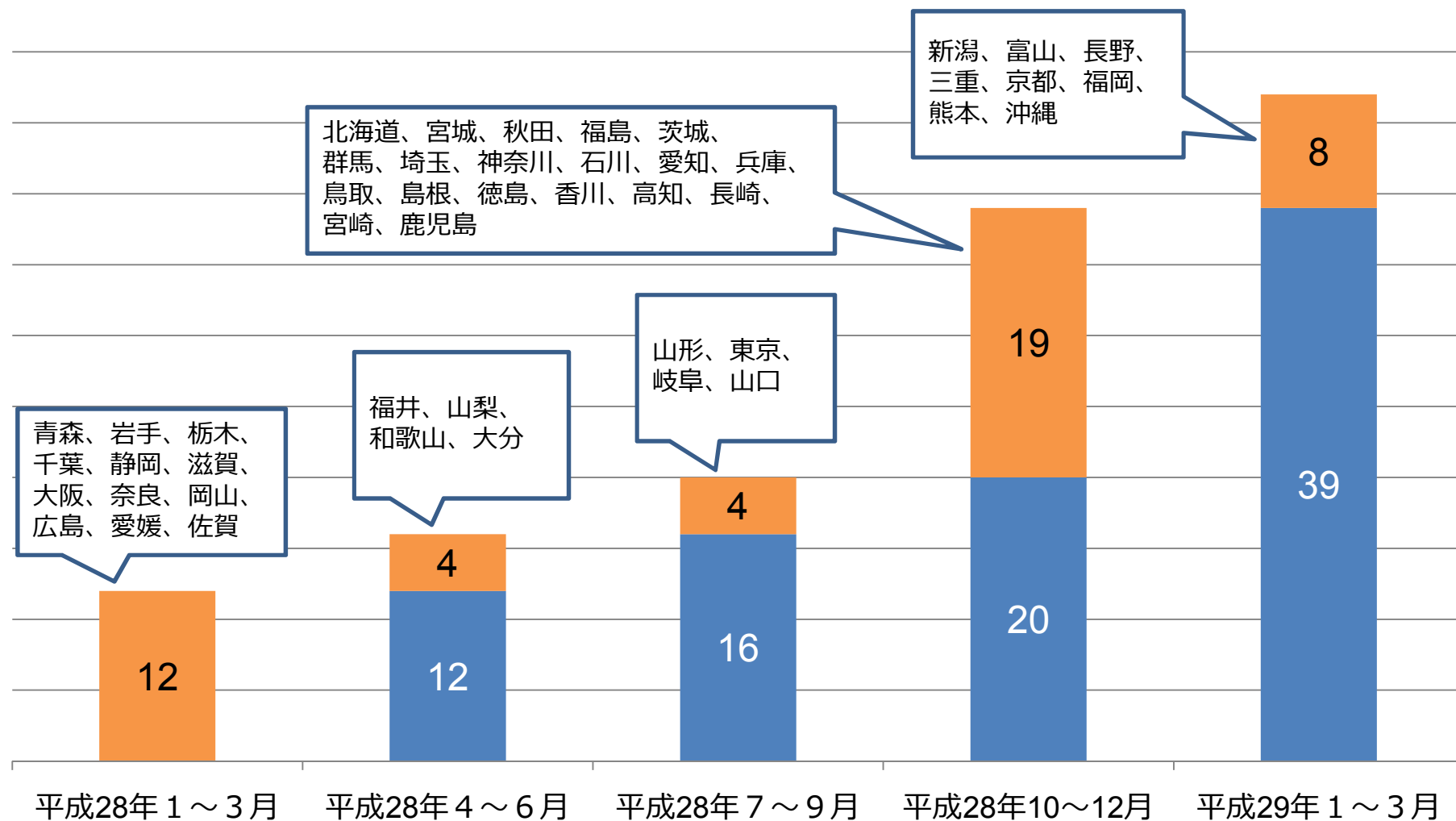


各都道府県の地域医療構想について

地域医療構想の策定期間について

- 平成27年4月より、各都道府県において地域医療構想の策定を開始し、平成28年度末までに全ての都道府県で策定を完了。



都道府県で策定された地域医療構想の区域数等について

【構想区域の設定について】

- 構想区域の数：341区域
 - ・ 二次医療圏と一致：41都道府県（328区域）
 - ・ 二次医療圏を統合：5 県（13医療圏 → 6 区域）
 - ・ 二次医療圏を分割：1 県（3 医療圏 → 7 区域）

【病床の必要量について】

- 構想区域ごとに、2015（平成27）年度病床機能報告における病床数と、2025（平成37）年における病床の必要量とを比較※1

※1 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

病床機能	病床機能報告＜病床の必要量		病床機能報告＞病床の必要量		病床機能報告＝病床の必要量	
	(2015)	(2025)	(2015)	(2025)	(2015)	(2025)
高度急性期	205区域		126区域		10区域	
急性期	13区域		328区域		-	
回復期	336区域		5 区域		-	
慢性期	69区域		270区域		2 区域	

- 慢性期機能の推計方法の選択について
 - ・ パターンAを使用：0 区域
 - ・ パターンBを使用：241区域
 - ・ 特例を使用：98区域※2
 - ・ 当該構想区域の入院受療率を使用：2 区域※3

※2 特例（パターンC）を適応可能な区域：100区域

※3 都道府県単位の全国最低値を下回る構想区域（最上構想区域、置賜構想区域）において適用

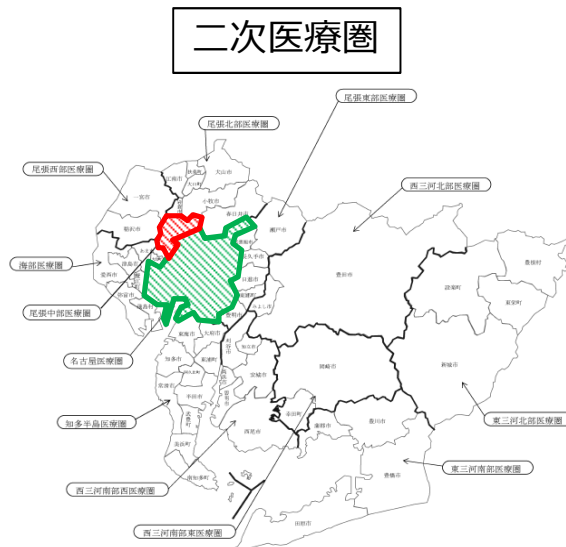
①

① 複数の二次医療圏を統合

※該当都道府県：5県（福島、神奈川、愛知、香川、熊本）

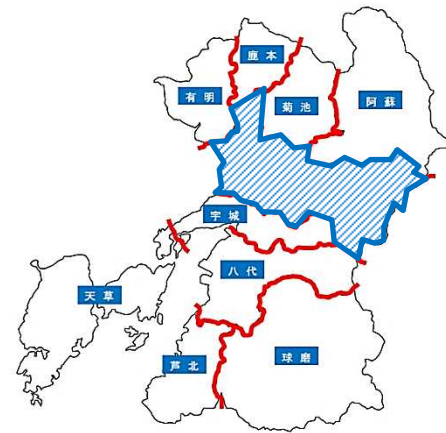
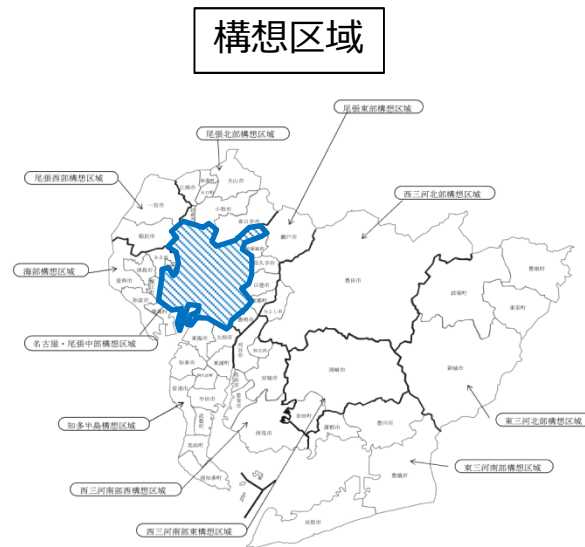
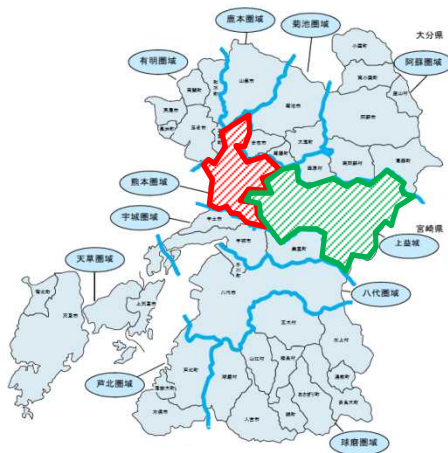
【愛知県】

- 「名古屋医療圏」と「尾張中部医療圏」を統合した「名古屋・尾張中部構想区域」を設定



【熊本県】

- 「熊本圏域」と「上益城圏域」を統合した「熊本・上益城構想区域」を設定



- 【福島県】 ・「会津医療圏」と「南会津医療圏」を統合した「会津・南会津構想区域」を設定
【神奈川県】 ・「横浜北部医療圏」「横浜西部医療圏」「横浜南部医療圏」を統合した「横浜構想区域」を設定
【香川県】 ・「大川保健医療圏」と「高松保健医療圏」を統合した「東部構想区域」を設定
・「中讃保健医療圏」と「三豊保健医療圏」を統合した「西部構想区域」を設定

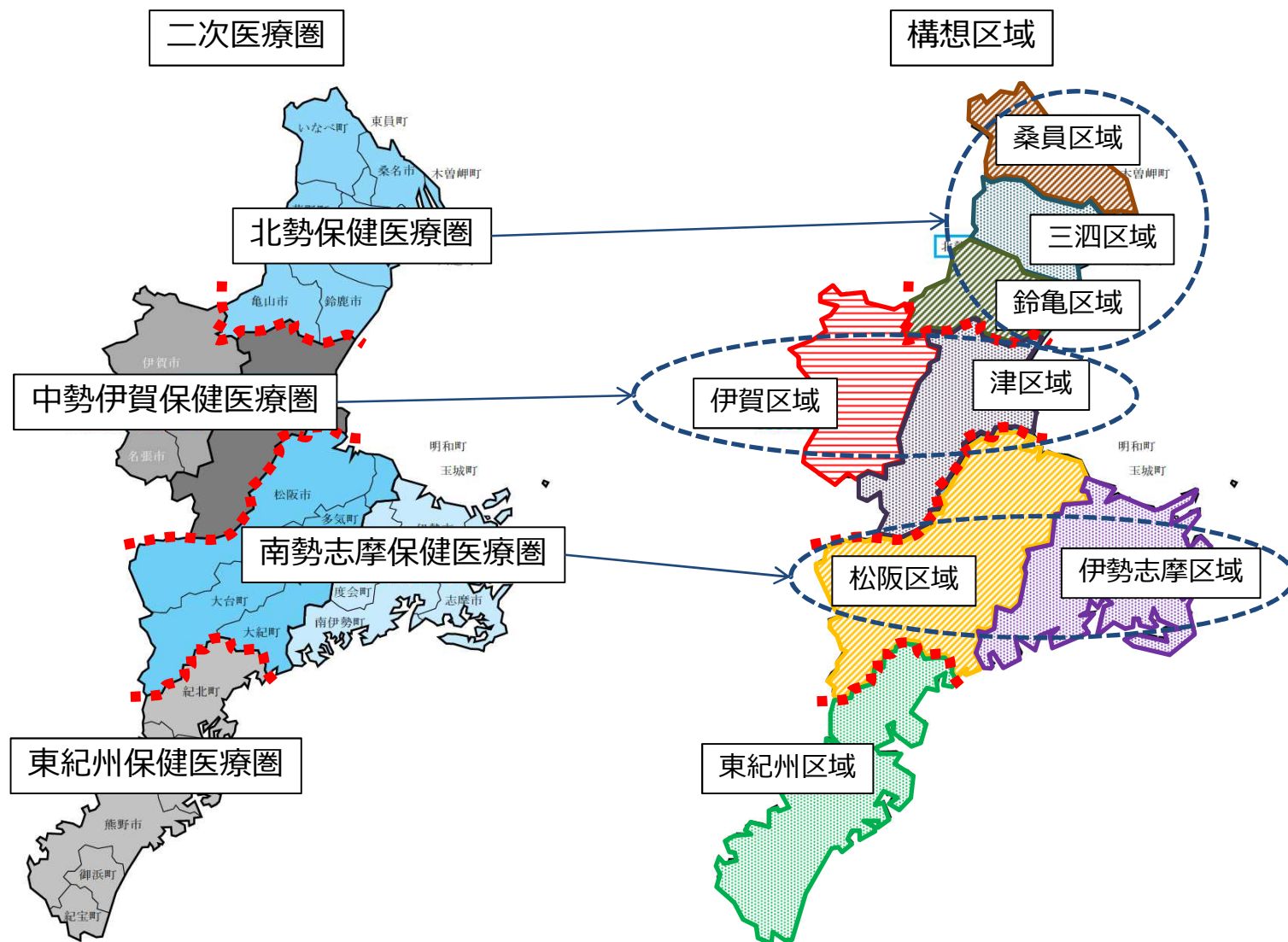
構想区域の設定状況について ②

② 二次医療圏を分割

※該当都道府県：1県（三重）

【三重県】

- 「北勢保健医療圏」を3分割し「桑員区域」「三泗区域」「鈴亀区域」を設定
- 「中勢伊賀保健医療圏」を2分割し「伊賀区域」「津区域」を設定
- 「南勢志摩保健医療圏」を2分割し「松阪区域」「伊勢志摩区域」を設定



病床機能別に見た構想区域ごとの病床の必要量について

- 各構想区域における2015（平成27）年度病床機能報告と2025（平成37）年の病床の必要量を、病床機能別に比較※し分類。

※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

① 高度急性期

単位：構想区域の数

病床の比較		病床機能報告＜病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＞病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＝病床の必要量 (2015) (2025)
計		205	126	10
人口 規模 別	> 50万	23	58	0
	20万-50万	49	55	0
	<20万	133	13	10
都市 種別	政令市 中核市 特別区	15	58	0
	上記以外	190	68	10

- 平成27年度病床機能報告において高度急性期病床が0床の構想区域は82区域。
そのうち9区域は、病床の必要量を0床として地域医療構想を策定。

高度急性期病床の必要量について

- 構想区域ごとに、2015（平成27）年度病床機能報告における高度急性期病床と2025（平成37）年の高度急性期病床の必要量を比較した場合、205区域で病床の必要量が病床機能報告を上回るとされるが、そのうち73区域は、病床機能報告における高度急性期病床が0床の区域。

※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

病床の必要量が病床機能報告を上回る205区域

→ 平成27年度病床機能報告における高度急性期病床 0床： **73区域**（31道府県）

・ 北海道	（北渡島檜山、南空知、北空知、日高、富良野、留萌、宗谷、根室）		
・ 青森	（西北五地域、上十三地域）		
・ 岩手	（胆江、両磐、釜石、宮古、二戸）		
・ 秋田	（大館・鹿角、北秋田、能代・山本、大仙・仙北、湯沢・雄勝）		
・ 福島	（相双）	・ 山梨	（峡東）
・ 茨城	（鹿行）	・ 長野	（木曽、大北）
・ 群馬	（藤岡、吾妻）	・ 愛知	（東三河北部）
・ 埼玉	（秩父）	・ 三重	（伊賀、東紀州）
・ 新潟	（県央、佐渡）	・ 滋賀	（湖西）
・ 富山	（新川）	・ 京都	（南丹、山城南）
・ 石川	（能登北部）	・ 奈良	（南和）
・ 福井	（奥越、丹南）	・ 和歌山	（那賀、新宮）
		・ 島根	（雲南、大田、益田、隠岐）
		・ 岡山	（高梁・新見、真庭）
		・ 山口	（柳井、長門、萩）
		・ 愛媛	（八幡浜・大洲）
		・ 福岡	（直方・鞍手）
		・ 佐賀	（東部、西部）
		・ 長崎	（五島、対馬）
		・ 熊本	（宇城、菊池、阿蘇、芦北）
		・ 大分	（南部、豊肥、北部）
		・ 宮崎	（日南串間、西諸、西都児湯、日向入郷）
		・ 鹿児島	（川薩、始良・伊佐、曾於、熊毛）

- また、同様の比較をした場合、10区域で病床の必要量と病床機能報告とが一致しており、そのうち9区域は、病床機能報告における高度急性期病床が0床の区域。

病床の必要量が病床機能報告と一致する10区域

→ 平成27年度病床機能報告における高度急性期病床 0床： **9区域**（7都県）

・ 北海道	（南檜山）	・ 和歌山	（有田）	・ 高知	（安芸、高幡）
・ 東京	（島しょ）	・ 香川	（小豆）	・ 長崎	（上五島、壱岐）
・ 山梨	（峡南）				

- 今後、高度急性期病床の整備については、単純に病床の必要量を参考とするだけでなく、各構想区域の実情を踏まえ、地域医療構想調整会議で十分に議論することが必要ではないか。

病床機能別に見た構想区域ごとの病床の必要量について

- 各構想区域における2015（平成27）年度病床機能報告と2025（平成37）年の病床の必要量を、病床機能別に比較※し分類。

※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

② 急性期

単位：構想区域の数

病床の比較		病床機能報告＜病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＞病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＝病床の必要量 (2015) (2025)
計		13	328	0
人口 規模 別	> 50万	9	72	0
	20万-50万	2	102	0
	<20万	2	154	0
都市 種別	政令市 中核市 特別区	5	68	0
	上記以外	8	260	0

病床機能別に見た構想区域ごとの病床の必要量について

- 各構想区域における2015（平成27）年度病床機能報告と2025（平成37）年の病床の必要量を、病床機能別に比較※し分類。

※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

③ 高度急性期＋急性期

- 高度急性期と急性期の合計値は、1つの構想区域を除いて減少する傾向となっている。

※ 増加する構想区域（香川県 ^{ショウズ}小豆構想区域）は、平成27年度病床機能報告上、高度急性期病床、急性期病床ともに0床。

単位：構想区域の数

病床の比較		病床機能報告＜病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＞病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＝病床の必要量 (2015) (2025)
計		1	340	0
人口 規模 別	> 50万	0	81	0
	20万-50万	0	104	0
	<20万	1	155	0
都市 種別	政令市 中核市 特別区	0	73	0
	上記以外	1	267	0

病床機能別に見た構想区域ごとの病床の必要量について

- 各構想区域における2015（平成27）年度病床機能報告と2025（平成37）年の病床の必要量を、病床機能別に比較※し分類。

※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

④ 回復期

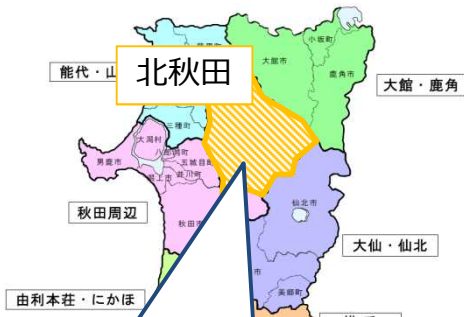
- 回復期病床は、5つの構想区域を除いて増加する傾向となっている。
 - ※ 減少する構想区域は、北秋田地域（秋田県）、沼田構想区域（群馬県）、大田構想区域（島根県）、浜田構想区域（島根県）、有明構想区域（熊本県）。

単位：構想区域の数

病床の比較		病床機能報告＜病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＞病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＝病床の必要量 (2015) (2025)
計		336	5	0
人口 規模 別	> 50万	81	0	0
	20万-50万	104	0	0
	< 20万	151	5	0
都市 種別	政令市 中核市 特別区	73	0	0
	上記以外	263	5	0

回復期病床の必要量について

【北秋田地域】



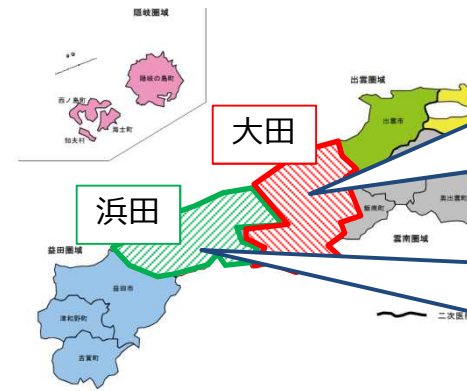
人口：36,649人
2025年推計人口：26,686人
高齢化率：40.7%
病床機能報告：58床
病床の必要量：57床

【沼田構想区域】



人口：86,246人
2025年推計人口：74,302人
高齢化率：31.6%
病床機能報告：295床
病床の必要量：251床

【大田構想区域・浜田構想区域】

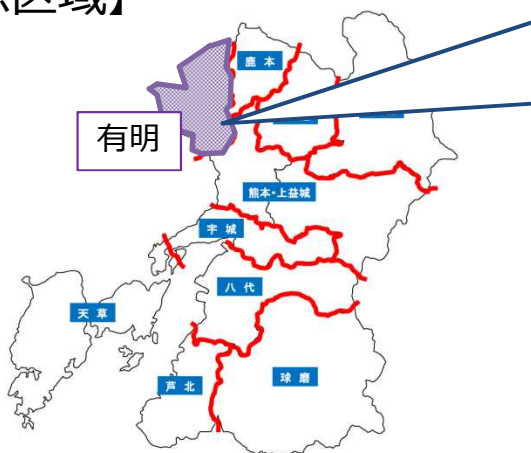


人口：56,589人
2025年推計人口：46,218人
高齢化率：39.4%
病床機能報告：176床
病床の必要量：174床

人口：81,415人
2025年推計人口：71,685人
高齢化率：35.1%
病床機能報告：260床
病床の必要量：212床

○ 将来の推計人口が少ないことから、将来の病床の必要量が少ない推計結果となっている。

【有明構想区域】



人口：165,365人
高齢化率：32.2%
病床機能報告：466床
病床の必要量：399床

回復期病床を有する施設数：19箇所
病床数（中央値）：19床
（最大値）：47床
（最小値）：6床

回復期病床数（全国値）：100床／10万人
（有明構想区域）：282床／10万人

○ 全国値と比べて、人口あたり回復期病床数が多いことから、病床の必要量を上回る結果となっている。

病床機能別に見た構想区域ごとの病床の必要量について

- 各構想区域における2015（平成27）年度病床機能報告と2025（平成37）年の病床の必要量を、病床機能別に比較※し分類。

※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

⑤ 慢性期

単位：構想区域の数

病床の比較		病床機能報告＜病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＞病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告＝病床の必要量 (2015) (2025)
計		69	270	2
人口 規模 別	> 50万	33	48	0
	20万-50万	14	90	0
	<20万	22	132	2
都市 種別	政令市 中核市 特別区	22	51	0
	上記以外	47	219	2

青森県の地域医療構想調整会議における検討内容

医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編成を推進

調整会議(津軽構想区域)での議論

- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上
- その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえた、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換

→ **基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。**

新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ

<津軽構想区域>

新たな中核病院



pixta.jp - 4176147

- ・ 国立病院機構弘前病院 (342床)
- ・ 弘前市立病院(250床)

統合し、新たな中核病院 (440~450床) を整備

- ・ 救命救急センター
- ・ 臨床研修指定病院
- ・ 地域災害拠点病院
- ・ 地域周産期母子医療センター
- ・ 地域医療支援病院 等

黒石病院 (機能分化、病床削減)



回復期機能へ

板柳中央病院 (機能分化)



回復期、慢性期機能へ

- ・ 黒石病院(257床)
- ・ 大鰐病院(60床)
- ・ 板柳中央病院(87床)
- ・ その他の中小病院

**病床規模の縮小や
回復期・慢性期機能へ転換**

大鰐病院 (機能転換、病床削減)



慢性期機能、老健等へ

岐阜県の地域医療構想の概要と岐阜圏域の記載について

概要

- 2025年の病床の必要量と現在(平成26年病床機能報告)の病床数を機能別に比較すると、現状は高度急性期及び急性期が合わせて約4,900床多い一方で、回復期機能が約3,600床(現在の約320%相当)不足すると推計
- 圏域ごとに具体的な医療機関名を挙げて、担うべき機能を明示しつつ、地域医療構想調整会議で議論する内容を整理

構想区域の設定(5構想区域)



岐阜圏域の2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

- 岐阜圏域では、回復期機能が約1,600床不足すると推計

区分	平成26(2014)年における機能別病床数(病床機能報告)	平成37(2025)年における病床の必要量
高度急性期	1,779床	896床
急性期	3,492床	2,757床
回復期	638床	2,201床
慢性期	1,839床	1,247床
病床計	8,358床	7,074床
在宅医療等の必要量	—	10,155人/日

岐阜圏域の地域医療構想達成に向けたポイント(岐阜圏域の記載より)

- 将来の医療提供体制の見直しに当たっては、「適正な役割分担」、「病床規模の適性化」、「経営基盤の効率化」の3つの視点から医療機関が自主的に取り組む。基本的な方向性は以下のとおり。
- 岐阜大学医学部附属病院が県全体の急性期医療の中心的役割を担い、岐阜県総合医療センター、岐阜市民病院、松波総合病院が、岐阜大学医学部附属病院と連携して、岐阜圏域の急性期医療の中心的役割を担う。
- 特定の診療分野や政策医療分野で貢献している病院(岐阜赤十字病院(災害拠点、感染症)、長良医療センター(周産期)、村上記念病院(脳卒中)、岐阜ハートセンター(心疾患)等)や、地理的に急性期医療を要する病院(羽島市民病院、東海中央病院、岐北厚生病院等)の役割分担については、今後検討する。
- 急性期を担う医療機関等以外は、救急医療体制の確保に配慮した上で、回復期中心へシフトする。

北海道の地域医療構想の概要と北空知構想区域の記載について

概要

- 道全体では、約1,900床(平成27年病床機能報告集計数の約2%)が過剰となる一方で、回復期機能が約14,800床(現在の約260%相当)不足すると推計
- 一部区域では、自治体病院等を中心とした具体的な機能分化・連携のイメージを提示

構想区域の設定(21構想区域)

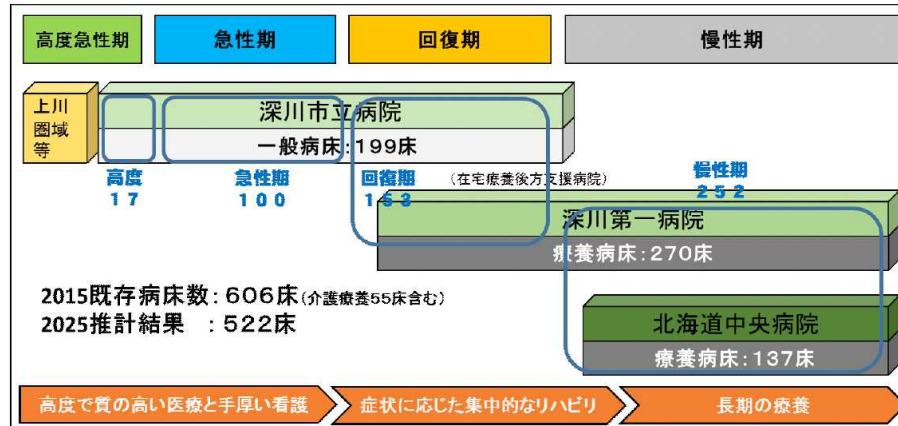


北空知構想
区域の例

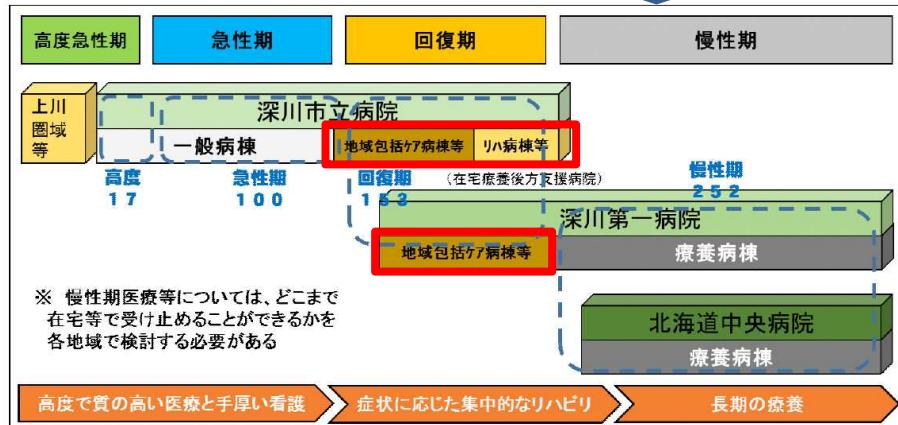
北空知構想区域の2025年の病床の 必要量と在宅医療等の必要量

区分	平成27(2015)年における機能別病床数(病床機能報告)	平成37(2025)年における病床の必要量
高度急性期	0床	17床
急性期	191床	100床
回復期	0床	153床
慢性期	407床	252床
病床計	598床	522床
在宅医療等の必要量	—	524人/日

北空知構想区域の地域医療構想達成に向けたポイント



- 左図を「北空知圏域の医療機能の分化・連携イメージ」として提示



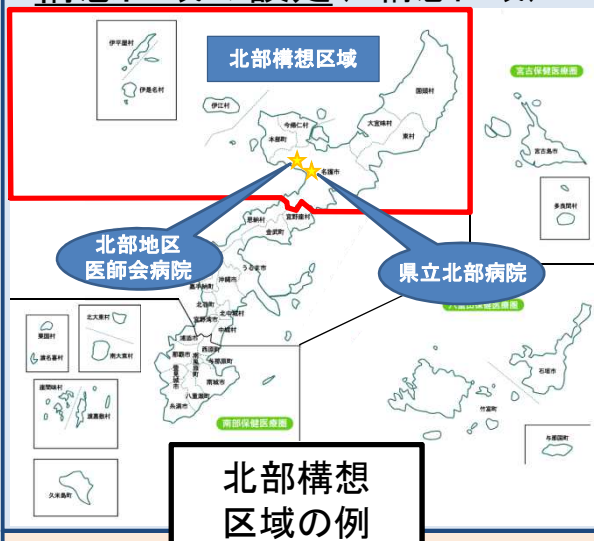
- 一部の病床の機能を転換する図(赤枠)を示し、「回復期機能の充足のために各病院がどのように役割分担を行うか等について議論」と記載

沖縄県の地域医療構想の概要と北部構想区域の記載について

概要

- 県全体では、約1,400床(平成27年病床機能報告集計数の約10%)が不足するとされるが、その内訳として、回復期機能以外は過剰であり、回復期機能が約3,100床(現在の約200%相当)不足すると推計
- 北部構想区域における課題として、機能の重複する2医療機関の統合についての検討プロセスを記載

構想区域の設定(5構想区域)



北部構想区域の例

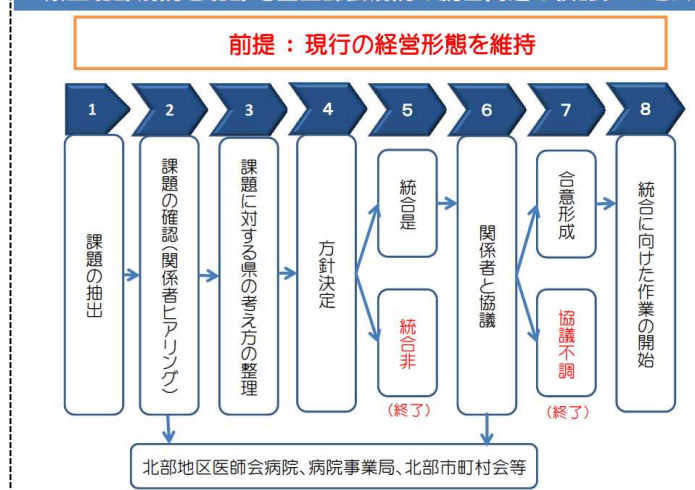
北部構想区域の2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

区分	平成27(2015)年における機能別病床数(病床機能報告)	平成37(2025)年における病床の必要量
高度急性期	53床	83床
急性期	540床	312床
回復期	133床	326床
慢性期	456床	395床
病床計	1,184床	1,117床
在宅医療等の必要量	—	1,329人/日

北部構想区域における課題と取組(北部構想区域の記載の抜粋)

- 人口約10万人の北部圏域においては、県立北部病院と北部地区医師会病院(同附属病院を含む。)という比較的中規模の病院が、急性期医療の中心的な役割を担っています。
- 両病院では、多くの診療科が重複しており、本島中・南部圏域の病院と比較して少人数の診療体制となることから、医師の負担が大きくなっています。医師不足が全国的に問題となる中で、両病院に勤務医を派遣している圏域外の病院の負担も大きくなっており、県立北部病院では、医師不足に起因して、一部で診療制限を行う事態も発生しています。
- 北部圏域の医療提供体制の現状を踏まえ、北部地域の市町村等からは、同圏域の医療機能の安定化を図るため、両病院の再編・統合により、地域医療の中核的な役割を担う病院を設置するよう、県に要望が出されています。
- 北部圏域の急性期医療の充実及び安定化を図る観点から、また、地方公営企業という病院事業の現行の経営形態を維持することを前提として、以下のプロセスにより、県立北部病院と北部地区医師会病院(同附属病院を含む。)の統合の是非について、検討を行うこととします。

県立北部病院と北部地区医師会病院の統合問題の検討プロセス



地域医療構想調整会議における 議論の進め方について

地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。
都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の要請・勧告**（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）
- ② 医療機関に対して、**不足している医療機能を担うよう、要請・勧告**（民間医療機関）及び指示（公的医療機関）
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

その他調整会議の運営に当たり留意すべき事項

平成28年8月31日 第2回
地域医療構想に関するWG
資料2を一部改変

調整会議の開催時期等

1 方向性の共有に向けて

構想区域における将来の医療提供体制の方向性を共有することが重要である。

そのため、各都道府県においては、地域医療構想の策定後、できるだけ速やかに調整会議を開催することが望ましい。

2 調整会議の定期的な開催による情報の共有等について

毎年10月には、各医療機関から病床機能報告が各都道府県に対して行われる。

病床機能報告の内容を参考にしながら、構想区域における医療提供体制の構築に向けた進捗状況を確認することが重要なことから、報告の時期等を踏まえ定期的に開催することが望ましい。

3 調整会議の臨時開催について

各構想区域における方向性と異なる病床整備等を行おうとする計画等が明らかとなった場合や、新たに地域医療に参入したいと希望する医療機関の計画等が明らかとなった場合は、その都度開催する。

地域医療構想調整会議の進め方のサイクル(イメージ)

○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
国	全ての都道府県で構想策定完了予定	・都道府県職員研修(前期) ・データブック配布及び説明会 ・基金に関するヒアリング			・都道府県職員研修(中期) ・地域医療構想の取組状況の把握			・都道府県職員研修(後期) ・病床機能報告の実施						
	▽			▽			▽			▽				▽
	▽ : 国から都道府県へ進捗確認													
都道府県全体		(平成29年度については、第7次医療計画に向けた検討を開始) ●具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について ・県全体の病床機能や5事業等分野ごとの不足状況を明示 ●病床機能の分化・連携に向けた好事例や調整困難事例について収集・整理(国において全国状況を整理) ●地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供(議事録の公開、説明会等)												
調整会議		1回目			2回目			3回目			4回目			
		●病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認 ・各医療機関の役割の明確化 ・各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用 ・不足する医療機能の確認			●機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論 ・地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す ・病床機能報告に向けて方向性を確認			・機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定			・具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う			

地域医療構想調整会議での議論の進め方について

【医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめより抜粋】

＜地域医療構想調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理＞

1 医療機能の役割分担について

ア 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有

(ア) 構想区域における医療機関の役割の明確化

○ 将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、当該構想区域における医療機関であって、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にすることが必要である。その際に、次の各医療機関が担う医療機能等を踏まえ、地域医療構想調整会議で検討を進めること。

- ・ 構想区域の救急医療や災害医療等の中心的な医療機関が担う医療機能
 - ・ 公的医療機関等及び国立病院機構の各医療機関が担う医療機能
(公立病院の担う医療機能については、新公立病院改革ガイドラインに基づき検討すること)
 - ・ 地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能
- 等

公的医療機関について

	公的医療機関
開設者の範囲 【医療法第31条、 厚生省告示】	・ 都道府県 ・ 市町村 ・ 地方公共団体の組合 ・ 国民健康保険団体連合会 ・ 日本赤十字社 ・ 社会福祉法人恩賜財団済生会 ・ 厚生農業協同組合連合会 ・ 社会福祉法人北海道社会事業協会
役割	・ 地域医療対策協議会への参画（努力義務）【医療法第30条の23】 ・ 地域医療対策の実施に関する協力【医療法第31条】 ・ 医師不足地域等における医師の確保に関する協力【 〃 】
都道府県知事の権限 （地域医療構想 関連）	<u>命令・指示・勧告※に従わなかった旨の公表</u>【医療法第7条の2第7項、第27条の2第3項、第30条の18】 ※ ・ 過剰な医療機能へ病床機能を変更しないことの命令（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関） ・ 不足する医療機能に係る医療を提供することの指示（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関） ・ 開設等許可に付与した条件（不足する医療機能に係る医療を提供する旨）に従うべきことの命令 ・ 非稼働病床の削減の命令（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関）

注）上表の「都道府県知事の権限」欄における「公的医療機関等」には、公的医療機関の他、医療法第7条の2第1項第2号から第8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関が含まれる。

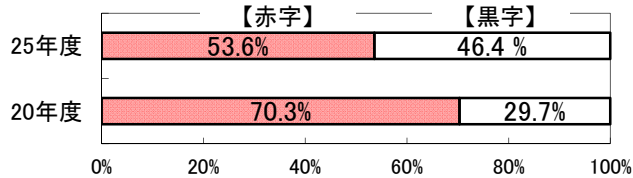
公立病院改革の推進について

第2回地域医療構想に関するWG資料
平成28年8月31日 3

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数 162病院(H25年度末)
- ・再編等の結果、公立病院数は減少
H20: 943 ⇒ H25: 892 (△ 51病院)
H26: 881 (△ 62病院)

《経営形態の見直し》

- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 66病院
- ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 17病院
- ・民間譲渡・診療所化 48病院

(H26年度末)

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定期限: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの期間: 策定年度～H32年度を標準
- (3) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

連携

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

- 通常の整備 25%地方交付税措置
- 再編・ネットワーク化に伴う整備 40%地方交付税措置

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)

- 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数※と目指すべき医療提供体制等を内容とする 地域医療構想を策定(H27年度～)

※ イメージ

[構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	○○○ 人/日	○○○ 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

新公立病院改革ガイドラインと地域医療構想

【新公立病院改革ガイドラインより抜粋】

第1 更なる公立病院改革の必要性

3 公立病院改革の基本的な考え方

今後の公立病院改革の目指すところは、前ガイドラインと大きく変わるものではない。すなわち、公立病院改革の究極の目的は、公・民の適切な役割分担の下、地域に於いて必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすることにある。

(中略)

したがって、今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある。

第2 地方公共団体における新改革プランの策定

1 新改革プランの策定期間

(中略)

なお、新改革プランは、地域医療構想と整合的であることが求められているものであるが、仮に、新改革プラン策定後に、地域医療構想の達成を推進するために行う関係者との協議の場（以下「地域医療構想調整会議」という。）の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

独立行政法人地域医療機能推進機構について

1. 設立目的

独立行政法人地域医療機能推進機構（以下「ＪＣＨＯ※」という。）は、病院、介護老人保健施設等の運営を行い、救急医療・災害時における医療・へき地医療・周産期医療・小児医療、リハビリテーションその他地域において必要とされる医療機能の確保を図り、もって公衆衛生の向上・増進や住民福祉の増進に寄与することを目的とする。

※Japan Community Health care Organizationの略称：ＪＣＨＯ（ジェイコー）

2. 改組時期 平成２６年４月１日

※独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構（以下「ＲＦＯ」という。）を改組して設置。

3. 役職員数（平成２９年４月１日現在）

役員 １１名(理事長１人、監事２人、常勤理事４人、非常勤理事４人)

職員 約２．５万人（非常勤職員を除く）

4. 業務概要

上記１の目的を達成するため、病院等の設置及び運営並びにこれに附帯する業務を行うこと

5. 組織の規模（平成２９年４月１日現在） 病院数：５７病院 老健施設：２６施設

6. その他特記事項

・平成２３年６月に成立した「独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構法の一部を改正する法律」（平成２３年法律第７３号）において、年金福祉施設等の整理合理化を目的としたＲＦＯから、病院等の運営等を目的としたＪＣＨＯに改組された。

・政府は、ＪＣＨＯに対し、緊急の必要がある場合における厚生労働大臣の求めに応じて必要な措置をとる場合を除き、業務の財源に充てるための交付金を交付しない。

・ＪＣＨＯは、病院等のうち、その譲渡後も地域において必要とされる医療及び介護を提供する機能が確保されるものについては、所在地の自治体の長の意見を聴いた上で譲渡することができる。

独立行政法人国立病院機構について

【概要】

○設立 平成16年4月1日(中期目標管理法)

○業務 ①医療の提供、②医療に関する調査及び研究、
③医療に関する技術者の研修、④附帯業務
※機構は「政策医療」の実施を目的とする

○組織の規模

143病院(平成28年4月1日現在)

一般病床	療養病床	結核病床	精神病床	感染症病床	計
45,891	120	1,510	4,029	68	51,618

臨床研究センター 10病院
臨床研究部 76病院
附属看護師等養成所 39校

○役職員(平成29年1月1日現在)

役員 5人(他非常勤 10人)
職員 61,096人
(非常勤(期間職員含む) 14,346人)



災害や新興感染症の発生時に、全国ネットワークを活かし、場所・時間を問わず必要な医療を提供するなど危機管理対応を行う

○災害発生時の主な活動

【東日本大震災(H23.3.11)】

- ・ 全国のDMAT約380チーム(約1,860人)の指揮、DMAT 35班(約160人、全体の約10%)を派遣
 - ・ 避難所医療班 77班(約400人、全体の約3%)を派遣し、延べ約1.1万人以上に巡回診療等を実施
 - ・ 心のケアチーム 106班(約390人、全体の約10%)を24年3月まで派遣
- ※東日本大震災での経験を踏まえ、独自の災害ブロック拠点病院を追加し、新たに災害拠点病院22病院を指定、初動医療班を創設

【熊本地震(H28.4.14)】

- ・ 避難所において医療支援等を行う医療班を発災翌日より延べ25班、125名派遣。また、DMAT・DPATとして延べ73班、365名が活動。

○平成21年の新型インフルエンザ流行

- ・ 全国の検疫所・停留施設に55病院から医師延237人日、看護師延282人日を派遣
- ・ 10月要請を受け、67病院約2.2万人を対象にワクチンの安全性・有効性を調査 同年11月に厚生労働省として安全性を確認

他の設置主体では必ずしも実施されない恐れのある結核、重症心身障害等のセーフティーネット分野に関する専門的医療を確実に提供

区 分	国立病院機構		全国
	医療法病床数	シェア	
① 心神喪失者等医療 観察法に基づく入院	421床	51.0%	826床
② 筋ジストロフィー	2,331床	95.5%	2,441床
③ 重症心身障害	7,933床	37.6%	21,097床
④ 結核	2,009床	36.6%	5,496床

※ 全国区分別病床数データの調査時点と出典

- ① 平成28年3月、厚生労働省ホームページ
- ② 平成28年4月、(社)日本筋ジストロフィー協会ホームページ
- ③ 平成28年4月、(社)全国重症心身障害児(者)を守る会ホームページ
- ④ 平成27年10月、厚生労働省「医療施設調査・病院報告」

地域ニーズに合わせた5疾病5事業の提供(医療計画記載状況)

(平成27年度末時点)

【がん】 86病院 がん診療拠点病院 37病院	【救急医療】 112病院 救命救急センター 20病院 救急輪番参加病院 68病院
【急性心筋梗塞】 62病院	【災害医療】 57病院 基幹災害拠点病院 5病院 地域災害拠点病院 31病院
【脳卒中】 95病院	【へき地医療】 15病院 へき地医療拠点病院 9病院
【糖尿病】 73病院	【周産期医療】 61病院 総合周産期母子医療センター 5病院 地域周産期母子医療センター 21病院
【精神疾患】 43病院 認知症疾患医療センター 9病院	【小児医療】 87病院 救急輪番参加病院 38病院

地域医療支援病院・特定機能病院について

	地域医療支援病院	特定機能病院
役割	管理者の行うべき事項【医療法第16条の2】 ・医療機器の共同利用の実施 ・救急医療の提供 ・地域の医療従事者に対する研修の実施 ・紹介患者に対する医療の提供（逆紹介も含む）等 その他 ・地域医療対策協議会への参画（努力義務）【医療法第30条の23】 ・地域医療対策の実施に関する協力（努力義務）【医療法第30条の27】 ・医師不足地域等における医師の確保に関する協力（努力義務）【〃】	管理者の行うべき事項【医療法第16条の3】 ・高度の医療の提供 ・高度の医療技術の開発・評価 ・高度の医療に関する研修 等
医療機関数	539病院（平成29年2月末時点）	85病院（平成29年4月1日時点）
都道府県知事の権限 （地域医療構想関連）	<u>命令・指示・勧告※¹に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※²は承認を取消し【医療法第29条第3項及び第4項】</u> ※1 ・過剰な医療機能へ病床機能を変更しないことの命令（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関） ・不足する医療機能に係る医療を提供することの指示（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関） ・開設等許可に付与した条件（不足する医療機能に係る医療を提供する旨）に従うべきことの命令 ・非稼働病床の削減の命令（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関） ※2 特定機能病院の取消しは厚生労働大臣が行う。	

地域医療構想調整会議での議論の進め方について（案）

<今後に向けて>

- ・ 今後は、各地域医療構想調整会議で、地域医療構想の達成に向けた検討を進めることとなる。
- ・ 地域医療構想の達成に向けては、各医療機関の自主的な取組により、あるべき姿に収れんすることを目指すことが基本であり、より議論を活性化するためにどのような工夫が考えられるか。

<方向性について>

（急性期機能や回復期機能の議論の進め方）

- ・ 各構想区域の平成27年度病床機能報告と将来の病床の必要量を比較すると、多くの構想区域において、急性期機能が多く回復期機能が不足するという結果となっている。
 - ・ 急性期機能から回復期機能への機能転換を検討する際に次の情報を活用することとし、また、具体的な活用方法について、更なる検討を進めることとしてはどうか。
 - － 病床機能報告の具体的な医療の内容に関する項目の活用
（病棟別の診療行為等の分析等を含む）
 - － 急性期指標の活用 （※本日、今村構成員より説明）
- 等

病院の機能に着目した情報の活用に向けた検討

【第13回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 資料2より抜粋】

病院が有する機能に着目した分析 (厚生労働科学研究)

[1]

研究課題名：

病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等の推進に資する施策に関する研究

研究代表者：今村 知明（奈良県立医科大学 健康政策医学講座）

研究概要：

2014年度の病床機能報告を活用し、診療実績などのうち、急性期医療に関連性の深い60項目程度について、地域の医療機関間での相対係数を算出・積算し、各病院の有する急性期機能を数値化する手法を研究

参考資料

- 病床機能別に見た構想区域ごとの病床の必要量 一覧
- その他

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
北海道	南渡島	585	1759	1618	895	B	382	3236	472	1412
	南檜山	0	56	119	70	C	0	202	0	197
	北渡島檜山	18	103	196	228	B	0	366	52	571
	札幌	3913	10951	8923	11999	B	4276	15376	2218	11877
	後志	164	638	856	1264	C	102	1512	280	1328
	南空知	98	474	708	645	C	0	1270	136	939
	中空知	124	424	435	626	C	26	869	123	1006
	北空知	17	100	153	252	C	0	191	0	407
	西胆振	279	800	620	1127	C	93	1386	574	1576
	東胆振	233	752	800	677	B	24	1388	240	555
	日高	20	103	259	255	C	0	273	34	283
	上川中部	689	1795	1613	1528	B	1250	3018	481	1723
	上川北部	63	229	251	249	C	11	536	102	345
	富良野	25	120	177	165	B	0	335	0	175
	留萌	35	142	191	195	C	0	346	30	275
	宗谷	28	127	271	156	B	0	521	125	129
	北網	275	790	744	641	C	270	1609	203	885
	遠紋	46	186	285	261	C	92	564	0	430
	十勝	363	1141	1207	1356	B	686	1780	545	1373
	釧路	355	1139	769	750	C	566	1683	253	978
	根室	20	97	236	144	B	0	345	0	189
青森	津軽地域	318	1110	1244	467	B	601	2258	444	740
	八戸地域	323	1122	1082	704	B	88	1958	389	769
	青森地域	338	900	1127	659	B	722	1429	597	867
	西北五地域	43	270	246	245	C	0	565	40	572

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
青森	上十三地域	96	506	371	203	B	0	1029	82	173
	下北地域	39	162	168	84	B	6	475	23	120
岩手	盛岡	547	1553	1861	1224	B	1323	2274	909	1743
	岩手中部	135	438	555	248	B	50	1253	231	251
	胆江	84	357	312	445	B	0	816	91	527
	両磐	76	278	290	237	B	0	855	151	230
	気仙	44	164	93	69	B	20	345	46	98
	釜石	31	130	165	223	B	0	340	119	282
	宮古	39	143	196	94	B	0	359	78	168
	久慈	43	136	133	42	B	20	335	82	48
	二戸	31	134	91	35	B	0	425	0	92
宮城	仙南	93	357	456	334	B	26	790	247	349
	仙台	1798	4999	3899	2505	B	2947	7027	1119	2457
	大崎・栗原	182	567	669	484	B	36	1619	98	773
	石巻・登米・気仙沼	192	681	981	584	B	30	1591	328	400
秋田	大館・鹿角	67	300	296	279	C	0	761	164	462
	北秋田	13	50	57	15	B	0	189	58	0
	能代・山本	72	300	246	155	C	0	785	38	374
	秋田周辺	480	1408	1120	1013	B	658	2426	287	1059
	由利本荘・にかほ	77	374	246	452	B	7	726	178	547
	大仙・仙北	65	308	250	224	B	0	605	192	263
	横手	97	360	192	216	B	10	669	160	100
	湯沢・雄勝	31	155	137	88	B	0	398	109	52
山形	村山	523	1687	1431	1232	B	734	3143	723	1185
	最上	43	210	236	85	-	5	602	84	147

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
山形	置賜	159	610	573	407	－	30	1113	510	511
	庄内	208	614	698	551	B	384	1300	348	592
福島	県北	404	1462	1667	452	B	719	2960	423	450
	県中	469	1640	1404	1130	B	100	3778	618	1128
	県南	100	387	247	155	B	7	882	52	145
	会津・南会津	256	849	846	508	B	86	2031	285	745
	相双	45	233	243	204	B	0	822	40	226
	いわき	264	809	750	873	C	307	1667	281	1535
茨城	水戸	621	1626	1510	721	B	278	3531	191	953
	日立	172	619	713	346	B	63	1450	265	713
	常陸太田・ひたちなか	150	673	738	551	B	24	1402	226	814
	鹿行	70	373	443	379	B	0	978	79	640
	土浦	236	687	642	365	B	736	958	90	412
	つくば	436	1209	895	949	B	825	1462	170	818
	取手・竜ヶ崎	307	1278	1242	877	B	26	2214	526	897
	筑西・下妻	54	337	515	552	B	9	850	231	962
	古河・坂東	133	643	419	274	B	38	1106	172	299
栃木	県北	232	830	922	501	B	360	1382	415	837
	県西	105	459	358	272	B	139	820	96	402
	宇都宮	437	1457	1363	1167	B	528	2284	460	1550
	県東	61	271	200	154	B	172	441	33	181
	県南	687	1735	1762	573	B	1991	1768	402	537
	両毛	206	633	574	499	B	41	1383	125	773
群馬	前橋	529	1429	1149	459	B	1561	1475	314	481
	高崎・安中	283	975	1314	1127	B	469	1944	468	1039

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
群馬	渋川	128	256	287	256	B	71	804	66	278
	藤岡	95	314	331	126	B	0	625	55	247
	富岡	59	185	179	302	B	6	388	57	427
	吾妻	18	103	284	167	C	0	331	226	778
	沼田	69	313	251	228	B	133	414	295	199
	伊勢崎	186	627	805	544	B	11	1385	250	388
	桐生	102	413	528	463	B	33	984	106	822
	太田・館林	231	857	939	667	B	36	2028	190	814
埼玉	南部	609	1922	1623	871	B	996	2099	302	723
	南西部	425	1685	1356	1311	B	391	2196	168	979
	東部	831	2783	2734	2587	B	142	4364	901	1726
	さいたま	1039	2770	2301	1554	B	1478	3546	362	1493
	県央	344	1273	1120	797	B	391	1721	232	877
	川越比企	802	2260	2518	2072	B	1763	2566	703	1784
	西部	694	2249	2370	2638	B	780	2961	663	2517
	利根	426	1580	1448	1176	B	38	2707	383	1092
	北部	327	1258	1066	791	B	410	2155	238	985
	秩父	31	174	181	214	B	0	359	71	376
千葉	千葉	1077	3028	2520	1859	B	1028	4289	884	1650
	東葛南部	1376	4783	4072	2779	B	1541	5875	1257	2131
	東葛北部	1386	4227	3647	2439	B	1027	5781	901	1754
	印旛	594	1947	1625	1382	B	275	3169	222	1548
	香取海匝	289	745	587	560	B	64	1875	243	887
	山武長生夷隅	104	887	946	994	B	20	1463	405	1335
	安房	308	602	358	373	C	153	1164	99	701

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
千葉	君津	232	806	810	522	B	492	902	142	800
	市原	284	826	695	335	B	64	1398	350	182
東京	区中央部	3331	6682	3848	608	B	6810	5917	397	485
	区南部	1349	3564	2730	927	B	2088	3954	429	1380
	区西南部	1492	3710	3080	1701	B	745	5645	1148	1493
	区西部	2056	4982	3944	1134	B	2792	5269	850	1378
	区西北部	1845	5513	4879	3147	B	3117	5810	1269	3313
	区東北部	837	3162	3370	2347	B	235	5468	939	2333
	区東部	1088	3633	2739	957	B	1543	4715	821	1055
	西多摩	275	967	1031	1475	B	39	1562	223	2428
	南多摩	995	3290	3067	4391	B	1141	3970	765	4241
	北多摩西部	595	1787	1453	1001	B	1077	1642	491	1198
	北多摩南部	1429	3087	2637	1551	B	3052	2128	765	1533
	北多摩北部	596	1877	1830	1734	B	788	2152	480	2238
	島しょ	0	21	20	0	B	0	95	0	0
神奈川	横浜	4187	10687	8883	6398	B	5782	10133	2057	4448
	川崎北部	687	1808	1437	1171	B	1121	2085	220	914
	川崎南部	856	2327	1569	572	B	190	3870	273	507
	横須賀・三浦	780	2210	1913	1227	B	1781	1913	389	1128
	湘南東部	539	1585	1303	1150	B	559	1999	326	1099
	湘南西部	752	2140	1404	1205	B	1147	1904	465	1302
	県央	541	2071	1852	1239	B	66	3188	669	985
	相模原	808	2305	1710	2413	B	1025	2289	451	2712
	県西	269	777	863	772	B	466	1277	108	1392
新潟	下越	123	442	476	477	B	388	677	217	531
	新潟	799	2526	2308	2095	B	1600	3938	763	3043

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
新潟	県央	87	449	627	433	B	0	1133	165	629
	中越	359	1127	974	1167	B	91	2553	205	1620
	魚沼	76	362	424	396	B	26	1152	76	328
	上越	193	700	694	480	B	534	1032	307	494
	佐渡	24	124	206	135	B	0	354	0	191
富山	新川	86	375	346	403	C	0	910	131	810
	富山	536	1648	1360	1374	B	1437	2136	444	2928
	高岡	233	915	750	493	B	300	1662	288	865
	砺波	75	316	269	378	B	16	720	132	923
石川	南加賀	146	696	567	604	B	32	1310	286	886
	石川中央	940	2659	2648	1913	B	2359	3329	903	3136
	能登中部	108	417	325	425	C	50	1002	171	555
	能登北部	31	158	154	108	C	0	530	0	261
福井	福井・坂井	588	1691	1502	871	B	1370	2418	620	1259
	奥越	16	129	181	93	B	0	303	90	60
	丹南	55	423	577	386	B	0	866	232	697
	嶺南	76	333	386	284	B	18	812	90	654
山梨	中北	403	1353	1227	1161	B	1167	1850	326	1457
	峡東	48	279	978	419	B	0	730	774	451
	峡南	0	78	102	83	C	0	306	0	162
	富士・東部	84	318	259	117	B	15	800	99	135
長野	佐久	193	733	494	334	B	81	1370	191	509
	上小	98	547	696	423	B	30	1085	288	727
	諏訪	215	719	510	289	B	409	867	264	257

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
長野	上伊那	119	432	381	221	B	153	859	80	210
	飯伊	129	555	416	238	B	127	955	209	272
	木曽	14	58	40	26	B	0	211	0	48
	松本	503	1432	1098	562	B	811	2115	454	559
	大北	36	197	108	62	B	0	386	65	62
	長野	543	1634	1196	1047	B	977	2227	621	1229
	北信	57	244	182	58	B	15	461	140	99
岐阜	岐阜	869	2757	2201	1247	B	1325	3996	809	1760
	西濃	253	917	744	516	B	304	1664	337	667
	中濃	226	902	841	442	B	202	1791	248	512
	東濃	236	836	653	332	B	273	1548	351	326
	飛騨	108	380	326	192	B	16	990	182	230
静岡	賀茂	20	186	271	182	B	8	304	132	306
	熱海伊東	84	365	384	235	B	68	555	121	366
	駿東田方	609	1588	1572	1160	B	734	3309	664	2341
	富士	208	867	859	676	B	68	1610	382	818
	静岡	773	1760	1370	1299	B	1615	2086	547	2031
	志太榛原	321	1133	1054	738	B	251	1883	367	967
	中東遠	256	1081	821	698	B	290	1183	361	1100
	西部	889	2104	1572	1449	B	1936	2537	693	2664
愛知	名古屋・尾張中部	2885	8067	7509	3578	B	6380	8923	1989	4463
	海部	192	640	772	377	B	31	1179	301	538
	尾張東部	799	2309	1374	786	B	1982	1500	142	791
	尾張西部	407	1394	1508	613	B	94	2458	518	519
	尾張北部	565	1822	1789	1209	B	679	2663	510	1406

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
愛知	知多半島	319	1108	1209	674	B	205	2013	411	502
	西三河北部	368	1128	990	578	B	437	1355	261	586
	西三河南部西	585	1703	1770	940	B	1523	1360	753	1122
	西三河南部東	231	706	902	486	B	545	716	479	551
	東三河北部	19	103	70	75	C	0	225	13	255
	東三河南部	537	1633	1587	1457	B	799	2364	548	2722
三重	桑員	114	497	554	383	B	3	1217	71	532
	三泗	299	725	874	629	B	346	1440	322	691
	鈴亀	151	529	476	503	B	296	840	107	625
	津	314	934	881	727	B	697	1453	407	1040
	伊賀	77	284	329	219	B	0	850	50	156
	松坂	222	641	589	385	B	167	1288	225	541
	伊勢志摩	216	527	501	443	B	273	1096	195	376
	東紀州	29	122	174	236	C	0	479	40	385
滋賀	大津	470	1161	961	645	B	1292	983	233	737
	湖南	294	999	892	521	B	374	1563	272	685
	甲賀	78	311	448	341	B	8	593	142	435
	東近江	174	485	551	622	B	138	1044	185	880
	湖東	82	355	293	284	B	8	619	267	245
	湖北	161	446	288	67	B	324	602	146	109
	湖西	18	114	146	112	B	0	270	40	100
京都	丹後	71	263	352	184	B	16	832	96	233
	中丹	184	634	557	282	B	94	1324	234	487
	南丹	80	360	278	516	B	0	810	0	567
	京都・乙訓	2487	6865	6005	5926	B	4634	7195	1494	6496

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
京都	山城北	309	1200	1191	1648	B	109	1855	531	1407
	山城南	56	221	159	129	B	0	370	107	115
大阪	豊能	1436	4044	3577	2421	B	1772	4067	811	2149
	三島	956	2961	2786	2410	B	957	3193	886	1545
	北河内	1197	4319	4511	3083	B	1035	5445	1351	2435
	中河内	657	2424	2759	1275	B	490	3387	508	1257
	南河内	814	2515	1875	1902	B	1249	2896	347	1895
	堺市	991	3128	2571	3202	C	652	3625	742	3952
	泉州	993	2818	2623	2523	C	618	3562	970	3251
	大阪市	4745	12838	10662	6458	B	4561	16101	2446	7276
兵庫	神戸	2074	5910	5032	2631	B	2235	8414	1688	3142
	阪神南	1279	3468	2859	1664	B	1890	4010	719	2269
	阪神北	497	1890	1718	2465	B	136	3345	758	2766
	東播磨	730	2229	2115	1380	B	438	3825	606	1618
	北播磨	234	988	889	1257	B	146	1768	403	1362
	中播磨	658	1959	1901	752	B	704	3040	679	1125
	西播磨	145	708	900	468	B	65	1595	339	710
	但馬	133	541	476	250	B	120	838	296	212
	丹波	52	236	204	339	C	4	638	44	474
	淡路	99	328	438	559	C	95	633	249	832
奈良	奈良	329	1170	1137	906	B	63	1944	546	1117
	東和	285	933	830	318	B	362	1423	406	360
	西和	283	932	1113	977	B	534	1385	409	922
	中和	355	1209	1130	709	B	460	1894	421	807
	南和	23	130	123	171	C	0	376	50	223

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
和歌山	和歌山	588	1674	1836	863	B	1281	2793	622	1377
	那賀	48	267	261	385	B	0	483	198	429
	橋本	65	267	327	78	B	6	498	171	179
	有田	0	146	148	201	C	0	350	85	263
	御坊	20	210	191	234	B	4	492	97	274
	田辺	120	404	340	249	B	36	926	171	503
	新宮	44	174	212	154	B	0	559	64	397
鳥取	東部	218	740	699	586	B	405	1199	229	927
	中部	83	402	449	224	B	106	601	330	275
	西部	282	877	989	347	B	665	1395	353	617
島根	松江	212	810	712	740	B	489	1137	505	880
	雲南	15	113	254	141	C	0	364	71	163
	出雲	255	644	421	341	B	752	735	235	636
	大田	13	93	174	123	C	0	297	176	114
	浜田	62	255	212	231	C	10	392	260	384
	益田	47	214	179	173	C	0	540	101	196
	隠岐	8	39	50	38	B	0	111	24	0
岡山	県南東部	1187	3335	2927	2029	B	2354	4510	1376	2774
	県南西部	888	2722	2761	1866	B	1743	3311	1203	2305
	高梁・新見	17	123	134	192	C	0	377	113	322
	真庭	25	157	175	106	C	0	395	64	172
	津山・英田	132	501	483	414	C	125	1020	229	699
広島	広島	1585	4242	4506	2730	B	3296	5013	1400	4067
	広島西	156	410	515	478	C	261	585	180	1069
	呉	287	858	894	751	C	696	1137	398	1025

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
広島	広島中央	122	672	678	669	B	14	1074	428	1018
	尾三	242	905	991	726	C	306	1810	347	1240
	福山・府中	524	1691	1840	976	B	421	2766	838	1039
	備北	73	340	323	430	C	30	616	177	492
山口	岩国	131	419	446	505	C	506	393	193	732
	柳井	49	250	229	563	C	0	415	32	1566
	周南	223	745	842	737	C	463	1128	394	1316
	山口・防府	275	974	899	860	C	547	1470	399	1286
	宇部・小野田	328	937	879	1064	C	742	1661	292	1882
	下関	264	856	1067	1295	C	370	1517	755	2139
	長門	29	149	131	128	C	0	397	0	243
	萩	24	178	181	232	C	0	359	19	522
徳島	東部	492	1605	2080	1946	C	1070	2372	1123	3618
	南部	179	514	613	557	C	405	774	259	612
	西部	47	274	310	377	C	10	410	253	590
香川	東部	607	1853	1698	1093	B	717	3583	582	1314
	小豆	0	83	102	73	C	0	0	0	87
	西部	439	1450	1596	1118	C	147	2810	826	1823
愛媛	宇摩	51	317	294	217	C	10	452	184	473
	新居浜・西条	196	826	677	648	C	44	1626	205	949
	今治	119	682	708	430	C	30	1372	256	687
	松山	781	1995	2067	1836	B	2110	3034	941	2750
	八幡浜・大洲	59	486	693	443	C	0	1052	198	717
	宇和島	120	418	454	305	B	20	1059	279	586
高知	安芸	0	199	205	225	C	0	290	42	235

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
高知	中央	834	2065	2493	3370	C	889	4224	1308	5674
	高幡	0	265	227	269	C	0	299	88	419
	幡多	6	331	361	402	C	6	669	204	554
福岡	福岡・糸島	2958	7751	6235	4032	B	4476	7081	2581	5158
	粕屋	219	777	1333	1077	B	76	1395	184	2044
	宗像	82	458	679	460	B	14	692	228	798
	筑紫	409	1274	1499	922	B	391	1600	414	1432
	朝倉	62	364	462	302	B	6	477	128	524
	久留米	849	2095	1939	1203	B	1184	2897	765	2601
	八女・筑後	148	668	627	365	B	4	916	386	571
	有明	172	812	1216	1263	C	78	1833	593	2049
	飯塚	304	862	661	653	C	128	1723	557	814
	直方・鞍手	51	294	471	378	C	0	565	210	475
	田川	61	290	473	302	B	24	799	165	386
	北九州	1883	5296	4825	4062	C	1669	7357	2414	5569
	京築	119	373	703	610	C	78	632	231	919
佐賀	中部	372	1168	1430	855	B	103	2663	763	1361
	東部	31	286	472	559	B	0	441	173	744
	北部	101	378	269	437	C	15	726	223	708
	西部	32	171	244	272	C	0	498	158	451
	南部	161	635	684	521	C	440	1087	238	1046
長崎	長崎	651	2437	2537	1776	C	902	3839	1168	2488
	佐世保県北	319	1086	1242	864	C	341	2421	718	1505
	県央	359	1063	993	1145	B	384	1799	496	1791
	県南	96	491	475	373	C	16	873	432	647

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
長崎	五島	18	116	154	49	B	0	407	17	92
	上五島	0	51	54	25	B	0	149	0	50
	壱岐	0	74	94	97	C	0	209	43	208
	対馬	14	82	111	16	B	0	222	60	0
熊本	熊本・上益城	1376	3565	4232	2646	B	2478	5153	2505	4724
	宇城	25	214	356	402	C	0	560	184	744
	有明	83	359	399	455	C	18	818	466	787
	鹿本	33	147	207	99	C	6	373	151	298
	菊池	64	453	578	589	B	0	987	425	1662
	阿蘇	20	119	110	198	C	0	364	94	412
	八代	113	440	419	382	C	60	1140	289	628
	芦北	35	160	199	352	C	0	495	191	717
	球磨	67	240	234	292	C	8	692	147	586
	天草	59	310	316	677	C	8	930	171	1444
大分	東部	265	996	1223	793	B	557	1756	732	1307
	中部	759	2545	2571	1463	B	823	4272	1063	1193
	南部	60	305	447	128	B	0	862	136	119
	豊肥	33	177	223	175	B	0	527	113	208
	西部	55	245	369	141	C	6	827	162	183
	北部	123	640	558	355	C	0	1388	339	604
宮崎	宮崎東諸県	558	1602	1324	962	B	707	3021	785	1396
	都城北諸県	218	676	740	279	B	9	1971	311	529
	延岡西臼杵	108	418	522	309	B	41	1123	244	542
	日南串間	37	165	270	407	C	0	703	87	556
	西諸	27	164	399	206	C	0	583	171	428

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
宮崎	西都児湯	18	152	416	324	C	0	521	115	452
	日向入郷	36	181	349	181	C	0	589	179	327
鹿児島	鹿児島	982	2778	2880	2244	C	1392	5122	1463	3121
	南薩	69	353	774	649	C	62	1268	428	1091
	川薩	77	422	499	358	C	0	792	324	507
	出水	53	176	297	227	C	6	482	161	412
	姶良・伊佐	125	699	1093	1005	C	0	1485	705	1761
	曽於	17	125	249	273	C	0	374	35	396
	肝属	114	450	570	596	C	8	1231	374	704
	熊毛	25	158	214	128	B	0	350	90	17
	奄美	78	373	472	342	C	10	1070	189	448
沖縄	北部	83	312	326	395	C	53	540	133	871
	中部	561	1639	1691	1101	B	373	1872	711	1253
	南部	1111	3172	2350	1699	B	1369	3431	626	1799
	宮古	39	150	118	107	C	11	330	19	339
	八重山	37	154	189	46	B	55	331	44	44

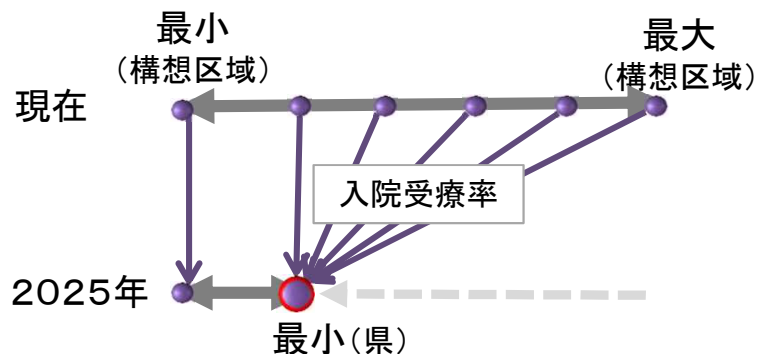
- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には、在宅医療等※で対応するものとして推計する。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。
- その際、療養病床については、現在、報酬が包括算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づく分析ができない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- よって、医療資源投入量とは別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
 - その際、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、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととする。
- また、介護施設や高齢者住宅を含めた受け皿となる医療・介護等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については配慮を行う。

【入院受療率の地域差の解消目標】

パターンA

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで入院
受療率を低下する。

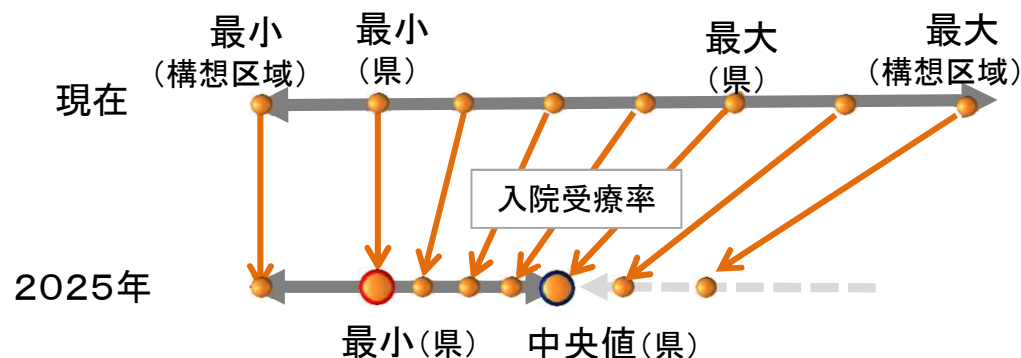
※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未満の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



パターン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。



地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

参考

(一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)

- 都道府県は、原則、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が、以下の要件に該当する構想区域は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。

その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。

【要件案】以下の①かつ②に該当する構想区域

① 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

② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値を下回らないようにする。

※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)

(地域医療構想策定後の目標修正について)

- 一定の要件に該当する構想区域において、特別な事情により、慢性期病床の必要量の達成が著しく困難になった場合には、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。

一定の要件→ 全国中央値を超える減少率の都道府県の構想区域(中央値を超える減少率の構想区域に限る。)その他これに類する構想区域

特別な事情→ やむを得ない事情に限定

厚生労働大臣が認める方法→ 全国中央値を下回らない範囲で、厚生労働省と協議して同意を得た方法

