

(別添)

# 地域医療構想策定 ガイドライン

## はじめに

### 1) 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会の経緯

- 本検討会は、平成 26 年（2014 年）6 月の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）の成立・公布を受け、同年 9 月に告示された「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成 26 年厚生労働省告示第 354 号。以下「医療介護総合確保方針」という。）を踏まえ、同月 18 日に設置された。
  
- 医療介護総合確保推進法は、平成 25 年（2013 年）に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 112 号）に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）を始めとする関係法律について所要の整備等を行うものとされ、この中で医療計画の一部として「地域医療構想」が位置付けられるとともに、その実現を目的に「協議の場」を構想区域ごとに設置することとなった。

また、一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について検討を行うために平成 23 年（2011 年）12 月から開催された「急性期医療に関する作業グループ」の取りまとめにおいて、医療機関が、その有する病床の機能区分の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する、「病床機能報告制度」を開始することが合意された。さらに、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において、その報告内容等の検討を重ねた上で、この病床機能報告制度が平成 26 年（2014 年）10 月から始まり、初年度分については、平成 27 年（2015 年）3 月中に取りまとめられる予定である。当該報告は、今後毎年行われることとなる。
  
- 本検討会では、都道府県において平成 27 年度（2015 年度）以降、地域医療構想を策定する際に、一般病床及び療養病床に係る高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の将来（平成 37 年、2025 年を想定）における病床の必要量（以下「必要病床数」という。）を推計するだけでなく、地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民を含めた幅広い関係者で検討し、合意をしていくための過程を想定し、さらには各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で地域医療構想が実現してい

くことを視野に入れ、9回の検討を重ね、議論を深め、国民の理解が得られるよう丁寧な記載をするという考え方で、地域医療構想の策定プロセスを取りまとめたところである。

- また、地域医療構想の策定プロセスと併せて、「協議の場」の設置・運営に係る方針を含め、策定した地域医療構想の達成の推進や、病床機能報告制度において報告される情報の公表の在り方についても検討を行った。地域医療構想は、策定するだけではなく、実現に向けた取組等と併せてこそ意味があることから、これらを密接不可分なものとして、地域医療構想策定ガイドラインの形で、取りまとめたところである。

なお、「協議の場」は、地域医療構想の実現において重要な役割を担うことから、「地域医療構想調整会議」と呼称することとした。

## 2) ガイドラインの位置付け

- 厚生労働省においては、本ガイドラインに基づいて関係する省令、告示、通知等を制定又は改正するとともに、都道府県が法令の範囲内で本ガイドラインを参考に、地域の実情に応じた地域医療構想の策定が進むよう、周知を図られたい。また、都道府県における地域医療構想の策定状況やその後の進捗状況について把握し、適宜、地域医療構想に関する都道府県職員を含めた関係者への研修の実施や情報の提供を行うほか、必要に応じて技術的助言を行うとともに、今後とも更なるデータの収集と活用を通じて、より適切な推計方法に関する取組を進められたい。
- 一方、都道府県においては、医師会等の医療関係者や、保険者、市町村だけではなく、住民との十分な連携の下、地域医療構想を策定するとともに、おおむね10年後である平成37年（2025年）に向けて、拙速に陥ることなく確実に、将来のあるべき医療提供体制の実現に向け、各医療機関の自主的な取組等を促すとともに、住民の医療提供体制に関する理解や、適切な医療機関選択や受療が行われるよう、周知を始めとする取組を推進されたい。また、地域医療構想を策定する際には、地域医療（精神、感染症等に係る入院医療や外来医療、在宅医療、歯科医療、薬局等を含む。）全体を見据えた上で、五疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患）、五事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児救急医療を含む小児医療）等の医療計画において既に記載されている内容も踏まえて検討されたい。

- 高齢化の進展に伴い、医療需要が増大する中で、病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分ごとの整備だけでなく、医療法での人員配置等についても、病床の機能区分に応じたものとしていく必要があるとともに、介護分野での対応を拡充する必要がある。厚生労働省においては、第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画の策定に向け、病床機能報告制度の今後の在り方を検討し、地域医療構想の実現に向けた取組を進めるに際して、地域の医療需要に円滑に対応できる人員配置等を調えることの検討を進めるとともに、今後、入院医療ではなく在宅医療等で対応することとした者の介護分野等での対応方針を早期に示されたい。また、第7次医療計画の策定に向け、地域医療構想の策定や実現に向けた取組を進める過程で生じる新たな課題を把握し、同計画の策定指針等を検討する際に反映されたい。

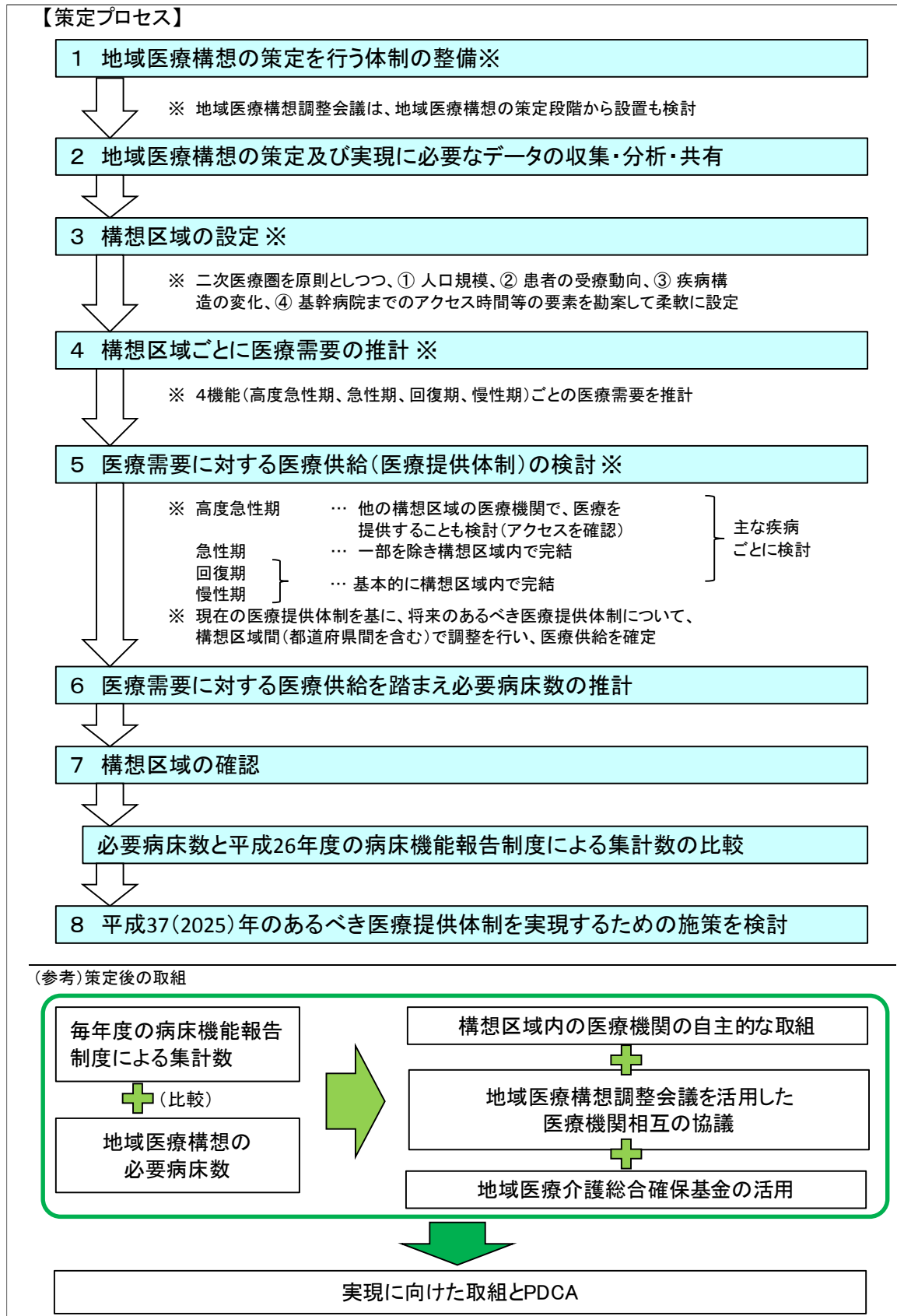
## 目次

I	地域医療構想の策定	6
1	地域医療構想の策定を行う体制等の整備	7
2	地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有	8
3	構想区域の設定	9
4	構想区域ごとの医療需要の考え方	12
	(1) 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要の考え方	
	(2) 地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方	
5	医療需要に対する医療提供体制の検討	21
6	医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計	23
7	構想区域の確認	23
8	将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討	24
	(1) 施策の基本的考え方	
	(2) 必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較	
	(3) 病床の機能の分化及び連携の推進	
	(4) 在宅医療の充実	
	(5) 医療従事者の確保・養成	
II	地域医療構想策定後の取組	34
1	地域医療構想の策定後の実現に向けた取組	34
	(1) 基本的な事項	
	(2) 各医療機関での取組	
	(3) 都道府県の取組	
	ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較	
	イ 各病床の機能区分ごとにおける個別医療機関の状況の把握	
	ウ 地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討	
	エ 平成37年（2025年）までのPDCA	
2	地域医療構想調整会議の設置・運営	38

(1) 議事	
ア 主な議事	
イ 議論の進め方	
ウ その他	
(2) 開催時期	
(3) 設置区域等	
ア 基本的考え方	
イ 柔軟な内容	
(4) 参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者への対応	
ア 参加者の範囲・選定	
イ 専門部会やワーキンググループの設置	
ウ 公表	
エ 参加の求めに応じない関係者への対応	
(5) 合意の方法及び履行担保	
ア 合意の方法	
イ 履行担保	
3 都道府県知事による対応	4 4
(1) 病院・有床診療所の開設・増床等への対応	
(2) 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応	
(3) 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応	
(4) 稼働していない病床への対応	
4 地域医療構想の実現に向けたPDCA	4 5
(1) 指標等の設定	
(2) 指標等を用いた評価	
(3) 評価に基づく地域医療構想等への反映	
(4) 住民への公表	
Ⅲ 病床機能報告制度の公表の仕方	4 8
1 患者や住民に対する公表	4 8
2 地域医療構想調整会議での情報活用	4 9

# I 地域医療構想の策定

○ 地域医療構想の策定プロセスについて整理すると、以下となる。



## 1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

- 地域医療構想は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会<sup>1</sup>、市町村及び保険者協議会<sup>2</sup>の意見を聴く必要がある（医療法第30条の4第13項及び第14項）。なお、都道府県医療審議会については、地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員の選出を行うこととする。
- また、地域医療構想の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、タウンミーティングやヒアリング等、様々な手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることや、構想区域ごとに既存の圏域連携会議<sup>3</sup>等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続をとることを検討する必要がある。なお、この段階で策定後を見据えて地域医療構想調整会議<sup>4</sup>を設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当である。
- 現行の医療計画の策定プロセスと同様に、地域医療構想の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、そのメンバーについては、代表性を考慮するとともに、偏りがないようにすることが必要である。
- タウンミーティング等は、一部の同一人物が出席することにならないよう、できるだけ広く意見を集めること、また、ヒアリングにおいても、一般公募を行ったり、発言しやすいような配慮を行うことが必要である。
- 在宅医療の課題や目指すべき姿については、市町村介護保険事業計画<sup>5</sup>

<sup>1</sup>都道府県医療審議会（医療法第71条の2）※平成27年4月1日時点の医療法。以下同じ。

都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため都道府県に置かれる。

<sup>2</sup>保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律第157条の2第1項（平成27年4月1日時点））

医療保険の加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、共同して都道府県ごとに組織する協議会。

<sup>3</sup>圏域連携会議（医療計画作成指針（平成24年3月30日））

都道府県が医療計画を策定する際、必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場。

<sup>4</sup>地域医療構想調整会議（医療法第30条の14）

都道府県が、構想区域その他当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との間に設ける「協議の場」の名称。医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策等について協議する。

<sup>5</sup>市町村介護保険事業計画（介護保険法第117条）



との整合性に留意する必要があることから、地域医療構想の策定段階から市町村の意見を聴取することが必要であり、その際には、既存の圏域連携会議等を活用することが望ましい。

- 策定された地域医療構想は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする（医療法第30条の4第15項）。その際、住民に知ってもらうことが重要であることから、都道府県報やホームページによる公表や、プレスリリース等によりマスコミに周知するなど、幅広い世代に行き渡る手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。

## 2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有

- 地域医療構想の策定に当たっては、医療提供体制の構築だけでなく、地域包括ケアシステム<sup>6</sup>の構築についても見据える必要があり、そのためには、医療機関の自主的な取組や医療機関相互・地域の医療関係者間の協議等による連携が不可欠となる。
- 地域医療構想の実現に向けて、各医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備が必要となる。また、こうした情報は、患者が理解することにより、より適切な医療機関の選択や医療の受け方につながることから、情報に対する丁寧な説明を行い、患者・住民、医療機関及び行政の情報格差をなくすよう努めるべきである。
- これらの基礎となるデータは、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）することとするが、都道府県は、関係者と共有したり、協議や協力により所要の整備をすることが必要となる。その際、医療機関の協力を得て、病床機能報告制度<sup>7</sup>等により、有用なデータが報告・提出されていることから、これらの活用も必要な視点となる。
- なお、病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関

---

市町村が定める、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画。

<sup>6</sup>地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

<sup>7</sup>病床機能報告制度（医療法第30条の13）

医療機関が、その有する病床（一般病床及び療養病床）の機能区分、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告する制度。

の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏まえていないことから、医療機関別、二次医療圏<sup>8</sup>等の地域別、病床の機能区分別等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

- 以上のことを踏まえ、地域医療構想の策定及び実現に必要な情報（データ）を別紙（56-57 頁）に示す。

### 3. 構想区域の設定

- 地域医療構想の検討を行うため、まずは構想区域の設定を行い、構想区域及び医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）を具体化する必要がある。
- 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- また、地域医療介護総合確保基金<sup>9</sup>の根拠となる地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第 64 号。以下「医療介護総合確保促進法」という。）では、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて、医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域として医療介護総合確保区域の設定を求めており、さらに、医療介護総合確保方針<sup>10</sup>においては、同区域に関して、都道府県は、「二次医療圏及び老人福祉圏域<sup>11</sup>を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定するものとする」とされており、地域医療構想に関連する区域は相互に整合的な設定が求められている。

---

<sup>8</sup>二次医療圏（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 9 号）

地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位。

<sup>9</sup>地域医療介護総合確保基金（医療介護総合確保促進法第 6 条）

都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

<sup>10</sup>医療介護総合確保方針（医療介護総合確保促進法第 3 条）

地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針。

<sup>11</sup>老人福祉圏域（介護保険法第 118 条第 2 項）

介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域。

- なお、現行の二次医療圏と異なる構想区域を設定することも可能であるが、その場合には、以降に示す検討過程において将来における要素を必ず勘案する必要がある。
- 一方で、二次医療圏は、一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定するものであり、平成24年（2012年）3月に厚生労働省が示した医療計画作成指針において、①人口規模が20万人未満、②流入患者割合が20%未満、③流出患者割合が20%以上の全てに当てはまる場合は、圏域設定を見直すことを求めたところである。しかしながら、既設の圏域間では人口規模、面積や基幹病院へのアクセスに大きな差があり、大幅な入院患者の流出入がみられる圏域など、一体の区域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。また、5疾病・5事業において圏域を定める場合は、各疾病等で構築すべき医療提供体制に応じて設定することから必ずしも二次医療圏域と一致する必要はないため、地域の実情に応じて柔軟に設定している都道府県がある。

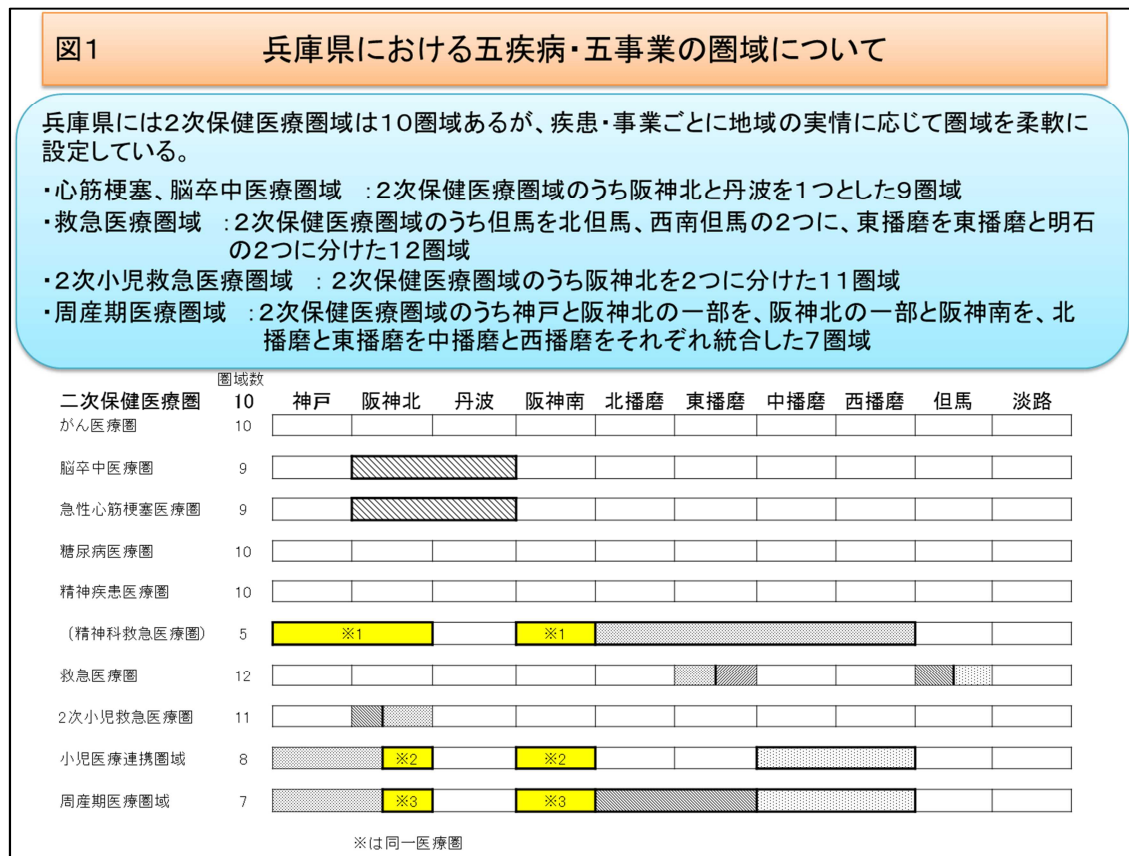
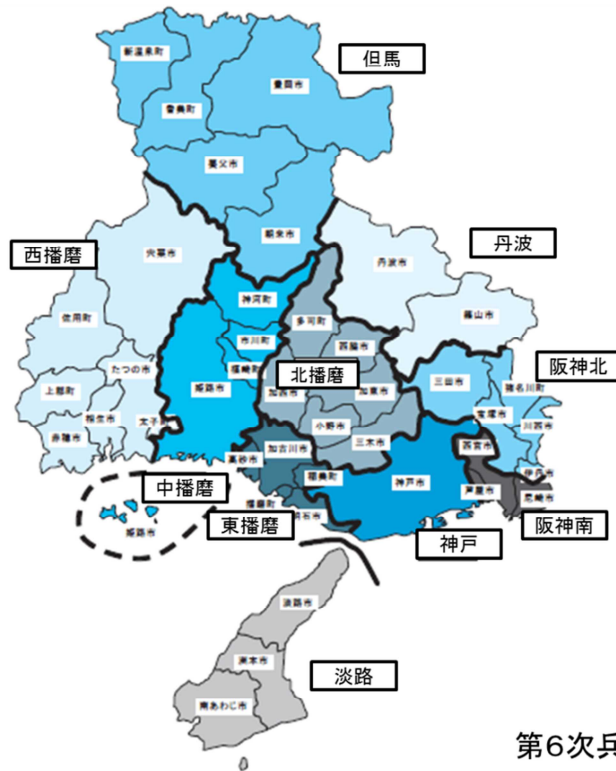


図2

## 兵庫県2次保健医療圏域図



- 以上のことを踏まえ、構想区域の設定に当たっては、病床の機能区分との関係について、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものではない。なお、高度急性期から連続して急性期の状態となった患者で、同一機能の病床に引き続いて入院することはやむを得ない。一方、急性期、回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい。
- 具体的には、緊急性の高い脳卒中、虚血性心疾患を含む救急医療については、アクセス時間等を考慮した上で、当該診療を行う医療機関がより近距離にある場合は構想区域を越えて流出入することもやむを得ない。一方で、高齢者の肺炎や大腿骨頸部骨折など回復期につなげることの多い疾患については、構想区域内で対応する必要がある。
- 地域医療構想は平成 37 年（2025 年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成 25 年度（2013 年度）～平成 29 年度（2017 年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成 36 年（2024 年）3 月が終期となる平成 30

年度（2018 年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

#### 4. 構想区域ごとの医療需要の推計

- 平成 37 年（2025 年）における病床の機能区分ごとの医療需要（推計入院患者数）は、構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計することとする。
- なお、以下の推計方法は、構想区域全体における医療需要の推計のための方法である。このため、この推計方法の考え方が、直ちに、個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではない。
- このうち、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、平成 25 年度（2013 年度）※の NDB のレセプトデータ<sup>12</sup>及び DPC データ<sup>13</sup>に基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を 365（日）で除して 1 日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率<sup>※※</sup>とする。この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計することとする。その際、NDB のレセプトデータ及び DPC データに含まれない正常分娩、生活保護、労災保険、自動車損害賠償責任保険等のデータの補正を行うこととする。

※ 平成 25 年（2013 年）のデータに基づくため、平成 26 年度（2014 年度）診療報酬改定のより導入された地域包括ケア病棟等については、本推計には含まれていない。

---

<sup>12</sup>NDB のレセプトデータ

NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第 16 条第 2 項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報を NDB に格納し管理している。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

<sup>13</sup>DPC データ

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPC を利用した包括支払システムを DPC/PDPS（Per-Diem Payment System；1 日当たり包括支払い制度）という。DPC/PDPS 参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。これを本ガイドラインでは、DPC データと呼ぶ。

※※ 患者住所地が明らかでない被用者保険利用者の医療需要を患者住所地構想区域ごとに推計する方法については、まず被用者保険利用者の医療需要を医療機関所在地構想区域ごとに推計した上で、当該都道府県の国民健康保険・後期高齢者医療制度のレセプトデータを用いて各医療機関所在地構想区域における患者住所地構想区域ごとの患者数の分布割合を算出し、被用者保険利用者の医療需要をこの分布割合に従って按分する。

なお、平成37年（2025年）の性・年齢階級別人口については、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）』を用いることとする。

#### 2025年の医療需要の推計方法

構想区域の2025年の医療需要 = [当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

- また、慢性期機能の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定することとする。
- このため、前記（2025年の医療需要の推計方法）の他の病床の機能区分の医療需要の推計方法を基に、目標設定を加味することにより、慢性期機能の医療需要を推計することとする。
  - （1） 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の需要推計の考え方
- 病床の機能区分ごとの医療需要について、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案して推計するよう、一般病床の患者（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、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定した患者を除く。）のNDBのレセプトデータやDPCデータを分析することとする。
- 具体的には、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、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（以下「医

療資源投入量」という。)で分析していくこととする。その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、推計における医療資源投入量に入院基本料相当分は含まないこととする。したがって、推計における医療資源投入量とは、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたものとする。

- 急性期機能については、病床機能報告制度において、『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』と定義されている。
- また、DPCデータの分析による医療資源投入量と入院日数との関係を見てみると、入院日数の経過につれて、医療資源投入量が逡減していく傾向があることが分かる。この医療資源投入量の逡減の傾向を踏まえると、医療資源投入量が一定程度、落ち着いた段階が患者の状態が安定した段階であると考えられる。
- これらを踏まえ、入院から医療資源投入量が落ち着く段階までの患者数を高度急性期機能及び急性期機能で対応する患者数とし、急性期機能と回復期機能とを区分する境界点(C2)を600点として推計を行うこととする。
- 高度急性期機能については、病床機能報告制度において、『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』と定義されていることを踏まえ、医療資源投入量が特に高い段階の患者数を高度急性期機能で対応する患者数とすることとする。
- 具体的には、病床機能報告制度において、高度急性期機能に該当する病棟の例として、救命救急病棟やICU、HCU等が例示されているが、その他の病棟にも高度急性期機能の定義に該当する患者がいることを前提とした上で、救命救急病棟やICU、HCU等に入院するような患者像も参考にして、高度急性期機能で対応する患者数とし、高度急性期機能と急性期機能とを区分する境界点(C1)を3,000点として推計を行うこととする。
- 回復期機能については、病床機能報告制度において、
  - 『・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（日常生活における基本的な動作を行う能力）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）』

と定義されている。

なお、在宅復帰する患者は、居宅で訪問診療を受ける者、施設で訪問診療を受ける者、医療機関に通院する者等を含む。

- このため、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に相当する医療資源投入量として見込まれる225点を境界点（C3）とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み175点で区分して推計するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数（一般病床だけでなく療養病床の患者も含む。）を加えた数を、回復期機能で対応する患者数とする。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<sup>※</sup>の患者数として一体的に推計することとする。

※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

図3 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ

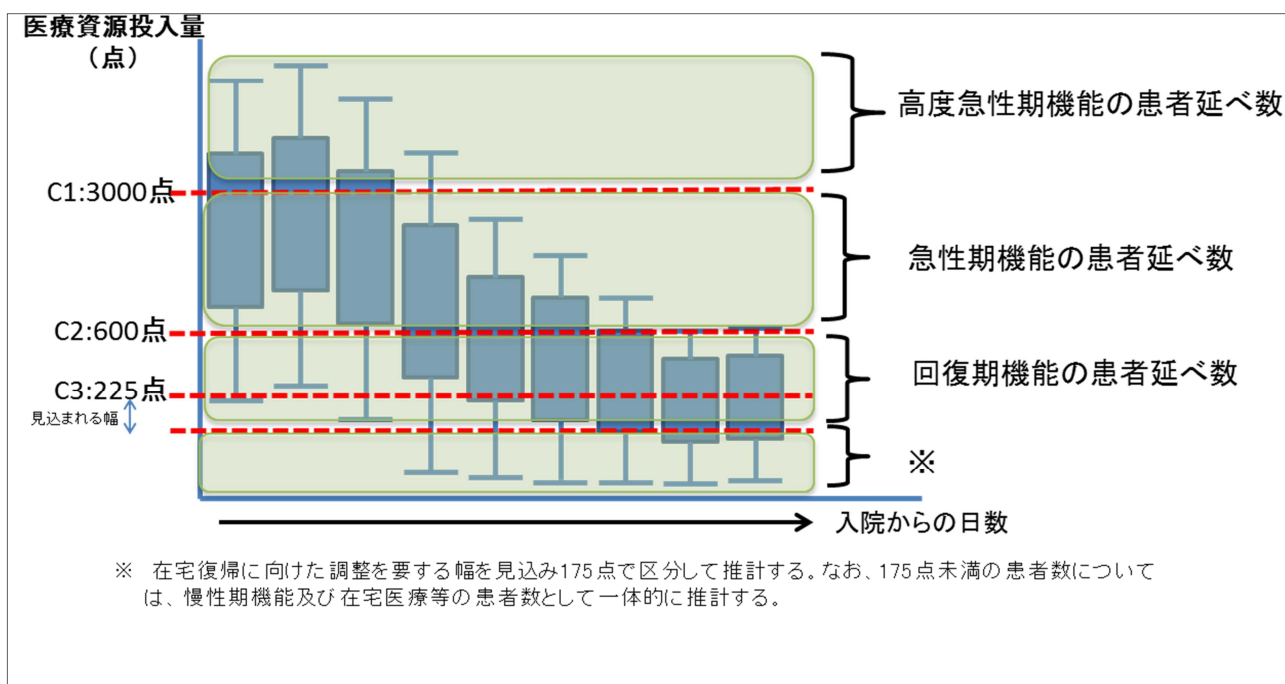




図4 病床の機能別分類の境界点の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	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		
回復期	C2 600点	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
※	C3 225点	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。

## (2) 地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方

### i 慢性期機能の需要推計の考え方について

- 慢性期機能については、病床機能報告制度において、
  - 『・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』
 と定義されている。
- 療養病床については、主に慢性期機能を担っているが、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した値（医療資源投入量）に基づく分析を行うことは難しい。また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況である。このため、慢性期機能の推

計においては、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った上で、療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで、これに相当する分の患者数を推計することとする。

○ 具体的には、平成 25 年度（2013 年度）の NDB のレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者の 70% を在宅医療等で対応する患者数として見込むこととする。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくこととし、以下の「ii」又は「iii」の入院受療率を平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口に乗じて慢性期機能の医療需要を推計する。

○ 一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）については、慢性期機能の医療需要とする。

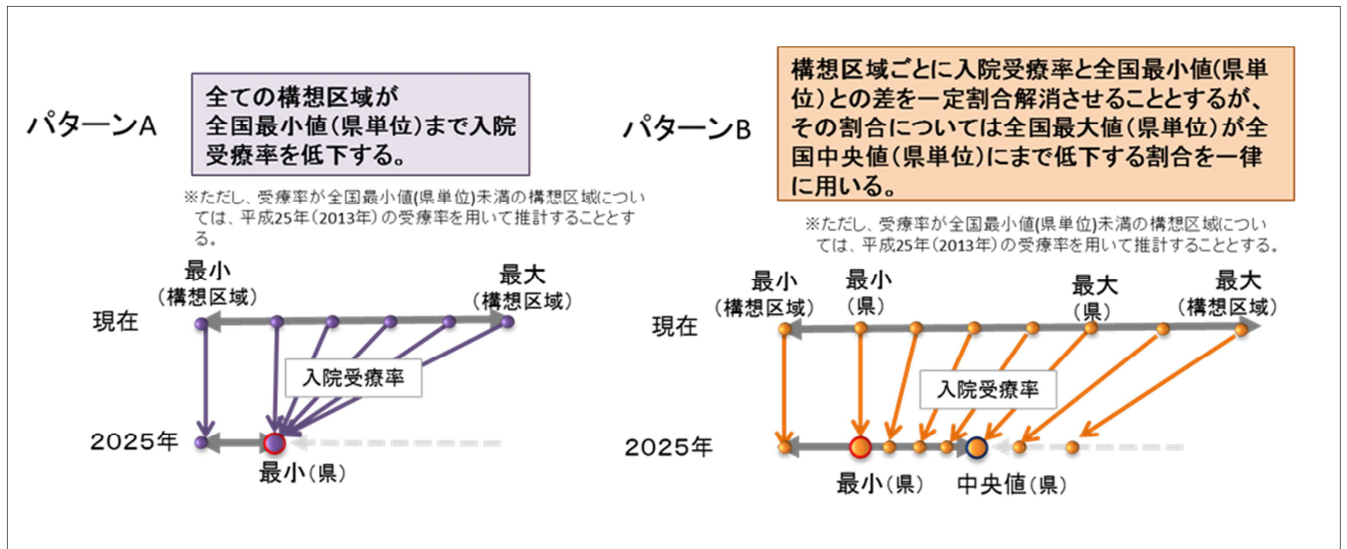
## ii 療養病床の入院受療率における地域差の解消について

○ 入院受療率の地域差を解消するための目標については、都道府県は、原則として構想区域ごとに以下の A から B の範囲内で定めることとする。

A 全ての構想区域の入院受療率を全国最小値（県単位で比較した場合の値。（以下「県単位」という。））にまで低下させる。ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成 25 年（2013 年）の受療率を用いて推計することとする。

B 構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成 25 年（2013 年）の受療率を用いて推計することとする。

図5 入院受療率の地域差の解消目標



iii 入院受療率の目標に関する特例について

○ 介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に進められるよう、以下の要件に該当する構想区域については、「ii」により定めた入院受療率の目標の達成年次を平成37年(2025年)から平成42年(2030年)とすることができることとする。その際、平成37年(2025年)においては、平成42年(2030年)から比例的に逆算した入院受療率を目標として定めるとともに、平成42年(2030年)の入院受療率の目標及び当該入院受療率で推計した平成37年(2025年)の病床の必要量も併せて地域医療構想に定めることとする。

【要件】

- ① Bにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値※よりも大きいかつ
- ② 当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

※1 Bにより入院受療率の目標を定めた場合において、慢性期病床が減少する構想区域の平成25年(2013年)と平成37年(2025年)を比較した減少率の中央値。  
 上記要件に該当する構想区域において、目標達成年次を平成42年(2030年)とした場合の平成37年(2025年)における慢性期病床の減少率について、①の減少率の全国中央値を下回らないようにする。

※2 都道府県は、上記「ii」、「iii」により入院受療率の目標を設定し、当該入院受

療率で推計した慢性期病床の必要量の達成を目指すこととするが、厚生労働大臣が認める構想区域において、当該慢性期病床の必要量の達成が特別の事情により著しく困難となった場合には、都道府県は、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができることとする。

- ・ 「厚生労働大臣が認める構想区域」：都道府県全体の慢性期病床の減少率が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域（当該構想区域の慢性期病床の平成 25 年（2013 年）と平成 37 年（2025 年）を比較した減少率が全国中央値を上回っている構想区域に限る。）その他これに類する構想区域とする。
- ・ 「特別の事情」：やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫婦のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び厚生労働省においてやむを得ないと認める事情とする。
- ・ 「厚生労働大臣が認める方法」とは、当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定めることとする。

#### iv 在宅医療等での対応の推進について

- 今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能の分化及び連携により、平成 37 年（2025 年）には、現在の療養病床以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を支援していくことが必要である。

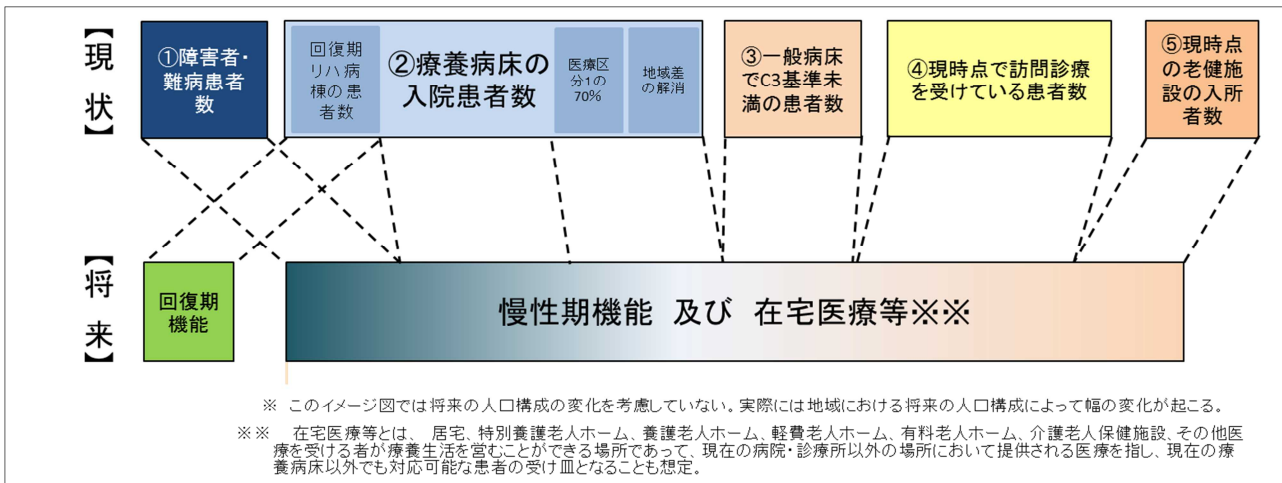
#### v 平成 25 年（2013 年）における入院外において継続的な療養を必要とする患者数の将来推計について

- 入院外において継続的な療養を必要とする患者の推計については、平成 25 年（2013 年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口を乗ずることによって、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。
- 加えて、介護老人保健施設の施設サービス受給者については継続的な療養を提供されていることから、平成 25 年（2013 年）の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成 37 年（2025 年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の需要に含めて推計する。

vi 慢性期機能及び在宅医療等の推計について

- 将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計するためには、次の5つを合計することとする。
- ① 一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。
  - ② 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等で対応する患者数として推計する。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。
  - ③ 一般病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。）のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計するが、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、一体的に推計することとする。
  - ④ 平成25年（2013年）に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
  - ⑤ 平成25年（2013年）の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

図6 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ※



○ 限られた医療資源の中で住民が安心して地域医療を受けるためには、在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠である。一方で、医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築のためには、目標の達成が不可欠であることから、住民の理解を深めるとともに、市町村や地域社会を巻き込んだ、医療だけではない地域全体としての取組が求められるものである。また、厚生労働省においても、地域の需要に円滑に対応できる医療法での人員配置等を整えることの検討を進めることとする。

## 5. 医療需要に対する医療提供体制の検討

- 都道府県は、構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計するが、都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、医療需要に対する供給数（構想区域内の医療機関が入院医療を行う患者数）の増減を見込む必要がある。
- その際、構想区域の将来の医療提供体制を踏まえた上で、増減を見込む構想区域双方の供給数の合計ができる限り一致することを原則に、供給数の増減を調整する必要がある。このため、大都市圏など特に都道府県間や構想区域間の医療提供体制の分担が必要となる構想区域の都道府県においては、まず都道府県間の供給数の増減を調整した後で、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整することが適当である。
- また、地域連携パスの共有など、上記の調整を踏まえて関係する都道府県や構想区域の医療機関との間で具体的な施策に関する協議が必要な場

合には、地域医療構想調整会議や医療計画に係る圏域連携会議において合同会議を開催する等により、関係する構想区域の保健所長、地域医師会等や医療機関等を交えて協議を行うことが望ましい。

- なお、構想区域間の供給数の増減の調整については、以下のようなプロセスで行う。
- i 都道府県の構想区域ごとに、患者住所地に基づき推計した医療需要（①）と、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数（他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの）（②）を比較する。
  - ii 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。その際、地域医療の連携の観点からは全ての場合について行うことが望ましい。少なくとも、平成 37 年（2025 年）の医療需要に対する増減のいずれかがおおむね 20%又は 1,000 人を超える場合は、調整のための協議を行うこととする。
  - iii 都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）の総合計画を所管）や介護部局（介護保険事業支援計画を所管）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。  
また、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。
  - iv その際、既に医療計画において二次医療圏における医療提供体制が定められている、がん、脳卒中及び急性心筋梗塞については、医療計画を踏まえて構想区域ごとに改めて確認・検討することとし、同様に、認知症疾患医療センター<sup>14</sup>や難病医療拠点病院<sup>15</sup>（予定）といった関連する法・制度に基づく医療提供体制についても、構想区域ごとに確

---

<sup>14</sup>認知症疾患医療センター

都道府県及び指定都市が設置する、地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能体制を有する医療機関。

<sup>15</sup>難病医療拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第 4 条第 2 項第 2 号）

難病医療連絡協議会の業務を受託するとともに、連絡窓口を設置し、高度の医療を必要とする患者の受け入れ等の機能を担う医療機関のこと。

認・検討することが望ましい。また、これら以外の疾病（例えば、発生頻度の高い肺炎や骨折等）についても、適宜、地域の実情に応じて、構想区域における医療提供体制に関して検討することとする。

- v 以上の考え方を踏まえ、都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数（③）を確定することとする。なお、調整に当たっては、丁寧かつ十分な協議を行い、特に都道府県間の調整においては、通常の議事録の作成に加え、合意を確認できる書面を作成するなどして、取りまとめておくことが適当である。

## 6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量（必要病床数）の推計

- 将来のあるべき医療提供体制を踏まえ構想区域間の供給数の増減を調整し推定供給数（③）を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における平成37年（2025年）の病床の必要量（必要病床数）（④）とする。
- この場合において、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期は 92%とする。

図7 各構想区域における病床の機能区分ごとの医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の状況（脳卒中、心筋梗塞等の主な疾病についても同様の表を作成）

推計年度

	2025年における	2025年における医療供給（医療提供体制）		
	医療需要 （当該構想区域に居住する患者の医療需要）（①）	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの（②）※	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの（③）	病床の必要量（必要病床数）（③を基に病床利用率等により算出される病床数）（④）
高度急性期 急性期 回復期 慢性期				

※ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

## 7. 構想区域の確認

- 都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。



## 8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

### (1) 施策の基本的考え方

- 医療法上、都道府県が策定する医療計画においては、「地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項」を定めることとされている。また、地域医療介護総合確保法に基づく都道府県計画<sup>16</sup>においては、「医療介護総合確保区域<sup>17</sup>ごとの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業に関する事項」を定めることとされている。
- 医療法では、地域医療構想に関し、直接的には一般病床及び療養病床の機能の分化及び連携の推進が求められている。しかしながら、地域医療の観点からは、精神病床等の他の入院医療機能や外来医療機能、在宅医療との連携により、認知症、精神科救急、自殺対策を含むうつ病対策、依存症や高次脳機能障害、身体疾患を合併する精神障害者への医療等の精神科医療との連携が求められる医療ニーズ、感染症、歯科疾患といったその他の様々な医療ニーズに対応することが求められる。このため、これらの医療ニーズや地域包括ケアシステムに対応する職種も多様であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカーに加え、介護、福祉(児童、障害等)、教育、就労等、関係者は多岐にわたる。以上のことから、施策の検討に当たっては、都道府県は、幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討することが適当である。
- 特に精神疾患については、医療計画に位置付けられており、一般医療と精神科医療の連携は重要であることから、地域医療構想を策定するに当たっては、地域における精神科医療も含め検討することが必要である。その際、精神科医療については、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成26年厚生労働省告示第231号)等に基づき、精神科医療の質を良質かつ適切なものとするために、機能分化を進め、長期入院精神障害者を始めとする精神障害者の地域移行をより一層

<sup>16</sup>都道府県計画(医療介護総合確保促進法第4条)

都道府県が地域の実情に応じて作成する、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画。そこに掲載された事業に要する経費の全部又は一部を支弁するため、都道府県が基金を設置する場合には、国は、必要な資金の3分の2を負担する。(地域医療介護総合確保基金)

<sup>17</sup>医療介護総合確保区域(医療介護総合確保促進法第4条第2項)

地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域。

進めることとしており、こうした方向性を踏まえることが重要である。

- また、認知症対策については、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）<sup>18</sup>」において、医療・介護等が有機的に連携し、認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにするため、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築することとされている。その際、入院・外来による認知症の専門医療も循環型の仕組みの一環であるとの認識の下、その機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進めることが重要である。

## （２）必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較

- 都道府県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成26年度（2014年度）（又は、直近の年度）の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある。

その際、在宅医療・介護の充実、医療従事者の確保、介護施設等の整備の状況など、可能な限り、多様な観点から分析することが望ましい。

※ 病床機能報告制度については、初年度においては、他の医療機関の報告状況や地域医療構想及び同構想の病床の必要量（必要病床数）等の情報を踏まえていないことから、個別医療機関間、二次医療圏等の地域間、病床の機能区分ごと等の比較をする際には、十分に注意する必要がある。

- 都道府県は、構想区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討し、施策の基本となる事項を定める必要がある。

当該事項は、毎年度の地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画の策定の基本方針として活用できるようにする必要がある。

## （３）病床の機能の分化及び連携の推進

- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に当たっては、都道府県が地域医療構想において定めた構想区域における病床の機能区

<sup>18</sup>認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指すことを基本的な考え方として、厚生労働省が関係府省庁と共同して平成27年（2015年）1月に策定したもの。

分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性のあるものとするために地域医療介護総合確保基金の活用等により、必要な施策を進めていく必要がある。

- また、将来の病床の機能区分ごとの必要病床数の達成に向けて、地域で不足している病床の機能がある場合には、それを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により、収れんを次第に促していく必要がある。
- このため、都道府県においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、将来的に病床の機能が過剰になることが見込まれる構想区域においては、設置主体の特性を踏まえ、地域における必要な役割分担の議論が進むよう、一般会計繰入や補助金の交付状況など税財源の投入状況を含めた必要なデータの提供や、調整を行う必要がある。
- これらの検討に当たっては、人口構造や疾病構造の変化、それに伴う患者の受療行動の変化など、医療を取り巻く環境の変化を踏まえた視点が必要である。また、不足する機能を担う病床の増床や病床機能の転換に伴う施設・設備整備の支援のみならず、医療機関が役割分担をして有効に機能するための連携施策が重要であり、患者の疾病からの回復が遅延したり、ADL（日常生活における基本的な動作を行う能力）の低下を招くことのないよう、医療機関等の連携により切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供される必要がある。
- このため、地域連携パスの整備・活用の推進や、都道府県や市町村が中心となった連携を推進するための関係者が集まる会議の開催、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等に複合的に取り組む必要がある。
- また、各医療機関における地域との前方連携及び後方連携を行う看護職員や医療ソーシャルワーカーの研修だけではなく、退院支援部門以外の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等の職員に対して、入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うための在宅医療や介護の理解を推進する研修、医療機関の医師、看護職員等と地域の関係者による多職種協働研修等により必要な人材の確保・育成に取り組む必要がある。

- こうした病床の機能の分化及び連携に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。

病床の機能分化・連携に係る具体的な取組例

	体制構築	人材確保
病床の機能の分化	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能の重点化・明確化                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ クリティカルパス（クリニカルパス）の活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修等の支援</li> <li>➤ 病床機能に応じた臨床指標（Quality Indicator）を用いた医療の質評価・向上の支援</li> <li>➤ 高度急性期から在宅医療まで地域の医療提供体制について住民（患者）への情報提供・普及啓発</li> </ul> </li> <li>○ 病床機能の変更                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 病床機能の変更のための財政的・技術的支援</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能の分化・転換に伴う医療関係者の研修・教育                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ キャリアパスとして異なる病床機能の病棟及び在宅医療で働くことを意識した研修・教育の支援</li> </ul> </li> </ul>
病床の機能の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能の異なる関係機関の連携強化                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 地域の創意工夫を活かした地域連携パスの作成・活用のための体制整備・連携の支援</li> <li>➤ 救急外来から患者の病状に応じた他の医療機関への紹介入院等の地域連携の支援</li> <li>➤ 在宅医療から地域包括ケア病棟を持つ医療機関等への緊急連絡・搬送体制の整備・支援</li> <li>➤ 認知症、特に行動・心理症状（BPSD）を伴う患者に対する地域での医療提供体制の整備・支援</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 連携に係る人材の確保・養成                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 地域の医療・介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成</li> <li>➤ 退院支援、在宅復帰支援のため地域における多職種連携・人事交流の支援</li> </ul> </li> </ul>

#### (4) 在宅医療の充実

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれる。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要がある、地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけでなく、具体的な施策につながる調査を行うなど、きめ細かい対応が必須となる。
- さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。
- こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制については、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域<sup>19</sup>で整備する必要があることから、都道府県は保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必要である。
- 在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、都道府県が中心となって、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を

<sup>19</sup>日常生活圏域（介護保険法第117条第2項第1号）

当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域

行う必要がある。

- また、在宅医療は主に「(地域側の)退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能が求められており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医療依存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必要である。加えて、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するため、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援することが重要である。さらに、在宅医療を受けている患者に対する口腔機能の管理等の機能を担う歯科診療所及び後方支援を行う病院歯科等が医科医療機関等と連携体制を構築することが重要である。
  
- こうした在宅医療の充実に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。

在宅医療の充実に係る具体的な取組例

	実施主体※	体制構築	人材確保
退院支援(地域側)	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な事例の退院時カンファレンスへの参加。</li> <li>退院調整担当者との定例会議の開催。</li> <li>医療機関との連携のための地域側の一元的な窓口の設置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の療養生活の相談に乗る窓口 に配置する看護職員や医療ソーシャル ワーカーを育成するための研修。</li> </ul>
	行政・医師会 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院(退所)元の医療機関・施設・と、在宅医 療・介護を提供する医療機関・事業所が情報交 換できる場の設定。</li> </ul>	
日常の療養生活の 支援	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所間の連携や、病院医師による支援によ り、在宅医の不在時の代診等の支援体制の構 築。</li> <li>医療依存度の高い患者や小児等患者への対応 力向上のための研修。</li> <li>在宅医療における衛生材料・医療材料の円滑供 給のため、地域で使用する衛生剤料等の規格・ 品目統一等に関する協議を地域の関係者間で 行うとともに、供給拠点を整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療に取り組む医師確保のため の同行訪問を含んだ導入研修。</li> <li>訪問看護師の確保のための採用時研 修に対する支援、研修機関の集約化 (拠点となる訪問看護事業所が地域 の教育機能を担う)、看護系大学と連 携した教育体制の構築。</li> <li>在宅歯科医療を実施する歯科診療所 の後方支援を行う病院歯科等の歯科 医師や歯科衛生士の確保。</li> <li>これまで訪問薬剤管理指導に取り組 んだ経験のない薬局に対する研修。</li> </ul>
	行政・医師会 等	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の在宅医療の課題等の解決を目指した関 係者(多職種)による「在宅医療推進協議会」 の設置・運営。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係者と協働した在宅医療に取り組 む人材確保の支援。</li> </ul>



	実施主体※	体制構築	人材確保
急変時の対応	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所等が 24 時間体制を確保するための、病院と診療所（病診）、診療所同士（診診）、診療所と訪問看護事業所の連携の構築。</li> <li>後方病床を確保するため、かかりつけ医を通して入院を希望する病院など必要な情報をあらかじめ登録するシステムの構築。</li> <li>在宅療養患者の安全な救急搬送体制を確保するため、行政機関や消防機関、医療機関等が一堂に介する協議会の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした救命講習。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係団体等と協働で、24 時間体制構築のためのコーディネートや支援。</li> </ul>	
看取り	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供。</li> <li>地域で使用する医療用麻薬について、地域の関係者間で品目・規格統一等に関する協議会の開催や供給拠点の設置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種研修や施設との合同開催の研修。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する広報や情報提供。</li> </ul>	

※ 実施主体については、一般的な例を示したものであり、地域の実情に応じて柔軟に役割分担をする必要がある。

## (5) 医療従事者の確保・養成

- 地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものであるため、地域医療対策協議会での検討を踏まえ、地域医療支援センター<sup>20</sup>等を活用した医師等の偏在の解消や医療勤務環境改善支援センター<sup>21</sup>等を活用した医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員の確保・定着・離職防止、ワーク・ライフ・バランスの確立に取り組む必要があり、地域医療介護総合確保基金の有効活用も含めた施策を検討することが重要である。
- 限りある医療資源を有効活用し、質の高い医療を安全に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、業務を分担するとともに互いに連携・補完し合うチーム医療を推進していくべきである。チーム医療の推進に当たっては、専門職人材の確保が重要であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職について人材確保に取り組む必要がある。
- 医療従事者の確保は、入院医療だけではなく、在宅医療の推進においても求められていることから、地域包括ケアシステムの構築の観点から、市町村との協議も行うことが望ましい。なお、医師・看護職員等の確保が困難な市町村に対しては、地域医療支援センター、都道府県ナースセンター<sup>22</sup>などによる支援を行うことが望ましい。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進するためには、病床の機能区分に応じた医療従事者を確保する必要があり、地域における医療従事者の確保目標等の設定が求められる。

---

<sup>20</sup>地域医療支援センター（医療法第30条の25）

都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーとして、都道府県庁や大学病院等に設置されるもの。平成27年（2015年）1月末現在、43都道府県で設置されている。

<sup>21</sup>医療勤務環境改善支援センター（医療法第30条の21）

各医療機関が勤務環境改善マネジメントシステムに基づき策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価等をワンストップで、かつ、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポートする施設として都道府県に設置されるもの。

<sup>22</sup>都道府県ナースセンター（看護師等の人材確保の促進に関する法律第14条の1）

都道府県の看護職員確保対策の拠点として無料職業紹介などの事業を行う機関として都道府県知事が指定するもの

## Ⅱ 地域医療構想策定後の取組

### 1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組

#### (1) 基本的な事項

- 都道府県は、構想区域等ごとに、医療関係者、医療保険者その他の関係者との地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされている(医療法第30条の14)。地域医療構想調整会議の具体的な設置・運営については、「2」にその取扱いを示す。
- 地域医療構想調整会議のほか、以下のとおり、地域医療構想の各医療機関の自主的な取組を行うこと、また、都道府県がこれらの医療機関の自主的な取組を推進するための支援等を行うことも重要である。

#### (2) 各医療機関での取組

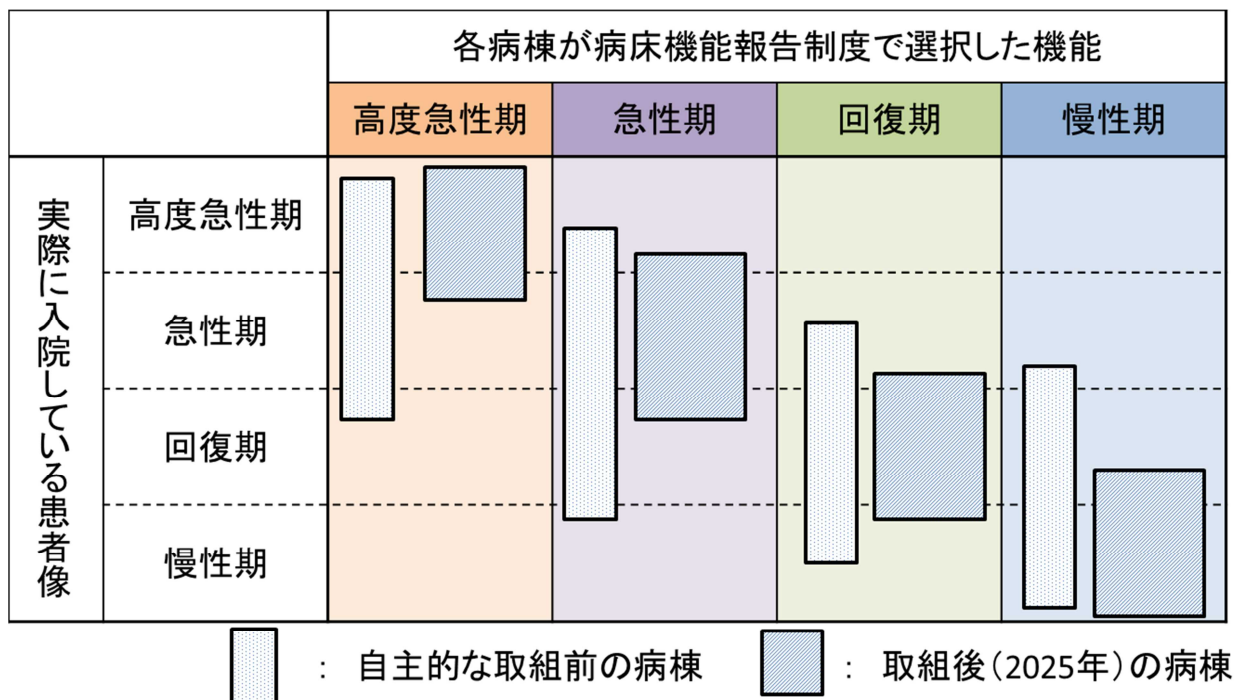
- 各医療機関は、自らの行っている医療内容やその体制に基づき、将来目指していく医療について検討を行うことが必要となる。
- その上で、自院内の病床の機能分化を進めるに当たり、病床機能報告制度により、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況等を把握することが可能になる。
- また、地域医療構想により、構想区域における病床の機能区分ごとの平成37年(2025年)における必要病床数も把握することが可能になる。これら2つの情報(データ)を比較したり、別紙(56-57頁)に掲げる他の情報を参考にするなどして、地域における自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握した上で、以下のような自主的な取組を進めることが可能になる。
- まず、様々な病期の患者が入院している個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行った上で、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討することが望ましい。(収れんのイメージは次頁の図のとおりであり、将来も病棟ごとに選択した機能と患者像が完全に一致することを想定

しているものではない。)

- 併せて、自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における病床の機能の分化と連携に応じた自院の位置付けを確認することが可能になる。

例えば、がん入院医療の役割を医療機関の間で臓器別に分担すること、回復期のリハビリテーション機能を集約化すること、療養病床について在宅医療等への転換を進めること等が挙げられる。

図8 患者の収れんのイメージ



以上の取組を受け、次年度の病床機能報告への反映や地域医療介護総合確保基金の活用を検討し、更なる自院の運営の改善と地域における役割の明確化を図る。

- また、これらの取組により、区域全体で見ても、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていき、不足する機能の解消や、患者数との整合が図れることになる。
- なお、医療機関がこのような取組を行う際には、患者・住民の理解が不可欠であり、自らの状態に応じた医療機能や医療機関を選択することが重要であるため、医療機関だけではなく、保険者や関係者を巻き込んで、患

者・住民への啓発に取り組むべきである。

### (3) 都道府県の取組

- 医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、病床の機能の分化及び連携等による将来のあるべき医療提供体制を実現するためには、地域の医療提供体制の確保に責任を有する都道府県が、その役割を適切に発揮する必要がある。
- このため、医療機関への情報提供を含め、都道府県において、以下の各段階における取組を行うことを原則とする。

#### ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

都道府県は、病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析する。

その結果を踏まえ、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握する。

#### イ 病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

都道府県は、各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、構想区域における病床の機能区分ごとの医療機関の状況を整理する必要がある。

病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを都道府県が作成する。

その際、医療機関が病棟ごとに病床機能報告制度において選択した病床の機能区分に応じた必要な体制の構築や人員配置を検討することから、当該構想区域で各病床の機能を選択した医療機関の分布だけではなく、主な疾患における分布や、提供されている医療の内容に関する情報など、より検討に適した資料・データとなるよう、地域医療構想調整会議の議長等と事前に協議を行うなど、工夫をすることが望ましい。

## ウ 地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討

都道府県は、地域において各医療機関が担っている医療の現状を基に、医療機関相互の協議を促進することとされているが、そのためには、「(2)」を基に各医療機関の自主的な取組を改めて促進する必要がある。

これを踏まえ、都道府県は必要に応じて地域医療構想調整会議を開催して医療機関相互の協議を進め、不足している病床機能への対応(過剰となると見込まれる病床機能からの転換を含む。)について、具体的な対応策を検討し、提示する。

その際、地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなるが、早い段階で平成37年(2025年)までの各構想区域における工程表を策定することが望ましい。

## エ 平成37年(2025年)までのPDCA

工程表が策定できていない段階においては、各医療機関が地域における位置付けを検討し、病棟ごとに担う病床の機能に応じた対応を行うことを促進する必要がある。

また、工程表を策定したとしても、各医療機関における状況の変化等により計画どおりに進めることが困難又は不適當な場合も考えられる。

このため、平成37年(2025年)まで毎年、進捗状況の検証を行い、工程表の変更も含め、地域医療構想の実現を図っていく必要がある。

その際、構想区域全体及び都道府県内全体で、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていることを確認する必要があるが、不足する病床機能の解消のためには、過剰となっている病床機能からの転換を促すことにより、医療需要に応じた医療の提供が可能となるという視点の共有を進め、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と患者数との整合性が図ることができるよう、検討を重ねる。

また、毎年、都道府県医療審議会や地域医療対策協議会<sup>23</sup>に報告することにより、各構想区域における進捗状況の比較や、より広い立場からの意見を求めることが可能となるため、適宜、開催することが望ましい。

<sup>23</sup>地域医療対策協議会(医療法第30条の23)

都道府県が、救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保その他当該都道府県において必要とされる医療の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるために設けられる関係者との協議の場。

- 上記「ア」から「エ」について、1年における主な作業時期を次頁に示すが、都道府県において、地域の実情に応じて柔軟に対応することが望ましい。

(参考) 地域医療構想策定後の年間スケジュールのイメージ

- 3月 病床機能報告制度の集計結果の提示
- 3月～ 各医療機関の自主的な取組  
地域医療構想調整会議  
※可能な限り、次期病床機能報告制度に間に合うように、10月までに上記の対応を行う。
- 10月 病床機能報告制度における報告
- 年内 各構想区域における対応を踏まえた基金の都道府県計画(案)の取りまとめ
- 2月 都道府県定例議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上

## 2. 地域医療構想調整会議の設置・運営

- 都道府県は、構想区域等ごとに、地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされている(医療法第30条の14)。
- 地域医療構想調整会議は、地域医療構想の実現に向けた取組を協議することが設置目的であることから、地域医療構想に反映させるべく地域医療構想の策定段階から設置し、構想区域における関係者の意見をまとめることが適当である。

### (1) 議事

地域医療構想調整会議の議事の具体的な内容については、都道府県において地域の実情に応じて定める。特に優先すべき議事については、地域医療構想において定められた将来のあるべき医療提供体制を念頭に置いた上で、地域の医療機関の取組の進捗状況を確認し、関係者と事前に協議を行って決定する。

## ア 主な議事

- 各医療機関における病床の機能の分化及び連携は自主的に進められることが前提となっており、地域医療構想調整会議では、その進捗状況を共有するとともに、構想区域単位での必要な調整を行うことになる。
- 具体的には、病床機能報告制度における各医療機関の病棟の報告内容と地域医療構想で推計された必要病床数とを比較し、地域において優先して取り組むべき事項に関して協議することとする。なお、協議に当たっては、地域医療介護総合確保基金の活用についても検討の対象となる。
- このほか、在宅医療を含む地域包括ケアシステム、医療従事者の確保、診療科ごとの連携など、地域医療構想の達成の推進に関して協議すべき事項があるときは、個別の議事の設定も検討することとする。  
以上のことを踏まえると、おおむね次のような議事が想定される。
  - ① 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
  - ② 病床機能報告制度による情報等の共有
  - ③ 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
  - ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

## イ 議論の進め方

- 地域医療構想調整会議において病床の機能の分化及び連携に関する議論の進め方の例を以下に示す。なお、必ずしもこのとおり行うことを求めるものではない。
  - i 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有  
病床機能報告制度による情報や既存の統計調査等で明らかとなる地域の医療提供体制の現状と、地域医療構想で示される病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数について、地域医療構想調整会議に参加する関係者で認識を共有。
  - ii 地域医療構想を実現する上での課題の抽出  
地域の医療提供体制の現状を踏まえ、地域医療構想を実現していく上での課題について議論。
  - iii 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論



例えば、ある構想区域において、回復期機能の病床が不足している場合、それをどのように充足するかについて議論。

現在、急性期機能や回復期機能を担っている病院関係者等、都道府県が適当と考えて選定した関係者の間で、回復期機能の充足のため、各病院等がどのように役割分担を行うか等について議論。

#### iv 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論

iiiで議論して合意した事項を実現するために必要な具体的事業について議論。地域医療介護総合確保基金を活用する場合には、当該事業を基金に係る都道府県計画にどのように盛り込むか議論し、これを基に都道府県において必要な手続を実施。

#### ウ その他

- 上記（１）及び（２）の通常の実施の場合のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な病床機能に転換しようとする場合には、医療法上、都道府県知事は、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議における協議に参加するよう求めることができることとされており、その際には、当該許可申請の内容又は転換に関する協議が行われることになる。

### （２）開催時期

病床の機能の分化及び連携等に関する協議が行われる場合には、地域の実情に応じて、随時開催することが基本となるが、病床機能報告制度による情報等の共有や基金に係る都道府県計画に関する協議が行われる場合には、通年のスケジュールがある程度定まっていることから、定期的に開催することが考えられる。

なお、こうした通常の実施のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合又は過剰な病床機能に転換しようとする場合にも、随時開催することとする。

### （３）設置区域等

#### ア 基本的考え方

○ 地域医療構想調整会議は、地域医療構想の達成を推進するために必要な協議が行われる場であることから、構想区域ごとに設置することを原則とする。

○ 一方で、構想区域内の医療機関の規模・数等は多様であり、地域によっては構想区域での地域医療構想調整会議の設置・運営が困難な場合も想定されることから、こうした事情を勘案し、都道府県知事が協議をするのに適当と認める区域で設置することも可能とする。

#### イ 柔軟な運用

○ 都道府県においては、地域の実情に鑑み、次のような柔軟な運用を可能とする。

- ① 広域的な病床の機能の分化及び連携が求められる場合における複数の地域医療構想調整会議の合同開催（複数の都道府県により合同開催される場合を含む。）
- ② 議事等に応じ、設置される区域から更に地域・参加者を限定した形での開催
- ③ 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催

#### (4) 参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者への対応

##### ア 参加者の範囲・選定

○ 地域医療構想調整会議の参加者については、医療法上、「診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者」と規定されているが、地域医療構想は幅広い関係者の理解を得て達成を推進する必要があるため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとするのが望ましい。なお、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。

また、地域医療構想調整会議における協議をより効果的・効率的に進める観点から、都道府県は、議事等に応じて、参加を求める関係者（代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者を含む。）を柔軟に選定することとし、出席要請に係る所定の手続を行うとともに、これらの関係者の選定に当たっては公平性・公正性に留意することとする。

- さらに、開設・増床等の許可申請の内容や過剰な病床機能への転換に関する協議等の個別具体的な議論が行われる場合には、その当事者及び利害関係者等に限って参加することが適当である。
- なお、議長等については、参加者の中から地域の実情に応じて、都道府県の関係機関、医師会の代表などから選出されることになる。その際、議長等は原則として、案件によらず同一者とした上で、議事によっては利益相反が生じ得ることから、その場合の代理者の規定をあらかじめ定めておくことが適当である。
- また、地域医療構想調整会議の参加を求めなかった病院・有床診療所に対しても、都道府県は、書面・メールでの意見提出などにより、幅広く意見表明の機会を設けることが望ましい。

#### イ 専門部会やワーキンググループの設置

- 急性期医療に係る病床の機能の分化及び連携や地域包括ケアシステムの推進など、特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には、地域医療構想調整会議の下に専門部会等を設置し、当該議題の関係者との間でより具体的な協議を進めていく方法も考えられる。
- この場合、特定の議題に応じた関係者の参加を求めることとなるが、「ア」と同様に、参加を求める関係者は、代表性を考慮した病院・診療所、地域における主な疾病等の特定の診療科等に関する学識経験者、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、市町村等に加え、例えば、医療を受ける立場からの参加が求められる場合には住民を加えるなど、柔軟に選定することが望ましい。

#### ウ 公表

- 地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域住民や多くの医療関係者の協力が不可欠であるため、地域住民等に対する協議の透明性の観点から、患者情報や医療機関の経営に関する情報を扱う場合等は非公開とし、その他の場合は公開とする。また、協議の内容・結果については、原則として、周知・広報する。

## エ 参加の求めに応じない関係者への対応

- 参加を求めたにもかかわらず、正当な理由なく地域医療構想調整会議に参加しない関係者への対応として、都道府県知事は、開設・増床等の許可申請をした医療機関が参加しない場合には当該許可に条件を付すること（医療法第7条第5項）、過剰な病床の機能区分に転換しようとする医療機関が参加しない場合には地域医療構想調整会議の協議が調わなかった場合と同様の措置（都道府県医療審議会への出席・説明を求め、都道府県医療審議会の意見を聴いた上での公的医療機関等に対する転換中止の命令（公的医療機関等以外の医療機関には要請））を講ずること（同法第30条の15）が考えられる。

## （5）合意の方法及び履行担保

### ア 合意の方法

- 地域医療構想調整会議において合意された事項には医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意に当たっては、都道府県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議が行われることが求められる。
- また、特に地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能及び病床数等の合意に当たっては、通常の議事録の作成に加え、関係者の合意を確認し得る書面を作成しておくことが適当である。

### イ 履行担保

- 関係者の合意事項の履行を担保するため、都道府県知事は、関係者が正当な理由なく合意事項を履行しない場合には、地域医療構想調整会議における協議が調わないときと同様の措置（都道府県医療審議会の意見を聴いた上での公的医療機関等への不足している病床の機能区分に係る医療の提供等の指示（公的医療機関等以外の医療機関には要請））を講ずることが考えられる（医療法第30条の16）。

### 3. 都道府県知事による対応

- 今回の医療法改正等により、都道府県知事は地域医療構想の実現に向けて以下の対応が可能とされたことから、地域医療の実情を把握し、医療審議会や地域医療構想調整会議を円滑に運営させることにより、適切に対応することが必要である。

#### (1) 病院・有床診療所の開設・増床等への対応

- 病院・有床診療所の開設・増床等の許可の際に、不足している病床の機能区分に係る医療の提供という条件を付することができる（指定都市にあっては、指定都市の市長に当該条件を付するよう求めることができる）（医療法第7条第5項）。

#### (2) 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応

- 過剰な病床の機能区分に転換しようとする理由等を記載した書面の提出を求めることができる（医療法第30条の15第1項）。
- 当該書面に記載された理由等が十分でないとき等は、地域医療構想調整会議における協議に参加するよう求めることができる（同条第2項）。
- 地域医療構想調整会議における協議が調わないとき等は、都道府県医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができる（同条第4項）。
- 地域医療構想調整会議における協議の内容及び都道府県医療審議会の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、過剰な病床機能に転換しないことを公的医療機関等に命令することができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあっては、要請することができる（同条第6項及び第7項）。

#### (3) 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応

- 都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している病床の機能区分に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができる。なお、

公的医療機関等以外の医療機関にあつては、要請することができる。

#### (4) 稼働していない病床への対応

- 病床過剰地域において、公的医療機関等が正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を命令することができる（医療法第7条の2第3項）。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、病床過剰地域において、かつ医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、正当な理由がなく病床を稼働していないときは、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を要請することができる（同法第30条の12第1項）。

また、実際には、病床の稼働状況は病床機能報告制度において病棟単位で把握することが可能であることから、病棟単位で病床が稼働していないことについて正当な理由がない場合に、当該対応を検討することが適当である。

- ※ 要請又は命令・指示に従わない場合の対応について（医療法第27条の2、第28条、第29条第3項等）

公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合には、医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認又は承認取消し、管理者の変更命令等の措置を講ずることができる。なお、公的医療機関等以外の医療機関が、正当な理由がなく、要請に従わない場合には勧告を、許可に付された条件に係る勧告に従わない場合には命令をそれぞれすることができ、当該勧告等にも従わない場合には医療機関名の公表、地域医療支援病院の不承認又は承認取消し、管理者の変更命令等の措置を講ずることができる。

#### 4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

- 現行の医療計画については、PDCAサイクルを機能させることを都道府県に求めているところであり、平成24年（2012年）3月に医療計画策定指針において考え方を示すとともに、平成26年（2014年）3月には、厚生労働省が設置した具体的な進め方に関する「PDCAサイクルを通じた医療計画の実効性の向上のための研究会」において報告が示されているところである。
- 地域医療構想についても同様に、都道府県は、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要である。

- 地域医療構想を実現するための施策において、地域医療介護総合確保基金を活用した事業については、都道府県計画に位置付けることとなるが、地域医療構想の目標等と連動しつつ、基金が適切に活用されたことが確認できる評価指標を設定する必要がある。その際、将来のあるべき医療提供体制を目指すものとして、地域医療構想を含む医療計画と都道府県計画の方向性は一致しており、可能な評価指標は共通化するなど効率化も考慮する。
- このようなPDCAサイクルを推進するのは直接的には都道府県職員であり、データ等を有効に活用し、現状分析や課題把握、進捗管理を適切に行うためには、都道府県の医療計画策定担当者が研修等を通じて専門的知識や技術を習得する必要がある。都道府県は、担当者を積極的に研修等に参加させ、さらには職員間の知識・技術の共有や引継ぎ等が円滑に実施されるような体制整備を図る必要がある。
- また、これらの取組には、医師会等の団体や、大学等の学識経験者、保険者など多くの都道府県内の関係者の参画を得て行うべきものであることから、データの利活用も含め、条例等による適切な手続をとることや研修を行うことにより、体制を構築する必要がある。なお、厚生労働省においても、都道府県に対して技術的助言を含めた必要な支援を行うこととする。

#### (1) 指標等の設定

地域医療構想を策定する際に抽出した地域の課題ごとに、指標となるデータを設定し、地域の医療提供体制の現状を把握する。その際、都道府県担当者のみならず、地域の医療事情に精通し、かつ統計学、疫学、公衆衛生等の知見を有する学識経験者や実際に医療を提供する者や地域住民等が関与し、検討することが望ましい。

なお、指標となるデータには、以下のものが考えられる。

- ① 病床の機能区分及び在宅医療に関する整備状況
- ② 主要な疾病における構想区域内の完結状況
- ③ 人材の充足状況

## (2) 指標等を用いた評価

課題ごとの目標や指標を用いて、計画期間内に、達成可能な状況で進捗しているかを確認する。進捗状況が芳しくない場合には、その原因について考察を行う。目標設定が適切でない場合には、必要に応じ、修正を検討する。

## (3) 評価に基づく地域医療構想等への反映

課題ごとの進捗状況を踏まえ、計画期間の中で、どのように目標を達成していくかを確認する。必要に応じて、地域医療構想の追記や削除、修正を行い、より実効性のある地域医療構想への発展を目指すことが望ましい。

## (4) 住民への公表

医療を受ける当事者である患者・住民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高める必要があることから、都道府県はこれらをホームページ等で住民に分かりやすく公表することとする。公表に当たっては、ホームページの情報を見る働きかけを多方面から行うとともに、インターネットにアクセスできない住民向けに紙媒体での配布も準備することが望ましい。

- 医療・医学用語は、専門性が高いため難解であるため、住民に向けた解りやすい解説は必須である。一方で、正確性の観点からは、患者・住民や医療関係者以外の者と医療関係者との間で誤解が生じない工夫も必要である。



### Ⅲ 病床機能報告制度の公表の仕方

- 病床機能報告制度においては、医療機関が、その有する病床(一般病床又は療養病床)について、
  - ・担っている病床の機能(現在、将来)
  - ・構造設備、人員配置等に関する項目
  - ・具体的な医療の内容に関する項目を報告することとしており(医療法第30条の13)、都道府県は、報告の内容も勘案し地域医療構想を策定しなければならないこととされている(同法第30条の4第5項)。
  
- また、都道府県は、省令で定めるところにより報告された事項を公表しなければならないこととされている(同法第30条の13第4項)。報告された情報を広く公表することで、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むよう促すとともに、患者や住民が自身に合った適切な医療機関を受診し、地域の医師が患者を適切な医療機関へ紹介できるような環境を整備することが必要である。

#### 1. 患者や住民に対する公表

- 病床機能報告制度において報告が必要な項目の中には、レセプト情報を活用して収集した具体的な医療の内容に関する項目が含まれていることから、患者・住民に対して広く情報を公表する際には、医療機関を受診した患者や、医療機関自体の個人情報保護のための配慮が必要である。
  
- このため、医療機関の個人情報に配慮しながらも、患者や住民による情報の把握に支障がでないような範囲として、都道府県が公表しなければならない情報の範囲を別表のとおり設定し、特に具体的な医療の内容に関する項目については、1以上10未満の値を「\*」等の記号で秘匿することとする。
  
- その上で、公表する情報は、患者・住民にとって分かりやすく加工して公表することが求められるため、都道府県で公表時のフォーマットを共通化することを原則とし、その際、情報の用語解説等の分かりやすい工夫を加えることが望ましい。なお、都道府県の自主的な取組を妨げるものではない。

- また、報告された情報を分かりやすく詳細に伝えていくためには、その手段として都道府県のホームページを基本として行うものと考えられるが、その際は地域医療構想と一体的に公表することが望ましく、例えば都道府県のホームページ上では、医療計画の掲載ページにおいて公表することが考えられる。
- その際、一般的に、都道府県のホームページは患者・住民が閲覧する機会自体が少ないと考えられるため、例えば、より検索される傾向にある項目をページの上位に載せるなど、掲載したホームページの情報が閲覧されるための取組を併せて実施していくことが重要であり、また、世代によりアクセスしやすい手段が異なることを意識しつつ、次のような多様な媒体を活用した取組が必要である。
  - ① 県政だより、市政だより等の行政による機関誌の活用
  - ② 医療機関、保険者や患者団体の広報誌等、行政以外の団体の協力による広報の活用
  - ③ テレビ、ラジオやソーシャルネットワークサービスを活用した広報
- なお、情報の公表は、インターネットを利用できない環境にある患者や住民に対する配慮として、都道府県担当部署等での閲覧を可能とするなどの対応が必要である。

## 2. 地域医療構想調整会議での情報活用

- 地域医療構想調整会議では、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、構想区域単位での必要な調整を行うことになるが、そのために必要な情報として、病床機能報告制度で報告された情報を活用することとなる。
- その際、地域医療構想調整会議は、議事に応じてその参加者を限定するなど、柔軟な運用が可能であることから、議事の進行のため特段の必要性が認められる場合においては、調整会議の場に限り、10 未満の報告値についても開示し、活用することが可能である。ただし、この場合においても、個人情報の保護に十分な配慮が必要である。
- また、病床機能報告制度で報告された情報を、都道府県が分かりやすく分析した際には、医療機関へ提供し、病床の機能分化・連携の推進のために活用されることが望ましい。

公表しなければならない項目の整理について

(別表)

- 都道府県知事は、以下の項目について、医療機関ごとの情報を公表しなければならないものとする。
- また、医療機能と病床の状況については、二次医療圏等の地域単位の情報も公表しなければならないものとする。
- (注) 大項目に記載している項目であっても、レセプトを活用し収集している項目については、算定件数以外の算定日数・算定回数は公表しなければならない項目に含まない。

・医療機能

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	対象		単位	
		病院	有床診	病棟	施設
現在の機能		○	○	○	
将来(6年後)の機能の予定		○	○	○	

【構造設備・人員配置等に関する項目】

・病床の状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	単位	
				病棟	施設
一般病床	許可病床数	○	○	○	
	稼働病床数	○	○	○	
療養病床	許可病床数	○	○	○	
	うち医療療養病床数	○	○	○	
	稼働病床数	○	○	○	
	うち医療療養病床数	○	○	○	
上記のうち医療法上の経過措置に該当する病床数		○	○	○	

・診療科

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
主とする診療科(複数ある場合、上位3つ)		○	○	○	

・職員数の状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
看護師数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○
准看護師数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○
看護補助者数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○
助産師数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○
理学療法士数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○
作業療法士数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○
言語聴覚士数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○
薬剤師数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○
臨床工学技士数(常勤・非常勤別)		○	○	○	○

・一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
算定する入院基本料・特定入院料	届出病床数	○	○	○	
	レセプト件数	○	○	(○)	
	病室単位の特定入院料	○		○	
届出病床数	届出病床数	○		○	
	レセプト件数	○		(○)	

・DPC群の種類

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
DPC群の種類		○			○

・在宅療養支援病院、在宅療養支援後方病院の届出状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
在宅療養支援病院(診療所)の届出の有無		○	○		○
在宅療養後方支援病院の届出の有無		○			○

・往診、訪問診療の状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
往診を実施した患者延べ数			○	-	-
訪問診療を実施した患者延べ数			○	-	-

・看取りを行った患者数(※在宅療養支援病院、在宅療養支援後方病院の届出を行っている病院と、全ての有床診療所が報告が必要な項目)

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
直近1年間で在宅療養を担当した患者のうち、医療機関以外での看取り数(年間)	自宅での看取り数	○	○	○	○
	自宅以外での看取り数	○	○	○	○
	連携医療機関での看取り数	○	○	○	○
直近1年間で在宅療養を担当した患者のうち、医療機関での看取り数(年間)	連携医療機関以外での看取り数	○	○	○	○

・二次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
二次救急医療施設の認定の有無		○			○
救急告示病院の告示の有無		○			○

・医療機器の台数

【大項目(公表しなければならない項目)】		【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
CT	マルチスライス	64列以上	○	○		○
		16列以上64列未満	○	○		○
		16列未満	○	○		○
	その他		○	○		○
MRI		3T以上	○	○		○
		1.5T以上3T未満	○	○		○
		1.5T未満	○	○		○
その他		血管連続撮影装置	○	○		○
		SPECT	○	○		○
		PET	○	○		○
		PETCT	○	○		○
		PETMRI	○	○		○
		強度変調放射線治療器	○	○		○
		遠隔操作式密封小線源治療装置	○	○		○

・退院調整部門の設置状況

【大項目(公表しなければならない項目)】		【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
退院調整部門の有無			○	○		○
退院調整部門に勤務する人数		医師(専従・専任別)	○	○		○
		看護職員(専従・専任別)	○	○		○
		MSW(専従・専任別)	○	○		○
		MSWのうち社会福祉士(専従・専任別)	○	○		○
		事務員(専従・専任別)	○	○		○
		その他(専従・専任別)	○	○		○

・有床診療所の多様な機能

【大項目(公表しなければならない項目)】		【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
有床診療所の病床の役割				○	-	-

・入院患者数の状況

【大項目(公表しなければならない項目)】		【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
年間	新規入棟(入院)患者数		○	○	○	
	入棟(入院)前の場所別	予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者	○		○	
		救急医療入院の予定外入院の患者	○		○	
		救急医療入院以外の予定外入院の患者	○		○	
		急変による入院患者		○	-	-
	在棟(在院)患者延べ数(年間)			○	-	-
	退棟(退院)患者数(年間)			○	○	○

・入院患者数の状況(入院前の場所・退院先の場所別)

【大項目(公表しなければならない項目)】		【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
1か月間	新規入棟(入院)患者数		○	○	○	
	入棟(入院)前の場所別	院内の他病棟からの転棟	○		○	
		家庭からの入院	○	○	○	
		他の病院、診療所からの転院	○	○	○	
		介護施設、福祉施設からの入院	○	○	○	
		院内の出生	○	○	○	
		その他	○	○	○	
	退棟(退院)患者数		○	○	○	
	退棟(退院)先の場所別	院内の他病棟へ転棟	○		○	
		家庭へ退院	○	○	○	
		他の病院、診療所へ転院	○	○	○	
介護老人保健施設に入所		○	○	○		
介護老人福祉施設に入所		○	○	○		
先社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所		○	○	○		
死亡退院等		○	○	○		
その他		○	○	○		

・退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

【大項目(公表しなければならない項目)】		【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
退院した患者数(1か月間)			○	○	○	
退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者数			○	○	○	
退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者数			○	○	○	
退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者数(死亡退院含む)			○	○	○	
退院後1か月以内の在宅医療の実施予定が不明の患者数			○	○	○	

【具体的な医療の内容】

・幅広い手術の実施状況

【大項目(公表しなければならない項目)】		【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設	
手術総数			○	○		○	
臓器別の状況	皮膚・皮下組織		○	○		○	
	筋骨格系・四肢・体幹		○	○		○	
	神経系・頭蓋		○	○		○	
	眼		○	○		○	
	耳鼻咽喉		○	○		○	
	顔面・口腔・頭部		○	○		○	
	胸部		○	○		○	
	心・脈管		○	○		○	
	腹部		○	○		○	
	泌尿系・副腎		○	○		○	
	性器		○	○		○	
	全身麻酔の手術総数			○	○		○
	臓器別の状況	皮膚・皮下組織		○	○		○
筋骨格系・四肢・体幹			○	○		○	
神経系・頭蓋			○	○		○	
眼			○	○		○	
耳鼻咽喉			○	○		○	
顔面・口腔・頭部			○	○		○	
胸部			○	○		○	
心・脈管			○	○		○	
腹部			○	○		○	
泌尿系・副腎			○	○		○	
性器			○	○		○	
胸腔鏡下手術				○	○		○
腹腔鏡下手術				○	○		○
内視鏡手術用支援機器加算			○	○		○	

・がん、脳卒中、心筋梗塞等への治療状況

【大項目(公表しなければならない項目)】		【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設		
悪性腫瘍手術			○	○		○		
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	放射線治療管理料	1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合	○	○		○		
		非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合	○	○		○		
		4門以上の照射、運動照射、原対照射又は組織内照射を行った場合	○	○		○		
		強度変調放射線治療(IMRT)による体外照射を行った場合	○	○		○		
		甲状腺癌に対するもの	○	○		○		
	放射性同位元素内用療法管理料	甲状腺機能亢進症に対するもの	○	○		○		
		固形癌骨転移による疼痛に対するもの	○	○		○		
		B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの	○	○		○		
	体外照射	エクス線表在治療	1回目	○	○		○	
			2回目	○	○		○	
		高エネルギー放射線治療	1回目	1門照射又は対向2門照射を行った場合	○	○		○
				非対向2門照射又は3門照射を行った場合	○	○		○
			2回目	4門以上の照射、運動照射又は原対照射を行った場合	○	○		○
				1門照射又は対向2門照射を行った場合 非対向2門照射又は3門照射を行った場合	○	○		○
	強度変調放射線治療(IMRT)	1回目	○	○		○		
		2回目	○	○		○		
	ガンマナイフによる定位放射線治療		○	○		○		
	直線加速器による放射線治療(一連につき)	定位放射線治療の場合	○	○		○		
		定位放射線治療以外の場合	○	○		○		
	全身照射(一連につき)		○	○		○		
電磁波温熱療法(一連につき)	深在性悪性腫瘍に対するもの	○	○		○			
	浅在性悪性腫瘍に対するもの	○	○		○			
密封小線源治療(一連につき)	外部照射		○	○		○		
	腔内照射	高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合	○	○		○		
		その他の場合	○	○		○		
	組織内照射	前立腺癌に対する永久挿入療法	○	○		○		
		高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合	○	○		○		
その他の場合	○	○		○				
放射線粒子照射(本数に関係なく)		○	○		○			
化学療法		○	○		○			
がん患者指導管理料1及び2	がん患者指導管理料1 がん患者指導管理料2	○	○		○			
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		○	○		○			

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
分娩件数(正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く)		○	○	○	○
超急性期脳卒中加算		○	○		○
脳血管内手術	脳血管内手術 1箇所	○	○		○
	脳血管内手術 2箇所以上	○	○		○
	脳血管内ステントを用いるもの	○	○		○
	経皮的脳血管形成術	○	○		○
	経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術	○	○		○
	経皮的脳血栓回収術	○	○		○
経皮的冠動脈形成術	経皮的冠動脈形成術(急性心筋梗塞)	○	○		○
	経皮的冠動脈形成術(不安定狭心症)	○	○		○
	経皮的冠動脈形成術(その他)	○	○		○
	経皮的冠動脈形成術(高速回転式経皮経管アテクトミーカテーテル)	○	○		○
	経皮的冠動脈形成術(エキシマレーザー血管形成用カテーテル)	○	○		○
	経皮的冠動脈ステント留置術(急性心筋梗塞)	○	○		○
	経皮的冠動脈ステント留置術(不安定狭心症)	○	○		○
	経皮的冠動脈ステント留置術(その他)	○	○		○
	冠動脈内血栓溶解療法	○	○		○
	経皮的冠動脈血栓吸引術	○	○		○
入院精神療法(I)		○	○		○
精神科リエゾンチーム加算		○	○		○

・重症患者への対応状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
ハイリスク分娩管理加算		○	○		○
ハイリスク妊産婦共同管理料(II)		○	○		○
救急搬送診療料		○	○		○
親血的肺動脈圧測定	1時間以内又は1時間につき	○	○		○
	2時間を超えた場合	○	○		○
持続緩徐式血液濾過		○	○		○
大動脈バルーンポンピング法	初日	○	○		○
	2日目以降	○	○		○
経皮的心肺補助法	初日	○	○		○
	2日目以降	○	○		○
補助人工心臓・植込型補助人工心臓	補助人工心臓	初日	○	○	○
		2日目以降30日目まで	○	○	○
		31日目以降	○	○	○
	植込型補助人工心臓(拍動流型)	初日	○	○	○
		2日目以降30日目まで	○	○	○
		31日目以降90日目まで	○	○	○
		91日目以降	○	○	○
	植込型補助人工心臓(非拍動流型)	初日	○	○	○
		2日目以降30日目まで	○	○	○
		31日目以降90日目まで	○	○	○
		91日目以降	○	○	○
頭蓋内圧持続測定(3時間を超えた場合)		○	○		○
人工心臓	初日	○	○		○
	2日目以降	○	○		○
血漿交換療法		○	○		○
吸着式血液浄化法		○	○		○
血球成分除去療法		○	○		○
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価に用いた評価票の種類		○	○	○	○
重症度、医療・看護必要度の評価において、A得点2点以上かつB得点3点以上の患者割合		○	○	○	○
A得点2点以上の患者割合		○	○	○	○
B得点3点以上の患者割合		○	○	○	○

・救急医療の実施状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
院内トリアージ実施料		○	○		○
休日夜間救急搬送医学管理料		○	○		○
精神科疾患患者等受入加算		○	○		○
救急医療管理加算1及び2	救急医療管理加算1 救急医療管理加算2	○	○		○
在宅患者緊急入院診療加算	在宅療養支援病院等の場合 連携医療機関である場合(上記を除く) 上記以外の場合	○	○		○
救急搬送患者地域連携紹介加算		○	○		○
地域連携診療計画管理料		○	○		○
救命のための気管内挿管		○	○		○
体表面ペースティング法又は食道ペースティング法		○	○		○
非開胸的心マッサージ	30分までの場合 30分を超えた場合	○	○		○
カウンターショック	非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合 その他の場合	○	○		○
心膜穿刺		○	○		○
食道圧迫止血チューブ挿入法		○	○		○
休日に受診した患者延べ数		○	○		○
うち診察後直ちに入院となった患者延べ数		○	○		○
夜間に受診した患者延べ数		○	○		○
うち診察後直ちに入院となった患者延べ数		○	○		○
救急車の受入件数		○	○		○

・急性期後の支援、在宅復帰の支援の状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
退院調整加算1(一般病棟入院基本料等)	14日以内の期間 15日以上30日以内の期間 31日以上の期間	○	○		○
退院調整加算2(療養病棟入院基本料等)	30日以内の期間 31日以上90日以内の期間 91日以上120日以内の期間 121日以上の期間	○	○		○
救急・在宅等支援(療養)病床初期加算及び有床診療所一般病床初期加算	一般病棟入院基本料 地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料 有床診療所入院基本料 療養病棟入院基本料 有床診療所療養病床入院基本料	○	○		○
救急搬送患者地域連携受入加算		○	○		○
地域連携診療計画退院時指導料(I)		○	○		○
退院時共同指導料2		○	○		○
介護支援連携指導料		○	○		○
退院時リハビリテーション指導料		○	○		○
退院前訪問指導料		○	○		○

・全身管理の状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
中心静脈注射		○	○		○
呼吸心拍監視	1時間以内又は1時間につき 3時間を超えた場合	○	○		○
	7日以内の場合 7日を超え14日以内の場合 14日を超えた場合	○	○		○
酸素吸入		○	○		○
観血的動脈圧測定(1時間を超えた場合)		○	○		○
ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	ドレーン法(ドレナージ) 持続的吸引を行うもの その他のもの 胸腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む) 腹腔穿刺(洗浄、注入及び排液を含む)	○	○		○
人工呼吸(5時間を超えた場合)		○	○		○
人工腎臓、腹膜灌流	人工腎臓 慢性維持透析を行った場合 4時間未満の場合 4時間以上5時間未満の場合 5時間以上の場合 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 その他の場合 腹膜灌流 連続携帯式腹膜灌流 その他の腹膜灌流	○	○		○
経管栄養カテーテル交換法		○	○		○

・疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
疾患別リハビリテーション料		○	○		○
心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	○	○		○
	心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	○	○		○
脳血管疾患等リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	○	○		○
	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	○	○		○
	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	○	○		○
	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅳ)	○	○		○
運動器リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	○	○		○
	運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	○	○		○
	運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	○	○		○
呼吸器リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	○	○		○
	呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	○	○		○
難病患者リハビリテーション料		○	○		○
障害児(者)リハビリテーション料	6歳未満の患者の場合	○	○		○
	6歳以上18歳未満の患者の場合	○	○		○
	18歳以上の患者の場合	○	○		○
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		○	○		○
早期リハビリテーション加算(リハビリテーション料)		○	○		○
初期加算(リハビリテーション料)		○	○		○
摂食機能療法		○	○		○
リハビリテーション充実加算(回復期リハビリテーション病棟入院料)		○	○		○
体制強化加算(回復期リハビリテーション病棟入院料)		○	○		○
休日リハビリテーション提供体制加算(回復期リハビリテーション病棟入院料)		○	○		○
入院時訪問指導加算(リハビリテーション総合計画評価料)		○	○		○
リハビリテーションを要する状態にある患者の割合		○	○	○	
平均リハ単位数(1患者1日当たり)		○	○	○	
過去1年間の総退棟患者数		○	○	○	
うち入院時の日常生活機能評価が10点以上の患者数		○	○	○	
うち退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上(※)改善していた患者数		○	○	○	
※回復期リハビリテーション病棟入院料2または3の場合は3点以上		○	○	○	

・長期療養患者の受入状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
療養病棟入院基本料1. 2(A~I)		○	○		○
褥瘡評価実施加算(療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料)		○	○		○
重度褥瘡処置		○	○		○
重症皮膚潰瘍管理加算		○	○		○

・重度の障害児等の受入状況

【大項目(公表しなければならない項目)】	【内訳項目】	病院	有床診	病棟	施設
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		○	○		○
難病患者リハ、障害児(者)リハ(再掲)		○	○		○