

新たな地域医療構想等の 検討状況について

1 スケジュール・検討体制等

新たな地域医療構想の検討状況について

ガイドラインの構成（案）

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

概論

I 経緯・背景

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

策定まで

II 地域医療構想の策定

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

策定後

III 取組の推進について

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

IV 地域医療構想と医療計画の関係等

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

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

構想策定の具体的なスケジュール（案）

- 例として、入院医療に係る構想策定のスケジュールとして、今年度以降速やかに検討等を開始できる内容と、来年度以降開始される予定の医療機関機能報告など、順次検討すべき内容がある。

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

取組の推進

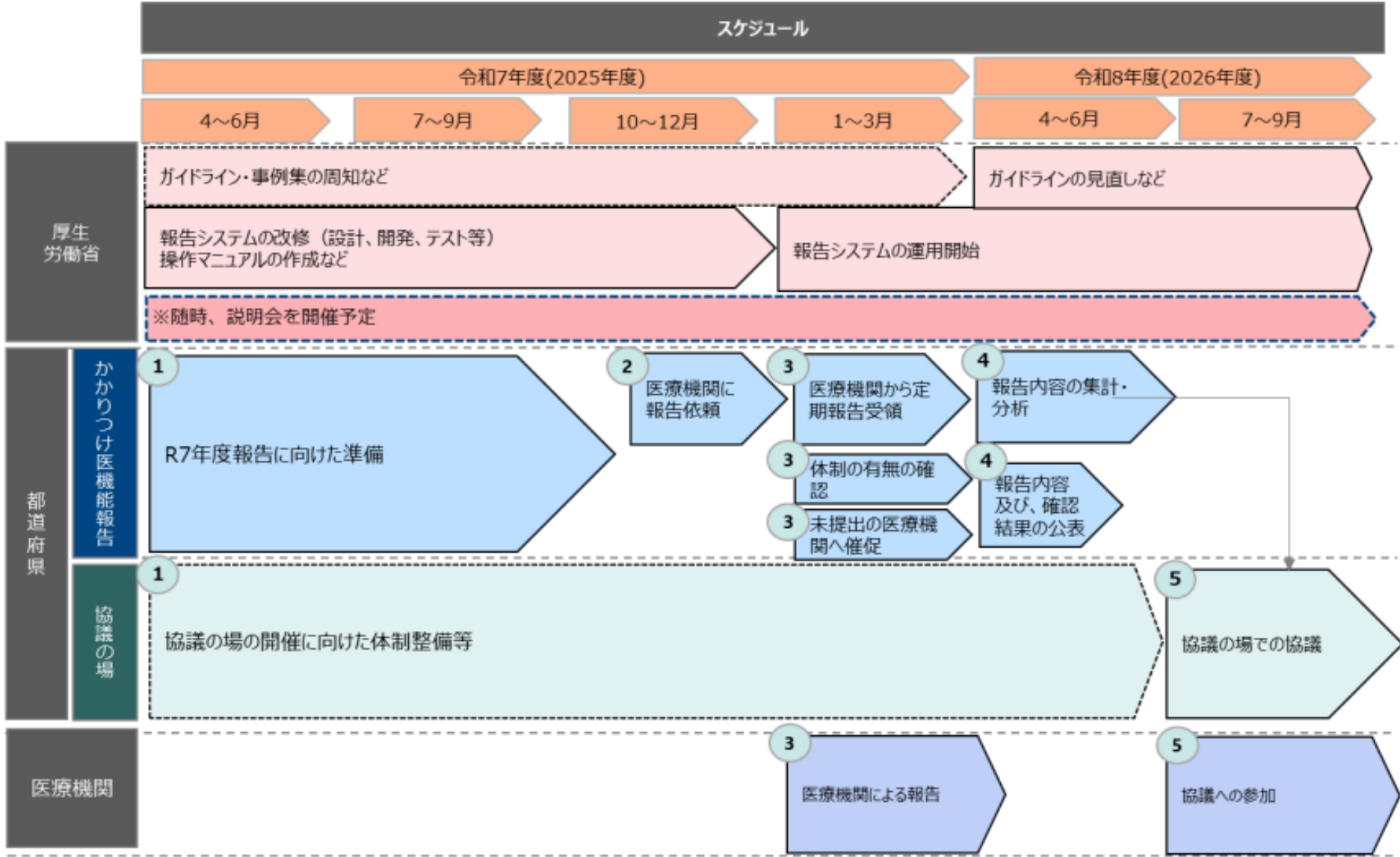
地域医療構想調整会議における検討事項等について（案）

	具体的な検討事項	主な参加者	会議の範囲
全体的な事項	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想の進め方 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会	構想区域 都道府県
医療機関機能	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（医育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	医師会、病院団体	構想区域 都道府県
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、巡回診療の推進 	医師会、病院団体	構想区域
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 在宅医療圏
介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、市町村 ※議題に応じて選定	構想区域 市町村
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） ※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討 	医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会 ※議題に応じて選定	構想区域 都道府県
精神病床	法案改正後に検討		
大学病院の役割・医師の派遣	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップの締結推進 	医師会、大学病院本院、病院団体	三次医療圏

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

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

かかりつけ医機能報告のスケジュールについて



新たな地域医療構想等の検討体制について

【新たな地域医療構想に関する協議の場】

協議事項		協議単位	会議体
必要病床数、病床機能の分化・連携等【従来】		二次医療圏	地域医療構想調整会議
医療機関機能の確保等【新設】	高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、専門等機能等	二次医療圏	地域医療構想調整会議
	在宅医療等連携機能	保健所・支所管内	新設等 (既存会議の活用も可)

【かかりつけ医機能の確保に関する協議の場】

協議事項		協議単位	会議体
1号機能	日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能	保健所・支所管内	新設等 (既存会議の活用も可)
2号機能	(イ) 通常の診療時間外の診療		
	(ロ) 入退院時の支援	二次医療圏	地域医療構想調整会議
	(ハ) 在宅医療の提供	保健所・支所管内	新設等 (既存会議の活用も可)
	(ニ) 介護サービス等と連携した医療提供		

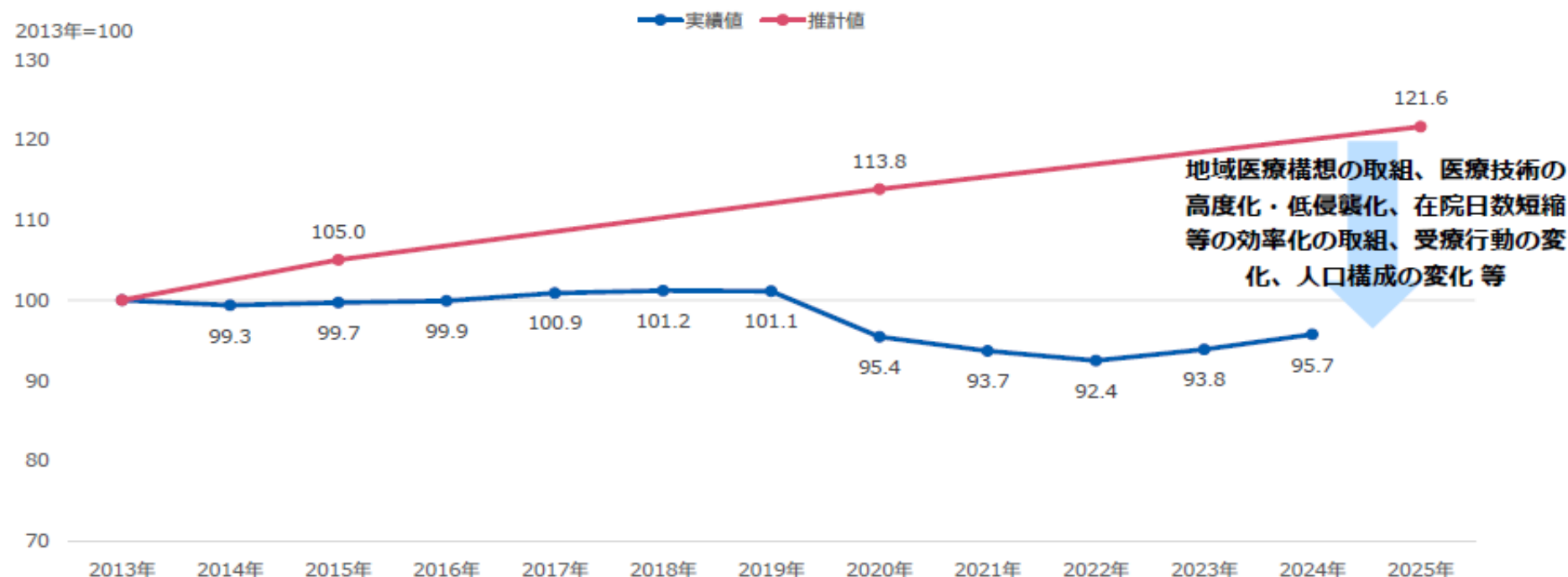
2 必要病床数の考え方・病床機能報告等

病床等の医療需要の見込みについて（必要病床数）

入院患者数の推計と実績について

- 現行の地域医療構想策定当時に、年齢階級ごとの医療需要及び医療提供が変わらないと仮定して推計した入院患者数（改革モデル反映前の現状投影）と、これまでの実際の入院患者数（実績値）を比較すると、2025年まで増加すると推計されたが、実際には地域医療構想策定以降、地域医療構想の取組の推進等により、減少している。

入院患者数の実績値と推計値（現状投影）を2013年の実績を100とした時の指標の推移



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」

（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、

厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

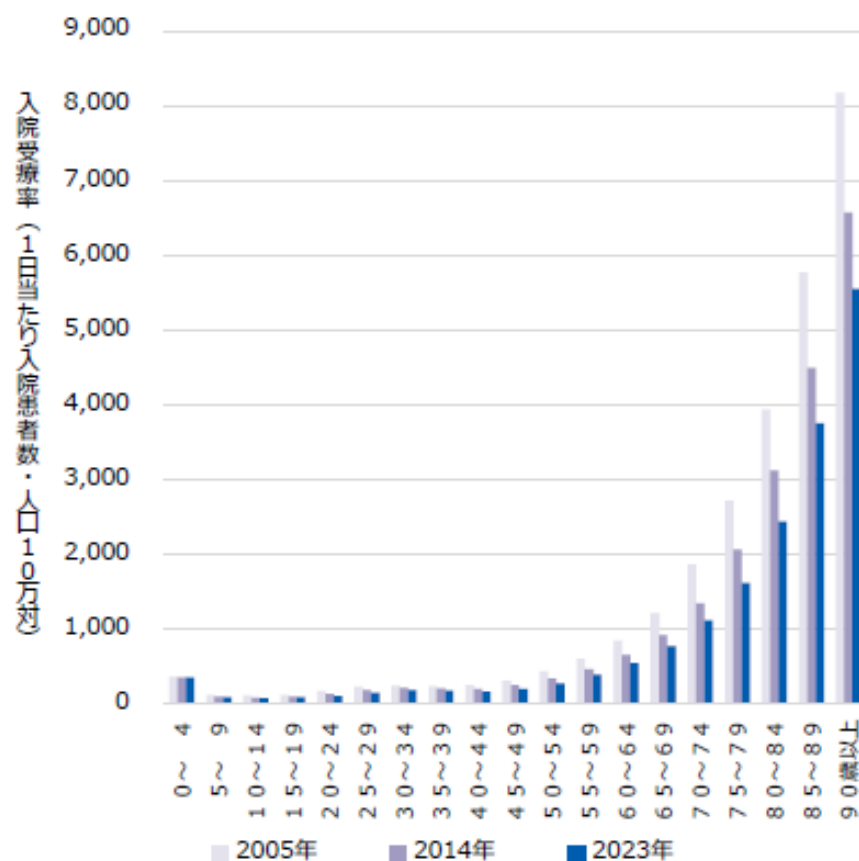
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く（現行の二次医療圏（324）別推計の合計値）としている。

※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の1日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

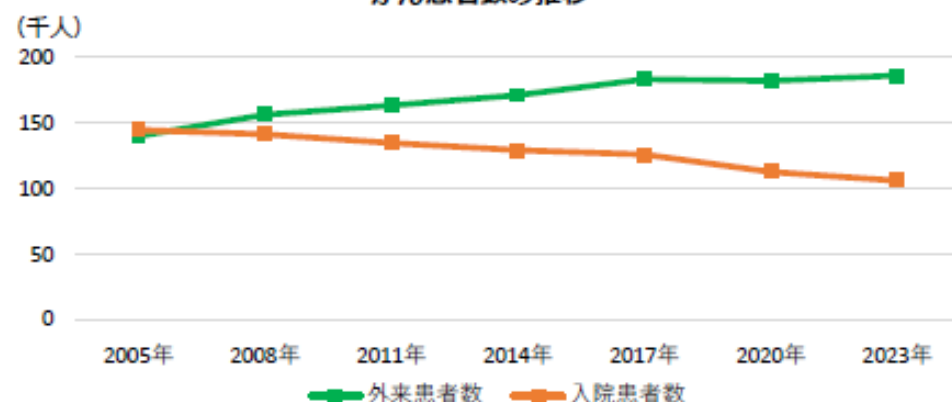
入院受療率の低下について

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

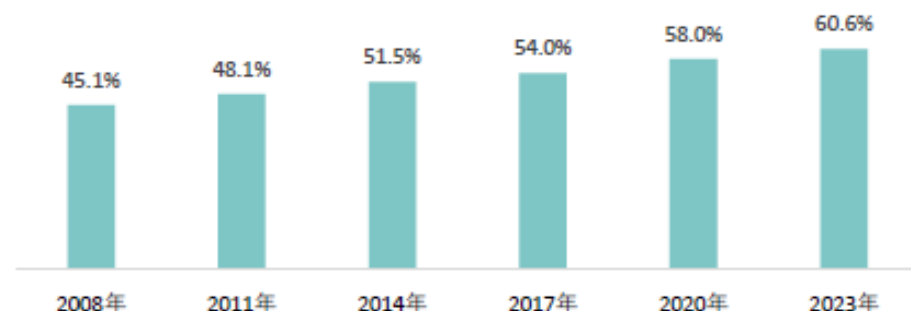
一般病床・療養病床における入院受療率の推移



がん患者数の推移



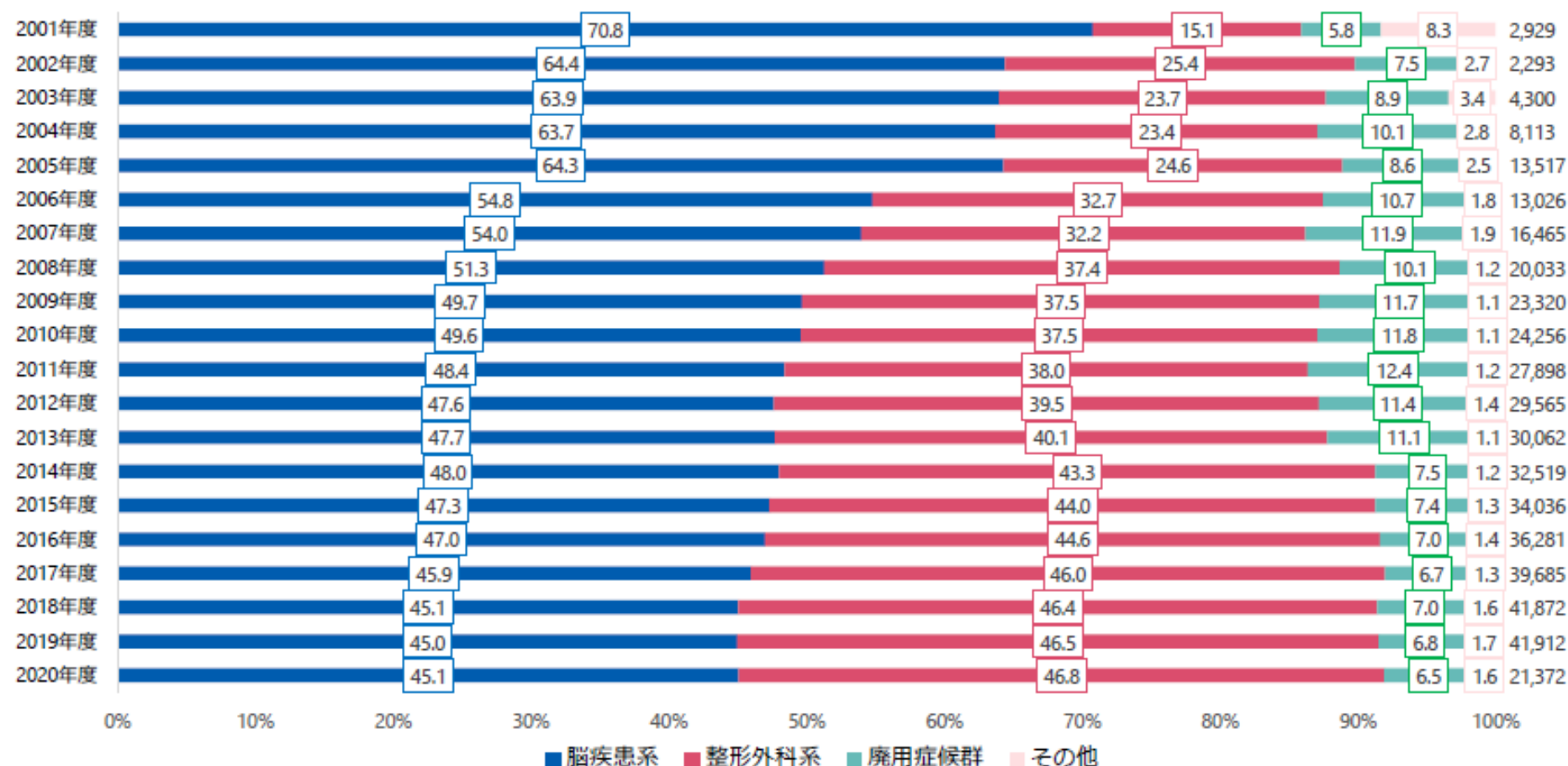
がん入院患者のうち、入院期間が2週間未満の患者の割合



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

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。**

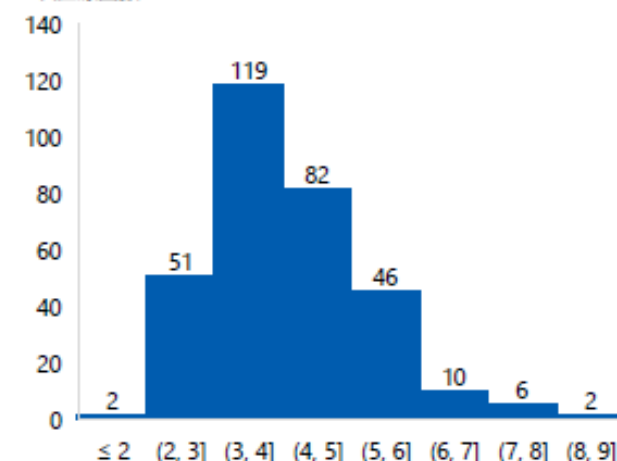
発症

手術

退院/転棟/転院

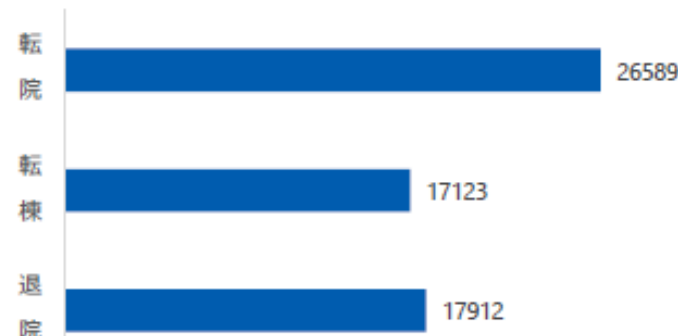
医療圏毎の大腿骨近位部骨折の入院から手術までの日数

二次医療圏数

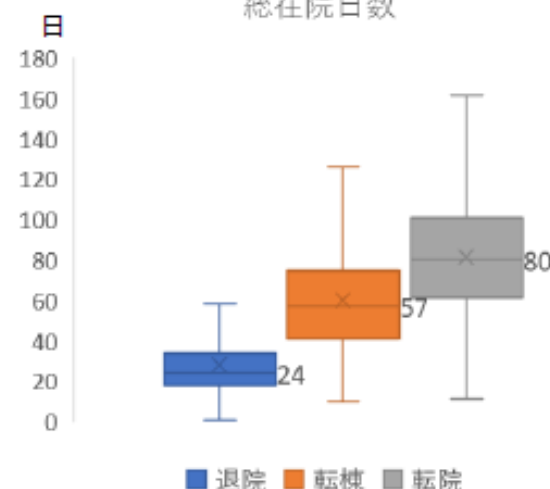


2023年度DPCデータ

主な退院先件数



総在院日数



※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

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。

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

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



必要病床数について（案）

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

- 必要病床数の算定に当たっては、医療技術の進歩や医療提供の効率化の取組等の複数の要因から受療率は低下してきていることを踏まえ、改革モデルとして受療率の低下を組み込んで計算することとしてはどうか。また、包括期機能について急性期機能の病床にかわって高齢者等の急性期患者を受け入れることや回復期リハビリテーションの効率的な提供、医療機関の連携・再編・集約化に向けた取組による効率化等を、改革モデルとして組み込むこととしてはどうか。
- 病床機能報告において、病床機能区分の選択にあたって客観的な報告に資するよう、入院料の種類ごとに対応する機能区分の目安を整理することとしてはどうか。