

第1回地域医療構想策定部会の開催概要について

日 時 : 平成27年8月20日(木) 15:30~17:00
会 場 : 京都ガーデンパレス「祇園」
出席者 : 部会委員14名中、13名出席
配付資料 : 別紙のとおり

1 開会

2 あいさつ

3 議事

- (1) 地域医療構想について
- (2) 平成26年度病床機能報告(平成26年度末まとめ)について
- (3) 地域医療構想策定の進め方について
- (4) 構想区域の考え方について
- (5) その他

4 閉会

【主な発言】

(地域医療構想について)

- 今回の地域医療構想の策定に当たって、全国で30万人が在宅に移行すると言われて
いるが、受け皿となる老健や特養の整備率は本府は全国的に下位となっている。

(地域医療構想の進め方について)

- 京都市内には議論する組織が設置されていないため、新たな組織を設置した上で、
乙訓地域と分離して議論を進めていきたいと考えている。
- 将来推計に当たって、各団体から提供いただけるようなデータがあれば事務局へ
お知らせ願いたい。

(構想区域の考え方について)

- 構想区域については現行の二次医療圏を基盤とするのが分かりやすい。
- 複数の二次医療圏を一つにまとめた結果、表面上の流出入割合が小さくなったと
しても、実際の患者の動きは何も変わっておらず、またすべての疾病を一つの区域
で完結させることは到底不可能。
- 構想策定を進めていくに当たっては、高度急性期や急性期の定義を論じるよりも、
脳卒中や急性心筋梗塞などの疾患領域ごとに、どこが拠点病院となり、こういった
形で連携を進めていくのかといった観点で議論を進めていくことが重要。

- 患者の受療動向について、交通が便利になった現在、自治体の枠に囚われたり、地元を執着することはない。
- 患者の立場と医師の立場の両面から考えていかなければいけない。
- きわめて緊急性が高い重度の外傷と血管の病気や、急性期のうち専門性の高い疾患は対応できる医師の確保が重要である。人口規模が大きいほどたくさんの患者がいるわけで、高度医療を提供する場合は、20万人以上の人口規模がないと、せっかく医師の確保ができて患者数をキープできない。
- 医師の養成や派遣の面からも、緊急を争う疾患や専門性の高い急性期医療は現行の二次医療圏を超えた形で考えないと対応できない。逆にその他の疾患については、現行の形で完結できる方向にある。
- 京都市内から距離が離れるにつれて医療資源が乏しい地域が多くなる。
- どの疾病をどの範囲で見ていくのか、数字上はきれいな形になっていても、その数字の意味を府民に説明できなければ計画は失敗。

(その他)

- 在宅歯科医療を充実させるためには、歯科医療提供体制の整備と、医科歯科連携のもと治療が途切れないようなデータ共有体制の構築が必要。

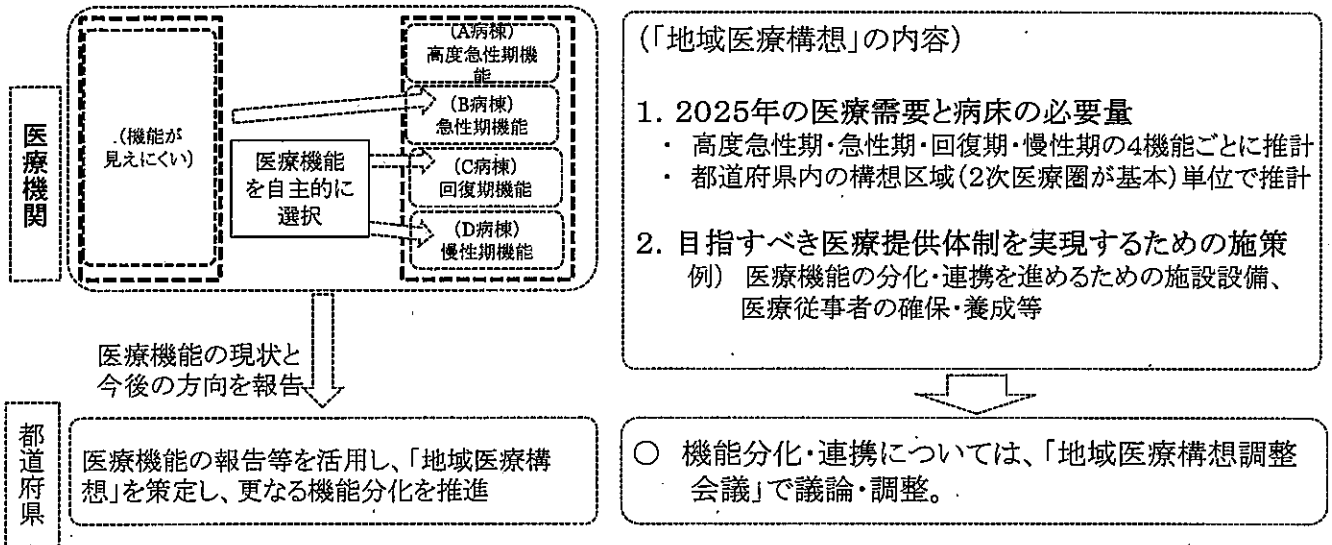
京都府医療審議会地域医療構想策定部会 委員名簿

(平成27年6月22日設置)

区分	氏名	所属・役職	備考	
医療審議会委員	医療関係者	松井 道宣	一般社団法人京都府医師会副会長	
		依田 建吾	一般社団法人京都府病院協会会長	
		清水 鴻一郎	一般社団法人京都私立病院協会会長	
		安岡 良介	一般社団法人京都府歯科医師会会長	
	医療を受ける立場にある者	多々見 良三	京都府市長会社会文教部会会長	
		汐見 明男	京都府町村会会長	
		堀口 文昭	京都府国民健康保険団体連合会理事長	
		中島 善行	健康保険組合連合会京都連合会代表	
		近藤こずえ	全国健康保険協会京都支部企画総務部企画総務グループ長	
	学識経験者	福居 顯二	京都府立医科大学大学院教授	部会長
専門委員		今中 雄一	京都大学大学院医学研究科教授	
		渡邊 能行	京都府立医科大学副学長	
		萩野 修一	一般社団法人京都府老人福祉施設協議会会長	
		尾内 善四郎	一般社団法人京都府介護老人保健施設協議会会長	

地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を策定。



医療機関が報告する医療機能

- ◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。
※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている
- ◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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
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

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

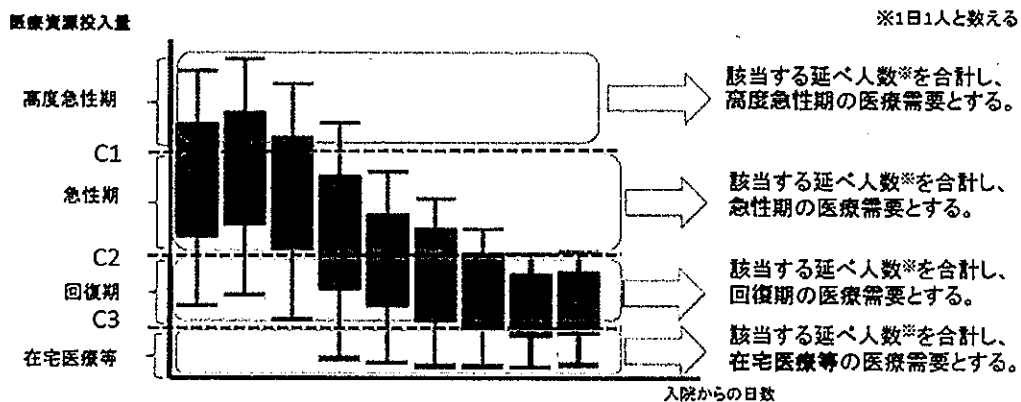
- ◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。
- ◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床の機能別分類の境界点(C1~C3)について

	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
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治療(一般病棟等で実施する診療を含む。)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	<ul style="list-style-type: none"> 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で精密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そう、検査や評価の頻度も下げていけそうである。 <p>【例】 非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+親血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン+点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期			<ul style="list-style-type: none"> 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。 <p>【参考】 NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這いとなって、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
回復期	C2 600点	急性期における治療が終了し、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	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。 <p>【例】 補液+点滴管理+ドレーン</p>
在宅等			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
	C3 225点	〇境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	

推計方法 (高度急性期、急性期、回復期の医療需要について①)

○ DPCデータについて、疾患ごとに、当該疾患の全患者の1日当たりの医療資源投入量を入院経過日数順に並べて、C1~C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。



↓

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

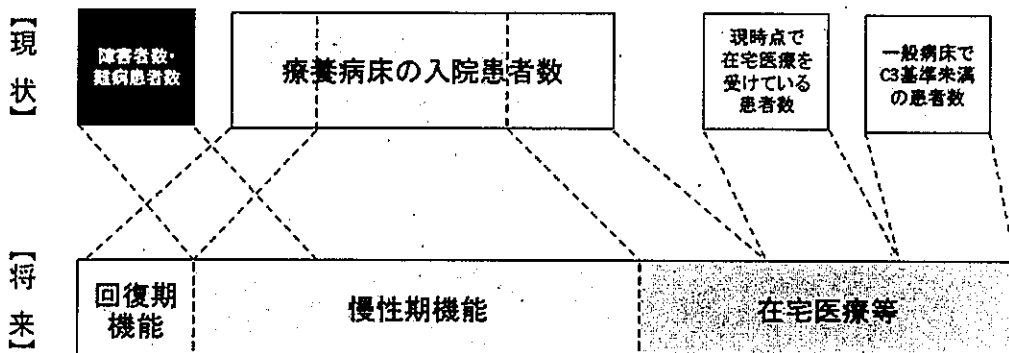
推計方法（高度急性期、急性期、回復期の医療需要について②）

○ NDBのデータについては、以下の作業を実施。

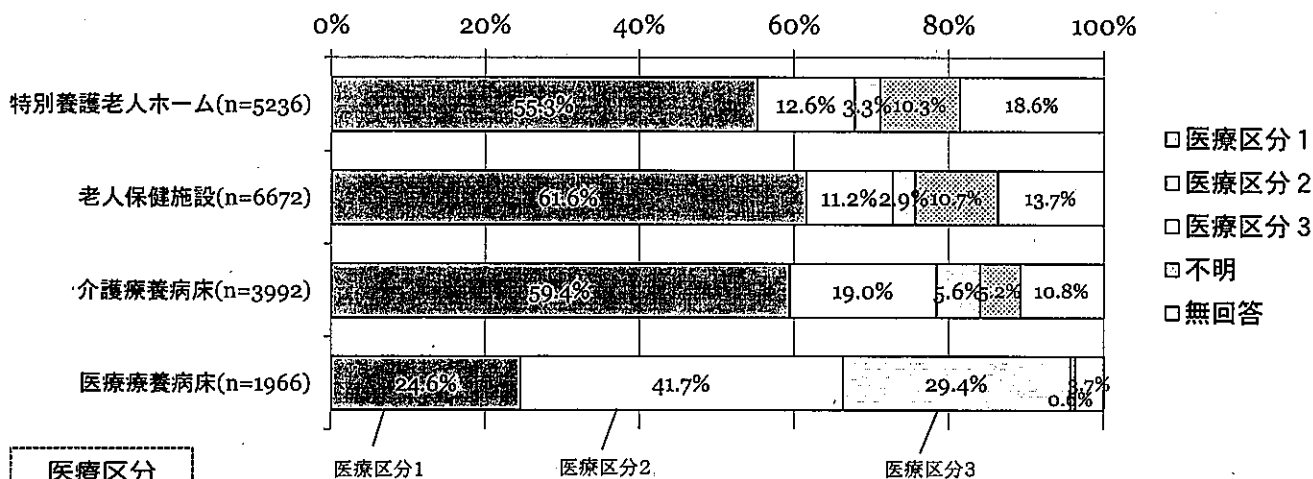
- ① 対象は、非DPC病院または有床診療所に入院した患者とし、結核病床、感染症病床、精神病床の入院分は除外。
- ② レセプトには、日計表があり、その日に行われた診療行為が記録されていることから、各患者の1日毎の入院基本料・リハビリテーション料の一部を除いた出来高点数(医療資源投入量)を計算。
DPCデータと同様に、C1、C2、C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。
- ③ なお、リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分。

推計方法（慢性期及び在宅医療等の医療需要について）

- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等(※)の患者数の推計は、以下の考え方にに基づき実施する。
- 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)は、慢性期機能の医療需要とする。
 - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
 - ・ 医療区分1の患者の70%は、現時点で在宅医療等の医療需要とする。
 - ・ その他の入院患者数について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、現時点の在宅医療等の医療需要を推計する。(次頁参照)
 - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅医療等の医療需要とする。
- ※ 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、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ける医療等を指し、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。



医療区分



- 医療区分1
- 医療区分2
- 医療区分3
- 不明
- 無回答

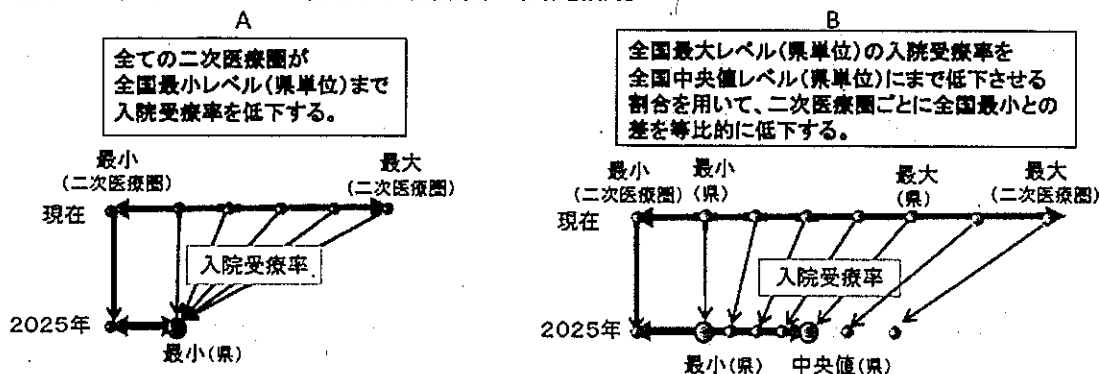
医療区分	
医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴・中心静脈栄養・人工呼吸器使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室における管理 酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患・その他の難病(スモンを除く)・脊髄損傷(頭髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態・体内出血・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態・褥瘡・末梢循環障害による下肢末端開放創・せん妄・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養・喀痰吸引(1日8回以上)・気管切開・気管内挿管のケア・頻回の血糖検査・創傷(皮膚潰瘍・手術創・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

(出典)平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する機動的な調査研究事業報告書」

療養病床の入院受療率の地域差への対応 (基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。
 - パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル(県単位)まで入院受療率を低下する。
 - パターンB：全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、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図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。(次頁参照)

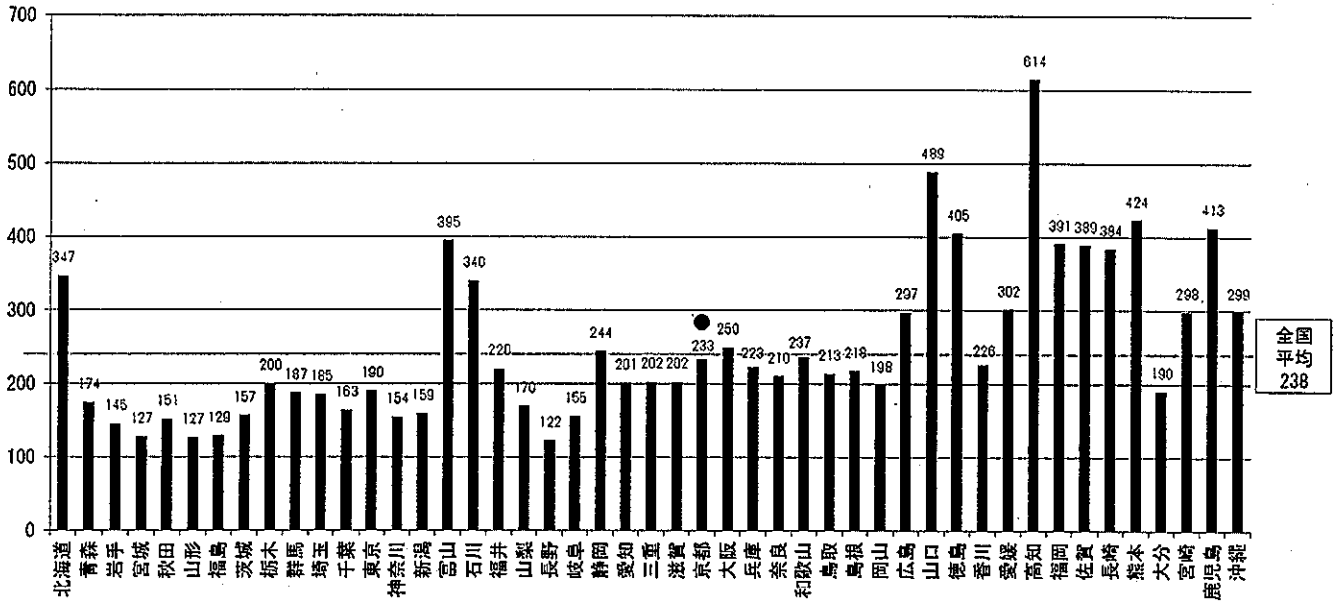
【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

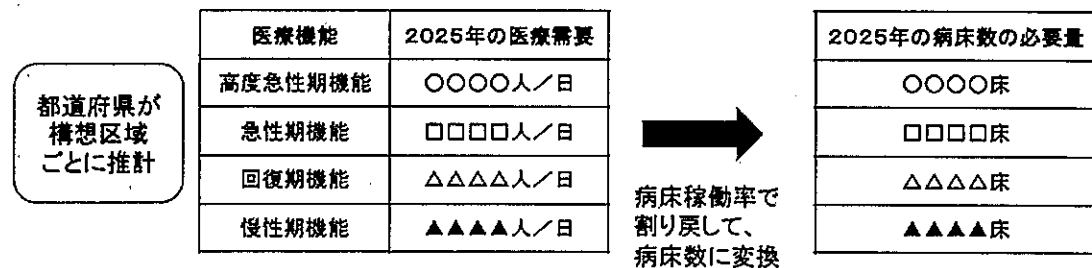
【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】
 各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（Σ〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕）× 全国の入院受療率

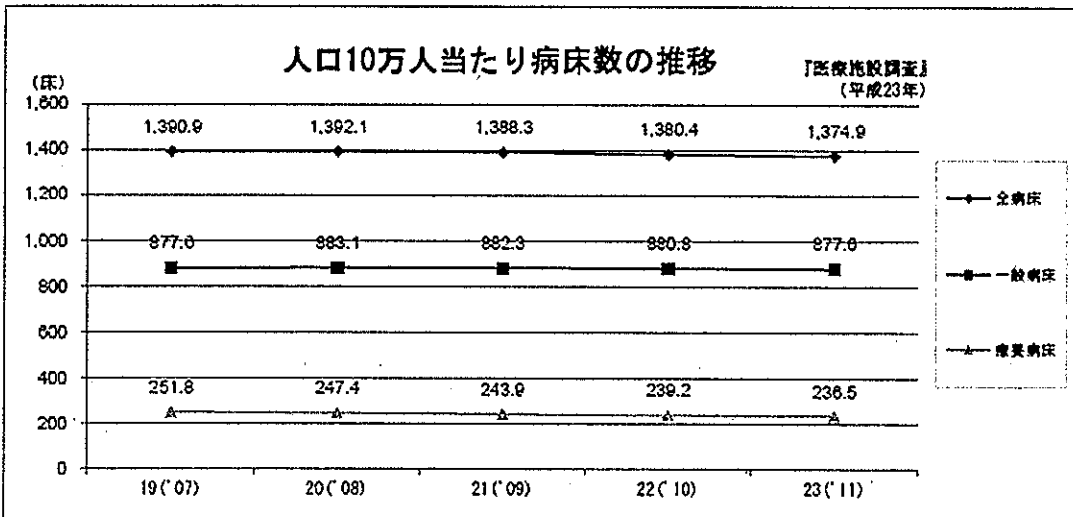
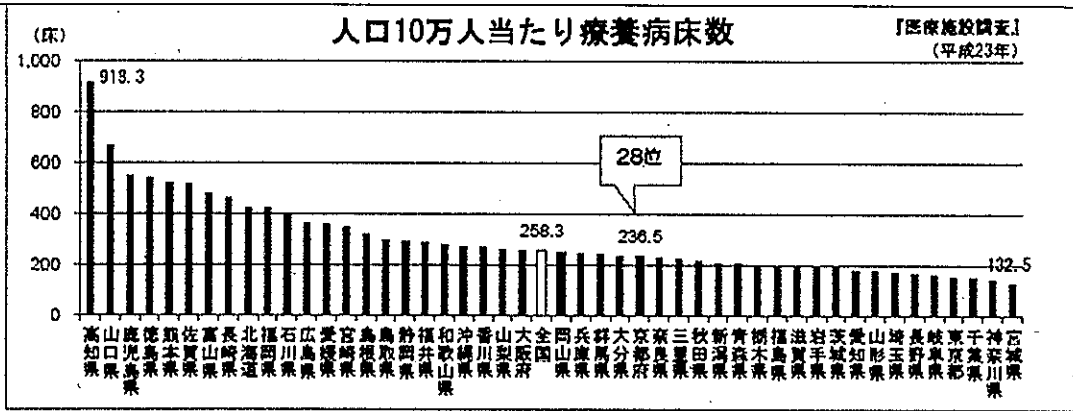
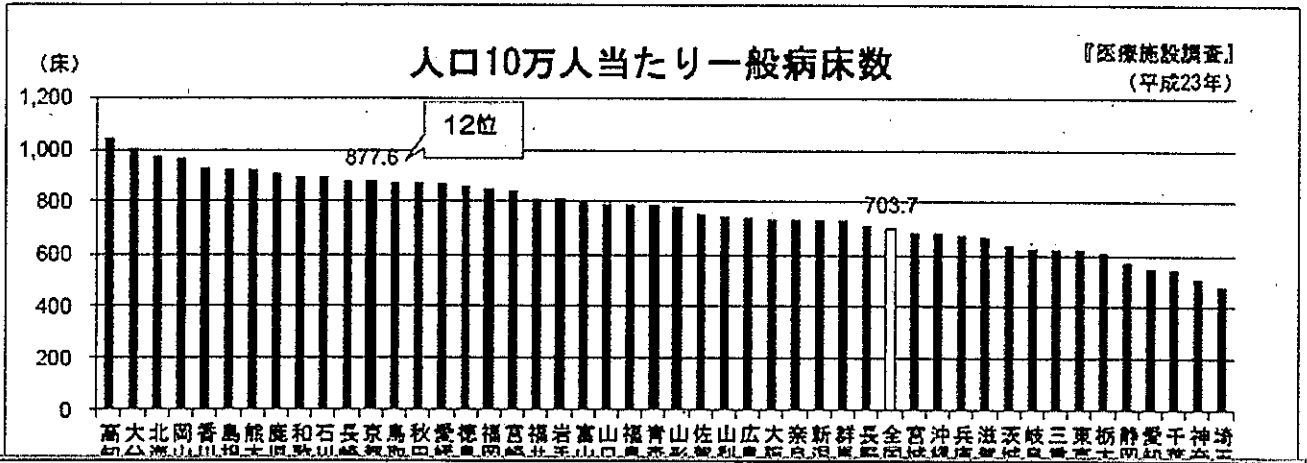
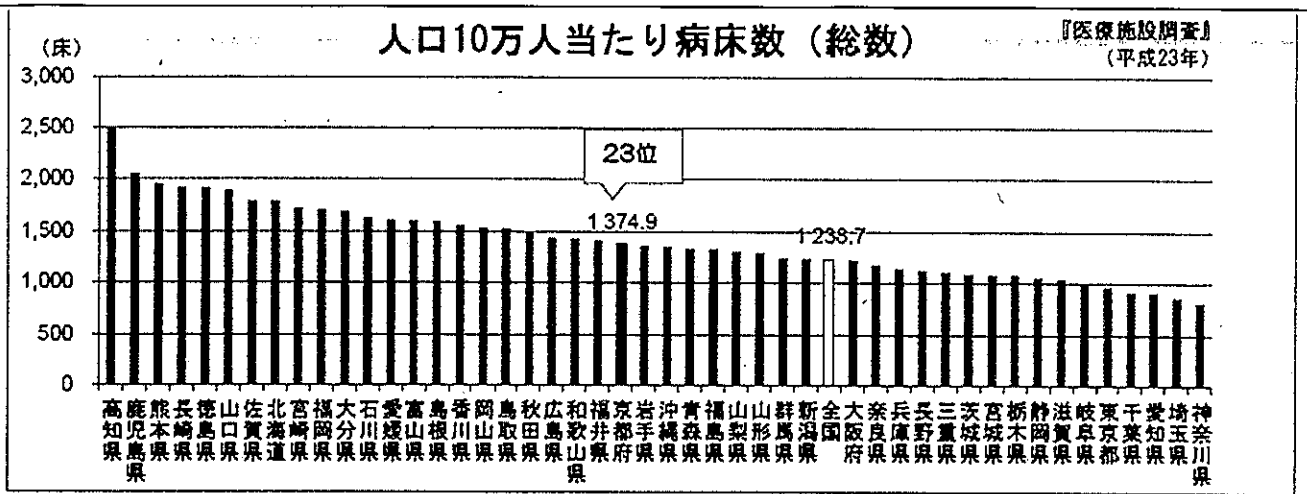


- 1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
- 2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
- 3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

推計方法（病床数の必要量の推計について）

- 上記により算出した医療機能ごと（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の医療需要（1日当たりの入院患者延数）を病床稼働率で割り戻して、医療機能別の病床数の必要量を推計。
- なお、病床稼働率については、現状を踏まえ、高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%と設定。

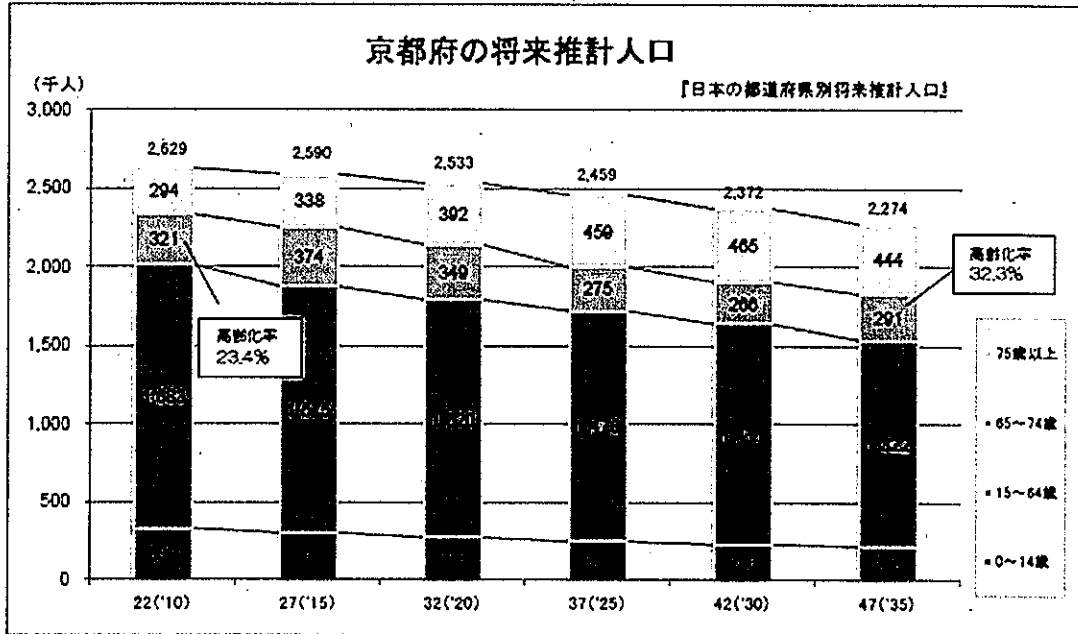




京都府の将来推計人口

	H22	H27	H32	H37	H42	H47
総人口	2,629千人	2,590千人	2,533千人	2,459千人	2,372千人	2,274千人
65歳以上	614千人	712千人	740千人	734千人	731千人	735千人
65歳以上の割合	23.4%	27.5%	29.2%	29.9%	30.8%	32.3%

『日本の都道府県別将来推計人口』（平成19年5月推計）
国立社会保障・人口問題研究所

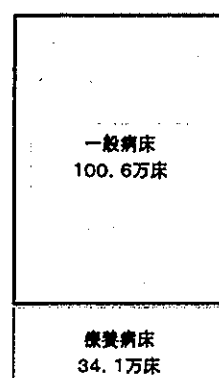


2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

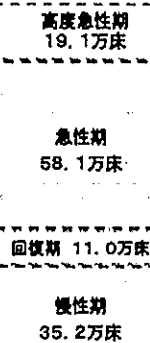
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状：2013年】

134.7万床(医療施設調査)



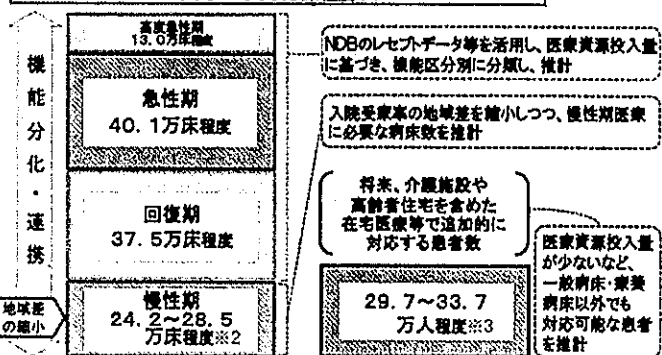
病床機能報告 123.4万床 [2014年7月時点]



【推計結果：2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしていないまま高齢化を織り込んだ場合：152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿) 115~119万床程度※1



* 本報告・非推計病床数などがあり、表の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定型的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)										【医療機関所在地ベース】			(参考) 相次、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での追加的に対応する患者数(2025)(千人)		
	一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013) との差(②-①)			うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期			パターン A		パターン B	パターン C
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C				
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3	
北海道	83.6	60.1	23.5	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5	
青森県	18.5	13.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.8	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8	
岩手県	15.0	12.2	2.8	10.5	10.7	-	▲4.5	▲4.4	-	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	-	2.6	2.4	-	
宮城県	21.1	17.9	3.2	18.7	18.8	-	▲2.4	▲2.4	-	2.3	6.6	6.0	3.8	3.9	-	3.0	3.0	-	
秋田県	12.6	10.2	2.4	9.0	9.1	9.1	▲3.6	▲3.5	▲3.5	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9	
山形県	12.0	9.9	2.1	9.2	9.3	-	▲2.8	▲2.7	-	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	-	1.4	1.4	-	
福島県	21.5	17.3	4.2	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.6	3.4	3.3	
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.4	21.7	-	▲5.5	▲5.2	-	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	-	4.8	4.6	-	
栃木県	18.3	14.1	4.2	15.2	15.5	-	▲3.2	▲2.9	-	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	-	3.7	3.4	-	
群馬県	21.0	16.1	4.9	17.2	17.5	17.6	▲3.8	▲3.5	▲3.4	1.7	5.5	6.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.8	
埼玉県	50.6	38.4	12.1	53.1	54.2	-	+2.5	+3.6	-	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	-	12.5	11.5	-	
千葉県	47.0	37.2	9.8	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.6	17.9	15.3	10.6	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5	
東京都	108.3	85.7	22.6	111.8	113.9	-	+3.5	+5.5	-	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	-	22.1	20.2	-	
神奈川県	62.9	49.3	13.5	71.0	72.2	-	+8.1	+9.4	-	9.4	25.9	20.9	14.8	16.0	-	13.4	12.3	-	
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	-	▲5.1	▲4.9	-	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	-	4.3	4.1	-	
富山県	14.4	9.2	5.2	8.9	9.5	9.6	▲5.5	▲4.9	▲4.8	0.9	3.3	2.7	2.0	2.6	2.6	5.2	4.7	4.6	
石川県	15.9	11.4	4.5	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4	
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.6	-	▲2.9	▲2.7	-	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	-	2.5	2.3	-	
山梨県	9.2	6.9	2.3	6.8	6.9	6.9	▲2.5	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.6	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5	
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	-	▲3.7	▲3.6	-	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	-	2.7	2.7	-	
岐阜県	18.5	14.7	3.8	14.9	15.0	-	▲3.6	▲3.5	-	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	-	2.8	2.7	-	
静岡県	34.4	23.8	10.6	26.0	26.9	-	▲8.3	▲7.5	-	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	-	8.2	7.4	-	
愛知県	59.2	45.0	14.2	56.6	57.8	57.8	▲2.6	▲1.4	▲1.4	6.9	20.6	19.5	9.6	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7	

	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)										【医療機関所在地ベース】			(参考) 相次、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での追加的に対応する患者数(2025)(千人)		
	一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013) との差(②-①)			うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	うち慢性期			パターン A		パターン B	パターン C
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C				パターン A	パターン B	パターン C				
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3	
三重県	17.3	12.8	4.5	13.3	13.6	13.7	▲3.9	▲3.7	▲3.6	1.4	4.3	4.4	3.3	3.5	3.6	3.6	3.3	3.3	
滋賀県	12.8	10.0	2.8	11.1	11.3	-	▲1.7	▲1.5	-	1.3	3.9	3.6	2.3	2.6	-	2.9	2.7	-	
京都府	30.3	23.9	6.4	29.4	29.9	-	▲0.9	▲0.3	-	3.2	9.5	8.5	8.1	8.7	-	7.9	7.4	-	
大阪府	91.4	68.5	22.9	97.7	101.1	101.5	+6.3	+9.7	+10.1	11.8	35.0	31.4	19.5	22.9	23.3	25.5	22.4	22.0	
兵庫県	56.2	41.4	14.8	50.5	52.2	52.4	▲5.7	▲4.0	▲3.8	5.9	18.2	16.5	9.9	11.5	11.8	14.6	13.0	12.8	
奈良県	14.2	10.9	3.3	12.8	13.0	13.1	▲1.4	▲1.2	▲1.2	1.3	4.4	4.3	2.9	3.1	3.1	2.8	2.6	2.6	
和歌山県	13.1	10.2	3.0	9.3	9.5	9.5	▲3.9	▲3.7	▲3.6	0.9	3.1	3.3	1.9	2.1	2.2	2.8	2.6	2.5	
鳥取県	7.4	5.6	1.8	5.8	5.9	-	▲1.6	▲1.6	-	0.6	2.0	2.1	1.1	1.2	-	1.3	1.2	-	
島根県	9.2	6.9	2.3	6.2	6.3	6.4	▲3.0	▲2.8	▲2.8	0.6	2.2	1.9	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	1.6	
岡山県	26.1	20.8	5.3	19.6	20.0	20.2	▲6.5	▲6.0	▲5.9	2.2	6.8	6.5	4.0	4.5	4.6	5.1	4.7	4.5	
広島県	35.2	24.4	10.8	27.5	28.7	29.0	▲7.8	▲6.5	▲6.2	3.0	9.2	9.9	5.3	6.6	6.9	11.8	10.6	10.4	
山口県	23.4	13.4	9.9	13.2	14.4	15.7	▲10.2	▲9.0	▲7.6	1.3	4.4	4.6	2.8	4.1	5.4	9.7	8.6	7.4	
徳島県	13.3	8.7	4.6	8.2	8.7	9.0	▲5.1	▲4.6	▲4.2	0.7	2.4	3.0	2.0	2.5	2.9	4.5	4.1	3.7	
香川県	13.9	10.8	3.0	9.9	10.1	10.1	▲4.0	▲3.8	▲3.7	1.1	3.4	3.4	2.0	2.2	2.3	2.9	2.7	2.7	
愛媛県	21.0	15.4	5.6	14.1	14.6	14.7	▲6.8	▲6.4	▲6.2	1.3	4.7	4.8	3.3	3.7	3.9	5.5	5.0	4.9	
高知県	16.2	9.5	6.8	9.3	10.2	11.2	▲6.9	▲6.1	▲5.0	0.8	2.8	3.3	2.4	3.2	4.3	6.5	5.7	4.8	
福岡県	74.0	51.5	22.5	61.6	64.7	65.4	▲12.3	▲9.3	▲8.5	7.3	21.3	21.1	11.9	14.9	15.7	24.9	22.1	21.4	
佐賀県	13.5	8.7	4.8	8.3	8.8	9.1	▲5.2	▲4.7	▲4.4	0.7	2.6	3.1	1.8	2.3	2.7	4.6	4.1	3.8	
長崎県	23.3	16.3	7.1	15.4	16.3	16.9	▲7.9	▲7.1	▲6.5	1.5	5.4	5.7	2.9	3.7	4.3	7.5	6.7	6.2	
熊本県	31.8	21.6	10.1	19.3	20.4	21.2	▲12.5	▲11.4	▲10.6	1.9	6.0	7.0	4.4	5.4	6.2	10.7	9.7	9.0	
大分県	18.9	15.6	3.3	14.4	14.6	14.6	▲4.4	▲4.3	▲4.2	1.3	4.9	5.4	2.8	3.0	3.1	4.2	4.1	4.0	
宮崎県	16.5	12.2	4.3	10.5	10.9	11.0	▲5.9	▲5.6	▲5.4	1.0	3.4	4.0	2.2	2.5	2.7	4.5	4.1	4.0	
鹿児島県	30.6	20.4	10.3	17.8	18.8	19.9	▲12.9	▲11.8	▲10.7	1.5	5.5	7.0	3.7	4.7	5.8	9.5	8.6	7.5	
沖縄県	14.6	10.6	4.0	14.8	15.2	15.3	+0.2	+0.6	+0.7	1.8	5.4	4.7	2.8	3.3	3.4	3.4	3.0	3.0	

※1:平成25年医療施設調査における病院及び一般診療所の一般病床及び療養病床の合計(2013年10月1日現在)。

出典元の「地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ
(平成27年7月 厚生労働省提供)」について

○構想区域ごとの医療需要の推計方法

医療需要（日／人）の算出式

$$\text{医療需要 (人／日)} = \left(\begin{array}{l} \text{NDBレセプトデータ} \\ \text{DPCデータ} \\ \text{公費医療データ} \\ \text{分娩のデータ} \\ \text{介護老人保健施設サービス受給者データ} \\ \text{労災保険医療データ} \\ \text{自賠責保険医療データ} \end{array} \right) \div 365 \text{日}$$

推計に当たっての課題

○流入・流出の推計について

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している。

○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。

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）』を用いている。

○対象データ

2013年のデータに基づくため、2014年度診療報酬改定に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。

○一部データの補正

将来の医療需要を推計する際、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っている。

※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。

※DPCデータ

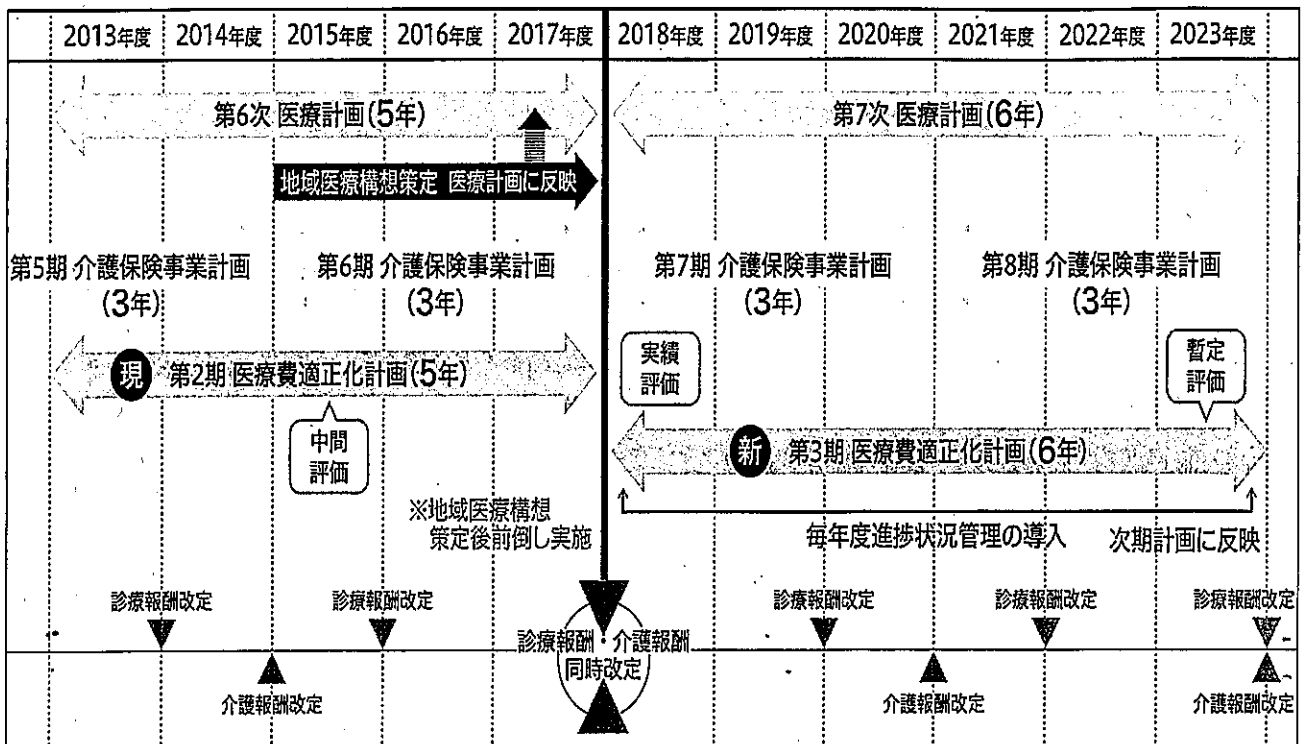
DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS（Per-Diem Payment System；1日当たり包括支払い制度）という。DPC/PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。

都道府県別の療養病床数、介護保険施設等定員数
(65歳以上人口千人あたり)

※順位は、病床数・定員数の多いものを上位としたもの。
※下は、A～E計の順位にそって並べ替えたもの

	A		B		C		D		E		A～E計	65歳以上人口	(参考) 75歳以上人口を用いた場合のA～E計順位	
	療養病床	順位	介護老人福祉施設定員	順位	介護老人保健施設定員	順位	有料老人ホーム定員	順位	サービス付き高齢者住宅定員	順位				
全国平均	(床)	-	(人)	-	(人)	-	(人)	-	(戸)	-	-	(千人)		
沖縄県	15.3	11	16.8	25	15.2	6	17.1	4	8.4	1	72.7	1	260	1
鹿児島県	22.0	3	21.1	6	13.4	15	9.8	14	4.1	33	70.3	2	467	6
熊本県	20.5	6	17.4	19	13.4	17	12.2	7	5.0	24	68.5	3	491	8
福岡県	18.3	7	15.7	39	11.6	32	16.3	5	5.8	14	67.7	4	1,230	2
山口県	23.2	2	16.7	28	11.3	34	9.4	15	7.1	11	67.6	5	429	3
徳島県	20.6	5	15.7	40	18.3	2	5.1	35	7.3	9	67.1	6	221	5
千葉県	6.5	45	13.5	46	9.5	44	11.7	10	4.3	29	45.5	42	1,505	30
愛知県	8.5	33	13.1	47	10.5	38	9.4	17	3.8	37	45.4	43	1,662	34
岐阜県	7.0	42	17.9	16	11.6	31	4.7	37	4.0	34	45.4	44	539	42
京都府	9.4	28	16.2	33	10.5	39	4.7	38	3.9	35	44.7	45	676	41
東京都	7.8	38	13.8	45	6.7	47	12.1	8	3.0	45	43.4	46	2,914	44
滋賀県	8.8	32	16.6	29	8.4	46	3.8	42	4.6	26	42.1	47	319	47

医療・介護制度をめぐる当面の主要なスケジュール



(厚労省資料を基に作成)

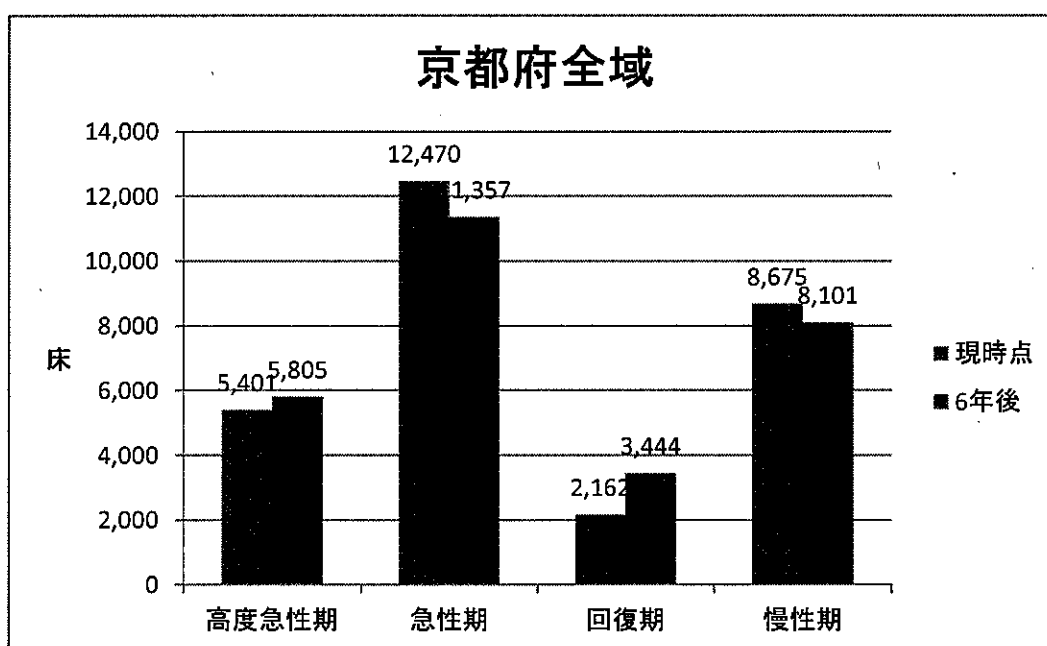
平成26年度病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況(平成26年度末まとめ)

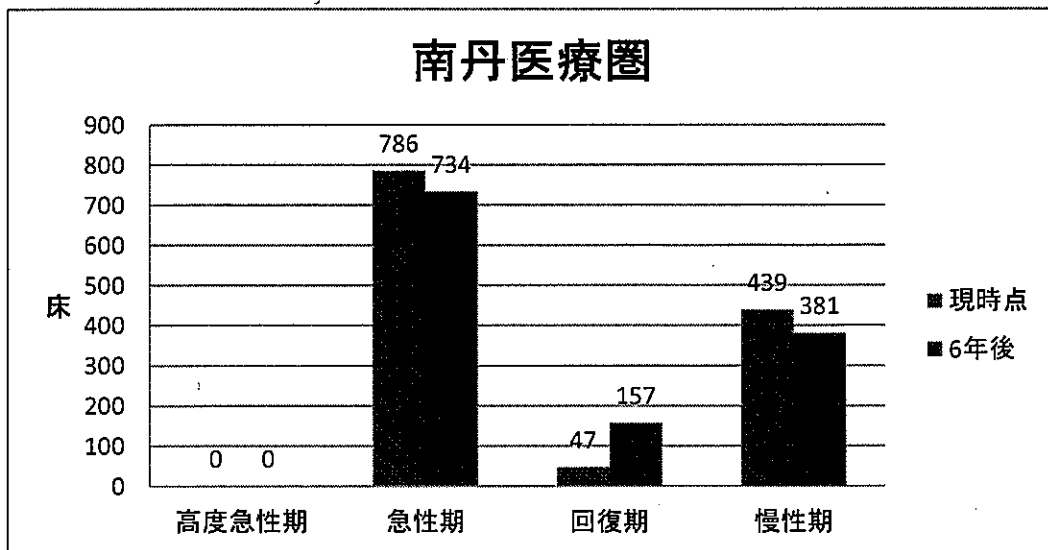
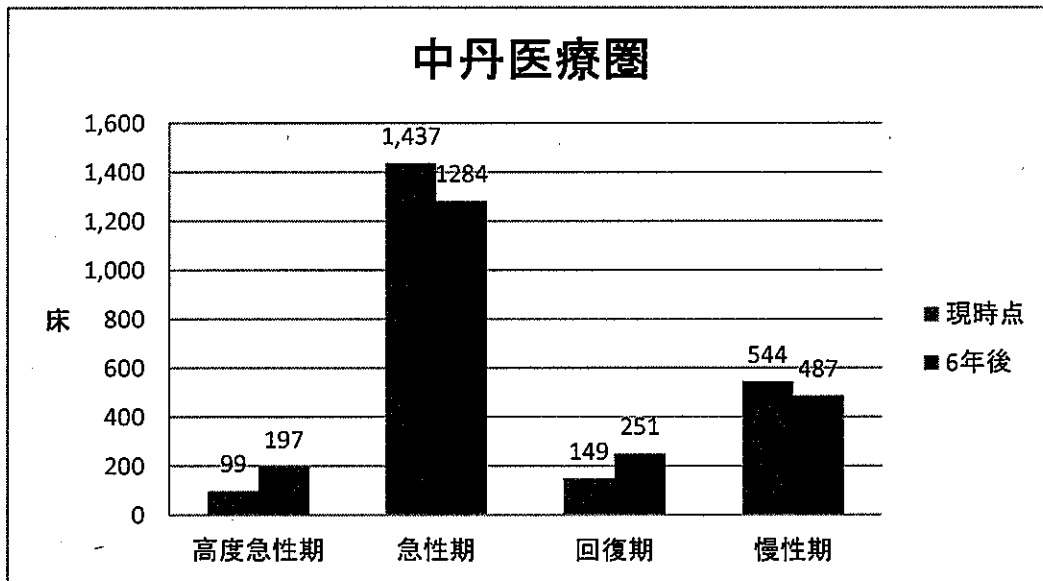
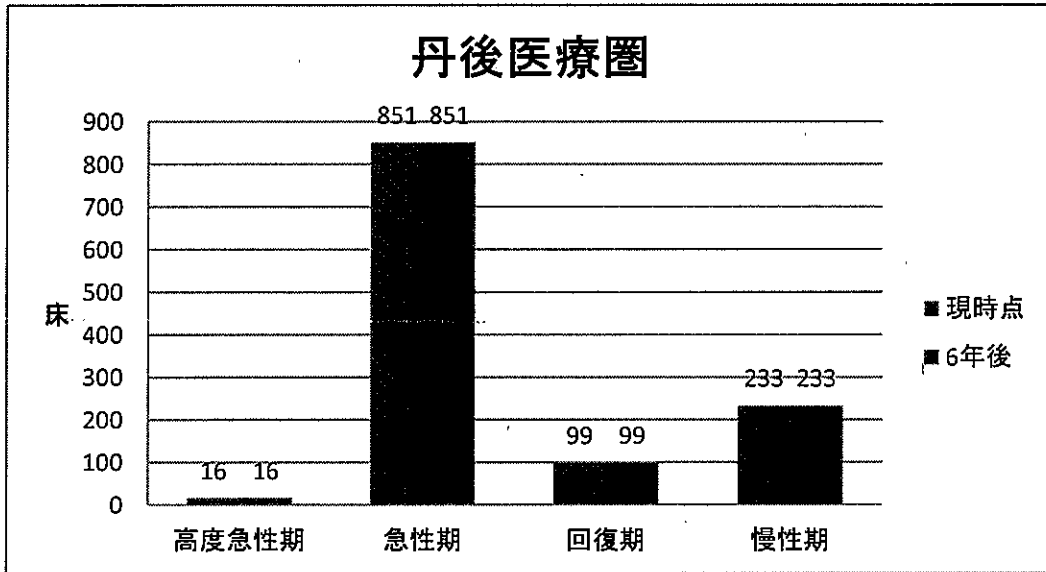
以下の集計は、平成27年3月31日時点で、厚生労働省において、データクリーニングが完了し、京都府にデータの提供があったものを取りまとめた値です。

○対象施設数:268(病院162、有床診療所106)

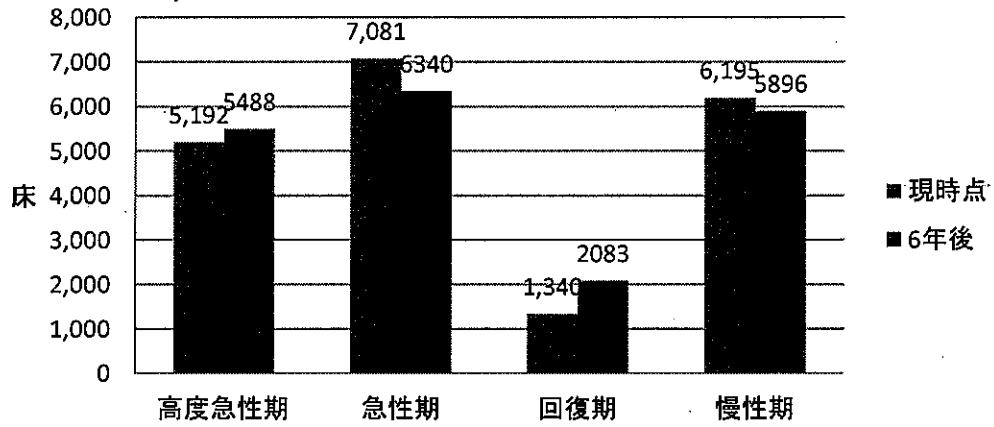
○報告施設数:232(病院160、有床診療所72)

○公表施設数:214(病院155、有床診療所59)

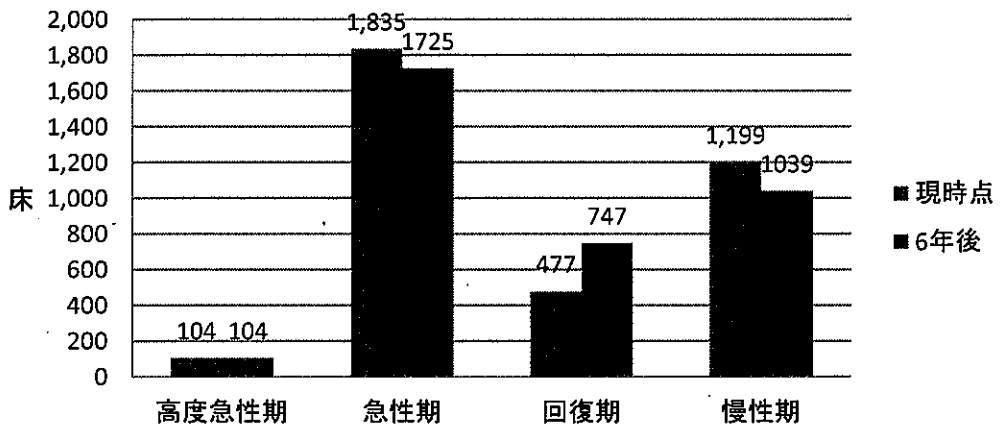




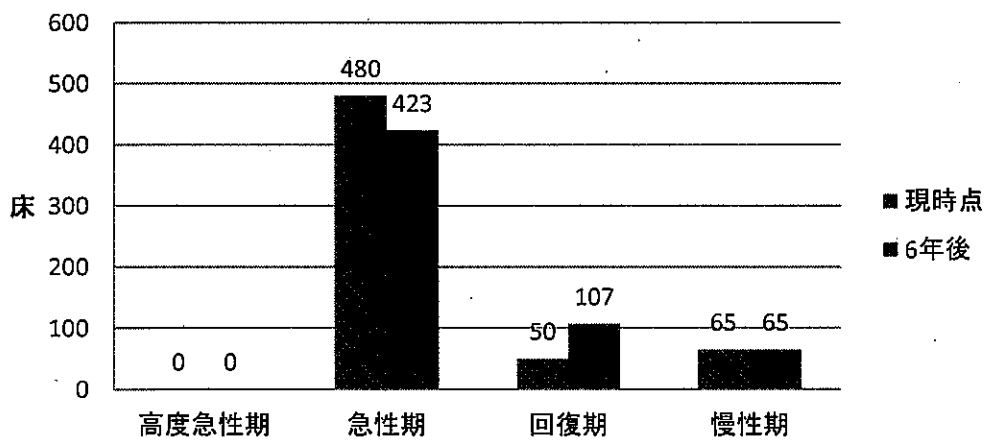
京都・乙訓医療圏



山城北医療圏



山城南医療圏



圏域別・医療機能別の必要病床数(2025年)

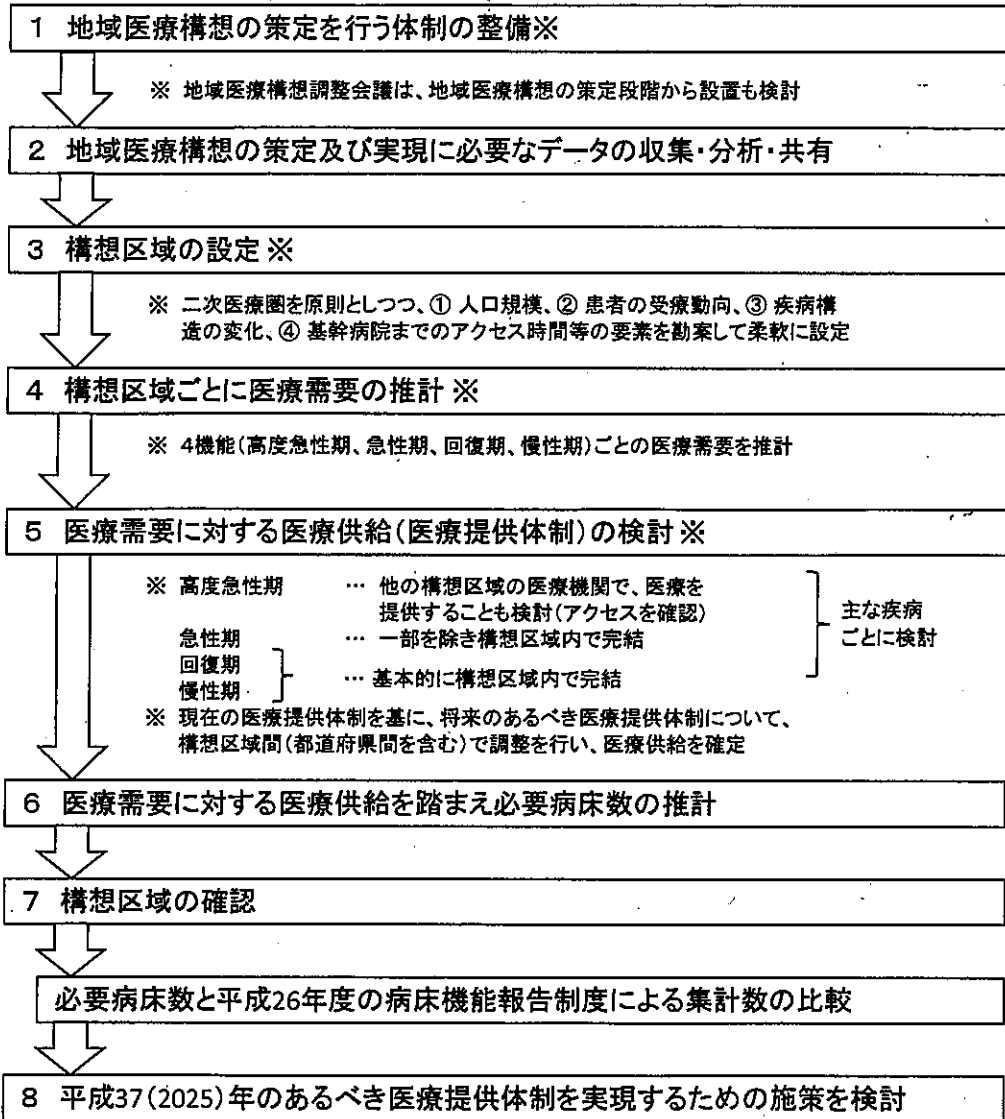
医療圏名	医療機能	許可病床数(一般+療養) (2013年10月現在)			病床機能報告制度による 病床機能② (H26.7.1)	患者住所地 ベース③ (注1)	医療機関所在地 ベース④ (注2)	③-①	④-①	④-②	将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者 (2025)
		病院	有床 診療所	計 ①							
京都府計	高度急性期				5,401	3,115.1	3,186.9			▲ 2,214	
	急性期				12,470	9,414.8	9,542.9			▲ 2,927	
	回復期				2,162	8,424.8	8,542.3			6,380	
	慢性期				8,675	8,769.5	8,684.4			9	
	計	29,196	1087	30,283	28,708	29,724.2	29,956.5	▲ 558.8	▲ 326.5	1,249	7,274

(注1)患者住所地ベース：すべての患者が住所地の二次医療圏で受療すると仮定した場合の数値

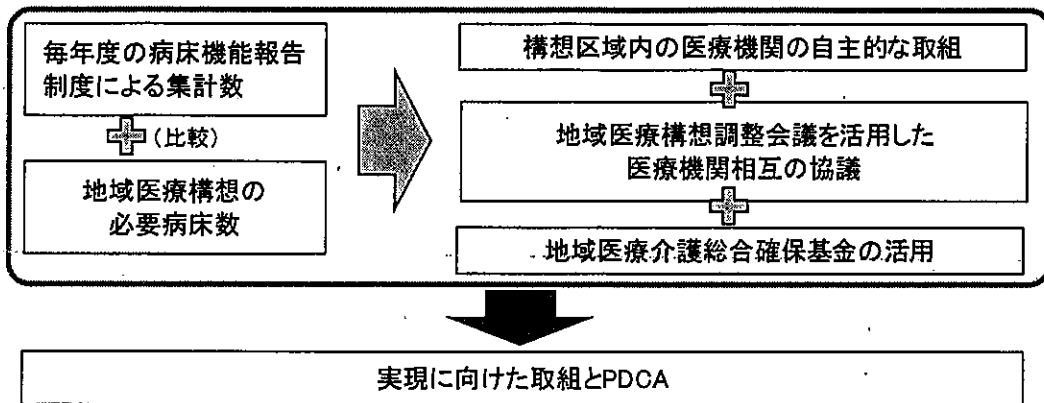
(注2)医療機関所在地ベース：現在の患者の流入割合がそのまま維持されると仮定した場合の数値

出典：地域医療構想策定のための将来の医療需要推計データ(平成27年7月 厚生労働省提供)

地域医療構想策定の進め方について

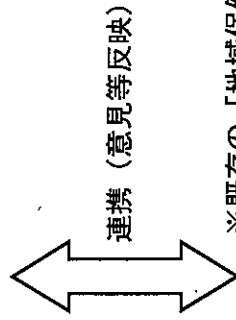
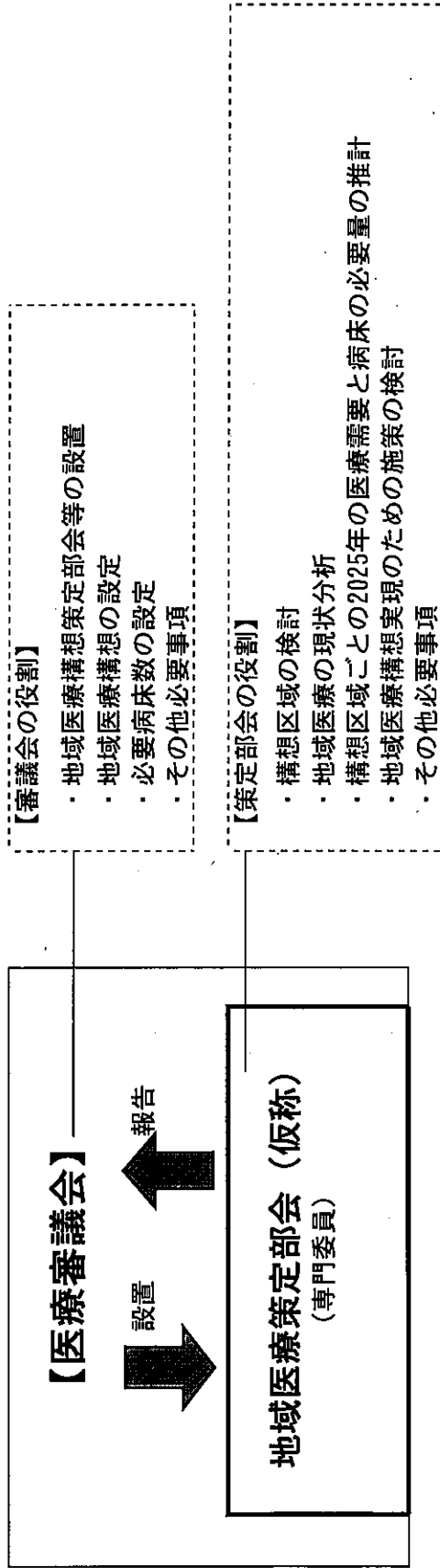


(参考)策定後の取組



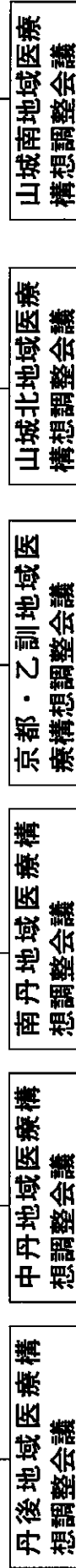
地域医療構想策定のための体制図

【医療審議会の体制図】



【「協議の場」の体制図】

※既存の「地域保健医療協議会」を活用し、構成等については別途調整



<議論等の事項>

- ・現状と将来の目指すべき姿の認識共有（医療機能の必要量など）
- ・ビジョンを実現するための課題
- ・具体的な機能分化、連携のあり方の議論（不足している機能等）

構想区域の考え方について

■ 国が示した構想区域の設定（ガイドライン抜粋）について

- 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、基幹病院等までのアクセス時間の変化等将来における要素を勘案し検討する
- 将来の要素を勘案し現行の二次医療圏と異なる区域を設定することは可能
- 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依りて設定することから、二次医療圏と一致する必要がないため、地域の実情に応じて柔軟に設定（次期医療計画の策定で一致させること）
- 具体例

区 分	具 体 例
高度急性期 一部の急性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、<u>必ずしも当該構想区域で完結することを求めるものでない。</u> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>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、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。</p> </div>
急性期 回復期 慢性期	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>できるだけ、構想区域内で対応することが望ましい。</u> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>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。</p> </div>

■ 論 点

- 構想区域については、現行の2次医療圏を原則とすることになっているが、地域の実情等を踏まえ、見直しが必要かどうか。
- 脳卒中や急性心筋梗塞及びがんについて、疾病ごとの2次医療圏を越えた構想区域の設定が必要かどうか。

■ 論点整理のために必要なデータ等

- 医療需要の検討（2025年の推計を含む）
- 疾病別の受療動向（患者の流入、流出）の検討
- 医療提供体制の検討 など

図1 兵庫県における五疾病・五事業の圏域について

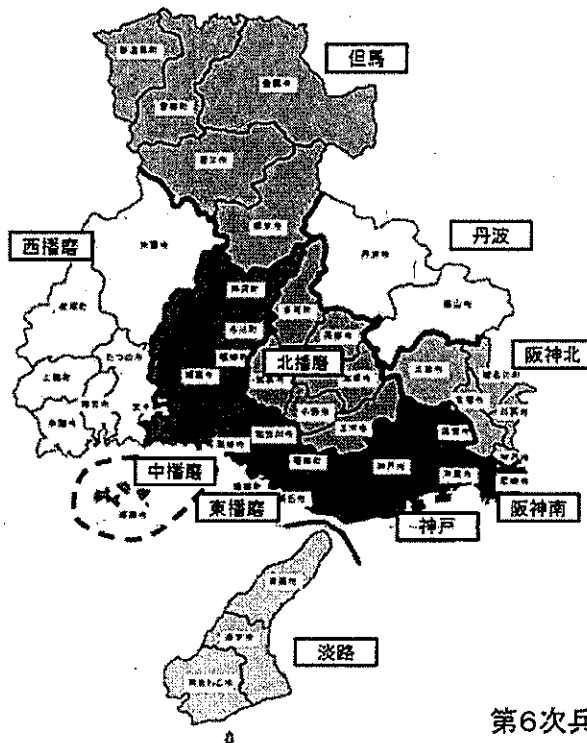
兵庫県には2次保健医療圏域は10圏域あるが、疾患・事業ごとに地域の実情に応じて圏域を柔軟に設定している。

- ・心筋梗塞、脳卒中医療圏域：2次保健医療圏域のうち阪神北と丹波を1つとした9圏域
- ・救急医療圏域：2次保健医療圏域のうち但馬を北但馬、西南但馬の2つに、東播磨を東播磨と明石の2つに分けた12圏域
- ・2次小児救急医療圏域：2次保健医療圏域のうち阪神北を2つに分けた11圏域
- ・周産期医療圏域：2次保健医療圏域のうち神戸と阪神北の一部を、阪神北の一部と阪神南を、北播磨と東播磨を中播磨と西播磨をそれぞれ統合した7圏域

圏域	神戸	阪神北	丹波	阪神南	北播磨	東播磨	中播磨	西播磨	但馬	淡路
二次保健医療圏	10									
がん医療圏	10									
脳卒中医療圏	9	■	■							
急性心筋梗塞医療圏	9	■	■							
糖尿病医療圏	10									
精神疾患医療圏	10									
(精神科救急医療圏)	5	※1		※1	■	■	■	■	■	■
救急医療圏	12					■	■	■	■	■
2次小児救急医療圏	11	■	■							
小児医療連携圏域	8	※2		※2			■	■	■	■
周産期医療圏域	7	※3		※3	■	■	■	■	■	■

※は同一医療圏

図2 兵庫県2次保健医療圏域図



第6次兵庫県保健医療計画より