの患者を対象。（平成26年資料については、平成23年患者調査における患者数上位255のDPCを対象。）

中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計。6000点以上の場合、6000点として表示。（平成26年資料についても同様。）

（参考）現構想策定時のDPC（上位255分類）別 医療資源投入量の中央値の推移

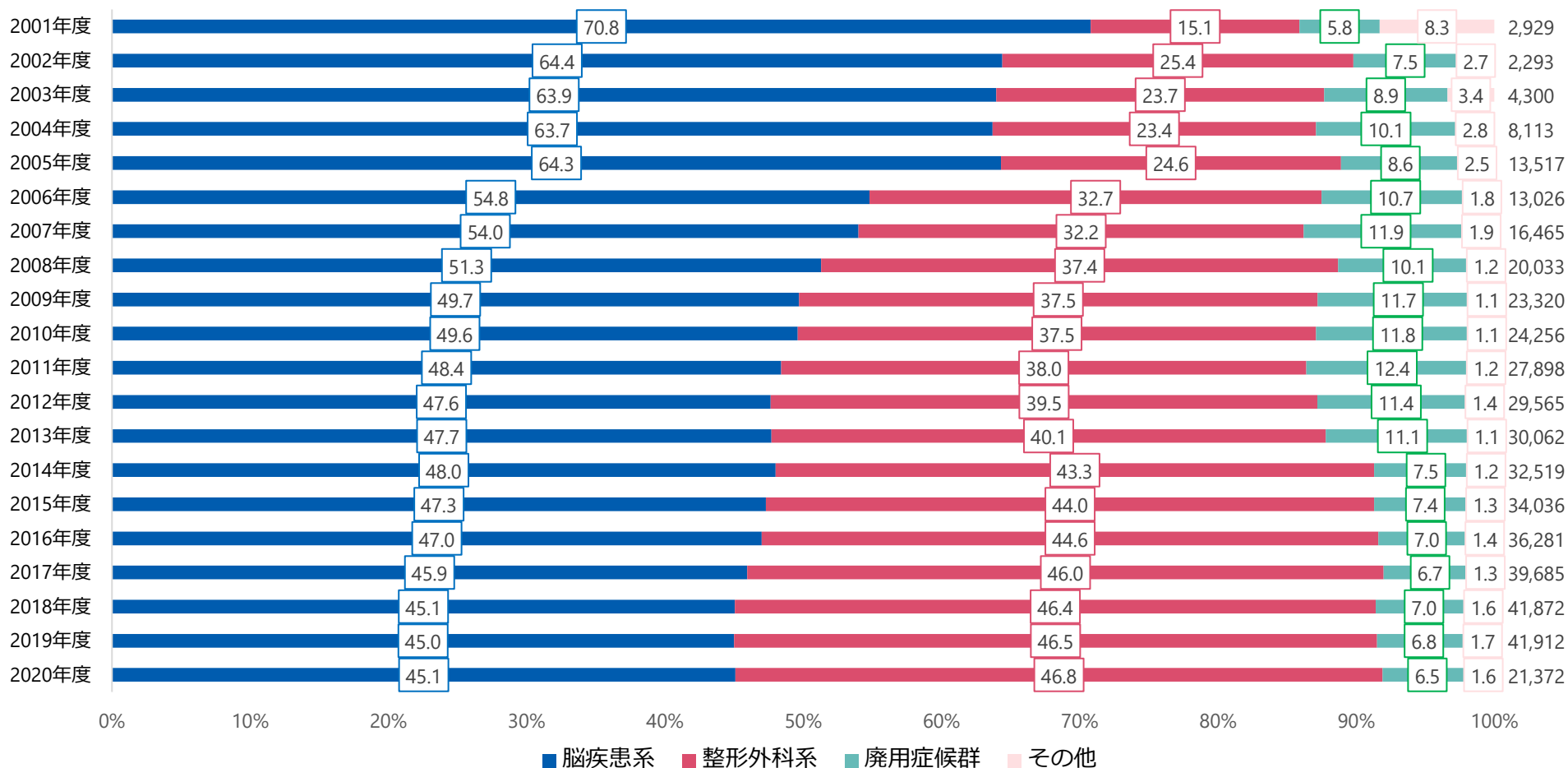
（第5回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（平成26年12月12日）参考資料1抜粋）



回復期リハビリテーション病棟における疾患について

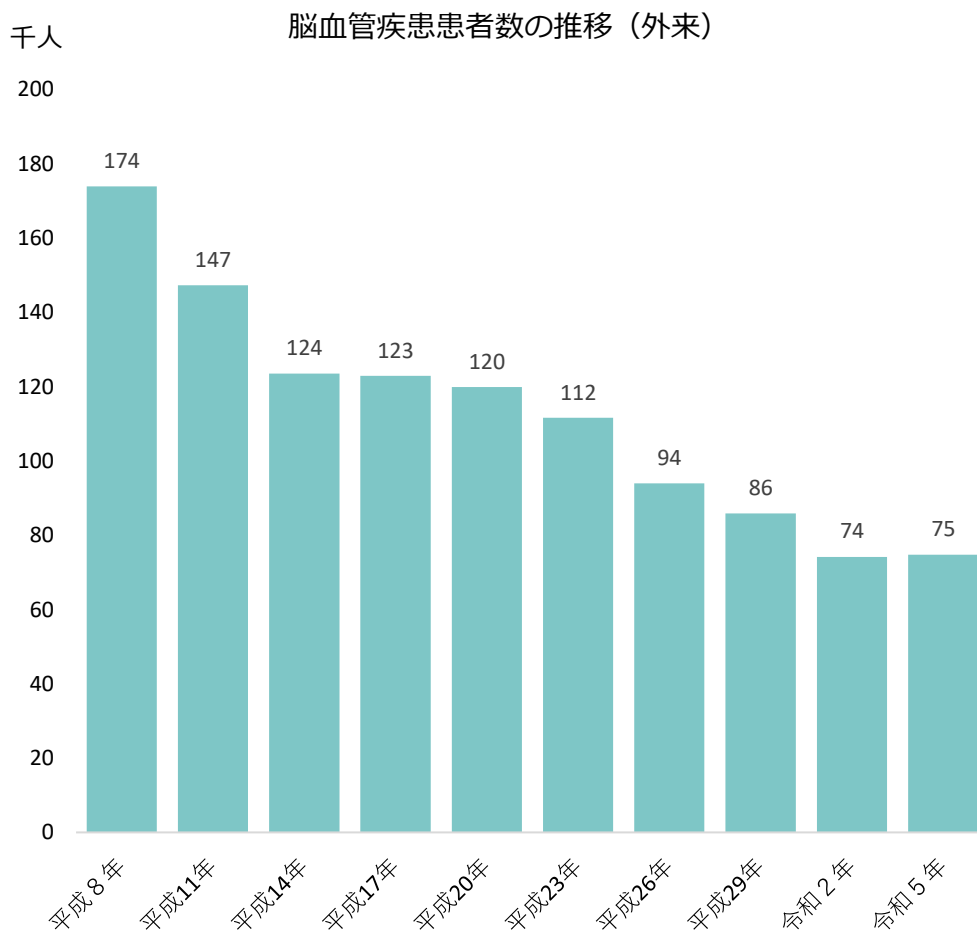
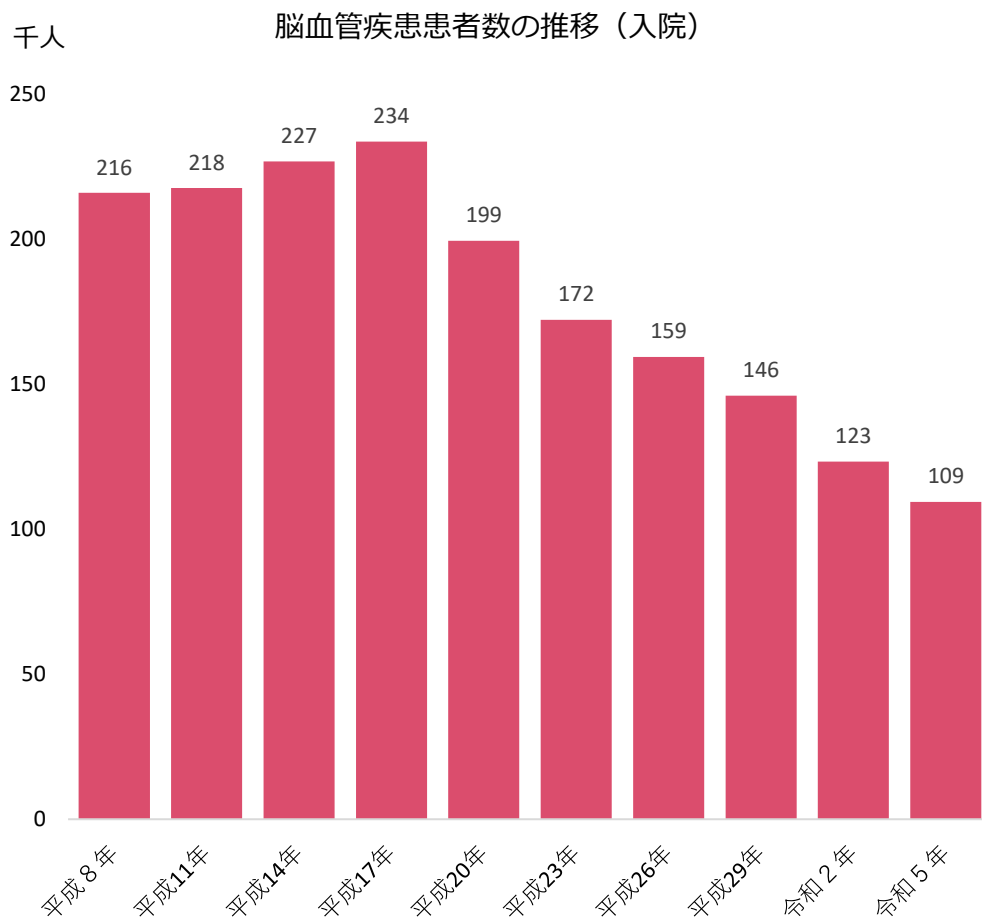
- 回復期リハビリテーション病棟における疾患は、脳血管疾患と整形外科が多い。脳血管疾患は年々割合が減少している一方、整形外科疾患の割合が上昇している。

回復期リハビリテーション病棟における疾患構成の変動(2001-2020,N=463,454)



脳血管疾患患者数の推移

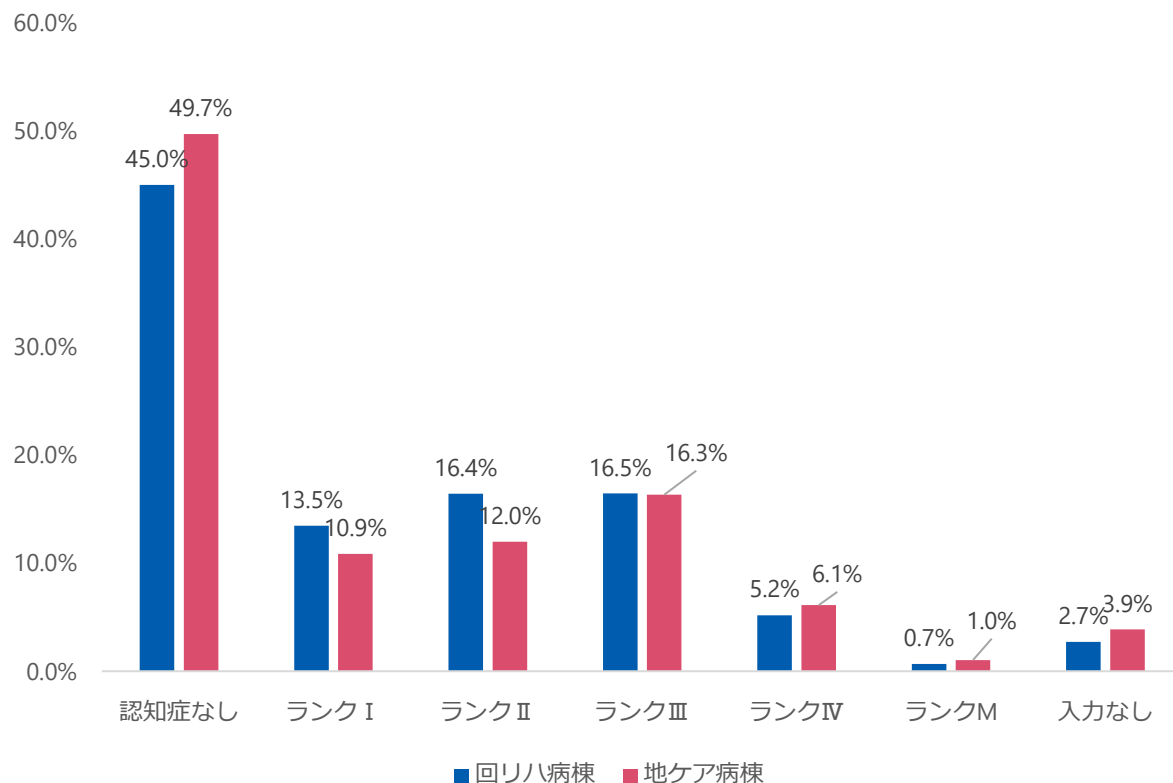
- 脳血管疾患の患者数は年々減少してきており、急性期を経過し、A D Lの向上や在宅復帰を目的とした集中的なリハビリテーションを受ける患者数も減少することが見込まれる。



回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の入院患者の認知症の状況

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟には、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に入院する患者における認知症高齢者の日常生活自立度



認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準
ランクⅠ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランクⅡ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
ランクⅢ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
ランクⅣ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランクⅤ	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

資料出所：2023年DPCデータ

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で共通した疾患があり、いずれの疾患も回復期リハビリテーション病棟の在院日数が長い。

疾患名	回復期リハビリテーション病棟		地域包括ケア病棟	
	件数	平均在院日数	件数	平均在院日数
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	38,678	50.3	21,009	29.3
転子貫通骨折 閉鎖性	32,714	54.6	18,211	31.5
腰椎骨折 閉鎖性	28,630	50.8	32,609	32.1
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	14,247	54.2	22,183	32.8
その他の原発性膝関節症	13,886	31.8	18,768	21.9
胸椎骨折 閉鎖性	13,685	49.8	15,337	31.1

※ 両病棟でそれぞれ年間1万件以上の疾患

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で整形外科疾患が共通する傾向が見られる。患者の入院元・退院先・年齢・退院時ADLについて、最も多い患者の層について在院日数を比較すると、いずれの疾患についても回復期リハビリテーション病棟の在院日数が長い。

回りハと地ケアにおける在院日数の違い

(入院経路が転棟又は転院／退院先が家庭／退院時ADLが20点中16点以上(バーセルインデックス80点以上相当)の患者について分析)

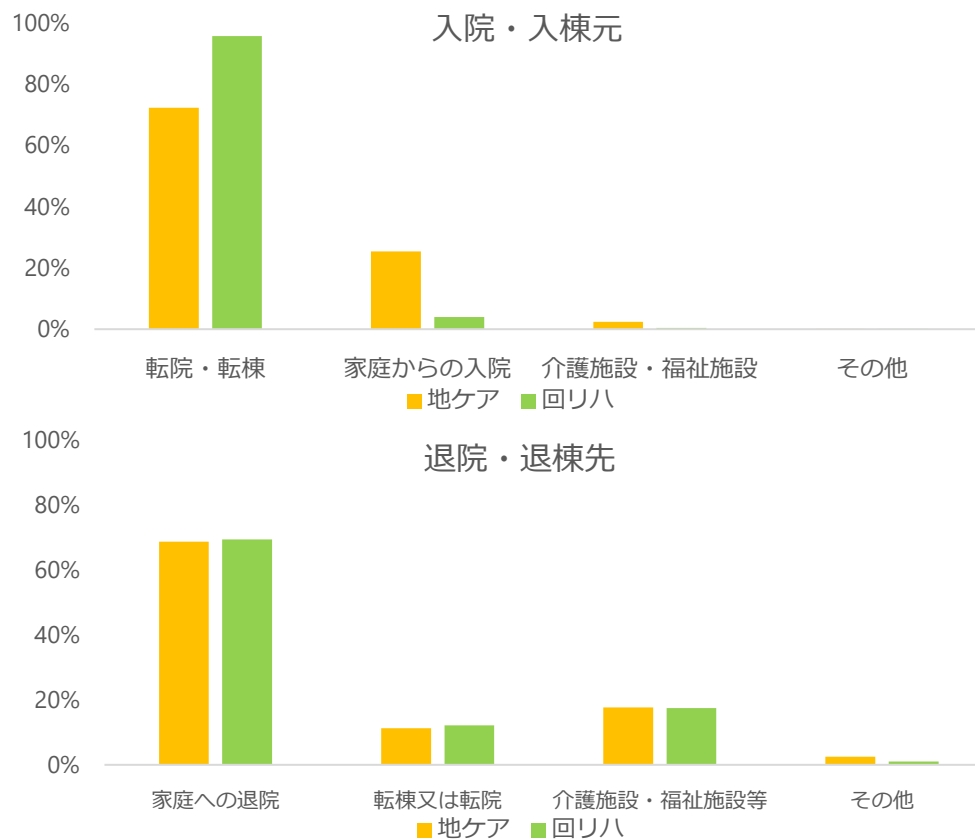
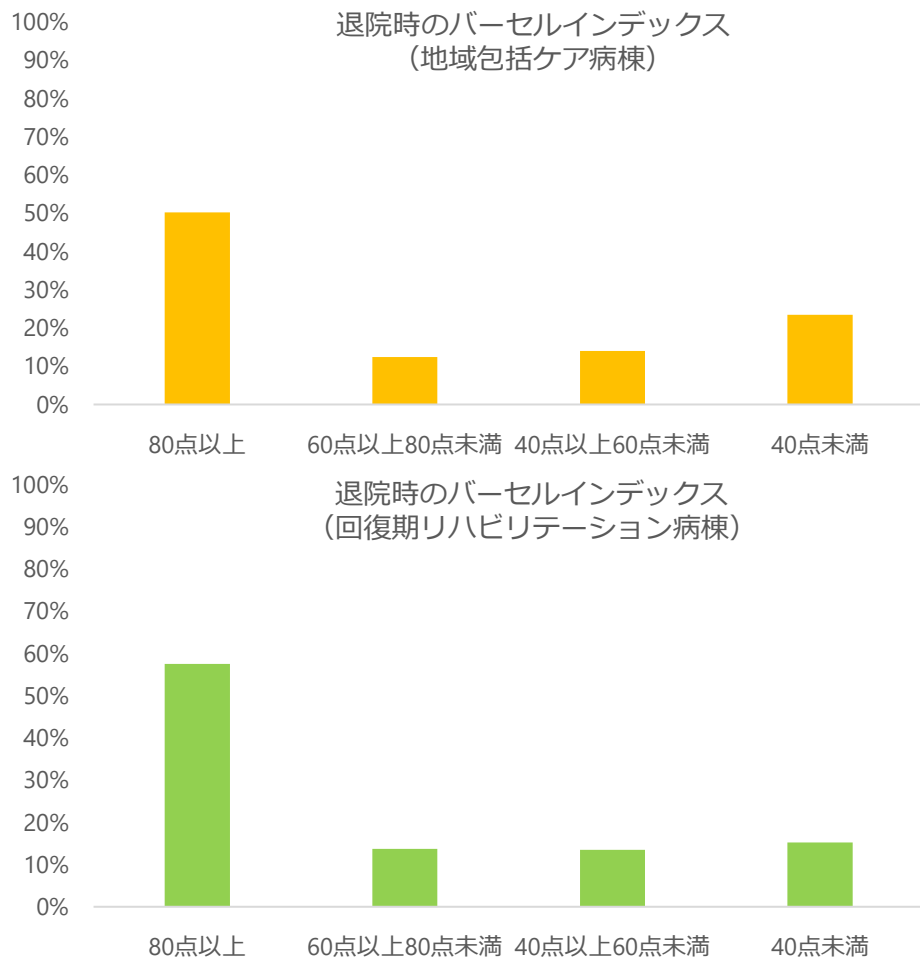
疾患名		回復期リハビリテーション病棟	地域包括ケア病棟
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	65歳未満	41.1	22.5
	65歳以上75歳未満	42.0	23.6
	75歳以上85歳未満	47.8	28.0
	85歳以上	54.9 N=16155	33.1 N=6020
転子貫通骨折 閉鎖性	65歳未満	44.4	24.7
	65歳以上75歳未満	47.8	27.4
	75歳以上85歳未満	53.6	32.2
	85歳以上	60.1 N=10701	36.2 N=3555
腰椎骨折 閉鎖性	65歳未満	38.0	19.5
	65歳以上75歳未満	42.2	24.1
	75歳以上85歳未満	48.1	27.2
	85歳以上	53.1 N=10987	30.6 N=7142

疾患名		回復期リハビリテーション病棟	地域包括ケア病棟
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	65歳未満	51.5	29.1
	65歳以上75歳未満	53.5	30.9
	75歳以上85歳未満	55.2	32.9
	85歳以上	57.2 N=3378	33.7 N=2761
その他の原発性膝関節症	65歳未満	28.8	20.3
	65歳以上75歳未満	28.1	18.9
	75歳以上85歳未満	32.2	20.3
	85歳以上	37.7 N=11461	23.7 N=12112
胸椎骨折 閉鎖性	65歳未満	33.6	19.3
	65歳以上75歳未満	40.4	21.9
	75歳以上85歳未満	45.9	26.3
	85歳以上	52.0 N=5556	29.4 N=3608

※入院経路が転棟・転院(「院内の他病棟からの転棟」又は「他の病院・診療所の病棟からの転院」)、退院先が「家庭への退院」、退院時ADLが20点中16点以上(バーセルインデックス80点以上相当)の患者について集計

(参考) 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に共通する疾患

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で共通する大腿骨頸部骨折等の疾患で入院した患者について、退院時バーセルインデックスは80点以上、入院・入棟元は「転院・転棟」、退院・退棟先は「家庭への退院」が最多であった。



※入院・入棟元について、DPCデータにおける「院内の他病棟からの転棟」「他の病院・診療所の病棟からの転院」は転院・転棟、「その他」「院内で出生」はその他として揭示。また、退院・退棟先について、DPCデータにおける「他の病院・診療所への転院」「院内の他病棟への転棟」は転院・転棟、「介護医療院」「介護老人福祉施設に入所」「介護老人保健施設に入所」「社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所」は介護施設・福祉施設等、「終了(死亡等)」「その他」はその他として揭示。

大腿骨近位部の骨折について

- 高齢者救急の多くを占める大腿骨近位部の骨折について、日本整形外科学会等のガイドラインによれば、受傷後早期の手術実施が重要とされているが、欧米よりも待機時間が長いとされている。また、医療圏毎に入院から手術までの日数はばらつきがある。
- 早期離床・早期荷重が重要で、周術期以降は、外来・在宅でのリハビリテーションが有用との報告もある。
- 在院日数は急性期病棟後の受け入れ先で異なり、自院で転棟する場合より転院した場合で長くなる傾向にある。**

発症

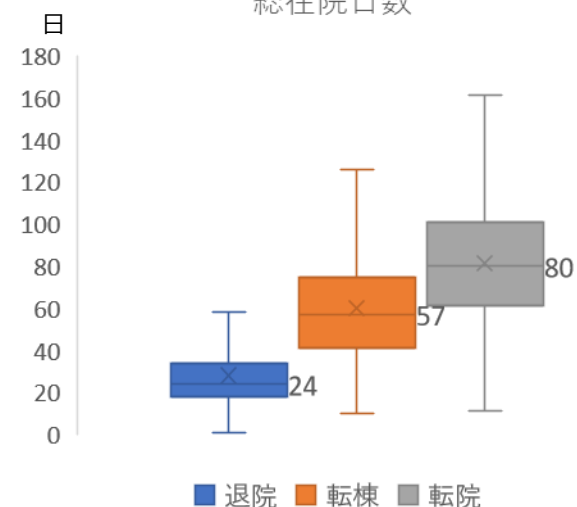
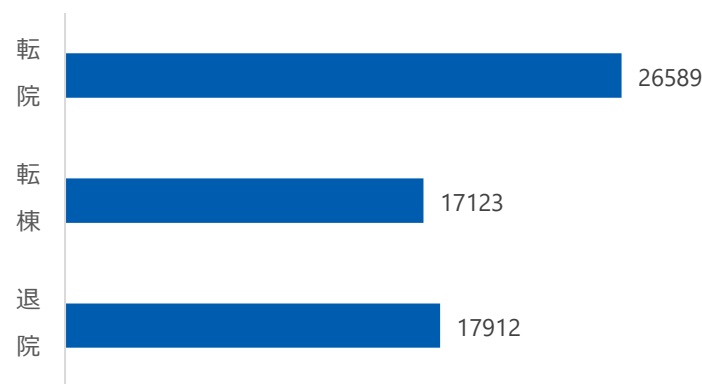
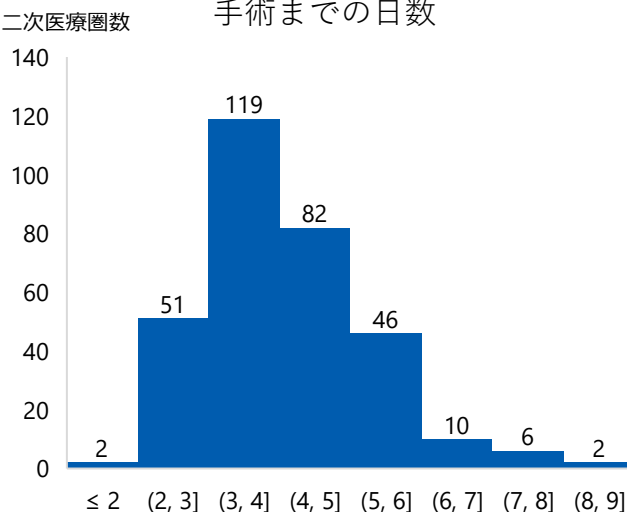
手術

退院/転棟/転院

医療圏毎の大腿骨近位部骨折の入院から手術までの日数

主な退院先件数

総在院日数



2023年度DPCデータ

大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン2021（日本整形外科学会、日本骨折治療学会）

急性期施設退院後のリハビリテーションの継続が推奨されており、「退院後在宅リハビリテーション群は、施設でのリハビリテーション継続に比べて、community ambulationとhousehold ambulation scoreが有意に高値であった」とされている。

※他の病院、介護施設からの入院は除き、家庭からの入院症例に限定して集計

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性)
- 誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が低栄養リスク状態又は低栄養である。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

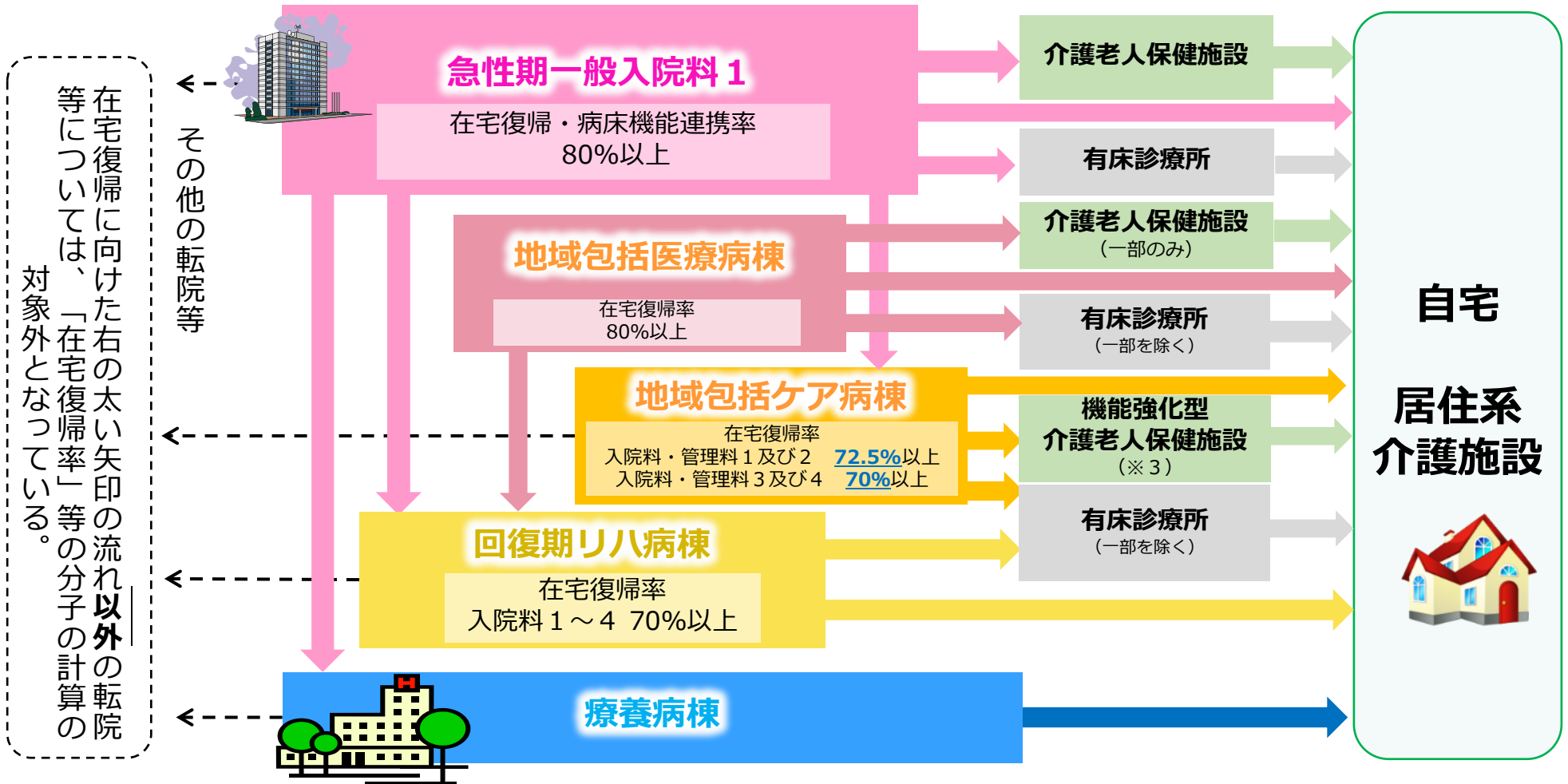
包括的に提供

入院基本料・特定入院料ごとの在宅復帰率の考え方

中医協 総-3
7.7.23

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（）で示す。**

※1, ※2



- ※1 転棟患者（自院内の転棟）は除く。
- ※2 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。
- ※3 機能強化型介護老人保健施設への退院患者数のうち、5割を在宅復帰率に反映。

第119回医療部会の意見

今後の検討会での主な論点（第119回 社会保障審議会医療部会資料より抜粋）

【病床機能報告について】

- 病床機能報告については、これまでは病棟の実態に応じて医療機関の自主的な報告により行われてきた。他方、診療報酬上の届出は、診療機能等について一定の要件を満たしたものであり、これまでの取組において実態として都道府県間でばらつきが見られることや、都道府県で提供体制そのものではなく、報告基準の議論に労力がさかれている事例もある。今後の病床機能報告にあたっては、診療報酬上における届出が一応の目安となると考えられる。その他考慮すべき事項も含めて、検討会で議論することとしてはどうか。

※第119回「社会保障審議会医療部会」における意見を事務局において整理

- 病床機能報告は医療機関で自主性に基づき、実態に即した報告であるべき。回復期機能にかわる包括期機能により、現場の実態により即した報告が可能となり、地域医療構想の議論の精度向上につながるものと期待。
- 病床機能報告を進めていく上で、診療報酬上の届出に関して目安を示すことについて、県間のばらつきを少なくして、比較を容易にできる。ひいては、客観性を増すことになるため、賛同する。

病床機能報告における客観性を有する報告について

- 医療機関機能・病床機能については、医療機関や国民・患者がその意味を理解できるよう丁寧に説明・周知するとともに、これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とすることが重要。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

5. 新たな地域医療構想

（3）医療機関機能・病床機能

① 基本的な考え方

- 新たな地域医療構想を通じて、医療機関機能・病床機能に着目した医療提供体制の構築を進めるためには、医療機関から都道府県への報告制度、必要病床数の推計、地域における関係者の協議、取組を推進するための支援等について必要な見直しを図ることが必要である。病床機能に加えて、医療機関機能を報告することとし、地域の医療提供体制の確保に向けて関係者による医療機関の役割分担・連携に関する協議を促進するとともに、医療機関機能や病床機能について、医療機関が適切に報告することができ、国民・患者を含め、その意味を理解できるよう丁寧に説明・周知することが重要である。このため、これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすることが適当である。

病床機能報告の定量的基準の例

- 病床機能報告について、平均在院日数や重症度、医療・看護必要度に準ずる評価を用いた県独自の基準が設定されている例がある。

	指標の考え方
埼玉	- 機能報告の区分について、以下のデータの閾値を設定。 ▶ 高度急性期・急性期について、以下のデータのうち、いずれか1つ以上を満たしていれば高度急性期：全身麻酔手術（2回/月・床以上）、胸腔鏡・腹腔鏡下手術（0.5回/月・床以上）、悪性腫瘍手術（0.5回/月・床以上）、超急性期脳卒中加算（あり）、脳血管内手術（あり）、経費的冠動脈形成術（0.5回/月・床以上）、救急搬送診療料（あり）、救急に係る諸項目（0.2回/月・床以上）、重症患者への対応に係る諸項目（0.2回/月・床以上）、全身管理への対応に係る諸項目（8回/月・床以上） ▶ 急性期・回復期について、以下のデータのうち、いずれか1つ以上を満たしていれば急性期：手術（2回/月・床以上）、胸腔鏡・腹腔鏡下手術（0.1回/月・床以上）、放射線治療（1件/月・床以上）、化学療法（1回/月・床以上）、救急搬送による予定外の入院（10人/月・床以上）、重症度、医療・看護必要度（200床以上（Ⅰ：31%、Ⅱ：28%）、200床未満（Ⅰ：28%、Ⅱ：25%））
東京	全身麻酔又は化学療法を1年間に1床当たり1回（日）以上実施している場合は高度急性期又は急性期、そうでない場合は回復期。
神奈川	急性期について、以下指標を満たすものを急性期（一般形）、満たさないものを急性期（地域密着型）と定義。（手術算定回数（0.6件/月・床あたり）、救急医療管理加算レセプト件数（0.6件/月・床あたり）、重症度、医療・看護の必要度の基準を満たす患者割合（25%以上））
大阪	以下のいずれかを満たす場合は（重症）急性期、いずれも満たさない場合は回復期的急性期に分類。 ※算定式：病棟単位の月あたりの件数/30日 * (50床/許可病床数) 手術総数、化学療法、救急医療管理加算レセ件数が「1」以上・呼吸心拍監視「2」以上
奈良	病床機能報告の数値に、急性期を重症と軽症に区分する目安値を設定。 50床あたり、手術+救急入院>1日2件を目安とし、2件以上は「重症急性期」、2件未満は「軽症急性期」
佐賀	急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超えの病棟の病床数については回復期として将来の見込みの参考とする

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

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

回復期機能

- 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）

慢性期機能

- 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者（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

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- 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

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

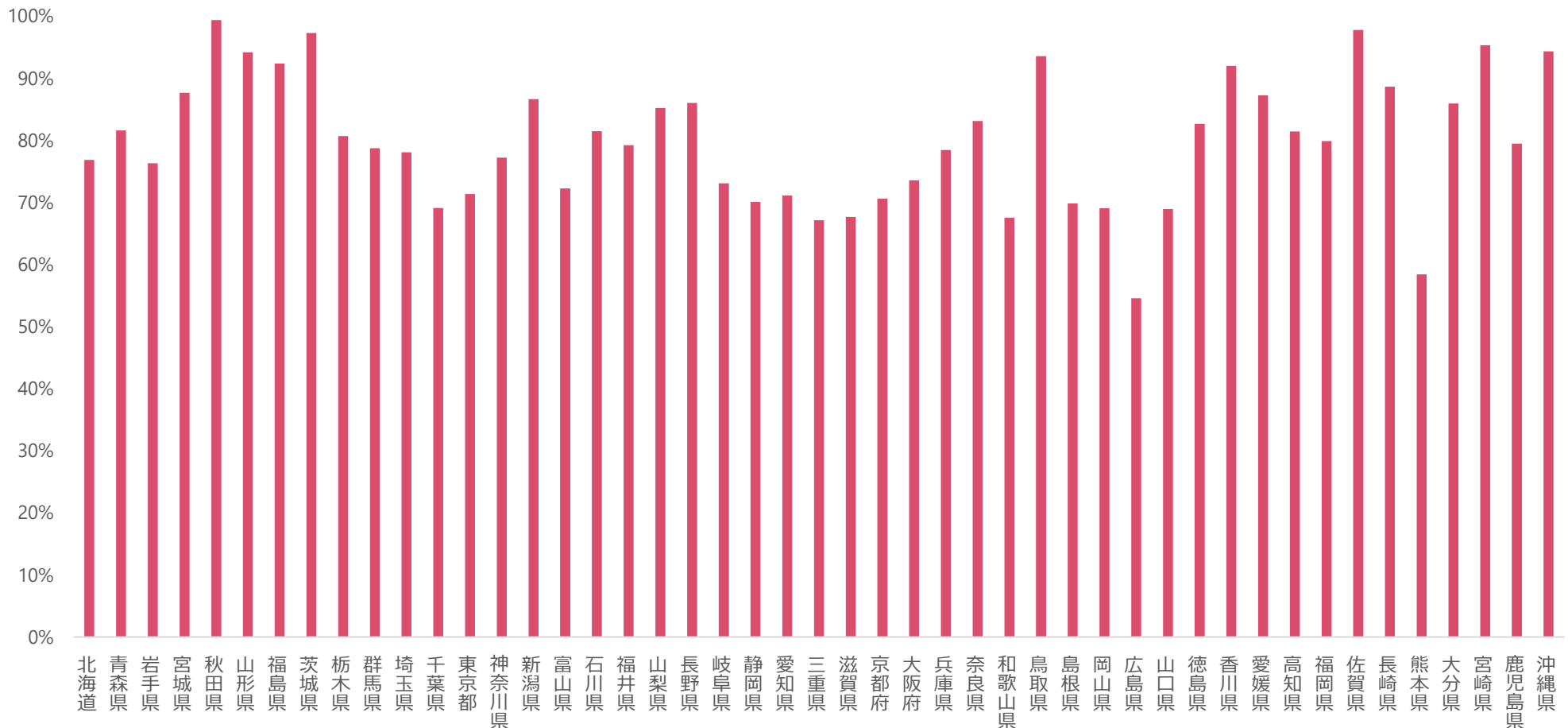
- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

急性期一般入院料1の病床機能報告

- 急性期一般入院料1を算定する病床について、急性期として報告されている病床の割合を都道府県別にみると、約100%の都道府県から約55%の都道府県まで、ばらつきがみられる。

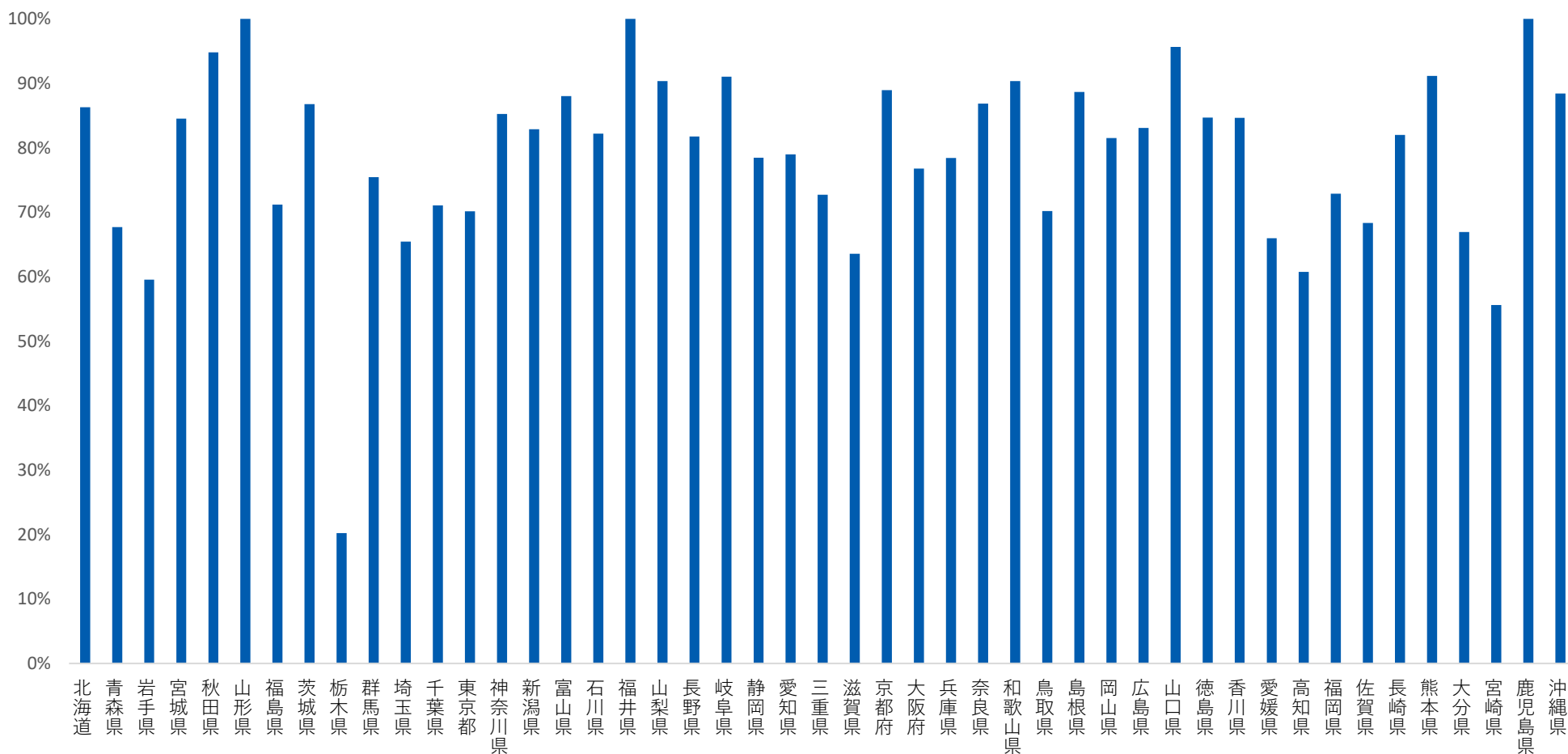
急性期一般入院料1を算定する病床について、急性期として報告されている割合



地域包括ケア病棟入院料の病床機能報告

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する病床について、回復期として報告されている病床の割合を都道府県別にみると、100%の都道府県から約20%の都道府県まで、ばらつきがみられる。

地域包括ケア病棟入院料を算定する病床について、回復期として報告されている割合（※）



必要病床数について （案）

- 2025年に向けた地域医療構想において、必要病床数は、機能別の病床数の必要量を推計した上で、将来における病床の機能分化・連携の推進を目的に活用してきた。足元の性・年齢階級別の入院受療率や病床稼働率が変わらないと仮定し、必要となる病床数の推計（現状投影）した。
- 他方、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。
- 回復期リハビリテーション病棟における疾患は、脳血管疾患と整形外科が多い。脳血管疾患の患者数は、年々減少してきており、急性期を経過し、A D Lの向上や在宅復帰を目的とした集中的なリハビリテーションを受ける患者数も減少することが考えられる。整形外科疾患について、地域包括ケア病棟と比較して、同じ疾患であっても平均在院日数が長い。大腿骨近位部骨折については、急性期の入院後、自院で急性期以外の病棟に転棟して退院するより、他の医療機関に転院した場合の方が在院日数は長い傾向がある。
- 今後包括期を担うと期待される病棟が整備されており、急性期の病院から他院でリハビリテーションのため入院される場合でも個別の協力・連携体制が構築されている事例がある。
- 病床機能報告について、県ごとに独自の基準が設定され、報告実態にばらつきがある。



- 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。
- 病床機能報告において、病床機能区分の選択にあたって客観的な報告に資するよう、入院料の種類ごとに対応する機能区分の目安を整理することとしてはどうか。