

令和4年度

「地域医療構想」の取組と進捗状況

●地域医療構想の目的

地域医療構想の目的は、2025年に向けた疾病構造の変化を踏まえ、病床機能分化・連携による「切れ目のない医療提供体制の構築」を図ること

●地域医療構想を進めるうえでの大阪府の主な課題

- 課題 1 【病床機能】 回復期病床の不足が見込まれる
＜高齢化の進展等に伴い、医療需要は、2030年ごろまで増加すること、疾患別では、特に高齢者特有の疾患が増加することが見込まれている。＞
- 課題 2 【診療機能】 将来的な疾病構造の変化に対応した病院の役割分担について検討が必要

大阪アプローチ（大阪府における地域医療構想の推進）

医療実態データ（NDB、病床機能報告等）や病院プラン等を共有しながら、
医療機関の自主的な機能分化を支援



Contents

① 令和4年度の主な取組

- (1) 病床機能の報告基準の設定
- (2) 病院機能の見える化

② 大阪府の医療提供体制の概要

- (1) 令和3年度病床機能報告結果等
- (2) 令和4年度病院プラン結果

③ 患者受療状況

- (1) MDC別患者流出入状況
- (2) MDC別診療実績の推移 (DPC)
- (3) 地域医療構想における推計値と入院実績
(報告分) の比較

④ 主に高度急性期から急性期となる入院料の概要

- (1) 病床の現状
- (2) 医療提供状況 (SCR)

⑤ 主に急性期から回復期となる入院料の概要

- (1) 病床の現状
- (2) 医療提供状況 (SCR)

⑥ 慢性期となる入院料の概要

- (1) 病床の現状
- (2) 医療提供状況 (SCR)

⑦ 将来のあるべき医療体制に向けて

- (1) 2025年に各病院が検討している
医療機能・病床機能等
- (2) 地域医療構想の進捗状況のまとめ
と今後の議論の進め方
- (3) 令和4年度スケジュール (予定)

① 令和4年度の主な取組

(1) 病床機能の報告基準の設定

(2) 病院機能の見える化

① (1) 病床機能の報告基準の設定

- 病床機能報告では、これまで明確な報告基準がなかったことから、**新たに「報告基準」を設定。各医療機関には、基準を目安に、病床機能を報告するよう依頼。**
- 府が提示する「報告基準」は、病床転換の議論を客観的な指標に基づき行うために設定（「高度医療」の位置づけ等、治療内容を評価する指標ではない）。

基準設定の基本的考え方

- **病床機能報告マニュアルにおいて、報告基準が明確に示されていない入院料について、報告基準を設定。**
（マニュアルでは、「診療密度」や「病棟において多数を占める患者の患者像」を踏まえ報告することとされているが、具体的な指標・数値が示されていない）
- **報告基準は、指標の特性と関係団体・有識者等の意見を踏まえ、該当項目を分析のうえ設定**（入院料の特性・分布を確認し設定）。
 - ・体制確保にかかる指標（診療密度を測定）：「医師の配置状況」、「看護師の配置状況」
 - ・診療実績にかかる指標（診療密度を測定）：「救急医療管理加算 1 及び 2」、「手術総数」、「呼吸心拍監視[3 時間超え 7 日以内]」、「化学療法」
 - ・病棟の患者像にかかる指標：「平均在棟日数」

報告基準設定（病棟単位）の考え方

※下記基準は、病棟における基準であり、有床診療所については、基準は定めない。

	指標区分	報告基準（目安）	基準値が該当する値等	備考
高度急性期	人員配置	○下記のいずれかの項目を満たす ・医師数/病床数：0.62以上 ・看護師数/病床数：0.69以上	「特定機能病院一般病棟入院基本料等」上位33%値	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、特定機能病院入院基本料、急性期一般入院料等、入院料毎の分布を確認し設定
	診療実績	○下記のいずれかの項目を満たす ・救急医療管理加算 1・2（年間レセプト算定回数）/病床数：29以上 ・手術総数（年間レセプト算定回数）/病床数：8以上 ・呼吸心拍監視【3時間超え7日以内】（年間レセプト算定回数）/病床数：21以上 ・化学療法（年間レセプト算定日数）/病床数：1以上		
急性期	人員配置	看護師数/病床数：0.4以上	「急性期一般入院料 4～7」下位33%値	急性期一般入院料、地域一般入院料等の入院料毎の分布を確認し設定
	患者像	平均在棟日数：21日以内		
回復期	患者像	平均在棟日数：180日以内 ※急性期の基準を満たさない病棟	回復期リハビリテーション病棟入院料算定日数上限	入院料の算定要件を元に設定
慢性期	患者像	平均在棟日数：180日超	—	—

「人員配置」と「診療実績」の両方の基準を満たす

「人員配置」と「患者像」の両方の基準を満たす

<入院料毎の病床機能の報告基準①>

(1) 報告基準を設定しない入院料（入院料と病床機能が1対1となっている入院料）

	病床機能	報告基準
救命救急入院料 1～4 特定集中治療室管理料 1～4 ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 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	高度急性期	—
回復期リハビリテーション病棟入院料 緩和ケア病棟入院料	回復期	—
療養病棟入院基本料 療養病棟特別入院基本料 特殊疾患病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患入院医療管理料 介護療養病床	慢性期	—

上記入院料の病床機能は、基本的には、病床機能報告マニュアルに基づき設定。緩和ケア病棟入院料（※）については、地域医療介護総合確保基金事業における「病床転換等促進事業」との整合性を図るため、「回復期」として位置づけ。

(2) 「高度急性期」もしくは「急性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
特定機能病院 7対1 入院基本料 専門病院 7対1 入院基本料 小児入院医療管理料 急性期一般入院料 1～3	高度急性期	「医師数/病床数：0.62以上」 or 「看護師数/病床数：0.69以上」 and 「救急医療管理加算 1 及び 2 /病床数：29以上」 or 「手術総数/病床数：8以上」 or 「呼吸心拍監視/病床数：21以上」 or 「化学療法/病床数：1以上」
	急性期	高度急性期の基準を満たさない病棟

<入院料毎の病床機能の報告基準②>

(3) 「急性期」もしくは「回復期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
特定機能病院10対1入院基本料 専門病院10対1入院基本料 急性期一般入院料4～7	急性期	「看護師数/病床数：0.4以上」 and 「平均在棟日数：21日以内」
	回復期	急性期の基準を満たさない病棟

(4) 「急性期」もしくは「回復期」もしくは「慢性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
専門病院13対1入院基本料 地域一般入院料1～2 特定一般病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料1～4 地域包括ケア入院医療管理料1～4	急性期	「看護師数/病床数：0.4以上」 and 「平均在棟日数：21日以内」
	回復期	急性期の基準を満たさない病棟のうち、「平均在棟日数」：180日以内
	慢性期	急性期の基準を満たさない病棟のうち、「平均在棟日数」：180日超

(5) 「回復期」もしくは「慢性期」の報告となる入院料

	病床機能	報告基準
地域一般入院料3 一般病棟特別入院基本料	回復期	「平均在棟日数」：180日以内
	慢性期	「平均在棟日数」：180日超

① (2) 病院機能の見える化

- 地域に必要な医療を持続的に提供していくため、病院の役割分担による体制づくりを検討していくことが重要。
- 現在各病院が有する病床機能等から、**大阪府独自に病院の分類や機能・役割の見える化を図り、今後の役割分担の議論を促す。**

病院分類

分類区分		分類の考え方
1	特定機能病院	特定機能病院
2	急性期病院	高度急性期と急性期の病床の合計割合が病床（一般・療養）の9割以上
3	急性期ケアミックス型病院	高度急性期または急性期の病床を有するが、当該病床の割合が病床（一般・療養）の9割未満
4	地域急性期病院	回復期病床（地域（リハビリ以外））の割合が病床（一般・療養）の9割以上
5	後方支援ケアミックス型病院	1～4、6、7の区分に属しない病院
6	回復期リハビリ病院	回復期病床（リハビリ）の割合が病床（一般・療養）の9割以上
7	慢性期病院	慢性期病床の割合が病床（一般・療養）の9割以上

各病院の役割の基本的なイメージ

各病院は役割に応じた機能の維持・強化を図ることが期待され、**特に、現在回復期（サブアキュート・ポストアキュート）を担っている病院は、回復期機能を強化していくことが望まれる。**

病院の主な役割	特定機能病院	急性期病院	急性期 ケアミックス型病院	地域急性期病院	後方支援 ケアミックス型病院	回復期リハビリ 病院	慢性期病院	
①高度医療の提供及び研修、高度医療技術開発等	↕	↕	↕					
②重症患者の救急受入機能 （脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療等）								
③地域診療拠点機能（がん、災害、小児、周産期等）								
④サブアキュート機能（大腿骨骨折や肺炎等軽度の急性期患者の受入【救急、在宅医療の後方支援機能】）	回復期機能		↕	↕	↕	↕		
⑤ポストアキュート機能（回復期リハビリ患者の受入）								
⑥長期入院が必要な患者の受入							↕	

<病院機能の見える化による役割分担の検討>

将来を見据え、地域に必要な医療を持続的に提供していくため、
役割分担を明確化した上での体制づくりの検討が重要となる

(1) 地域で高度な医療を支える柱となる病院

(主に、特定機能病院、急性期病院、急性期ケアミックス型病院)

各圏域の基幹となる病院として、次のような機能を中心に担う。

- ・高度・専門的な手術を提供
- ・脳卒中及び急性心筋梗塞の高度・専門的な治療を提供
- ・休日・夜間を含めて二次以上の救急患者を受入れ（救急車を断らない）

(2) 地域包括ケアシステムを支える柱となる病院

(主に、急性期ケアミックス型病院、地域急性期病院、後方支援ケアミックス型病院、回復期リハビリ病院、慢性期病院)

地域の患者の支えとなる医療機関として、今後、**需要の増加が見込まれる疾患**（心不全、肺炎、尿路感染症等）を中心に担い、必要性が高い場合は**小手術**等も行う。また、必要に応じて**リハビリ**を行う。

なお、各医療機関の機能・役割を画一的に決めることはできないが、**概ね以下のような機能**を中心に担う。

- ・「地域で高度な医療を支える柱となる病院」とともに、一定の**休日・夜間の二次救急患者を受け入れる**。
- ・日中の二次救急患者の受入れを含む**サブアキュート機能**や他病院等と連携した**退院支援機能**を中心に担う。
- ・急性期症状を脱した患者で身体機能が低下している場合に対する**ポストアキュート機能（リハビリ等）**を担う。

回復期（サブアキュート・ポストアキュート等）需要の増加が今後も予想され、回復期機能を強化していくことが望まれる。

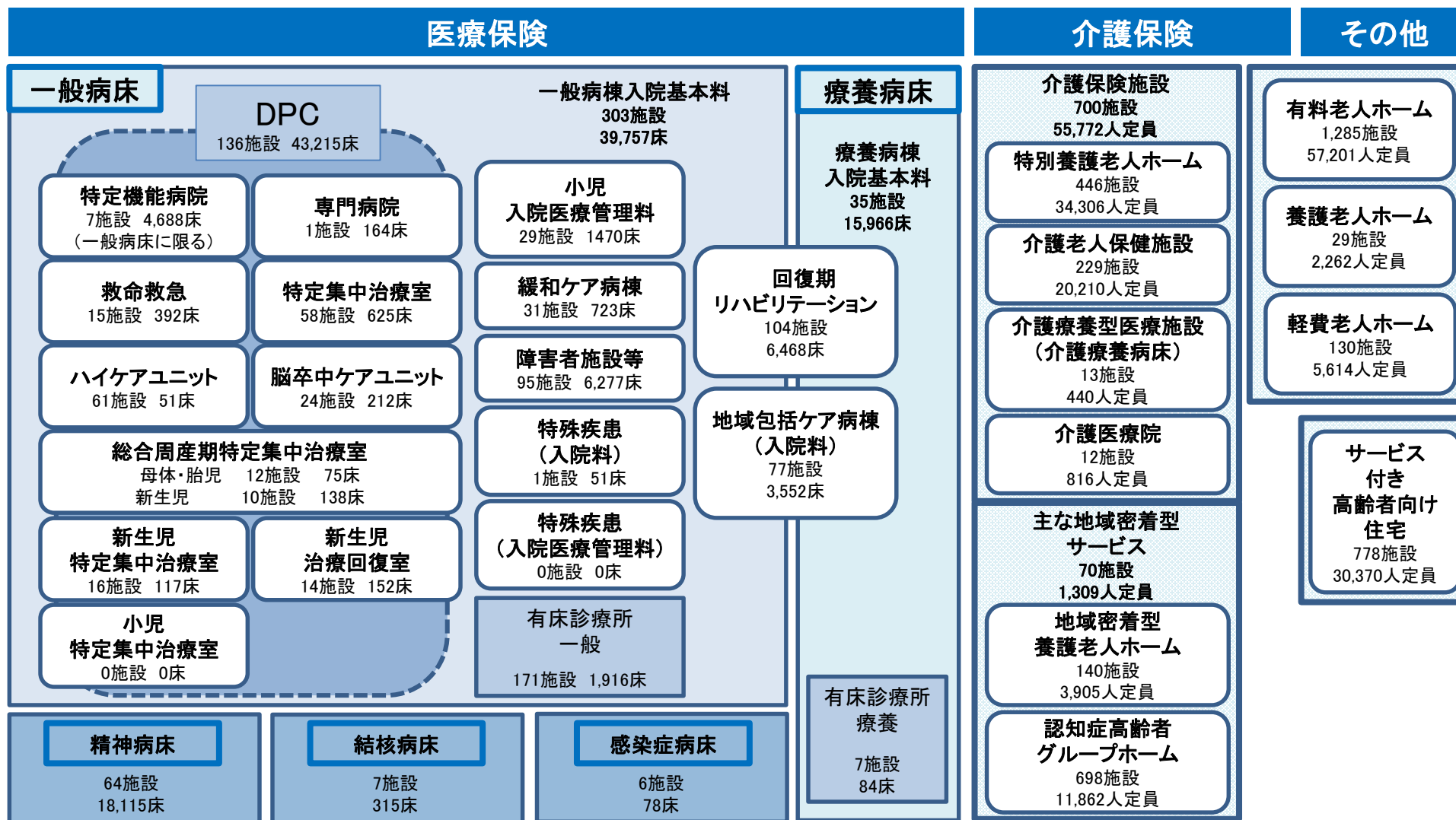
② 大阪府の医療提供体制 の概要

(1) 令和3年度病床機能報告結果等

(2) 令和4年度病院プラン結果

②(1) 病床機能報告結果等①(医療介護提供体制)

医療・介護提供体制は、多くの機能を有する施設から構成されている



参照：「医療保険」病床機能報告（2021年7月1日時点）ただし、次項目は右記のとおり、精神病床・結核病床・感染症病床（大阪府健康医療部資料（2021年10月31日時点））

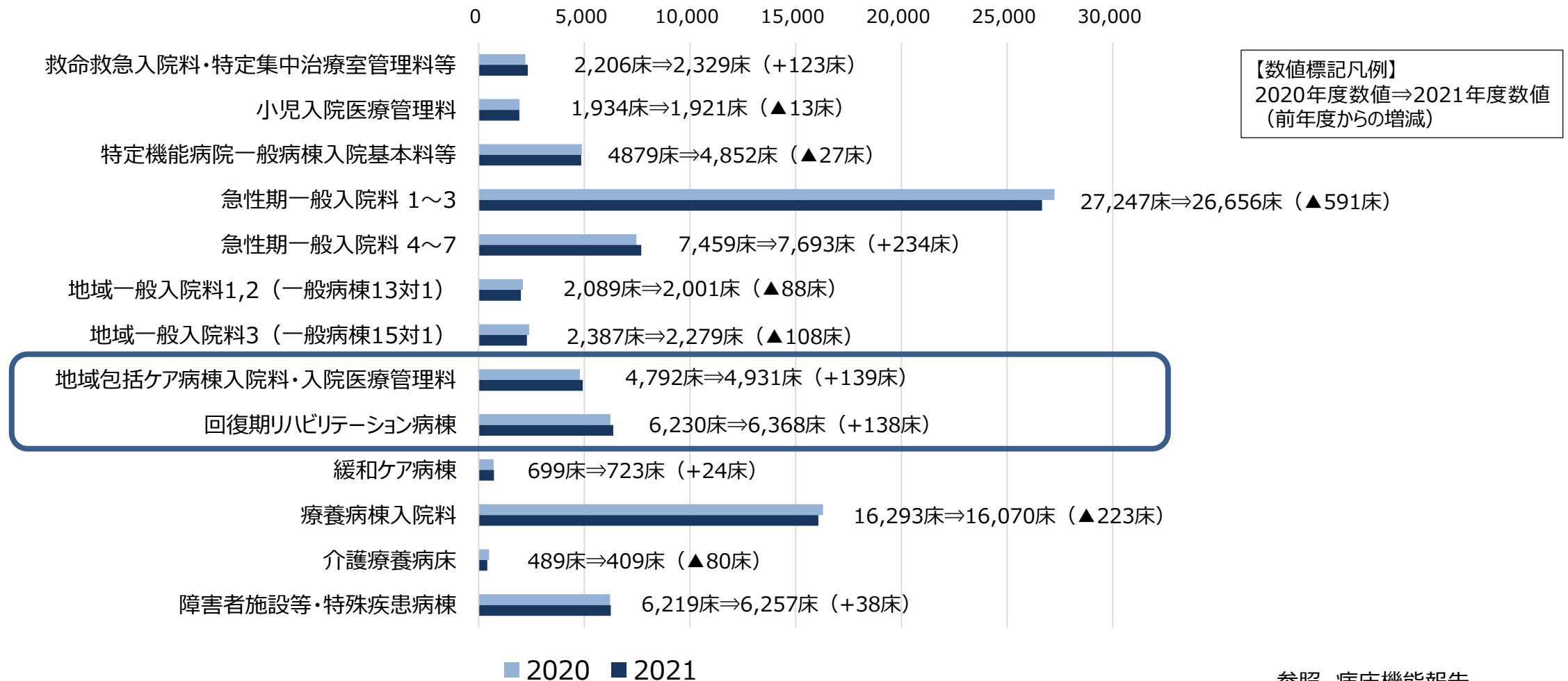
「介護保険・その他」大阪府福祉部資料（認知症高齢者グループホームの施設数は2022年4月1日時点、定員数は2021年3月31日時点、

有料老人ホームは2022年10月1日時点、サービス付き高齢者向け住宅は2022年4月30日時点、その他施設は2022年4月1日時点）

②(1) 病床機能報告結果等②(入院料別の経年変化)

地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟は、増加傾向にある

●入院料別報告病床数の推移



②(1) 病床機能報告結果等③(病床機能分化の状況)

病床数の必要量における回復期機能を担う病床数の確保には、
約6.6%程度同機能への転換が必要と推計される

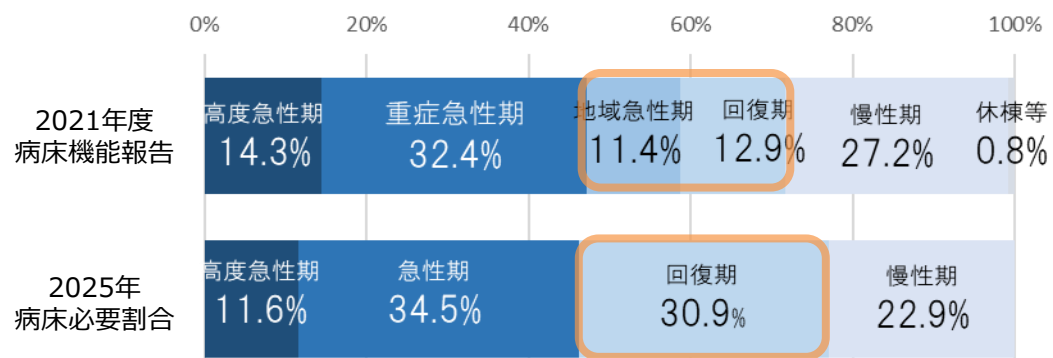
● 病床機能報告と病床数の必要量の比較

区分	年度	高度急性期	急性期	重症急性期	急性期(不明)	地域急性期	回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
病床数の必要量	2013	10,562	28,156				23,744	24,157			86,619
病床機能報告	2014	11,587	43,635				7,262	22,987	604	5,005	91,080
病床機能報告	2015	11,334	42,276				8,061	23,760	773	4,390	90,594
病床機能報告	2016	12,053	41,758				8,072	24,225	809	3,108	90,025
病床機能報告	2017	13,080	41,098	28,788	1,093	11,217	8,890	25,089	773	155	89,085
病床機能報告	2018	13,307	39,581	29,174	251	10,156	10,094	25,116	944	47	89,089
病床機能報告	2019	12,626	39,433	32,220	285	6,928	10,904	24,120	870	470	88,423
病床機能報告	2020	12,612	39,134	31,976	283	6,875	11,179	23,565	759	1,290	88,539
病床機能報告	2021	12,534	39,429	28,470	916	10,043	11,298	23,875	722	117	87,975
病床数の必要量【既存病床数内※】	2025	10,221	30,385				27,192	20,178			87,975
病床数の必要量【オリジナル】	2025	11,789	35,047				31,364	23,274			101,474

※需要推計で算出した2025年の病床数の必要量における各病床機能区分の割合を、既存病床数に乘じ、算出した値。

参照 病床機能報告

● 病床機能報告 (2021年度) と病床数の必要量 (2025年) の割合の比較



サブアキュート・ポストアキュート・リハビリ機能
現状と将来必要となる病床機能の割合の比較

① 病床機能報告 (地域急性期 + 回復期)

2021年度 24.3%

② 病床数の必要量 (回復期)

30.9%

割合の差
6.6%(約5,800床)
※2020年度の約10%
から4%改善

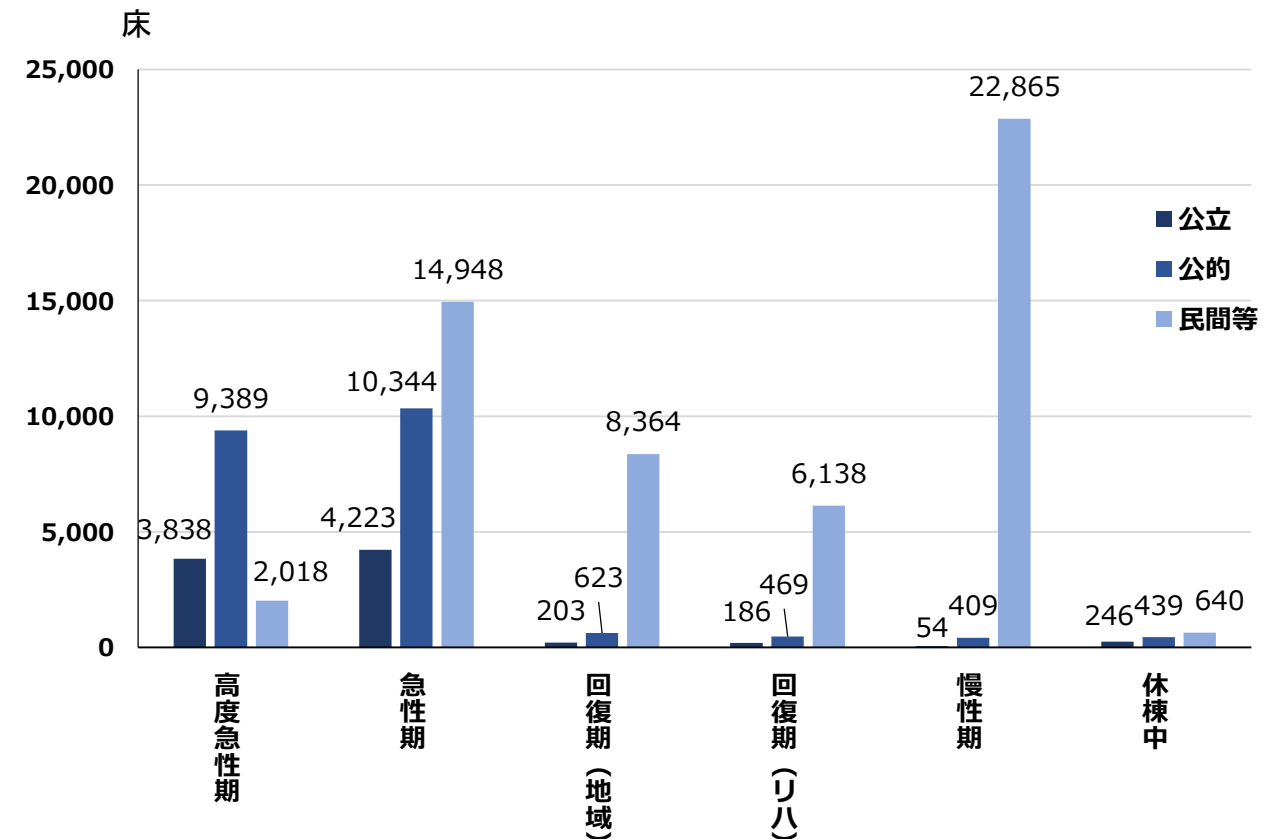
② (2) 令和4年度病院プラン結果①(公民別の病床機能別病床数)

回復期・慢性期において、民間病院等が有する病床数が特に多い

●病院プラン提出状況

公立・公的・民間等	対象病院数	提出病院数	提出率
公立	22	22	100%
公的	48	48	100%
民間等	396	395	99.7%
合計	466	465	99.8%

●病床機能別病床数

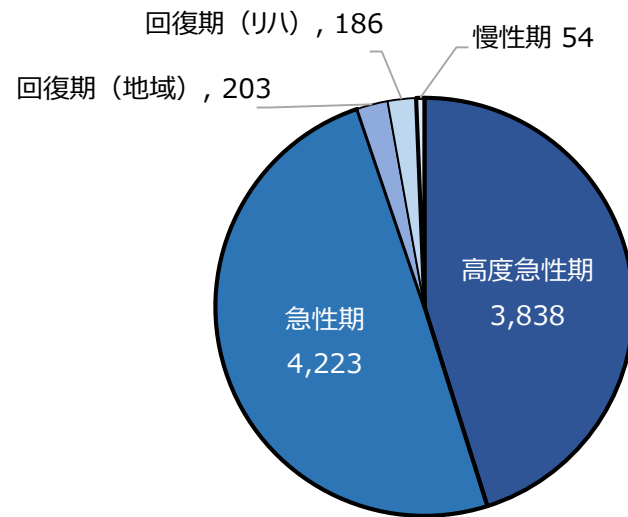


②(2) 令和4年度病院プラン結果②(公民別病床機能の割合)

病床機能は、公立・公的病院では高度急性期及び急性期、民間等病院では回復期及び慢性期の割合が高くなっている

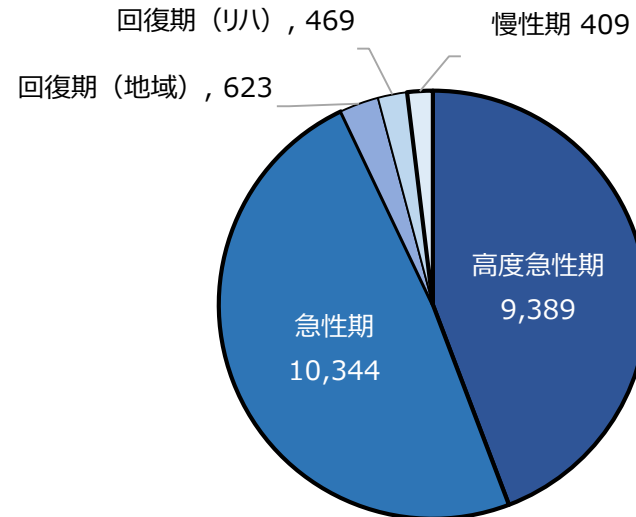
- 公民別病床数の病床機能別割合 (病院プラン等提出 465病院)

<公立> (22病院)



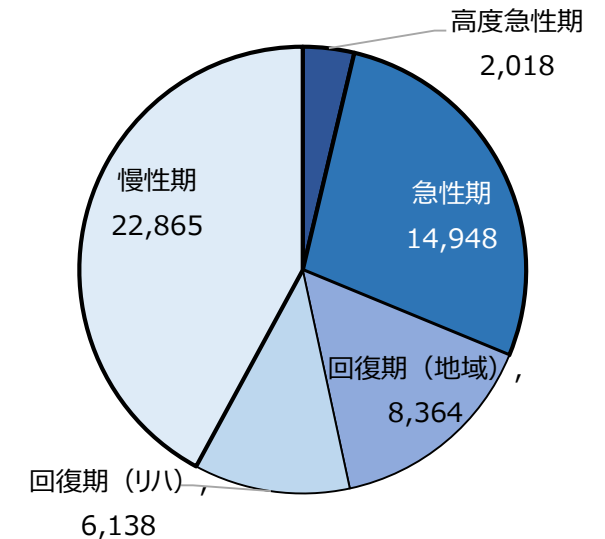
病床数 (合計)
8,504床
(※休棟中除く)

<公的> (48病院)



病床数 (合計)
21,234床
(※休棟中除く)

<民間等> (395病院)



病床数 (合計)
54,333床
(※休棟中除く)

② (2) 令和4年度病院プラン結果③(二次医療圏別 府が設定した報告基準の一致率)

府が設定した病床機能の基準に対し

病院が報告した病床機能の一致率は約9割となっている

● 病床機能の報告 二次医療圏別 病院の報告基準一致率 (有するすべての病棟の報告について府の基準と一致しているか。)

二次医療圏	医療機関数 (A)	病床機能の報告状況				一致率 (B)/(A)-(C)	未提出 医療機関数
		基準に基づく 報告(B)	基準に基づかない 報告*	基準に係る項目 の報告不備*	全病床 休床中(C)		
豊能	42	37	5	0	0	88.1%	1
三島	31	29	2	0	0	93.5%	0
北河内	56	51	4	0	1	92.7%	0
中河内	31	30	1	0	0	96.8%	0
南河内	36	34	2	0	0	94.4%	0
堺市	38	36	2	0	0	94.7%	0
泉州	58	52	4	0	2	92.9%	0
大阪市	173	147	26	0	0	85.0%	0
北部	37	28	9	0	0	75.7%	0
東部	63	58	5	0	0	92.1%	0
西部	27	21	6	0	0	77.8%	0
南部	46	40	6	0	0	87.0%	0
合計	465	416	46	0	3	90.0%	1

※「基準に基づかない報告」と「基準に係る項目の報告不備」では重複している病院あり

参照：令和4年度病院プラン（速報値：12月23日現在）

② (2) 令和4年度病院プラン結果③(二次医療圏別 府が設定した報告基準の一致率)

府が設定した病床機能の基準に対し

病棟別の病床機能の報告一致率は9割以上となっている

● 病床機能の報告 二次医療圏別 病棟別報告基準一致率

二次医療圏	病棟数 (A)	病床機能の報告状況				一致率 (B)/(A)-(C)
		基準に基づく 報告(B)	基準に基づかない 報告	基準に係る項目 の報告不備	休棟中(C)	
豊能	231	218	7	0	6	96.9%
三島	156	141	14	0	1	91.0%
北河内	241	233	4	0	4	98.3%
中河内	138	135	1	0	2	99.3%
南河内	153	151	2	0	0	98.7%
堺市	215	209	2	0	4	99.1%
泉州	217	209	4	0	4	98.1%
大阪市	791	730	43	0	18	94.4%
北部	200	179	17	0	4	91.3%
東部	248	233	11	0	4	95.5%
西部	137	129	7	0	1	94.9%
南部	206	189	8	0	9	95.9%
合計	2,142	2,026	77	0	39	96.3%

② (2) 令和4年度病院プラン結果③(二次医療圏別 府が設定した報告基準の一致率)

府が設定した病床機能の基準に対する一致率は、入院料によってばらつきがある

● 病床機能の報告 入院料別報告基準一致率①

入院基本料・特定入院料	病床機能 (基準を設定 した機能)	病棟数 (A)	病床機能の報告状況				病床数	一致率 (B)/(A)-(C)
			基準に基づく 報告(B)	基準に基づ かない報告	基準に係る 項目の報告 不備	休棟中 (C)		
救命救急入院料 1～4 特定集中治療室管理料 1～4 ハイケアユニット入院医療管理料 1～2 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	高度急性期	264	260	0	0	4	2,385	100.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期	155	154	0	0	1	6,847	100.0%
緩和ケア病棟入院料	回復期	32	28	3	0	1	723	90.3%
療養病棟入院基本料 療養病棟特別入院基本料	慢性期	337	336	0	0	1	16,151	100.0%
介護療養病床	慢性期	9	9	0	0	0	331	100.0%
障害者施設等入院基本料	慢性期	143	142	1	0	0	6,743	99.3%
特殊疾患病棟入院料 特殊疾患入院医療管理料	慢性期	1	1	0	0	0	51	100.0%
特定機能病院 7対1 入院基本料	高度急性期 急性期	112	96	15	0	1	4,673	86.5%
専門病院 7対1 入院基本料		0	0	0	0	0	0	-
小児入院医療管理料 1～3		44	44	0	0	0	1,413	100.0%
小児入院医療管理料 4～5		1	1	0	0	0	10	100.0%
急性期一般入院料 1～3		646	619	26	0	1	28,643	96.0%

② (2) 令和4年度病院プラン結果③(二次医療圏別 府が設定した報告基準の一致率)

府が設定した病床機能の基準に対する一致率は、入院料によってばらつきがある

● 病床機能の報告 入院料別報告基準一致率②

入院基本料・特定入院料	病床機能 (基準を設定 した機能)	病棟数 (A)	病床機能の報告状況				病床数	一致率 (B)/(A)-(C)
			基準に基づく 報告(B)	基準に基づ かない報告	基準に係る 項目の報告 不備	休棟中 (C)		
特定機能病院10対1入院基本料	急性期 回復期	0	0	0	0	0	0	-
専門病院10対1入院基本料		3	3	0	0	0	164	100.0%
急性期一般入院料4～7		176	149	25	0	2	7,951	85.6%
専門病院13対1入院基本料	急性期 回復期 慢性期	0	0	0	0	0	0	-
地域一般入院料1～2		45	42	2	0	1	2,052	95.5%
特定一般病棟入院料		0	0	0	0	0	0	-
地域包括ケア病棟入院料1～4 地域包括ケア入院医療 管理料1～4		102	98	2	0	2	4,301	98.0%
地域一般入院料3	回復期 慢性期	42	40	2	0	0	1,942	95.2%
一般病棟特別入院基本料		3	3	0	0	0	73	100.0%
合計		2,115	2,025	76	0	14	84,453	96.4%

診療報酬上及び介護報酬上の入院料の届出なしの病床		1					53	
休棟中		25	0	0	0	25	870	
入院料未報告等		0	0	0	0	0	0	

② (2) 令和4年度病院プラン結果④(病床機能別病床数)

病院からの報告による病床数と報告基準に基づく病床数に大きな差はないが、
病床機能によってばらつきがある

● 病床機能別病床数

(「病院からの報告による病床数の合計」と「府の報告基準に基づく病床機能別病床数の合計」)

	病院からの報告による 病床数の合計 (A)	府の報告基準に基づく 病床機能別病床数の合計 (B)	差 (A)-(B)
高度急性期	15,245 床	15,145 床	100 床
急性期	29,515 床	28,319 床	1,196 床
回復期	15,983 床	17,302 床	▲ 1,319 床
地域	9,190 床	10,509 床	▲ 1,319 床
リハ	6,793 床	6,793 床	0 床
慢性期	23,328 床	23,252 床	76 床
休棟中	1,325 床	1,325 床	0 床
分類不能	0 床	53 床	▲ 53 床
合計	85,396 床	85,396 床	0 床

※：入院料を選択している場合でも、病床機能を「休棟中」と選択している場合は、
府の報告基準に基づく病床機能においても「休棟中」で計上

② (2) 令和4年度病院プラン結果⑤(病院機能分類結果概要)

病院機能の見える化を図ることにより、今後の機能分化の議論の活性化を図る

●病院機能分類の結果

	医療 機関数	許可 病床数	高度 急性期	急性期	回復期 (地域)	回復期 (リハ)	慢性期	休棟中	分類不能
特定機能病院	7	5,544 床	4,501 床	880 床	0 床	0 床	0 床	163 床	0 床
急性期病院	101	24,771 床	7,976 床	15,976 床	315 床	33 床	60 床	411 床	0 床
急性期ケア ミックス型病院	128	27,062 床	2,768 床	12,659 床	3,331 床	3,339 床	4,386 床	579 床	0 床
地域急性期病院	28	1,849 床	0 床	0 床	1,752 床	0 床	60 床	37 床	0 床
後方支援ケア ミックス型病院	80	13,146 床	0 床	0 床	3,782 床	2,017 床	7,289 床	58 床	0 床
回復期リハビリ 病院	14	1,404 床	0 床	0 床	0 床	1,404 床	0 床	0 床	0 床
慢性期病院	104	11,543 床	0 床	0 床	10 床	0 床	11,533 床	0 床	0 床
分類不能 (全床休棟中)	3	77 床	0 床	0 床	0 床	0 床	0 床	77 床	0 床
合計	465	85,396 床	15,245 床	29,515 床	9,190 床	6,793 床	23,328 床	1,325 床	0 床

② (2) 令和4年度病院プラン結果⑥(新型コロナウイルス感染症受入病床の状況)

新型コロナの受入病床を確保する病院は、
急性期病院、急性期ケアミックス型病院で約80%を占めている

●新型コロナ受入病床の状況（12月23日現在）

	医療機関数				確保病床数		
	医療機関数	重症拠点病院	中等症・重症病院	軽症中等症病院	重症	軽症中等症	
特定機能病院	7	5	1	1	146床	109床	37床
急性期病院	75	2	34	39	2,276床	327床	1,949床
急性期ケアミックス型病院	98	1	22	75	1,938床	118床	1,820床
地域急性期病院	5	0	0	5	54床	0床	54床
後方支援ケアミックス型病院	25	0	0	25	236床	0床	236床
回復期リハビリ病院	0	0	0	0	0床	0床	0床
慢性期病院	10	0	1	9	165床	5床	160床
合計	220	8	58	154	4,815床	559床	4,256床

③ 患者受療状況

(1) MDC別患者流出入状況

(2) MDC別診療実績の推移(DPC)

(3) 地域医療構想における推計値と入院実績(報告分)の比較

③ (1) MDC別患者流出入状況

二次医療圏によって、部位別の流出入状況は異なっている

●患者流出入状況 二次医療圏別一覧 (※5%以上の流出：○、5%以内の流出：△、空欄：流入)

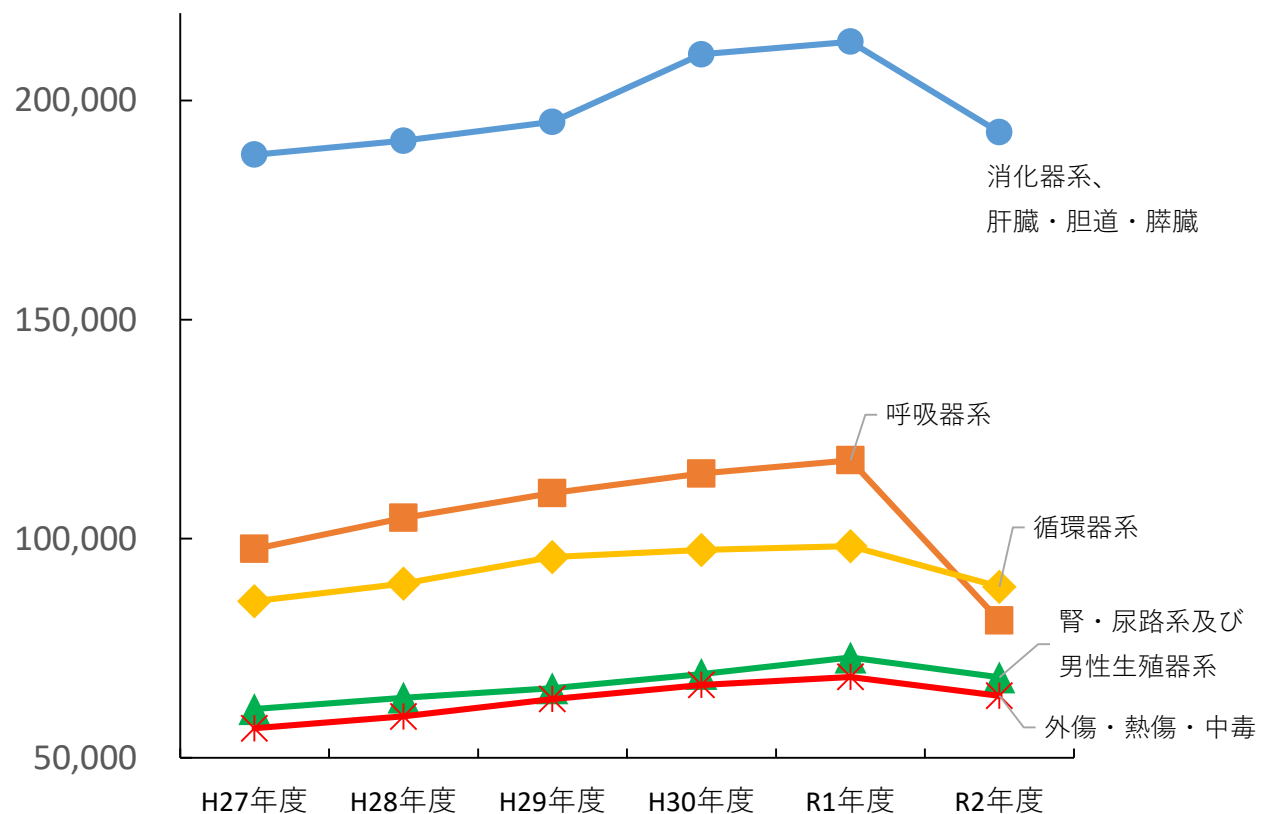
二次医療圏	MDC01 神経	MDC02 眼科	MDC03 耳鼻咽喉科	MDC04 呼吸器	MDC05 循環器	MDC06 消化器・肝 胆膵	MDC07 筋骨格	MDC08 皮膚等	MDC09 乳房	MDC10 内分泌等	MDC11 泌尿器等	MDC12 女性器等	MDC13 血液等	MDC14 新生児等	MDC15 小児	MDC16 外傷等
豊能						△		△							○	○
三島	○	○	○	○	○	△	○	○	○	○	△		○	△		○
北河内	○	△	○	○	○	○		○	○	○	△	○	○	○	○	△
中河内	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
南河内													△		△	
堺市	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
泉州	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					○
大阪市																

参照：厚生労働省 令和2年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

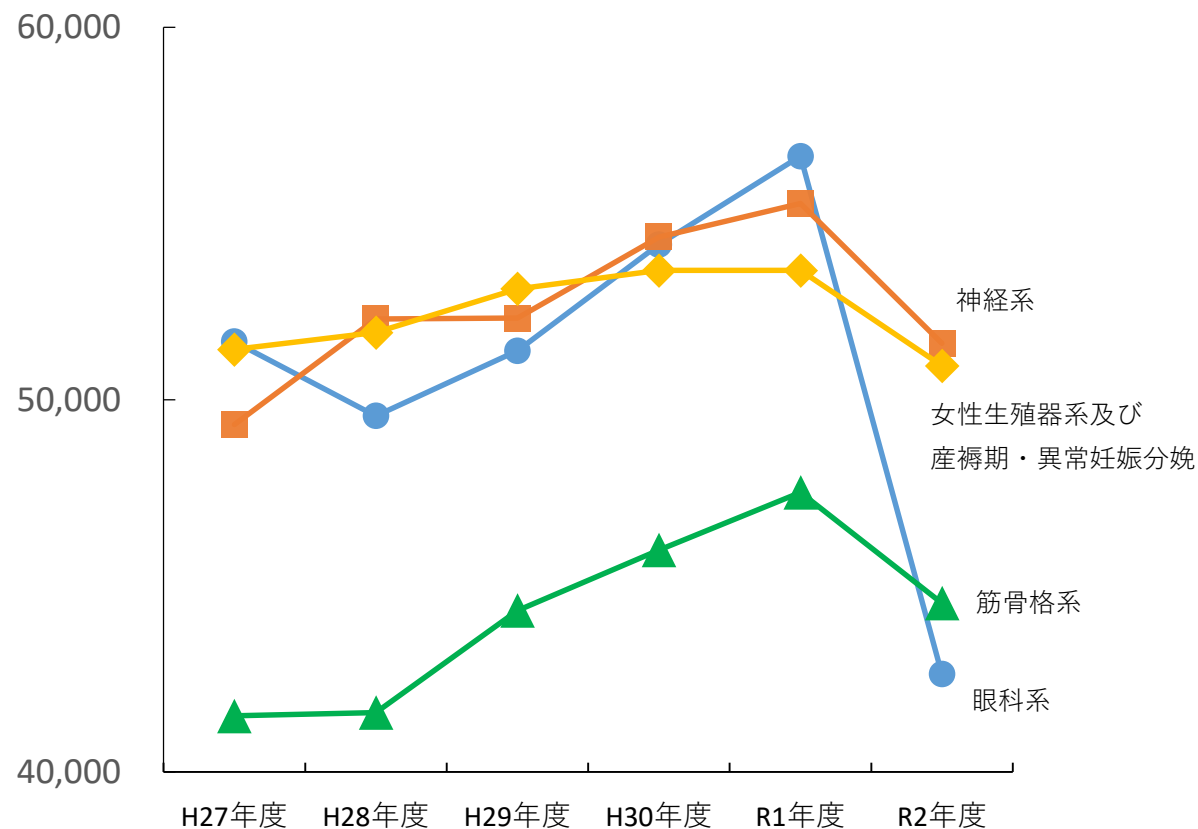
③ (2) MDC別診療実績の推移①(DPC)

多くの部位において令和元年度までは需要は増加傾向であったが、
 コロナ禍となった令和2年度に減少している

● 診療実績概ね50,000件以上



● 診療実績概ね40,000～60,000件未満

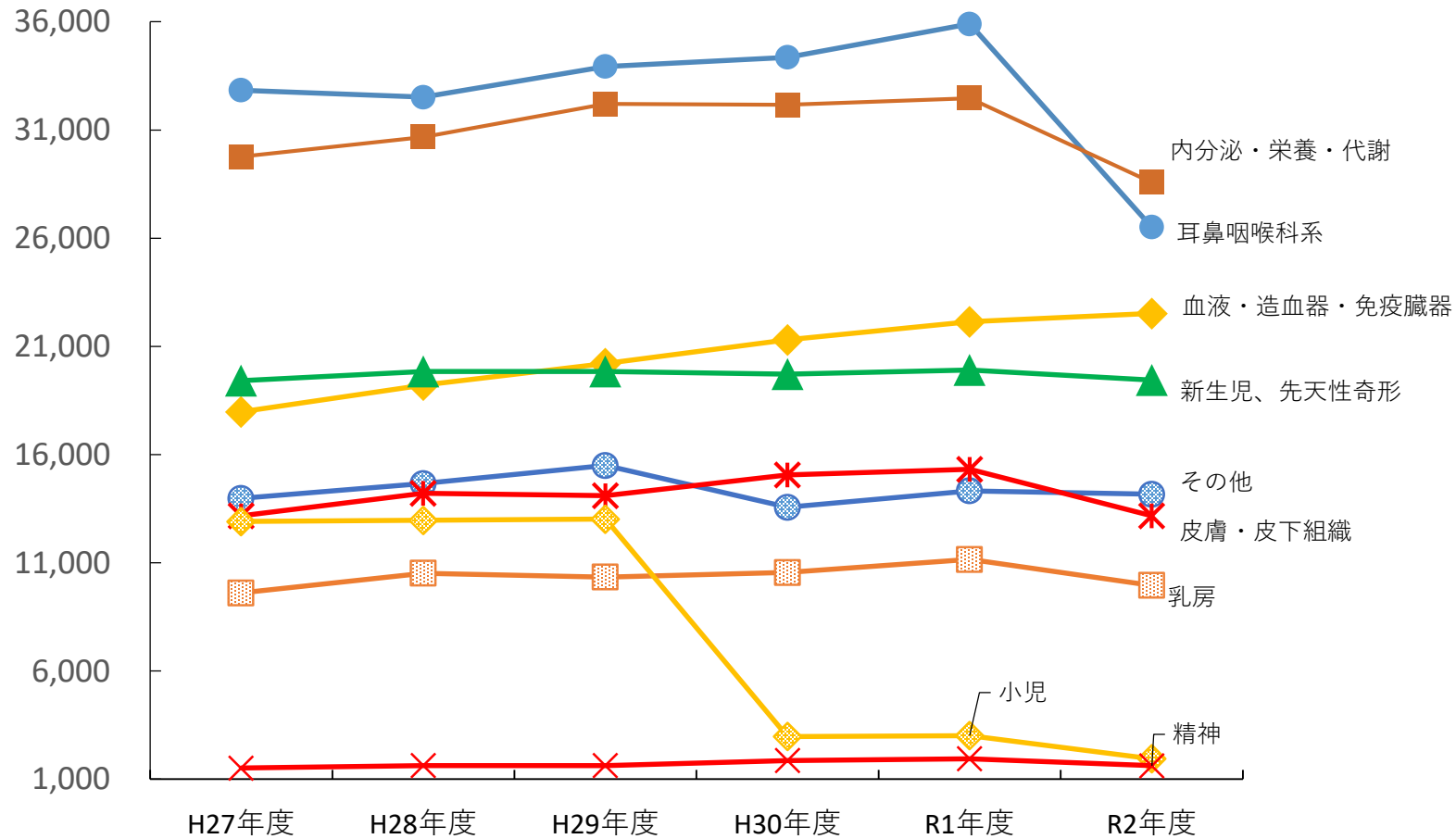


参照：厚生労働省 DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

③ (2) MDC別診療実績の推移②(DPC)

多くの部位において令和元年度までは需要は増加傾向であったが、
 コロナ禍となった令和2年度に減少している

● 診療実績 36,000件以下

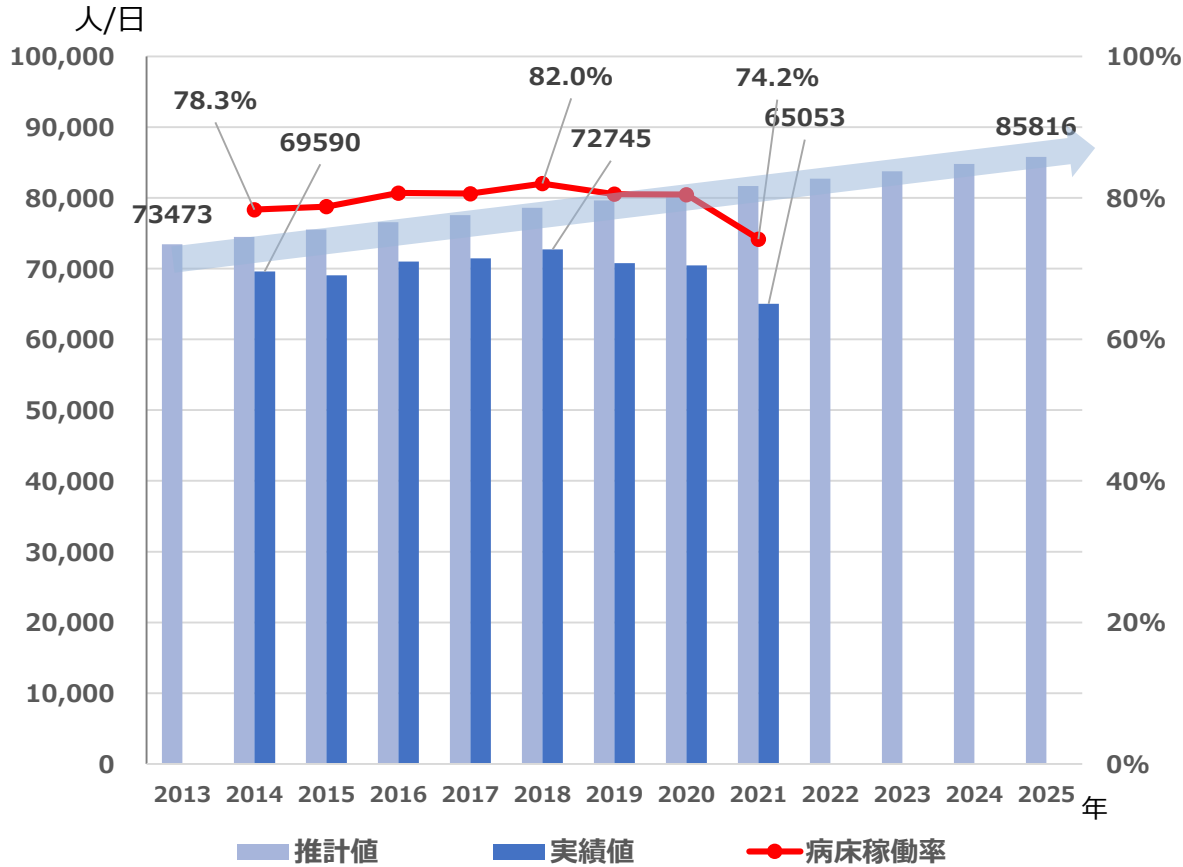


参照：厚生労働省 DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

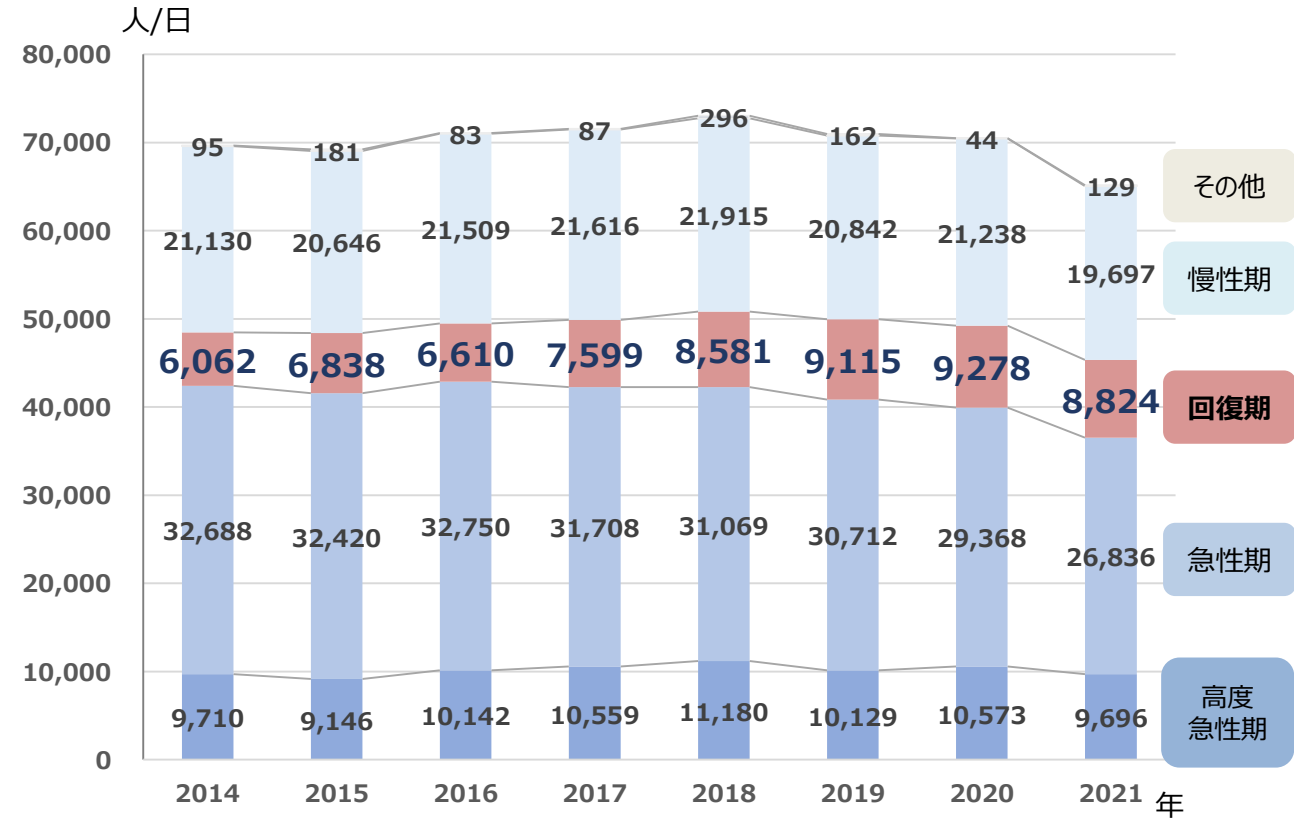
③ (3) 地域医療構想における推計値と入院実績（報告分）の比較①

1日当たりの入院実績(報告分)は、コロナ禍以降減少傾向に転じている

●入院患者数推移（1日当たりの在院患者数）



●4機能別入院患者数推移（1日当たりの在院患者数）



<出典>

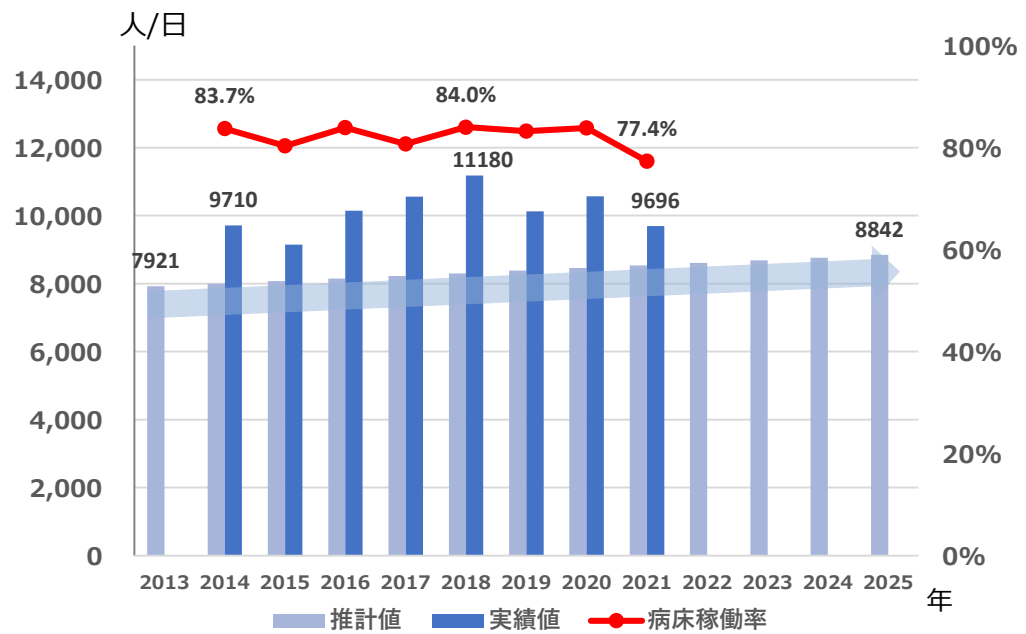
推計値：2016年地域医療構想策定による推計値、実績値及び病床稼働率：病床機能報告

<2021年/2014年比> 合計 0.93倍
 高度急性期 1.00倍 急性期 0.82倍
 回復期 1.46倍 慢性期 0.93倍

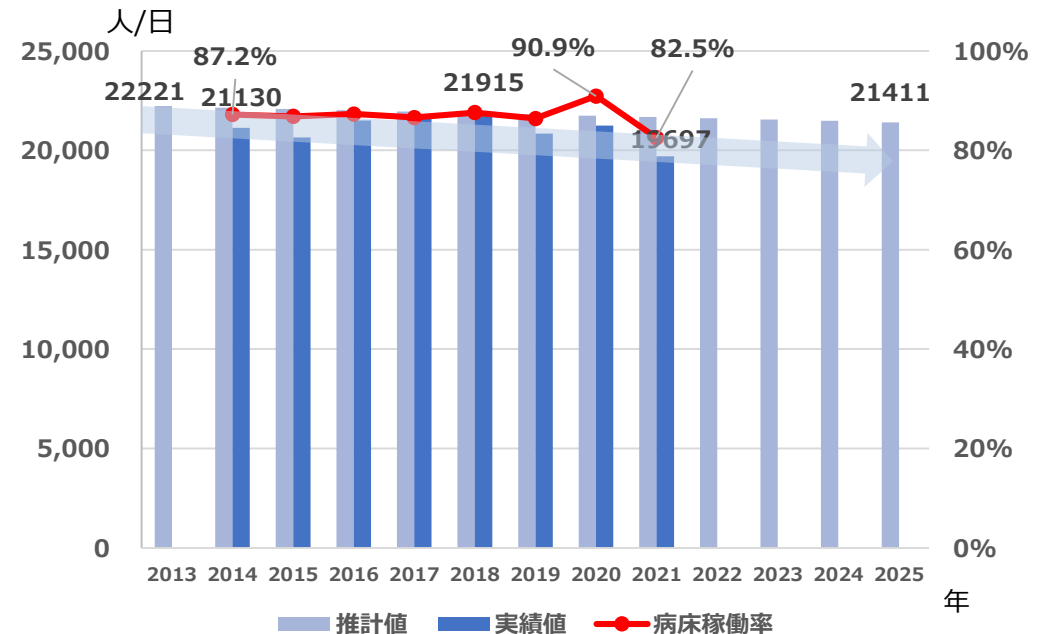
③ (3) 地域医療構想における推計値と入院実績（報告分）の比較②

1日当たりの入院実績(報告分)は、高度急性期において、推計値を上回り推移し、慢性期において、推計値を下回り推移している

●高度急性期（1日当たりの在院患者数）

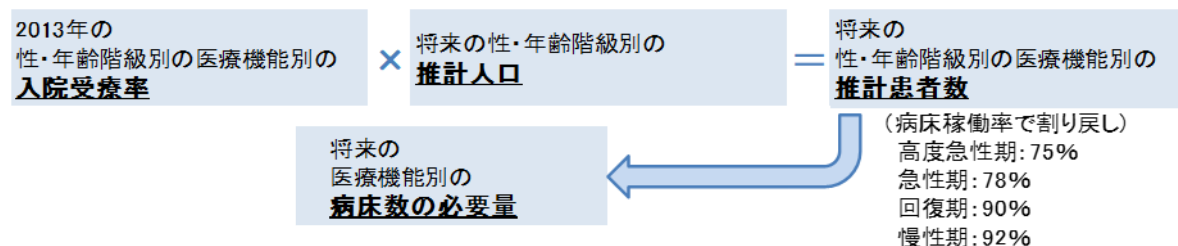


●慢性期（1日当たりの在院患者数）



<出典> 推計値：2016年地域医療構想策定による推計値、実績値・病床稼働率：病床機能報告

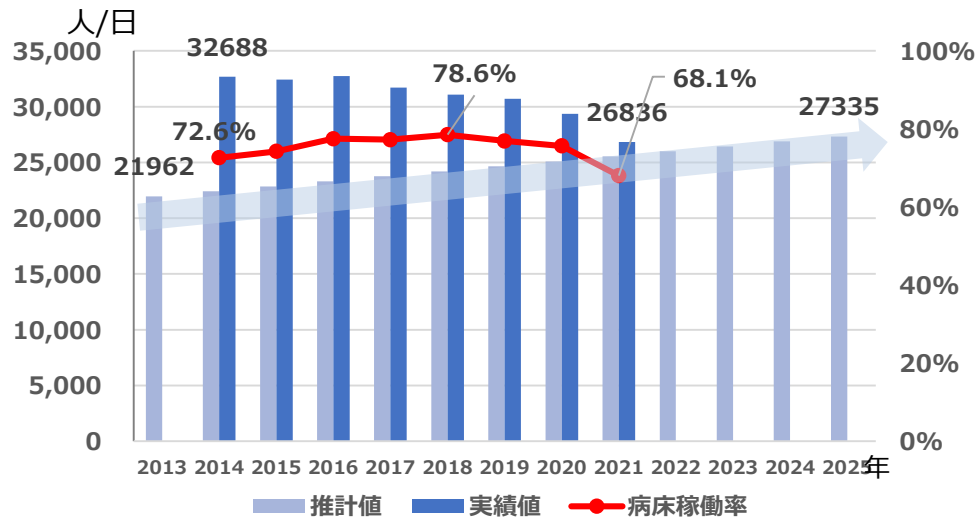
<参考> 地域医療構想における将来の医療需要と病床数の必要量の算出方法



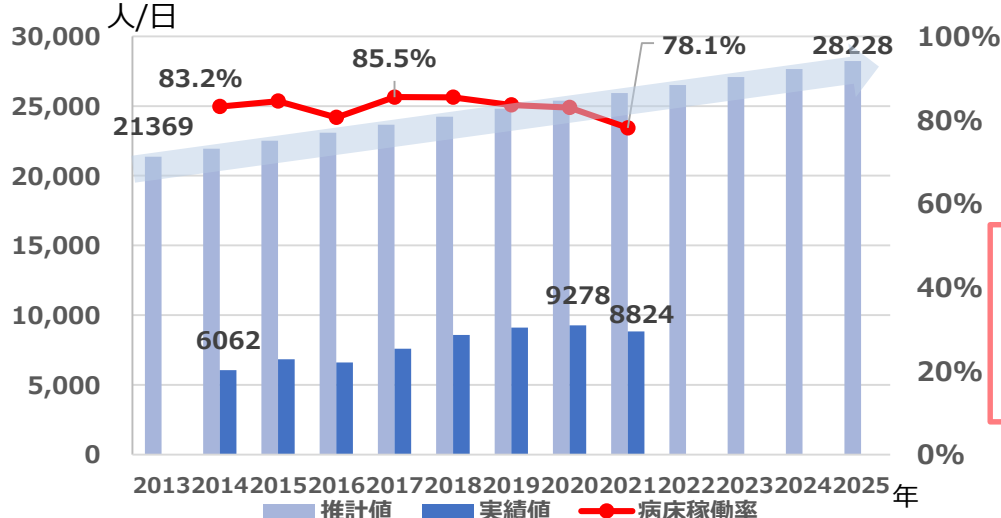
③ (3) 地域医療構想における推計値と入院実績（報告分）の比較③

1日当たりの入院実績(報告分)は、急性期において、推計とは異なり減少傾向で推移し、回復期において、推計を下回っているが、増加傾向にある

●急性期[重症急性期+地域急性期]（1日当たりの在院患者数）



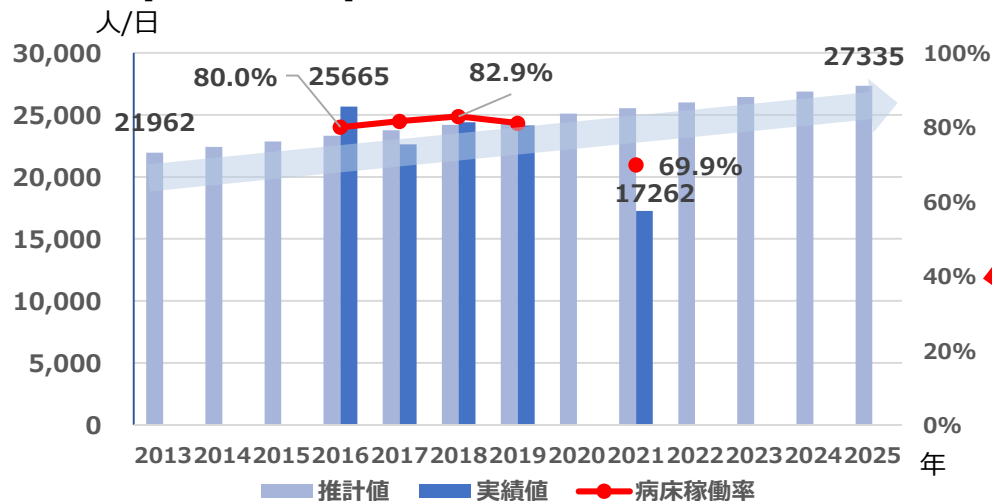
●回復期（1日当たりの在院患者数）



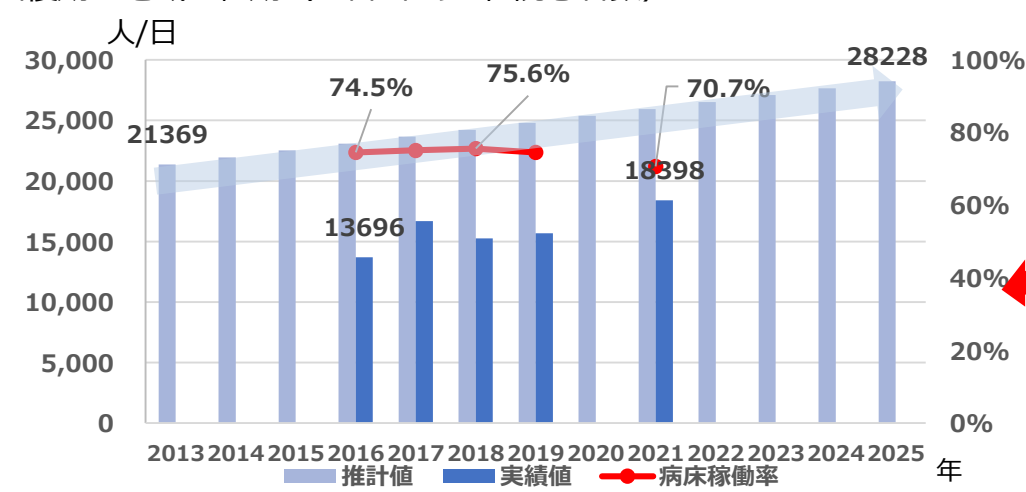
病床機能報告の急性期を重症急性期に限り、より精緻に比較

病床機能報告の地域急性期を回復期に加え、より精緻に比較

●急性期[重症急性期のみ]（1日当たりの在院患者数）

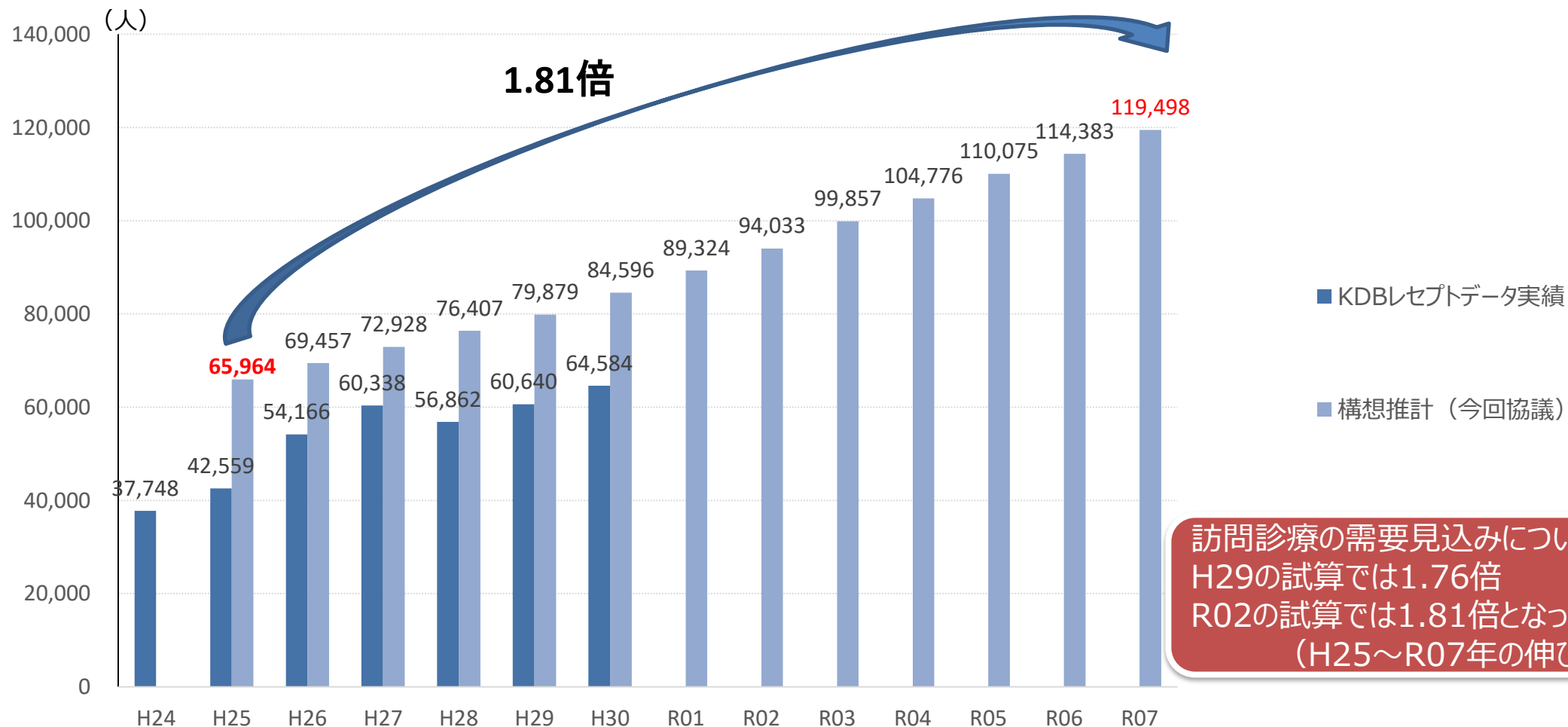


●回復期+地域急性期（1日当たりの在院患者数）



<出典> 推計値：2016年地域医療構想策定による推計値、実績値・病床稼働率：病床機能報告

H28年度診療報酬改定※₂後、推計と実績の傾きは、概ね一致している



訪問診療の需要見込みについて
H29の試算では1.76倍
R02の試算では1.81倍となった。
(H25～R07年の伸び率)

※₁ 訪問診療（在宅医療）の需要推計について

・構想推計：地域医療構想策定支援ツールのレセプトデータ（厚生労働省提供）を基に「在宅患者訪問診療料」が届出された患者数から推計。

・KDB実績：国保データベースのレセプトデータ（厚生労働省提供）から「在宅患者訪問診療料」を算定された月平均患者数を使用。被用者保険及び医療扶助を含まない。

※₂ H28年度診療報酬改定：患者の重症度、訪問回数（同一建物の同一日訪問であるか）に応じて細分化等。

④ 主に高度急性期から急性期となる入院料の概要

(1) 病床の現状

(2) 医療提供状況(SCR)

④ (1) 病床の現状

「救命救急入院料・特定集中治療室管理料等」等の特定入院料と比較し、「特定機能病院一般病棟入院基本料等」や「急性期一般入院料1～3」の稼働率が高くなっている

● 病床の利用状況

入院料区分	大阪府	
	平均在棟日数	病床稼働率
救命救急入院料・特定集中治療室管理料等	4.7日	67.5%
周産期・新生児・小児集中治療室管理料等	10.8日	68.1%
小児入院医療管理料	6.1日	60.0%
特定機能病院一般病棟入院基本料等	10.7日	78.5%
急性期一般入院料1～3	10.4日	75.1%
急性期一般入院料4～7	14.9日	64.8%

「平均在棟日数」「病床稼働率」は病院プランの報告項目（在棟患者延べ数（1年間）の総和等）から算出

$$\text{平均在棟日数} = \frac{\text{各病棟の在棟患者延べ数（1年間）の総和}}{\frac{1}{2} \times [\text{各病棟の新規入棟患者数（1年間）の総和} + \text{各病棟の退棟患者数（1年間）の総和}]}$$

$$\text{病床稼働率} = \frac{\text{各病棟の在棟患者延べ数（1年間）の総和}}{\text{各病棟の許可病床数の総和} \times 365}$$

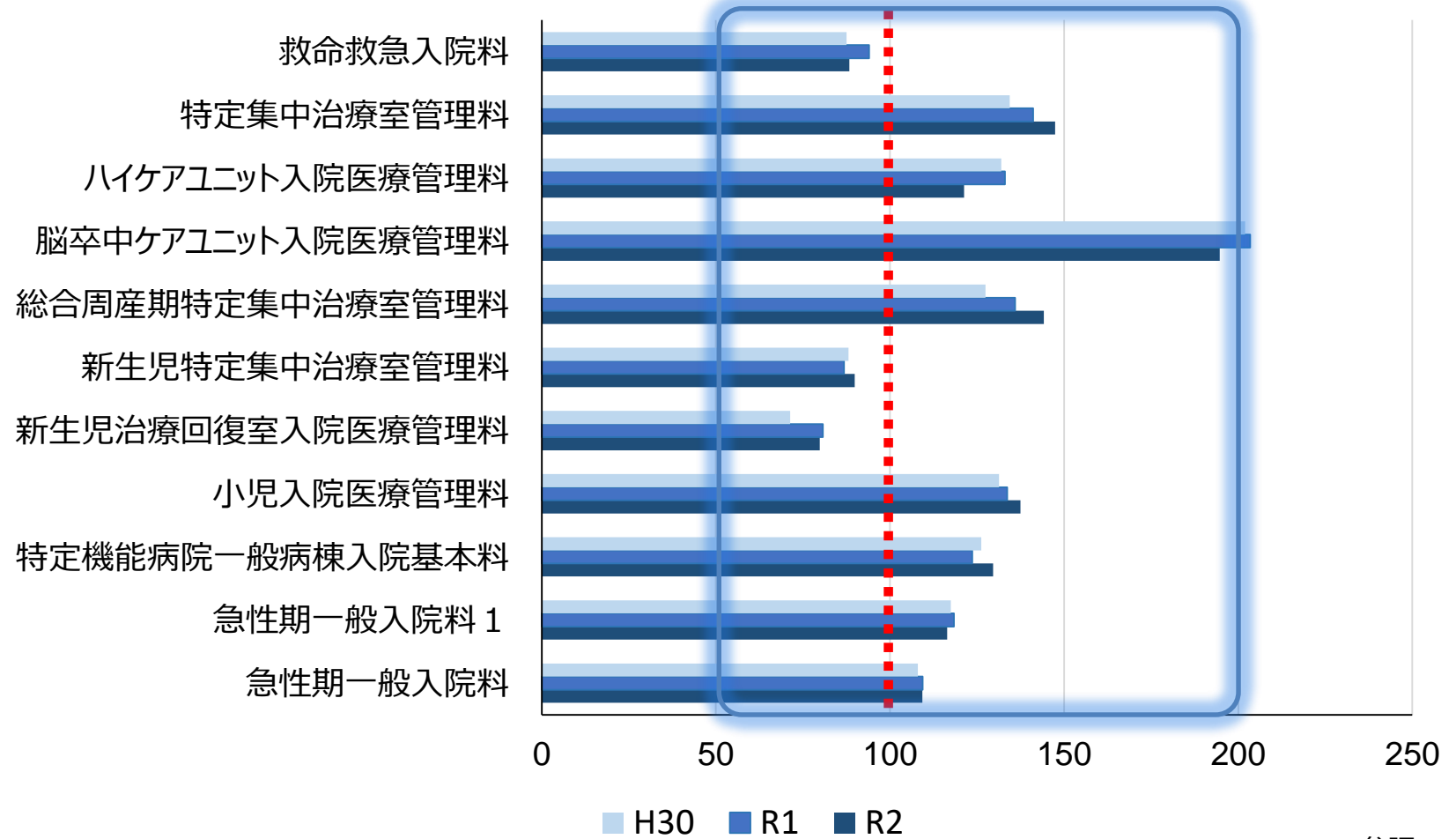
※算出にあたっては、以下の病棟は外れ値とみなし算出から除外

- ・新規入棟患者数（1年間）の総和、在棟延べ患者数（1年間）の総和、退棟患者数（1年間）の総和のいずれかが「0」もしくは「欠損値」となっている病棟
- ・2022（令和4）年7月1日時点の病床機能を「休棟中」で報告している病棟
- ・新規入棟患者数（1年間）の総和または退棟患者数（1年間）の総和が在棟延べ患者数（1年間）の総和を超える病棟
- ・病床稼働率が200%を超える病棟

④ (2) 医療提供状況 (SCR)

SCRデータでは50～200の範囲に含まれており、
医療提供実績が極端に低い入院料は見受けられない

● 入院基本料別SCR



参照：内閣府 SCRデータ

【参考】<SCR（NDBデータ）の概要>

- レセプト情報等を集約したNDB（National Data Base）を活用し、各診療行為（診療報酬の算定回数）の地域差を「見える化」
- 各都道府県の年齢構成の違いを調整し、レセプトの出現比（SCR）として指数化（全国平均と同じ診療回数が行われた場合には指数が100となる）

SCR（Standardized Claim data Ratio）とは

全国の性・年齢階級別レセプト出現率を対象地域に当てはめた場合に計算により求められる期待されるレセプト件数と実際のレセプト件数とを比較したもの。年齢構成の異なる地域間の比較に用いられSCRが100以上の場合は全国平均より当該項目の件数が多いとされる。

$$\begin{aligned} \text{SCR} &= \frac{\sum \text{性・年齢階級別レセプト実数}}{\sum \text{性・年齢階級別レセプト期待数}} \times 100 \\ &= \frac{\sum \text{性・年齢階級別レセプト数}}{\sum (\text{各地域の性・年齢階級別人口} \times \text{全国の性・年齢階級別レセプト出現率})} \times 100 \end{aligned}$$

（NDB集計対象データ）

※医療機関所在地ベースの集計であり、流出入は考慮していない

※公費単独（生活保護等）は含まれていない

⑤ 主に急性期から回復期となる 入院料の概要

(1) 病床の現状

(2) 医療提供状況(SCR)

⑤ (1) 病床の現状

「回復期リハビリテーション病棟入院料」稼働率は他の入院料と比較して高くなっている

● 病床の利用状況

入院料区分	大阪府	
	平均在棟日数	病床稼働率
地域一般入院料 1・2 (13対1)	21.9日	65.0%
地域一般入院料 3・一般病棟特別入院基本料 (15対1)	29.7日	58.3%
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料	25.3日	74.4%
回復期リハビリテーション病棟入院料	57.9日	88.0%
緩和ケア病棟入院料	22.4日	70.2%

「平均在棟日数」「病床稼働率」は病院プランの報告項目（在棟患者延べ数（1年間）の総和等）から算出

$$\text{平均在棟日数} = \frac{\text{各病棟の在棟患者延べ数（1年間）の総和}}{\frac{1}{2} \times [\text{各病棟の新規入棟患者数（1年間）の総和} + \text{各病棟の退棟患者数（1年間）の総和}]}$$

$$\text{病床稼働率} = \frac{\text{各病棟の在棟患者延べ数（1年間）の総和}}{\text{各病棟の許可病床数の総和} \times 365}$$

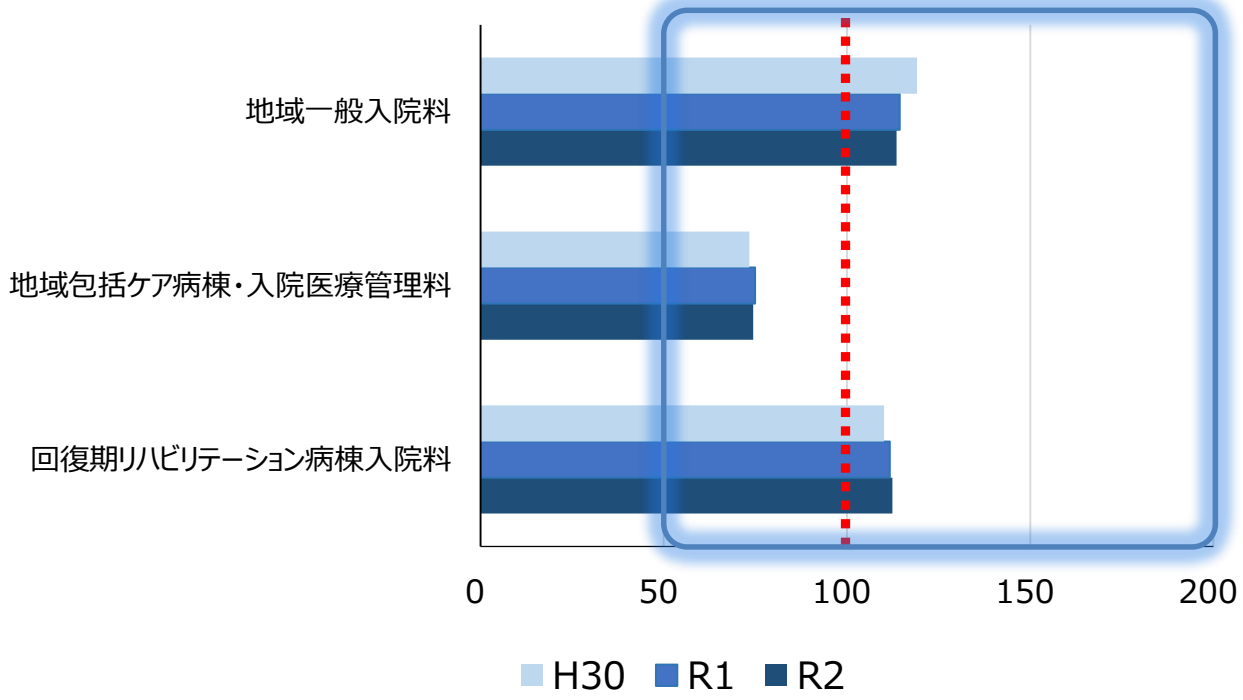
※算出にあたっては、以下の病棟は外れ値とみなし算出から除外

- ・新規入棟患者数（1年間）の総和、在棟延べ患者数（1年間）の総和、退棟患者数（1年間）の総和のいずれかが「0」もしくは「欠損値」となっている病棟
- ・2022（令和4）年7月1日時点の病床機能を「休棟中」で報告している病棟
- ・新規入棟患者数（1年間）の総和または退棟患者数（1年間）の総和が在棟延べ患者数（1年間）の総和を超える病棟
- ・病床稼働率が200%を超える病棟

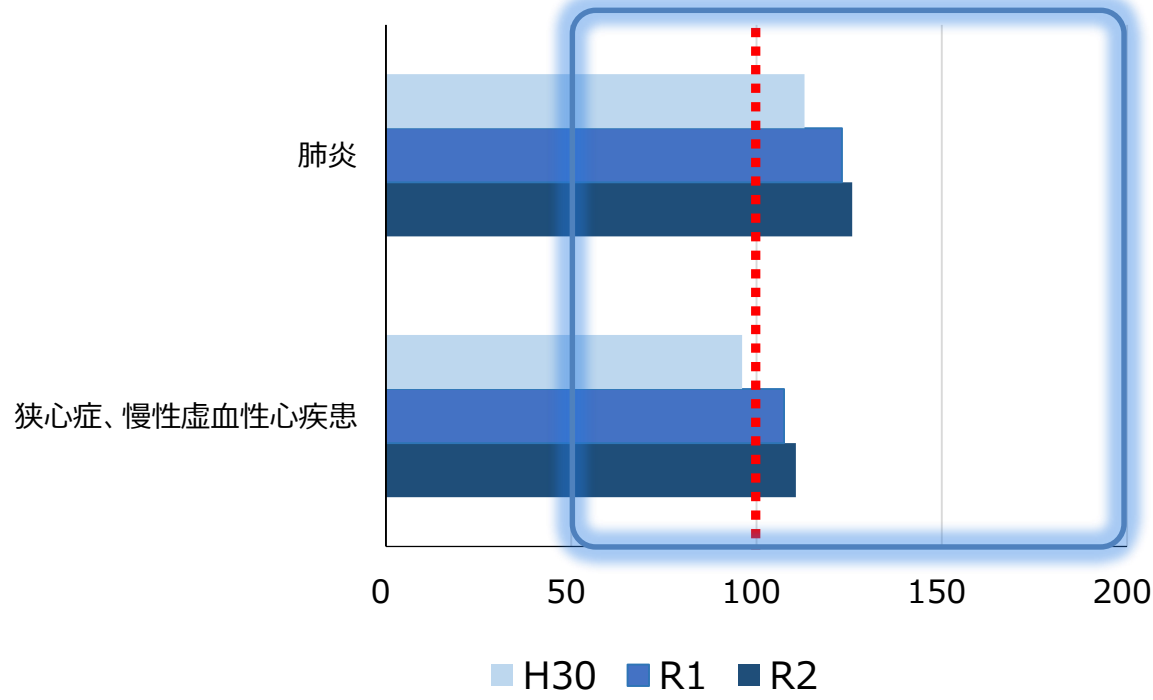
⑤ (2) 医療提供状況(SCR)

肺炎・狭心症・虚血性心疾患等のSCRは100前後となっているが、
 地域包括ケア病棟入院料のSCRは70前後と低くなっていることから、
 これら疾患は、他の入院料において、医療が提供されていると考えられる

● 入院基本料別SCR



●【参考】肺炎、狭心症、慢性虚血性心疾患 SCR



参照：内閣府 SCRデータ

⑥ 慢性期となる入院料の概要

(1) 病床の現状

(2) 医療提供状況(SCR)

⑥(1) 病床の現状

慢性期機能となる入院料の病床稼働率は約8割となっており、
他の病床機能と比較すると高い稼働率となっている

● 病床の利用状況

入院料区分	大阪府	
	平均在棟日数	病床稼働率
療養病棟入院料	222.8日	87.9%
介護療養病床	424.7日	79.8%
障害者施設等・特殊疾患病棟	95.5日	87.7%

「平均在棟日数」「病床稼働率」は病院プランの報告項目（在棟患者延べ数（1年間）の総和等）から算出

$$\text{平均在棟日数} = \frac{\text{各病棟の在棟患者延べ数（1年間）の総和}}{\frac{1}{2} \times [\text{各病棟の新規入棟患者数（1年間）の総和} + \text{各病棟の退棟患者数（1年間）の総和}]}$$

$$\text{病床稼働率} = \frac{\text{各病棟の在棟患者延べ数（1年間）の総和}}{\text{各病棟の許可病床数の総和} \times 365}$$

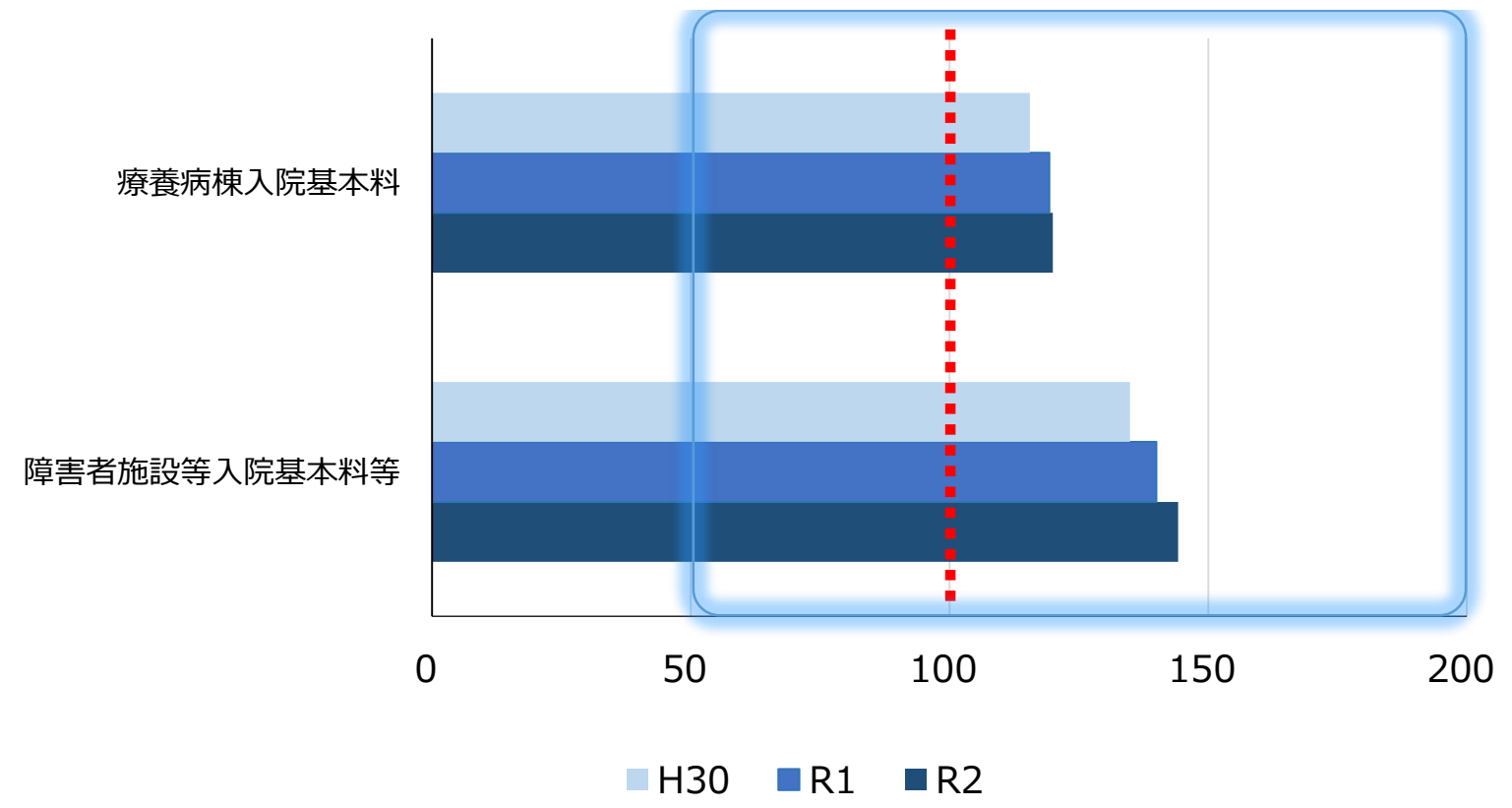
※算出にあたっては、以下の病棟は外れ値とみなし算出から除外

- ・新規入棟患者数（1年間）の総和、在棟延べ患者数（1年間）の総和、退棟患者数（1年間）の総和のいずれかが「0」もしくは「欠損値」となっている病棟
- ・2022（令和4）年7月1日時点の病床機能を「休棟中」で報告している病棟
- ・新規入棟患者数（1年間）の総和または退棟患者数（1年間）の総和が在棟延べ患者数（1年間）の総和を超える病棟
- ・病床稼働率が200%を超える病棟

⑥ (2) 医療提供状況(SCR)

SCRデータでは50～200の範囲に含まれており、
医療提供実績が極端に低い入院料は見受けられない

●入院基本料別SCR



参照：内閣府 SCRデータ

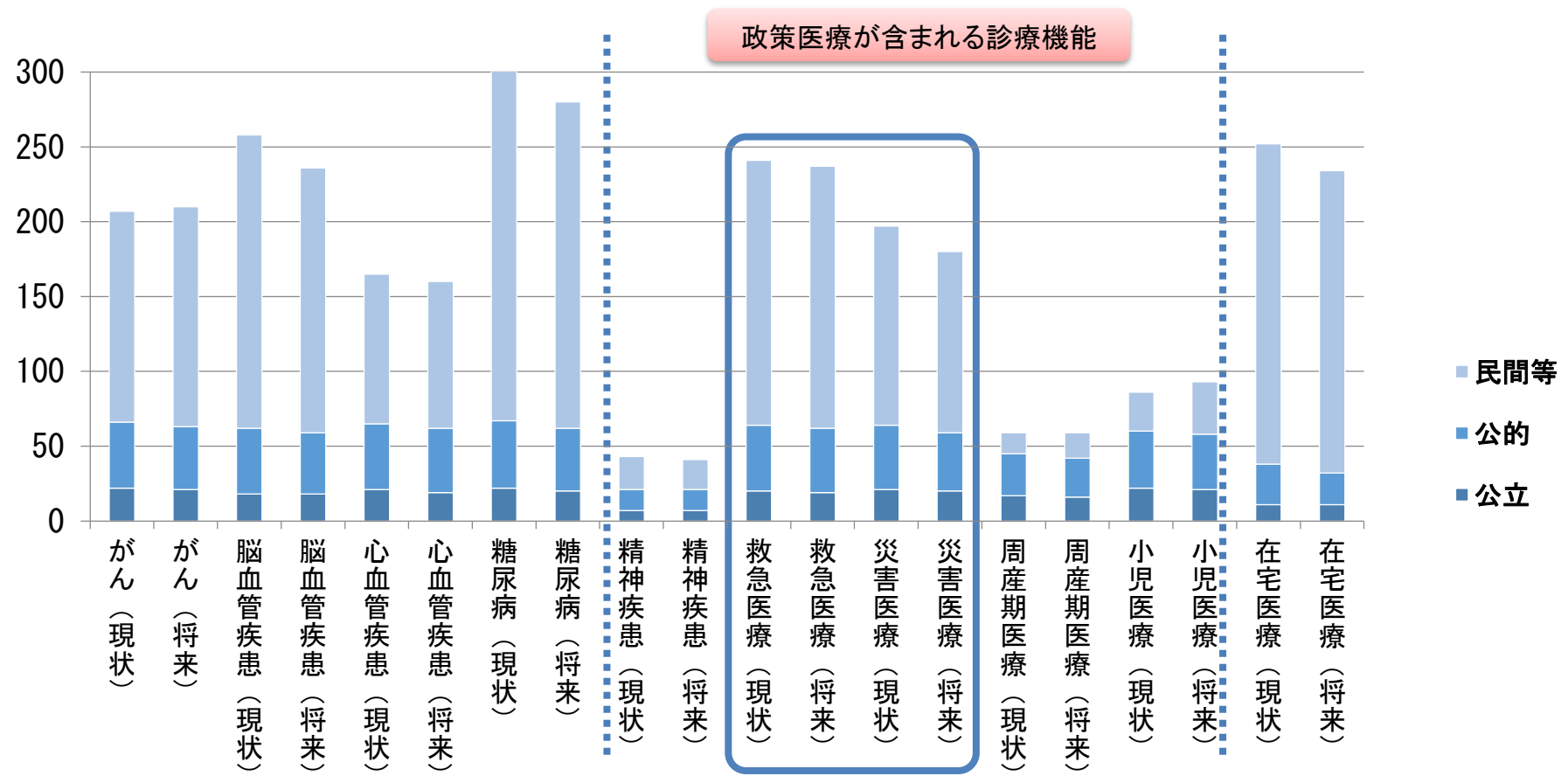
⑦ 将来のあるべき 医療体制に向けて

- (1) 2025年に各病院が検討している医療機能・病床機能等**
- (2) 地域医療構想の進捗状況のまとめと今後の議論の進め方**
- (3) 令和4年度スケジュール(予定)**

⑦ (1) 2025年に向け各病院が検討している医療機能・病床機能等①

政策医療が含まれる診療機能の中で、「救急医療」「災害医療」については、民間等医療機関においても多くの医療機関が機能を担っている

1 診療機能別「現状の機能」と「2025年に向け検討している機能」の比較



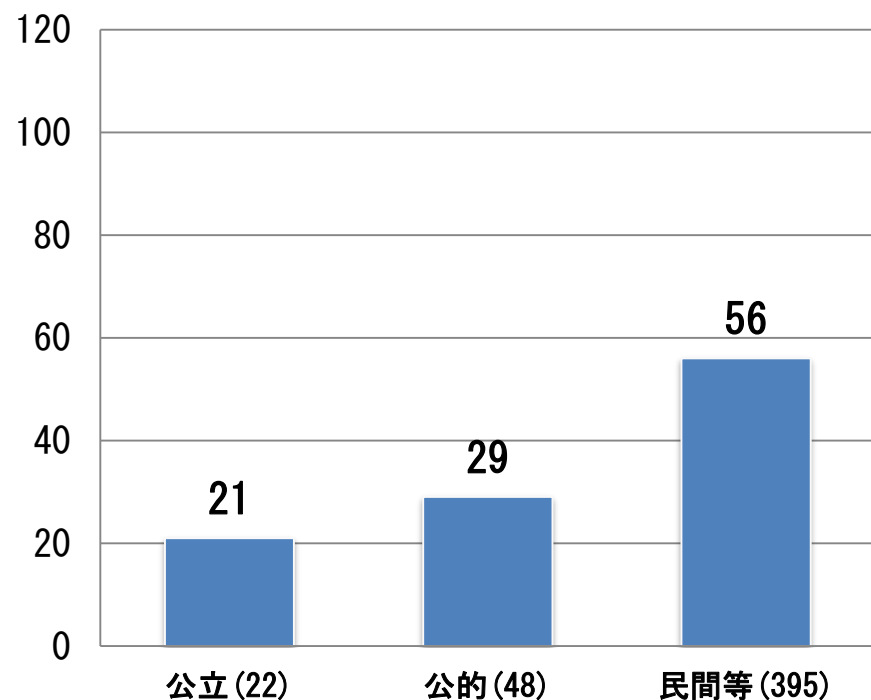
参照：令和4年度病院プラン（速報値：12月23日現在）

⑦ (1) 2025年に向け各病院が検討している医療機能・病床機能等②

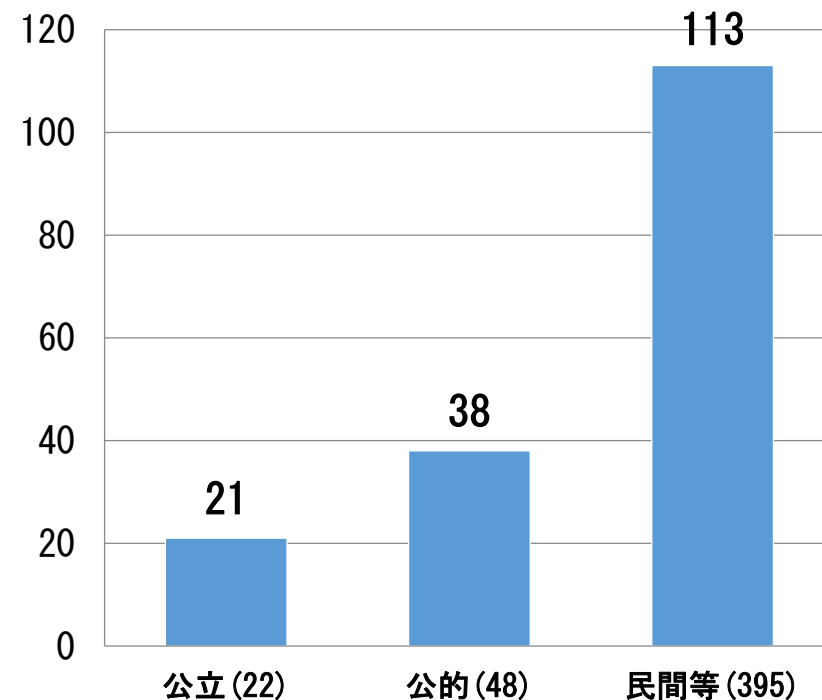
2025年に向け新興・再興感染症等の対応について
検討している病院は、約100病院となっている

2 2025年に向け検討している診療機能(感染症)

● 感染症（新興・再興感染症等）



● 感染症（新型コロナウイルス）

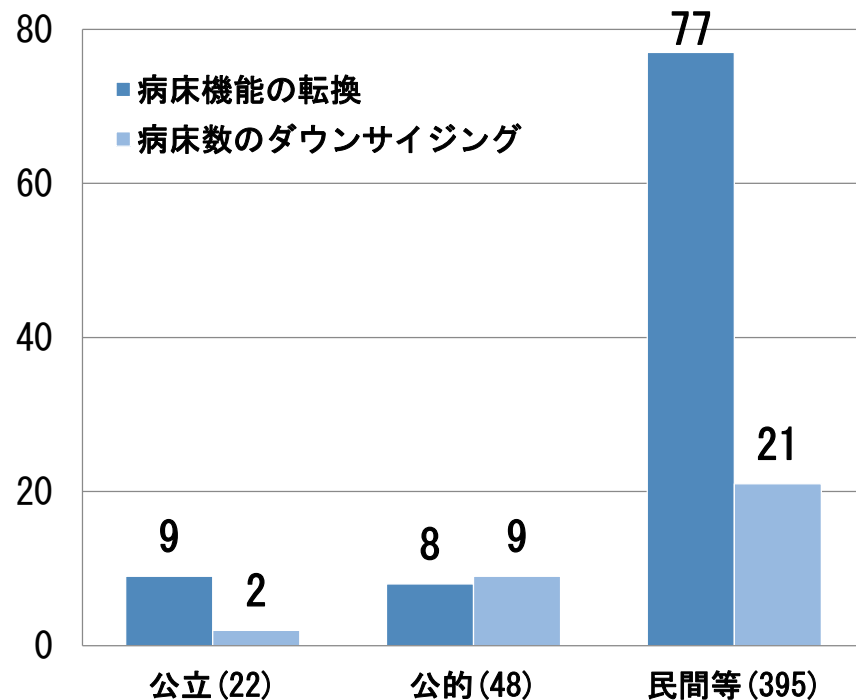


⑦ (1) 2025年に向け各病院が検討している医療機能・病床機能等③

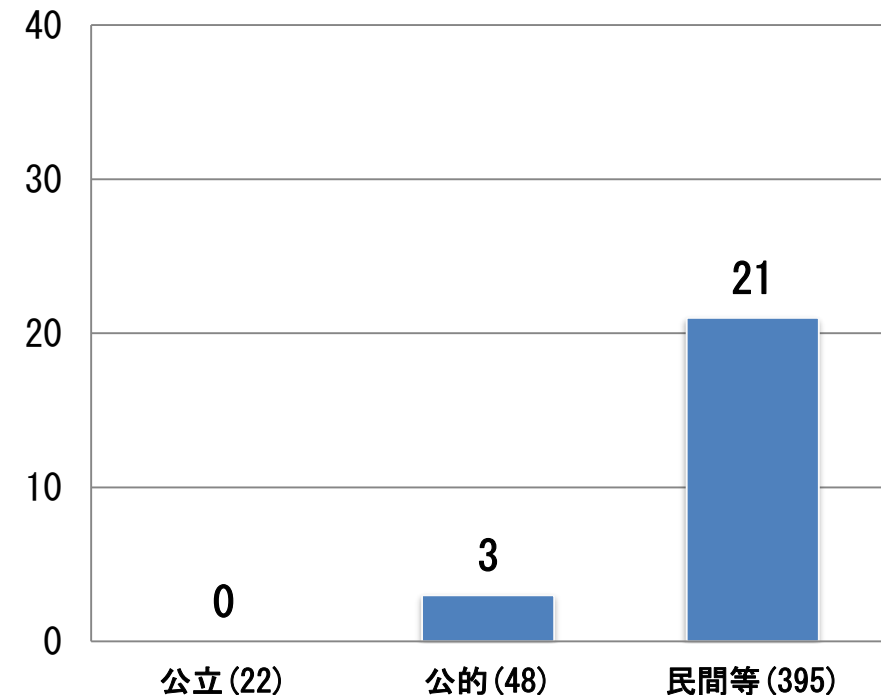
2025年に向け病床機能の転換を予定している医療機関の割合は、
公立は約41%、公的は約17%、民間等は約19%となっている

3 今後の病院の方針①

- 2025年に向けた病床機能・病床数等の変更予定の有無



- 地域医療介護総合確保基金 (病床転換促進事業補助金) の活用の希望

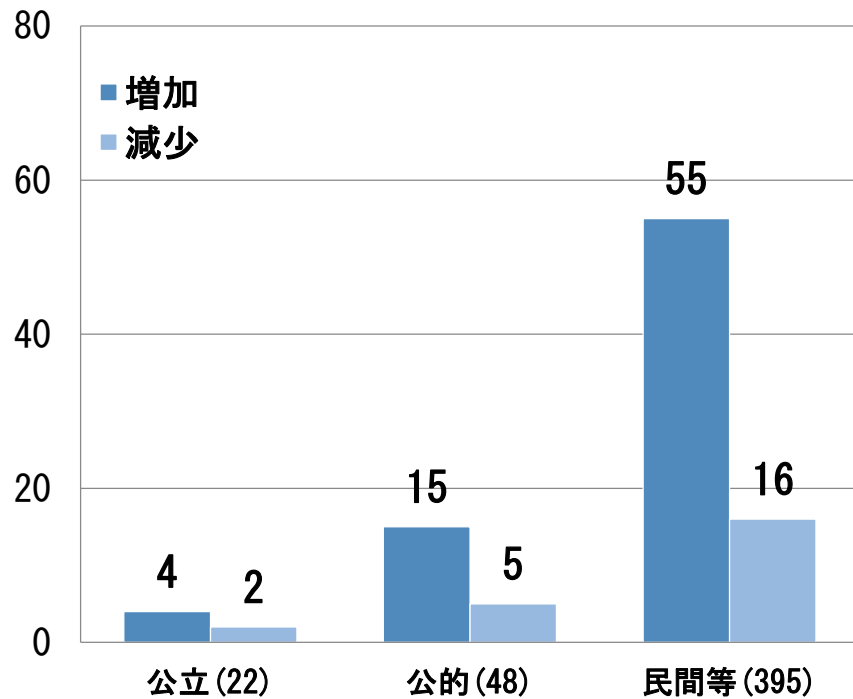


⑦ (1) 2025年に向け各病院が検討している医療機能・病床機能等④

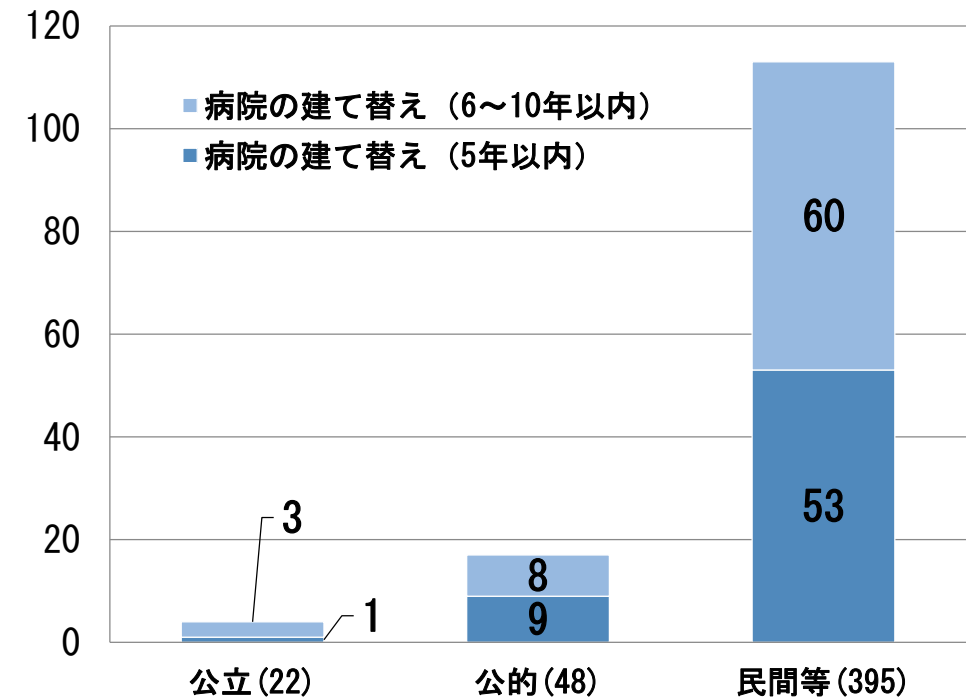
すべての医療機関の約29%において、2025年に向けた10年以内に建物・設備の整備・改修を予定している

3 今後の病院の方針②

● 2025年に向けた診療科目の見直しの予定の有無



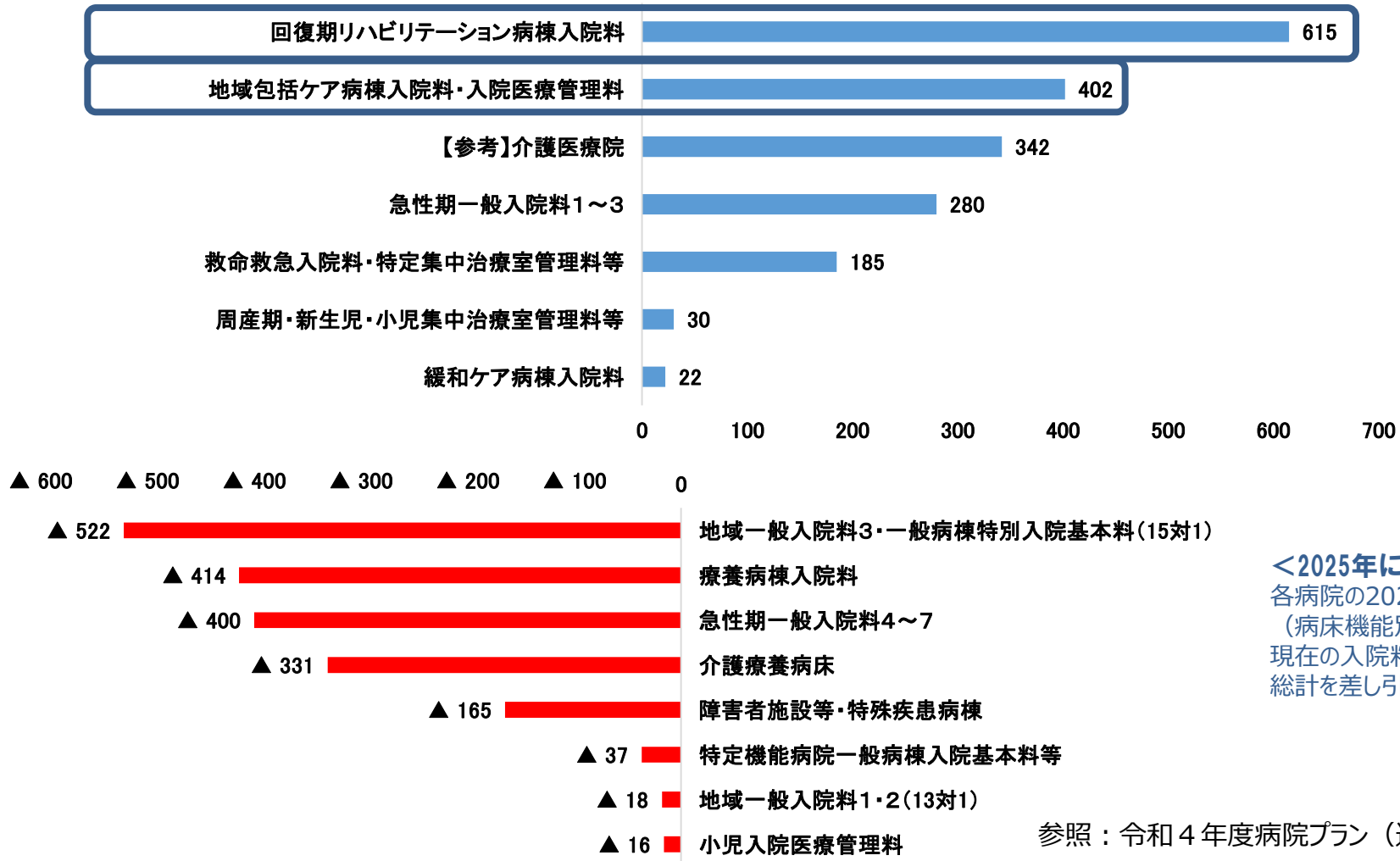
● 2025年に向けた建物・設備の整備・改修予定の有無



⑦ (1) 2025年に向け各病院が検討している医療機能・病床機能等⑤

各病院が検討している病床機能等の変更は、 構想がめざす病床機能分化の方向性と概ね一致

● 入院料別の検討状況※



＜2025年に向けた検討状況＞
各病院の2025年に検討している入院料別（病床機能別）病床数総計から各病院の現在の入院料別（病床機能別）病床数の総計を差し引いて算出

参照：令和4年度病院プラン（速報値：12月23日現在）

⑦ (1) 2025年に向け各病院が検討している医療機能・病床機能等⑥

高度急性期・急性期病床への転換が一定数の医療機関において検討されているが、コロナ対応から通常医療への移行による影響(人員配置の変更等)が大きいと考えられる。また、回復期リハビリ病床への転換を検討する医療機関が多く存在する。

● 公立・公的・民間別の検討状況

病床機能別病床数【2025年に向け検討している病床機能等】

	高度急性期	急性期	回復期	回復期		慢性期	休棟予定	計
				地域	リハ			
公立	4,371	4,239	337	155	182	38	12	8,997
公的	9,299	10,265	1,215	609	606	425	170	21,374
民間等	2,235	15,298	14,463	7,819	6,644	22,146	4	54,146
計	15,905	29,802	16,015	8,583	7,432	22,609	186	84,517

2025年に向けた現状との病床数の増減

	高度急性期	急性期	回復期	回復期		慢性期	休棟予定	計
				地域	リハ			
公立	+533	+16	▲ 52	▲ 48	▲ 4	▲ 16	▲ 234	+247
公的	▲ 90	▲ 79	+123	▲ 14	+137	+16	▲ 269	▲ 299
民間等	+217	+350	▲ 39	▲ 545	+506	▲ 719	▲ 636	▲ 827
計	+660	+287	+32	▲ 607	+639	▲ 719	▲ 1,139	▲ 879

⑦ (2) 地域医療構想の進捗状況のまとめと今後の議論の進め方

○地域医療構想の進捗状況のまとめ

①これまでの病床機能分化の状況

- 令和3年度の病床機能報告の結果、回復期機能への転換が必要とされる病床数は、総病床数の約6.6%(約5,800床)と令和2年度の結果から、約4%程度改善しており、病床機能分化が進んでいる。

②今後の病床機能分化の見込み

- 今後も、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟が特に増加する見込みであるが、回復期病床の転換が必要な病床数とは差異があり、転換以外の回復期機能強化の対応策についても検討が必要。

○今後の議論の進め方

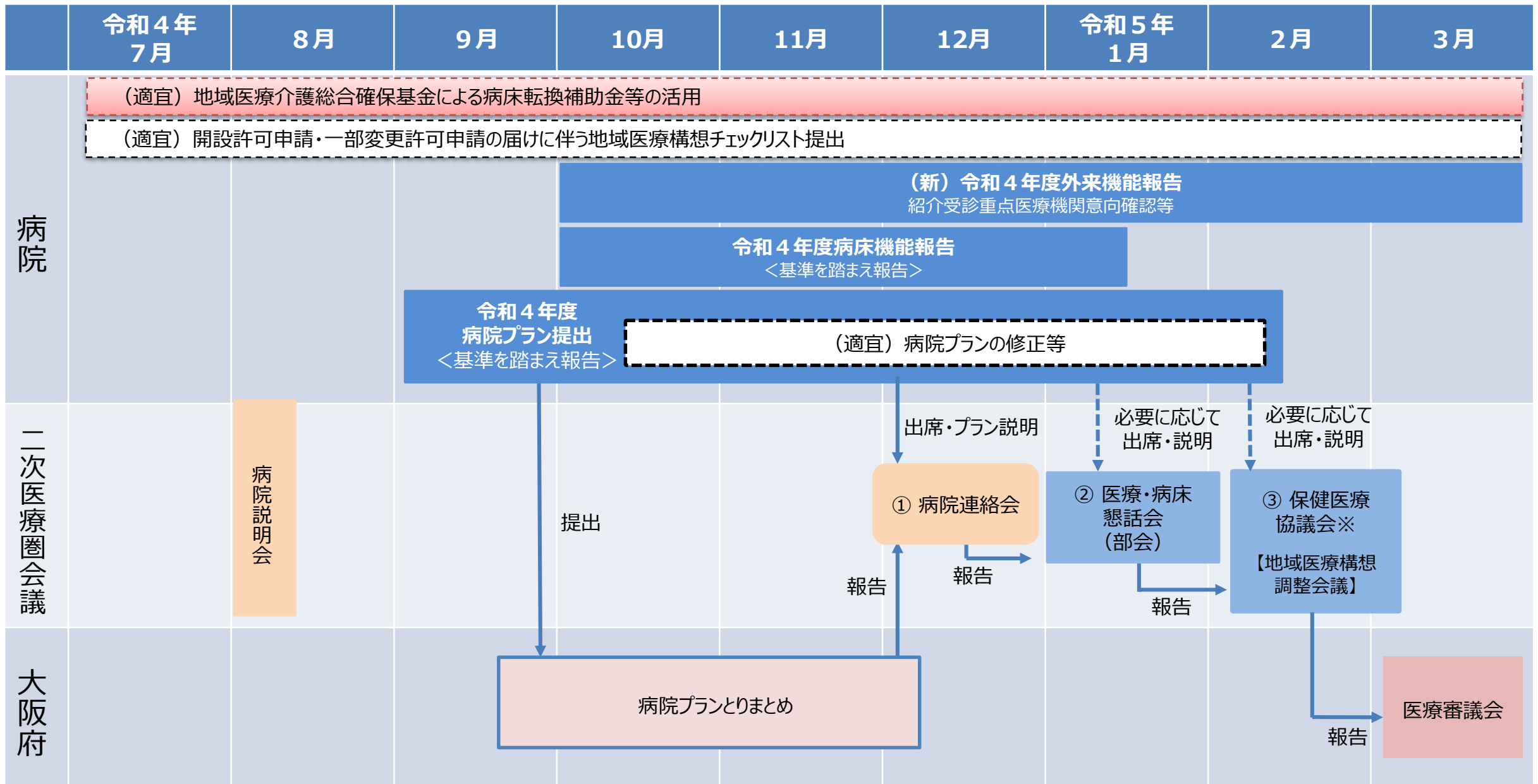
①回復期（サブアキュート・ポストアキュート・リハビリ）患者の需要増に対する対応策の検討

- 今後、高齢化に伴い高齢者特有の疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）の需要増加が見込まれており、受入体制の確保が必要。このため、回復期病床への転換の課題や転換以外での対応策（既存病床の稼働率上昇、急性期病床での受入等）について意見を聴取し、対応策を検討。

②病院の役割分担を踏まえた機能分化

- 地域医療構想を推進する中で、診療報酬改定においては、急性期充実体制加算が新設される等、病院の機能分化を目的とした改定がなされている。こうした動きも踏まえ、各病院機能に応じた病床転換にかかる議論を行っていく（例：現在回復期（サブアキュート・ポストアキュート等）を担っている病院は、回復期機能を強化する等）。

⑦ (3) 令和4年度スケジュール(予定)



※令和4年度に予定していた紹介受診重点医療機関の選定にかかる協議については、外来機能報告の報告期限の延期に伴い令和5年度に実施予定。
また、保健医療協議会は、その他案件（地域医療支援病院の認定の件等）に応じて、別途開催する場合もある。

<会議の議題（予定）>

区分	①病院連絡会	②医療・病床懇話会（部会）	③保健医療協議会 （地域医療構想調整会議）
	11月から12月頃	1月頃	2月頃
地域医療構想	<p>○令和4年度地域医療構想の進捗状況 （医師確保・医師の働き方改革含む）</p> <p>○2025年に向けた各病院の方向性 （「公立病院経営強化プラン」含む）</p> <p>【病院プランの内容】 ①2025年に向け検討している医療機能 ②2025年に向け検討している病床機能</p> <p>○非稼働病床の状況について</p> <p>【趣旨】 ・2025年に向けた各病院の方向性の共有 ・各病院の過剰な病床への転換・ 非稼働病床への対応について検討</p>	<p>○令和4年度地域医療構想の進捗状況 （医師確保・医師の働き方改革含む）</p> <p>○2025年に向けた各病院の方向性 （「公立病院経営強化プラン」含む）</p> <p>【病院プランの内容】 ①2025年に向け検討している医療機能 ②2025年に向け検討している病床機能</p> <p>○非稼働病床の状況について</p> <p>【趣旨】 ・2025年に向けた各病院の方向性の共有 ・各病院の過剰な病床への転換・ 非稼働病床への対応について検討</p>	<p>○令和4年度地域医療構想の進捗状況 （医師確保・医師の働き方改革含む）</p> <p>○2025年に向けた各病院の方向性 （「公立病院経営強化プラン」含む）</p> <p>【病院プランの内容】 ①2025年に向け検討している医療機能 ②2025年に向け検討している病床機能</p> <p>○非稼働病床の状況について</p> <p>【趣旨】 ・2025年に向けた各病院の方向性の共有 ・各病院の過剰な病床への転換・ 非稼働病床への対応について検討</p>
医療計画	<p>○医療計画における圏域での取組の 進捗管理</p> <p>○地域医療への協力に関する意向書の 提出状況</p>	<p>○医療計画における圏域での取組の 進捗管理</p> <p>○地域医療への協力に関する意向書の 提出状況</p>	<p>○医療計画における圏域での取組の 進捗管理</p> <p>○地域医療への協力に関する意向書の 提出状況</p>

<会議体で取り扱う事項①>

●開設等に関する手続き

◎: 病院の出席による説明、○: 事務局等説明

項目	会議名		
	医療審・部会	保健医療協議会(部会)	医療・病床懇話会
地域医療支援病院の承認	審議○	← 審議◎	
地域医療連携推進法人の認定			
特定病床等による新たな病床整備			
二次医療圏を超えた病院移転	審議○	← 審議◎	← ◎ (※1)
公的医療機関等※2の再編			
有床診療所の新たな病床整備			
病院の開設者変更 病院再編(公立病院を除く)をはじめ病院が担う役割が大きく変わる場合			◎ 懇話会で説明した場合、調整会議は、事務局からの報告で可

※1: 病院等の出席による説明が望ましい。

※2: 国(厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他(国の機関))、公的医療機関(都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)、社会保険関係団体(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)。

<会議体で取り扱う事項②>

●地域医療構想等に関する事項

◎：病院の出席による説明、○：事務局等説明

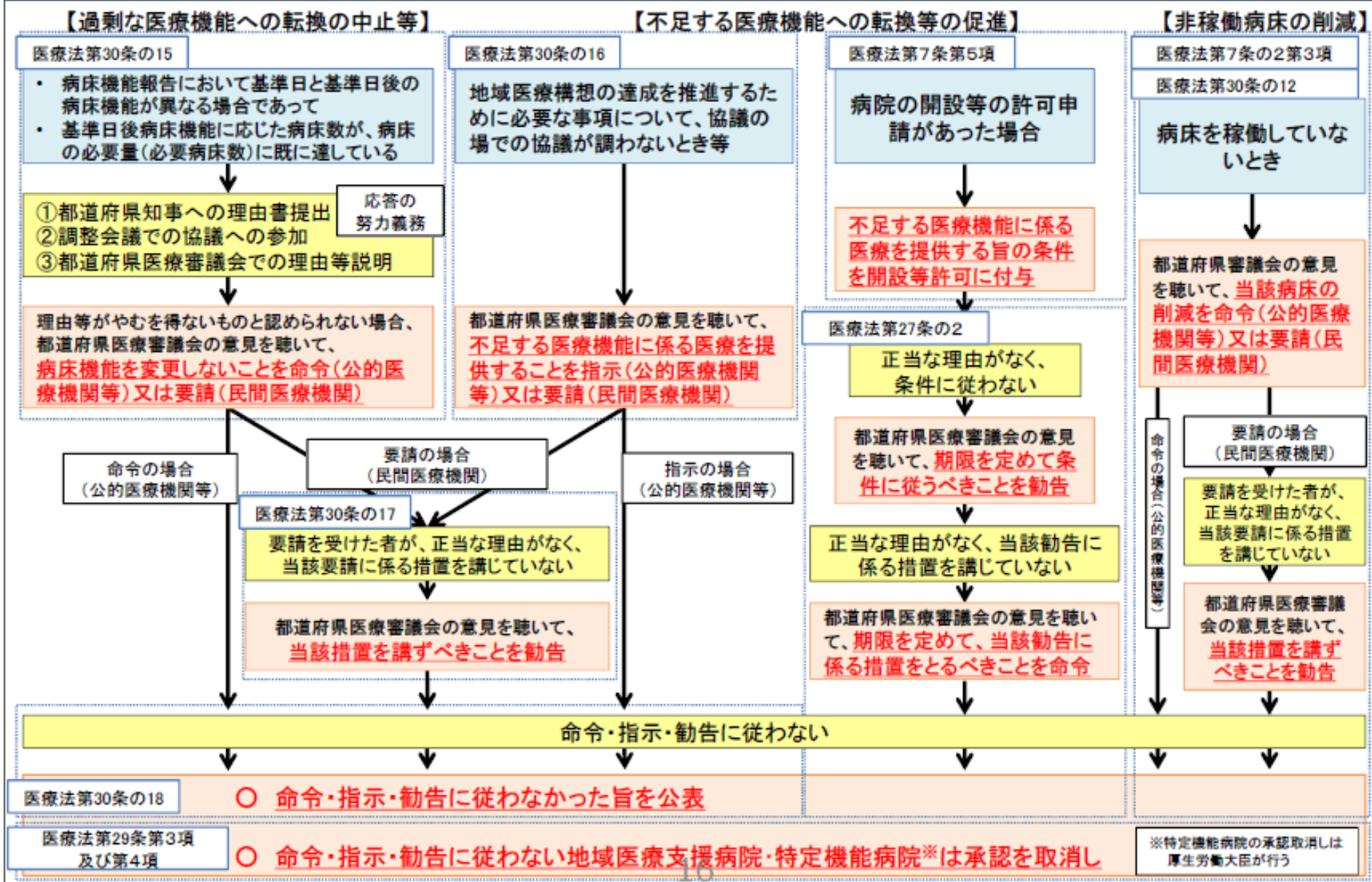
項目	会議名			
	医療審・部会	保健医療協議会(部会)	医療・病床懇話会	病院連絡会
2025年(まで)に各病院が検討している 医療機能・病床機能 【 公立病院 】 公立病院経営強化プラン		○	○	◎
過剰な病床への転換の中止の命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)についての検討 【医療法第30条の15に基づく知事権限】	審議 ○ ※2	審議◎	※1	
非稼働病床の理由説明		○	○	
1年以上病床がすべて稼働していない病棟について、削減を命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)についての検討 【医療法第7条の2第3項、医療法第30条の12に基づく知事権限】	審議 ○ ※2	審議◎	※1	

※1: 懇話会の意見を踏まえ、保健医療協議会において、該当医療機関に対し、直接の説明が必要となった場合。

※2: 保健医療協議会において、知事権限の行使について、医療審議会でも審議が必要と判断された場合。

都道府県知事の権限の行使の流れ【厚生労働省資料】

都道府県知事の権限の行使の流れ



● 公立病院経営強化プランにおける役割・機能の最適化と連携の強化について

【公立病院経営強化プラン策定にあたり、「（１）役割・機能の最適化と連携の強化」への記載の検討をお願いしたい内容】

1 特定機能病院・急性期病院・急性期ケアミックス型病院（200床以上）

病院分類	①地域医療構想等を踏まえた病院の役割・機能	②地域包括ケアシステム構築に向けた役割・機能	③連携・機能強化の方向性
特定機能病院			
急性期病院	<p>【高度急性期・急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度専門的・不採算部門の手術や治療の提供（がん、脳卒中、心血管疾患、妊産婦、新生児、小児等） ・高度医療の提供及び研修、高度医療技術開発等（特に、<u>特定機能病院</u>） 		
急性期 ケアミックス型病院 (200床以上)	<p>※回復期リハビリ病床・地域包括ケア病床を有し、引き続き確保していくことを記載する場合 ⇒当該病床が民間病院で担えない政策医療であるかを検証の上、その必要性について記載。 <u>政策医療に当たらない場合は、緩和ケア病床（回復期）等への転換についてプランへの記載を検討。</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・休日・夜間を含め二次以上の救急患者受入（在宅療養者の緊急時における後方病床の確保等） ・退院支援のための体制整備、関係機関との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係病院間のネットワーク形成（診療情報の共有、転院先医療機関との連携等） ・<u>基幹病院以外の医療機関への医師・看護師等の派遣</u>（特に、<u>特定機能病院、地域医療支援病院</u>）

2 急性期ケアミックス型病院（200床未満）・地域急性期病院

病院分類	①地域医療構想等を踏まえた病院の役割・機能	②地域包括ケアシステム構築に向けた役割・機能	③連携・機能強化の方向性
<p style="text-align: center;">急性期 ケアミックス型 病院 (200床未満)</p>	<p>【急性期・回復期（サブアキュート）】 ・需要の増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）の治療、一部二次救急患者に対応した手術提供</p> <p>【回復期（リハビリ）】 リハビリの実施</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・休日・夜間を含め 二次救急患者受入 (在宅療養者の緊急時における後方病床の確保等) ・退院支援のための体制整備、 関係機関との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係病院間のネットワーク形成 (診療情報の共有、転院先医療機関との連携等)
<p style="text-align: center;">地域急性期 病院</p>	<p>【回復期（サブアキュート）】 ・需要の増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）の治療、必要性が高い場合の 小手術提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日中の救急患者受入 (在宅療養者の緊急時における後方病床の確保等) ・退院支援のための体制整備、 関係機関との連携等 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係病院間のネットワーク形成 (診療情報の共有、転院先医療機関との連携等)

参考資料

厚生労働省

2025年以降における地域医療構想について

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

- 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のガバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。
- 加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。
- 2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

地域医療構想調整会議における検討状況の概要

- 令和2年以降、医療機関や都道府県が目下の新型コロナウイルス感染症対応を最優先に対応する中において、地域医療構想調整会議の開催回数は令和元年度以前ほどには開催ができておらず、地域医療構想の検討を進めることが難しい状況にあり、各医療機関における対応方針の策定状況は医療機関単位で36%、病床単位で61%に留まっている。
- 一方で、再検証対象医療機関については、措置済を含む「検証済」の医療機関の割合が53%となっており、昨年9月時点と比べ、進捗が認められる。
- 地域医療構想調整会議については、構想区域における医療提供体制や外来医療・在宅医療など入院医療以外の議論を行っているところもあり、また、データに基づく議論が行われるなど議論の活性化が一定程度進んでいると認められる。一方で、そのような取組が行われていない地域もあり、今後、地域医療構想を進めていくためには、地域医療構想調整会議における更なる議論の活性化を推進することが重要。

2025年に向けた地域医療構想の推進に係る課題と取組について

- 地域医療構想調整会議における検討状況などを踏まえ、引き続き、2025年に向けて地域医療構想を着実に進めるために、以下のような取組を行うべきではないか。

課題	取組
○新型コロナウイルス感染症対応の影響もあり、対応方針の策定や検証・見直しの実施が不十分。	○都道府県が、対応方針策定率をKPIとして、年度ごとに、PDCAサイクルに沿って、地域医療構想調整会議を運営することとしてはどうか。
○地域医療構想調整会議について、議論の透明性を確保する観点から、資料や議事録の公表を行うことは重要であるが、一部の構想区域では、公表が行われていない。	○都道府県は資料や議事録を公表するものであることを明確化してはどうか。
○病床機能報告は病棟単位で行っていること等により、病床数と将来の病床数の必要量が完全に一致することはないが、そうしたデータの特性では説明できないほど病床数と将来の病床数の必要量に差が生じている構想区域もある。	○都道府県は、そのような構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、それに基づき必要な方策を講じることとしてはどうか。具体的には、病床機能報告の報告率を100%とすることで、病床が全て稼働していない病棟等の実態を把握し、必要な対応を行うこととしてはどうか。
○地域医療構想を進める上では、データに基づいた議論を行うことが重要であるが、必ずしも全ての都道府県において、十分にデータを活用した議論が行われていない。	○国は、都道府県におけるデータの活用等に係る支援を行うこととし、特に、病床数と将来の病床数の必要量の差が大きい構想区域を有する都道府県を優先して、支援を行うこととしてはどうか。

意見のとりまとめ（案）

- 第8次医療計画等に関する検討会の「意見のとりまとめ」の項目I-6-(2)「地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方」については、以下のとおりとしてはどうか。

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場(地域医療構想調整会議)が構想区域ごとに設置されている。

新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組み(病床の必要量の推計・考え方など)を維持しつつ、着実に取組を進めていく。特に再検証対象医療機関については、これまでの方針に従って確実に取組を行う。

具体的には、都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における協議の実施状況の公表を行うこととする。さらに、病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、適正な病床機能報告に基づき、当該構想区域の地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、病床が全て稼働していない病棟等への対応など必要な方策を講じることとする。

また、国は、当該構想区域を有する都道府県を優先して、データの活用等に係る支援を行うなど、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組の支援を行うものとする。

なお、現在の地域医療構想は、2025年までの取組として進めているが、第8次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定進んできていることに鑑みれば、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくことが必要と考えられ、その在り方については、今後、中長期的課題について整理し、検討する。