



# 新たな地域医療構想策定ガイドラインについて

- 1. 医療需要の推計等について**
- 2. 医療機関機能報告・病床機能報告**



# 1. 医療需要の推計等について

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# これまでの主な意見（必要病床数、医療需要の推計）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

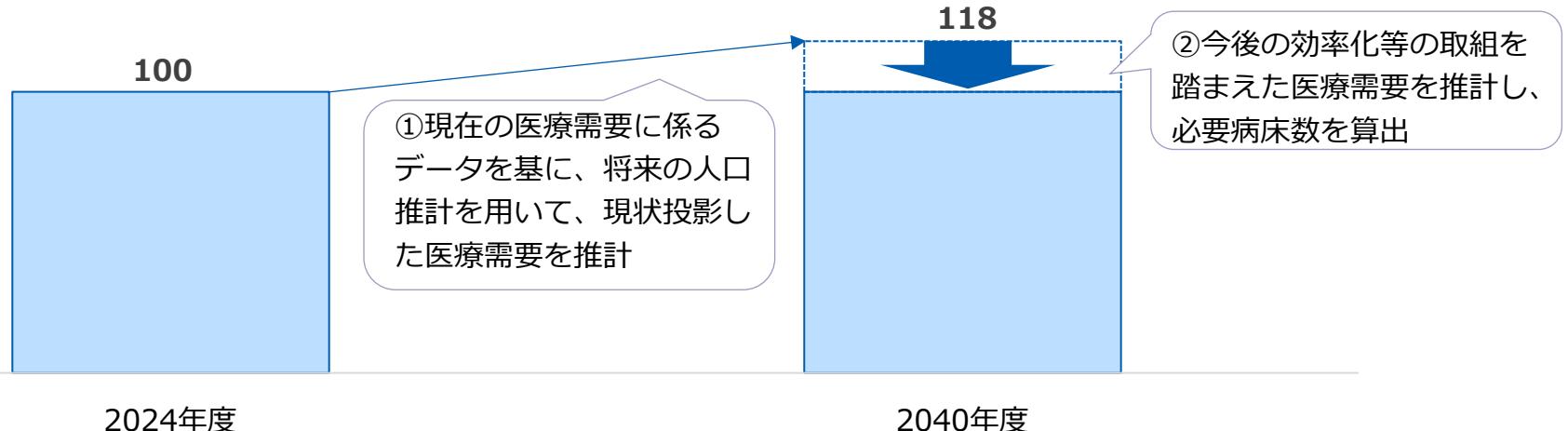
## 【必要病床数】

- ・ 必要病床数の算出には、包括期機能で見るべき高齢者救急の患者数を反映することを検討してはどうか。
- ・ 必要量の算出が曖昧にならないよう、データに基づき、包括期機能の必要量を算出することが重要。
- ・ 高齢者救急の患者に対する、臨床上の医療資源投入量の観点と、地域医療構想での必要量の算出の観点が混同しないよう、国民や医療・介護関係者等に正確に伝わるようにしていただきたい。
- ・ 必要病床数については、医療ニーズの推計だけでなく、進行管理の対象や、地域における病床規制に用いる数字でもあり、必要病床数の積算基礎と、対応させる病床機能報告の制度的な対応関係が重要。
- ・ 必要病床数の算定に当たっては、受療率の低下を組み込んで計算することは賛成。一方、医療技術の進歩や受療数には、2040年に向けて予想以上に変化することも想定され、必要病床数と実績値に大きな乖離が認められるようなことも考えられるため、定期的な見直しや算出した必要病床数を修正することも考慮いただきたい。
- ・ 必要病床数の推計について、都道府県側で地域の実情に応じた調整ができる余地、仕組みが必要。
- ・ 7対1の一般入院患者、急性期入院料1のばらつきについて、高度急性期と急性期のすみ分けが非常に難しい。医療資源投入量でみるとすべて高度急性期に見えたとしても、実態としては病棟の半分が高度急性期、残りの半分が急性期の場合等があり、計算の仕方と各病院の認識に差があり、全体としてばらつきが生じている。

# 必要病床数の検討における論点の整理

## ■ 必要病床数の算出のイメージ

### 医療需要の見込み（2024年度=100とした場合）



資料出所：2024年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2025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。  
※全国推計は二次医療圏（330圏域）別推計の合計値。二次医療圏ごとの入院需要は医療機関所在地ベースであり、一般病床及び療養病床に入院する者に限る。

## ■ 医療需要の推計における論点

推計にあたっては、

①医療需要の設定：現在の医療需要に係るデータをもとに将来の人口推計を用いて現状投影した将来の医療需要を推計

②改革モデルの反映：効率化の取組や受療率の変化等を踏まえた改革モデルを反映させ、必要病床数を算出

のそれにおける対応と、

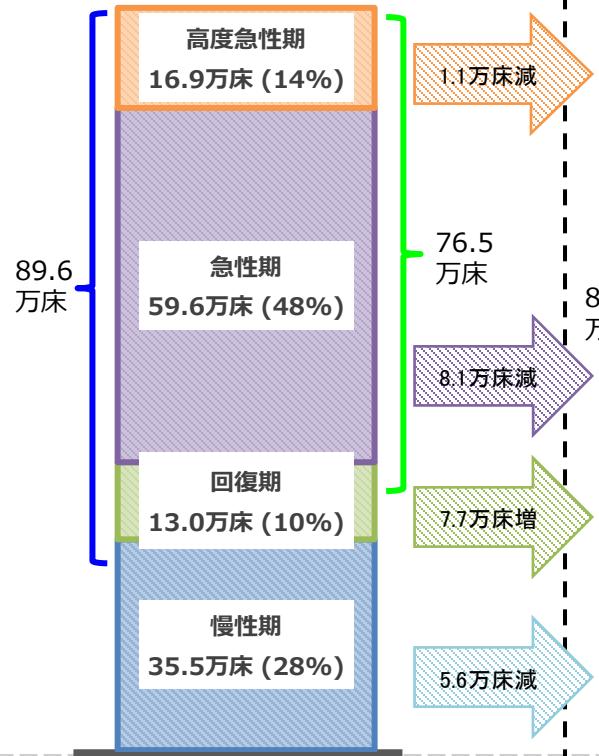
③必要病床数の定期的な見直し等、これまでの議論において検討が必要とされるその他の事項

について整理が必要。

# 2024年度病床機能報告について

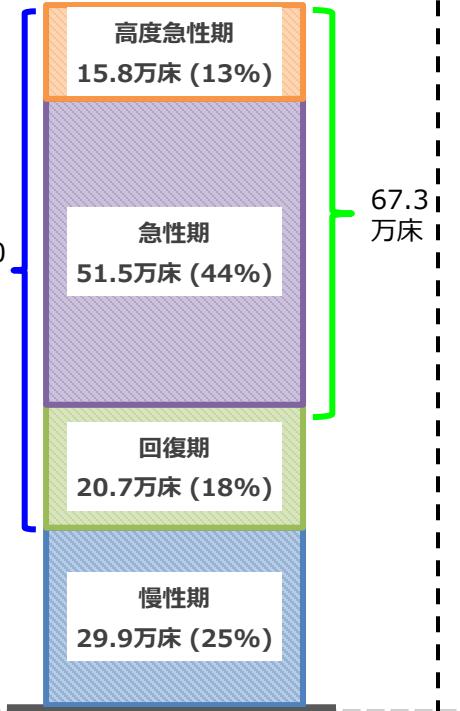
## 2015年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告)※5

2015年  
合計 125.1万床



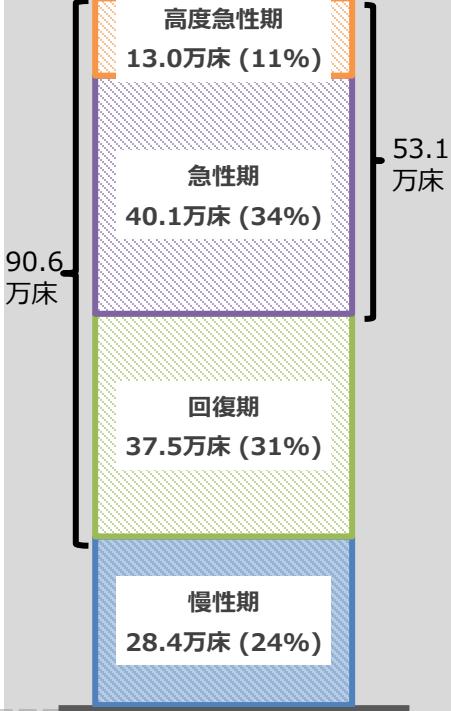
## 2024年度病床機能報告 (各医療機関が病棟単位で報告)※5

2024年  
合計 117.8万床



地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※3※5

合計 119.1万床



出典:2024年度病床機能報告

※1: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告:13,863/14,538(95.4%)、2024年度病床機能報告:11,846/12,064(98.2%))

※2: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※3: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

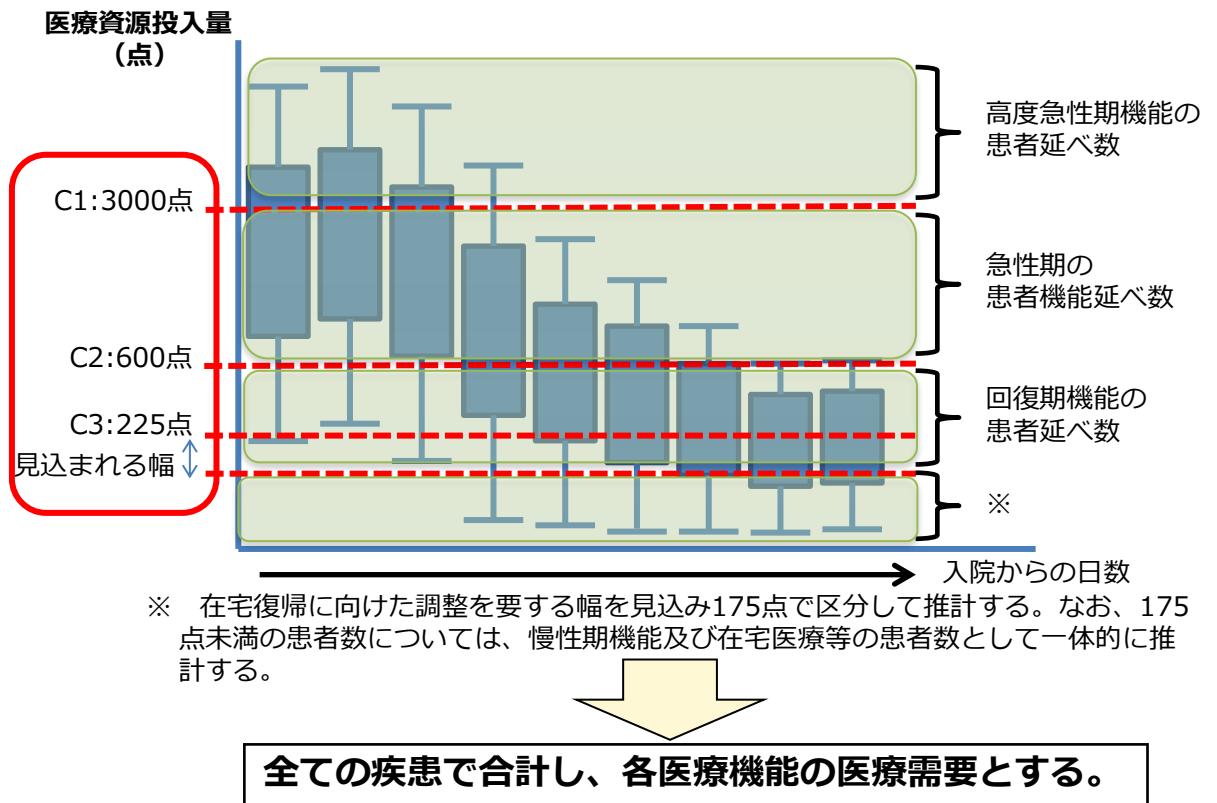
※4: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*):18,274床(参考 2023年度病床機能報告:18,423床)

\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~6、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※5: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

# 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。



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	○○○○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

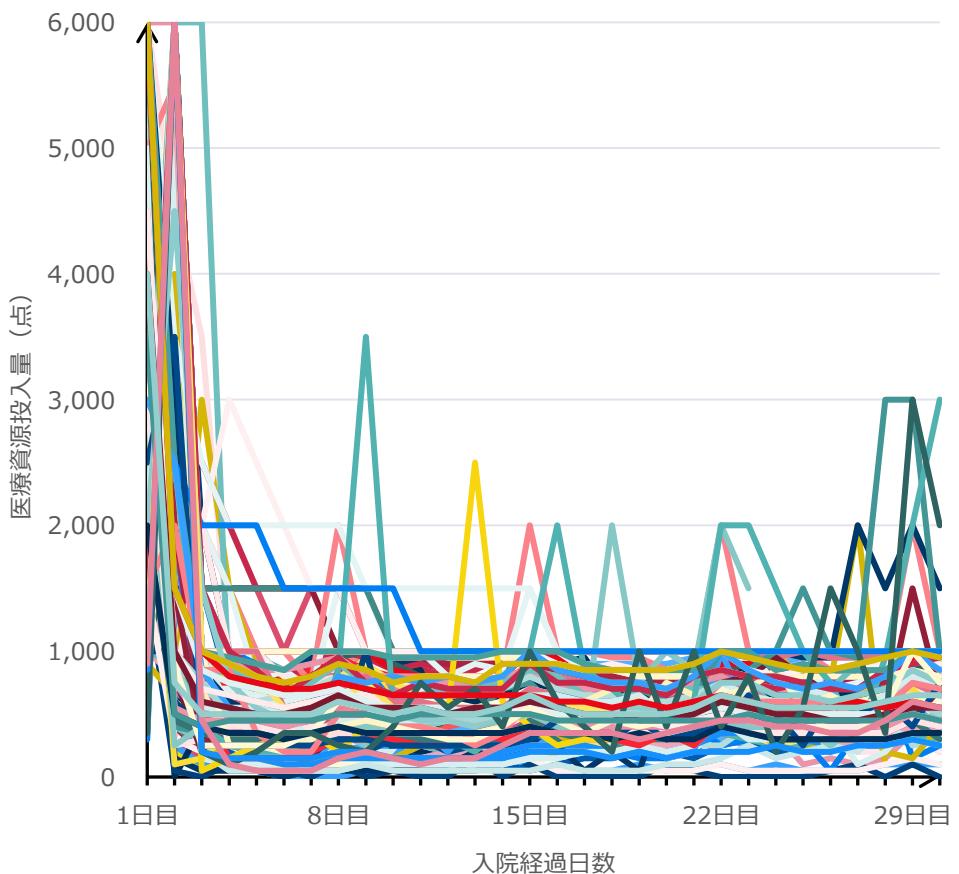
〔・高度急性期75% ・急性期78%  
・回復期90% ・慢性期92%〕

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

# 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）

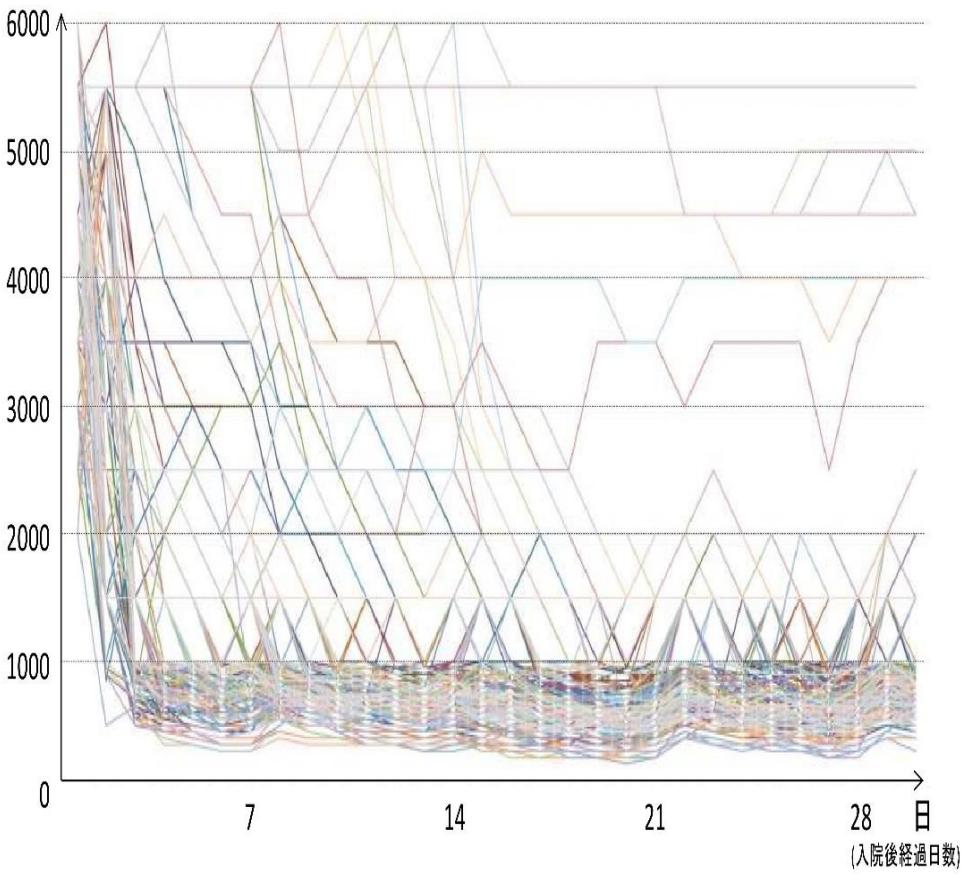
※DPC上位255：患者毎に付与されたDPCを用いて、DPC毎の患者数が多い上位255DPCの患者を対象。（平成26年資料については、平成23年患者調査における患者数上位255のDPCを対象。）

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

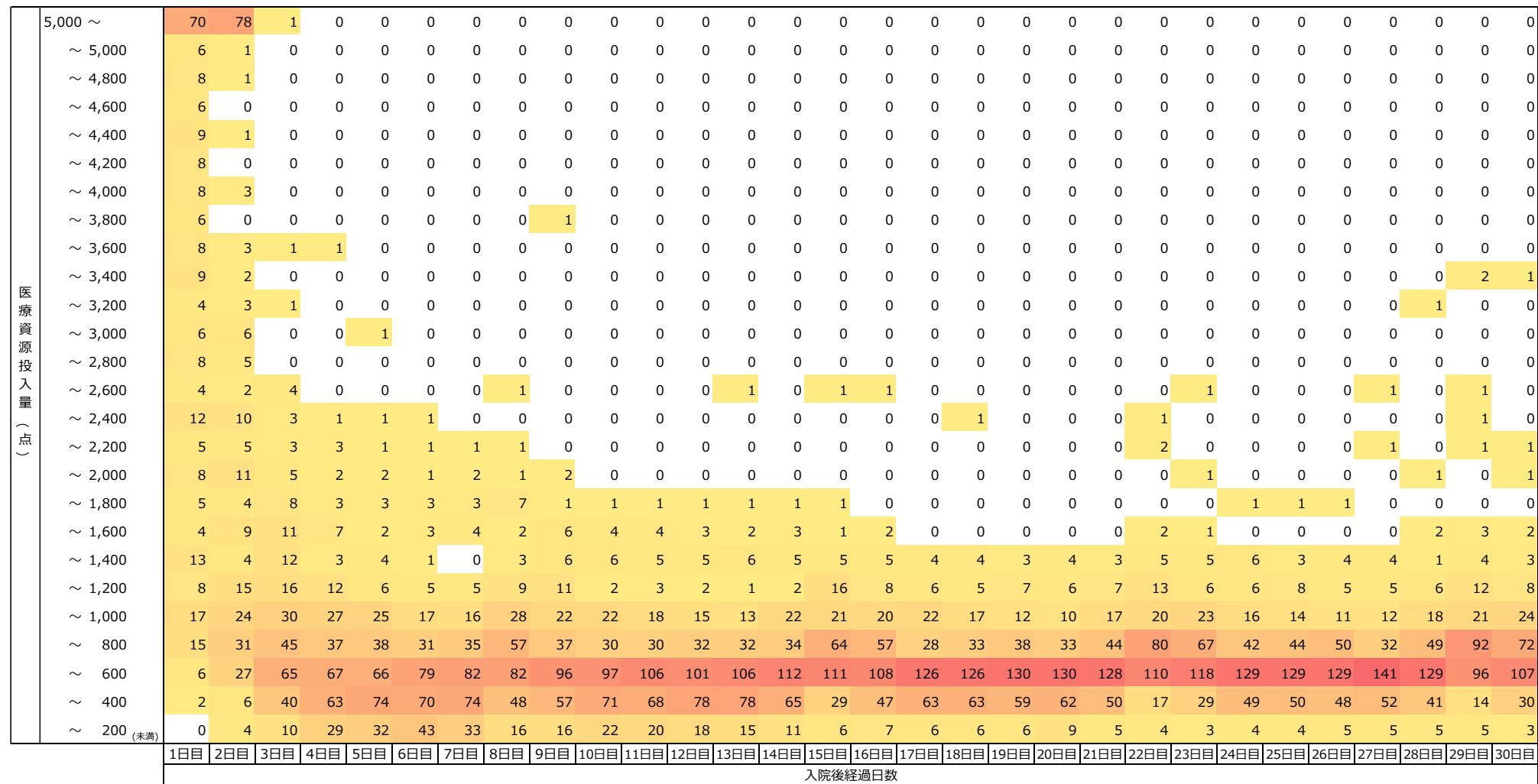
（第5回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（平成26年12月12日）参考資料1抜粋）

医療資源投入量(点)



## 入院日ごとの医療資源投入量の推移（入院後の経過日数別）

医療資源投入量は、入院後3日以降は600点程度に収斂する傾向がみられる。



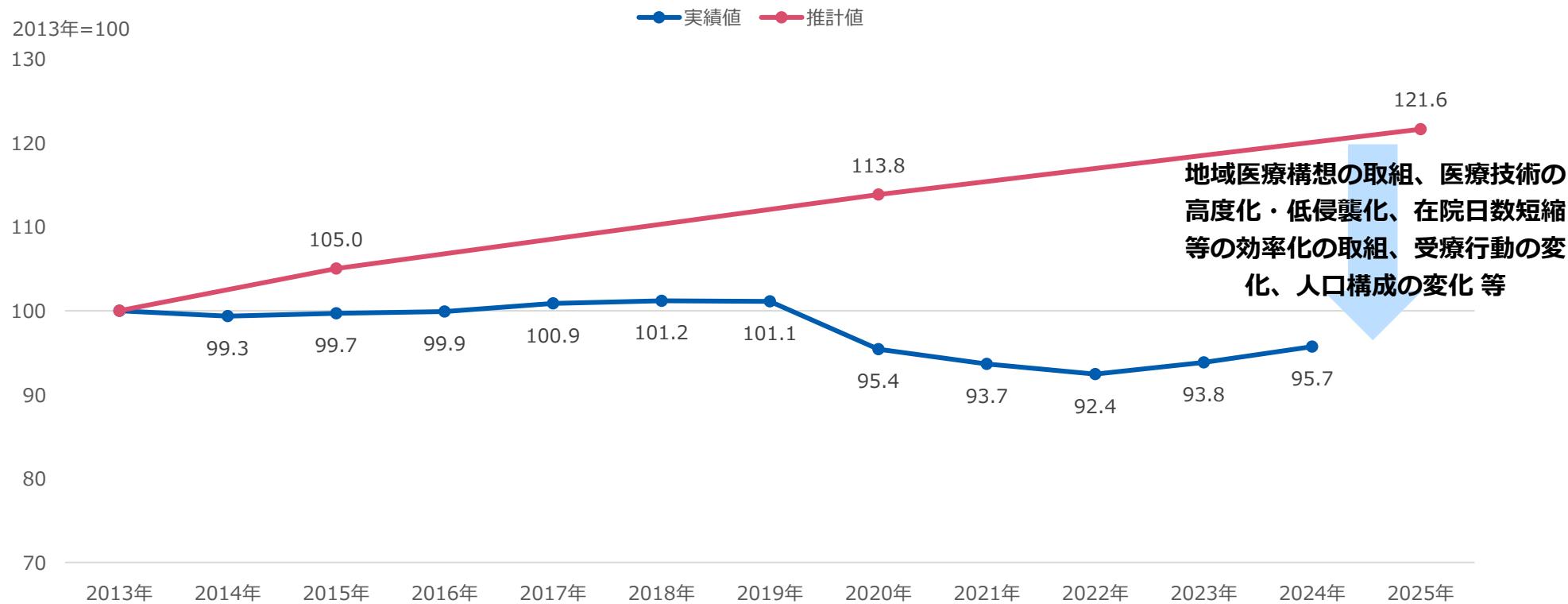
資料出所：DPCデータ（2023年）

※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の患者を対象に、DPC別・入院経過日数別に中央値を算出している。

# 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。

# 病床機能について

- 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

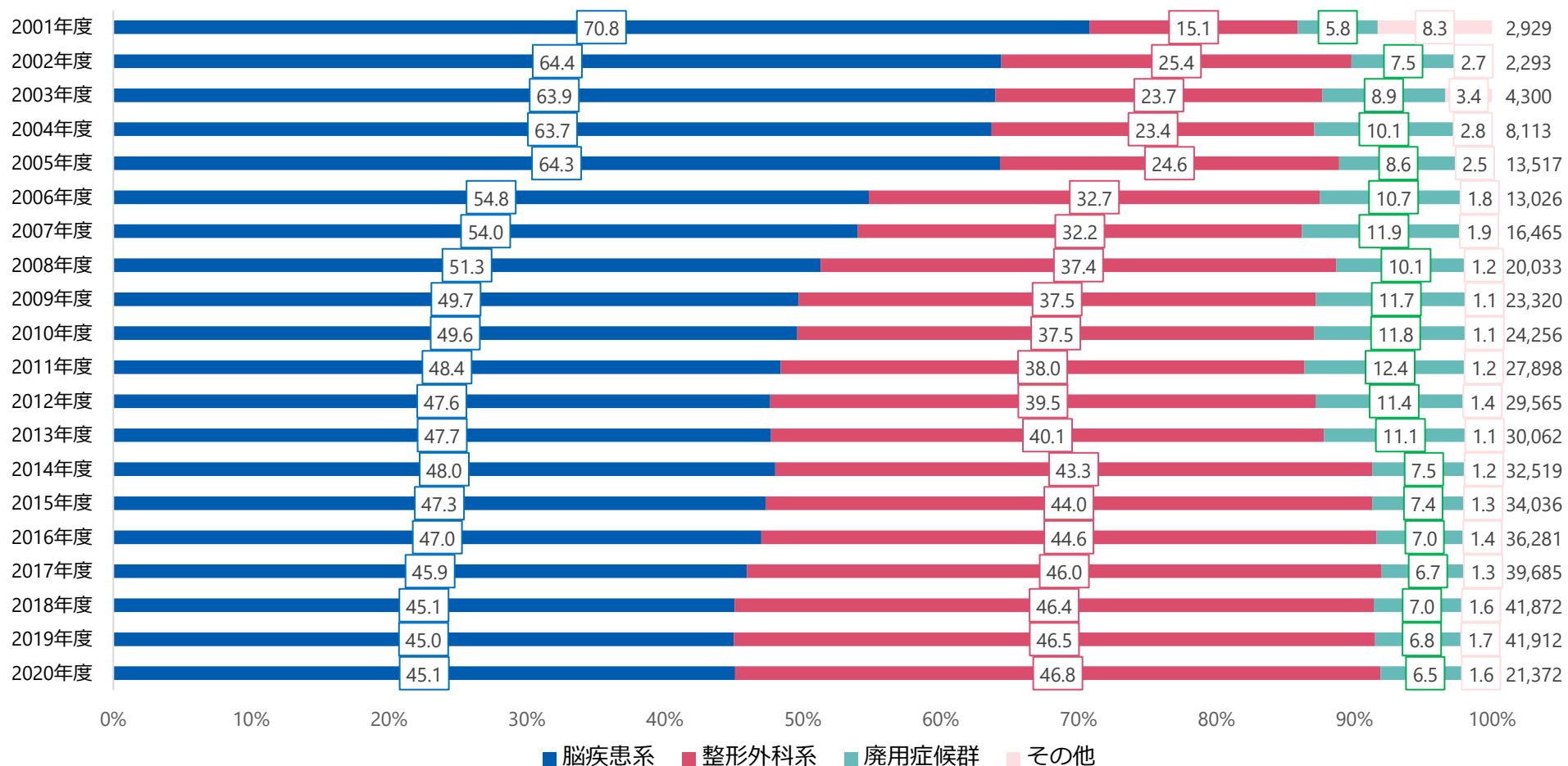
### 機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>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</li> </ul>

# 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)



# 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。

## 回リハと地ケアにおける在院日数の違い

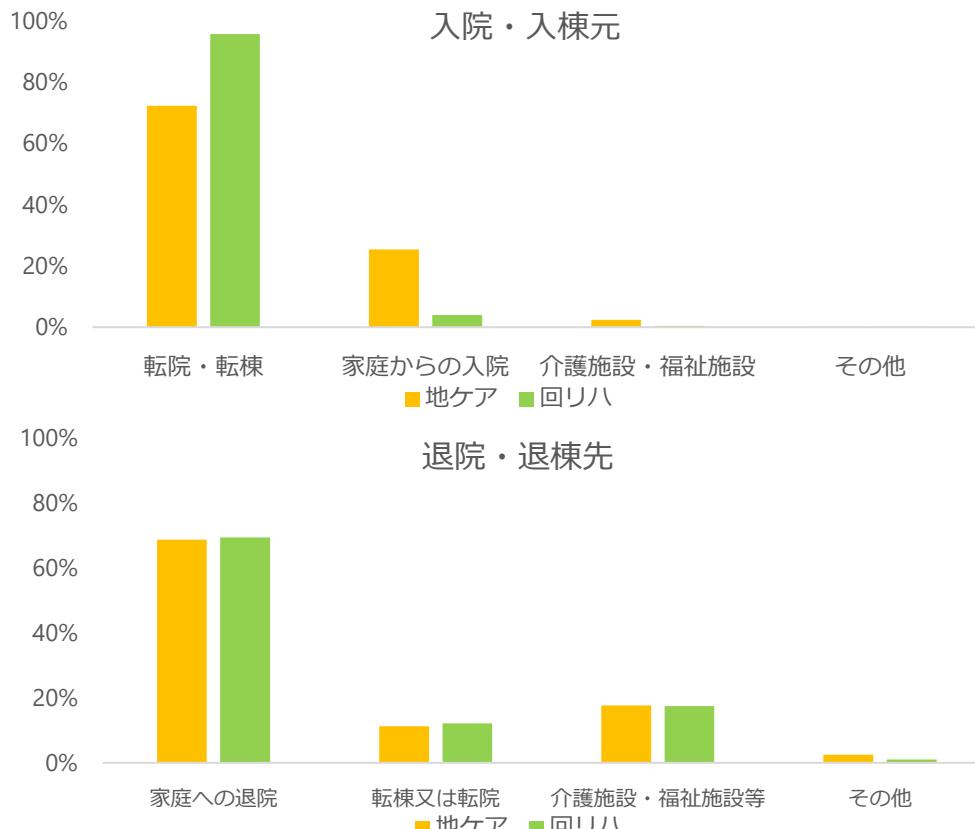
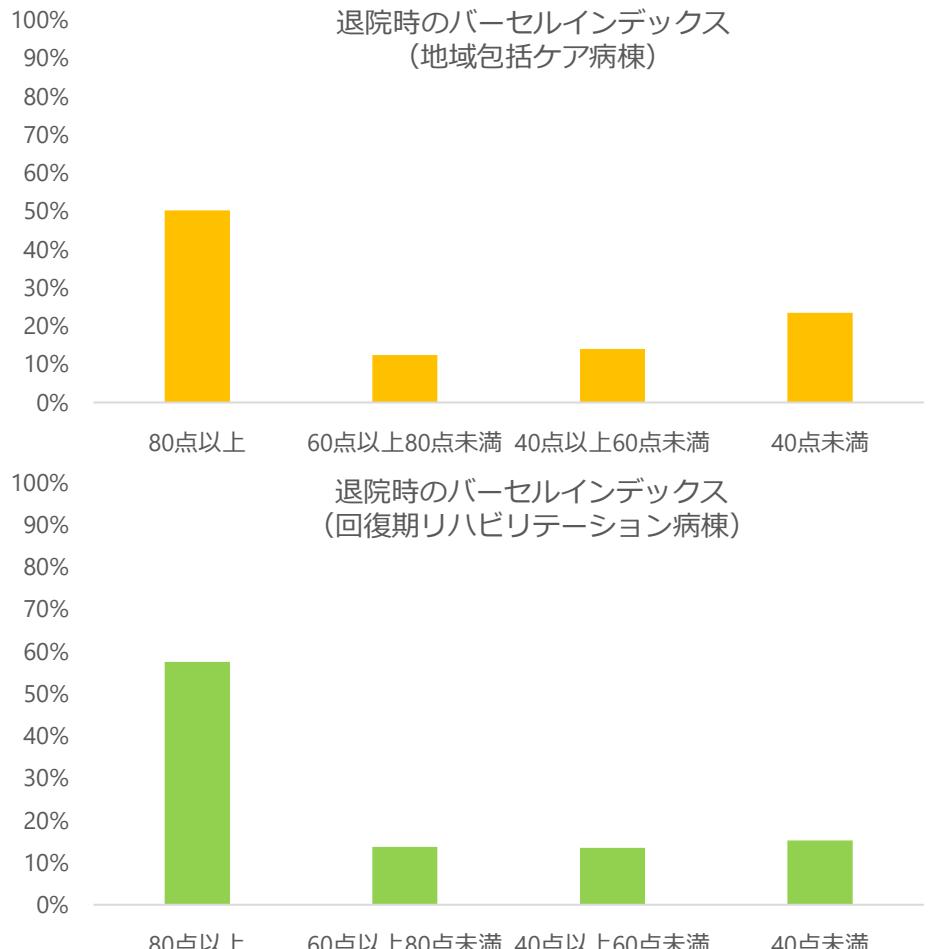
(入院経路が転棟又は転院／退院先が家庭／退院時ADLが20点中16点以上 (バーセルインデックス80点以上相当) の患者について分析)

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	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	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	42.0	23.6		65歳以上75歳未満	53.5	30.9
	75歳以上85歳未満	47.8	28.0		75歳以上85歳未満	55.2	32.9
	85歳以上	54.9 N=16155	33.1 N=6020		85歳以上	57.2 N=3378	33.7 N=2761
転子貫通骨折 閉鎖性	65歳未満	44.4	24.7	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	47.8	27.4		65歳以上75歳未満	28.1	18.9
	75歳以上85歳未満	53.6	32.2		75歳以上85歳未満	32.2	20.3
	85歳以上	60.1 N=10701	36.2 N=3555		85歳以上	37.7 N=11461	23.7 N=12112
腰椎骨折 閉鎖性	65歳未満	38.0	19.5	胸椎骨折 閉鎖性	65歳未満	33.6	19.3
	65歳以上75歳未満	42.2	24.1		65歳以上75歳未満	40.4	21.9
	75歳以上85歳未満	48.1	27.2		75歳以上85歳未満	45.9	26.3
	85歳以上	53.1 N=10987	30.6 N=7142		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。



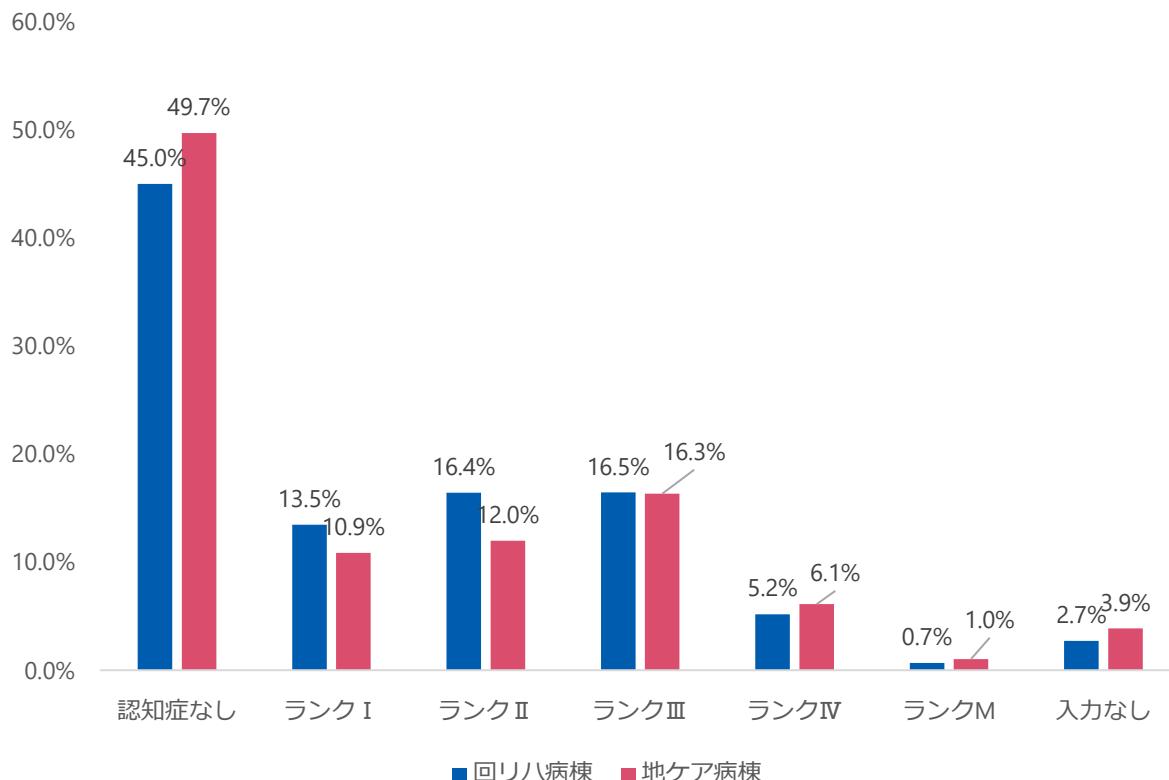
※入院・入棟元について、DPCデータにおける「院内の他病棟からの転棟」「他の病院・診療所の病棟からの転院」は転院・転棟、「その他」「院内で出生」はその他として掲示。また、退院・退棟先について、DPCデータにおける「他の病院・診療所への転院」「院内の他病棟への転棟」は転院・転棟、「介護医療院」「介護老人福祉施設に入所」「介護老人保健施設に入所」「社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所」は介護施設・福祉施設等、「終了（死亡等）」「その他」はその他として掲示。

※DPCデータのADLスコアを100点満点に換算しバーセルインデックス（ADLを評価する指標、100点満点。）として掲示。ADLスコアに、不明が含まれる患者は集計から除外。  
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



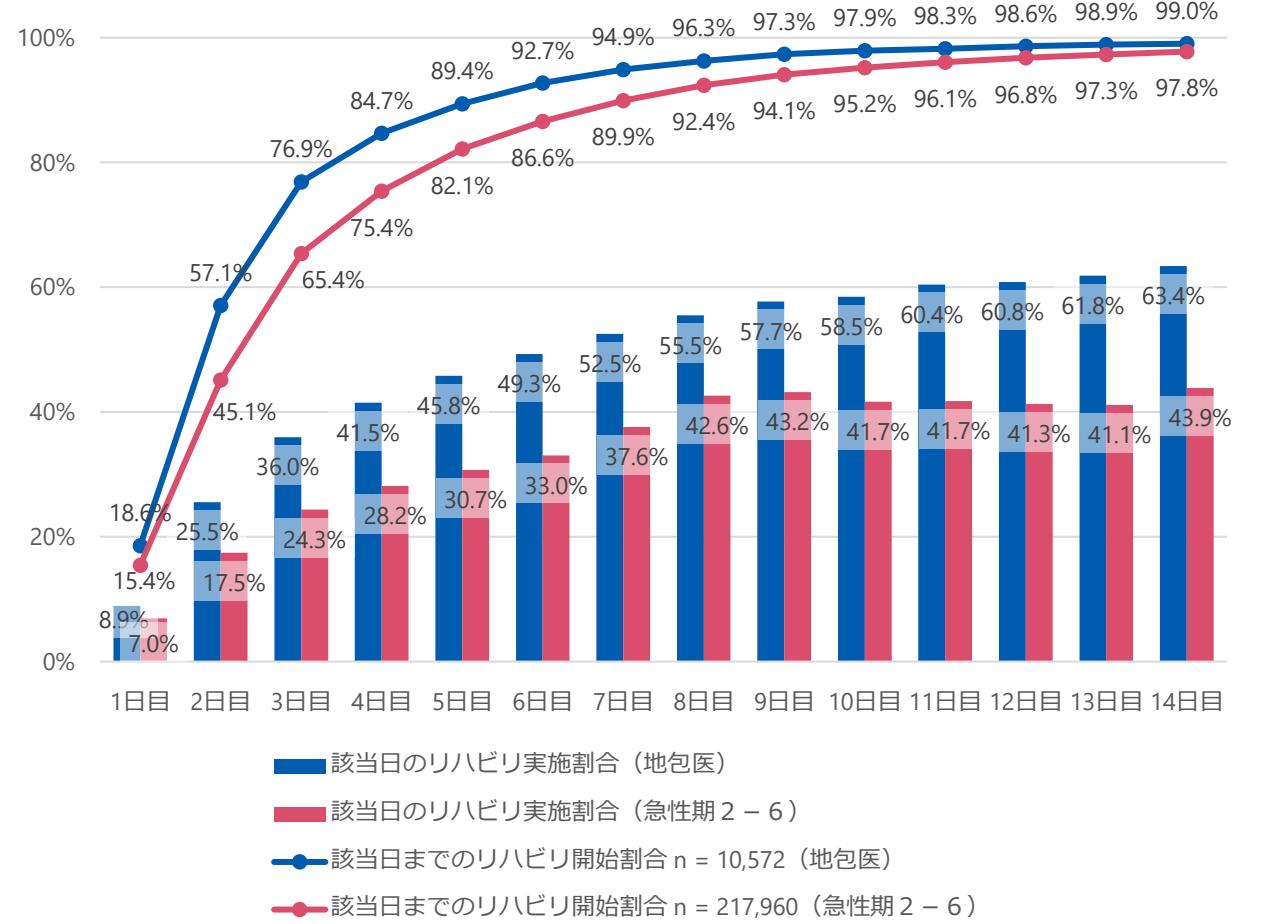
ランク	判定基準
ランク I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランク II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
ランク III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
ランク IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランクM	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

# 地域包括医療病棟におけるリハビリテーション実施状況

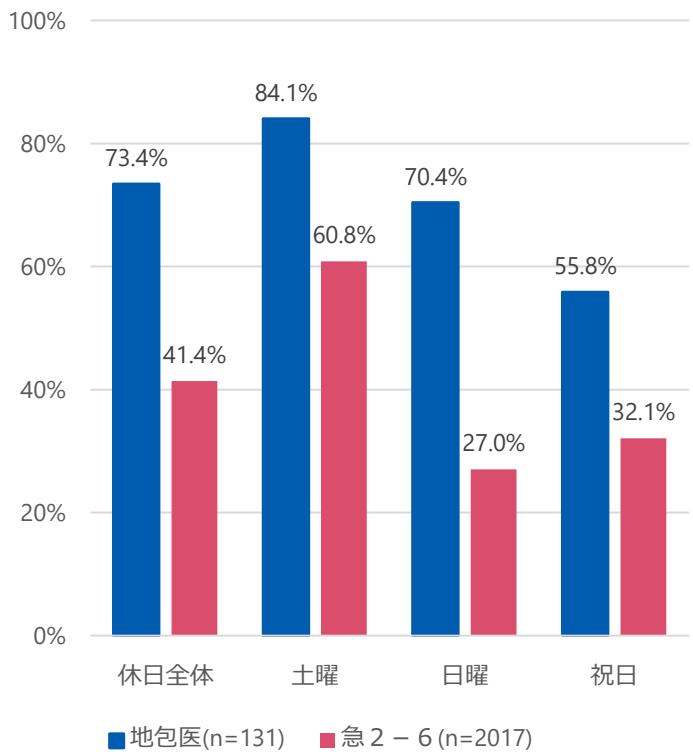
中医協 総 - 7  
7 . 1 1 . 5

- 地域包括医療病棟では、急性期一般入院料2-6の病棟と比較して、リハビリテーションはより早期に、多くの症例に実施されている。また、休日のリハビリテーション提供量が多い。

## リハビリテーションの実施状況



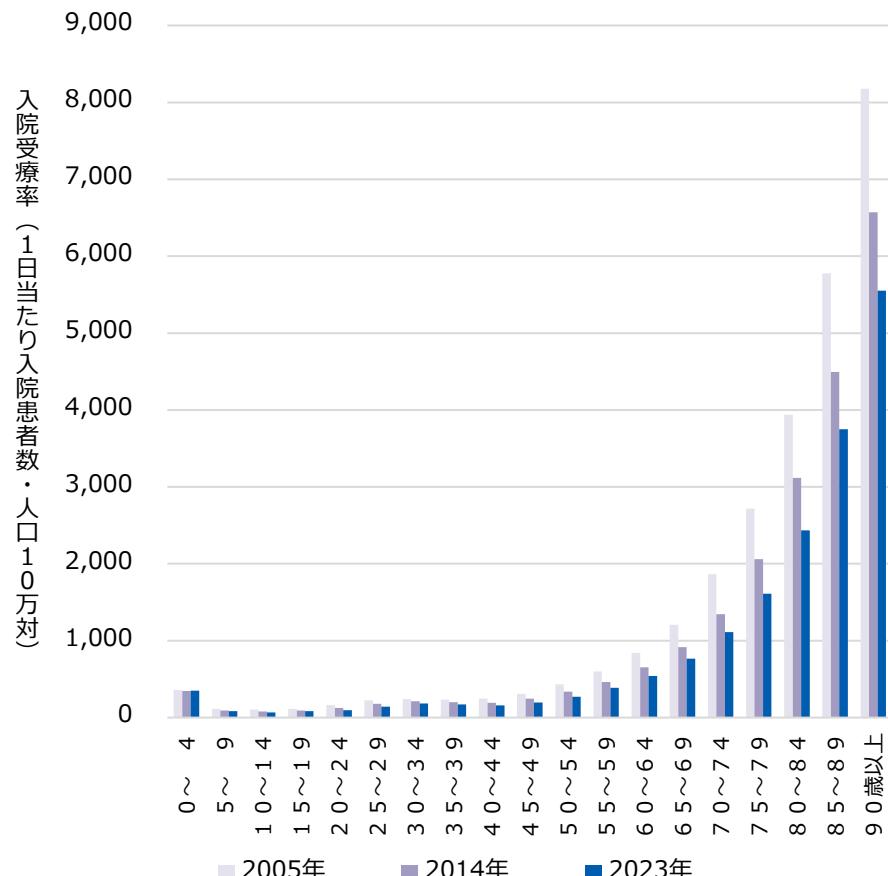
## 平日に対するリハビリテーション 提供単位数の割合



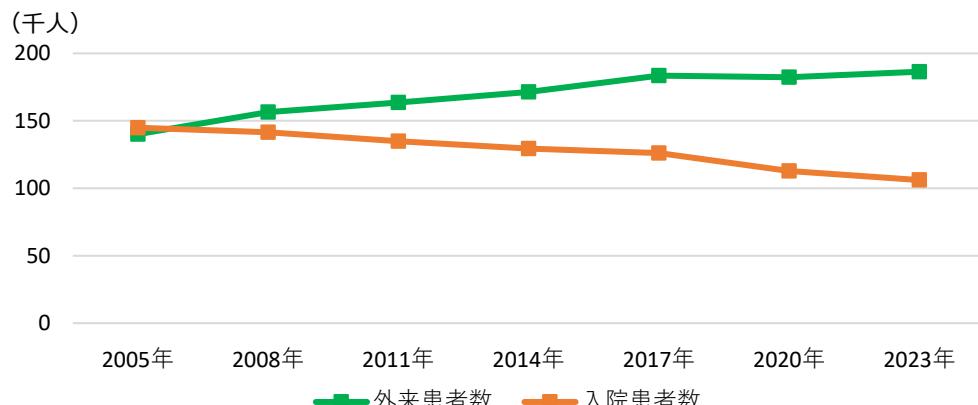
# 入院受療率の低下について

- 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。

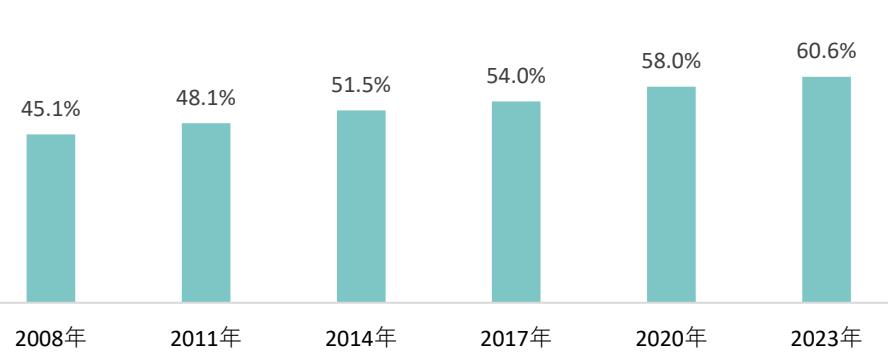
一般病床・療養病床における入院受療率の推移



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



# 近年の入院受療の推移について

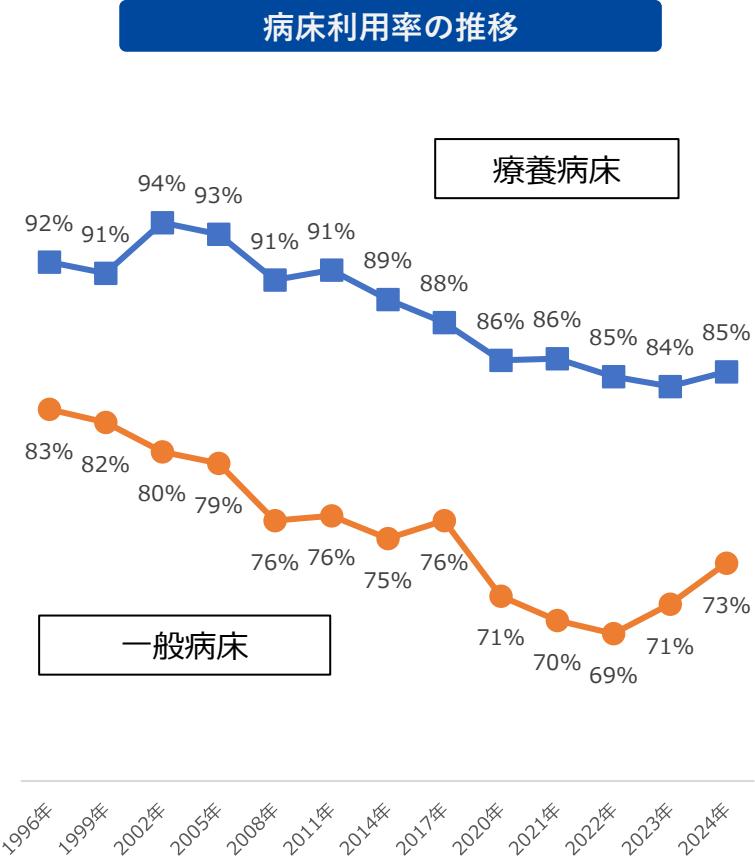
入院受診延日数は減少傾向にあり、それに伴い病床利用率も低下している。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2024年度）

※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をしたもの。



資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

# 高齢者の急性期における疾病の特徴等

- 85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。
- 高齢者においても、年齢が上がるほど入院中に手術や処置が発生していた患者の割合は下がり、65歳以上、75歳以上では40%程度であるが、85歳以上では30%程度となる。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺膿炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うつ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎、詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症、部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎、詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合  
15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞、乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎、その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫、部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア、閉塞及びえく壊＞症を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞、上葉、気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合  
30 28%

各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

年齢	入院中手術有	入院中1000点以上処置有	入院中手術又は1000点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	41%
75歳以上	35%	6%	37%
85歳以上	27%	4%	29%

資料出所：DPCデータを用いて2023年6月30日時点の入院患者を対象に算出。救命救急入院料、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、新生児治療回復室入院管理料、ハイケアユニット入院管理料、脳卒中ケアユニット入院管理料、小児入院管理料、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院管理料を算定する患者を対象とした。

## 【〇病床数の適正化に対する支援】

施策名:才 病床数の適正化に対する支援

令和7年度補正予算 3,490億円

※医療・介護等支援 パッケージ

医政局地域医療計画課  
(内線4095、2665)

### ① 施策の目的

- 効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関は、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に対して負担が生じるため、その支援を行う。

### ② 対策の柱との関係

I			II					III	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
○									

### ③ 施策の概要

- 「病床数適正化緊急支援基金」を創設し、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関への支援を行う。  
(概要) 医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関を対象として財政支援を行う。  
(交付対象・交付額) 病院(一般・療養・精神)・有床診:4,104千円／床(ただし、休床の場合は、2,052千円／床)

### ④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等

(イメージ図)



- 医療機関は基金管理団体等に計画提出を行う際に病床削減数を申請し、基金管理団体等が計画認定する
- 基金管理団体等は医療機関に所要額を支給する (10/10)

### ⑤ 成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関へ必要な財政支援を行うことで、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組を加速するとともに、地域に必要な医療提供体制を確保する。

人口減少等により不要となると推定される、約11万床(※)の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情も踏まえ、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

※一般病床及び療養病床の必要病床数を超える病床数約5万6千床並びに精神病床の基準病床数を超える病床数約5万3千床を合算した病床数(厚生労働省調べ)。  
※約1.1万床については令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業により措置済み。

# 外来・在宅にかかる医療需要の推計について

## 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

### 4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

#### （3）外来医療・在宅医療

- このような中、**外来医療・在宅医療についても、地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来の外来医療・在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することが重要**であり、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、介護連携等も対象とすることが適当であり、その際、以下のように対応することが考えられる。

（略）

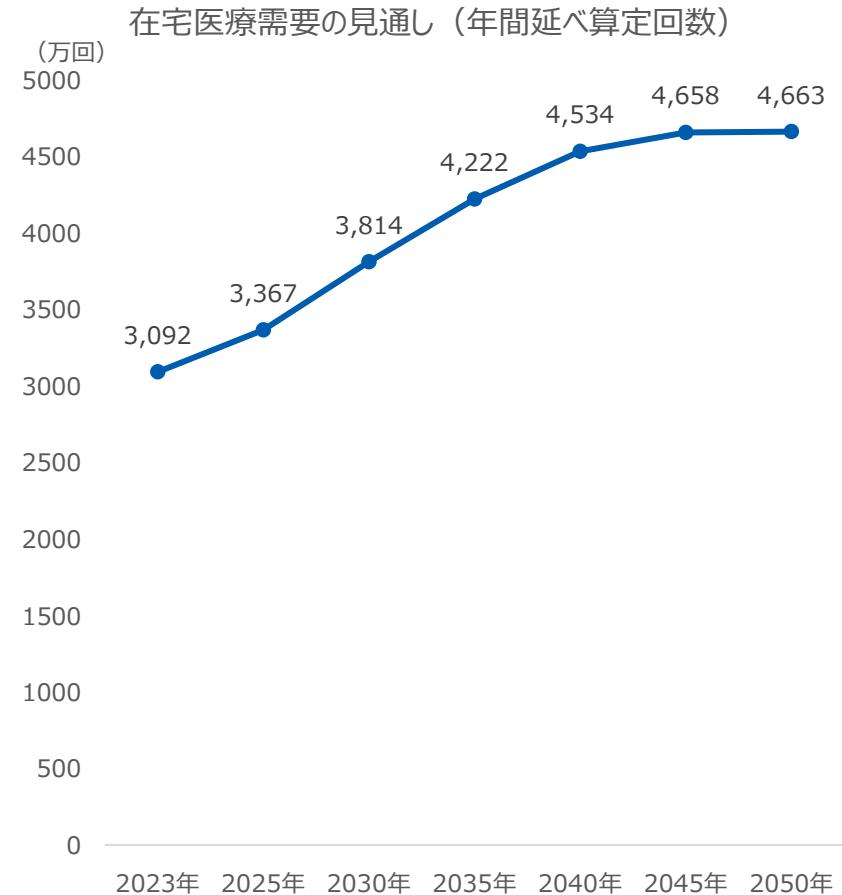
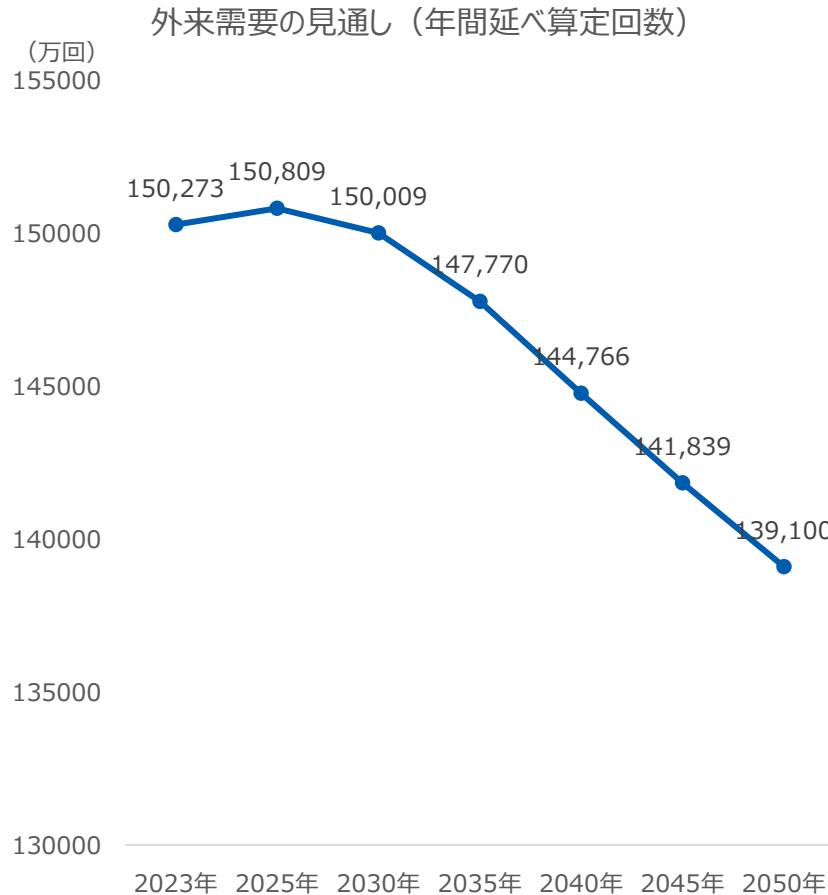
- かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来・在宅・介護連携等に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有する。

（例）共有するデータや課題等の例（ガイドラインで検討）

- 医師数や診療領域ごとの診療体制
- 時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況
- 慢性期・在宅需要と在宅医療提供量・療養病床・介護施設・高齢者住まい等の状況
- 医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況 等

# 外来医療・在宅医療の需要について

- 日本全体で見ると、外来医療の需要については今後減少、在宅医療は増加することが見込まれている。こうしたデータを地域ごとに確認し、将来の提供体制の確保について検討することが重要。



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。

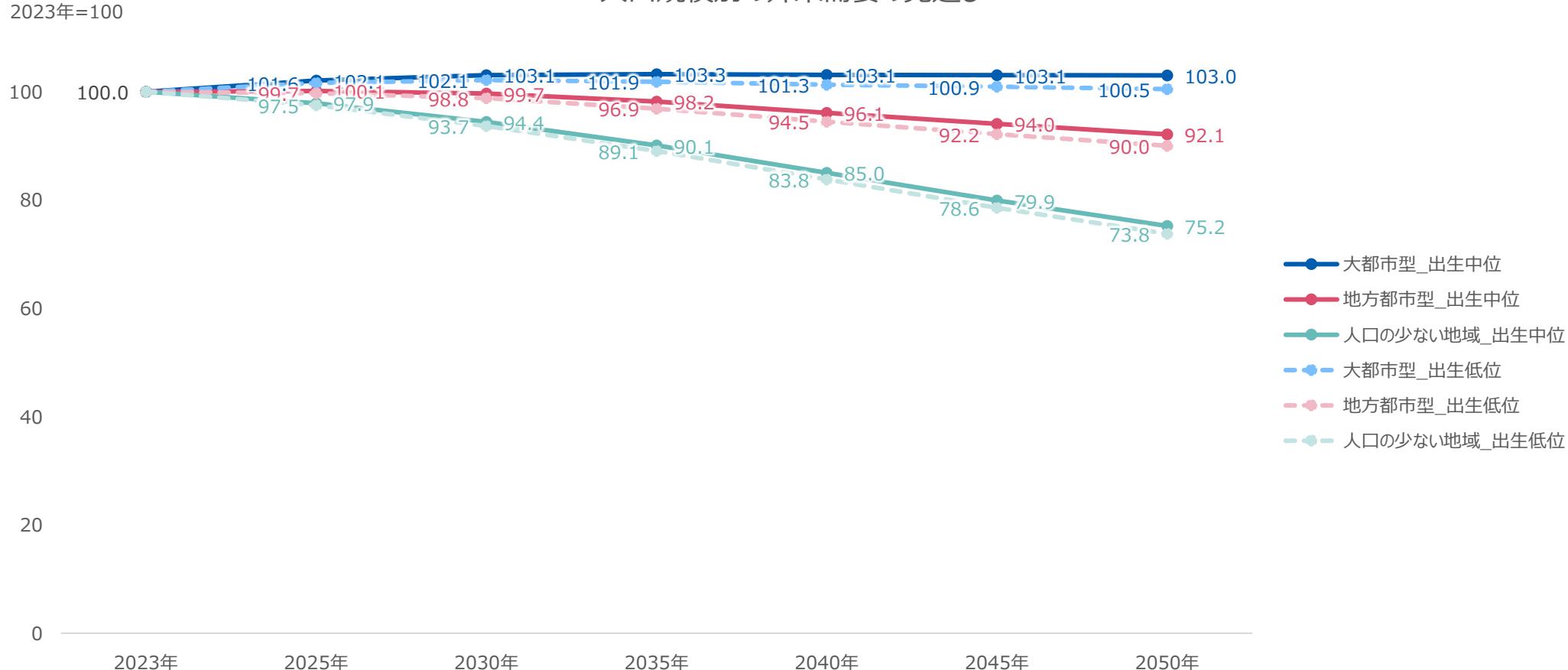
※二次医療圏（330圏域）ごとの外来・在宅需要は医療機関所在地ベース。

※外来需要は通院患者に限る。

# 外来医療の需要について

- 外来医療の需要について、大都市において微増するが、その他の地域においては減少することが見込まれる。

人口規模別の外来需要の見通し



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）」、「日本の将来推計人口（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。

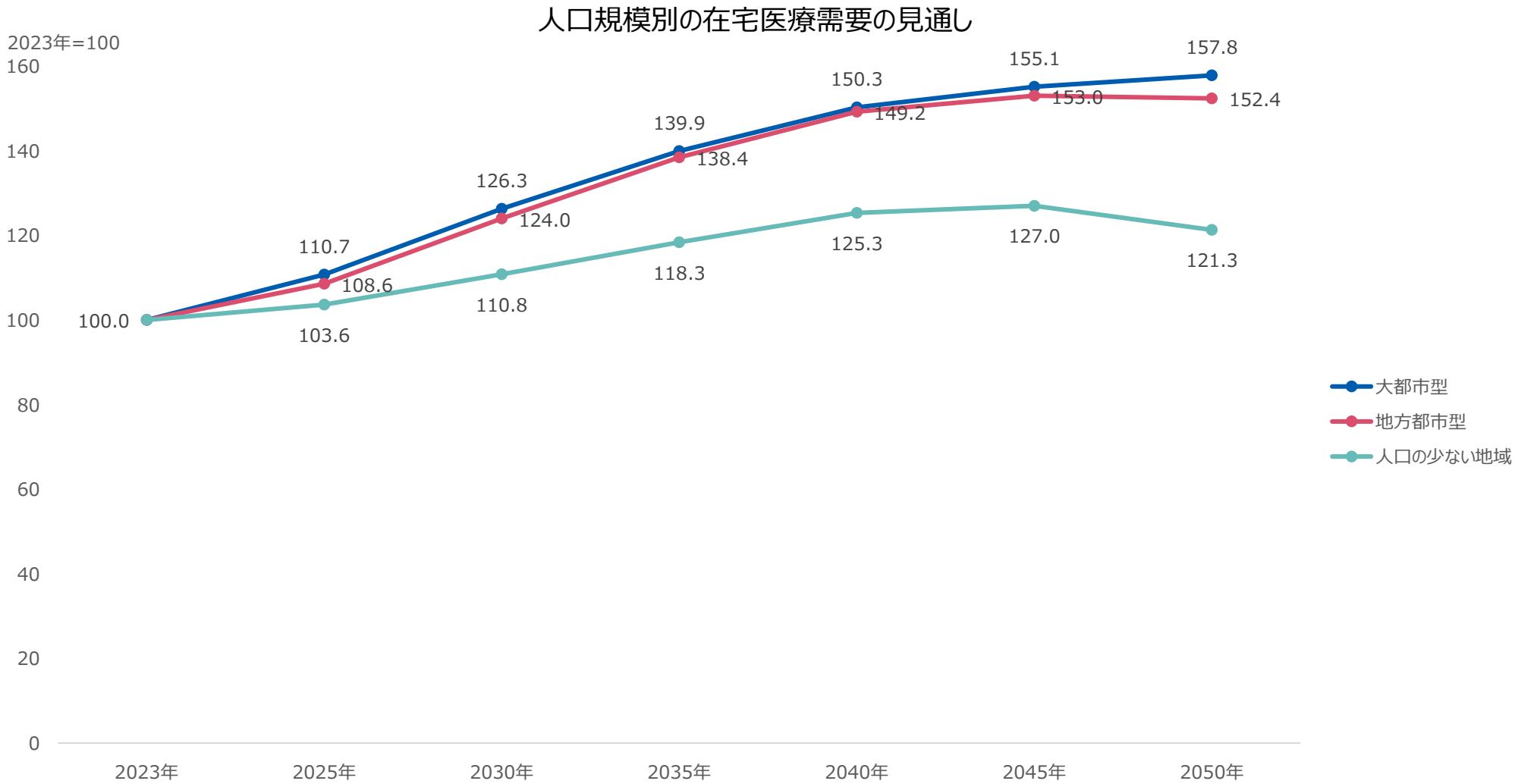
※二次医療圏（330圏域）ごとの外来需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

※外来需要は通院患者に限る。

※出生低位人口については、2025年から2050年までの地域別将来推計人口の全国計が全国推計の出生低位（死亡中位）推計に一致するように、性別・年齢階級別に定率を乗じて補正することにより作成。

# 在宅医療の需要について

- 在宅医療の需要について、多くの地域で、今後増加が見込まれる。



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）ごとの在宅需要は医療機関所在地ベース。人口規模は2024年人口から区分している。

# ① 医療需要の推計・医療需要の設定について（案）

## 改定後の医療法

### 第三十条の三の三（略）

3 都道府県は、地域医療構想を作成するに当たつては、第三十条の十三第一項、第三十条の十八の二第一項、第三十条の十八の三第一項及び第三十条の十八の四第一項の規定による報告の内容並びに人口構造の変化の見通しその他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勘案しなければならない。

## 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

### （3）医療機関機能・病床機能

#### ③ 病床機能

- 病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、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、これまでの【回復期】に代えて、「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テーション等を行い、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」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。
- 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るべきである。

## 論点

- ・ 医療需要の推計にあたっては、現在の地域医療構想における考え方を基本とすることとしており、医療需要の設定にあたっては、構想区域ごとに、診療実績データに基づき患者単位の日ごとのデータを用いて、人口推計を活用し、病床機能区分ごとに推計することとしてはどうか。その際、最新の医療需要を反映させる観点から、2024年度のNDBデータを用いることとしてはどうか。
- ・ NDBに含まれない、自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者については、医療保険の患者に比べて僅少ではあるものの、精緻な推計を行う観点から、NDBデータの高度急性期、急性期、包括期の医療需要に比例するよう按分して推計（自然分娩は急性期として推計）を行うこととしてはどうか。
- ・ 必要病床数については、患者単位で、将来の推計人口に受療率を乗じて算出するものであり、需要に基づくものである一方、病床機能報告において報告される病床数については、供給側である医療機関がサービスの提供単位となる病棟ごとに役割を明確化し、機能分化を推進するために病棟単位で報告されるといった構造的な違いがある。こうした算出方法や目的の違い等について、関係者が理解できるよう、ガイドラインに記載することとしてはどうか。

## ②改革モデルについて（包括期機能に係る取組を踏まえた推計）（案）

### 改定後の医療法

#### 第三十条の三の三（略）

3 都道府県は、地域医療構想を作成するに当たつては、第三十条の十三第一項、第三十条の十八の二第一項、第三十条の十八の三第一項及び第三十条の十八の四第一項の規定による報告の内容並びに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勘案しなければならない。

### 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

- 病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、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、これまでの【回復期】に代えて、「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テーション等を行い、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」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。
- 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るべきである。

### 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（抜粋）

#### ＜必要病床数について＞（第8回（令和7年10月15日））

- 必要病床数の算定に当たつては、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。

#### ＜高齢者救急の制度的な位置付けについて（必要病床数における位置付け）＞（第8回（令和7年12月12日））

- これまでの必要病床数の算定においては、年齢にかかわらず医療資源投入量の多寡に応じて病床数の推計を行ってきた。今後の算定に当たつては受療率を反映させること等が議論されてきたが、高齢者救急のうち、一定割合の患者は医療資源投入量が高くとも、包括期機能を有する病床で対応することが望まれる。このため、機能別の病床数の算定にあたっても、75歳以上の高齢者について、医療資源投入量からは急性期と見込まれる患者であっても、一定割合は包括期機能として必要病床数の算出をすることとしてはどうか。

### 論 点

#### 受療率や現行の地域医療構想の取組等の反映について

- ・ 病床利用率については、2022年頃の落ち込みと比べると病床の削減等の取組により上昇しているが、長期的に見ると低下傾向にある。また、これまでの地域医療構想の取組開始以降に行われてきた医療の高度化・低侵襲化、在院日数短縮、在宅医療や外来医療の充実、介護への移行等に係る取組について、今後も同様に推進することが必要。こうした受療率の変化や現構想開始以降の地域医療構想の取組等による効果を必要病床数に反映するため、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分等について、改革モデルとして反映することとしてはどうか。

## ②改革モデルについて（医療機関機能に係る取組等）（案）

### 論点

#### 包括期機能について

- ・増加が見込まれる高齢者救急のうち、一定割合の患者については医療資源投入量が高くとも、包括期機能を有する病床で対応することが必要である。これまでの必要病床数の算定においては、年齢にかかわらず医療資源投入量の多寡に応じて病床数の推計を行ってきたところ、これまでの検討会での議論において、今後の必要病床数の算定に当たっては、75歳以上の患者について、急性期と見込まれる患者のうち、一定割合を包括期として算出することと整理してきた。75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういう治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込むこととしてはどうか。
- ・包括期機能を新たに位置付け、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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の確保を推進することとしている。こうした中、回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込んで推計することとしてはどうか。あわせて、患者の状態に応じた適切なリハビリテーションを推進する観点から、介護老人保健施設について、リハビリテーションを提供することができること等の介護との連携や退院後のリハビリテーションの提供についても、ガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

#### 医療機関機能に係る取組について

- ・医療機関機能の確保のための取組を推進し、医療機関の連携・再編・集約化を進めることとしており、また、昨今の医療需要の変化を踏まえ、新たな地域医療構想に向けて、病床数の適正化を支援する事業を実施することとしている。必要病床数の算出にあたり、医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。今後の医療機関機能の確保のための取組や病床数適正化の取組により、病床利用率が上昇する可能性があることを踏まえ、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率については、現構想と同様に高度急性期75%、急性期78%、包括期90%、慢性期92%とすることとしてはどうか。

### ③ その他の論点（案）

#### 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

##### （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るべきである。

##### （6）国・都道府県・市町村の役割

###### ① 国

- 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

#### 改正後の医療法

第七条の二 都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができる。

#### 「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和7年6月13日閣議決定）（抜粋）

##### 第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現

###### 2. 主要分野ごとの重要課題と取組方針

###### （1）全世代型社会保障の構築

持続可能な社会保障制度のための改革を実行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現するため、（略）2025年末までの予算編成過程で十分な検討を行い、早期に実現が可能なものについて、2026年度から実行する。

（※）人口減少等により不要となると推定される一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図る。

### ③ その他の論点（案）

#### 論点

##### 定期的な見直しについて

- 来年度以降、各都道府県において2040年に向けた必要病床数の推計を行い、取組を開始することとなる。今後、地域医療構想を踏まえた具体的な計画として医療計画の策定・取組を推進するところ、必要病床数についても、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年・2036年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて必要に応じて見直しを行うこととしてはどうか。

##### 病床数適正化事業等を踏まえた対応について

- 令和7年度補正予算において、病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業については、新たな地域医療構想の取組開始前に病床の適正化に取り組むことを目的としており、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計にあたっては、病床が削減されることを前提として検討することが必要である。このため、当該事業において削減が見込まれる病床について、病床利用率を乗じて入院患者数に換算し、NDBデータから算出される医療需要のデータから、これらを控除した場合の減少率を算出し、「1 - 減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乘じることで反映することとしてはどうか。

##### 高度急性期及び急性期に係る推計とそれを踏まえた取組について

- 高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合でも高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告にあたってはこれまでどおり、高度急性期・急性期として行うが、地域での協議においては、高度急性期機能と急性期機能の病床数を一体として検討することとしてはどうか。

##### 入院医療以外に係る推計について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療だけでなく、外来医療や在宅医療についても医療需要を確認し、提供体制の確保のための取組を進めることとしている。このため、こうした目的に向けた協議のため、地域毎に将来人口を踏まえた需要等に関する推計を行い、地域医療構想における外来医療や在宅医療の確保の議論に資するデータについて都道府県に提供することとしてはどうか。

##### データの提供について

- 新たな地域医療構想においては、入院医療以外も対象とするため、協議にあたり必要となるデータも多岐にわたるが、NDBを用いたデータについては作成に一定の期間を要する。地域における地域医療構想の協議に資するデータのうち、国から提供可能なものについて、今後は毎年提供できるよう、2026年中から準備できるものから順次提供を開始することとし、活用状況を踏まえ提供データを追加、削除しながら、都道府県がこうしたデータ分析ができるための基盤の整備を行うこととしてはどうか。

## 2. 医療機関機能報告・病床機能報告

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省  
Ministry of Health, Labour and Welfare

# これまでの主な意見（医療機関機能報告・病床機能報告）

※「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」における意見を事務局において整理

## 【医療機関機能報告・病床機能報告】

- ・ 必要病床数について、病床機能報告の病床機能区分と入院料の種類が対応できるよう目安を整理することは、地域医療構想の進捗管理の観点、医療機能を適切に評価する観点からも重要。
- ・ 医療資源投入量は必要病床数の推計に使っていることは理解できるが、地域の調整会議で医療資源投入量によって病床機能を報告するなど、混乱を招くこと也有った。医療資源投入量による区分はあくまでも必要病床数の算定に用いるものであることについて、周知をお願いしたい。
- ・ 病床機能報告について客觀性を持たせることは重要であり、一定の目安は必要であるが、医療機関が納得して報告できるよう、機能の報告に当たっては自主的に報告することが重要ではないか。

# 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、その意味を理解することが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。

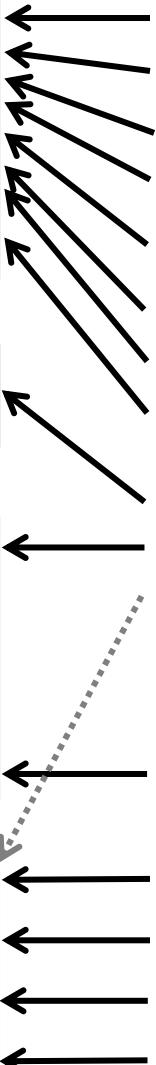
# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

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。その他的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

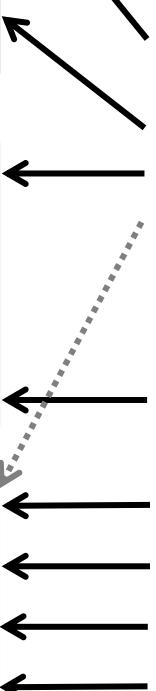
- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※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



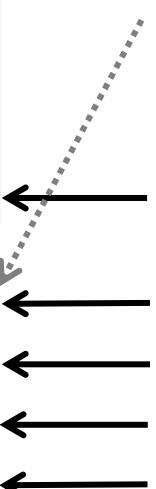
## 急性期機能

- 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



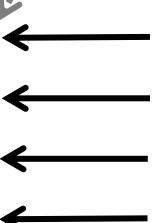
## 回復期機能

- 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



# 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。

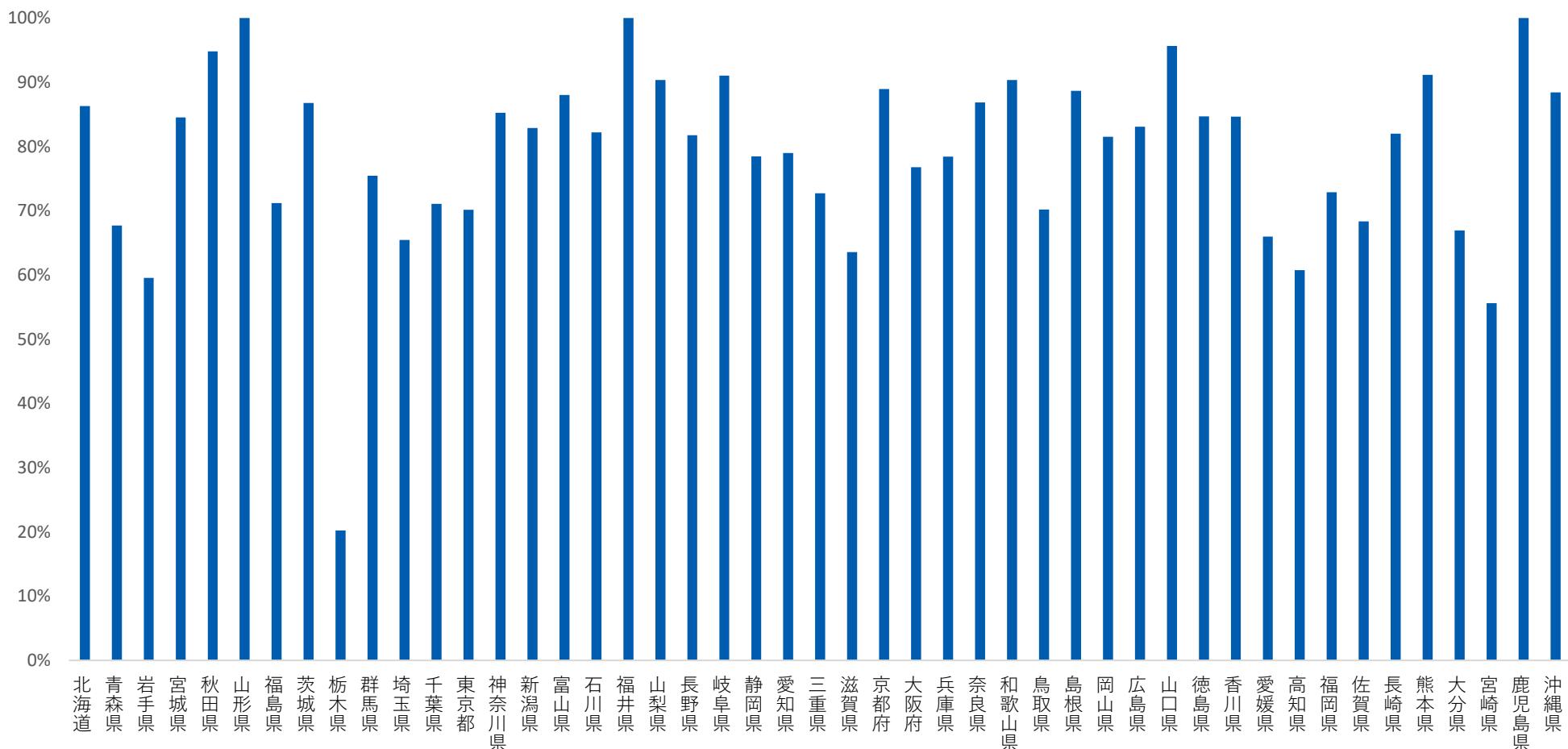
急性期一般入院料1を算定する病床について、急性期として報告されている割合



# 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 (※)



# 病床機能報告のデータ分析の検討の例

- 病床機能報告の報告実態がさまざまであり、地域によっては、病床機能報告のデータ分析や定量基準の導入に向けた検討に相当の時間を要した例がある。

## 目的

客観的な基準により地域の医療機能の現状を分析し、各医療機関が、自機関の立ち位置を確認し、地域で医療機能の分化と連携を議論するための「目安」を提供する。

4つの入院医療機能(高度急性期/急性期/回復期/慢性期)について、地域医療構想で推計した将来の病床の必要量と病床機能報告の機能別病床数は、算出方法が異なるため、単純比較することができない。

### 【地域医療構想調整会議の委員からの意見】

- ・医療機能の捉え方は各病院によってかなり差がある。報告上の機能と実際の機能が異なり、構想に関する議論が困難である。
- ・医療機能の区分について、本来は国で客観的な基準を示すべきであるが、県独自でも検討するべきではないか。



各医療機関の自主的な判断により報告された内容を尊重しつつ、別の観点として、算定している入院料や具体的な医療提供状況から客観的な基準を作成し、「4機能」が指す具体的な内容について、共通認識を持ちやすくする。

なお、基準は「絶対の閾値」ではなく、ある程度の幅をもたせて考えることが必要。

## 検討の経緯

病床機能報告のデータ分析では、本県の地域医療構想の推進について、専門的な視点から助言、提言を行う有識者会議である「埼玉県地域医療構想推進会議」で意見を伺いながら検討を行った。

- 平成29年6月～7月 データ分析に係る委託業者の公募・業者決定
- 平成29年8月～10月 データ分析方針の検討
- 平成29年10月～11月 県内医療関係有識者からの意見聴取
- 平成29年11月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析方針説明・意見聴取
- 平成30年2月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析結果中間報告・意見聴取
- 平成30年4月 「埼玉県地域医療構想推進会議」での分析結果報告・意見聴取

※ 「埼玉県地域医療構想推進会議」の構成員

県医師会、県内医療機関院長(高度急性期～慢性期)、介護福祉施設関係者、学識経験者、市町村行政関係者、保健所長

# 病床機能について

- 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>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</li> </ul>

# 包括期機能について

- 包括期機能は、「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」等とされており、「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」等の役割を担うこととされている地域包括医療病棟や、「在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」等が役割の地域包括ケア病棟を有する医療機関での対応が重要となる。

## 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   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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）</li> </ul> |
| 慢性期機能   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>・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</li> </ul>   |



# 病床機能報告における報告の目安（案）

各入院料の要件や期待される役割等を踏まえ、以下のように整理してはどうか。

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
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、診療密度が高い医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急入院料</li> <li>特定集中治療室管理料</li> <li>ハイケアユニット入院医療管理料</li> <li>脳卒中ケアユニット入院医療管理料</li> <li>小児特定集中治療室管理料</li> <li>新生児特定集中治療室管理料</li> <li>新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料</li> <li>総合周産期特定集中治療室管理料</li> <li>新生児治療回復室入院医療管理料</li> <li>一類感染症患者入院医療管理料</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料 1～6</li> <li>特定機能病院入院基本料（7:1、10:1）</li> <li>専門病院入院基本料（7:1、10:1）</li> <li>小児入院医療管理料 1～3</li> </ul>
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域一般入院料 1～3</li> <li>専門病院入院基本料（13:1）</li> <li>有床診療所入院基本料 1、4</li> <li>地域包括医療病棟入院料</li> <li>小児入院医療管理料 4、5</li> <li>回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料</li> <li>地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料</li> <li>特定一般病棟入院料</li> <li>特定機能病院リハビリテーション病棟入院料</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院料 1～2</li> <li>障害者施設等入院基本料（7:1～15:1）</li> <li>有床診療所入院基本料 2、3、5、6</li> <li>有床診療所療養病床入院基本料</li> <li>特殊疾患入院医療管理料</li> <li>特殊疾患病棟入院料</li> <li>緩和ケア病棟入院料</li> </ul>

※ 診療報酬改定に伴い入院料等が変更された場合は適宜見直しを行う。

# 令和6年度病床機能報告の報告項目について

## 医療機能等

医療機能（現在/2025年の方向）  
※介護施設に移行する場合は移行先類型

## 構造設備・人員配置等

設置主体 主とする診療科  
部門別職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、救急救命士等）  
DPC群の種類  
承認の有無（特定機能病院・地域支援病院）

診療報酬届出状況（総合入院体制加算、急性期充実体制加算、精神科充実体制加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院）  
三次救急医療施設、二次救急医療施設、  
救急告示病院の有無

施設全体の最大・最小使用病床数  
医療機器の保有状況（CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、マンモグラフィ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ））  
退院調整部門の設置状況

退院調整部門の配置職員数（医師、看護職員、MSW、事務員）  
許可病床数 稼働病床数（一般・療養別）

算定する入院基本料・特定入院料

## 病床数・人員配置・機器等

## 入院患者の状況

入院患者数の状況 リハビリテーションの状況

入棟前の場所・退棟先の場所別入院患者の状況

退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

一般病棟用の重症度、  
医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合

分娩件数

看取り件数（在宅療養支援病院/診療所である場合）

救急医療の実施状況  
(休日・夜間/時間外患者数、救急車受け入れ件数)

## 入院患者に提供する医療の内容

手幅広い 実施のい	手術総数 人工心肺を用いた手術 腹腔鏡下手術件数	全身麻醉の手術件数 胸腔鏡下手術件数 内視鏡手術用支援機器手術数	全身管理	中心静脈注射 酸素吸入 ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工腎臓、腹膜灌流	呼吸心拍監視 観血的動脈圧測定 人工呼吸 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
	悪性腫瘍手術件数 術中迅速病理組織標本作製 化学療法件数	病理組織標本作製 放射線治療件数 がん患者指導管理料		肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤 肝動脈内注入 t-PA投与 経皮的冠動脈形成術 精神科リエゾンチーム加算 精神疾患診療体制加算	
心筋梗塞・脳卒中の治療	抗悪性腫瘍剤局所持続注入 超急性期脳卒中加算 脳血管内手術 入院精神療法 認知症ケア加算 精神疾患診療治療初回加算	抗悪性腫瘍剤局所持続注入 超急性期脳卒中加算 脳血管内手術 入院精神療法 認知症ケア加算 精神疾患診療治療初回加算	早期から のリハビリテーション	疾患別リハビリテーション料 早期リハビリテーション加算 早期離床・リハビリテーション加算 初期加算 摂食機能療法 休日リハビリテーション提供体制加算 入院時訪問指導加算	
	ハイリスク分娩管理加算 地域連携分娩管理加算 観血的肺動脈圧測定 大動脈バルーンパンピング法 補助人工心臓・植込型補助人工心臓 人工心肺 吸着式血液浄化法	ハイリスク妊娠婦共同管理料 救急搬送診療料 持続緩徐式血液濾過 経皮的心肺補助法 頭蓋内圧持続測定 血漿交換療法 血球成分除去療法		褥瘡対策加算 重度褥瘡処置 重症皮膚潰瘍管理加算 難病等特別入院診療加算 特殊疾患入院施設管理加算 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算	
重症患者への対応	院内トリアージ実施料 救急医療管理加算 救命のための気管内挿管 非開胸的心マッサージ 心膜穿刺 急性期充実体制加算	夜間休日救急搬送医学管理料 在宅患者緊急入院診療加算 体表面ペーシング法/食道ペーシング法 カウンターショック 食道圧迫止血チューブ挿入法算 早期栄養介入管理加算	長期療養患者等の受入	有床診療所の病床の役割 往診・訪問診療患者延べ数 看取り患者数 分娩件数 救急医療実施状況	
	処置・手術の休日加算、時間外加算、深夜加算			歯科医師連携加算 周術期口腔機能管理後手術加算 周術期等口腔機能管理料	
在宅復帰後の支援	入退院支援加算・小児加算 救急在宅等支援病床初期加算・在宅患者支援療養病床初期加算・有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算・床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算 急性期患者支援（療養）病床初期加算・在宅患者支援（療養）病床初期加算 地域連携診療計画加算 介護支援等連携指導料 退院前訪問指導料	入院時支援加算 在宅患者支援療養病床初期加算・床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算 急性期患者支援（療養）病床初期加算・在宅患者支援（療養）病床初期加算 退院時共同指導料 退院時リハビリテーション指導料 二次性骨折予防継続管理料	多様な機能の有床診療所の		

## 期間・時点

7月1日時点

1年分（前年4月～報告年3月分）

※ 外来機能報告の開始に伴い、令和4年度病床機能報告より報告期間を2ヶ月間（10月1日から11月30日）に延長している。

# 区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	<p>【区域内の効率的な医療提供体制の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 極めて多くの医療機関が所在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。</li> <li>● 病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。 等</li> </ul> <p>【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。           <ul style="list-style-type: none"> <li>● 人口推計</li> <li>● 医療機関数</li> <li>● 医師数</li> <li>● 機能別病床数</li> <li>● 医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流出入の状況等）</li> <li>● 個別の医療機関の医療提供実態</li> <li>● その他施設や従事者の状況（薬局数、訪問看護事業所数、歯科医師・薬剤師・看護師数等）</li> </ul> </li> </ul>
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、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な急性期拠点機能を確保・維持できるか。</li> <li>● 医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要がないか。 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。           <ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者のアクセス確保の手段</li> <li>● 隣接する県の医療資源等</li> </ul> </li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要がないか。 等</li> </ul>	

# 医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

求められる具体的な機能や体制		協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急医療の提供</li> <li>● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供</li> </ul> <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率</li> <li>● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設</li> </ul>	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車受け入れ件数</li> <li>● 各診療領域の全身麻酔手術件数</li> <li>● 医療機関の医師数</li> <li>● 急性期を担う病床数・稼働率</li> <li>● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）</li> <li>● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等）</li> </ul>
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者に多い疾患の受入</li> <li>● 入院早期からのリハビリテーションの提供</li> <li>● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応</li> <li>● 高齢者施設等との平時からの協力体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ）</li> <li>● 医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>● 包括期の病床数</li> <li>● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況</li> <li>● 医療機関の築年数</li> <li>● 高齢者施設等との連携状況</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供</li> <li>● 訪問看護S-Tを有する等による訪問看護の提供</li> </ul> <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域の訪問看護ステーション等の支援</li> <li>● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受け入れ体制の確保等、平時からの協力体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況</li> <li>● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況</li> <li>● 医療機関の築年数</li> <li>● 高齢者施設等との連携状況</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>● 集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>● 高齢者等の中長期にわたる入院医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況</li> <li>● 有床診療所の病床数・診療科</li> </ul>

# 慢性期の需要等の把握について

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床の一部については、患者像が重複する場合があり、一体的に需要等を把握し、提供体制を確保していくことが重要。地域においては、医療部局で病床数や介護部局で介護施設の定員数等の供給力に関するデータを保持しているほか、NDBオープンデータや患者調査など、地域で把握・活用しうるデータが入手可能。
- 他方、需要の把握について、例えば、在宅医療がどういった施設等で提供されているかを定量的に把握することは現時点では困難である等、地域のこうした検討に資するデータの把握には課題があり、病床機能報告の見直し等も含め、整理が必要。

提供の場	サービス	需要等の把握について														
病院・有床診療所	入院医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院料の算定回数や入院患者数により提供実態を把握可能であるほか、入院料の算定病床数により提供可能量を把握可能</li> <li>データの把握にあたっては、地域において、病床機能報告やNDBオープンデータ、患者調査等が活用可能</li> <li>その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要</li> </ul>														
自宅	在宅医療 訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>病床機能報告においては、主に入院医療に関するデータを収集しており、看取り件数等の一部を除き在宅医療の提供等（訪問看護STを有しているか等）の情報は収集していない</li> <li>提供実態について、総数については訪問診療料等の算定回数により把握可能であるが、どういった施設等において提供されているか、訪問先の把握は現時点では困難 ※訪問先種別の把握に関して、訪問看護については医療保険給付分の一部について、一定把握可能だが、訪問診療については把握不可</li> </ul> <p>(抜粋) 訪問看護療養費請求書等の記載要領について（令6保医発0327第5・別添3改正）</p> <p>18「訪問した場所」欄について</p> <p>訪問した場所が自宅の場合は「1自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「2施設」を、上記に該当しない場合は「5その他」をそれぞれ記載すること。（略）また、訪問した場所については、「2施設」に該当する場合にあたっては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「5その他」に該当する場合にあっては、その場所を記載すること。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>コード</th> <th>施設等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>社会福祉施設及び身体障害者施設</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>小規模多機能居宅介護</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>複合型サービス</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>認知症対応型グループホーム</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>特定施設</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設</td> </tr> </tbody> </table>	コード	施設等	01	社会福祉施設及び身体障害者施設	02	小規模多機能居宅介護	03	複合型サービス	04	認知症対応型グループホーム	05	特定施設	06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
コード	施設等															
01	社会福祉施設及び身体障害者施設															
02	小規模多機能居宅介護															
03	複合型サービス															
04	認知症対応型グループホーム															
05	特定施設															
06	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設															
施設等（自宅以外。例として、社会福祉施設、身体障害者施設、グループホーム、特定施設など）		<ul style="list-style-type: none"> <li>データの把握にあたっては、地域において、NDBオープンデータ、患者調査等が活用可能</li> <li>訪問歯科診療や薬剤管理の検討に当たっては、歯科訪問診療料や訪問薬剤管理指導料等の算定回数についての検討も有用</li> <li>その他、国から提供が必要なデータについては検討が必要</li> </ul>														
介護老人保健施設 介護医療院等	入所中の患者への医療 (原則介護報酬)	<ul style="list-style-type: none"> <li>受給者数で提供実態を把握可能であるほか、施設定員数で提供可能量を把握可能</li> </ul>														

# 急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 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年を目指す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年を目指して、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保**

# 医療機関機能報告・病床機能報告について（案）

- 医療機関機能報告について、地域における医療機関機能の議論に向けては以下のような内容を中心に報告を求めるとしてはどうか。なお、報告にあたっては、病床機能報告と一体的に運用する。

## 報告を求める内容

### 医療機関機能

#### 【現在の機能】

- 現在担っている機能のうち最も近いものを報告

#### 【2040年に担う機能】

- 2040年において担う機能  
※2028年以降は調整会議で調整が整ったものを報告

#### 【構造設備等】

- 入院対応や時間外対応可能な診療科
- 医療機関の築年数
- 手術室数
- ICU数
- 医療措置協定等の状況

#### 【人員に係る内容等】

- 医師数（診療科別、常勤医師、非常勤医師、専攻医数等）
- その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数等）
- 医局に属する医師数や地域への派遣医師数（大学病院本院のみ）
- 休日夜間等の体制等（診療科、手術対応の有無等）

### 医療の内容

#### 【医療機関機能に関する内容】

- 救急医療の提供状況（救急車受入件数、下り搬送件数等）
- 急性期医療の提供状況（患者数、手術件数、時間外の手術件数等）
- 高齢者施設等との連携状況（連携している施設数、施設からの受入患者数、施設への往診件数等）
- 手術に関する実績（緊急手術や全身麻酔の状況等）
- 在宅医療の提供状況（訪問診療や往診等の実績等）
- 高齢者への医療の提供状況