



R7.4.22 18時～

集合（エル・ソーラ仙台） & WEB

# 第98回病院事務管理者 ネクスト研修会

---

## 地域医療構想について

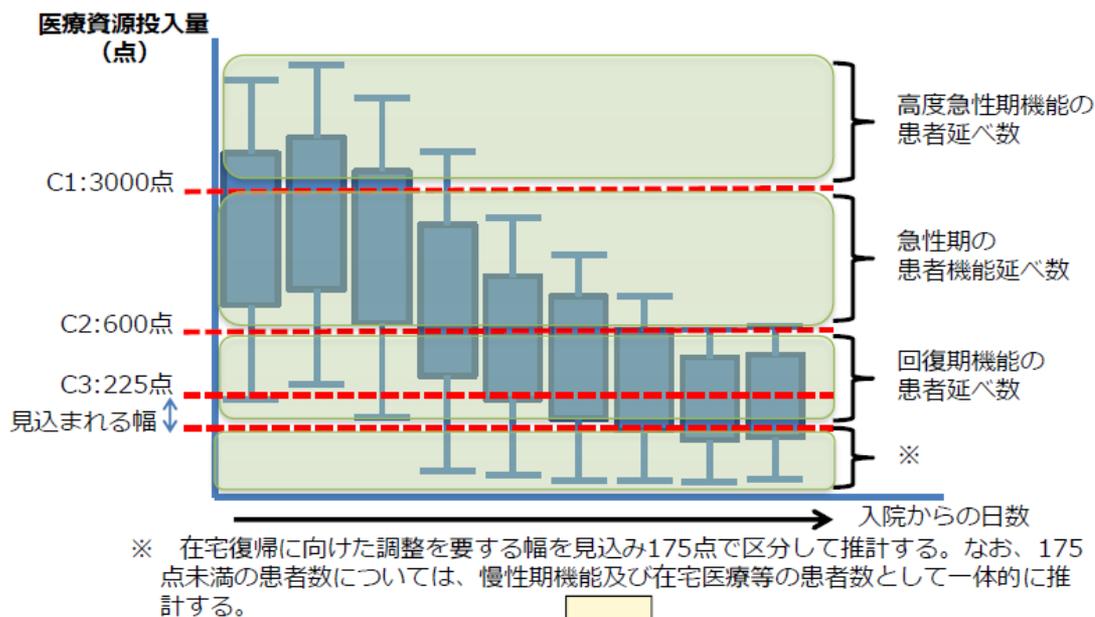
認定登録医業経営コンサルタント・施設基準管理士  
病院事務管理者ネクスト研修会代表 沼田周一

## 地域医療構想について

- 地域医療構想は、**中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化**を見据え、**医療機関の機能分化・連携**を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
  - ① 都道府県において、各構想区域における**2025年の医療需要と「病床数の必要量」**について、**医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。**
  - ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を「**病床機能報告**」により報告。
  - ③ 各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、**病床の機能分化・連携に向けた協議**を実施。
  - ④ 都道府県は「**地域医療介護総合確保基金**」を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「**医療法に定められている権限の行使を含めた役割**」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

## 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域（原則、二次医療圏）単位で策定。そのため、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 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（医療資源投入量）の多寡により、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能を区分。医療機能区分ごとに、医療需要（1日当たりの入院患者延べ数）を算出。それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



※ 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。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

都道府県が構想区域ごとに推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	〇〇〇〇人/日
急性期機能	□□□□人/日
回復期機能	△△△△人/日
慢性期機能	▽▽▽▽人/日

病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

・高度急性期75%  
 ・急性期78%  
 ・回復期90%  
 ・慢性期92%

医療機能	2025年の病床数の必要量
高度急性期機能	●●●●床
急性期機能	■ ■ ■ ■ 床
回復期機能	▲▲▲▲床
慢性期機能	▼▼▼▼床

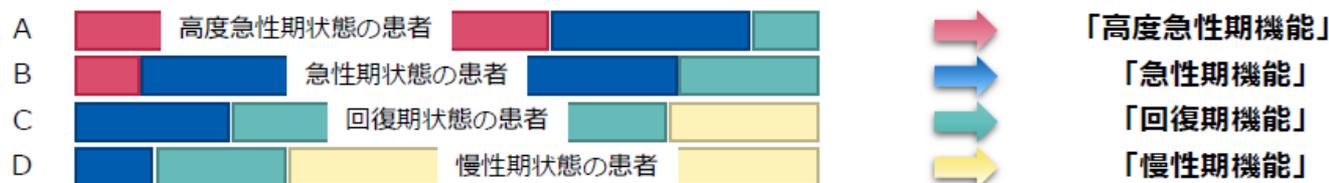
## 病床機能報告制度

- 各医療機関は、毎年、病棟単位（有床診療所の場合は施設単位）で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟でいずれかのうち最も多い割合の患者を報告することを基本とする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○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）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○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

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できる。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択する。

### （病棟の患者構成イメージ）



# 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。

## 高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例  
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

## 急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

## 回復期機能

- 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）

## 慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 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

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 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
- 地域包括ケア病棟入院料（※）
- ※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択
- 回復期リハビリテーション病棟入院料
- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

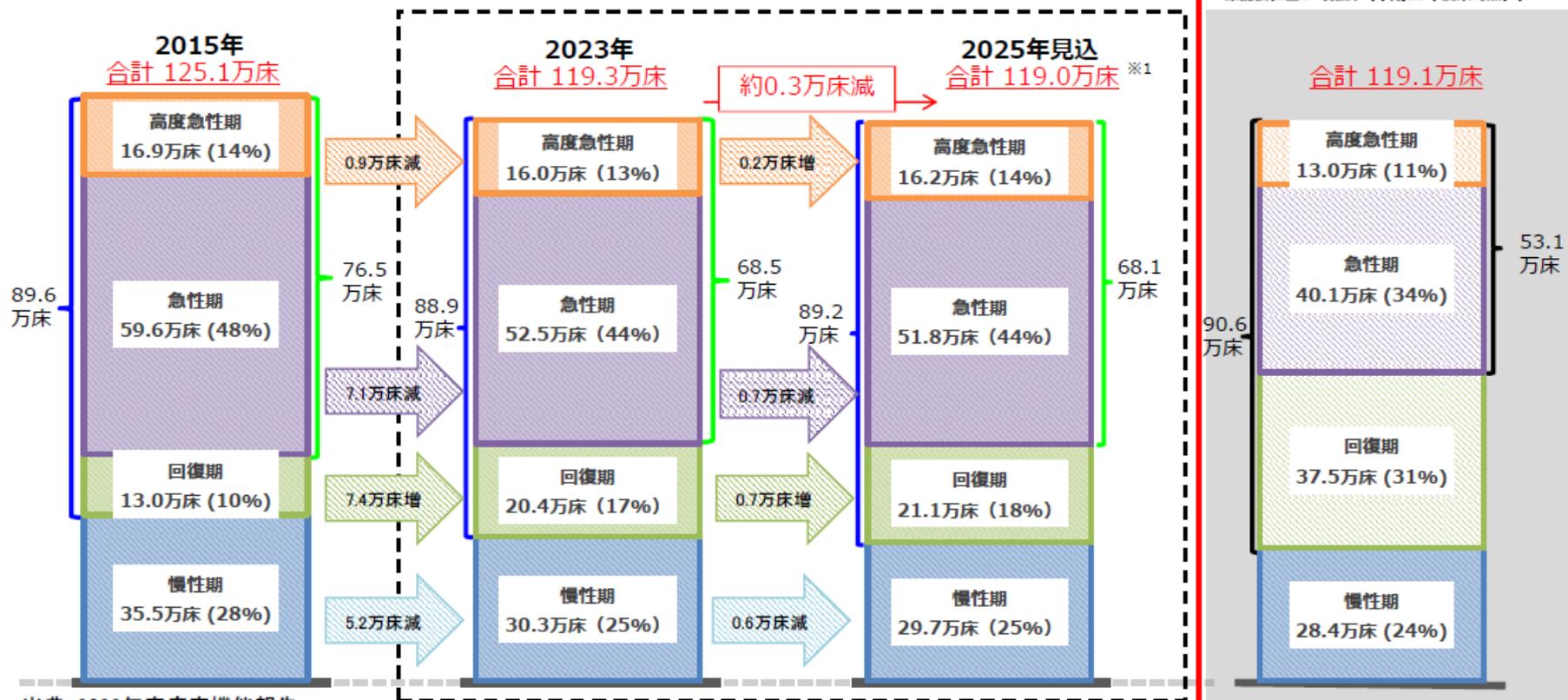
# 2023年度病床機能報告について

速報値

2015年度病床機能報告  
(各医療機関が病床単位で報告) ※6

2023年度病床機能報告  
(各医療機関が病床単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点) ) ※4 ※6



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,203/12,402(98.4%) )

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)

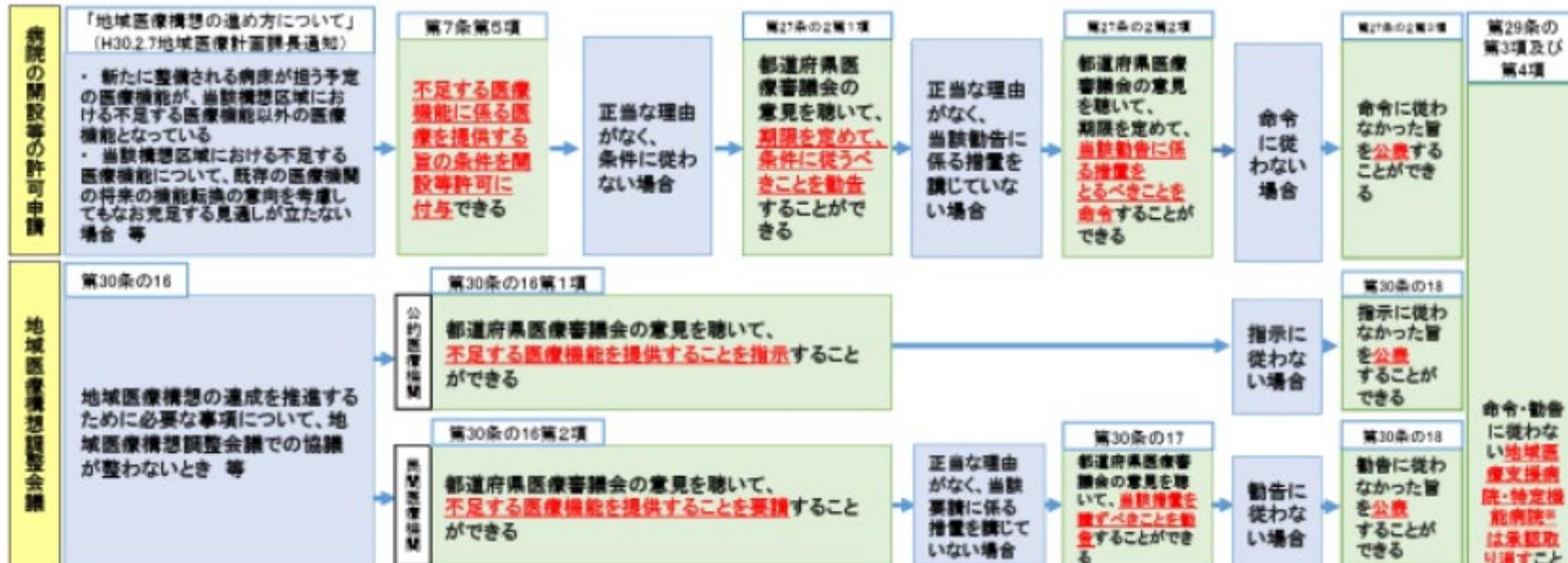
\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

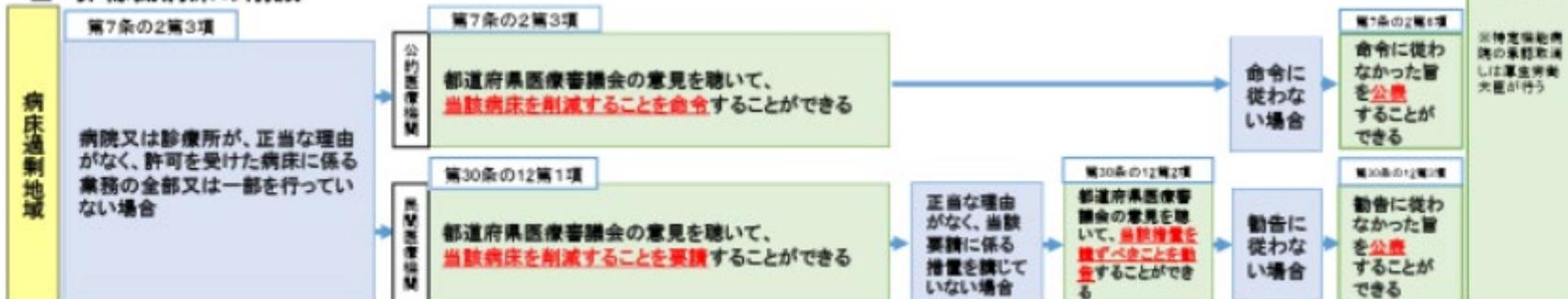
# 病床に関する都道府県知事の権限と行使の流れ②

○ 都道府県知事には、医療計画の達成や地域医療構想の実現に必要な場合、以下の権限を行使することが認められている。

## ■ 不足する医療機能への転換等の促進



## ■ 非稼働病床の削減



## 基準病床数

- 病床の地域的偏在を是正し、一定水準以上の医療を確保するために設けられた基準病床数は次のとおりです。この病床を超える区域での増床は規制の対象となります。

病床の種類	圏域	基準病床数 (R6.4)	既存病床数 (R5.9)
療養病床及び 一般病床	仙南	1,220	1,203
	仙台	12,647	11,892
	大崎・栗原	2,401	2,393
	石巻・登米 ・気仙沼	2,692	2,433
	計	18,960	17,921

病床の種類	基準病床数 (R6.4)	既存病床数 (R5.9)
精神病床	4,618	6,124
感染症病床	24	29
結核病床	28	28

※精神病床、感染症病床、結核病床は、全  
県域で算定しています。

「基準病床数」が「既存病床数」を超えていれば、増床は規制の対象となる。

「地域医療構想」における「病床機能」の過不足により、病床機能の変更に制約がでる。

地域医療構想における病床機能ごとの過不足一覧

区域名 病床 機能区分	仙南区域		仙台区域		大崎・栗原区域		石巻・登米 ・気仙沼区域	
高度 急性期	不足(81床)		過剰(153床)		不足(138床)		不足(146床)	
	12床	93床	1,951床	1,798床	44床	182床	46床	192床
急性期	過剰(112床)		過剰(2,405床)		過剰(710床)		過剰(625床)	
	469床	357床	7,404床	4,999床	1,277床	567床	1,306床	681床
回復期	不足(68床)		不足(2,373床)		不足(381床)		不足(514床)	
	388床	456床	1,526床	3,899床	288床	669床	467床	981床
慢性期	不足(2床)		不足(470床)		過剰(382床)		過剰(31床)	
	332床	334床	2,035床	2,505床	866床	484床	615床	584床
稼働病床計	1,201床	1,240床	12,916床	13,201床	2,475床	1,902床	2,434床	2,438床
休棟等 (廃止予定除く)	14床		70床		38床		15床	

※下段左がR4病床機能報告結果(R4.7.1時点)、右が2025年必要病床数



第1回新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム	資料2
令和6年11月6日	

## 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について

## 検討事項①

### 1. 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、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地域医療構想として、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築するよう検討を進めている。具体的には、地域の医療提供体制全体の新たな地域医療構想として、病床機能だけでなく医療機関機能に着目した医療提供体制の構築を進める、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議の在り方を見直す等の検討を行っており、地域の医療提供体制全体の中には精神医療も含めて考えることが自然ではないか。
- また、精神保健医療福祉において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念に基づき取組を進める中で、精神医療を取り巻く環境と2040年頃を見据えた課題を踏まえると、新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下のような意義が考えられるのではないか。
  - ・ 医療法の地域医療構想の対象に精神医療を追加することにより、精神医療以外の一般医療を含めた地域の関係者が入った協議において、精神病床等の適正化・機能分化の方向性が明確化されるとともに、具体的かつ実効的な取組の推進が期待されるのではないか。
  - ・ 2040年頃の精神病床数の必要量を推計することにより、中長期的な精神医療需要に基づき、計画的かつ効率的に精神病床等の適正化・機能分化を進めることができるのではないか。また、病床機能報告の対象に精神病床を追加し、毎年度、地域単位で現在と将来の病床機能、診療実績等が見える化することにより、精神病床等の適正化・機能分化に向けたデータに基づく協議・検討が可能となるのではないか。
  - ・ 精神医療に関する地域医療構想調整会議の開催や、一般医療に関する地域医療構想調整会議への精神医療関係者の参画により、精神病床等の適正化・機能分化や、時間外診療を担う診療所等における精神科に係る外来医療提供体制の確保、精神科の在宅医療提供体制の確保、身体合併症患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等の推進が期待されるのではないか。
  - ・ 医療機関の自主的な取組に加えて、地域医療構想の実現に向けた財政支援や都道府県知事の権限行使により、精神病床等の適正化・機能分化を推進することが可能となるのではないか。

## 検討事項②

### 2. 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題

- 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合に法律改正を要する以下の内容について、どのように考えるか。
  - ・ 精神病床も、中長期的な精神医療需要に基づき、計画的かつ効率的に適正化・機能分化を進めるため、2040年頃を見据えた機能区分ごとの将来の病床数の必要量を定めること。
  - ・ 精神病床も、現在と将来の病床機能・診療実績等を見える化し、データに基づく協議・検討を可能とするため、病床機能報告として病床機能の現状や今後の方向等の報告を求めること。
  - ・ 精神医療も、精神医療体制の確保に向けた協議を推進するため、構想区域・協議の場を設定すること。
  - ・ 精神医療も、計画的かつ効率的に精神病床の適正化・機能分化を進めるため、一般病床等に係る知事権限の対象とすること。
  - ・ 新たな地域医療構想において検討中の医療機関機能や外来・在宅医療等の対象化等について、精神科医療機関や精神医療も対象とすること。
- 上記の具体的な内容（必要病床数の推計方法、精神病床の機能区分、病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者、精神科医療機関の医療機関機能等）については、法律改正後に施行に向けて、精神医療を取り巻く環境やこれまでの取組、2040年を見据えた課題やあるべき姿等を踏まえ、必要な関係者でより具体的に議論した上で定めることが必要であり、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが必要ではないか。

## 精神病床における基準病床数の算定式

- 患者数の推計値を、急性期・回復期・慢性期ごとに算出した上、慢性期の患者数の推計値については、認知症以外・認知症のそれぞれについて、政策効果に係る係数を反映させる。
- 基準病床数の算定式においては、更に、病床利用率を考慮する。

都道府県毎の令和〇年における基準病床数算定式 =

$$\begin{aligned}
 & \left( \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症を除く)} \end{array} \times \text{政策効果} \right. \\
 & \left. + \begin{array}{l} \text{令和〇年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症)} \end{array} \times \text{政策効果} \right) \\
 & + (\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数}) \\
 & \times (1 / \text{病床利用率})
 \end{aligned}$$

### 政策効果に関する係数

- 政策効果A：認知症を除く慢性期入院患者に係る係数  
(地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果)
- 政策効果B：認知症の慢性期入院患者に係る係数  
(認知症施策の推進等に関する政策効果)

※ 精神病床数の地域差に基づく係数とする。

### 病床利用率

- 現行の算定式においては0.95を用いている。
- 新算定式においても0.95を用いる。

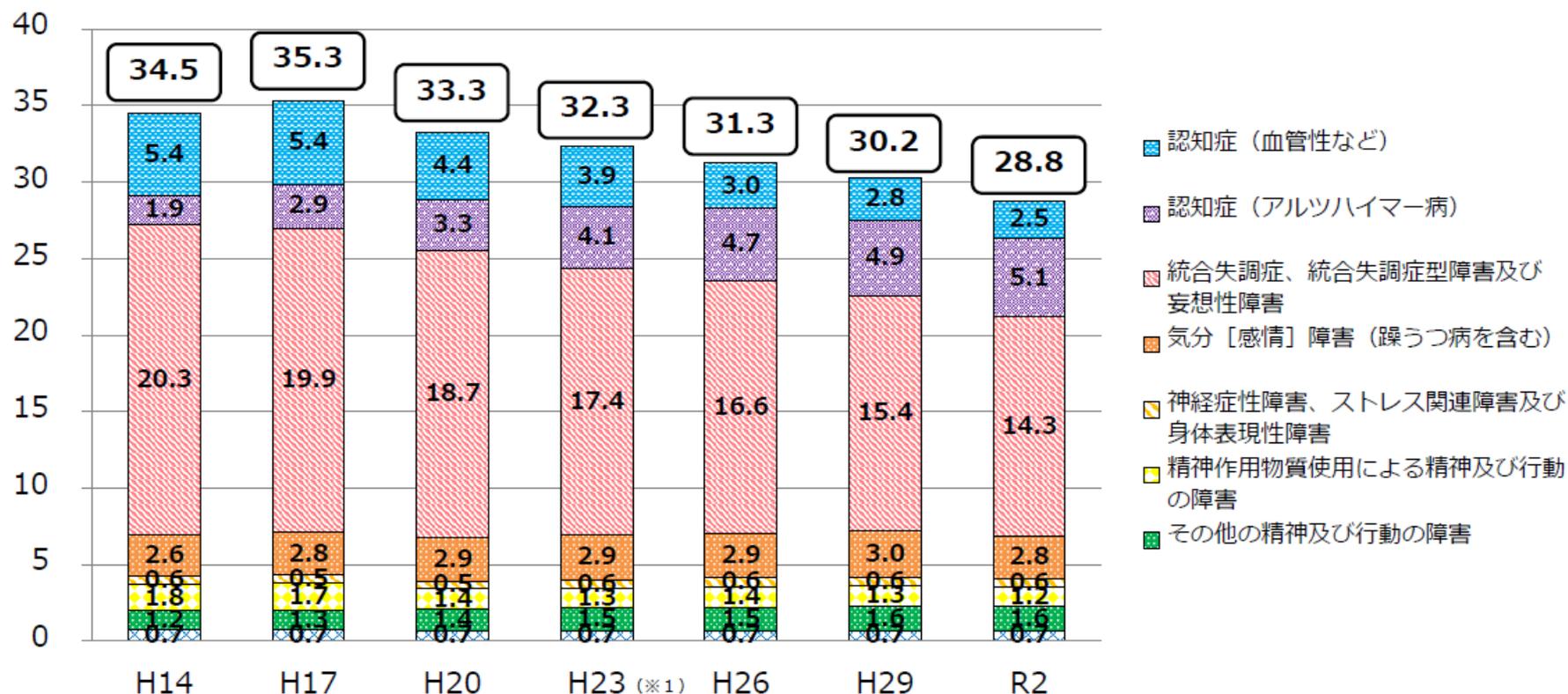
(急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上)

## 精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

令和6年9月30日第9回新たな地域医療構想等に関する検討会資料

- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

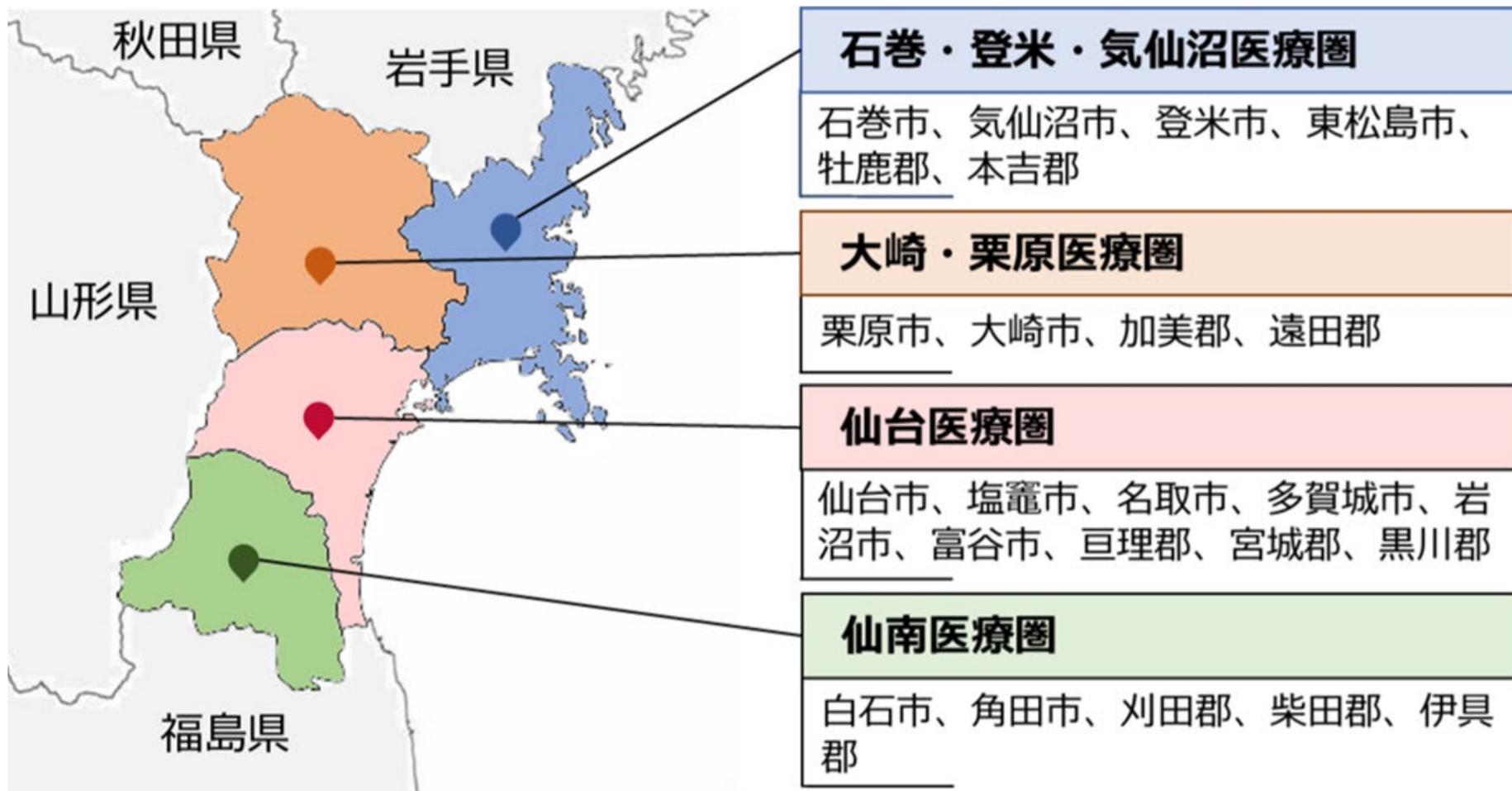
(単位：万人)



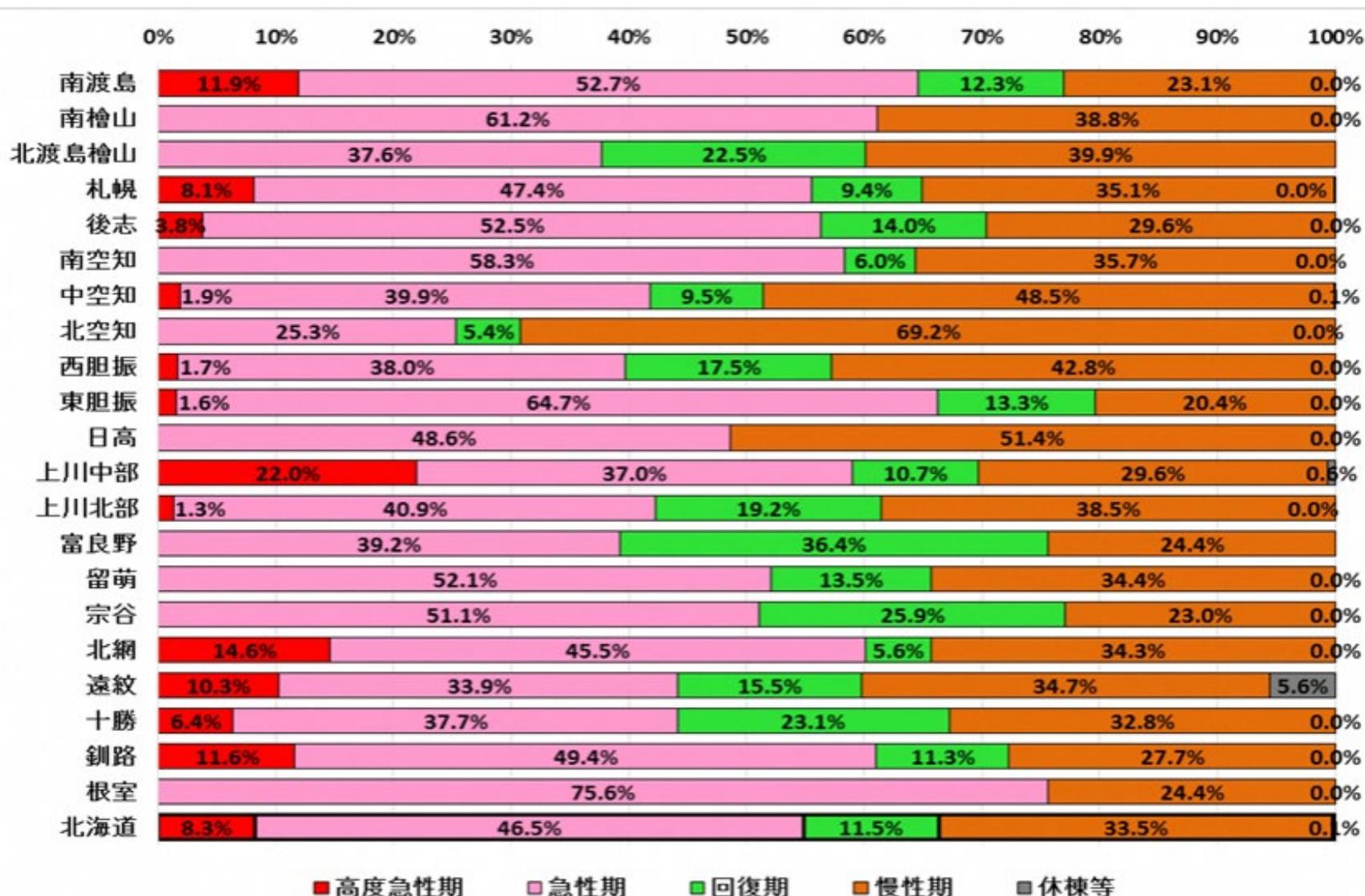
\*1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

## 第8次宮城県地域医療計画 2次医療圏



## 2020(令和2)年7月1日時点の医療機能等の割合【稼働病床ベース】



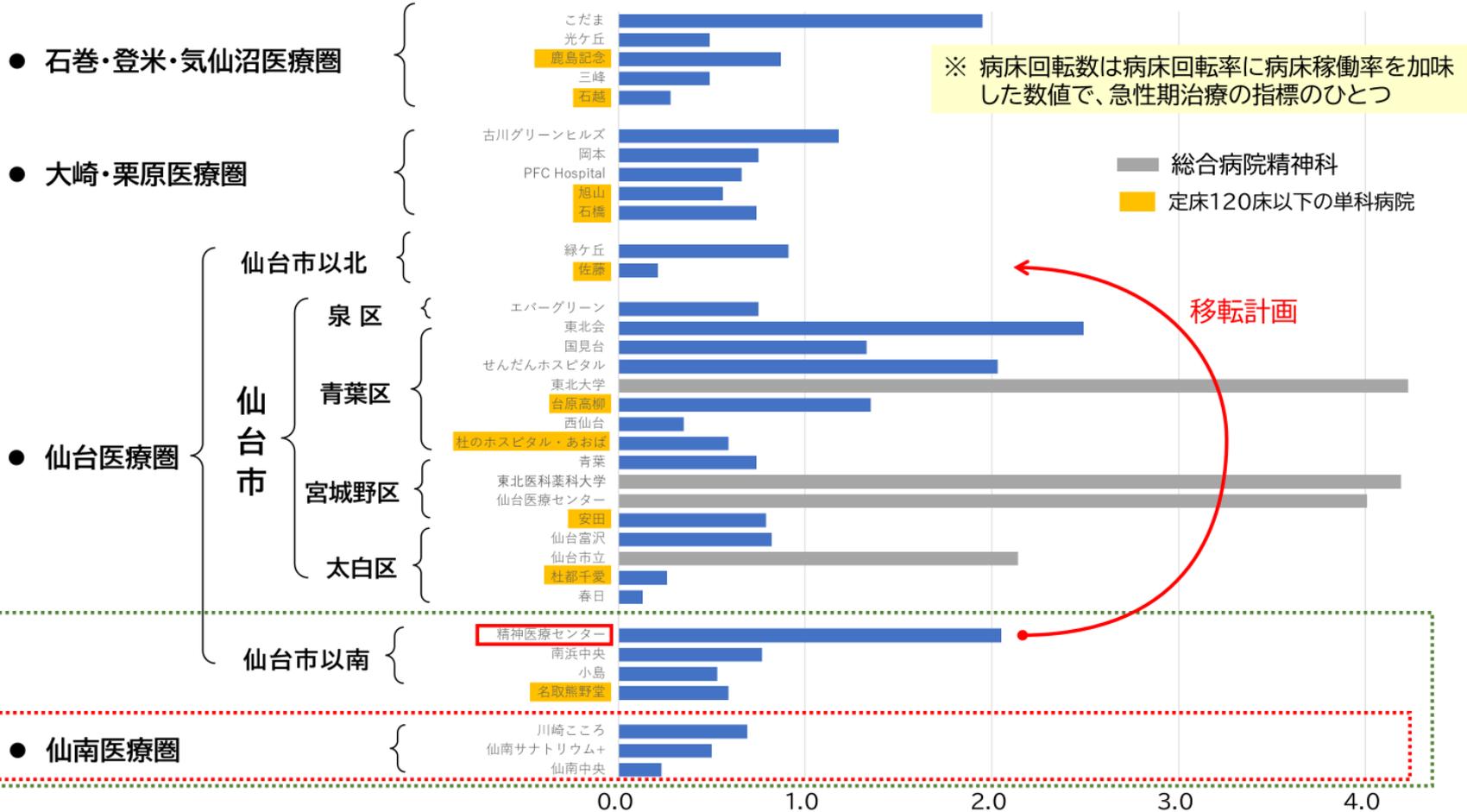
参考2：令和8年における都道府県別の精神病床における急性期／回復期／慢性期／認知症慢性期推計入院患者数  
及び政策効果に関する割合（注1）

都道府県	急性期 推計入院 患者数	回復期 推計入院 患者数	慢性期 推計入院 患者数 (認知症を 除く)	うち 65歳 以上	X <sub>1</sub> (注2)	(慢性期推計入院患者 数(認知症を除く)) ×(1-X <sub>1</sub> )		うち 65歳 以上		認知症 慢性期 推計入院 患者数	うち 65歳 以上	X <sub>2</sub> (注2)	(認知症慢性期入院 患者数)×(1-X <sub>2</sub> )		うち 65歳 以上	
						(注3 A)	(注3 B)	(注3 A)	(注3 B)				(注3 A)	(注3 B)	(注3 A)	(注3 B)
北海道	3871	2892	6795	4090	0.1	6116	(5980 ~ 6252)	3681	(3599 ~ 3763)	1703	1675	0.1	1532	(1498 ~ 1566)	1508	(1474 ~ 1541)
青森県	882	820	1421	788	0.1	1278	(1250 ~ 1307)	709	(693 ~ 725)	381	352	0.1	342	(335 ~ 350)	317	(310 ~ 324)
岩手県	848	641	1571	849	0.1	1414	(1382 ~ 1445)	764	(747 ~ 781)	164	152	0.0005	164	(160 ~ 164)	152	(149 ~ 152)
宮城県	925	1032	1754	1126	0	1754	(1719 ~ 1754)	1126	(1103 ~ 1126)	733	725	0.1	660	(645 ~ 674)	652	(638 ~ 667)
秋田県	769	556	1310	831	0.1	1179	(1153 ~ 1205)	748	(731 ~ 765)	350	330	0.1	315	(308 ~ 322)	297	(290 ~ 304)
山形県	822	626	1173	672	0.1	1056	(1032 ~ 1079)	605	(591 ~ 618)	307	296	0.1	276	(270 ~ 282)	267	(261 ~ 273)
福島県	894	742	2174	1321	0.1	1957	(1913 ~ 2000)	1188	(1162 ~ 1215)	425	396	0.1	382	(374 ~ 391)	357	(349 ~ 365)
茨城県	1048	1006	3225	1842	0.1	2902	(2838 ~ 2967)	1657	(1621 ~ 1694)	252	242	0	252	(247 ~ 252)	242	(237 ~ 242)
栃木県	689	606	2342	1393	0.1	2107	(2061 ~ 2154)	1254	(1226 ~ 1282)	246	228	0.057	232	(227 ~ 237)	215	(210 ~ 219)
群馬県	844	733	2447	1352	0.1	2202	(2153 ~ 2251)	1217	(1190 ~ 1244)	347	330	0.1	312	(305 ~ 319)	297	(290 ~ 304)
埼玉県	2842	2354	5043	2751	0	5043	(4942 ~ 5043)	2751	(2696 ~ 2751)	1292	1272	0.1	1163	(1137 ~ 1189)	1145	(1119 ~ 1170)
千葉県	2223	1790	4952	2671	0.015	4880	(4781 ~ 4952)	2632	(2579 ~ 2671)	650	602	0	650	(637 ~ 650)	602	(590 ~ 602)
東京都	5682	3952	8025	4378	0	8025	(7864 ~ 8025)	4378	(4291 ~ 4378)	946	868	0	946	(927 ~ 946)	868	(851 ~ 868)
神奈川県	2971	2407	5182	2518	0	5182	(5078 ~ 5182)	2518	(2468 ~ 2518)	915	844	0	915	(897 ~ 915)	844	(827 ~ 844)
新潟県	1130	906	2415	1372	0.1	2174	(2125 ~ 2222)	1235	(1207 ~ 1262)	652	621	0.1	587	(574 ~ 600)	558	(546 ~ 571)
富山県	471	428	1435	812	0.1	1292	(1263 ~ 1320)	731	(715 ~ 747)	272	260	0.1	245	(239 ~ 250)	234	(228 ~ 239)
石川県	589	552	1467	891	0.1	1320	(1291 ~ 1349)	802	(784 ~ 820)	231	231	0.1	208	(203 ~ 213)	208	(203 ~ 213)

認知症を除く、急性期・回復期・慢性期で分類している。

# 2次医療圏ごとの病床回転率

## 病床回転数 (2019~2022年度の4年間)



	二次保健 医療圏数	一圏域			
		基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	B-A (超過数)	超過割合
北海道	21	17,116	19,033	1,917	11.2%
青森県	6	3,498	4,199	701	20.0%
岩手県	9	3,261	3,928	667	20.5%
宮城県	4	4,618	6,124	1,506	32.6%
秋田県	3	2,969	3,828	859	28.9%
山形県	4	2,927	3,076	149	5.1%
福島県	6	4,240	6,613	2,373	56.0%
千葉県	9	10,677	12,135	1,458	13.7%
岡山県	5	3,931	5,119	1,188	30.2%

### ●精神科が地域医療構想に入るの時の着目点

自院はどの保健医療圏域に位置するか。

同じ圏域内の医療機関の役割が自院とぶつかっていないか。

自院はどこを目指すのか。認知症、急性期・回復期・慢性期か

ご清聴ありがとうございました。



- ネクスト研修会の予定  
5月27日（火）16時から  
WEB研修

