資料４

新たな地域医療構想に係る
ガイドライン及び策定に向けたスケジュール

湯浅保健所

２０４０年に向けた地域医療構想について

背景

○ **2040年頃**に向けて、**医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。

○ 増加する**高齢者救急・在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持**が求められる。

- 入院医療だけでなく、**外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めたあるべき医療提供体制の実現**に資する地域医療構想を策定。
- 2040年やその先を見据え、医療機関の役割分担を明確化し、**医療機関機能**に着目した**医療機関の連携・再編・集約化**を推進。

分野ごとの取組

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 急性期の医療需要の見込み等を踏まえ、急性期症例の集約化や、手術・救急医療の役割分担等について協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 高齢者救急の考え方を踏まえた、救急の実施基準への反映や入院早期からのリハビリ等の推進

外来医療

外来医療提供体制の維持

- 外来医療の需要見込みや地域の資源等を踏まえ、休日・夜間を含めた提供体制の整備やアクセス確保の取組を検討

在宅医療

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護保険施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 多職種連携の取組等の推進

介護との連携

医療と介護の複合ニーズへの対応

- 慢性期の医療需要を一体的に把握し、介護保険施設の活用方向性を協議
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 大学病院本院と連携し、地域医療構想全体を踏まえた人的協力について協議
- 看護師等の人材確保の方向性を反映

具体的な施策

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論や、必要病床数の運用の単位として、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能報告の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の医療提供体制の確保の取組を推進

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の受入
・入院早期からのリハビリ･退院調整等の実施

急性期拠点機能

・人口20万～30万に１つを目安に確保
・手術等の医療資源を多く要する医療を集約して提供

在宅医療等連携機能

・地域での在宅医療の提供
・他の施設等と連携した24時間対応等の実施

専門等機能

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

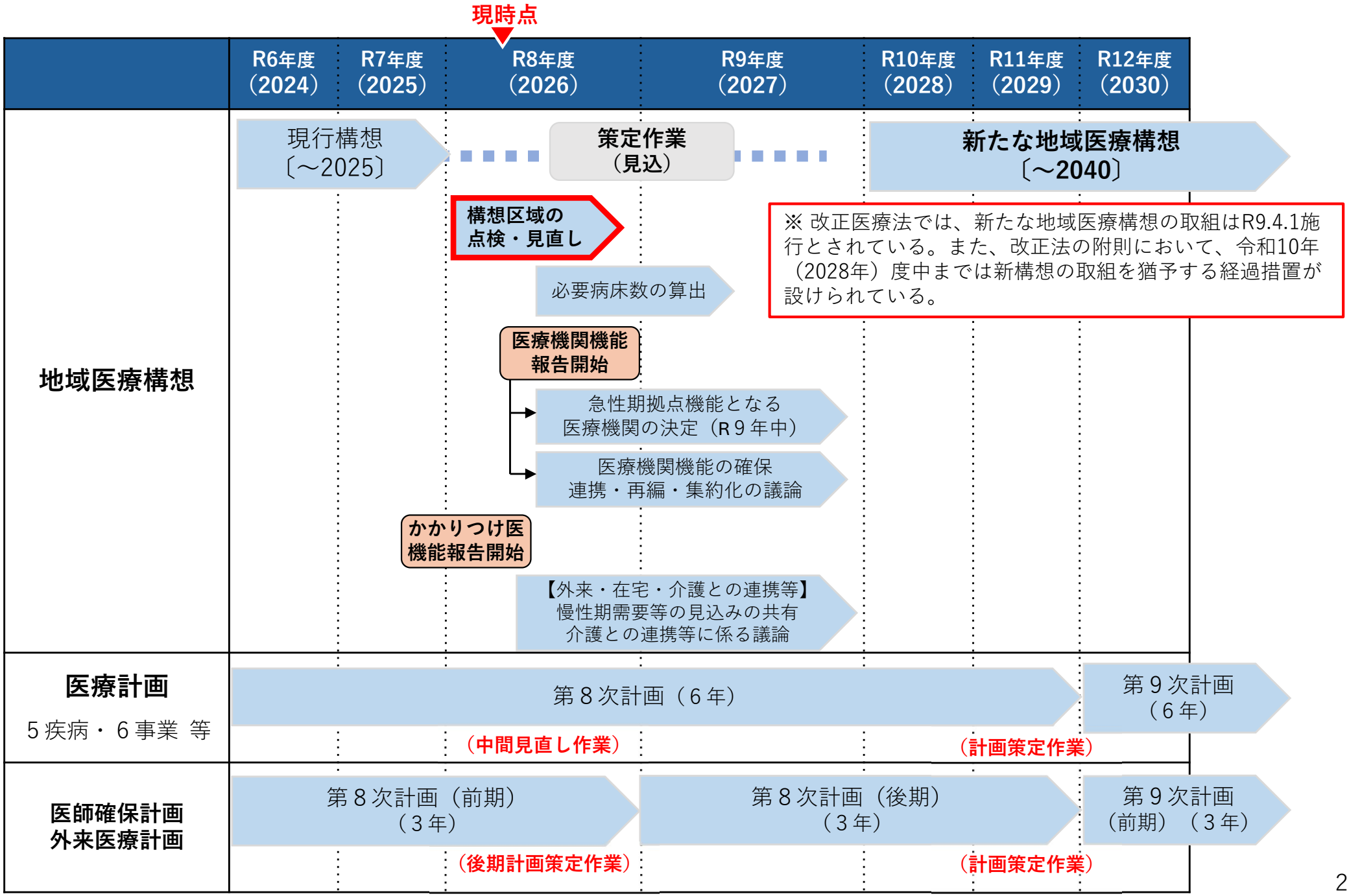
医育及び広域診療機能（大学病院本院）

・都道府県と連携した人的協力　・広域的に担うべき医療の提供、人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

病床機能区分について回復期を包括期とした上で、2040年の必要病床数について地域医療構想の取組等を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

地域医療構想の策定に係る具体的なスケジュール（案）



構想区域の役割について

- 構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制の構築を進める単位であり、主に、①医療提供体制の構築のため、②必要病床数の運用のための、２つの役割がある。
- 2040年とその先を見据え、人口規模や患者の流出入割合等のデータや、地域ごとの実情を踏まえ、区域ごとの現状と課題を認識し、適切な区域設定や必要な区域間の連携体制の構築を行う。

構想区域の役割

① 医療提供体制の構築

- 医療機関機能の確保や医療機関の連携・再編・集約化等の協議や取組を行う単位
- 将来にわたり、医療資源に応じた効率的な医療提供体制が確保できるよう、特に、急性期拠点機能の確保の観点から、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、こうした需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定する必要

⇒**2040年時点の人口規模として20万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

- 今後入院医療の需要が減少することも踏まえ、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、病床機能別に適切な病床数が確保できるよう、地域医療構想調整会議等での議論の進行や適切な法令上の権限行使を行うことが可能な単位として設定する必要

⇒**都道府県が人口規模や医療機関の配置、患者の流出入等を踏まえて設定**

医療機関機能報告【新設】について

医療機関機能報告制度の概要

○　医療機関機能においては、**2040年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するため**、医療機関（病院及び有床診療所）が都道府県に対して、現時点で担っている医療機関機能及び2040年において担う医療機関機能を報告する。

○　医療機関機能の確保に向けた協議のため、医療機関は協議に資する診療実績等を併せて報告することとし、従来の病床機能報告と一体として運用する。

医療機関機能の報告について

○　**2040年において担う医療機関機能**については、協議において、急性期拠点機能について確保すべき数を設定した上で、**遅くとも2028年度までに決定、報告**し、当該報告以降については、協議の調ったものを報告する。

○　**在宅医療等連携機能については**、地域の実情を踏まえ、**高齢者救急・地域急性期機能**や**急性期拠点機能**を担う医療機関が**併せて報告することは想定**される。一方、**高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については**、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、**両機能を併せて報告しない。**

＜留意点＞

- 2028年度以降に、医療機関が報告する医療機関機能の見直しを行う場合には、必要に応じて、地域医療構想調整会議において当該医療機関の医療機関機能の報告内容や医療提供体制への影響について確認する。
- 医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではなく、診療報酬上の入院料や各種加算等の届出状況を目安として協議を行う場合であっても、地域における診療実態等を総合的に検討し協議を行う。
- 医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではないが、急性期拠点機能を報告する医療機関は高度急性期機能・急性期機能の病床を有し、高齢救急・地域急性期機能を報告する医療機関は包括期機能の病床を有することが想定される。

医療機関機能について

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。

○　構想区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。

構想区域ごとの医療機関機能

	具体的な内容
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
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。 ※　人口20～30万人に１つを目安として、構想区域ごとに確保すべき医療機関数を設定。
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。 ※　在宅医療の提供を行う、又は主として在宅医療の後方支援を担う等、地域ごとに求められる役割を検討し報告。 また、地域の実情に応じ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することも可能。
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。 ※　有床診療所について、高齢者救急の受入や在宅医療の提供・後方支援を積極的に担っている場合、それぞれ高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能を報告することも考えられる。

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（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

広域な観点での医療機関機能

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。 ※　大学病院本院は、医育及び広域診療機能のみを報告し、構想区域ごとの医療機関機能については報告しない。 また、大学病院本院以外の医療機関について、医育及び広域診療機能を報告することはしない。

令和８年度医療機関機能報告の報告項目等について

医療機関機能報告

医療機能等

現時点で担っている医療機関機能

2040年において担う医療機関機能
※調整会議での決定以降は、決定した医療機関機能を報告

構造設備・人員配置

構造設備等	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等
	標榜診療科
	築年数・構造†
	手術室数
	災害拠点病院指定の有無
	へき地拠点病院指定の有無
	周産期母子医療センター指定の有無
	小児救命救急センター・地域小児救命救急センター指定の有無
	医療措置協定の内容
	初期臨床研修の実施状況
	専門研修の実施状況
人員に係る内容等	初期研修医数
	専攻医数
	診療科別の医師数
	在宅医療部門の従事者数（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）
	救急外来の人的体制（医師、看護師、救急救命士等）
	地域への派遣医師数、派遣医療機関数（大学病院本院のみ）
	休日/夜間・時間外の救急受入体制の有無
	休日/夜間・時間外の各種診療体制の有無（検体検査、CT検査、MRI検査、消化管内視鏡検査、血管造影検査、小児科診療、産科診療、全身麻酔を伴う手術）

医療機関機能に関する内容

救急医療の提供状況	救急車受け入れ件数（年齢区分別＊、経路区分別＊、転院搬送件数（下り搬送、上り搬送を含む。）＊） ※年齢区分については、15歳、65歳、75歳、85歳で区分する ※経路区分については、既存の入棟経路区分を一部見直す
手術に関する実績	手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術、頻度の高い手術・処置）　※手術（帝王切開術を除く。）は全身麻酔を伴うものに限る
	緊急手術・処置の件数（消化管内視鏡治療、心臓・脳血管カテーテル治療、診療科別手術の時間外加算/休日加算/深夜加算併算定件数）※手術は全身麻酔を伴うもの以外も含む
高齢者等への医療の提供状況	退院患者数（年齢区分別＊）
	休日におけるリハビリテーション実施体制の有無
	回復期リハビリテーション病棟退棟患者数（状態区分別、在棟期間区分別）
	外来リハビリテーションの実施状況（疾患別リハビリテーション料等）
	在宅復帰等に向けた取組（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、排尿自立支援加算、栄養サポートチーム加算、摂食嚥下機能回復体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）
高齢者施設等との連携状況	協力医療機関として連携する高齢者施設等の数
	協力対象施設入所者の受入のための確保病床数
	高齢者施設等との連携実績（協力対象施設入所者の診療件数＊、往診件数＊、緊急入院受入件数＊、協力対象施設入所者入院加算、介護保険施設等連携往診加算）
在宅医療の提供状況	連携する医療機関数（在宅医療に係る連携先／後方支援に係る連携先） 連携する訪問看護ステーション数　　訪問診療の対象としている施設等の数
	在宅医療の実績（訪問診療実績（訪問診療料等算定回数）、往診実績（往診料算定回数）、訪問看護実績（在宅患者訪問看護指導料等の算定回数、訪問看護費等（介護保険）の算定回数）、併設訪問看護ステーションの訪問看護実績、訪問リハビリテーション実績（在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等の算定回数、訪問リハビリテーション費等（介護保険）の算定回数）、看取り実績＊）
	在宅療養患者の受入のための確保病床数
	在宅療養患者の受入状況（緊急入院受入件数＊、在宅患者緊急入院診療加算）

†病床機能報告における既存の入力項目について、医療機関機能報告として入力必須とする
＊前年の実績等を入力する項目であることを踏まえ、令和９年度以降入力必須とする。

期間・時点　　7月１日時点　　１年分（前年の実績等）

病床機能報告

見直し前

■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
■リハビリテーションの状況（回リハ病棟入院料を算定する病棟、有床診）
■看取りを行った患者数（在支診/病）、往診･訪問診療等患者延べ数（在支診）等
■各報告項目における月別報告

見直し後（令和９年度以降）

■（削除予定）
■（削除予定）
■（医療機関機能報告に統合した上で、削除予定）
■（削除予定）

医療機関機能の確保に向けた協議の進め方

協議の進め方

構想区域の設定

- 2040年に向けた医療提供体制の構築を見据え、急性期拠点機能の確保の観点から、急性期医療の需要に対応する体制を合理的に確保できる単位として設定。

急性期拠点機能を担う医療機関の数の設定

- 設定した区域に基づき、急性期機能を担う医療機関について、2040年の人口推計をもとに人口20万人から30万人程度につき一か所程度を目安に確保。
- 人口規模のみではなく、患者の流出入の状況や区域全体･各医療機関の診療実績、医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案。

各医療機関機能を担う医療機関の決定

- 急性期拠点機能を担う医療機関数を整理した上で、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、連携･再編･集約化の方向性も踏まえ協議。
- その際、急性期拠点機能としての役割を満たすことができるよう、人的協力の取り決め等を併せて確認。

地域において担うべき役割や医療機関間の役割分担に係る協議

- 各医療機関機能を担う医療機関が当該地域において求められる役割に向けた具体的な取組について協議。
- 急性期拠点機能及び高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関の間での、手術や救急医療に係る具体的な役割分担のあり方について協議。

急性期拠点機能を担う医療機関について

急性期拠点機能を担う医療機関の数

○　構想区域における急性期拠点機能を担う医療機関の数は、**当該構想区域の2040年の人口規模に基づき「20万人から30万人程度につき１か所程度」が目安**となる。

○　地域の協議においては、この目安だけでなく、患者の流出入の状況や区域全体及び各医療機関の全国的な水準と比較した診療実績、2040年に向けた症例数や医療従事者の確保の見込み等を総合的に勘案し、**将来的な医療機関の役割分担に資するよう設定**する。

○　**大学病院本院**については、医育及び広域診療機能を報告し、急性期拠点機能は報告しないが、**地域における二次救急等の急性期医療も実施している場合、当該大学病院本院の診療実態等も考慮した上で、急性期拠点機能を担う医療機関の数を検討する。**

医療機関機能を踏まえた役割分担

○　急性期拠点機能は、手術等の急性期医療を集約して提供するものであり、頻度が高く、救急対応や手術・処置等を要する疾患に対応できる**総合性を確保**するとともに、**政策医療を含めた関連する役割を総合的に担う**ことが求められるが、こうした基本的な役割を踏まえ、具体的にどの程度の範囲の総合性や政策的役割を求めることとするかは、**同一都道府県であっても構想区域ごとに異なりうる。**

○　**高齢者救急・地域急性期機能**は、**増加する高齢者救急を中心とした救急患者の受入**を行うとともに、**入院中のリハビリテーションや退院調整**等の機能の強化が求められるが、病床規模や医療従事者の人員数、救急搬送受入件数の規模は**相当程度幅がある**と考えられる。

○　周囲に病院が限られている地域や、高齢者救急の増加が著しい都市部等において、急性期拠点機能を担う医療機関が増加する高齢者救急の受入れを行っていくことや、救急搬送を多く受け入れる高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関が、高齢者救急に関連する頻度の高い手術・処置等を行っていくことも考えられるが、**医療機関機能に応じた基本的な役割分担の方向性は確保した上で、その具体的なあり方について地域で協議を行うことが重要である。**

協議が調わない場合の考え方

○　地域において設定すべき以上の医療機関が急性期拠点を担う意向があり、協議が円滑に進まない場合であって、**医療機関から求めがあった場合**や**都道府県が必要と認めた場合**等については、都道府県が病院間での意見交換等の場を設定する。

○　病院間での協議でも調わない場合においては、**都道府県や医師の人的協力を行う大学病院本院も交え、人材確保の見通しを踏まえた上で、協議**を行う。

○　その上で、なお、関係者間の協議が調わない場合には、都道府県において、改めて各医療機関の診療実績や将来の医療需要の見通し等を客観的に勘案し、医療関係者や人的協力を行う大学病院本院等の協力も得ながら、方向性を決定する。

高齢者救急について

- 今後増加が見込まれる高齢者救急については、年齢や疾患による一律の区分は困難であるものの、手術や一定の処置等が必要となる割合は高齢化するほど低下し、また、治療だけでなく、在宅復帰も見据えたリハビリや退院支援等、包括的な入院医療の提供が求められる。
- こうした特徴を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との連携による受入体制や、リハビリテーションの実施体制、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要。

高齢者救急の基本的な考え方

- 年齢や疾患のみで一律に区分することは困難
- 手術等を要する割合は相対的に低い
- 包括的な入院医療の提供の必要性

○　高齢者救急・地域急性期機能を中心に、急性期拠点機能と連携しつつ、適切な役割分担による受入体制を確保。

○　在宅医療・介護とも連携し、入院早期から退院後までの切れ目のないリハビリテーション等の提供を確保。

対応のイメージ



高齢者救急・
地域急性期機能

①

役割分担、相互連携による受入体制の確保

②



急性期拠点機能



③

在宅医療

介護保険施設等

在宅・介護との連携等による切れ目のない退院・療養支援

具体的な取組

①
- **包括期機能を有する病床**での高齢者救急の受入。
- ADL低下防止や早期の在宅復帰に向けた、**入院早期からのリハビリテーション・退院支援**等を実施。
- 休日・夜間を含む**高齢者施設等からの外来受診**への対応

②
- 地域の医療資源や医療需要も踏まえた**役割分担に係る協議**。
- 高齢者救急の特徴を踏まえた**実施基準への反映**。
- **下り搬送**や**上り搬送**を活用した**受入後の連携体制の構築**。

※救急者の適時・適切な利用に向けた取組も併せて検討

③
- **多職種連携**や**他の施設等との連携**により、**退院後のリハビリテーション**等の**切れ目のない提供体制**を確保。
- **相互理解**を前提とした、退院先としての**介護保険施設の活用**。
- **協力医療機関**として、高齢者施設との**平時からの連携**、**状態悪化時の受診及び搬送のルールの整理**。

慢性期の医療提供体制の一体的な確保について

- 高齢者人口の増加に伴い、医療と介護の複合ニーズを有する者、認知症を有する者等が増加することが見込まれており、入院医療、在宅医療、介護保険施設が、それぞれの機能に応じて役割分担しつつ、連携する体制の確保が重要。
- 慢性期の医療需要は、療養病床、在宅医療、介護保険施設のいずれかのみで受け止めるものではなく、地域に既に存在する資源を組み合わせて支えるという観点で検討する必要がある。

慢性期の医療需要の一体的な把握

○ 慢性期の医療提供体制の確保に向け、慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを一体的に把握する必要。

療養病床

○ 慢性期の必要病床数の見込み
○ 現在の療養病床数

2024年度から2040年度にかけた（必要）病床数推移

構想区域	構想区域名称	医療機能	2024年度 病床数	2040年度（改革モデル） 必要病床数
XXXX	○○	高度急性期	XXX	XXX
XXXX	○○	急性期	XXX	XXX
XXXX	○○	包括期	XXX	XXX
XXXX	○○	慢性期	XXX	XXX

在宅医療

○ 慢性期、在宅医療の需要の見込み
○ 在宅医療を提供する医療機関数
○ 訪問看護ステーションの配置・人員の状況・サービス提供範囲、看護師の確保状況
○ 訪問歯科、訪問薬剤管理指導等の提供体制
○ 訪問介護員の確保状況や看多機の事業所数等

介護保険施設

○ 整備の見込み量
○ 介護保険施設の定員数・人口当たり定員数
○ 協力医療機関の確保状況
○ 提供可能な医療行為の範囲

在宅医療の提供・介護保険施設活用の方向性

在宅医療の提供

○ 地域における24時間の提供体制の確保に当たり、在宅医療等連携機能を担う医療機関、在宅医療を担う他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所、高齢者施設等が協同しながら地域で面として在宅医療を支える体制を整備。

介護保険施設の活用

○ 広く慢性期医療の需要について、介護保険施設を含め在宅医療や療養病床と組み合わせて対応。
○ 介護老人保健施設、介護医療院等では、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担うことが求められる。

在宅医療、介護との連携に係る個別の課題の把握・協議

在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割について

- 在宅医療等連携機能を担う医療機関に具体的に求められる役割や範囲は様々であり、地域の実情を踏まえ協議を行う。
- また、具体的に担う役割に応じて、診療所や訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関、介護サービス事業所等の在宅医療を支える関係者や高齢者施設等との連携を図っていくことが重要。

自施設で担う役割の例

役割	概要
在宅医療の後方支援	急変時に入院対応が必要な患者の受入先としてバックベッドを確保した上で、必要時の入院受入を行う
往診の実施	休日・夜間等において、診療所のみでは対応が困難な場合に、必要に応じて自ら往診等の診療の補完を行う
訪問診療の実施	小児や医療的ケア児等に対する専門性の高い在宅医療も含め、在宅医療を担 う診療所と連携して、自ら訪問診療を行う
訪問看護の提供	地域の資源の状況に応じて、自施設での訪問看護の提供を行う

他の施設との連携の例

連携先	概要
在宅医療を担う診療所	連携する診療所等との定期的なカンファレンスを開催し、患者情報を共有するとともに、休日・夜間等の連携体制を構築する
歯科医療機関、薬局、介護サービス事業所等	ICT 等の活用により、患者の病状、服薬状況、口腔機能、栄養状態、ADL、 介護の状況等について、必要な情報を関係者間で平時から共有できる体制の整備や、定期的なカンファレンス、急変時の連絡体制の整備等を行う
高齢者施設等	高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関と同様、高齢者施設等の協力医療機関として、入所者の急変時の相談対応や診療、入院対応を行う

在宅医療等連携機能の確保に係る協議の進め方

協議の進め方

慢性期の医療需要の一体的な把握

- 慢性期の医療需要に対応する体制として、療養病床、在宅医療及び介護保険施設について、地域の資源を踏まえ一体的に検討。
- 慢性期の必要病床数や在宅医療需要の将来見込み、介護保険サービスの見込みを踏まえ、将来的な需要量の傾向を把握。

慢性期の医療提供体制としての在宅医療の方向性に係る協議

- 地域における、療養病床数、在宅医療を提供する医療機関数、介護保険施設の定員数等を把握し、現在の医療・介護資源の状況を確認。
- 慢性期の医療需要の見込みに対し、療養病床や介護保険施設を活用しつつ、在宅医療をどの程度提供するかの方向性を検討。

在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割に係る協議

- これまでの在宅医療提供体制の状況や今後の需要及び提供の見込みを踏まえ、在宅医療等連携機能を担う医療機関が具体的に求められる役割や範囲を検討。

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

- 新たな地域医療構想において、大学病院本院の機能として、医師等に係る人的協力が求められる。地域医療構想に沿った派遣が行われるよう、例として、以下のような取組が考えられる。

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

○大学病院本院は、当該大学病院の医局に属する医師数等を整理し、医局から医師を派遣している都道府県に対して情報を共有する。

- 各大学医局に属する医師数（診療科毎）
- 地域枠医師数
- 構想区域・医療機関別の医師配置状況　　等

② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

○地域医療構想調整会議において、以下のような情報を踏まえながら、各医療機関において必要となる医師数を整理する。

- 構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- 上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠の医師数）
- 各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- 構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み　　等

③ 都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整

病床機能報告について

病床機能報告制度の概要

○　病床の機能分化・連携に向け、医療機関（病院及び有床診療所）は、現状の病床機能と2040年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告する。

病床機能の報告について

○　病床の機能区分については、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併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの４区分のうち、「回復期機能」について、**「包括期機能」として位置づけを見直し**ている。

○　報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する**目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照する**が、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことに留意する。

○　有床診療所については、地域の医療ニーズに対応して担う多様な役割を踏まえ、報告する病床機能を選択する。

病床の機能区分と目安となる入院料の例

機能区分	機能の内容	目安となる入院料の例
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、診療密度の特に高い医療を提供する機能	• 救命救急入院料 • 特定集中治療室管理料 • 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　等
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	• 急性期病院A、B一般入院料 • 急性期一般入院料１～６ • 小児入院医療管理料１～３　等
包括期機能 ※回復期機能を見直し	**・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** ※新たに追加 ・急性期を経過した患者に対し、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頚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の提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	• 地域一般入院料１～３ • 地域包括医療病棟入院料 • 回復期リハビリテーション病棟入院料 • 地域包括ケア病棟入院料　等
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 ・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 特殊疾患病棟入院料　等

病床機能報告における報告の目安

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、診療密度の特に高い医療を提供する機能	• 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 • 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 • 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 • 一類感染症患者入院医療管理料
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	• 急性期病院A、B一般入院料 • 急性期一般入院料１～６ • 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） • 専門病院入院基本料（7:1、10:1） • 小児入院医療管理料１～３
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 ・急性期を経過した患者に対し、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頚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の提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	• 地域一般入院料１～３ • 専門病院入院基本料（13:1） • 有床診療所入院基本料１、４ • 地域包括医療病棟入院料 • 小児入院医療管理料４、５ • 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 • 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 • 特定一般病棟入院料 • 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
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 ・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 有床診療所入院基本料２、３、５、６ • 有床診療所療養病床入院基本料 • 特殊疾患入院医療管理料 • 特殊疾患病棟入院料 • 緩和ケア病棟入院料

※　診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

令和８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/2040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

病床数・人員配置・機器等

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・地域医療支援病院)
診療報酬届出状況（急性期総合体制加算、包括期充実体制加算、医療提供機能連携確保加算、看護・多職種協働加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院)
第三次救急医療機関、第二次救急医療機関、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)

入院患者の状況

算定する入院基本料・特定入院料

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

幅広い手術の実施

手術総数	全身麻酔の手術件数
人工心肺を用いた手術	胸腔鏡下手術件数
腹腔鏡下手術件数	内視鏡手術用支援機器手術数

がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療

悪性腫瘍手術件数	病理組織標本作製
術中迅速病理組織標本作製	放射線治療件数
化学療法件数	がん患者指導管理料
抗悪性腫瘍剤局所持続注入	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
超急性期脳卒中加算	t-PA投与
経皮的冠動脈形成術	入院精神療法
精神科リエゾンチーム加算	認知症ケア加算
精神疾患診療体制加算	精神疾患診断治療初回加算

重症患者への対応

ハイリスク分娩管理加算	ハイリスク妊産婦共同管理料
地域連携分娩管理加算	救急搬送診療料
観血的肺動脈圧測定	持続緩徐式血液濾過
大動脈バルーンパンピング法	経皮的心肺補助法
補助人工心臓・植込型補助人工心臓	頭蓋内圧持続測定
人工心肺	血漿交換療法
吸着式血液浄化法	血球成分除去療法

救急医療の実施

院内トリアージ実施料	夜間休日救急搬送医学管理料
救急医療管理加算	在宅患者緊急入院診療加算
救命のための気管内挿管	体表面ペーシング法／食道ペーシング法
非開胸的心マッサージ	カウンターショック
心膜穿刺	食道圧迫止血チューブ挿入法算
早期栄養介入管理加算	
処置・手術の休日加算、時間外加算、深夜加算	

急性期後・在宅復帰への支援

入退院支援加算・小児加算　入院時支援加算	
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・有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	退院時共同指導料
介護支援等連携指導料	退院時リハビリテーション指導料
退院前訪問指導料	二次性骨折予防継続管理料

全身管理

中心静脈注射	呼吸心拍監視
酸素吸入	観血的動脈圧測定
ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	人工呼吸
人工腎臓、腹膜灌流	経管栄養・薬剤投与用力テーテル交換法

疾患に応じた／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
障害児（者）リハビリテーション料
がん患者リハビリテーション料
認知症患者リハビリテーション料
急性期リハビリテーション加算
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

長期療養患者・重度の障害者等の受入

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

有床診療所の多様な機能

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

医科歯科連携

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

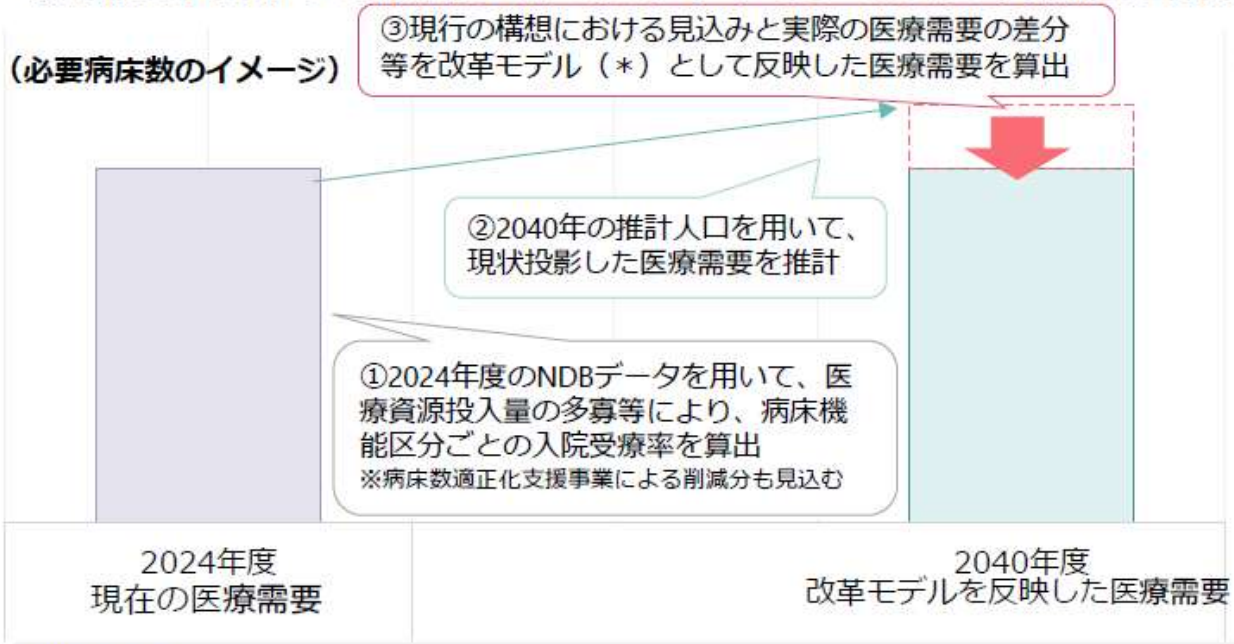
期間・時点　　７月１日時点　　１年分（前年４月～報告年３月分）

２０４０年の必要病床数について

必要病床数の考え方

○　2040年の病床機能区分別の必要病床数については、**①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出**し、**②2040年度の性・年齢階級別人口に乗じることで、現状投影した医療需要を推計**、**③その上で、地域医療構想の取組による効果等を改革モデル（＊）として反映した医療需要を算出**、病床稼働率で割り戻し、病床数に変換する。

（必要病床数のイメージ）





＊改革モデル

- 入院受療率の低下傾向や、現行の地域医療構想の取組等の効果を反映するため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院受入時からのリハビリ等の提供による、早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現行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を反映する。
- 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等に鑑み、急性期の75歳以上の入院患者の５割を引き続き急性期として、残り５割を包括期の需要として見込む 。
- 回リハ病棟入院料を算定する整形外科患者について、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見込む。
- 病床稼働率について、現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働を高める取組に資するよう算出し、さらに、今後の医療ＤＸ等の取組、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分を見込む。

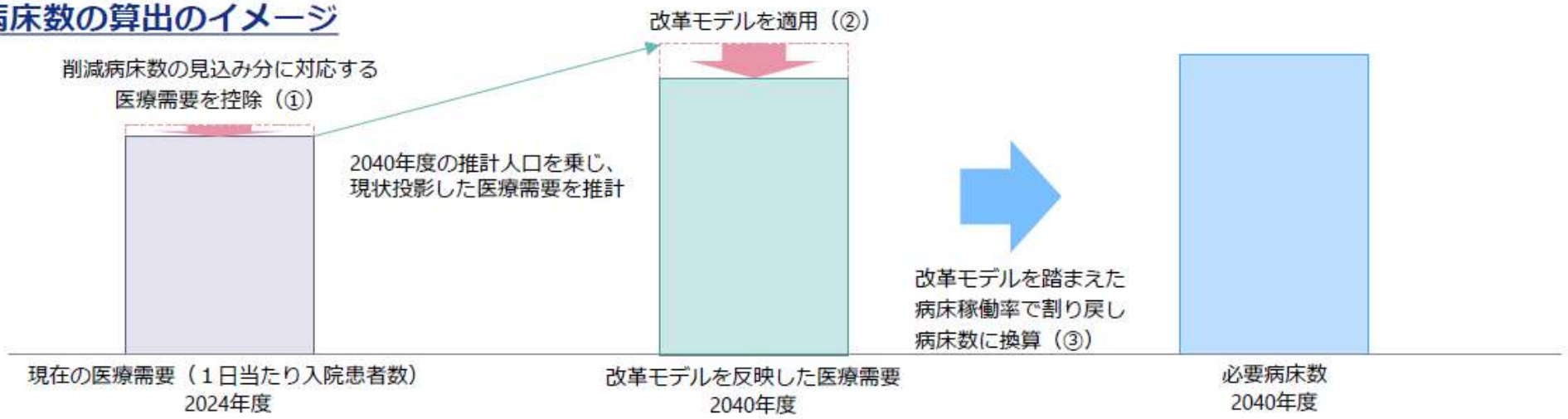
必要病床数の留意点

○　地域での協議においては、**高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。**

○　人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、**医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年と2036年で見直し**を行う。

２０４０年の必要病床数の算出について

必要病床数の算出のイメージ



	概要	内容
①	病床数適正化支援事業による削減病床数の見込み分の反映	・令和７年度補正予算による病床数適正化支援事業は、新たな地域医療構想の取組開始前に病床数の適正化に取り組むことを目的としており、当該事業趣旨を踏まえ、病床数削減を前提とした推計を行う。 ・一般病床・療養病床の必要病床数を超える約5.6万床のうち、稼働病床と見込まれる約3.2万床分について、一般病床・療養病床の病床利用率を乗じ、入院患者数に換算。 ・一般病床・療養病床の入院患者数から、上記患者数を控除した場合の減少率を算出し、「１－減少率」を性・年齢階級別の一般病床・療養病床の入院患者数に乗じる。
②	改革モデルの適用 （現行構想の効果の反映）	・現行構想の取組等による効果分として、現行構想策定時の2024年度の推計患者数（現状投影）と2024年度の患者数（実績値）の差分の比率を乗ずる。
	（包括期への移行）	・75歳以上の急性期の入院患者の50%を包括期に移行する。
	（回復期リハの効率化）	・回復期リハビリテーション病棟の入院患者数のうち整形外科分の平均在院日数について、地域包括ケア病棟での平均在院日数との差分の減少を見込む。
③	改革モデルを踏まえた病床数への換算	・現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期 83%、包括期87%、慢性期92%とする。 ・さらに、今後の医療ＤＸ等の取組等による、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分と高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加える。

病床整備の考え方について

病床整備の方向性

○　**入院医療需要が長期的に減少**していくことが見込まれる中、**全体としてはダウンサイズを進め**つつ、今後需要の増加が見込まれる**包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備**していくことが重要である。

○　構想区域ごとに、足元の病床機能報告における病床数と2040年の必要病床数の比較を、病床機能別の比較も含め行っていくとともに、**背景にある医療需要の動向**や**病床の利用実態**等を把握した上で、**医療機関機能の確保の方向性**を踏まえ、**各医療機関が担う役割に応じた形で病床の機能分化・連携を進める。**

病床整備の留意点

①病床機能報告と必要病床数の比較について

○　病床機能報告に基づく病床数と必要病床数については、それぞれ算出方法が異なり、両者の数値を比較し、マクロの病床規模を把握していくことは引き続き重要であるものの、入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、**両者に差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない。**

②既存の病床の活用について

○　ある病床機能の不足が課題となる場合であっても、地域における当該病床機能を有する各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床をせずとも、**既存の病床を有効に活用することで、当該病床機能に係る患者の受入体制を確保できないか等を検討**することも重要である。

③構想区域内の地域差を踏まえた病床整備について

○　構想区域の広域化を行った場合等、構想区域内において医療資源の地域差が見られる場合については、あくまで、区域の中でも相対的に医療資源が少ない地域において病床を確保することが望ましい場合がある。このため、**増床等の必要性を単に構想区域全体で一体的に判断するのではなく**、市区町村単位等の一定の地域ごとに、**機能区分別の病床数や各医療機関の医療機関機能、病床稼働率等を把握・整理**した上で、**特に必要性が認められる地域において、増床等の病床整備を行うといった対応を検討する**ことが重要である。

関係者に期待される役割等

関係者に期待される役割等

都道府県	• 地域医療構想の策定及び推進の主体として、地域医療構想調整会議の運営や各医療機関の取組への支援を実施 • 介護担当部局との連携による介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、市町村職員に対する必要な支援の実施 • 医療へのアクセスの確保等の取組（交通担当部局や市町村との連携等） • 患者の流出入等に対する、都道府県間での連携による取組の推進
市町村	• 病院開設者、介護保険事業、住民に最も近い立場などの観点で、地域医療構想の策定及び推進に協力 • 市町村立病院に係る病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組への協力 • 介護保険事業（支援）計画との整合性の確保、都道府県との連携による介護に係る課題の共有、医療と介護の連携の推進 • 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携による取組の推進
大学病院本院	• 診療の他、都道府県との連携による、人的協力や人材育成の取組の推進
医療関係者	• 医療提供の主体として、地域医療構想の策定及び推進へ積極的に関与 • 都道府県調整会議での県全体の医療提供体制に係る協議への参画、区域調整会議での関連する議題に係る協議への参画
公立・公的病院等	• 市町村と同様、病床数の適正化（ダウンサイズ）や提供する医療内容の見直し等の実施、地域全体の医療提供体制の構築・維持や連携・再編・集約化の取組へ協力
医療保険者	• 都道府県調整会議への参画や、区域調整会議の参加者について、保険者協議会に照会の上、選定し参加 • 地域ごとの協議内容について、都道府県が保険者協議会等おいて定期的に報告する機会を設定 • 都道府県及び市町村は、後期高齢者医療広域連合や国民健康保険の保険者として、効率的な医療提供体制の構築に向けて地域医療構想を推進
介護関係者	• 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、医療機関との協力体制の構築等の体制整備への協力 • 特に介護老人保健施設、介護医療院等は、慢性期の医療ニーズを有する者の受入や高齢者の入院前や退院後を支える役割を担う • 在宅医療を担う医療機関の関係者等と地域における医療と介護それぞれの資源についての課題を共有し、早期の退院や適切な受診につなげられる体制を整備
地域医療構想アドバイザー	• データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化 • 医療計画が地域医療構想の実行計画として推進されるよう、医療計画の策定・推進にも一貫して助言