

# 地域医療構想ガイドラインの 検討状況について

# 地域医療構想（ビジョン）の策定

## ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

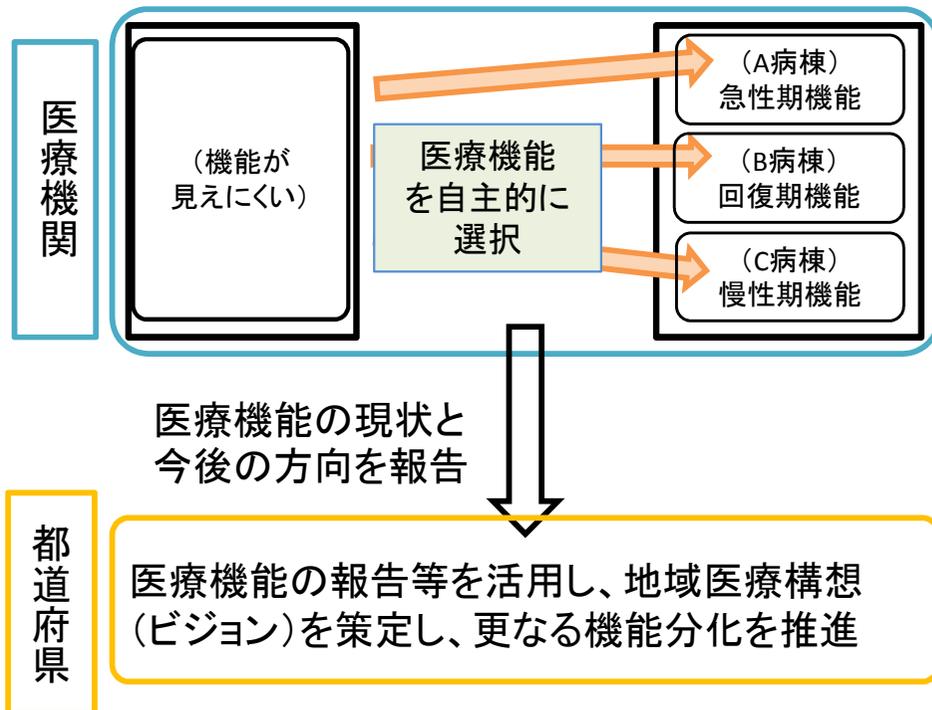
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。

→ 10月1日～11月14日までに今年度分の報告を受け付け。現在、集計作業中。

## ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、更なる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度中）。



## 地域医療構想（ビジョン）の内容

- (1) あるべき将来の医療提供体制の姿
- (2) 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量
  - ・ 構想区域ごとに推計
- (3) あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等

# 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

## 1. 概要

- 都道府県は、平成27年度以降、地域医療構想を策定することとされているが、それに当たり、厚生労働省は、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報も踏まえて、ガイドラインを策定し、都道府県に示すこととしている。また、都道府県は、医療関係者、医療保険者等の関係者との「協議の場」を設け、地域医療構想の達成の推進について協議を行うこととしている。さらに、病床機能報告制度により医療機関から報告される情報の公表のあり方等を地域医療構想に係る議論の中で検討することとしている。
- こうした地域医療構想の達成の推進に必要な事項について検討するため、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」を開催。平成26年9月から検討を開始し、これまで8回の会議を開催。以下の検討事項について議論。

## 2. 検討事項

- 地域医療構想のガイドラインについて
- 協議の場の設置・運営に関する事項について
- 病床機能報告の公表等に関する事項について
- その他地域医療構想の策定及び達成の推進に必要な事項について

## 3. 構成員

- ・遠藤 久夫 (座長、学習院大学経済学部部長)
- ・相澤 孝夫 (日本病院会副会長)
- ・安部 好弘 (日本薬剤師会常任理事)
- ・石田 光広 (稲城市役所福祉部長)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・加納 繁照 (日本医療法人協会会長代行)
- ・齋藤 訓子 (日本看護協会常任理事)
- ・櫻木 章司 (日本精神科病院協会政策委員会委員長)
- ・清水 信行 (東京都奥多摩町福祉保健課長)
- ・武久 洋三 (日本慢性期医療協会会長)
- ・土居 文朗 (慶應義塾大学経済学部教授)
- ・中川 俊男 (日本医師会副会長)
- ・西澤 寛俊 (全日本病院協会会長)
- ・花井 圭子 (日本労働組合総連合会総合政策局長)
- ・邊見 公雄 (全国自治体病院協議会会長)
- ・本多 伸行 (健康保険組合連合会理事)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・山口 育子 (NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長)
- ・渡辺 顕一郎 (奈良県医療政策部部長)
- ・和田 明人 (日本歯科医師会副会長)

# 検討会における検討事項・開催経過

## 【検討会における具体的な検討事項】

1. 地域医療構想策定ガイドラインに盛り込む事項について
  - (1)あるべき将来の医療提供体制の姿について
    - ・ 今後の地域の医療提供体制の方向性
    - ・ 構想区域の設定の考え方
  - (2)2025年の医療需要の推計方法について
    - ・ 2025年時点の医療需要(入院・外来、疾病別)の推計方法
  - (3)2025年の各医療機能の必要量の推計方法について
    - ・ 2025年時点の各医療機能(高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能)の必要量の推計方法
  - (4)あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等について
  - (5)都道府県において地域医療構想を策定するプロセスについて
    - ・ 幅広い関係者との協議や住民の意見の聴取等
2. 策定した地域医療構想の達成の推進のための「協議の場」の設置・運営に係る方針について
3. 病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方等について
4. その他、地域医療構想の策定及び実現に必要な事項

## 【検討会の開催経過、今後の予定】

平成26年9月18日	第1回	今後の地域の医療提供体制の方向性 / 構想区域の設定の考え方 等
10月17日	第2回	構想区域の設定の考え方 / 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計方法 等
10月31日	第3回	2025年の医療需要の推計方法 等
11月21日	第4回	都道府県において地域医療構想を策定するプロセス 策定した地域医療構想の達成の推進のための「協議の場」の設置・運営に係る方針 等
12月12日	第5回	2025年の医療需要の推計方法 / あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策 等
12月25日	第6回	2025年の医療需要の推計方法 / 病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方 等
平成27年1月29日	第7回	2025年の医療需要の推計方法 / 地域医療構想の策定における医療需要に対応する医療供給(医療提供体制)の整備及び策定後の実現に向けた取組 等
2月12日	第8回	2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法 / 病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方 / 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書(案) 等
2月26日	第9回	将来の医療需要や病床の推計方法等を含むガイドライン等についてとりまとめ(予定)
今年度内		ガイドラインを都道府県に発出(予定)

## 1(1)の構想区域の設定の考え方について

- 地域医療構想は、都道府県が「構想区域」ごとに定める。

※ 地域における病床の機能の分化及び連携を進めるための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域

- 「構想区域」は、現在の2次医療圏(344圏域)を原則とするが、将来(2025年)における①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定。

## 1(2)(3)の 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計方法について

- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPC病院の医療行為に関するデータ(DPCデータ)やNDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータを分析する。

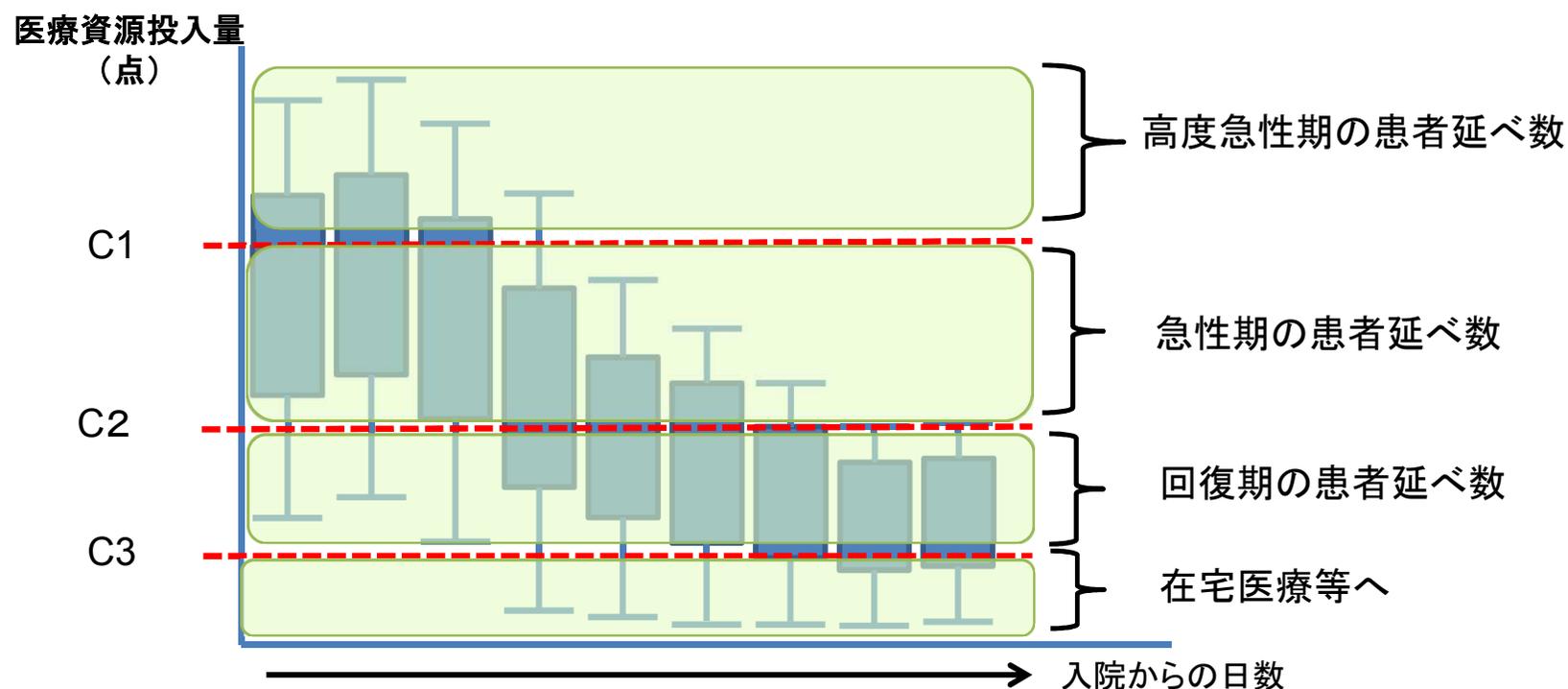
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算したもの(医療資源投入量)の多寡を見ていく。

※ DPCデータでは、1入院について、1日当たりの医療資源投入量と入院日数の関係を見ることが可能。

- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

## 具体的な医療需要の推計イメージ

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と居宅施設等医療の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期の患者数として計算。



全ての診断群分類で合計し、各医療機能の医療需要とする。

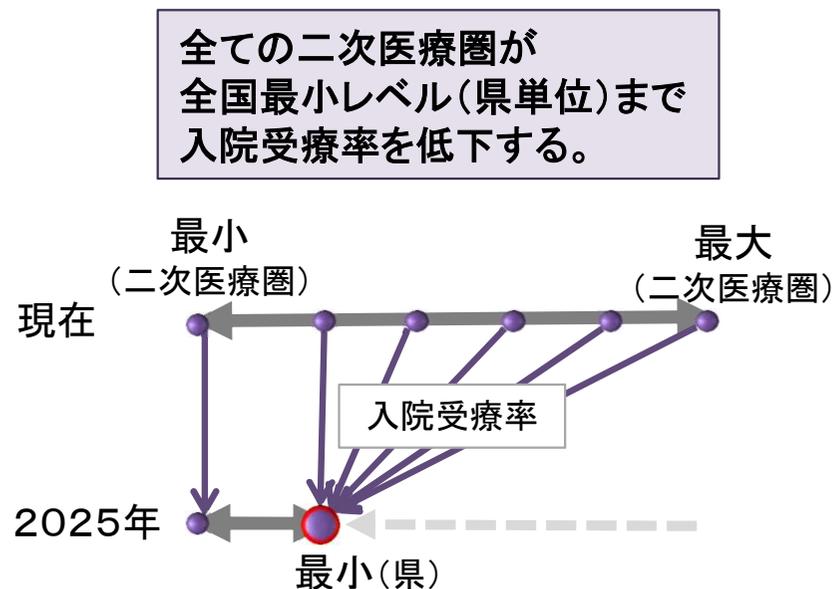
# 4つの医療機能及びそれぞれに属する患者像例

	医療機能の内容	患者像の例
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>くも膜下出血に対して、脳動脈瘤クリッピング術を行った。人工呼吸器を装着し、また点滴、動脈圧測定、導尿カテーテル、鼻腔栄養、ドレーンなど複数の管が入っている。呼吸、脈拍、血圧、体温、尿量等を1～2時間おきにみて全身状態を観察しながら、集中治療を行っている。</li> <li>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、レントゲン等で綿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。</li> </ul>
急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>膵臓がんの術後、点滴、腹腔ドレーン、導尿カテーテルなどの複数の管が入っている。呼吸、脈拍、血圧、体温、尿量等をみて全身状態を観察している。また、手術創や体内に入れた管から出てくる体液を観察している。術後疼痛によりナースコールがあった場合は鎮痛剤の追加を行っている。また週に2回ほど血液検査を実施している。</li> <li>慢性閉塞性肺疾患の急性増悪に対して、非侵襲的人工呼吸器による換気補助療法を実施していたが、脱した。鼻カニューレによる持続酸素吸入療法、ステロイド薬の全身投与及び気管支拡張薬の吸入による薬物療法を行っている。</li> </ul>
回復期	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行った。解熱し、尿路感染症は改善したが、高齢でもあり、経口摂取が不十分で、全身状態の回復が遅れている状態。補液を行いつつ、在宅復帰に向けての治療を行っている。</li> <li>大腿骨頸部骨折のため、急性期病院で手術を行った後、回復期リハビリテーション病棟のある病院へ転院した。在宅復帰に向けて1日6単位（120分）のリハビリテーションを行っている。</li> </ul>
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳幹出血のため、急性期病院へ入院した。意識障害及び人工呼吸器による呼吸補助が長期化し、気管切開を行った。意識障害が続き、さらに長期にわたる療養が必要なため、療養病床のある病院へ転院し、経鼻胃管にて栄養剤を注入している。</li> <li>先天性ミオパチーにより幼児期より入院し、寝たきりで体動は少ないが意識清明。気管切開をし、1日数回の喀痰吸引が必要。胃瘻を造設し、栄養剤を1日3回注入している。</li> </ul>

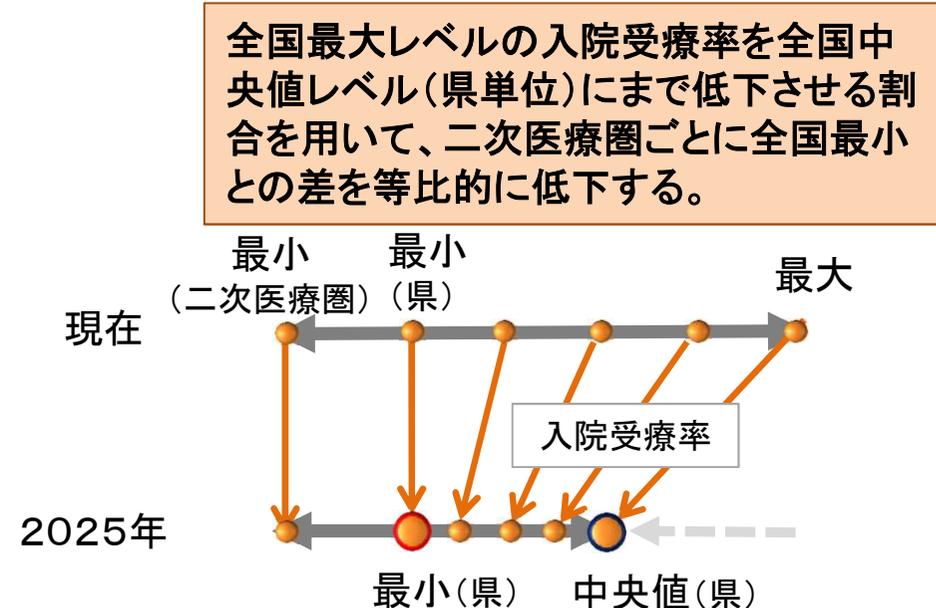
## 地域の実情に応じた慢性期及び在宅医療等の需要推計の考え方【案】

- 慢性期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。  
※ 居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、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、医療提供施設以外の場所における医療をさす。
- その際、療養病床については、現在、診療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。  
その目標としては、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、この差を縮小しつつ、地域が一定の幅の中で目標を設定することとするため、B案としてはどうか。

### 【入院受療率の補正目標の設定案】 A



### B



## 1(4)のあるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等について

### 【病床の機能分化・連携】

- 地域医療介護総合確保基金の活用による、病床の機能分化及び連携のための施設・設備整備等に対する支援
- クリティ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
- 病床機能に応じた臨床指標を用いた医療の質の評価・向上の支援
- 地域連携パスの作成・活用のための体制整備・連携の支援
- 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、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
- 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
- 退院支援部門以外を含めた医療従事者に対する研修、多職種協働研修等

### 【在宅医療の充実】

- 都道府県が中心となって、医療従事者等に対して在宅医療への参入の動機付けとなる研修や参入後の相談体制の構築等  
(退院支援)
- 医療機関等については、退院時カンファレンスへの参加、退院調整担当者との定例会議の開催等、行政については、退院元の医療機関等と在宅医療・介護の医療機関・事業所との情報交換の場の設定  
(日常の療養生活の支援)
- 医療機関等については、在宅医不在時の代診等の支援体制の構築、医療依存度の高い患者や小児等への対応力向上の研修等、行政については、地域の在宅医療の課題等の解決をめざした関係者(多職種)による「在宅医療推進協議会」の設置・運営  
(急変時の対応)
- 医療機関等については、診療所のグループ化や診療所と訪問看護事業所との連携、後方病床確保のため、かかりつけ医を通して入院を希望する病院などの情報の事前登録システムの構築等、行政については、24時間体制構築のためのコーディネート・支援  
(看取り)
- 患者や家族に対しての在宅医療や在宅介護、看取りに関する適切な情報提供、医療用麻薬の品目・規格統一に係る地域協議会の開催等

### 【医療従事者の確保】

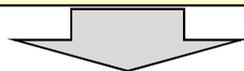
- 地域医療介護総合確保基金を有効活用しながら、地域医療支援センター等による医師等の偏在の解消の取組
- 地域医療介護総合確保基金を有効活用しながら、医療勤務環境改善支援センター等による医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進、看護職員の確保・定着・離職防止、ワークライフバランスの確立に向けた取組
- チーム医療の推進とそのための専門人材の確保。医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職の人材確保の取組
- 今後、各医療機能に応じた医療従事者の確保のために、地域における医療従事者の確保目標等の設定

## 1(5)の都道府県において地域医療構想を策定するプロセス等について

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。
- 具体的な内容の策定とその実現に向けた都道府県のプロセスは以下のとおり。

### ① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定



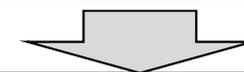
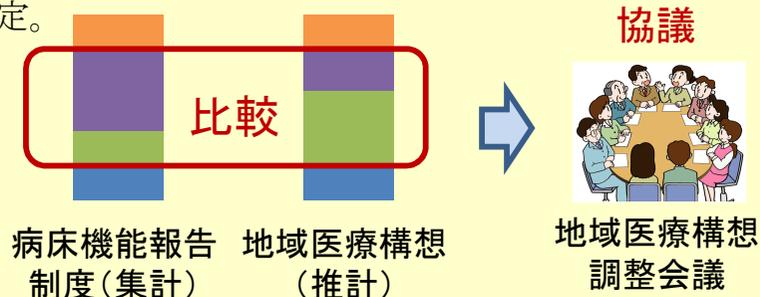
### ② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。



### ③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、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、市町村等から幅広く参加。設置区域や参加者の範囲・選定は、地域の事情や議事等に応じて、柔軟に都道府県が設定。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



### ④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。 9

## 【参考】

医療・介護情報の活用による改革の推進  
に関する専門調査会について

# 「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の設置について (社会保障制度改革推進本部)

- 社会保障制度改革推進本部の下に、有識者からなる専門調査会及びワーキンググループを設置し、社会保障制度改革を推進する観点から、地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の調査・検討を行う。

## 【検討体制】

### 社会保障制度改革推進本部 (総理及び関係閣僚)

### 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 (有識者(15名)により構成)

※ 政令(改革推進本部令)で、専門調査会を置くことができる規定を整備した上で、「改革推進本部決定」により設置。

第1回：8月11日開催

#### 【医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 委員】 ※ ◎は会長 ○は会長代理

尾形 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授  
権文 善一 慶應義塾大学商学部教授  
佐藤 主光 一橋大学国際・公共政策大学院教授  
田近 栄治 一橋大学大学院経済学研究科特任教授  
筒井 孝子 兵庫県立大学大学院経営研究科教授  
土居 文朗 慶應義塾大学経済学部教授  
鳥羽 研二 独立行政法人国立長寿医療研究センター総長  
◎永井 良三 自治医科大学学長  
伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策情報学分野教授  
藤森 研司 東北大学大学院医学系研究科・医学部医療管理学分野教授  
堀田 聡子 独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員  
増田 寛也 東京大学公共政策大学院客員教授  
○松田 晋哉 産業医科大学医学部教授  
山口 俊晴 がん研究会有明病院副院長  
山本 隆一 東京大学大学院医学系研究科医療経営政策学講座特任准教授

- 地域横断的な医療・介護情報の活用方策等の調査・検討を行うために設置

( 国・都道府県ごとの医療費水準のあり方、医療提供体制のあり方、  
医療費適正化対策のあり方 等 )

### 医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ (専門調査会委員から選任(6名))

※「専門調査会決定」により設置。

第1回：9月1日開催

第2回：10月10日開催

#### 【医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ 構成員】 ※ ○は主査

佐藤 主光 一橋大学国際・公共政策大学院教授  
筒井 孝子 兵庫県立大学大学院経営研究科教授  
土居 文朗 慶應義塾大学経済学部教授  
伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療政策情報学分野教授  
藤森 研司 東北大学大学院医学系研究科・医学部医療管理学分野教授  
○松田 晋哉 産業医科大学医学部教授

- 専門調査会における調査・検討に資するよう、医療・介護情報に係る実務的な分析・検討及び論点整理等を行うために設置

( 地域における医療・介護情報の分析、地域における医療・介護情報の連携・推進方策の検討、  
専門調査会における検討課題の論点整理 等 )

- 「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」及び「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ」においては、地域における医療・介護情報の活用・分析等を通じて、医療提供体制のあり方、国・都道府県ごとの医療費水準のあり方等を検討する観点から、地域医療構想における将来の医療需要と病床の必要量の推計方法について議論。

## 開催経過

### 【医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会】

第1回 8月11日

第2回 11月11日

- ①地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について
- ②医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討状況等について

第3回 12月24日

- ①地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について
- ②医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討状況等について

### 【医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ】

第1回 9月 1日 ・医療費等の地域差について／・シミュレーションについて

第2回 10月10日 ・医療費等の地域差について／・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会について

第3回 11月 5日 ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について 等

第4回 12月 4日 ・シミュレーションについて

第5回 12月 8日 ・医療費適正化計画について／・シミュレーションについて

第6回 12月17日 ・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会における検討状況について 等

第7回 1月28日 ・シミュレーションについて

## 【参考】

病床機能報告制度の  
報告結果(速報値)について

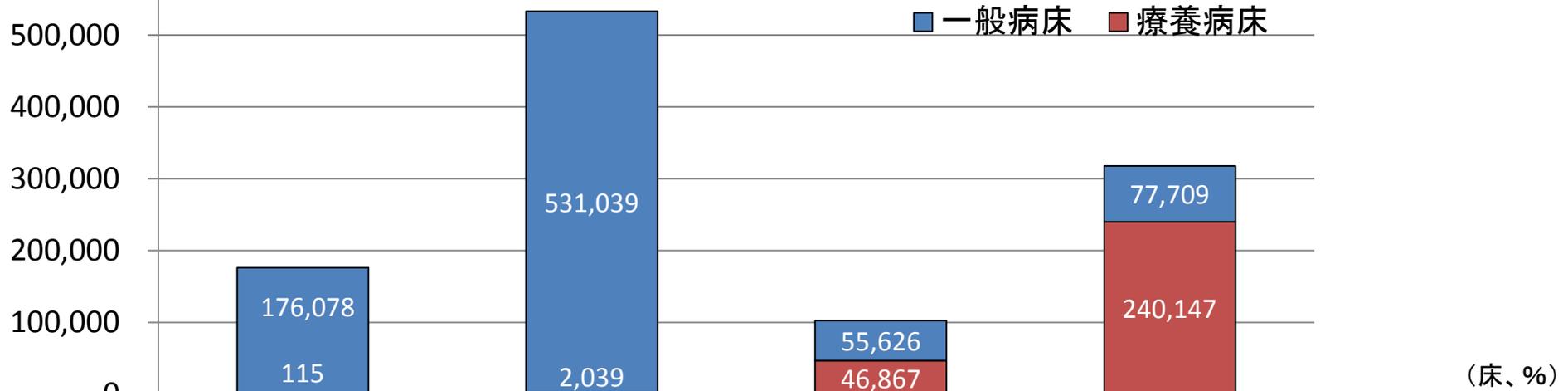
## 病床機能報告制度における機能別病床数の報告状況【速報値(第2報)】

○ 以下の集計は、平成27年1月26日時点でデータクリーニング(※)が完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

- ・報告対象となる病院7,420施設、有床診療所7,998施設のうち、平成26年12月26日までに病院7,212施設(97.2%)、有床診療所6,885施設(86.1%)が報告済み
- ※)1月26日時点で、現時点又は6年後のいずれかで、全病棟の医療機能の選択が確定した病院6,407施設(86.3%)、有床診療所5,159施設(64.5%)のデータを集計した
- ・集計対象施設における許可病床数合計は、1,139,394床(前回速報(H26.12.19時点)では939,462床)  
(cf. 医療施設調査(動態)における平成26年6月末時点の許可病床は一般999,657床、療養339,983床、合計1,339,640床)
- ・今回の集計対象施設についても追加のデータ修正等が生じる可能性があり、集計内容は変動し得る

(床)

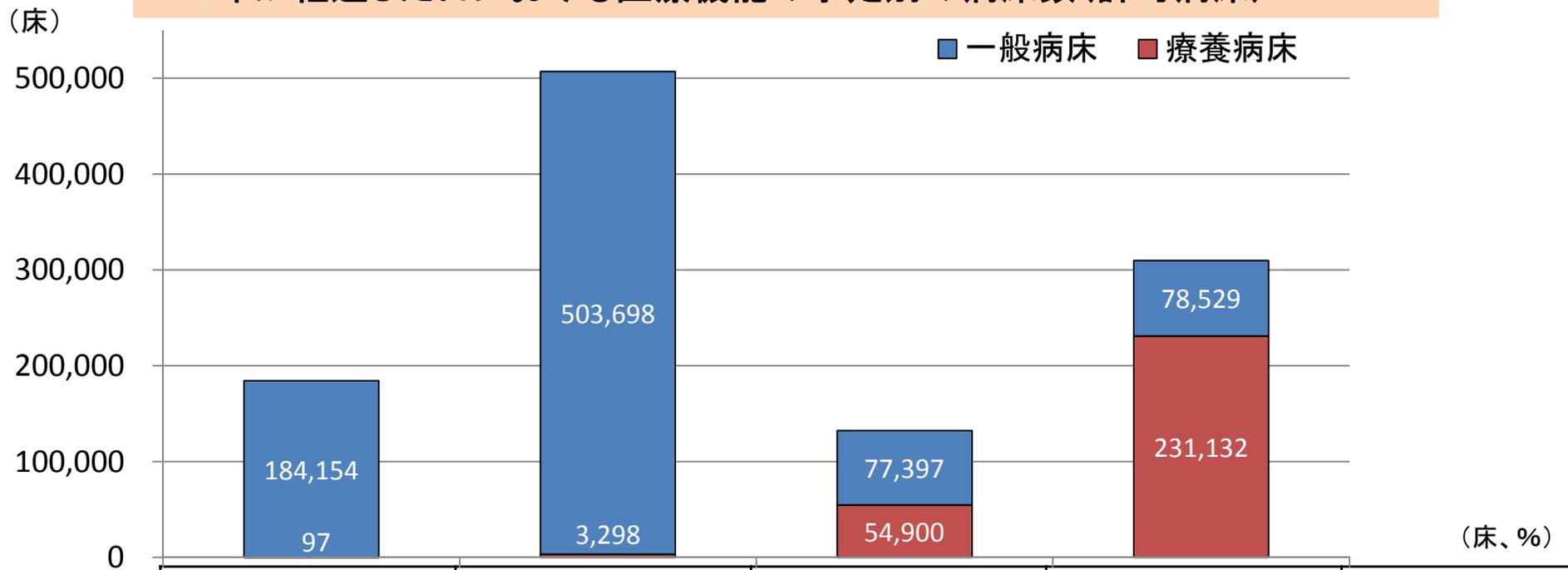
### 《2014(平成26)年7月1日時点の医療機能別の病床数(許可病床)》



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	<b>176,078</b>	<b>531,039</b>	<b>55,626</b>	<b>77,709</b>	<b>840,452</b>
療養病床	<b>115</b>	<b>2,039</b>	<b>46,867</b>	<b>240,147</b>	<b>289,168</b>
合計	<b>176,193</b>	<b>533,078</b>	<b>102,493</b>	<b>317,856</b>	<b>1,129,620</b>
構成比	<b>15.6%</b>	<b>47.2%</b>	<b>9.1%</b>	<b>28.1%</b>	<b>100.0%</b>
前回速報(H26.12.19時点)の構成比	<b>16.4%</b>	<b>47.0%</b>	<b>9.1%</b>	<b>27.5%</b>	<b>100.0%</b>

(注)集計対象1,139,394床のうち、現時点の医療機能について未選択の病床が9,774床分あり、上表には含めていない。

《6年が経過した日における医療機能の予定別の病床数(許可病床)》

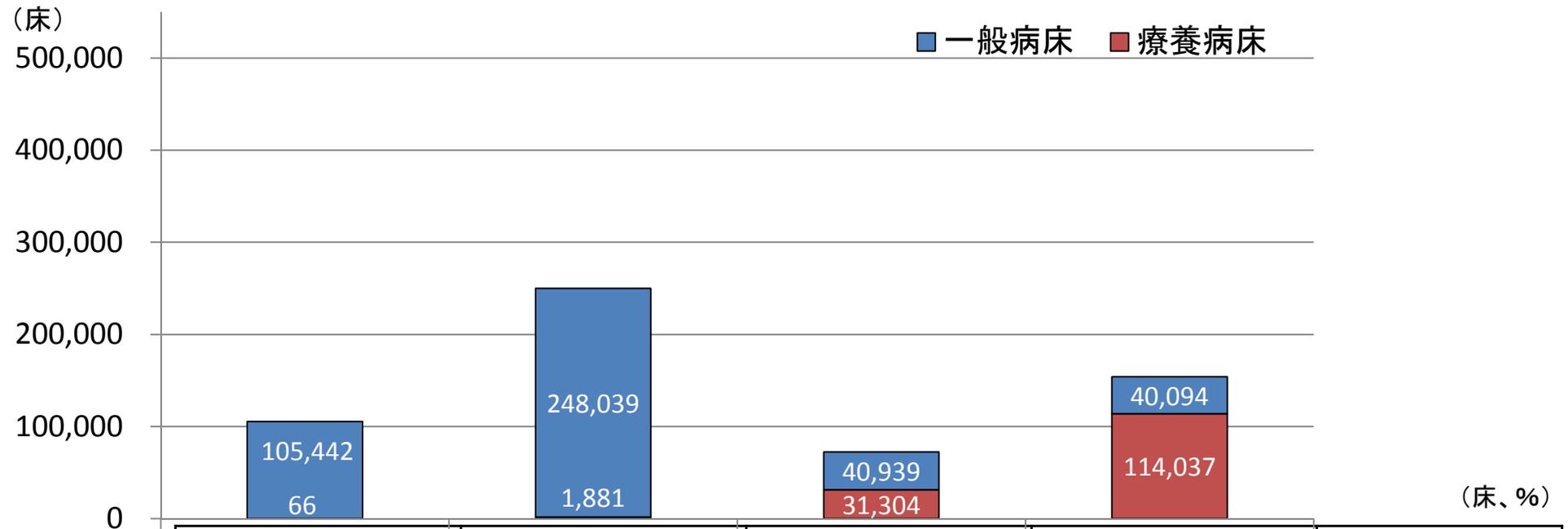


	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	<b>184,154</b>	<b>503,698</b>	<b>77,397</b>	<b>78,529</b>	<b>843,778</b>
療養病床	<b>97</b>	<b>3,298</b>	<b>54,900</b>	<b>231,132</b>	<b>289,427</b>
合計	<b>184,251</b>	<b>506,996</b>	<b>132,297</b>	<b>309,661</b>	<b>1,133,205</b>
構成比	<b>16.3%</b>	<b>44.7%</b>	<b>11.7%</b>	<b>27.3%</b>	<b>100.0%</b>
前回速報(H26.12.19時点)の構成比	<b>17.1%</b>	<b>44.5%</b>	<b>11.8%</b>	<b>26.6%</b>	<b>100.0%</b>

(注)集計対象1,139,394床のうち、6年後の医療機能について未選択の病床が6,189床分あり、上表には含めていない。

## 《2025(平成37)年7月1日時点の医療機能の予定別の病床数(許可病床)》

(注)本項目は、任意の報告項目であり、報告のあった病床分のみ、下表に記載している。



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	<b>105,442</b>	<b>248,039</b>	<b>40,939</b>	<b>40,094</b>	<b>434,514</b>
療養病床	<b>66</b>	<b>1,881</b>	<b>31,304</b>	<b>114,037</b>	<b>147,288</b>
合計	<b>105,508</b>	<b>249,920</b>	<b>72,243</b>	<b>154,131</b>	<b>581,802</b>
構成比	<b>18.1%</b>	<b>43.0%</b>	<b>12.4%</b>	<b>26.5%</b>	<b>100.0%</b>
前回速報(H26.12.19時点)の構成比	<b>19.5%</b>	<b>42.0%</b>	<b>12.6%</b>	<b>25.9%</b>	<b>100.0%</b>

## 現時点から6年後への変更の動向について

○ 以下は、2014年7月1日時点の医療機能の選択状況と、6年後の医療機能の選択状況とをクロス集計したものの。

括弧内の構成比は、2014年7月1日時点の病床数を分母とした、6年後の4機能の構成比である (床、%)

		2014年7月1日時点の医療機能					集計対象計
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	未選択(※2)	
		176,193 (100.0%)	533,078 (100.0%)	102,493 (100.0%)	317,856 (100.0%)	9,774	1,139,394
6年後の医療機能	高度急性期	175,145 (99.4%)	8,286 (1.6%)	109 (0.1%)	133 (0.0%)	578	184,251
	急性期	521 (0.3%)	498,556 (93.5%)	1,731 (1.7%)	3,131 (1.0%)	3,057	506,996
	回復期	330 (0.2%)	19,744 (3.7%)	99,064 (96.7%)	12,289 (3.9%)	870	132,297
	慢性期	79 (0.0%)	5,342 (1.0%)	1,423 (1.4%)	301,972 (95.0%)	845	309,661
	未選択(※1)	118 (0.1%)	1,150 (0.2%)	166 (0.2%)	331 (0.1%)	4,424	6,189

(※1) 2014年7月1日時点の医療機能は選択しているが、6年後の医療機能を選択していない病床数

(※2) 6年後の医療機能は選択しているが、2014年7月1日時点の医療機能を選択していない病床数

## 病院・有床診療所別、DPC病院別の医療機能の選択状況について

括弧内の構成比は、医療機関の種別ごとの病床数(無回答を除く)を分母とした、現時点の4機能の構成比である

(床、%)

	2014年7月1日時点の医療機能						
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	4機能計	未選択	集計対象計
	病院・診療所 合計	176,193 (15.6%)	533,078 (47.2%)	102,493 (9.1%)	317,856 (28.1%)	1,129,620 (100.0%)	9,774
病院計	175,641 (16.6%)	488,715 (46.1%)	90,229 (8.5%)	304,522 (28.8%)	1,059,107 (100.0%)	7,594	1,066,701
DPC病院計	171,632 (34.7%)	284,690 (57.6%)	18,652 (3.8%)	19,594 (4.0%)	494,568 (100.0%)	4,500	499,068
I 群	53,075 (95.7%)	2,020 (3.6%)	128 (0.2%)	223 (0.4%)	55,446 (100.0%)	283	55,729
II 群	43,775 (75.3%)	13,563 (23.3%)	326 (0.6%)	508 (0.9%)	58,172 (100.0%)	292	58,464
III 群	74,782 (19.6%)	269,107 (70.6%)	18,198 (4.8%)	18,863 (5.0%)	380,950 (100.0%)	3,925	384,875
DPC病院 以外	3,683 (0.7%)	203,506 (36.2%)	71,457 (12.7%)	284,093 (50.5%)	562,739 (100.0%)	3,094	565,833
状況確認未了	326 (18.1%)	519 (28.8%)	120 (6.7%)	835 (46.4%)	1,800 (100.0%)	0	1,800
有床診療所	552 (0.8%)	44,363 (62.9%)	12,264 (17.4%)	13,334 (18.9%)	70,513 (100.0%)	2,180	72,693

(再掲) 特定機能病院 …… 86施設中の75施設分の集計結果である

(床、%)

特定機能病院	55,734 (97.1%)	1,505 (2.6%)	86 (0.1%)	60 (0.1%)	57,385 (100.0%)	330	57,715
--------	-------------------	-----------------	--------------	--------------	--------------------	-----	--------