

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年9月6日

資料1

入院医療について

目指すべき医療提供体制の基本的な考え方（案）

令和6年8月26日

- 高齢化や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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実現する必要がある。
- このため、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含め、地域における長期的に共有すべき医療提供体制のあるべき姿・目標として、地域医療構想を位置づける。人口や医療需要の変化に柔軟に対応できるよう、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議のあり方等を見直した上で、医療・介護関係者、都道府県、市区町村等が連携し、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「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、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。
- 具体的には、
 - 増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者の救急の受入体制を強化する。ADLの低下を防ぐため、入院早期から必要なリハビリを適切に提供し、早期に生活の場に戻ることを目指す。その際、医療DXの推進等により、日頃から在宅や高齢者施設等と地域の医療機関の連携、かかりつけ医機能の発揮等を通じ、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指す。
 - 増加する在宅医療需要に対応するため、必要に応じて現行の構想区域よりも小さい単位で、地域の医療機関の連携による24時間の在宅医療の提供体制の構築、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等、効率的かつ効果的な在宅医療の体制強化を目指す。外来医療においても、時間外対応や在宅医療等のかかりつけ医機能を発揮して必要な医療提供を行う体制を目指す。
 - 医療の質やマンパワーの確保のため、手術等の労働集約的な治療が減少し、急性期病床の稼働率の低下による医療機関の経営への影響が見込まれる中、必要に応じて現行の構想区域を越えて、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しつつ、高度医療・救急を提供する体制の構築を目指す。
 - 必要な医療機能を維持するため、特に過疎地域において、人口減少や医療従事者の不足が顕著となる中で、地域で不可欠な医療機能（日常診療や初期救急）について、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、ICT等を活用し、生産性の向上を図り、機能維持を目指す。

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

令和6年8月26日

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

1. 医療機関機能

2. 病床機能

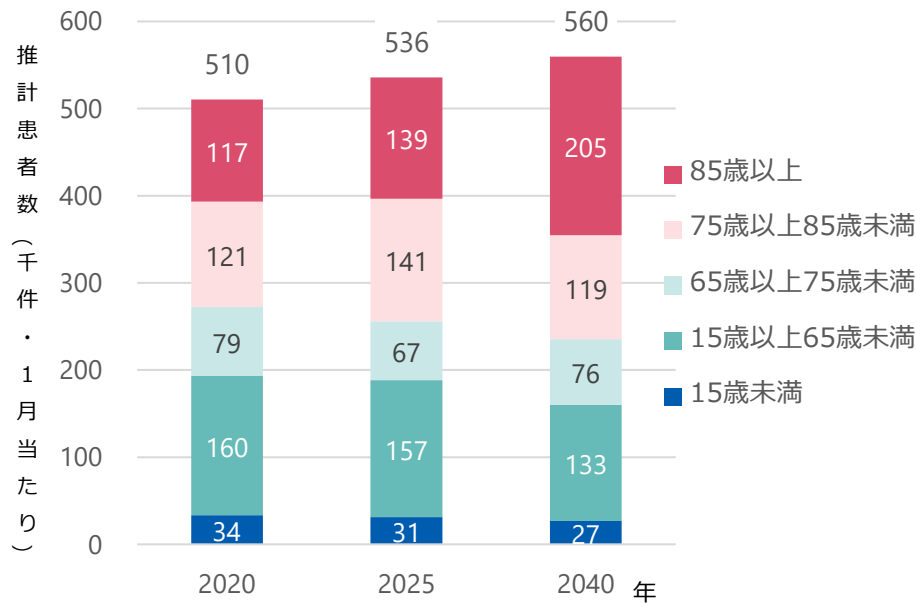
1. 医療機関機能

2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

救急搬送の増加

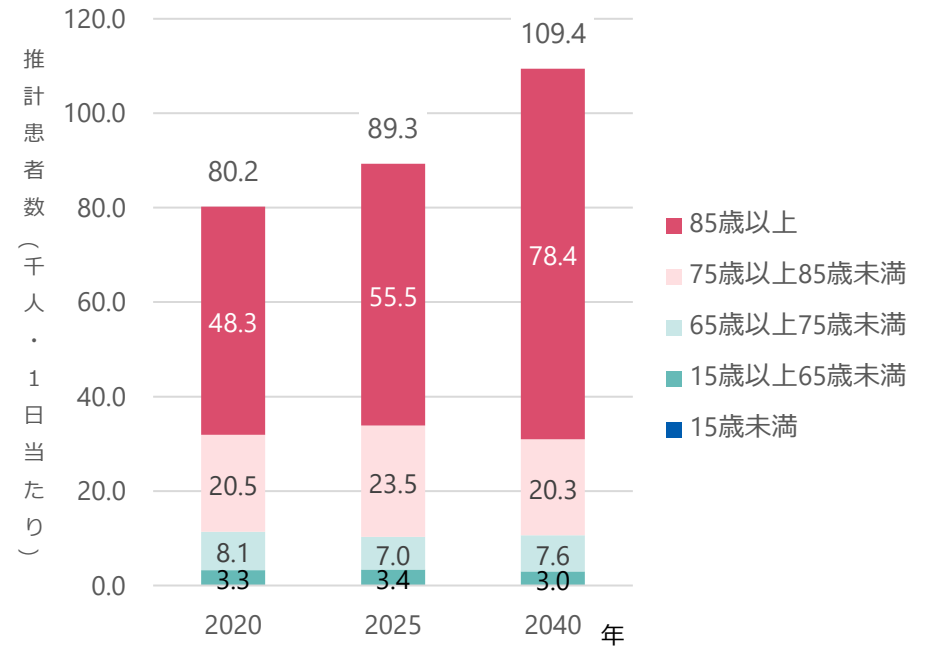
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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

在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



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

資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）
 総務省「人口推計」（2017年）
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」
 を基に地域医療計画課において推計。

高齢者の急性期における疾病の特徴

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。

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臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	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

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<壊>瘻を伴わないもの	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

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歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

高齢者の入院時のADL低下防止の重要性について

- 高齢者は10日程度のベッド上での安静により筋力の低下（除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下）が報告されており、入院早期から離床し、ADLを維持させる取組が重要。
- リハ職以外の介入の有用性についても、一定の成果が報告されている。

高齢者について、10日間の安静で、除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下する。

Table. Effects of 10 Days of Bed Rest in Older Adults

	No. of Participants (N = 12) ^a	Mean (95% Confidence Interval)			P Value
		Bed Rest		Change	
		Before	After		
Muscle fractional synthetic rate, % per h ^b	10	0.077 (0.059 to 0.095)	0.051 (0.035 to 0.067)	-0.027 (-0.007 to -0.047)	.02
% Change				-30.0 (-7.0 to -54.0)	
DEXA lean mass, kg ^c	10	48.05 (40.61 to 55.49)	46.51 (39.57 to 53.45)	-1.50 (-0.62 to -2.48)	.004
% Change				-3.2 (-1.4 to -5.0)	
Lower Extremity % Change		15.01 (12.41 to 17.61)	14.06 (11.85 to 16.27)	-0.95 (-0.42 to -1.48)	.003
Isokinetic muscle strength, Nm per s ^d	11	120 (96 to 145)	101 (81 to 121)	-19 (-11 to -30)	.001
% Change				-15.6 (-8.0 to -23.1)	

Kortebein et al. Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*. 2007

心疾患で入院する80歳以上の高齢者に対する、看護師による早期の20分程度のベッド外での活動プログラムにより、在宅復帰率や入院時死亡の改善が見られた。

Variable	Intervention, N = 234	Preintervention N = 178	P-value
Primary outcome			
Discharge home	174 (74.4%)	117 (65.7%)	0.047
Secondary outcomes			
CICU length of stay, days	3.0 ± 2.4	2.7 ± 3.4	0.43
Hospital length of stay, days	11.9 ± 19.4	9.9 ± 17.1	0.27
Discharge to rehab or another acute care facility	32 (13.7%)	28 (15.7%)	0.56
Discharge to long-term care facility	13 (5.6%)	7 (3.9%)	0.45
In-hospital death	15 (6.4%)	26 (14.6%)	0.006
30-Day ER visit postdischarge	45 (19.2%)	39 (21.9%)	0.50
30-Day hospital readmission	21 (9.0%)	21 (11.8%)	0.35

Abbreviations: CICU, cardiovascular intensive care unit; ER, emergency room.

Goldfarb et al. Early Mobilization in Older Adults with Acute Cardiovascular Disease. *Age and Ageing*. 2021

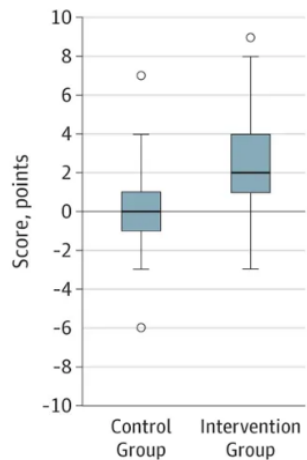
高齢者における早期退院や早期リハビリテーションの重要性

- 早期退院及び退院後の適切なリハビリテーション提供がADLの維持向上に寄与することが知られている。
- 高齢者救急については、入院早期からのリハビリ介入や、早期の退院後に治療や生活を支えるためのリハビリ等を提供できる体制が重要。

超高齢者（平均87歳）に対して、週末も含む連続した5-7日、20分*2回/日のリハビリ介入で身体機能やQOLレベル等が改善

高齢者に対する早期の退院と適切な通所等のリハビリテーション提供により通常の入院でのケアと比較して退院後のADL維持向上に寄与

Change in Short Physical Performance Battery



Change in Barthel index

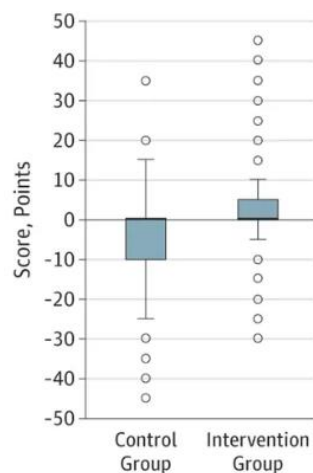


Table 4. Health outcomes at 3 and 12 months

Scale (range: worst to best score)	Mean difference at 3 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 3 months		Mean difference at 12 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 12 months	
		Intervention worse	Intervention better		Intervention worse	Intervention better
Barthel (0-20)	1.2 (0.4 to 1.9)			0.2 (0.7 to 1.1)		
Extended ADL total (0-66)	3.1 (0.1 to 6.3)			3.0 (0.4 to 6.5)		
Extended ADL sub-sections:						
Mobility (0-18)	0.3 (0.8 to 1.4)			0.3 (-0.9 to 1.4)		
Kitchen (0-15)	1.2 (0.2 to 2.3)			0.7 (0.4 to 1.8)		
Domestic (0-15)	1.1 (0.2 to 2.0)			1.4 (0.4 to 2.4)		
Leisure (0-18)	0.5 (0.3 to 1.3)			0.6 (0.3 to 1.5)		
Euroqol (0.59-1)	0.07 (0.01 to 0.14)			0.02 (0.06 to 0.09)		
GHQ — patient (36-0)	2.4 (4.1 to 0.7)			1.9 (3.5 to 0.4)		
GHQ — carer(36-0)	2.0 (3.8 to 0.1)			1.1 (3.7 to 1.5)		

Velilla et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019

Cunliffe et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing.* 2004

大腿骨近位部の骨折について

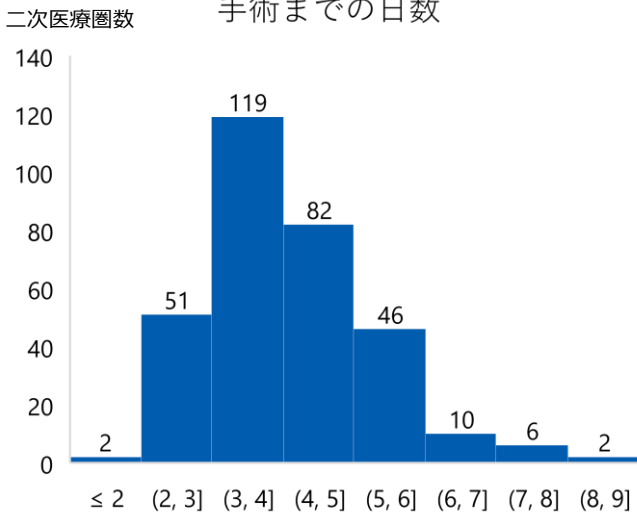
- 高齢者救急の多くを占める大腿骨近位部の骨折について、日本整形外科学会等のガイドラインによれば、受傷後早期の手術実施が重要とされているが、欧米よりも待機時間が長いとされている。また、医療圏毎に入院から手術までの日数はばらつきがある。
- 早期離床・早期荷重が重要で、周術期以降は、外来・在宅でのリハビリテーションが有用との報告もある。
- 在院日数は急性期病棟後の受け入れ先で異なり、自院で転棟する場合より転院した場合で長くなる傾向にある。

発症

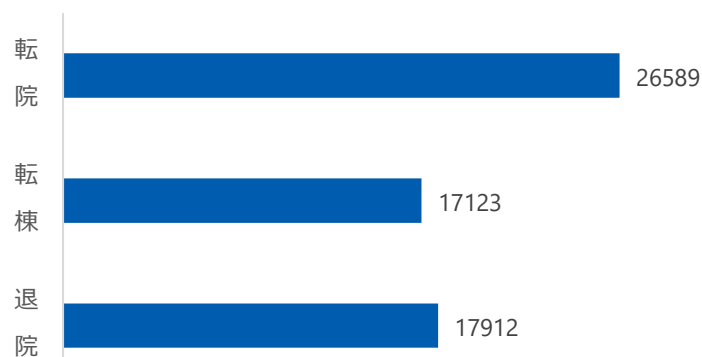
手術

退院/転棟/転院

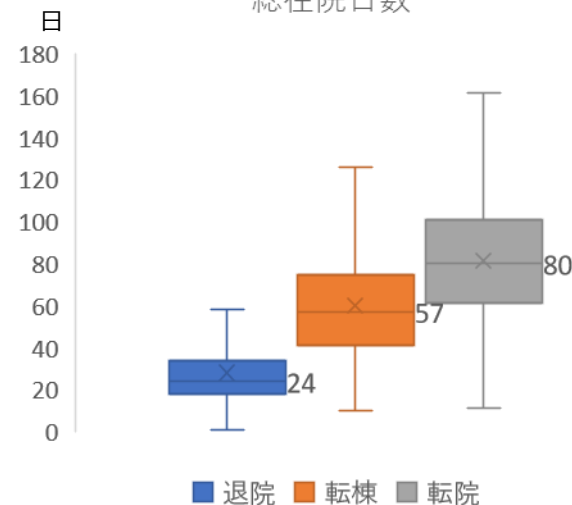
医療圏毎の大腿骨近位部骨折の入院から手術までの日数



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）

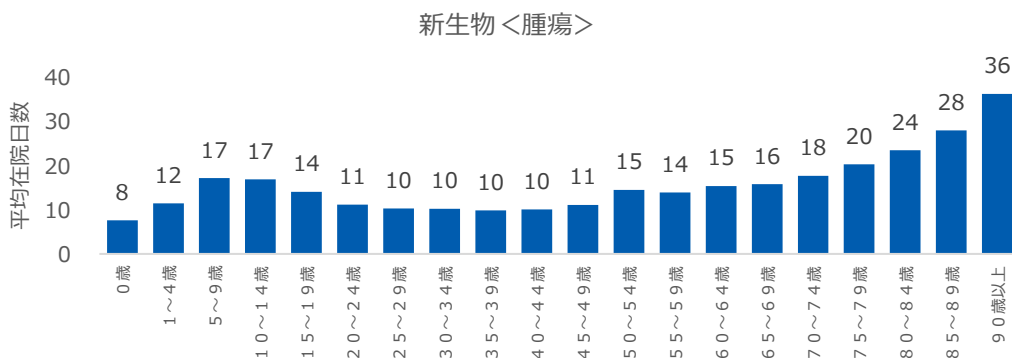
急性期施設退院後のリハビリテーションの継続が推奨されており、「退院後在宅リハビリテーション群は、施設でのリハビリテーション継続に比べて、community ambulationとhousehold ambulation scoreが有意に高値であった」とされている。

※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

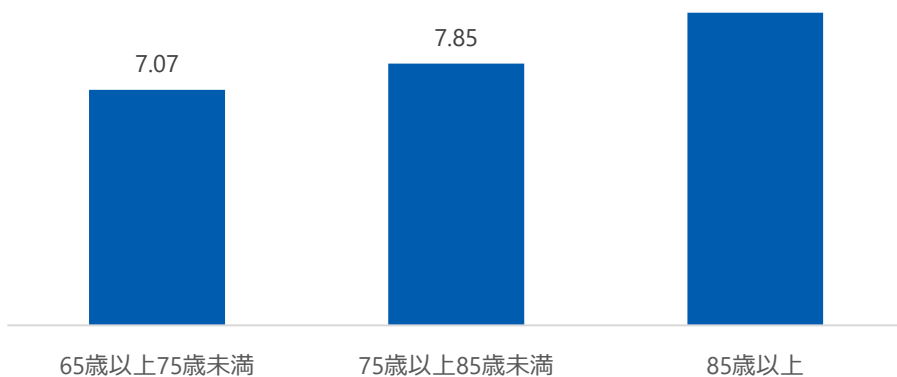
高齢者の退院に向けた課題

- 高齢になるほど、同じ疾患でも在院日数が長くなる傾向にある。
- 疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の要因も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けて更に増加する見込み。

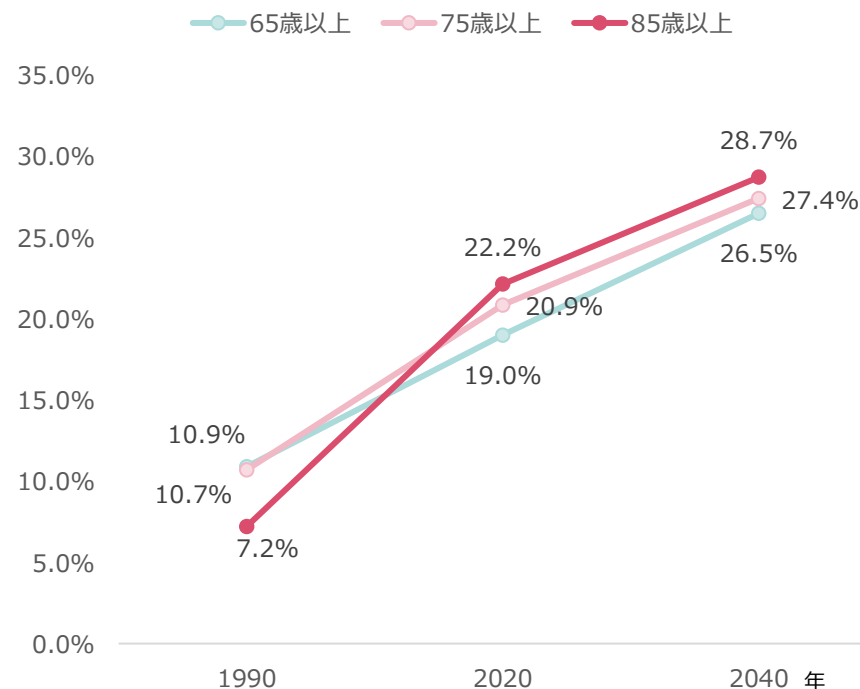
＜退院患者の平均在院日数＞



胆管炎及び胆のう＜嚢＞炎を伴わない胆管結石（手術あり）の年齢区別の平均在院日数



年齢階級別人口に占める単独世帯の割合（高齢者）

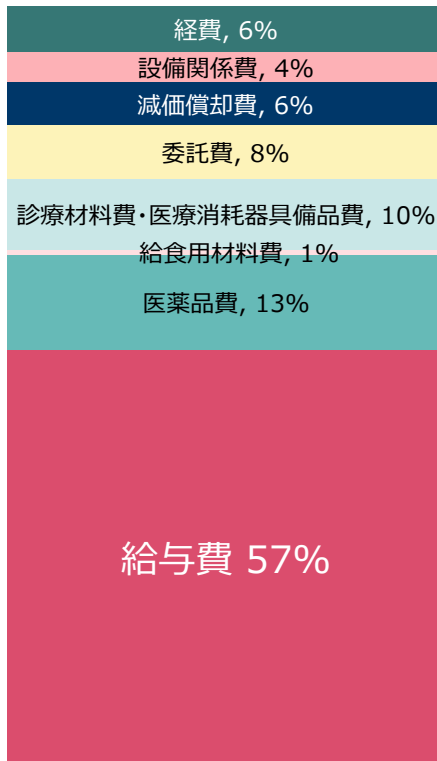


資料出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）、「日本の世帯数の将来推計」（2024年推計）、「人口統計資料集」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成
※単独世帯の割合は、単独世帯数を総人口で除したものと見なす。

病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

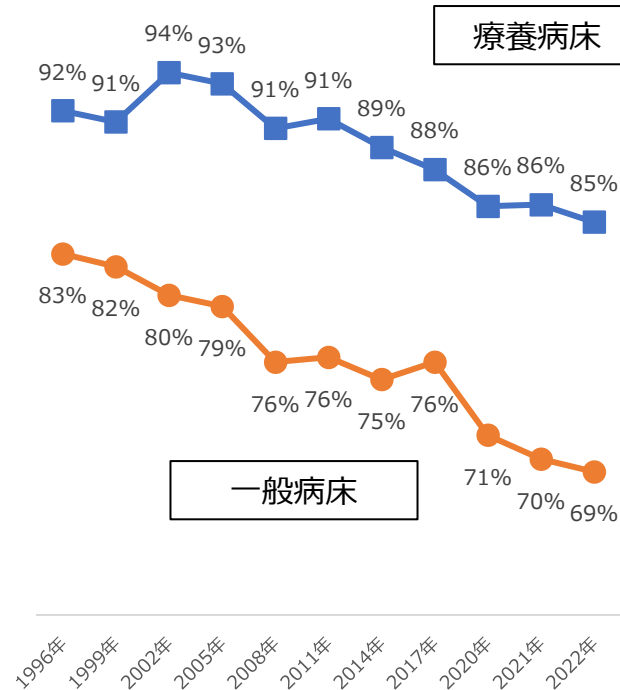
一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

病床利用率の推移

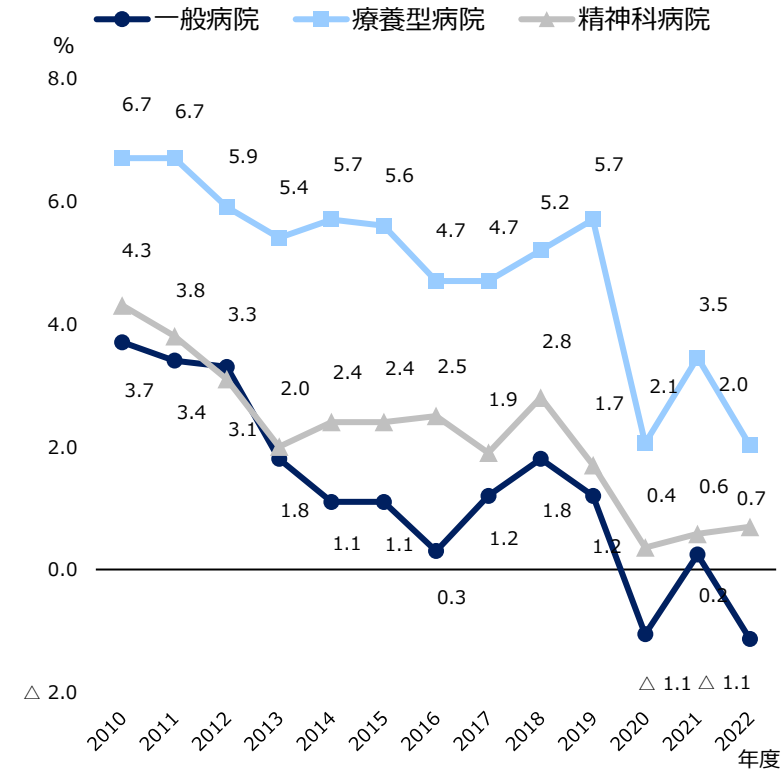


資料出所：厚生労働省「病院報告」

- ※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

病院の医業利益率の推移

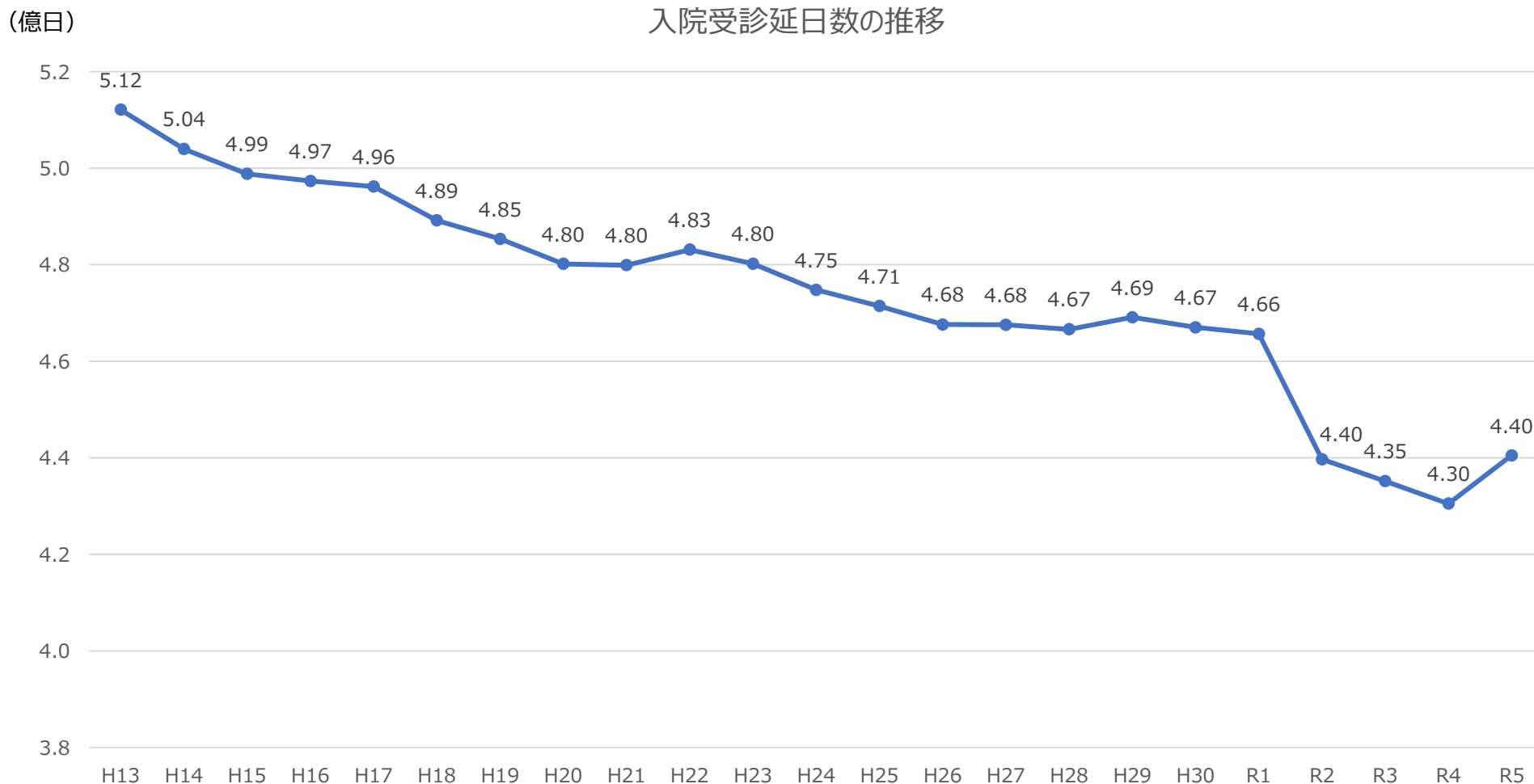


- 注1) コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい
- 注2) コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

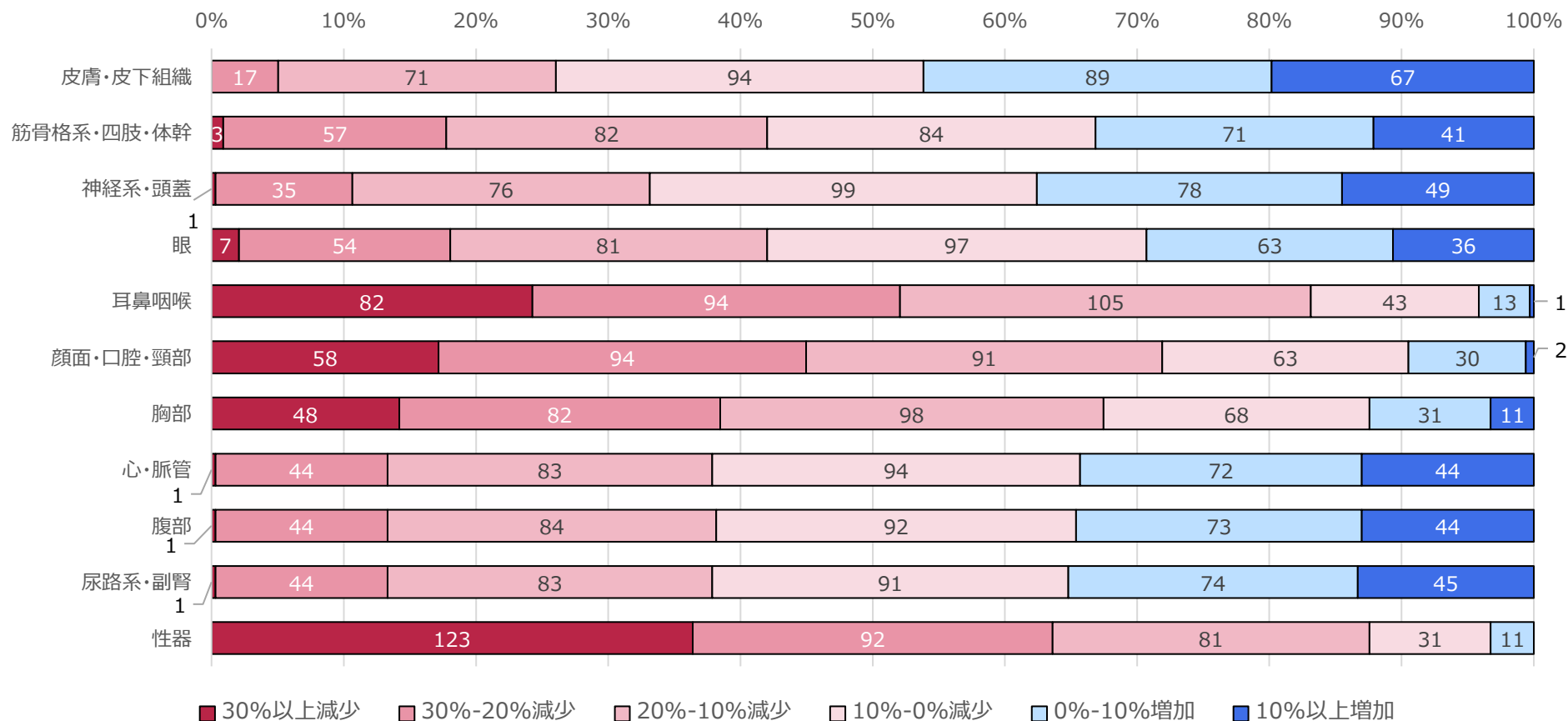
※ 1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約 98%に相当。

※ 2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



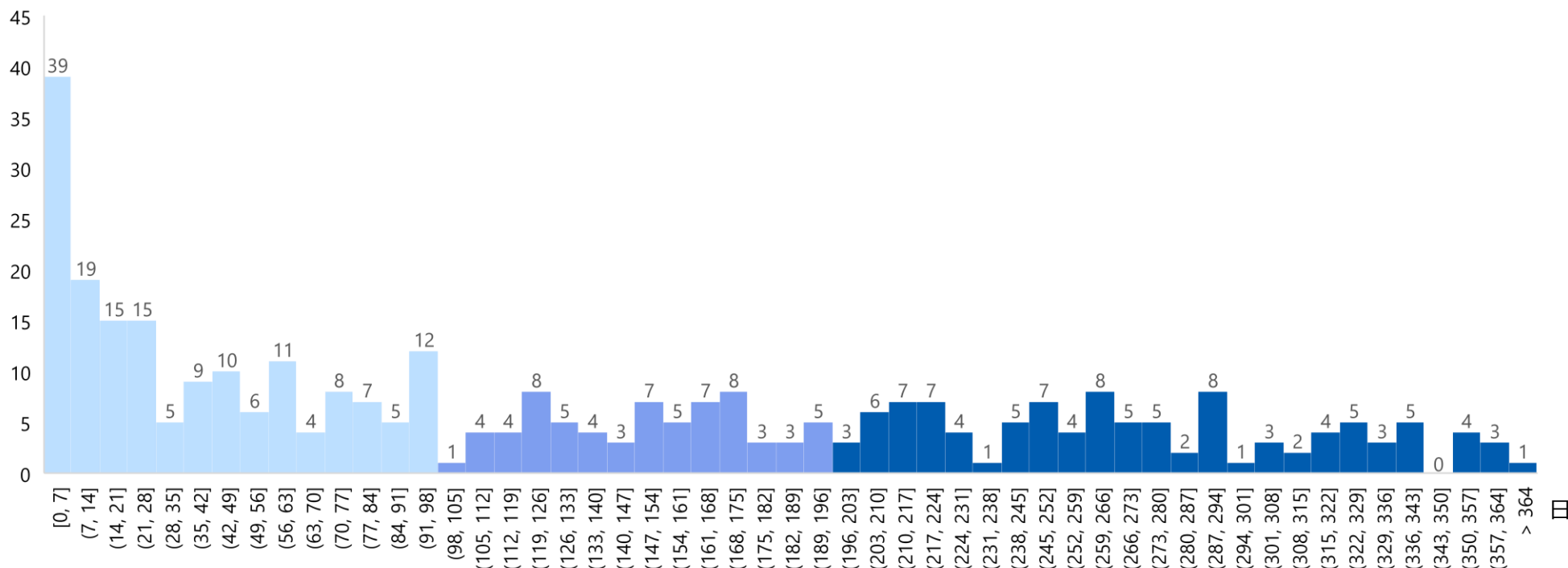
資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。

二次医療圏数

二次医療圏別の年間での時間外等の緊急手術（※）の発生日数



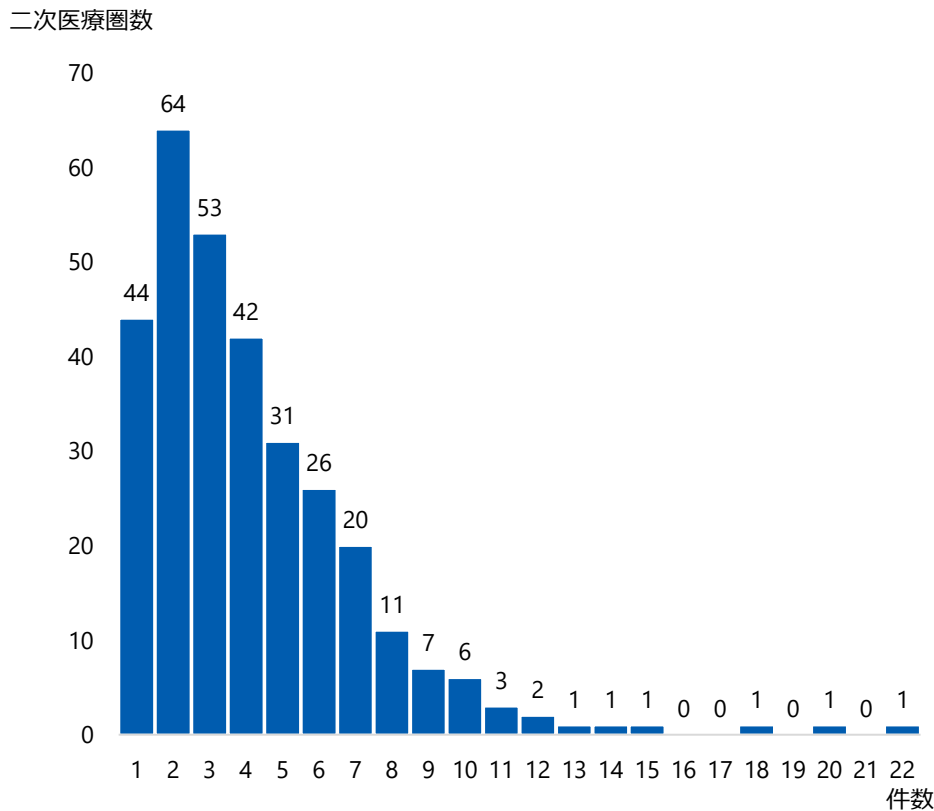
2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

時間外等の緊急手術の件数と対応状況について

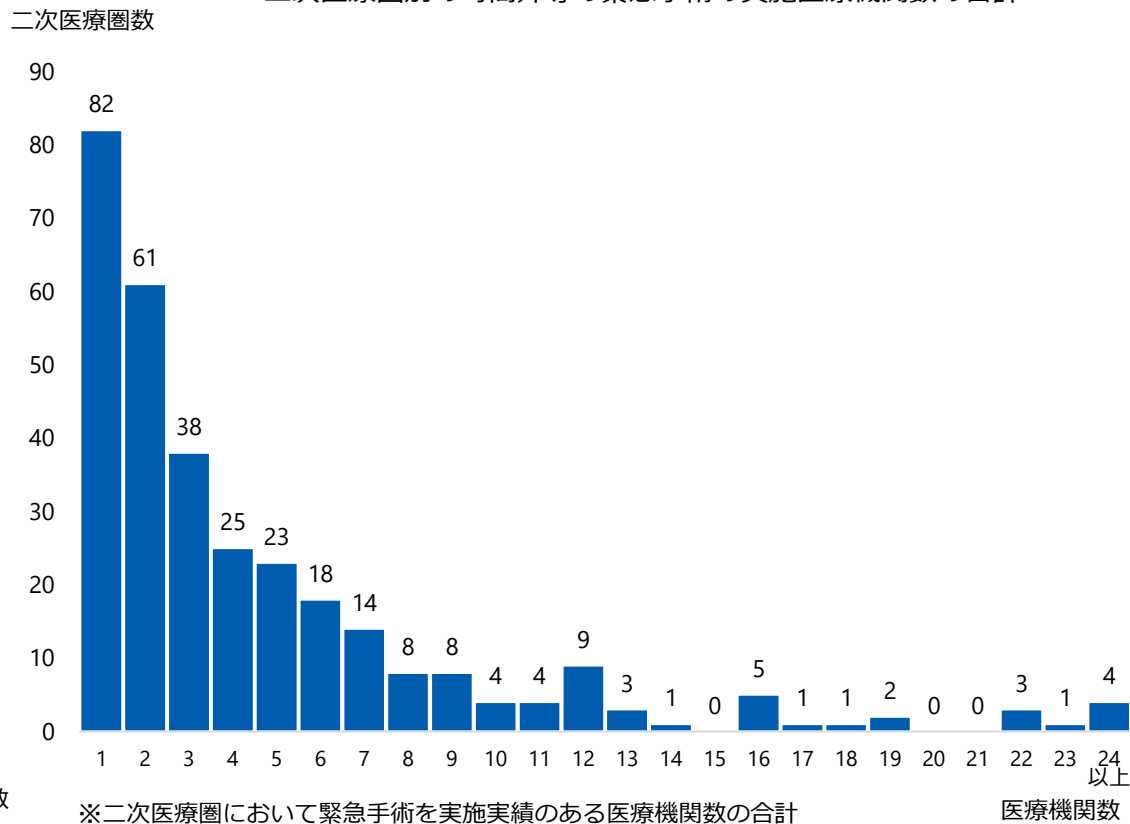
- ・二次医療圏において、1日あたりの時間外等の緊急手術について、1年のうち最多の日でも1 - 4件程度である二次医療圏が大半となっている。
- ・緊急手術を実施する医療機関数が1である二次医療圏は82、2である二次医療圏は61あり、その他の医療圏は3医療機関以上において緊急手術を実施する体制にある。

時間外等の緊急手術の1日当たり最大件数（二次医療圏）



2022年度NDBデータ

二次医療圏別の時間外等の緊急手術の実施医療機関数の合計



※二次医療圏において緊急手術を実施実績のある医療機関数の合計

医療機関あたりの症例数と医療の質について

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

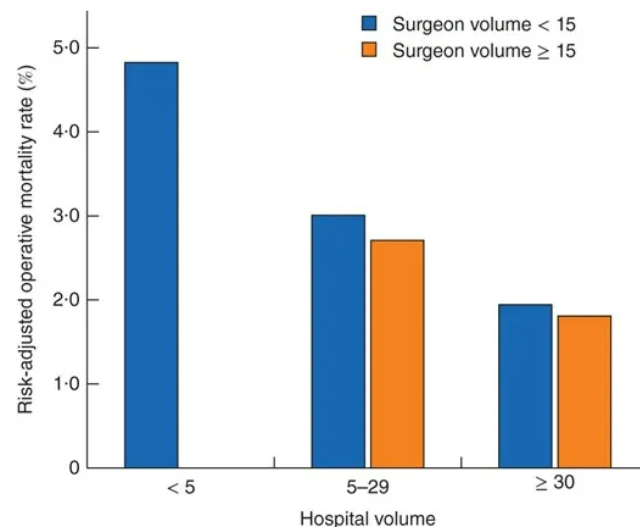
胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

	Stomach		Colorectum		Lung		Breast		Uterus	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
Crude HR										
High	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
Medium	1.17	0.93-1.47	1.08	0.93-1.25	1.17	0.83-1.65	1.18	0.98-1.42	0.97	0.82-1.15
Low	1.39	1.11-1.73	1.20	1.04-1.39	1.11	0.81-1.52	1.29	1.06-1.56	1.15	1.05-1.24
Very low	2.29	1.81-2.91	1.76	1.49-2.07	1.70	1.23-2.36	1.75	1.43-2.12	1.19	1.00-1.41

食道切除術の症例数規模と死亡率の関係

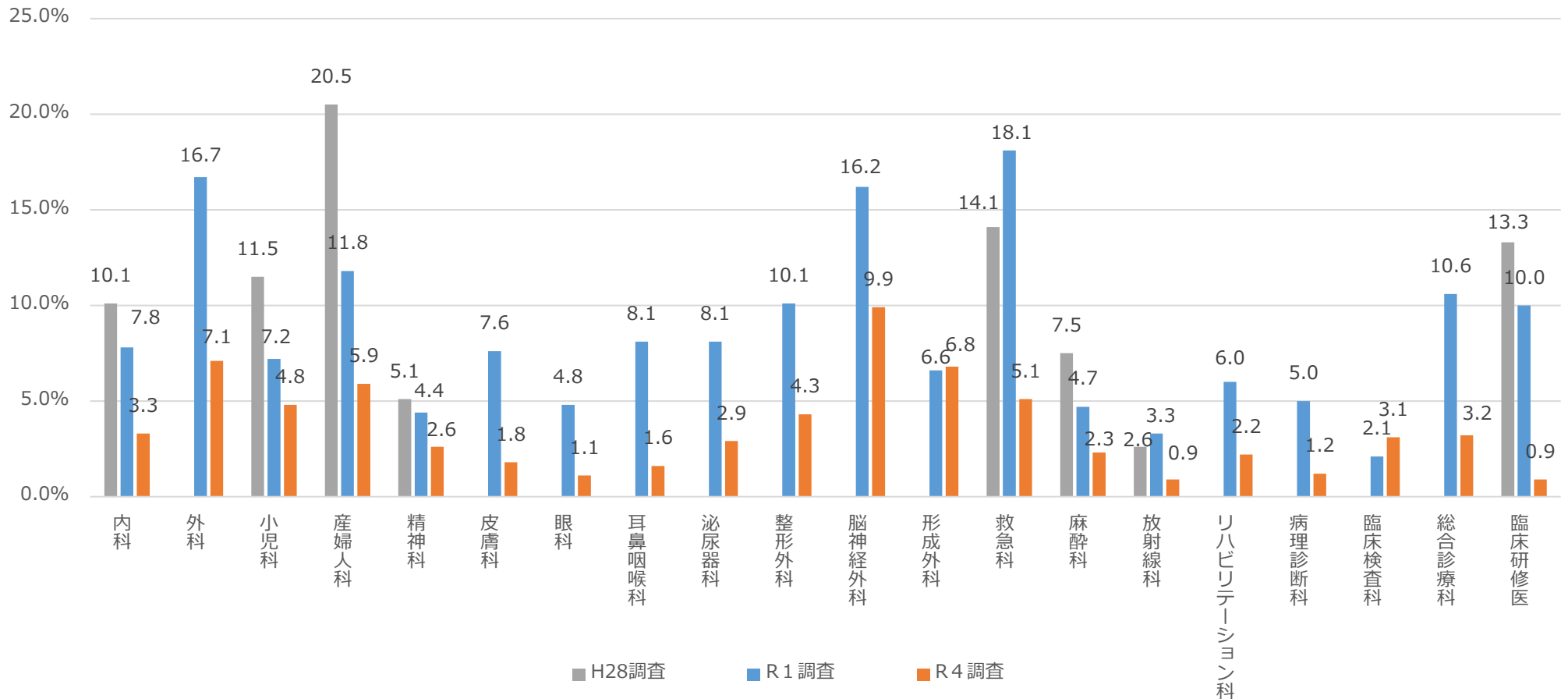


Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

- H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。
- 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

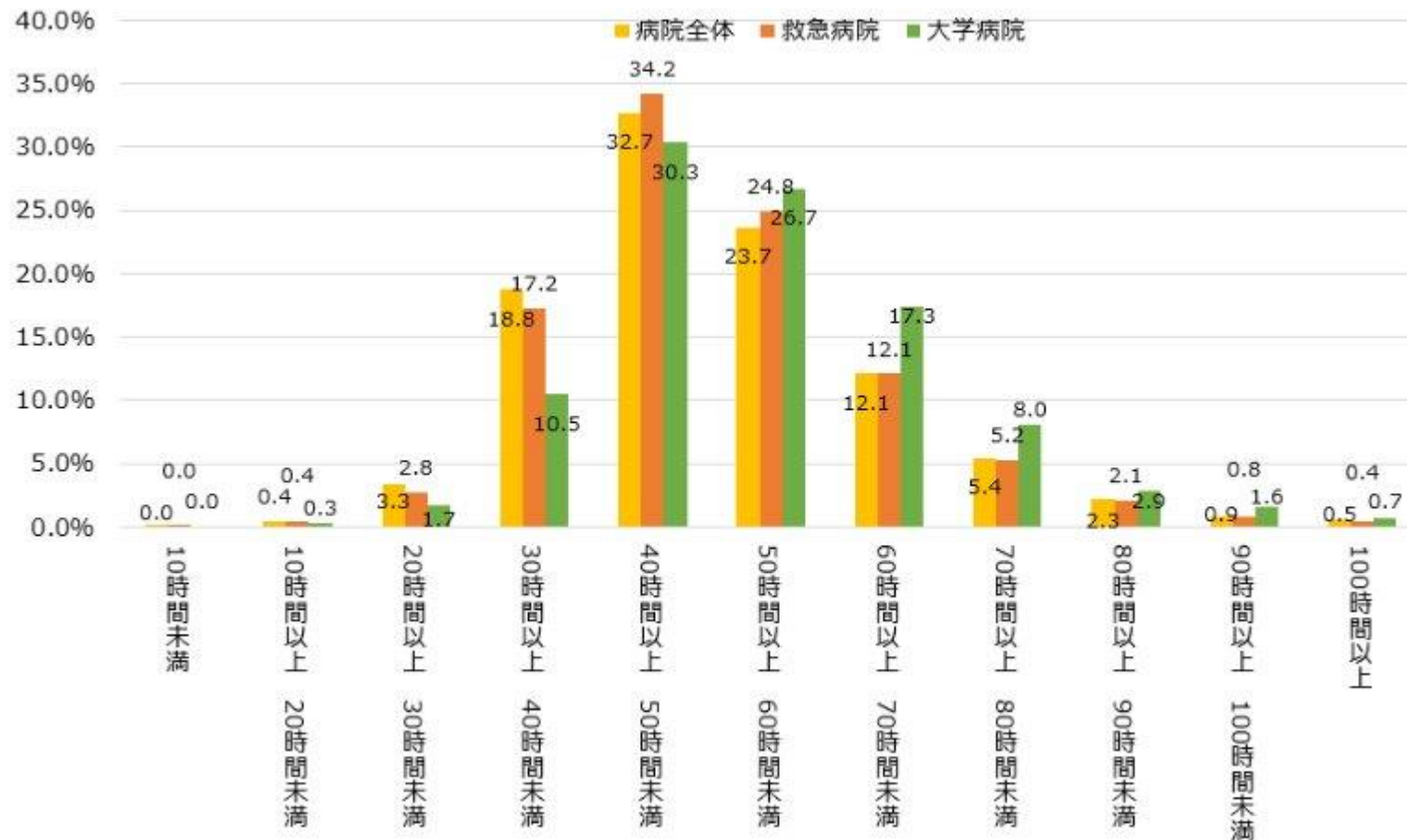


- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

大学病院及び救急病院における医師の働き方について

大学病院及び救急病院における医師の労働時間は、他の病院に比べ長い傾向にある。

病院・常勤勤務医の週当たり労働時間：病院種別（全体・救急病院・大学病院）



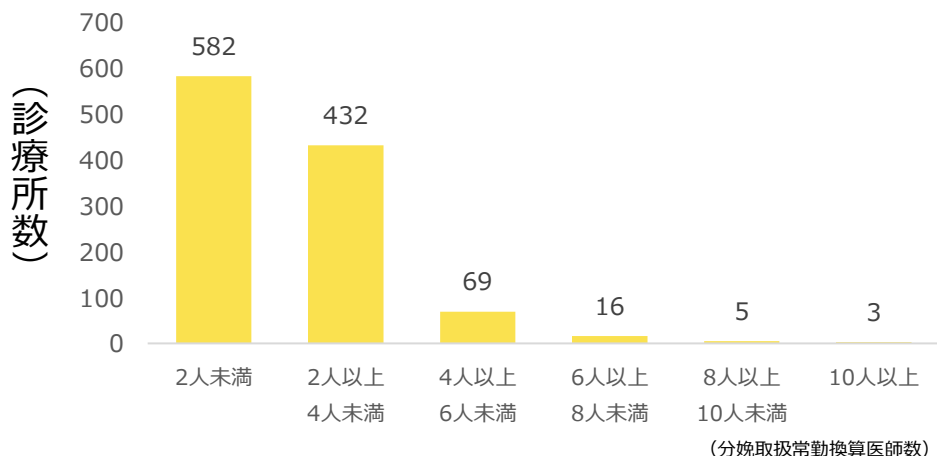
※「救急病院」は、施設票問1③で「救急指定病院」「2次救急医療施設」「救命救急センター」と回答した病院を集計。

出典：厚生労働行政推進調査事業費「医師の勤務環境把握に関する研究」研究班作成

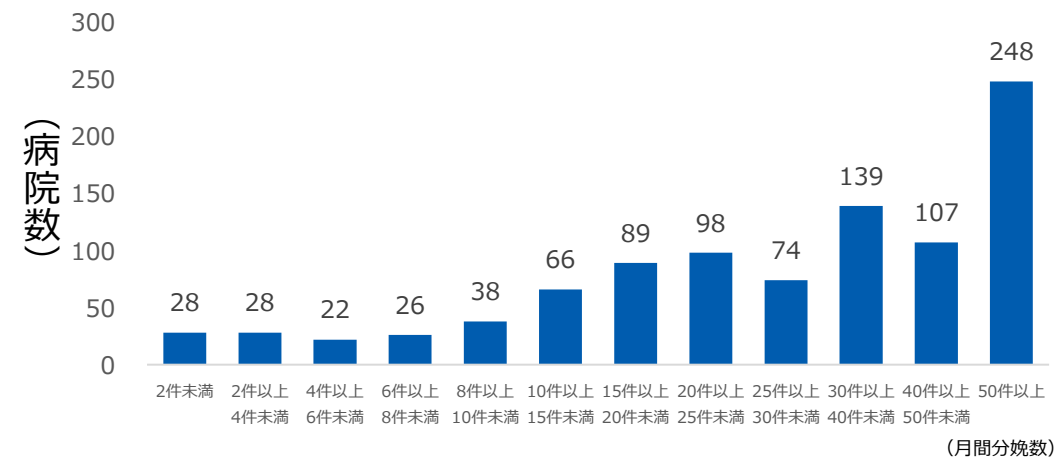
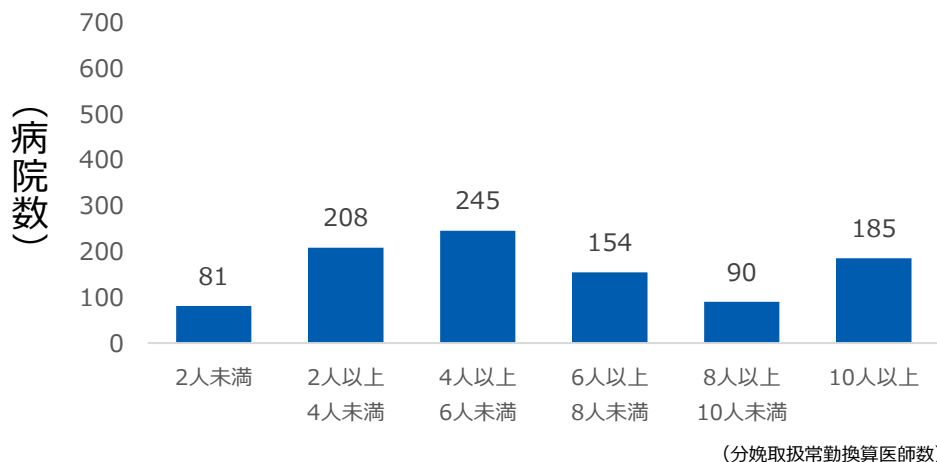
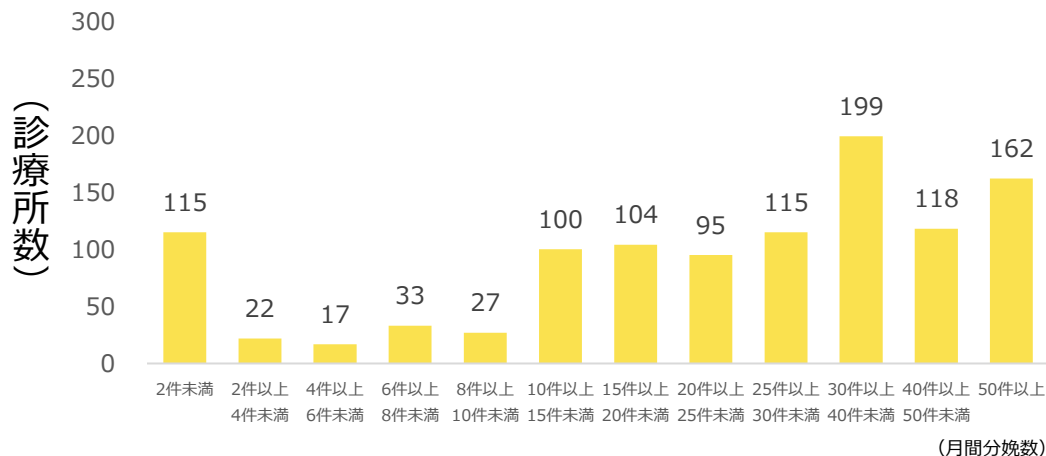
周産期医療の提供体制について

分娩は休日等の緊急対応も多いが、常勤換算の分娩取扱医師数は、診療所では半数が2人未満であり、病院でも2人未満の施設がある。月間分娩数は10件未満の施設も一定数存在する。

<分娩取扱常勤換算医師数別の医療機関数>



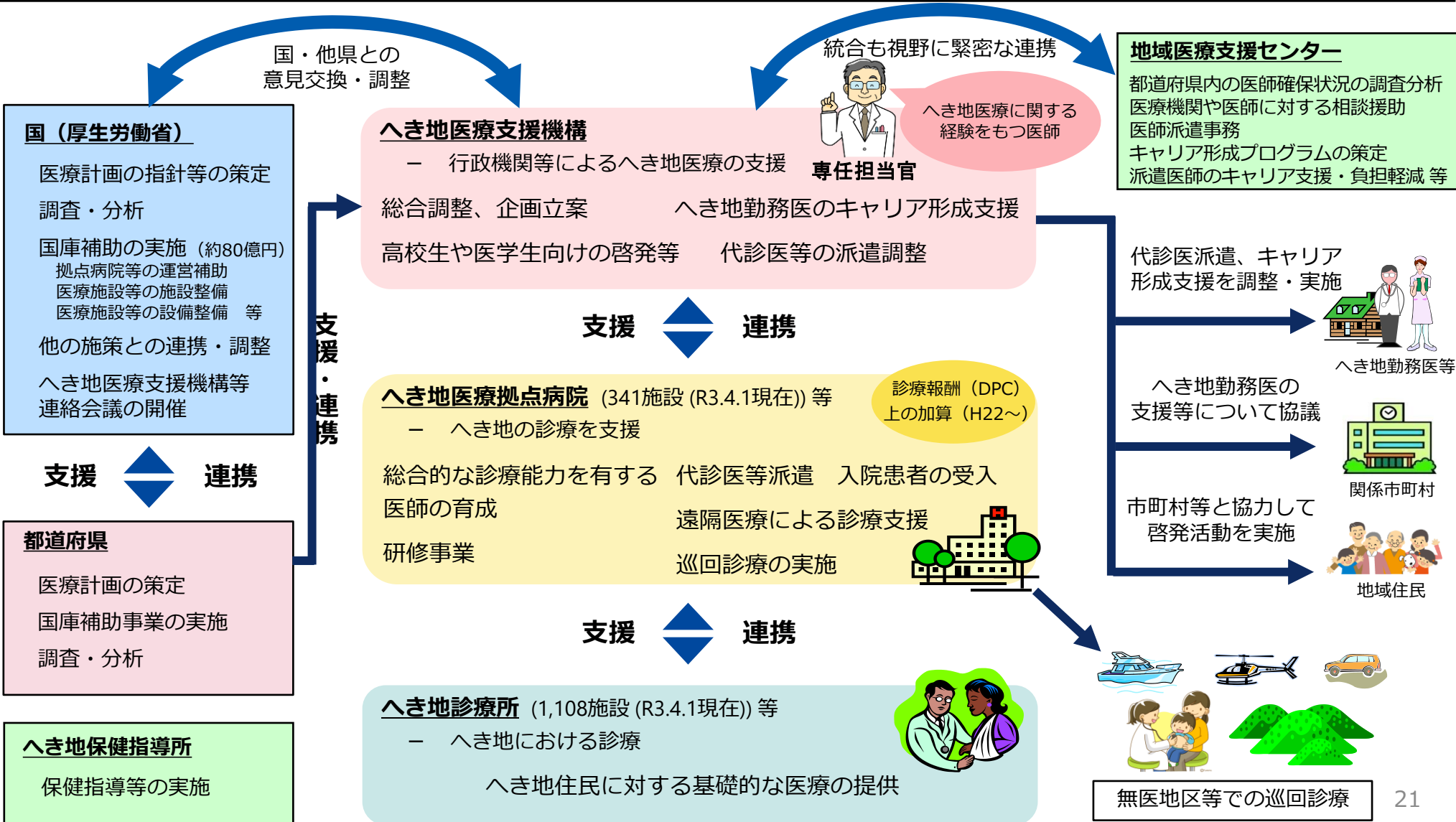
<月間分娩数別の医療機関数>



資料出所：厚生労働省「医療施設調査」（令和2年）の調査票を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において集計。
 ※分娩数については、令和2年9月の1月間の取扱件数。

へき地における医療の体系図

○ へき地医療支援機構を中心に、行政、へき地で勤務する医師、へき地医療に協力する施設・機関、そしてへき地の住民がそれぞれ連携・協力し、かつ他の都道府県の先進事例にも学びながら、効果的・効率的で持続可能性のあるへき地への医療提供体制の構築を行う。



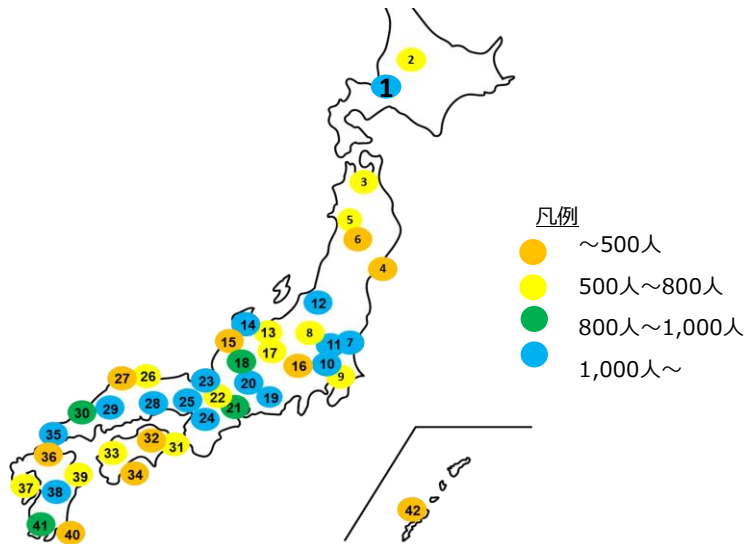
大学病院による医師の派遣機能

R5.5.26 「今後の医学教育の在り方に関する検討会（第1回）資料4より作成

大学病院は、常勤医師の派遣や代診医等の派遣を通じて、所在する都道府県の外も含め、医療提供体制の確保に貢献している。

国立大学病院からの常勤医師派遣状況

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣



出典：R4.6.24 国立大学病院長会議 記者会見資料（「国立大学病院 病院機能指標」国立大学病院長会議データベース管理委員会調べ）

国立大学病院長会議調査「国立大学病院を主たる勤務先としている医師の派遣・兼業先の件数について」（令和5年3月現在）

私立大学からの常勤医師派遣状況

平成31年1月時点で、私立大学29大学から、4,279の医療機関に対し、15,685人の医師を常勤医師として派遣



※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

医療法等に基づく主な病院類型

医療法等において、求められる機能に応じて病院の類型が定められており、類型毎に承認や認定等がされている。

類型	位置づけ	認定等の方法	認定等主体	類型が求めている主な機能
特定機能病院	医療法	承認	厚生労働大臣	高度な①医療提供、②研修（教育）、③医療技術の開発・評価（研究）、医療安全
地域医療支援病院	医療法	承認	都道府県知事	臨床・教育（地域の医療従事者への研修等）
臨床研究中核病院	医療法	承認	厚生労働大臣	研究
紹介受診重点医療機関	医療法	公表	都道府県	外来
救急告示病院	救急病院等を定める省令 都道府県告示	認定	都道府県知事	
二次救急医療機関	通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（救急医療の体制構築に係る指針）」	都道府県知事が 医療計画に記載	都道府県知事	救急医療
三次救急医療機関 （救命救急センターを含む）				
災害拠点病院	通知「災害時における医療体制の充実強化について」	指定	都道府県知事	災害医療
総合周産期母子医療センター	通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（周産期医療の体制構築に係る指針）」	指定	都道府県知事	周産期医療
へき地医療拠点病院	通知「へき地保健医療対策等実施要綱」	指定	都道府県知事	へき地医療
在宅療養支援病院	告示「特掲診療料の施設基準等」	届出	地方厚生局長	在宅医療
在宅療養後方支援病院	告示「特掲診療料の施設基準等」	届出	地方厚生局長	在宅医療

医療機関機能の設定の考え方（案）①

【高齢者救急に関する機能】

- 85歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されている。
- 高齢者はベッド上での安静により筋力が低下することが知られており、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要となる。
- 入院でのリハビリよりも通所でのリハビリが有用な可能性や、リハ職以外による早期の離床の介入の有用性が示されている。
- 高齢者の入院の4%を示す大腿骨近位部骨折については、早期の手術が推奨されているが、手術までの期間が長い医療圏がある。また、手術実施施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向。
- 高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるADL低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の背景も考えられる。高齢者の単独世帯の割合は2040年に向けてさらに多くなる見込み。



高齢者救急の受け皿となる医療機関においては、救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行うことが必要である。また、必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につながり、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できるような体制が必要ではないか。

医療機関機能の設定の考え方（案）②

【救急・急性期に関する機能】

- 多くの急性期病院において病床利用率は低下しており、2040年に向けては、手術等の多くの医療資源を要する、高齢者救急以外の急性期の医療需要は減少すると見込まれる。
- 緊急手術を実施するためには、手術に関わる医師、看護師のほか、様々な部門のスタッフが必要となるが、休日や夜間において緊急手術が毎日発生しない医療圏も多くあり、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも数件のみにとどまる医療圏が多い。他方、そうした医療圏においても複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。
- 手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。
- 医師の働き方には課題があり、脳外科や産婦人科等で時間外労働が多い。特に大学病院や救急医療を担う病院で労働時間が長い傾向がある。分娩は休日対応等も多いが、常勤換算医師数が2人未満の医療機関も多いため、一部の医師の負担となっている可能性がある。



病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要ではないか。

医療機関機能の設定の考え方（案）③

【その他】

- 医療機関の機能については、高齢者救急や救急・急性期医療等、区域毎に有することが望ましい機能のほか、医師派遣の機能等、より広域の観点で医療提供体制の維持のために必要な機能について検討が必要ではないか。
- 医療法等で定められた医療機関に関する諸類型についても、新たな地域医療構想の取組の開始後に、必要に応じて点検した上で、再整理を検討することが必要ではないか。

2. 病床機能

現行の地域医療構想における将来の必要病床数の推計について

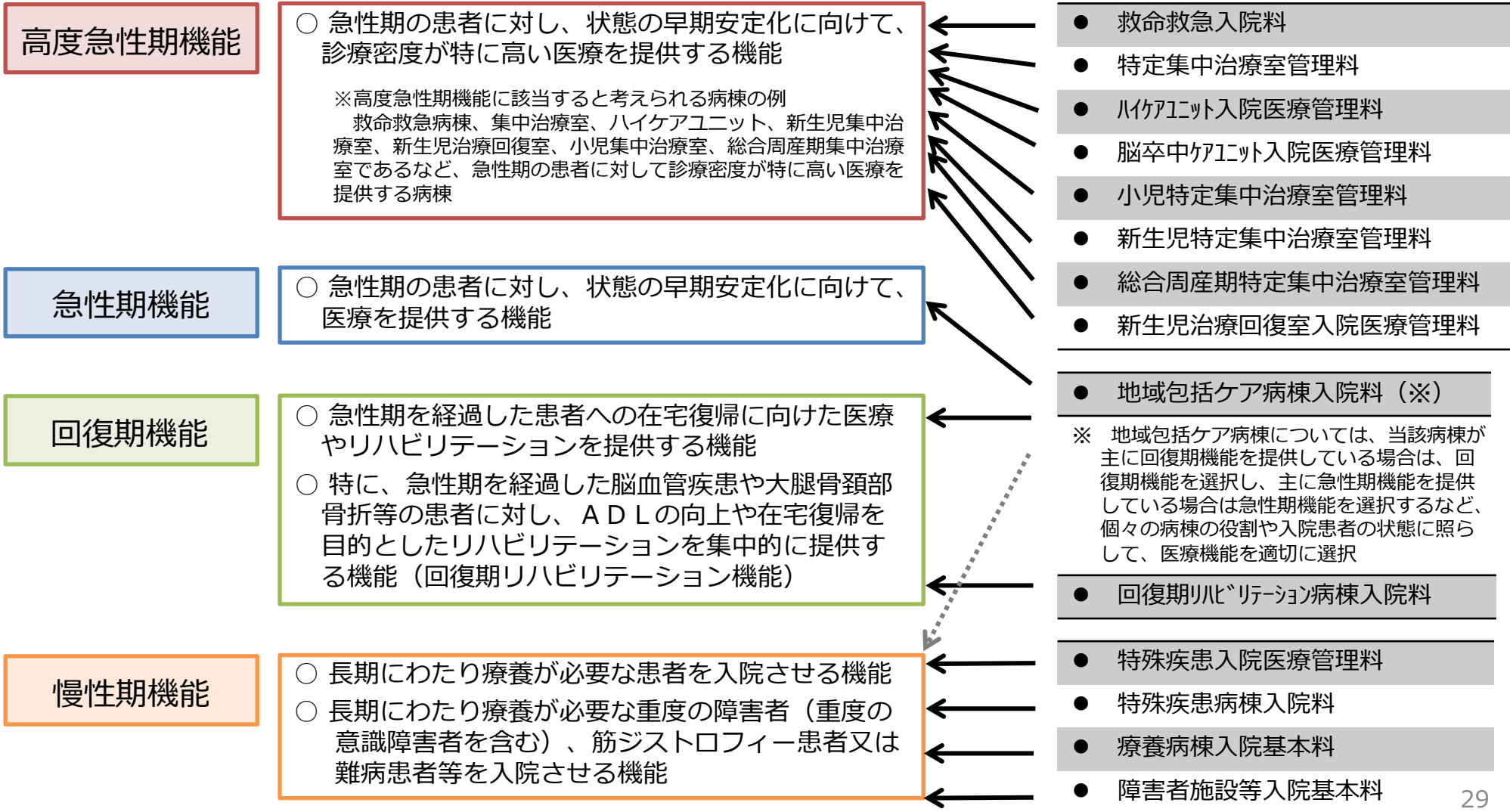
現行の地域医療構想において、将来の必要病床数の推計については、基本的に診療実績データをもとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を区分してきた。

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期		救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期		在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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。

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

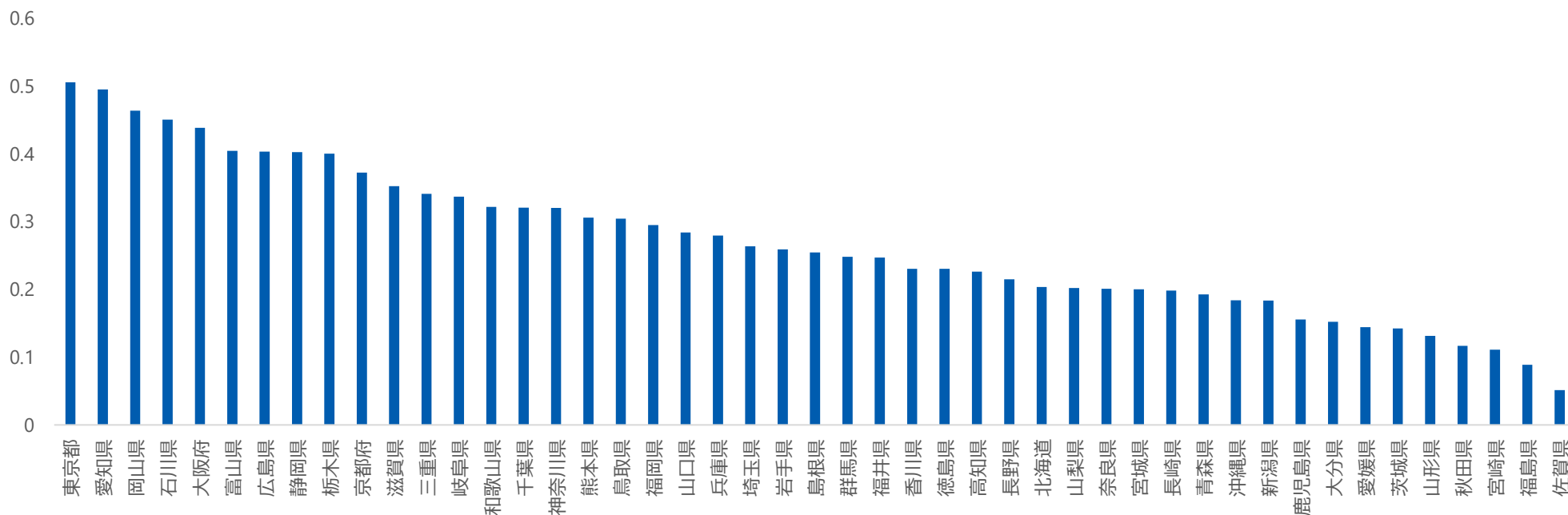
特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。



病床機能報告の内容について

病床機能報告において高度急性期の病床数の急性期病床数に対する比にはばらつきがあり、報告内容が都道府県毎・医療機関毎に幅がある可能性がある。

高度急性期病床数の急性期病床数に対する比



高度急性期病床が急性期病床の5割程度と報告されている都道府県がある一方、高度急性期病床数は急性期病床の1割程度と報告されている県もある。

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



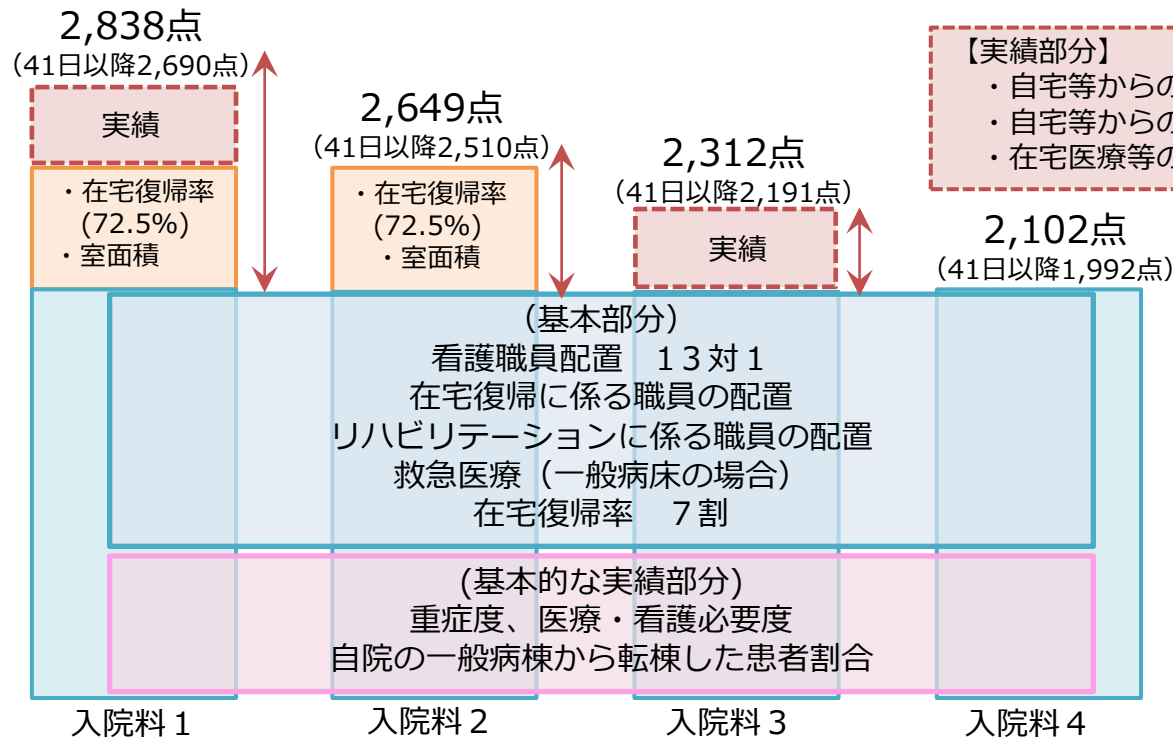
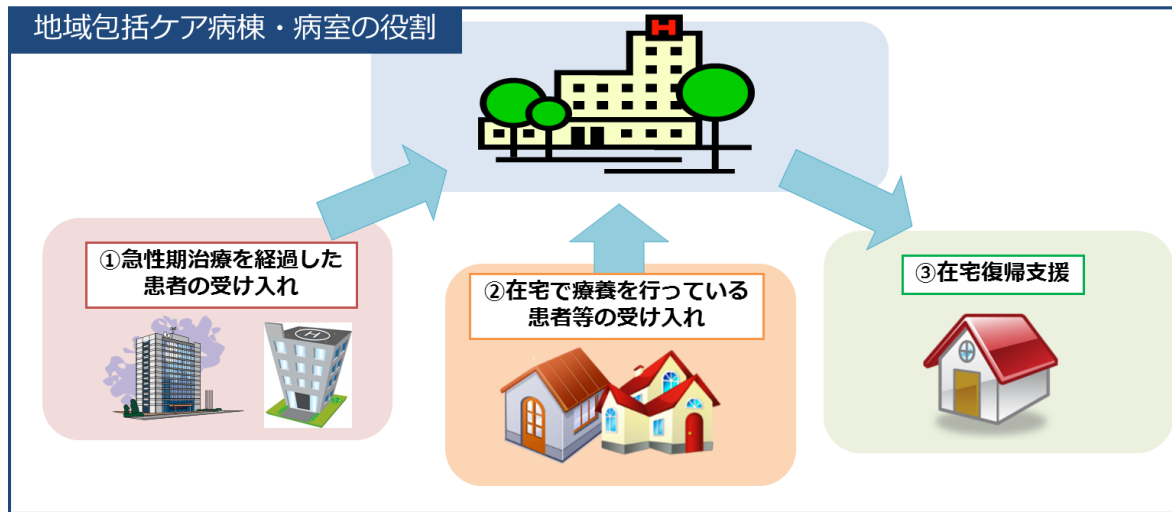
早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携



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

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



- 【実績部分】
- ・自宅等からの入棟患者割合 2割以上
 - ・自宅等からの緊急患者の受入れ9人以上
 - ・在宅医療等の提供等 2項目以上

病床機能報告における地域包括ケア病棟の病床機能の報告状況について

○病床機能報告において、地域包括ケア病棟の病床機能の報告状況をみると、17%程度が急性期、80%程度が回復期と報告されている。

	地域包括ケア病棟入院料の届出がある病棟の病床数 (床)	構成割合
高度急性期	—	—
急性期	11,171	(16.7%)
回復期	53,477	(79.9%)
慢性期	2,309	(3.4%)
合計	66,957	(100.0%)

資料出所：厚生労働省「病床機能報告」（2023年）

※地域包括ケア病棟については、病床機能報告において、地域包括ケア病棟入院料の届出があった病棟を集計対象としている。

病床機能・医療機関機能の基本的な考え方（案）

- 地域医療構想における必要病床数の推計においては、基本的に診療実績データをもとに、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床機能に区分。また、病床機能報告においては、一部、診療報酬における届出病床を参考にしながら、病棟単位で、4つの病床機能の区分のうち1つの機能を選択。
- こうした運用の中で、必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体で医療需要を捉える仕組みとして一定の役割を果たしてきたものの、
 - 医療機関の報告に当たって、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらいこと、
 - 地域医療構想策定後に急性期と回復期の両方の機能を有する病棟（地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟）が新設されたこと、
 - 病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくいこと等から、医療機関の報告に課題が生じている。
- こうした中、2040年頃を見据えると、急性期・回復期の医療ニーズの質・量が変化し、基本的には、手術等の多くの医療資源を有する急性期医療は減少する一方で、増加する高齢者救急に対して、疾病の治療、入院早期からのリハビリ等を通じた急性期と回復期の機能をあわせもつことが一層求められる。



必要病床数の推計に係る病床機能区分については、これまでと同様、4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）とした上で、引き続き、状況の変化も踏まえつつ、基本的に診療実績データをもとに推計する。一方、これまでの取組・課題や2040年頃に増加する高齢者救急等への対応等を踏まえ、病床機能とあわせて高齢者救急の受入れ、救急・急性期の医療の提供を広く行う医療機関機能を明確にした上で、医療機関機能を報告することとしてはどうか。

病床機能・医療機関機能の整理（イメージ）

これまでの地域医療構想では、病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい、病床機能報告において必ずしも客観的でない報告がなされる、必要病床数と基準病床数の関係性がわかりにくい等の課題があった。



新たな地域医療構想においては、以下の3つの観点に基づき、病床機能・医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していく。

病床区分毎の必要量

基本的に診療実績データをもとに、病床区分毎に2040年における地域の病床の必要量を推計。将来の病床の必要量と基準病床数との関係を整理し、位置づけを明確化。

医療機関機能の明確化

地域での医療提供体制を検討・議論するにあたり、連携・再編・集約化に向けて、地域で求められる役割を担う医療機関機能を新たに地域医療構想に位置づける。

医療機関の報告等

地域の状況・取組進捗等を把握し、地域で協議を行って取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的に、病床機能や医療機関機能を報告する。その際、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を創設。

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

**高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能**

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

**在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能**

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

**救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能**

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

医育機能

**より広域な観点で診療を
担う機能**

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

3. 今後の検討スケジュール

新たな地域医療構想等に関する検討会の今後のスケジュール（予定）

- 引き続き、各論の議論を進め、制度改正の具体的な内容に関する検討を行い、年末に取りまとめを行う予定。社会保障審議会医療部会に報告しながら検討を進める。

- 第1回 令和6年3月29日
- ・新たな地域医療構想に関する検討の進め方について
 - ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングの進め方について
- 第2回 令和6年4月17日
- ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第1回）
- 第3回 令和6年5月22日
- ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第2回）
- 第4回 令和6年5月27日
- ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第3回）
- 第5回 令和6年5月31日
- ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第4回）
- 第6回 令和6年6月21日
- ・新たな地域医療構想に関する論点について
- 第7回 令和6年8月26日
- ・新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について（総論）
- 第8回 令和6年9月6日
- ・入院医療（急性期を中心として病床機能・医療機関機能）
 - ・入院医療（回復期・慢性期を中心として病床機能・医療機関機能、必要病床数など）、在宅医療、外来医療、介護との連携、構想区域、地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割 など
 - ・医師偏在是正対策



年内に取りまとめを行う予定

（その後の想定スケジュール）

- | | |
|---------------|---------------------------------|
| 令和7年度（2025年度） | 新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出 |
| 令和8年度（2026年度） | 新たな地域医療構想の検討・策定 |
| 令和9年度（2027年度） | 新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組） |